

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2014

N° 134

THESE

pour le

DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

DES de PSYCHIATRIE

Par

Julie BAILLY

née le 23 mars 1985 à Nantes

Présentée et soutenue publiquement le 30 septembre 2014

**CONTENANCE ET SOIN PSYCHIQUE : REFLEXIONS THEORICO-CLINIQUES A
PARTIR D'UNE ETUDE QUALITATIVE PAR LA PHOTO ELICITATION D'UN
LIEU DE SOINS AMBULATOIRES EN ADDICTOLOGIE**

Président : Monsieur le Professeur Jean-Luc VENISSE

Directeur de thèse : Dr Olivier TAIEB

Remerciements

Au Pr Jean-Luc Vénisse pour me faire l'honneur de présider ce jury de thèse

Aux Pr Olivier Bonnot et Rémy Senand pour me faire l'honneur de participer à ce jury de thèse

Au Dr Olivier Taïeb, pour la communication de son enthousiasme pour la recherche, pour ses éclairages théoriques et cliniques et son soutien chaleureux à la réalisation de ce travail

Au Dr Aymeric Reyre, pour sa disponibilité et son engagement dans ce travail, pour la transmission de sa rigueur méthodologique, pour ses relectures attentives et enrichissantes, pour son soutien bienveillant à toutes les étapes de ce travail

A l'institution qui nous a ouvert ses portes avec confiance

Aux patients qui ont accepté avec générosité de participer à la recherche

Aux étudiants du Master 2 « psychopathologie et psychanalyse, clinique de l'enfant et l'adolescent, clinique des institutions et clinique transculturelle » de l'université Paris 13, année 2012-2013 pour leur compagnonnage dans cette expérience de recherche

A ma famille et mes amis, pour leur soutien dans les moments d'élan comme de découragement, pour leur curiosité à l'égard de ce travail et pour l'énergie qu'ils m'ont permis d'y consacrer

« Je me sers de ma caméra pour me glisser sous la peau des gens. Faire ressortir les veines, le sang chaud, la vie qui court en chacun de nous. Révéler leur aura invisible, les traces qu'a laissé leur passé sur leur visage, leurs mains, leur corps. Explorer, dans les paysages ruraux ou urbains, le détail hallucinant des ombres. Transformer le fond en forme et la forme en fond. Mettre l'immobile en mouvement comme ne saurait le faire aucun film. Montrer les instants de vie qui s'entrechoquent et s'interpellent. Etablir des liens entre passé et présent, ici et là-bas, jeunes et vieux, vivants et morts. Capter l'instabilité fondamentale de notre être. »

Nancy Huston, *Infrarouge*¹

¹ p 66-67

« Si les murs pouvaient parler... Ils doivent contenir des secrets »

Entretien 1

Liste des abréviations utilisées

BHD : Buprénorphine Haut Dosage

CAARUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction de risques pour les Usagers de Drogues

CCAA : Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie

CHAA : Centre d'Hygiène Alimentaire et d'Alcoologie

CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

CSST : Centres de Soins Spécialisés aux Toxicomanes

DESC : Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders

E : Entretien

ELSA : Equipe de Liaison et de Soins en addictologie

IPA : Interpretative Phenomenological Analysis

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

P : photographie

SPA : Substance Psycho-Active

TAT : Thematic Apperception Test

TSO/ MSO : Traitement de Substitution aux Opiacés/ Médicament de Substitution aux Opiacés

Table des matières

INTRODUCTION	10
PREMIERE PARTIE : LE SOIN	12
I. De considérations étymologiques à une tentative de définition du soin	12
II. Le soin comme objet d'étude et de recherche	13
III. Regards philosophiques sur le soin	14
1. L'éthique du souci de soi.....	14
1. Les éthiques du care	15
2. Quelques notions générales de philosophie du soin	16
3. Qu'entend-on par soin psychique ?	18
DEUXIEME PARTIE : REGARDS PLURIDISCIPLINAIRES SUR LE LIEU DE SOIN	20
I. Etudes anthropologiques et sociologiques de lieux de soins.....	20
II. Penser les lieux en psychothérapie institutionnelle.....	21
III. Réflexions d'architectes	23
IV. Quelques autres concepts relatifs à l'espace applicables aux lieux de soin	24
TROISIEME PARTIE : QUELQUES CONSIDERATIONS INTRODUCTIVES AUX ENJEUX PSYCHIQUES DE L'IMAGE ET DE LA PHOTOGRAPHIE	26
I. Quelques éléments de psychanalyse de l'image.....	26
II. La photographie selon Roland Barthes	26
III. La pulsion scopique	27
QUATRIEME PARTIE : LA CONTENANCE	28
I. Concepts précurseurs.....	28
1. Moi.....	28
2. Barrières de contact.....	28
3. Pare-excitations	29
2. Principaux concepts relatifs aux formes sensori-motrices de symbolisation	29
1. Représentations de choses	29
2. Pictogrammes	30
3. Signifiants formels.....	30
3. Principaux concepts développant la notion de contenance	31
1. Chez les psychanalystes de langue anglo-saxonne.....	31
2. Chez les psychanalystes de langue française.....	35
4. Revues de littérature et travaux de synthèse contemporains sur la notion de contenance	

a.	Les concepts d'enveloppe psychique et d'enveloppe institutionnelle selon Didier Houzel.....	40
b.	Le concept d'enveloppe psychique et de fonction contenante selon Albert Ciccone	41
c.	Le concept de fonction contenante ou de fonction à contenir selon Denis Mellier...	42
d.	Essai sur le cadre de P. C. Racamier	43
5.	Implications cliniques contemporaines de la notion de contenance.....	45
a.	L'implication attentive	45
b.	L'enaction métaphorisante	45
c.	Les dispositifs de médiations thérapeutiques	46
d.	Fonction contenante du thérapeute et continuité des soins en ambulatoire.....	47
	CINQUIEME PARTIE : SOIGNER LES ADDICTIONS.....	48
I.	L'addictologie	48
II.	Approche psychiatrique contemporaine des addictions	49
1.	Evolution historique du modèle médical de compréhension des addictions	49
2.	Clinique générale des addictions et des toxicomanies.....	50
3.	Quelques éléments d'approche phénoménologique des addictions et des toxicomanies	60
4.	Psychopathologie des addictions et des toxicomanies	62
III.	Le réseau français actuel de soins en addictologie	77
1.	Un volet médico-social spécialisé	77
2.	Un volet sanitaire.....	79
3.	Un volet de ville, non spécialisé.....	79
V.	Les difficultés de la relation de soin en addictologie	80
1.	Sources de difficultés de la relation de soin en addictologie.....	81
2.	Conséquences sur la rencontre de soin dans le champ des toxicomanies	83
VI.	Grands principes du soin en addictologie.....	84
	SIXIEME PARTIE : CONTENANCE ET ENVELOPPES DU LIEU DE SOINS	
	AMBULATOIRES EN ADDICTOLOGIE, ETUDE QUALITATIVE PAR LA PHOTO-ELICITATION.....	91
I.	Généralités sur la recherche qualitative.....	91
II.	Contexte de l'étude.....	93
1.	Présentation du groupe de recherche EthNaA	93
2.	Thèmes et objet de recherche	94
III.	Cadre méthodologique général	98
1.	Méthodes narratives.....	98
2.	De la méthode narrative littéraire à la méthode narrative visuelle	99
3.	La photo-élicitation.....	99

4. Méthodologie d'analyse du discours : l'Interpretative Phenomenological Analysis	103
IV. Matériel et méthode	104
1. Terrain de recherche	104
2. Participants	106
3. Déroulement de l'entretien	108
4. Aspects éthiques	109
V. Résultats de l'étude	109
1. Corpus de photos recueilli	109
2. Analyse transversale des entretiens, selon l'axe majeur de la contenance	112
VI. Discussion.....	147
1. Le lieu de soin, un objet d'intérêt pour les patients.....	147
2. La photo, un objet médiateur et potentialisateur de liens analogiques.....	148
3. La photo du lieu de soin, un support pour parler des répercussions sur soi de l'addiction	148
4. Le lieu de soin : une source d'enveloppes protectrices dynamiques, à géométrie variable.....	152
5. Quand le lieu de soin s'avère menaçant	156
6. Discours sur la relation de soin.....	159
7. Tentative de synthèse.....	162
VII. Forces et limites de l'étude	166
VIII. Quelques éléments de contre-transfert de chercheur liés à l'élaboration de l'étude	167
1. Un sujet de seconde zone ?.....	167
2. Un sujet déroutant ?.....	167
3. Une difficulté de recrutement institutionnel.....	168
4. Quelques éléments d'histoire institutionnelle de la recherche	168
IX. Implications cliniques.....	169
X. Perspectives de recherche.....	170
CONCLUSION.....	172
BIBLIOGRAPHIE	174
ANNEXES.....	188

Annexe 1 : Protocole de recherche EthNaA, volet 2.....	192
--	-----

Annexe 2 : Formulaire EthnaA 2 : formulaire d'information sur l'étude pour les usagers, formulaire de consentement à l'étude, questionnaire socio-démographique et clinique pour les usagers participants, questionnaire passateur.....	206
---	-----

Annexe 3 : Accord du comité d'éthique.....	211
--	-----

Annexe 4 : Répartition des photographies élicitées sur un plan du CSAPA.....	212
Annexe 5 : Photographies choisies pour élicitation.....	213
Annexe 6 : Transcription des entretiens.....	216
Entretien 1 (E1) : Nicolas.....	216
Entretien 2 (E2) : Kouam.....	239
Entretien 3 (E3) : Séverine.....	248
Entretien 4 (E4) : Fabrice.....	259
Entretien 5 (E5) : Ludovic.....	276
Entretien 6 (E6) : Marc.....	290
Entretien 7 (E7) : Judith.....	301
Entretien 8 (E8) : Isabelle.....	315
Entretien 9 (E9) : Guillaume.....	323
Entretien 10 (E10) : Maria.....	343

INTRODUCTION

« La cabane. Lieu d'asile sur les bords de l'asile »
Marie Dépussé, Dieu gît dans les détails, La borde, un asile².

A l'image d'une cabane, pourrait-on dire qu'un lieu de soin en addictologie est un lieu d'accueil... un peu précaire, un peu en marge ?

Les addictions sont situées « entre » : entre normal et pathologique, entre conduite sociale, souffrance psychologique et maladie, entre maladie de l'âme et maladie du cerveau... Et les sujets addictés se retrouvent souvent « en dehors » du cadre du dispositif de soin général et psychiatrique.

La prise en charge de ceux que nous appelions dans les années 70-80 les « toxicomanes » est « née à partir d'une quadruple rupture : rupture avec l'hôpital général et l'hôpital psychiatrique, rupture avec la relation millénaire qui unissait un malade à son thérapeute, rupture avec la loi d'organisation des soins qui valait en France dans les années 1970 (la sectorisation) mais enfin et surtout avec la clinique et la nosographie psychiatrique » (Hautefeuille, 2010).

Il a alors fallu inventer : construire de nouveaux lieux de soins, élaborer une clinique fine et des théories d'origines pluridisciplinaires à utiliser dans la complémentarité, penser une manière originale et spécifique de soigner les addictions. Mais envisager de soigner les addictions nécessite aussi d'en « repréciser la légitimité, le sens, l'intérêt, les possibilités de réalisation et les finalités » (Morel, Hervé, & Fontaine, 1997).

A travers ce travail, nous avons tenté de réfléchir sur ce qui soigne dans un lieu de soin ambulatoire spécialisé en addictologie, sur les réussites et les écueils de la relation de soin dans le champ des addictions, en s'intéressant au vécu des patients.

Nous allons d'abord expliciter le cadre théorique de ce travail, qui s'appuie sur trois piliers : la philosophie du soin, comme base éthique, la psychanalyse (celle des addictions et le

² P 62

concept de contenance) et la socio-anthropologie, référence pour la méthodologie de recherche. Puis, nous allons décrire l'étude que nous avons réalisée. Il s'agit d'une étude qualitative explorant le point de vue des patients sur leur lieu de soin, menée à l'aide d'un support de photo-élicitation. Nous décrirons les mécanismes de contenance mis en jeu, déduits de l'analyse des entretiens conduits. Nous discuterons ensuite la nature des conflits psychiques liés à la situation de soin qu'ils nous semblent révéler. Enfin, nous préciserons les limites et perspectives de ce travail.

PREMIERE PARTIE : LE SOIN

I. De considérations étymologiques à une tentative de définition du soin

L'étymologie incertaine du mot soin souligne le double sens, matériel et spirituel, qu'il contient et dont témoignent ses deux racines latines *sunnia* (nécessité, besoin) et *sonium* (souci, chagrin).

Le dictionnaire Larousse définit le soin ainsi : « attention que l'on porte à faire quelque chose avec propreté, à entretenir quelque chose, attention que l'on porte à présenter quelque chose avec netteté, minutie, souci de bien faire, effort, peine scrupuleuse que l'on se donne, charge, devoir de veiller à quelque chose, de s'en occuper » et le dictionnaire Littré de cette façon : « 1- attention, application de l'esprit à une chose, à faire quelque chose. 2- la charge, le devoir de prendre soin de quelque chose, d'y veiller. 3- souci, inquiétude, préoccupation. 4- sollicitude 5- services qu'on rend à quelqu'un, attentions qu'on a pour lui ».

On remarque déjà les deux notions essentielles de préoccupation et d'action présentes dans l'idée de soin.

De la même façon, le terme anglais *care* désigne aussi bien les aspects de disposition/sensibilité et d'activité/travail que le soin implique. L'anglais bénéficie de deux termes, *to cure et to care*, introduisant la distinction entre la recherche de la guérison et celle du soulagement et du réconfort.

Le soin est une activité humaine extrêmement répandue qui se soucie de la vie (au sens large, incluant le souci pour l'environnement) et de sa vulnérabilité : il s'agit en effet d'une éthique de la fragilité du vivant. Soigner est un « acte de vie » nous dit M. F. Collière, infirmière et historienne, penseuse du prendre soin (Collière, 1982). Nous retrouvons cette idée essentielle, prendre soin de la vie, au cœur de ces deux définitions du soin : (1) le soin est une « activité caractéristique de l'espèce humaine qui inclut toute ce que nous faisons en vue de maintenir, de continuer ou de réparer notre monde de telle sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible. Ce monde inclut nos corps, nos individualités et notre environnement que nous cherchons à tisser ensemble dans un maillage complexe qui soutient la vie » nous énoncent Joan Tronto et Bérénice Fischer, chercheuses américaines en sciences sociales et politiques, en définissant le *care* (Tronto & Mozère, 2009) (2) « Le soin est une véritable création qui,

de l'enfantement à la mort, participe au mystère de la vie qui se cherche, de la vie qui éclot, de la vie qui lutte, de la vie qui s'estompe, de la vie qui resurgit, de la vie qui sombre » (Collière, 1982). Le nourrisson que nous avons tous été nous renvoie de façon criante à un moment de vulnérabilité humaine fondamentale. En grandissant, chacun fait également l'expérience au cours de son existence de « passer par des degrés variables de dépendance et d'indépendance, d'autonomie et de vulnérabilité » (Tronto & Mozère, 2009). De même, chacun dans sa vie est amené à prendre soin d'autrui (nous sommes tous tour à tour à prodiguer et recevoir des soins) et de lui-même. Ainsi, le soin n'est pas l'apanage des soignants et dépasse largement le domaine de la maladie. Chaque vie dépend, à un moment ou à un autre, des soins et des services d'autrui.

II. Le soin comme objet d'étude et de recherche

Le soin est un objet d'intérêt millénaire, pensé dès l'Antiquité par des philosophes comme Socrate et Aristote et des médecins tels Hippocrate et Galien.

L'intérêt de la philosophie pour le soin, avec la constitution d'un champ de recherche spécifique et distinct de la philosophie de la médecine, semble d'émergence relativement récente en France, comme en témoigne le colloque « La philosophie du soin » (Worms & Lefève, 2010) organisé par l'Ecole Normale Supérieure de Paris. Frédéric Worms, philosophe, parle de « moment du soin » : il place le soin au cœur du moment présent, soutenant qu'il donne « toute sa portée à l'acte médical et à la pratique de la santé et qu'il peut unifier les enjeux d'un présent éclaté et vulnérable de façon concrète et positive ». La philosophie du soin dispose d'un contenu encore hétérogène et pas toujours inter-référencé, comme le commente Isabelle Remy-Largeau, infirmière et auteur d'une thèse de philosophie en cours sur la philosophie et l'éthique du soin (Remy-Largeau, 2011).

Nous pouvons distinguer le discours philosophique sur le soin (ce que nous avons fait le choix de développer dans cette partie de notre travail), les réflexions croisées entre philosophes et soignants et la pensée des soignants, à portée philosophique, sur le soin.

III. Regards philosophiques sur le soin

1. L'éthique du souci de soi

Afin de préciser cette thématique philosophique ancienne, nous nous sommes appuyés sur la pensée de M. Foucault, déroulée dans ses cours donnés au Collège de France en 1981-1982 et rassemblés dans l'ouvrage « L'herméneutique du sujet » (Foucault Michel, 2001).

M. Foucault explique que cette invitation au souci de soi, notion grecque riche et complexe, initialement définie par Socrate, s'est ensuite vue confondue avec le principe delphique du « connais-toi toi-même »³. Ces deux notions peuvent cependant être pensées intriquées, comme en témoigne la pensée du philosophe Platon. Le souci de soi, dans sa tradition socratique, apparaît d'abord, dans l'Alcibiade de Platon, comme l'interpellation d'un jeune homme (donc au moment stratégique du passage de l'adolescence à l'âge adulte) destiné à gouverner la cité. Le souci de soi désigne alors le soin de soi-même, au sens du développement d'une activité réflexive (le soi est en effet à la fois sujet et objet du souci) de soin de l'âme. Au départ, cette invitation au souci de soi découle d'un constat d'insuffisance de la pédagogie, c'est-à-dire que « je prends conscience que j'ignore ou je prends conscience que j'ignore que je sais ». Puis, le souci de soi devient un impératif adressé à tous, à tout âge (et même éventuellement plus spécifiquement au passage de l'âge adulte à la vieillesse), devenant co-extensif à la vie, visant à l'agiter/à l'inquiéter, comme la philosophie. Sa fonction critique prend alors le pas sur sa fonction formatrice. L'auto-finalisation du souci de soi devient de plus en plus marquée : alors qu'au départ, il est instrumental par rapport au souci des autres, il devient une culture de soi/une conversion à soi (c'est-à-dire que le sujet se tourne vers soi/son intériorité et se consacre à lui-même), perspective qui sera privilégiée dans la tradition chrétienne du souci de soi. Alors que connaissance du monde/de la nature et de soi étaient dans la tradition antique intimement liées, le souci de soi d'inspiration chrétienne devient recherche d'une connaissance de l'intériorité de l'âme visant une auto-exégèse du sujet. L'attente de vérité ne pèse alors plus autant sur le maître, qui, dans l'antiquité, devait montrer l'adéquation de son discours à sa conduite, que sur l'élève qui doit devenir sujet de vérification.

³ Inscription au fronton du temple de Delphes

1. Les éthiques du care

La dénomination d'éthiques du *care* fait référence à un courant philosophique anglo-saxon né dans les années 1980 aux Etats-Unis, sous l'impulsion de la critique de la psychologie du développement moral de L. Kohlberg par Carol Gilligan. C. Gilligan (Gilligan Carol, 2008) défend la thèse d'une théorie morale alternative à celle basée sur une éthique de la justice (qui pense les hommes autonomes et hiérarchise l'aptitude à la réflexion morale en plaçant au sommet une résolution du dilemme à l'aide de principes abstraits de justice). Cette théorie morale, alternative et complémentaire, se présente comme une éthique contextuelle s'appuyant sur l'analyse des relations de *care*, abordant le dilemme moral en fonction des émotions et sentiments ressentis par la personne, des liens humains impliqués avec les responsabilités qu'ils suscitent. Les défenseurs du *care*, face à la critique qui rapprochait cette pensée à une pensée féministe, ont par la suite développé les enjeux socio-politiques du *care*. L'étude du travail du *care* a révélé des enjeux de pouvoir sous-jacents aux inégalités de sa répartition, à sa faible valorisation, à sa visibilité (quand il s'adresse à des catégories de personnes socialement ou médicalement vulnérables) ou à son invisibilité (quand il s'effectue dans la sphère privée, domestique ou quand il s'adresse aux plus favorisés ou aux plus puissants et qu'il n'est alors pas toujours reconnu). Sandra Laugier et Patricia Paperman ont été les représentantes de la diffusion de ces théories en France (Paperman & Laugier, 2011).

La perspective du *care* a été adoptée pour penser le travail de soin, par exemple par la psychologue Pascale Molinier (Paperman & Laugier, 2011)⁴ qui s'est intéressée au vécu des infirmières et aides-soignantes, aux préoccupations et aux conflits psychiques générés par leur travail de soin, aux défenses mobilisées. Ainsi, elle explique comment la qualité du travail de *care* peut être liée à son invisibilité, par anticipation sur la demande. Il s'agit en effet d'un savoir-faire discret. Les récits entre pairs, empruntant souvent la voie de l'autodérision, visent à construire une communauté de sensibilité, qui permet de fixer, par la reconnaissance des pairs, les limites du « bien travailler », en réfléchissant sur le degré d'appartenance des transgressions réalisées à la demande des bénéficiaires du *care* à la sphère du *care*. « Ces récits participent à transmettre et réitérer une « culture de métier qui est un art de vivre avec la défaite », à « reconnaître les limites de toute chose, à commencer par la sienne propre », à acquérir un certain « détachement » qui, loin de l'indifférence, permet « l'acceptation et l'élaboration de la vulnérabilité », qui passe par la prise en considération de « vulnérabilités

4

tordues », « manifestations tordues de la subjectivité ».

2. Quelques notions générales de philosophie du soin

La philosophie défend l'idée d'une expérience toujours singulière de la maladie, qui implique un souci de l'individualité du malade et de la façon singulière dont la maladie s'inscrit dans sa vie, son histoire. C'est pourquoi la narrativité y occupe une place privilégiée.

a. La restauration de la capacité normative individuelle

Pour le médecin et philosophe G. Canguilhem, « c'est toujours la relation à l'individu malade, par l'intermédiaire de la clinique, qui justifie la qualification de pathologique » (Canguilhem, 2013)⁵. Il conçoit la santé comme une perte de la capacité normative individuelle. En effet, selon cet auteur, la santé s'évalue en fonction de valeurs et normes proprement singulières et, plus qu'un écart à ces normes, la maladie est responsable d'une perte de la capacité normative qui est la capacité de créer de nouvelles normes individuelles en cas de modification des conditions de vie : « l'homme est sain pour autant qu'il est normatif relativement aux fluctuations de son milieu » (*ibid.*, p155). Par conséquent, le soin doit intervenir en permettant au soigné de se rapprocher de ses normes et valeurs de vie mais aussi de l'aider à restaurer sa capacité normative.

b. La vulnérabilité du soigné, un appel à la responsabilité éthique du soignant

La relation de soin met en présence deux personnes, au sein d'une relation pensée comme plus ou moins asymétrique. En France, la tradition médicale et soignante voyait davantage dans la relation médecin/malade une position asymétrique : « le pouvoir-savoir de l'un s'opposant à la souffrance et au mal de l'autre » (Worms & Lefève, 2010). Cette position évolue dans le contexte juridique et sociétal contemporain qui tend à responsabiliser le malade et à favoriser son implication dans les soins et le processus de décision médicale le concernant. Cette perspective mettant en lumière la vulnérabilité du soigné appelle le soignant à faire preuve de responsabilité, au sens d'une responsabilité éthique, d'une responsabilité pour l'autre. Le philosophe E. Levinas a développé cette idée selon laquelle l'autre, par sa

⁵

fragilité, nous rend responsable : la rencontre, par la mystique du visage de celui qui me fait face, engage ma responsabilité éthique.

c. La restauration de la capacité d'agir

L'homme est un homme capable, agissant, selon le philosophe P. Ricoeur, qui distingue notamment les capacités de dire, de faire et de raconter (Ricoeur, 1996). Hors, la maladie fragilise les capacités humaines. C'est pourquoi le soin vise à restaurer, remobiliser ces capacités, afin d'augmenter le champ des possibles pour que le sujet retrouve une liberté par la puissance d'agir. Ricoeur parle de restauration des « capacités », terme emprunté à l'économiste indien A. Sen et défini comme un ensemble de vecteurs de fonctionnement qui reflètent la liberté dont dispose actuellement la personne pour mener un certain type de vie.

d. La sollicitude

L'éthique du prendre soin est souvent considérée comme une éthique de la sollicitude. La sollicitude désigne une forme d'empathie, « une capacité à entendre la souffrance de l'autre et à la laisser résonner en soi tout en se gardant de la confusion » (Hirsch et *al.*, 2010)⁶. Elle est en effet une disposition intérieure qui exige une double vigilance : une disponibilité et une ouverture d'esprit pour pouvoir se laisser toucher par l'autre et une vigilance à ne pas confondre son histoire et celle de l'autre. C'est une conscience, une attention, un saisissement, dynamique car il transforme la personne émue et est appelé à déboucher sur un geste qui puisse soulager la personne fragilisée.

Telle qu'elle est souvent décrite, la sollicitude implique une dyssymétrie initiale entre les protagonistes de l'action : un agent et un patient. Le philosophe P. Ricoeur reprend plusieurs définitions de la sollicitude et extrait « la structure commune à toutes ces expressions, à savoir l'énonciation d'une norme de réciprocité » (Ricoeur, 1996)⁷. Il s'agit, dans le respect de la personne et de sa singularité, d'« établir la réciprocité là où règne le manque de réciprocité » (*ibid.* p 262).

⁶ Ethique du prendre soin : sollicitude, care, accompagnement, T. Châtel, *in* Traité de bioéthique, Hirsch et al., 2011, p 2

⁷ P 255

e. L'accompagnement

La sollicitude éclaire l'attitude soignante mais elle a ses propres limites : manque ou excès de sollicitude peuvent en effet altérer la qualité du soin. C'est alors que le concept d'accompagnement est utile. « Accompagner n'est pas guider, même avec les meilleures intentions du monde. C'est plus modestement accpeter chez le patient ses hauts et ses bas, ses colères, ses dénis, ses silences, ses errements tout autant que ses joies, ses rires, éventuellement sa sérénité, sans chercher à le réorienter ni pour autant l'abandonner [...] Accompagner c'est d'abord respecter le rythme de l'autre sans lui imposer le sien. C'est ensuite tenter d'accorder ces deux rythmes pour entrer [...] dans le rythme singulier d'une relation toujours singulière » (Hirsch et *al.*, 2010)⁸. Accompagner correspond à un « être-avec ». C'est « chercher l'autre, tendre vers l'autre, espérer l'autre » (*ibid.* p 6). Elle passe par la présence : oser être présent, attentif et pleinement accessible et accepter de ne pas avoir de réponse. L'accompagnement tient du partage et de la vitalité qu'il engendre.

3. Qu'entend-on par soin psychique ?

Le psychanalyste P. Gutton nous dit que le pédopsychiatre R. Diatkine écrit, en 1984, que soigner un enfant psychotique, c'est « essayer de provoquer un déséquilibre, qui ne peut être bénéfique que si l'intéressé découvre à cette occasion de nouvelles sources de plaisir, au niveau de son fonctionnement mental, au niveau de l'utilisation du langage » (Gutton, 2004)⁹. Il ajoute que « les reprises des activités nouvelles par l'automatisme de répétition sont fréquentes et tarissent parfois l'inventivité des thérapeutes » et s'interroge : « Comment empêcher les organismes de soins, d'assistance ou d'éducation de renforcer cette tendance par leur propre inertie, leur propre routine » (*ibid.* §4). Il transmet les réflexions du pédopsychiatre J. Hochmann qui réfléchit aux façons de définir le soin psychique : « Les trois mots soin, besoin, besogne ont la même origine, il en reste quelque chose [...] la dimension de réponse et de mise en circulation » (*ibid.* §9). J. Hochmann présente le soin maternel comme paradigme de toute activité soignante. Il pense le soin comme « métaphore de la métaphore maternelle » (Hochmann, 1999), au sens d'une mise de poésie dans la vie quotidienne. Toutefois, le soin ne doit pas être la reprise d'un soin maternel qui aurait fait défaut. J. Hochmann utilise la métaphore de la consolation (Hochmann, 1999) : « sollicitude

⁸ Ethique du prendre soin : sollicitude, care, accompagnement, T. Châtel, in *Traité de bioéthique*, Hirsch et al., 2011, p 5

⁹ §4

anxieuse du thérapeute à l'endroit de la souffrance de son patient, sollicitude dans les gestes, dans l'empathie, le don du temps, dans l'acceptation d'imperfection même du soin, devant sa réussite et son impuissance » (Gutton, 2004)¹⁰. Chez J. Hochmann cette consolation vise la désolation du patient et la métaphore maternelle la représentance, par son travail psychique, des éprouvés du bébé, afin de lui permettre de ressentir le plaisir tonique de la consolation. Toujours selon P. Gutton (Gutton, 2004), le psychiatre M. Sassolas insiste sur la tiercéité de cette position de sollicitude du thérapeute, davantage à l'image de la sollicitude paternelle, adressée à la tiercéité naissante du bébé.

¹⁰

§ 10

DEUXIEME PARTIE : REGARDS PLURIDISCIPLINAIRES SUR LE LIEU DE SOIN

I. Etudes anthropologiques et sociologiques de lieux de soins

Nous avons cherché, parmi la littérature anthropologique contemporaine francophone, des études ayant pris pour objet des lieux de soin. Nous en avons trouvé deux : l'une a été menée dans un centre de soins gratuits de Médecins du Monde par une médecin et anthropologue brésilienne (Ferreira, 2004), l'autre a concerné un centre d'imagerie médicale en oncologie et a été réalisée par une anthropologue française (Estival, 2009).

L'étude de J. Ferreira, menée par la méthode d'observation participante, comprend, au chapitre 3 de son livre, une description de l'organisation spatiale du centre. L'analyse se décline en 5 sous-parties (1) l'accueil médical : la gestion des inégalités (2) la salle d'attente : l'ajustement des épreuves (3) l'accueil social : écouter, remplir, cadrer (4) la salle de soins : regarder, sentir, toucher (5) des espaces et des fonctions détournées. Elle souligne les multiples formes de réappropriation de l'espace par les usagers et les soignants et les façons dont les espaces et les possibilités d'observation peuvent affecter les types de présentation et d'interaction. On y retrouve les théories du sociologue E. Goffman sur la présentation de soi (Goffman, 1973).

Dans son étude du fonctionnement d'un centre d'imagerie médicale, C. Estival s'est en particulier intéressée aux modalités d'interactions soignants-patients, en incluant le positionnement des soignants dans l'espace et la place des machines et des mesures de radioprotection dans l'interaction.

De la même manière, nous avons cherché parmi la littérature sociologique francophone ou traduite en français les études sociologiques de lieux de soins.

Il y a la célèbre analyse du sociologue américain E. Goffman du fonctionnement d'un hôpital psychiatrique dans les années 1950, relatée dans son ouvrage « Asiles » (Goffman, 1968). E. Goffman met en évidence un fonctionnement totalitaire et en décortique toutes les coulisses. Il parle d'« univers du reclus » qu'il divise en trois parties qui réalisent une « géographie de la liberté » : (1) l'espace extérieur aux limites de l'établissement (2) l'aire de surveillance : le malade peut s'y rendre sans autorisation particulière mais y est soumis à l'autorité et aux restrictions habituelles de l'établissement (3) l'espace où l'autorité du personnel se fait moins sentir, incluant (a) les zones franches ou *free places*, zones réglementairement interdites aux

malades mais dont l'accès est le fruit d'une collaboration tacite entre soignants et malades. La surveillance et les interdictions étant nettement relâchées, « le reclus peut se livrer à des activités taboues tout en se sentant à peu près en sécurité » (b) les territoires réservés ou *group territories* qui sont les zones franches que s'approprie un groupe de malade et (c) les refuges ou *personal territory*, « espace que l'individu revendique pour lui seul, où il cherche à s'assurer certaines facilités, une certaine indépendance et des droits tacitement reconnus qu'il ne partage avec aucun autre, sauf s'il l'y invite expressément » (Goffman, 1968)¹¹.

Parmi les travaux plus récents, nous pouvons citer deux études sociologiques. La première est l'étude d'un service d'urgences réalisée par le sociologue Jean Peneff (Peneff, 1992). Il s'est intéressé à la perception de l'espace dans l'hôpital en proposant une métaphore de la grande ville et à la description des lieux en rapport avec le caractère évolutif des différentes fonctions d'un service d'urgence. La seconde est l'étude de cinq centres d'action sociale et de santé (CASS) en Suisse menée par l'équipe d'Ossipow et al. Ils expliquent que « l'observation des lieux d'une institution d'aide sociale permet de réfléchir aux significations explicites et implicites des espaces aménagés, des outils de travail utilisés, des objets mis en scène, des atmosphères créées ainsi que des dons reçus et exposés. Les différents espaces de 5 CASS situés à Genève disent quelque chose de la façon dont l'institution ses employés et ses bénéficiaires pensent et vivent l'assistance publique. C'est une vision du métier et du rôle de l'assistant social qui se donne à voir. Ce sont encore des outils qui servent de médium à une pédagogie de l'ordre et au (ré) apprentissage d'une autonomie personnelle et citoyenne. Ce sont enfin des objets traces d'une relation d'aide agréable symboles de reconnaissance, signes d'appartenances ou reflets de compétences » (Ossipow, Csopor, & Lambelet, 2006)¹².

II. Penser les lieux en psychothérapie institutionnelle

Le fonctionnement institutionnel, considéré comme possible agent pathogène ou thérapeutique, a fait l'objet d'une pensée dans le champ de la psychothérapie institutionnelle dévouée principalement au soin des sujets psychotiques. L'intérêt pour la vie quotidienne a mené à une attention minutieuse pour l'espace, incluant le lieu de soin. Ils nous ont ainsi donné des mots pour le penser dans sa matérialité et ses enjeux psychothérapeutiques. Ainsi le psychiatre J. Oury parle d'« entours », qu'il définit comme une façon plus poétique de dire l'ambiance, de « disposition architectonique », condition nécessaire pour que puisse se

¹¹ Chapitre Terrains de manœuvres, p 283-316

¹² Extrait du résumé de l'article

manifester le rythme-présence de la vie quotidienne. Les psychiatres de ce courant s'appuient sur la pensée philosophique, dont celles du contexte ¹³ ou du paysage ¹⁴, en tant qu'évènement vécu. Les paysages sont associés à des sentiments que J. Oury qualifie de « pathiques », des sentiments primordiaux en deça de l'ordre du représentatif comme des paysages de lourdeur, de désolation, d'allégresse... Il insiste sur l'intérêt d'évaluer le mode de présence du sujet malade au moment de chaque rencontre et d'être attentif aux sentiments pathiques dégagés par la modification d'atmosphère¹⁵ suscitée par l'arrivée du sujet. Pour J. Oury, l'espace du dire s'articule avec la présence et la vie quotidienne. Le paysage se cultive et sa perception nécessite un travail intérieur, afin d'affiner notre « fonction diacritique vectorisée », c'est à dire notre perception eidétique, intuitive, de l'état du malade. Dans la perspective de psychothérapie institutionnelle le lieu de soin, pour être et rester outil de soin, doit : (1) pouvoir faire l'objet d'une libre circulation (2) permettre l'aléatoire des rencontres, « possibiliser » les rencontres, en créant des « inférences abductives », liées au hasard (3) offrir des « praticables », une « tablature institutionnelle » ou « table de distinctivités ». J. Oury désigne ainsi le fait d'offrir aux patients une tablature d'espaces-temps différenciés de nature à permettre une lecture a posteriori des trajectoires de chacun au regard des relations transférentielles multiples qui s'y déroulent(Oury, 2003). Il invite ensuite, par l'analyse de « l'être quelque part », à reconstruire l' « historial »¹⁶ du malade.

Nous souhaitons compléter ces apports théoriques de la psychothérapie institutionnelle avec les notions développées par le pédopsychiatre P. Delion de « fonctions phorique, sémaphorique et métaphorique du soin ». Il explique que la fonction phorique concerne l'accueil, le cadre de la thérapeutique, le portage... tout ce qui est nécessaire pour définir une scène sur laquelle le patient va pouvoir jouer sa problématique, souvent à son insu dans un premier temps. « La fonction phorique concerne tout ce qui, de l'homme, le met ou le laisse dans un état de dépendance tel qu'il a un besoin incontournable de l'autre pour être porté par lui, soit physiquement [...] soit psychiquement, et c'est le cas de beaucoup de personnes psychotiques qui ont longtemps voire toujours besoin de portage pour pouvoir suivre leur destin pulsionnel. C'est donc une des missions des institutions de proposer de tels praticables, comme cadre phorique sur lesquels vont venir se jouer les fonctions sémaphoriques et métaphoriques » (Delion, 2011)¹⁷. La fonction sémaphorique est une manière de dire que,

¹³ Inspiré de la pensée du philosophe Roland Barthes

¹⁴ Inspiré de la pensée du philosophe Erwin Straus

¹⁵ Au sens de l'émergence chez le philosophe Heidegger

¹⁶ Terme d'Heidegger qui signifie la reprise d'une histoire

¹⁷ P 191

lorsqu'il dispose d'un cadre, le patient va pouvoir exprimer les signes de sa souffrance subjective. Elle « engramme les signes-indices de l'angoisse et de la défense contre l'angoisse C'est dans le mouvement transfert-contre-transfert qu'elle va apparaître » (*ibid.* p 192). Celui qui pourra être le réceptacle de ces signes en sera pour un temps le porteur : sémaphore, c'est-à-dire porteur de signes de l'autre dans son propre appareil psychique, recevant l'inscription des signifiants primordiaux. La fonction métaphorique permet ensuite de travailler le sens des signes du patient par le repérage patient des invariants structuraux qu'il dépose à son insu tout au long de sa trajectoire transférentielle, afin de mettre en sens ce qui n'en avait pas a priori. La fonction métaphorique fait référence au travail d'interprétation.

III. Réflexions d'architectes

L'équipe de Laudat et al. s'est interrogée sur l'éventuelle dimension thérapeutique de l'architecture. Ils engagent une réponse en signifiant que l'histoire a montré les limites du recours à des modèles architecturaux en psychiatrie, et que la prise en compte d'un contexte élargi, différent à chaque projet comme il l'est pour la prise en charge de chaque patient, est un élément fondamental de l'élaboration d'une réponse pertinente et adaptée, en plaçant en permanence le patient au centre des préoccupations thérapeutiques et architecturales. Ils décrivent deux positions dominantes en architecture psychiatrique : la position fonctionnaliste/pragmatique chez qui domine le souci de mettre à la disposition des équipes soignantes des structures adaptées aux soins psychiatriques et donnant aux patients le maximum de confort possible et la position symboliste/signifiante qui tenterait de traduire directement ou indirectement une représentation de la maladie mentale, dans son espace théorique ou thérapeutique. Ils détaillent les 4 phases d'un projet architectural mené en psychiatrie : programmation, conception, réalisation, appropriation. L'appropriation nous intéresse plus particulièrement : en effet, elle correspond à « un processus psychologique fondamental dans les transactions entre un (groupe de) sujet(s) et un espace ; elle se traduit par des relations de possession et d'investissement sur le plan affectif. Diverses modalités d'occupation lui sont attachées : allant de la simple revendication par l'utilisation, jusqu'à l'action transformatrice visant la personnalisation » (Laudat, Pascal, Courteix, & Thoret, 2008)¹⁸. Deux dimensions déterminent les capacités d'appropriation d'un espace : l'aptitude des sujets à investir l'espace sur les plans pratique et psychoaffectif et la propension de cet

¹⁸

espace à se faire objet d'un investissement qui reste à advenir. « Tout sujet, ou tout groupe, pour s'appropriier l'espace, doit pouvoir ancrer son expérience de/dans l'environnement en y trouvant quelque chose qui le sécurise ; mais cet espace trouvé doit lui laisser une place pour y lover quelque chose de son imaginaire, pour y créer ainsi une part de lui-même, et par ce mouvement, le faire sien. Or, s'approprier l'espace, c'est sans doute, d'abord et avant tout, adhérer aux représentations auxquelles il renvoie avant même qu'on y construise ses propres images » (*ibid.* p 846-854). Mener un projet architectural en psychiatrie nécessite de prendre en compte la dimension fantasmatique qui a partie liée avec la dimension architecturale, à travers (1) les représentations et l'imaginaire véhiculés par les lieux (2) les défenses et les désirs dont l'espace se fait le support (3) les expériences du vécu quotidien qui en sont les vecteurs. « Le bâtiment est assimilable à une promenade thérapeutique, où les postures dynamiques sont orchestrées par un processus basé sur les connivences entre le soin et l'architecture. Si l'on reconnaît l'espace physique et ses notions d'universalité, d'immutabilité, d'immobilité, on ressent l'espace sensible et sa subjectivité, sa capacité à se laisser investir, son renouvellement, sa dynamique » (*ibid.* p 1107-1114). Les auteurs terminent par cette ouverture : « Si la psychiatrie s'attache à réparer le défaut de lien entre le patient et son environnement, elle peut s'appuyer sur l'architecture, en la considérant comme un moyen qui permet, patiemment, de redonner aux gens qui souffrent une image positive de leur corps et de leur présence au monde » (*ibid.* p 1141-1145).

IV. Quelques autres concepts relatifs à l'espace applicables aux lieux de soin

Ces considérations architecturales entrent en résonance avec l'idée de ressources poétiques de l'espace développée par le philosophe G. Bachelard (Bachelard, 1994).

La sociologie a également développé un concept d'appropriation subjective de l'espace, celui de *sense of place* (Jorgensen & Stedman, 2006). *Sense of place* désigne « *the complex bundle of meanings, symbols and qualities that a person or a group associate consciously or unconsciously with a particular locality or region*¹⁹ ». A partir d'une étude menée avec des touristes, les sociologues Kyle et Chick (Kyle & Chick, 2007) distinguent trois composantes de la création d'un *sense of place* : cognitive, c'est la « *place identity* » qui correspond aux émotions et attributs symboliques conférés à l'endroit ; conative, la « *place dependance* » qui

¹⁹ « Le lien complexe entre sens, symboles et propriétés qu'une personne ou un groupe associe consciemment ou inconsciemment avec un endroit particulier » (traduction personnelle)

désigne l'aspect pratique, la relation fonctionnelle au lieu et affective, la « *place attachment* » principalement liée aux relations associées à l'endroit.

La géographie de tradition « humaniste » a proposé le concept de paysage thérapeutique (Gesler, 1992). Le paysage mêle nature et empreinte humaine, éléments de structure et d'agentivité. Le paysage thérapeutique désigne des lieux, naturels ou construits, associés à l'expérience de la guérison ou du mieux-être. Ce concept de paysage thérapeutique s'est vu récemment appliqué aux lieux de soins en recherche infirmière en réhabilitant le rapport à l'espace imaginaire dans les pratiques soignantes (Andrews, 2004).

Tous ces concepts soulignent la complexité du phénomène d'interaction entre un lieu et un sujet, en mettant en exergue les éléments affectifs, symboliques voire fantasmatiques en jeu.

TROISIEME PARTIE : QUELQUES CONSIDERATIONS INTRODUCTIVES AUX ENJEUX PSYCHIQUES DE L'IMAGE ET DE LA PHOTOGRAPHIE

Après avoir développé des conceptualisations psychanalytiques autour de la notion d'images psychiques, nous abordons le rapport à l'image matérielle afin de discuter des rapports entre images psychiques et matérielles.

I. Quelques éléments de psychanalyse de l'image

Le psychanalyste S. Tisseron (Tisseron, 2008) soutient que l'image, par ses qualités sensorielles et dynamiques et le lien étroit qu'elle entretient avec les affects et les émotions, est d'abord liée à un état corporel et qu'elle porte des puissance de sensorialité, de mémoire, d'accomplissement de désir, d'action et de sens. L'image est une forme de symbolisation étroitement liée à d'autres formes de symbolisation de l'expérience, notamment sensori-affectivo-motrice et gestuelle. S. Tisseron propose de concevoir les images en termes de schèmes de transformation et d'enveloppement. « La fonction de transformation de l'image, prenant source dans l'association des premières images psychiques et de la sensori-motricité, correspond à sa capacité à mobiliser une potentialité d'action, à être inductrice de mouvement » (Tisseron, 2005). « La fonction d'enveloppe de l'image lui permet d'offrir un premier contenant pour les pensées et de contenir l'objet et son spectateur dans une même enveloppe, dans l'illusion d'une perception partagée » (*ibid.*). S. Tisseron défend la thèse selon laquelle la pratique de la photographie soutient l'assimilation psychique du monde et plus largement le travail de la pensée, le travail de symbolisation/représentation : « photographe c'est s'assurer que le chemin qui mène de la perception à la représentation est ouvert et c'est le matérialiser » (Tisseron, 2008)²⁰. Il considère la prise de la photo comme opération de symbolisation sensori-affectivo-motrice, puis la visualisation de la photo comme opération d'introjction de l'expérience à partir de l'image, comme support de symbolisation verbale ultérieure.

II. La photographie selon Roland Barthes

²⁰

Roland Barthes, philosophe, est l'auteur d'un essai de référence sur la photographie, « La chambre claire, Note sur la photographie », écrit en 1980. Il y énumère les fonctions de la photographie comme informer, représenter, surprendre, faire signifier, donner envie... Il distingue deux types de rapport pouvant s'établir entre un sujet et une photo : au moyen du « *studium* », un rapport qu'on pourrait décrire comme studieux, général, sans acuité ; au moyen du « *punctum* » un rapport intense, chargé d'affect, jusqu'à créer une blessure psychique. Le *punctum* est décrit de cette manière : « un détail emporte toute ma lecture, c'est une mutation vive de mon intérêt, une fulguration, la photo n'est plus quelconque. Ce quelque chose a fait tilt, a provoqué en moi un petit ébranlement, un satori, le passage d'un vide. » (Barthes, 1980)²¹, le résumant ainsi : « le *punctum* d'une photo c'est ce hasard qui, en elle, me point (mais aussi me meurtrit, me poigne). » (*ibid.* p 49). Il arrive au noème de la photographie qu'il condense dans la phrase « ça a été », au sens d'une authentification réalisée par la photographie. L'auteur contextualise l'écriture de son essai qui a lieu à la mort de sa mère, alors qu'il est aux prises avec un travail de deuil. Il produit une théorie de la photographie comme traduction d'un processus mélancolique.

III. La pulsion scopique

Le psychanalyste J. Bril donne à la pulsion scopique le sens de « désir incoercible de faire usage du regard » (Bril, 2011). Il détache ainsi en partie la notion de la dimension pulsionnelle. Il souligne que le mot scopique désigne, au-delà du visuel, le traitement psychique des données optiques. Il y voit une prétention inconsciente d'animer ce processus au sein d'un scénario imaginaire, un scénario de transivité. « Le regard que porte le voyeur sur un objet met figurément celui-ci en un mouvement signifiant qui lui en autorise la capture » (*ibid.* §29) et « à tout regard correspond en retour le regard fantasmé d'un autre me regardant regarder » (*ibid.* §30). Conditionnée par l'aptitude à fantasme et tournée vers la résolution d'une énigme originaire : « ce que le sujet cherche à voir c'est l'objet en tant qu'absence », « l'originalité qui, au sein du réputé connaissable dénonce l'altérité [...] l'inédit radical susceptible de porter avec soi l'occurrence de la subversion [...] la transgression d'une Loi » (Bril, 2011)²².

²¹ P 80-81

²² § 36

QUATRIEME PARTIE : LA CONTENANCE

Le concept de contenance, ou fonction contenant, est étroitement lié à celui d'enveloppe psychique. Quand on parle d'enveloppe psychique, on utilise une métaphore afin de rendre compte d'une fonction, la fonction-enveloppe ou fonction contenant.

Ces concepts, autour de la contenance, sont issus de la recherche psychanalytique. Initiés par Freud et ses contemporains, ils dérivent principalement des travaux des psychanalystes post-kleinien. En effet, ils résultent de l'attention portée, non plus aux contenus psychiques (fantasmes, conflits, objets internes...) mais aux contenant psychiques, favorisée par l'intérêt porté par la psychanalyse à la psychopathologie de l'enfant, aux psychoses et aux états-limites, aux groupes et aux familles. Ils résultent de l'évolution historique du modèle de traitement psychanalytique : de la décharge, puis du dévoilement des fantasmes inconscients, à la contenance (Ciccone, 2001)²³.

I. Concepts précurseurs

1. Moi

C'est au moment de l'élaboration de sa seconde topique composée des Moi, Ça et Surmoi, que Freud définit le concept de Moi. Le schéma d'un Moi-vésicule réalisé par Freud introduit dès lors une perspective topographique, spatiale. Freud définit le moi comme étant « avant tout un moi corporel [...] dérivé des sensations corporelles, celles principalement qui ont leur source dans la surface du corps. Il peut ainsi être considéré comme une projection mentale de la surface du corps » (Freud, 2011). Le psychanalyste D. Meltzer introduit également une spatialisation de la pensée en parlant de « géographie du fantasme » (Meltzer, 2005).

2. Barrières de contact

Dans la perspective des frontières du Moi conceptualisées par le psychanalyste P. Federn (Federn, 1979), Freud postule, en 1895, l'existence de barrières de contact (Freud, 2011). Il s'agit de points de contact qui reçoivent la valeur de barrière. Les barrières de contact

²³

possèdent les fonctions suivantes : rétenteurs de quantité/conteneur d'énergie, filtrage avec une perméabilité progressive et répartiteur d'énergie.

3. Pare-excitations

Le concept de pare-excitation ? introduit par Freud en 1920 (Freud & Collectif, 2013), désigne à la fois une fonction qui consiste à « protéger l'organisme contre les excitations en provenance du monde extérieur, qui, par leur intensité risqueraient de le détruire » et l'appareil qui en est le support, conçu comme « une couche superficielle enveloppant l'organisme et filtrant passivement les excitations » (Laplanche, 2007). Il s'agit d'une métaphore d'une vésicule vivante qui sacrifie sa couche la plus externe : « sa couche la plus superficielle abandonne la structure propre du vivant, devient dans une certaine mesure anorganique et fonctionne désormais comme une enveloppe ou une membrane spéciale qui tient l'excitation à l'écart : les énergies du monde extérieur ne peuvent ainsi transmettre qu'un fragment de leur intensité aux couches voisines qui sont restées vivantes » (Freud & Collectif, 2013)²⁴.

2. Principaux concepts relatifs aux formes sensori-motrices de symbolisation

1. Représentations de choses

Au cours de l'élaboration de sa première topique en 1900, composée de l'inconscient, du préconscient et du conscient, Freud introduit des représentations de nature analogiques, non verbales : les représentations de choses. Les représentations de chose correspondent aux représentants (les représentants lient représentation et affect) situés dans l'inconscient. Décrites comme des complexes ouverts, antérieurs à l'apparition du langage, elles sont essentiellement visuelles. Elles s'opposent aux représentations de mot, représentants des pulsions situées dans le préconscient, liées à l'acoustique et au langage.

²⁴ p 69

2. Pictogrammes

Le concept de pictogramme/représentation pictographique a été inventé par la psychanalyste P. Aulagnier en 1975. Elle le situe dans le registre de l' « originaire », ce qu'elle définit comme la rencontre originaire entre bouche et sein. Elle décrit la séquence suivante : un moment de rupture lié à un éprouvé corporel (un état de besoin, sur le modèle de la faim), une réaction qui vise à en éliminer la cause par hallucination de modification. Elle explique l'activité pictographique par le travail psychique qui consiste à métaboliser un élément d'information qui vient de l'espace corporel, hétérogène au psychique, en un matériau homogène à sa structure, c'est-à-dire en un matériau psychique, afin de permettre à la psyché de se représenter ce qu'elle veut retrouver de son propre éprouvé. « Le représenté se donne à la psyché comme présentation d'elle-même, la représentation est mise en présentation de la psyché pour la psyché » (Aulagnier, 2003). L'activité de représentation vise une prime de plaisir. Le pictogramme correspond à l'image de l' « objet-zone complémentaire ». Il se constitue une entité unique et indissociable de la zone sensorielle et de l'objet cause de cette excitation. Le pictogramme correspond à la « mise en forme d'un schéma relationnel dans lequel le représentant se reflète comme totalité identique au monde. Ce que l'activité psychique contemple et investit dans le pictogramme, c'est ce reflet d'elle-même qui l'assure que, entre l'espace psychique et l'espace du hors psyché, existe une relation d'identité et de specularisation réciproques » (*ibid.* p 48). « La représentation pictographique est la mise en forme d'un perçu par laquelle se présentent dans et pour l'originaire les affects dont il est successivement siège, activité inaugurale de la psyché pour laquelle toute représentation est toujours auto-référente et reste à jamais indicible » (*ibid.*).

3. Signifiants formels

Le psychanalyste D. Anzieu a proposé en 1987 le terme de « signifiants formels » pour désigner des signifiants de configuration, c'est-à-dire qui se réfèrent à la forme et qui rendent compte des transformations, évolutions et configurations des formes relatives aux représentations de contenants psychiques (Anzieu, 2013)²⁵. Il s'agit d'images proprioceptives, tactiles, cénesthésiques, kinesthésiques, posturales et d'équilibration dont l'énonciation passe par un syntagme verbal limité par un sujet et un verbe avec une action se déroulant dans un

espace bidimensionnel et sans spectateur (en cela différent du fantasme). D. Anzieu relie ces signifiants au registre archaïque et au processus primaire et avance qu'ils ne sont pas refoulables. D. Anzieu met en lien signifiants formels et représentations pictographiques en précisant que les premiers constituent une première étape dans la symbolisation des seconds. Le signifiant formel s'inscrit donc également dans le cadre d'une exigence fantasmatique originaire.

3. Principaux concepts développant la notion de contenance

1. Chez les psychanalystes de langue anglo-saxonne

a. La fonction alpha

La psychanalyste Mélanie Klein a fourni en 1946 le concept d'identification projective (Klein, Heimann, Isaacs, Riviere, & Jones, 2013). Ce concept a inspiré le psychanalyste D. Meltzer qui a développé les notions d'identification intrusive, « forme d'identification projective toxique pour le Moi et pour l'objet », d'« objet sein-toilettes » ou de « claustrum », objet interne pénétré par identification intrusive (Meltzer, 1971). Elle a permis au psychanalyste Wilfried Bion de construire, en 1962, sa théorie de la fonction alpha (Bion, 2003). Ainsi, selon cet auteur, au cours des inter-relations précoces mère-bébé, la mère s'offre comme contenant pour les projections issues des états émotionnels éprouvés par son bébé (désignés par l'abstraction mathématique d'éléments bêta), à l'origine d'un vécu chaotique et, à travers ce qu'il a dénommé sa « capacité de rêverie », les lui rend transformés en éléments alpha, non toxiques et psychiquement métabolisables, c'est-à-dire disponibles pour la pensée. C'est un modèle qui s'intéresse à une modalité particulière de relation contenant-contenu, qualifiée de « commensale » (où chacun tire profit de l'autre pour sa propre croissance) ou encore de « symbiotique ». Il fait l'hypothèse que ce phénomène soit à l'origine de la naissance de l'activité de pensée/de la formation du symbole chez le bébé, de la formation d'un « appareil à penser les pensées », grâce à une progressive introjection de cette fonction alpha maternelle. Une défaillance dans ce processus serait à l'origine d'un renvoi vers le bébé d'éléments bêta dont la toxicité est redoublée par l'échec de sa transformation. Les « terreurs sans nom » dont parle alors W. Bion font référence à des angoisses de mort issues d'un débordement du psychisme par ces éléments bêta.

a. Peau psychique et objet contenant optimal

Esther Bick (Bick, 1968) a apporté deux contributions importantes à l'analyse de la contenance, les notions de « peau psychique » et d'« objet contenant optimal ». Elle décrit la fonction psychique de la peau dans le développement du bébé. Elle montre comment l'objet contenant est éprouvé comme une peau. Par objet contenant optimal, autrement dénommé « mamelon-dans-la-bouche », elle désigne l'expérience du nourrissage dans son contexte, c'est à dire « accompagné du portage, des paroles et de l'odeur familière de la mère », qui permet au bébé de sentir, à partir d'une expérience de consensualité, l'unité et le rassemblement des différentes parties de sa personnalité. Elle fait également des hypothèses concernant la manière dont les perturbations de cette fonction de peau psychique pourraient conduire au développement d'une formation qu'elle nomme « seconde peau » à travers laquelle le bébé s'accroche à des sensations, des objets-sensations qui maintiennent provisoirement l'illusion d'un rassemblement.

Un autre mécanisme de contenance issu de l'observation du développement psychomoteur du bébé est la notion de contenance par l'axe (sur le modèle de la colonne vertébrale) ou d'une sécurité par le maintien du dos, ce que reprennent les métaphores d'objet interne support ou d'objet d'arrière-plan, appuyés au sentiment d'être. Le psychanalyste J. Groststein avait parlé d'objet ou de « présence d'arrière-plan d'identification primaire » (Grotstein, 1981), désignant par-là l'intériorisation des bras maternels qui soutiennent le dos du bébé, soit l'intériorisation du *holding*. Avant lui, Joseph Sandler avait parlé de la notion d'« arrière-plan de sécurité » (Sandler, 1960). La psychanalyste G. Haag a appliqué ces concepts à l'étude des enfants autistes, chez lesquels elle décrit un défaut de présence d'arrière-plan (Haag, 1985).

b. Préoccupation maternelle primaire

Le pédiatre et psychanalyste D.W. Winnicott, en 1958, part du constat que la mère est « biologiquement conditionnée à sa tâche très particulière », qu'elle présente un « état très spécifique », une « condition psychologique particulière », qu'il désigne sous le nom de « préoccupation maternelle primaire ». Il parle d'un stade d'hypersensibilité se développant pendant la grossesse, qui s'accroît à sa fin et dure jusqu'à quelques semaines après la naissance de l'enfant et dont le souvenir est ensuite refoulé par la mère. Cette hypersensibilité

lui permet une adaptation aux besoins de l'enfant qualifiée de « suffisamment bonne » (D.-W. Winnicott, 2006). La mère va ensuite introduire de progressifs décalages dans ses réponses, à la mesure des compétences psychomotrices du bébé, pour soutenir son autonomie naissante : c'est la « mère suffisamment mauvaise » de J. Lacan.

Winnicott distingue trois aspects fondamentaux des soins maternels : le *holding*²⁶, le *handling*²⁷ et l'*object presenting*²⁸. La qualité de ces soins permet à l'enfant d'aboutir à une intégration psyché-soma. Elle procure à l'enfant un sentiment de continuité d'être en contenant les menaces d'annihilation du *self* du bébé. Winnicott désigne par le terme de *holding* l'ensemble des soins de la mère donnés à l'enfant pour répondre à ses besoins physiologiques spécifiés selon ses propres sensibilités tactile, auditive, visuelle, sa sensibilité à la chute et qui s'adaptent aux changements physiques et psychologiques de l'enfant. L'aspect essentiel du maintien, est le fait de tenir physiquement l'enfant : « le centre de gravité du nourrisson ne se situe pas dans son propre corps, mais entre lui et sa mère » (Boukobza, 2003).

La « crainte de l'effondrement » décrite par D.W. Winnicott tente de rendre compte d'angoisses archaïques à type « agonies primitives » s'exprimant dans le transfert en analyse avec des patients adultes : « retour à un stade de non intégration, tomber à jamais, perte de complicité psychosomatique, perte de sens du réel, perte de la capacité d'être en relation avec les objets » (Winnicott, 2000). Winnicott fait alors l'hypothèse que la crainte clinique de l'effondrement est la crainte d'un effondrement qui a déjà eu lieu mais qui n'a pas été éprouvé. Il pense alors qu'aider le patient à éprouver, dans le transfert, cette chose passée, peut lui permettre d'élaborer cette angoisse primitive.

c. Phénomènes transitionnels

A partir de son intérêt pour le phénomène du jeu et son rôle dans la construction psychique, D.W. Winnicott a une intuition géniale lorsqu'il fait l'hypothèse de l'existence d'une aire d'illusion, zone intermédiaire d'expérience à laquelle contribuent simultanément la réalité intérieure et la vie extérieure (D. W Winnicott & Kalmanovitch, 1958). C'est une aire allouée à l'enfant qui se situe entre la créativité primaire et la perception objective basée sur l'épreuve de réalité. Les objets situés dans cette aire sont ainsi simultanément trouvés-crés.

²⁶ incomplètement traduit par portage. Il désigne le (con)-(sou)-(re)tenir selon S. Lebovici

²⁷ manipulations du bébé à travers les soins maternels

²⁸ présentation de l'objet

L'appartenance de cette aire à la réalité intérieure ou extérieure n'est pas questionnée car « on ne lui demande rien d'autre sinon d'exister en tant que lieu de repos pour l'individu engagé dans cette tâche humaine interminable de maintenir, à la fois séparées et reliées l'une à l'autre, réalité intérieure et réalité extérieure » (Donald Woods Winnicott & Monod, 2006)²⁹. Winnicott invente le terme d'objet transitionnel, un objet qui représente le sein ou l'objet de la première relation, antérieur à l'établissement de l'épreuve de réalité, et qui aide l'enfant à passer du contrôle omnipotent à un contrôle par manipulation. Cet objet a un statut de possession particulière de l'enfant qui n'est : ni un objet interne, ni un objet externe, ni sous contrôle magique, ni hors de contrôle. Pour Winnicott, l'utilisation par un enfant d'un objet transitionnel révèle la qualité suffisamment bonne de son objet interne.

d. L'accordage affectif

Le pédopsychiatre psychanalyste D. Stern, en 1989, s'est intéressé à une forme particulière de la communication entre le parent et le nourrisson qu'il a appelé l'accordage affectif. Il l'explique ainsi : « d'abord, le parent doit être capable de lire l'état émotionnel du nourrisson dans son comportement manifeste. Ensuite, il doit présenter un certain comportement qui, bien que ne se réduisant pas à une imitation stricte, corresponde sous certains aspects au comportement manifeste du nourrisson. Enfin, le nourrisson doit être capable de comprendre que la réaction parentale correspondante a un rapport avec sa propre expérience émotionnelle initiale et pas seulement avec l'imitation de son comportement. Ce n'est que lorsque ces trois conditions sont remplies qu'un autre peut prendre connaissance des états émotionnels de quelqu'un et que tous deux peuvent sentir, sans utiliser le langage, que cette opération s'est faite » (Stern, 2003)³⁰. Il résume la notion ainsi : « l'accordage affectif est alors l'exécution de comportements qui expriment la propriété émotionnelle d'un état affectif partagé sans imiter le comportement expressif exact de l'état interne » (*ibid.* p 185). Les accordages réalisent un partage intersubjectif de l'affect. Il s'agit d'un rapport de correspondance et non d'imitation. Cette correspondance est transmodale, c'est-à-dire que « le canal ou la modalité utilisée par la mère pour traduire le comportement du nourrisson, est différent du canal ou de la modalité utilisée par le nourrisson [...] ce qui est rendu, ce n'est pas en soi le comportement de l'autre personne, mais plutôt un certain aspect du comportement qui reflète l'état émotionnel de la personne » (*id.*). Impression clinique et intuition témoignent de cet accordage, qui peut être

²⁹ p 30
³⁰ P 182

étudié plus précisément en s'attardant sur six critères d'appariement : le niveau et le profil d'intensité, la pulsation temporelle, le rythme, la durée, et la forme du comportement. D. Stern distingue affects catégoriels et affects de vitalité. Selon lui, les accordages affectifs ont préférentiellement lieu sur les affects de vitalité.

2. Chez les psychanalystes de langue française

a. Contenant et conteneur

L'idée fondamentale de transformation située au cœur du phénomène de contenance est présente dans la distinction introduite par le psychanalyste R. Kaës (dans le domaine de la psychanalyse groupale) entre fonction de contenant et fonction de conteneur. Kaës amène cette idée de conteneur à l'occasion d'une réflexion sur la capacité de contenance des formateurs de la destructivité projetée par des participants de groupes de formation analytique, en proposant pour cela l'analyse de l'intertransfert. La fonction de conteneur associe la présence d'un contenant à une capacité transformatrice : « la fonction conteneur correspond au rétablissement du processus psychique grâce au travail de transformation de contenus destructeurs par un contenant humain actif et apte à rendre possible cette métabolisation » (Kaës, 2013)³¹, celle de contenant étant plus proche de l'idée d'un réceptacle.

Le psychanalyste D. Anzieu reprend, pour les inverser, les termes de R. Kaës, désignant par contenant le conteneur de R. Kaës, un « dépositaire passif, mais non nocif, cuvette, seintoilettes, simple récipient » (Anzieu et al., 1993)³², et par conteneur le contenant de R. Kaës, un « réceptacle actif qui assimile le contenu, l'investit libidinalement, le restitue sous une forme élaborée, par exemple en le nommant, le mimant, l'expliquant, le dédramatisant, le racontant » (*id.*). Il y ajoute le contenir qui correspond à la fonction de l'activité de penser « d'opérer des transformations au degré le plus simple en s'étayant sur l'emprise de la main sur les objets, par un Moi-main » (*id.*).

Ainsi, selon D. Anzieu, la contenance du Moi-Peau serait à la source de trois catégories de pensées : (1) la présence d'un conteneur externe passif, surface uniface sur le modèle de la sphère, du creux maternel, de la concavité du corps (la pensée comme « sac pour les

³¹ P 63

³² P 27

pensées ») (2) un contenant interactif biface, mi-externe, mi-interne (la pensée comme barrière de contact ou interface, qui encercle, balise, permet des passages..., la pensée comme contenance des pensées, qui « embrasse les pensées ») (3) un contenir interne, à triple enveloppe, une enveloppe narcissique s'ajoutant au bi-face, oscillant entre les pôles auto et allo-centré » (la pensée comme limite).

b. Contenants de pensée

Le psychanalyste B. Gibello a proposé de désigner par contenants de pensée « les systèmes dynamiques par lesquels des contenus de pensée peuvent prendre sens, être compris, mémorisés et communiqués » (Collectif & Anzieu, 1993). Il distingue les contenants de pensée archaïques, symboliques complexes et groupaux socio-culturels. Les premiers opèrent un travail de transformation des données perceptivo-sensorielles (il différencie des contenants de pensée archaïques fantasmatiques, cognitifs et narcissiques), les seconds reposent sur l'appareil du langage et le système de représentation visuo-spatial et les derniers s'expriment à travers les mythes fondateurs des groupes d'appartenance. Le Moi-Peau, concept qui suit, est présenté par B. Gibello, dans sa classification, comme un contenant archaïque narcissique de pensée.

c. Moi-Peau

Le Moi-Peau est défini par D. Anzieu en 1974 comme « une figuration dont le moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps » (Anzieu, 1995)³³. D. Anzieu donne au Moi-Peau le statut épistémologique de schème intermédiaire entre métaphore et concept. Il souligne sa double dimension métaphorique et métonymique, empruntant alors l'expression d'oscillation métaphoro-métonymique de G. Rosolato, « ressort d'une théorie qui conjugue créativité et rigueur de pensée » (*ibid.* p 6). « Le Moi-Peau est d'abord une métaphore et c'est là qu'il puise sa force créative ; il est aussi une métonymie et c'est là qu'il trouve son assurance et sa rigueur conceptuelle ; sa figuration en ellipse le fait sortir du solipsisme et l'engage dans la relation à l'autre » (*ibid.* p 5). Les principales fonctions qu'Anzieu attribue au Moi-Peau sont les suivantes : fonction de

³³

maintenance du psychisme, fonction de contenance, fonction de pare-excitation ou de constance, fonction d'individuation, fonction d'inter-sensorialité ou de correspondance des sens, fonction de soutien de l'excitation sexuelle ou de sexualisation, fonction de recharge libidinale ou d'énergisation, fonction d'inscription des traces sensorielles tactiles ou de signifiante. La contenance apparaît ici comme une des fonctions du Moi-Peau.

d. Enveloppes psychiques

La notion d'enveloppe psychique, idée publiée en 1987, a été forgée par des psychanalystes français travaillant sous la direction de Didier Anzieu, dans un développement de ses travaux sur le Moi-Peau, eux-mêmes héritiers de la notion de peau psychique d'Esther Bick. Elle englobe les idées de sac qui contient, de bord qui délimite, d'interface qui met en contact, de frontière qui filtre le passage, de sphère autosuffisante, de maîtrise ou d'échec de maîtrise des affects (Anzieu et al. 1993)³⁴. Désignant d'abord des enveloppes individuelles étayées sur des fonctions sensorielles (comme les enveloppes tactile, visuelle, auditive...), le modèle des enveloppes psychiques s'est ensuite étendu dans les domaines de la psychopathologie groupale, familiale et afin de rendre compte du fonctionnement institutionnel. Il s'est avéré particulièrement fécond, heuristique, a été à l'origine de nombreux développements.

e. Stade du miroir

A la suite du psychologue H. Wallon, le psychanalyste J. Lacan a avancé le terme de « stade du miroir », pour rendre compte d'un moment clef dans la formation du « Je » : lorsque le petit enfant jubile de voir son image reflétée dans le miroir. « L'assomption jubilatoire de son image spéculaire par l'être encore plongé dans l'impuissance motrice et la dépendance du nourrissage qu'est le petit homme à ce stade *infans* nous paraîtra dès lors manifester en une situation exemplaire la matrice symbolique où le Je se précipite en une forme primordiale, avant qu'il ne s'objective dans la dialectique de l'identification à l'autre et que le langage ne lui restitue dans l'universel sa fonction de sujet » (Lacan, 1949)³⁵. Associé à la constitution du narcissisme primaire, par « identification à l'imgo du semblable », ce moment « fait basculer le savoir humain dans la médiatisation par le désir de l'autre » (*ibid.* p98).

³⁴ P 31

³⁵ P 94

f. Objet esthétique

Le psychanalyste D. Meltzer a développé en 1988 les notions d'objet et de conflit esthétique (Meltzer & Williams, 2000). « Meltzer décrit ainsi la manière dont le bébé est frappé par l'impact esthétique de l'objet, de ce qu'il appelle la « mère ordinairement belle et dévouée », et la manière dont il est vertigineusement attiré par cet objet esthétique, et par l'intérieur de cet objet, dont il se demande si l'intérieur est aussi beau que la surface – le conflit esthétique, tel que le nomme Meltzer, résultera des différentes déceptions qu'aura à affronter le bébé lorsqu'il découvrira l'intériorité de l'objet. Ce qui amortit cette violente et vertigineuse attraction, c'est la communication. Si l'objet n'amortit pas cette attraction, par la communication et l'attention, le bébé est livré à ce que Houzel appelle des angoisses de précipitation » (Ciccone, 2001)³⁶.

g. Objet médium-malléable

L'expression de « médium malléable » a été introduite par la psychanalyste M. Milner dans un article de 1952 sur le « rôle de l'illusion dans la formation du symbole » pour désigner un objet médiateur qui, par sa matérialité spécifique, offre la possibilité de matérialiser la problématique interne d'un sujet par la mise en forme du matériau proposé. Elle qualifie le processus en jeu de superposition : elle décrit un état de concentration psychique particulier qui permet que se produise la superposition nécessaire à l'utilisation du médium, superposition par laquelle les sensations internes sont transférées dans la matière du médium. L'idée de médium malléable fait référence à une possible utilisation du cadre matériel (incluant l'espace de la médiation, considéré comme une « substance malléable d'interposition ») mais aussi à une modalité d'utilisation du thérapeute.

R. Roussillon a développé cette notion en s'intéressant à la genèse des représentations du processus de symbolisation : « le médium malléable est « une matière à représentation » qui, dans l'utilisation qui en est faite, en vient à symboliser elle-même la représentation, l'objet psychique « représentation » » (Brun et al., 2013)³⁷, participant à la mise en œuvre de la fonction réflexive de la psyché. Le médium permet le déploiement d'une associativité non verbale qui permet une progressive symbolisation d'éprouvés archaïques, de traces sensori-

³⁶ P 89

³⁷ Une métapsychologie de la médiation et du médium malléable, René Roussillon, *in* Manuel des médiations thérapeutiques, Brun et al, 2013, p 60

affectivo-motrices. R. Roussillon attribue au médium malléable les propriétés suivantes : indestructible (indestructibilité couplée à une extrême sensibilité et à une grande réceptivité), saisissable, consistant, animable, transformable, endurant, prévisible et indéfiniment disponible. Les objets médium malléable qui ne possèdent pas toutes ces propriétés peuvent être des objets médium-malléable partiels. Il propose également, au-delà de l'objet malléable, de concevoir une « fonction médium malléable ». Le dispositif (cadre et pratique du clinicien) associé au choix d'un médium ajusté aux besoins psychiques du sujet doit mettre à disposition du sujet tous les formants de la fonction médium malléable nécessaire au processus de traitement de ce qui est transférentiellement engagé par le sujet dans la rencontre clinique.

h. Cadre et fonction cadre

Le psychanalyste argentin J. Bleger définit le cadre en psychanalyse comme un « non processus » constitué des constantes/invariants à l'intérieur desquelles le processus a lieu, qui en forment le contexte. Ce qui y est déposé par le patient concerne la partie symbiotique de sa personnalité : « les institutions et les organisations sont des dépositaires de la sociabilité syncrétique ou de la partie psychotique » (Kaës, 2012)³⁸. La sociabilité syncrétique est la part davantage méconnue de la sociabilité groupale définie par J. Bleger, à côté de la sociabilité par interactions. Cette partie psychotique de la personnalité est issue des liens symbiotiques primitifs qui renvoient à une indifférenciation entre moi et réalité extérieure. J. Bleger écrit que le cadre est la partie la plus primitive de la personnalité, la fusion moi-corps-monde, et que de son immobilisation dépendent la formation, l'existence et la discrimination du moi, de l'objet, du schéma corporel, du corps, de l'esprit... Il attribue cette symbiose à ce qu'il appelle la relation à l' « objet agglutiné », résidu des expériences les plus primitives qui constitue la partie psychotique de la personnalité. Il considère que le cadre contient cette partie psychotique de la personnalité du sujet en analyse, ce qui peut expliquer l'apparition brutale d'angoisses archaïques en cas de défaillance ou rupture du cadre.

P. Fustier a développé la notion de « fonction cadre du dispositif » en institution. Selon cet auteur, le dispositif remplit une fonction cadre s'il possède des caractéristiques de constance, stabilité et invariance, avec des règles qui préexistent à la venue du patient et qui ne s'y subjectivisent pas (elles peuvent évoluer mais en étant le fruit d'une réflexion collective) et ne doit pas chercher à s'adapter « à la perfection » aux désirs/besoins d'un sujet. La fonction

³⁸

cadre reste normalement muette, elle ne se « démutise », par l'apparition d'angoisse archaïque massive qui témoigne d'une dé-transitionnalisation du cadre, qu'en cas de défaillance de celui-ci : « nous constatons alors qu'une défaillance du dispositif, réelle ou seulement ressentie comme telle par une personne accueillie, produit sur les usagers des effets d'angoisse analogue à ceux observés par Bleger à propos du cadre psychanalytique » (Fustier, 2014)³⁹.

4. Revues de littérature et travaux de synthèse contemporains sur la notion de contenance

a. Les concepts d'enveloppe psychique et d'enveloppe institutionnelle selon Didier Houzel

D. Houzel insiste sur les capacités de focalisation puis de stabilisation en jeu dans le phénomène de contenance. Il parle de contenant attracteur : pour lui, l'objet contenant est d'abord un attracteur des investissements, de l'attention, et des éprouvés du bébé avant de donner forme à ces éprouvés. Au-delà de la fonction de récipient dans lequel la psyché de l'enfant expulserait des parties d'elle-même, l'objet contenant est pour lui un objet qui focalise et stabilise les forces psychiques qui l'investissent. Il définit alors la contenance comme « un processus de stabilisation de mouvances pulsionnelles et émotionnelles qui permet la création de formes psychiques douées de stabilité structurelle » (Houzel, 2010). Il insiste sur le caractère dynamique de la notion d'enveloppe psychique, qui correspond à un processus décrit ainsi : « le psychisme construit sa propre enveloppe sous l'effet des forces qui lui arrivent de l'intérieur et au contact de la réalité et de ses contraintes » (*ibid.* p 23). Les propriétés qu'il confère aux enveloppes psychiques sont : l'orientabilité (en distinguant une face externe et une face interne), la connexité (la continuité), la compacité, l'élasticité (la malléabilité et la consistance), la délimitation et la perméabilité. Ces propriétés impliquent pour cet auteur l'intégration de la bisexualité primaire et le développement de la fonction contenante. Il décompose l'enveloppe psychique en trois feuillets : pellicule, membrane et habitat. Il appelle pellicule « l'effet de tension superficielle de la dynamique pulsionnelle elle-même », « une force en quête de forme », une « pré-forme » en attente de la rencontre avec l'objet ; membrane la stabilisation de la pellicule lors de la réalisation de la rencontre avec

³⁹ Le groupe comme institution et le groupe dans les institutions, J. Bleger, *in* L'Institution et les institutions, Kaës et al, 2012

l'objet ; et habitat, l'enveloppe qui répond à un principe de stabilité simple dans lequel « c'est le lieu même que l'on habite qui doit être stable et pas seulement la forme et le déroulement des processus psychiques à l'œuvre dans le sujet » (*ibid.* p 31).

A partir de ses réflexions sur la notion d'enveloppe psychique, cet auteur a proposé le concept d'enveloppe familiale, « enveloppe qui entoure les enveloppes psychiques individuelles et qui en même temps est constituée d'une partie de chaque enveloppe individuelle qui ajoute sa contribution au tissage de l'enveloppe familiale en permettant une continuité [...] dynamique et vivante » (), puis d'enveloppe institutionnelle : « je pense possible et fructueux d'appliquer à l'institution psychiatrique le concept d'enveloppe psychique » (*ibid.*). « Je propose l'hypothèse selon laquelle l'enveloppe institutionnelle se constituerait dans l'ordre inverse de celui qui préside à la formation de l'enveloppe individuelle : l'ordre de l'habitat peut être mis en place ce qui correspond à l'explicitation de bases institutionnelles communes (accord sur des règles de fonctionnement qui ne sont pas des règles administratives intangibles) puis peut être tissée une membrane par fantasmes communs et mythes institutionnels. L'habitat est là pour protéger et stabiliser la membrane et alors peuvent se rencontrer enveloppe institutionnelle et pellicule individuelle issue des mouvements pulsionnels » (Bleandou,)⁴⁰. Il attribue à l'enveloppe institutionnelle les qualités d'étanchéité, compatible avec celle de perméabilité sélective (qui régit les échanges entre l'institution et le dehors), et de consistance (capacités de résistance et de changement) mise en relation avec celle d'élasticité (se déformer sans se rompre sous l'effet des pressions internes et externes). Il souligne que les propriétés de bisexualité psychique des équipes, leur capacité d'apprentissage par l'expérience et la construction d'une histoire institutionnelle participent à ce tissage d'enveloppe qui améliore la capacité thérapeutique de l'institution.

b. Le concept d'enveloppe psychique et de fonction contenant selon Albert Ciccone

Le psychanalyste A.Ciccone (Ciccone, 2001) insiste sur la nature métaphorique de la notion d'enveloppe, qui vient rendre compte de la fonction contenant. Il rejoint D. Houzel sur la capacité attractrice et stabilisatrice de l'objet contenant. Il le pense aussi comme un objet interne support, « appui au sentiment d'être », qui associe « dur et mou, verticalité ferme et horizontalité enveloppante ». En effet, l'enveloppe psychique est caractérisée par ses qualités

⁴⁰

P 78-79

plastiques, associant résistance, réceptivité et souplesse, consistance et élasticité, étanchéité et perméabilité. Elle résulte de l'intériorisation de l'objet contenant ou de la fonction contenante de l'objet. A. Ciccone en résume les conditions. Parmi les conditions qui dépendent des qualités de l'objet contenant : il énumère le portage, le soutien, le *holding*, la présentation des objets (selon Winnicott), la capacité de rêverie, la fonction alpha, l'activité de symbolisation (selon Bion), l'intégration de la bisexualité (selon Houzel) ; auxquelles il ajoute la sollicitation, la rythmicité des expériences (créatrice d'illusion de continuité) et l'attention. Ensuite, parmi les conditions qui dépendent du processus d'intériorisation, il ajoute les capacités d'identification projective et adhésive. Il cite également les travaux de G. Haag sur les boucles de retour (Collectif & Anzieu, 1993) et les représentations de contenance (projections spatiales de la circularité du *self*).

c. Le concept de fonction contenante ou de fonction à contenir selon Denis Mellier

Le psychologue D. Mellier explique que la fonction contenante est issue d'un effort de théorisation de la pratique clinique, notamment pour théoriser une pratique aux prises avec la déliaison. Au terme d'une revue de la littérature sur le sujet (Mellier, 2005b), il souligne que, si la notion de contenance correspond à un travail psychique avec des souffrances très primitives, elle recèle parfois des significations différentes voire contradictoires. Il distingue (1) le processus de contenance, « abstraction difficilement repérable » comme la fonction alpha (2) la fonction à contenir qui désigne « la position clinique à tenir » pour le développement de ce processus » (3) les fonctions contenantantes, résultats des processus de contenance, comme les enveloppes psychiques (4) les mécanismes de contention, mécanismes de défense résultants de l'échec du processus de contenance.

Il fait l'hypothèse que la fonction contenante permet le repérage d'une conflictualité psychique. La conflictualité psychique désigne pour lui le niveau conceptuel d'une dynamique psychique, les conflits latents, l'infrastructure : « faire se rencontrer ce qui autrement s'éviterait, resterait dans l'indifférence ou s'exprimerait dans des champs ou à des niveaux trop différents pour se conflictualiser » (Mellier, 2005a)⁴¹ et qu'elle est nécessaire pour passer des conflits (manifestes) à une conflictualité psychique. Il s'agit d'un effort d'attention, d'une sensibilité aux conditions de l'observation, « nécessaire pour faire émerger la demande, pour poser un cadre de rencontre puis d'élaboration des problèmes selon un point

⁴¹ P 430

de vue psychique » (*ibid.* p 442). Il cherche à montrer comment l'élaboration autour de la fonction de contenant est contemporaine d'un déplacement de la problématique de la conflictualité vers l'intersubjectivité et qu'elle amène à toute une réflexion sur le cadre. Il définit la fonction à contenir comme « la position psychique à adopter et à mettre en oeuvre sur le terrain, dans l'intersubjectivité, pour recevoir et transformer des souffrances très primitives » (*ibid.* p 4).

d. Essai sur le cadre de P. C. Racamier

Un ouvrage de publication posthume nous fait part des réflexions du psychanalyste P. C. Racamier autour de la fonction du cadre dans le soin. Il commence par : « le soin est un entourage, pour mieux dire, il est un entourement. Il lui faut un espace, il lui faut un cadre. Le soin est un processus. Hors il n'y a pas de processus qui puisse se dérouler dans le vide ou dans l'abstrait : là encore il lui faut un cadre » (Racamier, 2001)⁴². Racamier explique que ce qui fonde le cadre, « c'est un espace, un rituel, des repères temporels, des règles et des limites » (*ibid.* p23) et aussi des seuils : on y entre et on y sort. Pour l'auteur, le cadre s'inspire de la relation mère-enfant, avec sa triple fonction de portage, de maintenance et de nourrissage. Racamier voit dans le cadre de soin, la transposition du cadre analytique, avec une transformation imposée au cadre analytique par les pathologies psychotiques. Il parle de capacité d'hébergement psychique et de nécessaire ambiguïté de tout organisme de soins, lieu des patients comme lieu des thérapeutes, extérieur comme intérieur (*ibid.* p27). Le cadre c'est « un lieu, des temps, des règles et des seuils. Des personnes, un objectif, une ambiance et surtout une conception [...] l'esprit du soin. » (*ibid.* p 33). Il décrit ainsi cet esprit du soin qui lui est si cher : « sans cet esprit, qui est sa chair ou son souffle, un cadre ne peut guère être qu'une coquille vide, si ce n'est une sorte de carcan [...] cet esprit c'est avant tout de l'intérêt pour la vie psychique allié à une attention pragmatique sans faille ; de la clairvoyance associée à de la méthode ; du courage pour regarder dans la psyché des patients ainsi que dans la sienne propre ; un souci de recherche allié au goût pour le plaisir du travail en commun » (*ibid.* p 44-45). Au sein du cadre, le(s) lieu(x) sont à la fois des enveloppes et des noyaux : forum/lieu de rencontres, enveloppe agréable et esthétique, qui parle aux patients et qui leur montre qu'ils sont respectables. Le lieu, unique ou multiple, est toujours inscrit dans un ensemble cohérent. Les espaces sont différenciés, fournissant des endocadres, tout en

⁴² P 21

préservant des espaces fonctionnant comme des havres internes, aux fonctions non pré-établies. Le temps est scandé par des rythmes. Les règles, obligations et coutumes, existent (sinon, c'est un « terrain vague »). Elles fonctionnent comme contraintes et repères, elles s'imposent à ceux qui les énoncent et à ceux qu'elles concernent. Elles sont évolutives : il faut savoir par moments re-questionner leur histoire, la persistance de leur légitimité. La transparence au sein de l'institution est privilégiée mais elle est toujours au service de l'objectif thérapeutique et tente de respecter la privauté. Les équipes sont animées de valeurs communes et de différences internes, les fonctions respectives sont différenciées, et l'équipe s'appuie sur les qualités distinctes des individus. Racamier souligne que la mode est à la contenance, terme devenu cliché et passe-partout. A côté du projet ambitieux d'accueillir, transformer et restituer aux patients leurs pensées malaisées à penser, leurs affects difficiles à vivre..., la contenance « ce n'est pas toujours un écrin, ni même un panier à provisions. Il peut devenir poubelle, dépotoir, voire même chiottes » (*ibid.* p111). L'essence de la contenance, pour Racamier, c'est la forme, le façonnage : « soyons des modelleurs, non des réservoirs ! » (*ibid.* p112). Il donne aux institutions les modèles de la scène de théâtre (avec ses coulisses), du terrain de jeu, le modèle corporel de la peau (en tant que chair et non sac, sinon c'est une « cage »), ou encore celui du « jardin secret ». Le cadre, c'est l'association du symbolique et du concret. Racamier décline sept principales fonctions du cadre : (1) filtrage/amortissement et sécurité (une sécurité discrète, sur le modèle du couvert, de l'aile protectrice) (2) régulation de l'excitation, de la charge de travail, entre vide et ivresse (3) mise en forme, contenance et capacité (au double sens de contenance et aptitude). Il faut parfois savoir respecter une respiration du cadre : permettre des variations d'ampleur et de consistance du cadre selon la santé de l'équipe (4) perspectives et repères : il faut pouvoir déceler la problématique intrapsychique du patient à partir des indices de vécu du cadre (rigide/enfermant, étendu, débordant...) (5) rapports entre cadre topographique et cadre thérapeutique : Racamier donne l'exemple des patients qui se servent du cadre topographique en déjouant le cadre thérapeutique, « incarcérés mais absents » (6) topographie parlante : non en tant qu'enveloppe mais en tant qu'emplacements, surtout avec les schizophrènes, observer (7) perspectives et contre-inceste : proposition d'un cadre face à l'incestuel.

5. Implications cliniques contemporaines de la notion de contenance

a. L'implication attentive

Le psychanalyste A. Ciccone énonce qu'attention et observation sont au cœur du travail clinique et propose le terme d'observation clinique attentive. S'inspirant des travaux d'E. Bick concernant la méthodologie d'observation des bébés et la façon dont M. Harris l'a développé à l'observation d'autres situations cliniques, il détaille les temps successifs d'observation, imprégnation et écoute flottante, de notation sans codification théorique ou interprétative puis d'élaboration groupale. « Le groupe se met au service de l'observation et de l'observateur pour développer une compréhension de la situation observée, et de l'impact de la situation sur le praticien. Les hypothèses soulevées, mises à l'épreuve de la clinique, ne sont pas destinées à être rapportées au patient, à l'enfant, aux sujets concernés par l'observation. Elles sont destinées à dégager ou à construire un sens potentiel, mais aussi et surtout à permettre au praticien de contenir les manques, les doutes, les énigmes, de garder une attitude attentive, non intrusive, et de déjouer les pièges tendus par les projections dont il est inévitablement la cible » (Ciccone, 2001)⁴³. L'élaboration groupale est favorisée par les allers retours permis par l'écrit descriptif, allers retours entre situation clinique observée et rêvée et attention aux mouvements psychiques du groupe suscités par la description de la situation. Le dernier temps est celui du retour dans la situation. « L'ensemble du travail précédent aura opéré chez le praticien une transformation qui transformera quelque peu et progressivement la situation » (*ibid.* p 18). Ce qui est visé, ce n'est pas l'explication de la situation mais l'implication du clinicien.

b. L'enaction métaphorisante

Le psychanalyste S. Lebovici a proposé les concepts d'empathie puis d'enaction métaphorisante (Lebovici, 1994) pour penser l'action thérapeutique lors de consultations conjointes parent-bébé, s'appuyant sur la valeur symbolique/métaphorique d'un geste contextualisé pour le bébé. « J'ai voulu décrire le moment décisif où, dans le silence de la relation, s'impose à l'analyste la co-construction empathique métaphorisante déterminée par l'enaction ». L'identification du clinicien au vécus corporels et émotionnels du bébé et du

⁴³

parent l'amène à réaliser un geste au caractère inconscient qui peut prendre une valeur symbolisante selon sa réception (et qui peut avoir valeur d'interprétation psychanalytique). Le thérapeute mobilise ainsi sa capacité à jouer et à représenter en passant par son corps et peut produire un effet de surprise. « Les métaphores qui surgissent lors des consultations ont une grande valeur figurative et représentative. Elles proposent une image, une mise en figuration qui va induire de nouvelles associations chez le patient, de nouvelles capacités représentatives, qui vont lui permettre d'aborder un nouveau récit. C'est dans la mise en sens de ce nouveau récit que l'on pourra trouver l'effet thérapeutique, la mise en mouvement de nouvelles symbolisations » (Rabain, 2001)⁴⁴.

A ce concept d'enaction métaphorisante, nous pouvons associer celui d'actes-parlants, mode de communication non verbale défini par P. C. Racamier à partir de ses recherches sur la maternalité psychotique.

c. Les dispositifs de médiations thérapeutiques

Les dispositifs à médiation visent à accéder à une figurabilité en s'appuyant sur la matérialité/sensorialité de l'objet de médiation et sur la dynamique transférentielle, qui présente la particularité de se présenter comme une constellation transférentielle (expression freudienne, 1938 qui désigne une configuration transférentielle complexe). Le transfert est multifocal : sur le médium malléable, sur le(s) thérapeute(s), sur l'observateur éventuel, sur le cadre (cadre dispositif) et sur le groupe. L'objet médiateur se fait « attracteur sensoriel du transfert dont il devient le support, il focalise les liens/noeuds transféro-contre-transférentiels et les articule »⁴⁵ (Brun et al p 160), il a donc un rôle d'articulation et de liaison. Au cours d'un groupe thérapeutique à médiation, R. Kaës souligne la diffraction groupale du transfert (Kaës, 1976) et A. Brun sa diffraction sensorielle, ce qui signifie la diffraction du transfert sur les éléments sensoriels du cadre thérapeutique incluant le médium malléable (Brun, 2007). L'objet de médiation peut être rapproché d'un objet de relation : résultat d'une expérience partagée, il présente une fonction d'interface entre plusieurs sujets et d'interface psychique. Il « se fait le support d'une expérience sensorielle pour le patient tout en étant objet de rêverie

⁴⁴ § 38
⁴⁵ P 160

pour le clinicien » (Brun et *al.*, 2013)⁴⁶. Il s'en distingue car il est préinvesti par le clinicien qui le propose au patient.

d. Fonction contenante du thérapeute et continuité des soins en ambulatoire

Dans l'ouvrage collectif « Groupe, contenance et créativité » (Chapelier & Roffat, 2012), la psychologue N. Kacha réfléchit sur la fonction contenante du thérapeute. Elle résume la notion de contenant à trois aspects essentiels : (1) la notion d'attention, de présence psychique, accompagnée de celle d'attachement, de chaleur et de sécurité (2) la notion de maintenance, de soutènement, de support, d'appui (3) la notion de capacité d'accueil des pensées angoissantes associée à l'aptitude à les métaboliser et à leur donner un sens. La clinique du trauma ajoute à ces considérations l'importance du témoignage de solidité du thérapeute, évaluée en termes de fermeté, résistance, indestructibilité et permanence. N. Kacha choisit finalement de résumer ainsi la fonction contenante du thérapeute : (a) la façon dont il se tient lui-même, ce sur quoi il s'appuie, son histoire, ses compétences (b) la façon dont il accueille ses patients et leur sert d'appui (c) le cadre et le dispositif qu'il met en place, qui sont sa propre construction et la garantie de la solidité de l'enveloppe qu'il propose (d) sa capacité à accueillir les projections négatives et à y réagir pour les transformer.

A partir de son expérience en Centre d'Accueil et de Crise et au Centre Myriam David accueillant des mères en détresse, la psychiatre I. Bretenoux tente de poser les jalons d'une pensée de la continuité des soins en ambulatoire, qui vise à « instaurer ou restaurer une continuité dynamique, dans un espace potentiel, assuré de disposer d'un temps potentiel, via une rencontre entre sujet et objet qui se prête à lui, qui propose un jeu, une création à plusieurs » (Denis et *al.*, 2010)⁴⁷. Instaurés sans délai, ils s'inscrivent dans la durée et dans la particularité de liens établis avec des soignants qui y engagent leur style, leur histoire, leurs émotions naissantes au contact du patient. Le lieu tente d'offrir un accueil inconditionnel avec une attention aux besoins concrets actuels du sujet. Il propose un cadre au rythme individualisé, des espaces d'entre-deux et permet des ruptures dans la continuité. La permanence se construit, ni par la permanence des soignants, ni par celle des patients, mais par la continuité de l'investissement soignant.

⁴⁶ Gimenez, 2002, cité par Brun et *al.*, p 176

⁴⁷ Comment s'instaure la continuité des soins en ambulatoire ? De l'adulte au bébé, du bébé à l'adulte, I. Bretenoux, in P. Denis et *al.*, Continuité des soins, continuité psychique, 2010, p 330

CINQUIEME PARTIE : SOIGNER LES ADDICTIONS

I. L'addictologie

Selon le collège universitaire national des enseignants en addictologie, « l'addictologie se place dans une perspective d'unification de l'ensemble des comportements de consommation de différentes SPA, licites et illicites. Elle vise, au-delà du clivage du produit, à étudier les pratiques de consommation et les conduites addictives. Elle s'intéresse aux mécanismes d'acquisition de la dépendance et notamment aux déterminants biologiques, psychologiques et sociaux, affine le traitement et la prévention de ces pratiques et analyse leurs conséquences économiques et sociales. Elle permet de décentrer les concepts, la clinique et la prise en charge d'une approche par produit à une approche par conduite de consommation. L'addictologie vient concrétiser un fort mouvement d'idées existant déjà depuis plusieurs années. Les psychiatres et psychanalystes s'étaient déjà saisis du concept d'addiction étendant surtout la réflexion au-delà des dépendances traditionnelles, sur les comportements de dépendance sans produit. L'autre point important était la perception par les professionnels de chacune des dépendances classiques de l'intrication de ces comportements de dépendance, de l'existence d'abus multiples et précoces et de poly-toxicomanies. Parallèlement, la neurobiologie mettait en évidence des bases physiopathologiques communes⁴⁸. »

La discipline médicale addictologique est, en France, officiellement née en 1999, date de la création du DESC d'Addictologie. Elle est donc récente, malgré l'ancienneté des conduites addictives et soins procurés aux sujets addictés.

⁴⁸ Site web du DESC d'addictologie : http://psydocfr.broca.inserm.fr/toxicomanies/DESC%20Addictologie/desc__college_national_addictologie.htm

II. Approche psychiatrique contemporaine des addictions

1. Evolution historique du modèle médical de compréhension des addictions

Nous commencerons par un bref rappel de l'histoire de la construction nosologique psychiatrique des phénomènes de consommation de SPA, traduisant l'évolution générale des idées autour des addictions.

Les premières définitions médicales internationales officielles, celles de l'Organisation Mondiale de la Santé ont placé ces comportements sous le terme de « pharmacodépendance » (OMS 1955, 1969 et 1974) : « la toxicomanie est un état psychique et quelque fois également physique résultant de l'interaction entre un organisme vivant et un médicament, se caractérisant par des modifications du comportement et par d'autres réactions qui comprennent toujours une pulsion à prendre le médicament de façon continue ou périodique, afin de retrouver ses effets psychiques et quelquefois d'éviter le malaise de la privation » (OMS, 1974). Cette terminologie renvoyait à une logique de l'intoxication, logique qui prévalait depuis le XIXème siècle qui a vu se multiplier les termes affectés de suffixe en « isme » : alcoolisme (1849), morphinisme (1877)... Cette logique a été suivie, au temps de l'émergence de la discipline psychiatrique, d'une approche découlée des études sur la « manie » où la logique est devenue celle de la passion/de la folie pour le produit : morphinomanie (1898), toxicomanie (1910)... Puis, le modèle de l'addiction, initialement traduit par le mot français assuétude par S. Peele (tentant de rendre compte de la double valence d'habitude et d'esclavage) est apparu. Il est intéressant de souligner l'origine étymologique du terme addiction : il ne s'agit pas d'un anglicisme mais d'un mot d'origine latine réintroduit depuis son usage anglais. En effet, addiction est un mot d'origine latine faisant référence dans le droit romain (et conservé dans le droit médiéval) à la contrainte par corps du sujet ne pouvant s'acquitter de sa dette et mis par le juge à la disposition du plaignant. Il contient donc la double idée de contrainte de corps et de dette. Le sujet est aliéné, étymologiquement « *dit par* ». Il revient en français depuis son usage anglo-saxon (le terme d'addiction est en effet présent dans la langue anglaise dès le XIVème siècle). La psychanalyste Joyce Mc Dougall (McDougall, 2004a) a d'ailleurs été l'une des pionnières de sa réintroduction en français, en démontrant qu'il tient mieux compte, par rapport au vocable de dépendance, de la dimension active du sujet à choisir ce comportement (traduisant l'idée

de « s'adonner à » présente dans le comportement) et moins compte, par rapport à celui de toxicomanie, d'un « désir conscient de s'empoisonner ou de se faire du mal ». L'addiction a été une tentative d'ériger un modèle unifié supra-organisateur afin d'éviter toutes les déclinaisons par produit ou objet d'addiction. Ce concept répond à des modèles de compréhension pluridisciplinaires, qui font appel à différentes sciences humaines et biologiques, au sein desquels le modèle médical, celui de l'addiction-maladie, a pris une place certaine. En proposant des thérapeutiques médicamenteuses efficaces, en particulier avec l'arrivée des traitements de substitution, et en mettant en évidence des bases génétiques et neurobiologiques communes aux diverses addictions, il a contribué à déculpabiliser les patients mais a aussi pu renforcer un modèle passif de dépendance.

Le passage de la logique de l'intoxication à la logique addictive se révèle dans l'évolution des adages suivants : de « la drogue fait le toxicomane » au « toxicomane fait la drogue ». On passe du focus sur un produit à celui sur le comportement, en proposant un modèle générique, un concept global : l'addiction. Le modèle des addictions s'est autant construit à partir des recherches sur les comportements de consommation de substances que sur d'autres comportements (jeu, troubles alimentaires, sexualité...), que Fenichel a appelé les « toxicomanies sans drogues » (Fenichel, 1945) et qui sont devenues les addictions sans drogues ou addictions comportementales. Toute approche actuelle des addictions doit prendre en compte la globalité et la transversalité des conduites addictives.

Nous allons expliciter la clinique générale des addictions en s'intéressant de façon un peu plus détaillée à la clinique et la psychopathologie des conduites de dépendance à des SPA et en particulier aux opiacés (relevant du champ des toxicomanies). Ce choix résulte de la composition de l'échantillon de patients de notre étude, les patients ayant participé à la recherche recevant des soins en lien avec une consommation de SPA incluant pour la majorité des opiacés et recevant un traitement de substitution aux opiacés (TSO).

2. Clinique générale des addictions et des toxicomanies

L'addiction fait référence à un mode relationnel pathologique avec l'objet d'addiction : il s'agit d'une relation qualitativement et non quantitativement pathologique. C'est pourquoi dans toute clinique addictive, au-delà du comportement directement observable, il est fait particulièrement attention au rapport que le sujet entretient avec son comportement et objet

d'addiction, à la fonction du comportement pour le sujet : « ce qui signe l'addiction, ce n'est pas le comportement en lui-même, mais l'utilisation qu'en fait le sujet » (Reynaud, 2006)⁴⁹.

L'addiction implique une « perte de la liberté de s'abstenir » comme le disait le psychiatre P. Fouquet en proposant ainsi une définition originale de l'alcoolodépendance, expression reprise par le psychiatre J. P. Descombey qui la retourne en « une perte de la liberté de boire »⁵⁰. Il s'agit d'un vécu d'aliénation subjective⁵¹ et non une perte de liberté en référence à une norme ou une évaluation extérieure : le risque est en effet toujours présent d'une définition de l'addiction par l'écart aux normes sociales, dans une perspective de déviance. Il est également important de ne pas voir la dépendance comme une conduite essentiellement passive, une aliénation d'origine uniquement externe, mais, pour reprendre les mots du psychiatre C. Olievenstein, « la dépendance est un phénomène psychique actif, en partie volontariste » (Olievenstein, 1987)⁵².

Tout d'abord, il est important de rappeler que l'addiction n'est pas l'usage. En effet, pour parler d'addiction, il est nécessaire que le comportement soit une source de souffrance pour le sujet qui vit une forme de contrainte interne à poursuivre ce comportement. Il existe une contrainte irrépressible à consommer, une impossibilité de renoncer à cet usage, en dépit de la motivation et des efforts du sujet pour y échapper.

Les addictions sont des conduites transnosographiques : elles ne présagent ni d'un trouble psychiatrique, ni d'une structuration psychique spécifique. « Il n'existe aucune structure psychique profonde et stable spécifique de l'addiction. N'importe quelle structure mentale peut conduire à des comportements d'addiction (visibles ou latents) dans certaines conditions affectives intimes et relationnelles. L'addiction ne modifie nullement la nature spécifique de la structure psychique profonde en question, mais se contente de modifier plus ou moins notablement le mode de fonctionnement secondaire de cette structure » (Bergeret & Fain, 1981)⁵³.

⁴⁹ P 4

⁵⁰ L'économie addictive, J. P. Descombey, 2005

⁵¹ Les modèles psychologiques de compréhension des addictions, M. Valleur, *in* Traité d'addictologie, Reynaud et al. 2006, p 60

⁵² La clinique du toxicomane, C. Olievenstein, 1987

⁵³ P 18

Ainsi, si les recherches psychopathologiques initiales sur les addictions ont tenté de théoriser une structure spécifique de l'addiction, elles ont globalement conclu à l'absence de structure spécifique de l'addiction, tout en conduisant à l'élaboration de modèles d'économie ou d'opération spécifiques.

Malgré l'absence de structure psychique spécifique de l'addiction, il est toutefois remarquable que les organisations de la personnalité de type état-limite (ou *borderline*) sont surreprésentées dans les conduites addictives. Ce constat est aussi à mettre en perspective avec le lien historique unissant addictions et états limites, deux théorisations qui se sont construites de façon contemporaine.

En revanche, il est admis que les conduites addictives révèlent la fragilité, la vulnérabilité de l'organisation psychologique sous-jacente : « l'addiction est recherchée non seulement en fonction d'un besoin plus ou moins manifeste du sujet, mais aussi, sur le registre économique latent, comme une tentative de défense et de régulation contre les déficiences ou les failles occasionnelles de la structure profonde en cause » (Bergeret & Fain, 1981)⁵⁴.

Pedinielli propose une définition descriptive de l'addiction comme la « répétition d'actes susceptibles de provoquer du plaisir mais marqués par la dépendance à un objet matériel ou une situation recherchés et consommés avec « avidité » » (Pedinielli, Rouan, & Bertagne, 1997)⁵⁵.

Nous pouvons également citer la définition historique et opératoire de l'addiction proposée en 1990 par Aviel Goodman à partir de travaux sur les addictions sexuelles : une addiction est « un processus par lequel un comportement, qui peut fonctionner à la fois pour produire du plaisir et pour soulager un malaise intérieur, est utilisé sous un mode caractérisé par (1) l'échec répété dans le contrôle de ce comportement (impuissance) et (2) la persistance de ce comportement malgré des conséquences négatives significatives (défaut de gestion) ». Les critères du trouble addictif définis par Goodman sont les suivants : (a) impossibilité de résister aux impulsions à réaliser ce type de comportement (b) sensation croissante de tension précédant immédiatement le début du comportement (c) plaisir ou soulagement pendant sa durée (d) sensation de perte de contrôle pendant le comportement (e) présence d'au moins 5 des 9 critères suivants :

- 1- préoccupations fréquentes au sujet du comportement ou de sa préparation ;
- 2- intensité ou durée des épisodes plus importante que souhaitée à l'origine ;

⁵⁴ P 18

⁵⁵ P 8

- 3- tentatives répétées pour réduire, contrôler ou abandonner le comportement ;
- 4- temps important consacré à préparer les épisodes, à les entreprendre ou à se remettre de leurs effets ;
- 5- survenue fréquente des épisodes lorsque le sujet doit accomplir des obligations professionnelles, scolaires ou universitaires, familiales ou sociales ;
- 6- activités sociales, professionnelles ou de loisirs majeurs sacrifiées du fait du comportement ;
- 7- persévérations du comportement bien que le sujet sache qu'il cause ou aggrave un problème persistant ou récurrent d'ordre social, financier, psychologique ou physique ;
- 8- tolérance marquée : besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence pour obtenir l'effet désiré, ou diminution de l'effet procuré par un comportement de même intensité ;
- 9- agitation ou irritabilité en cas d'impossibilité de s'adonner au comportement.

(f) certains éléments du syndrome ont duré plus d'un mois ou se sont répétés pendant une période plus longue (Goodman, 1990).

Parmi les critères de Goodman mentionnés ci-dessus, nous insisterons sur les notions centrales de perte de contrôle vis-à-vis du comportement, de persévération malgré des conséquences néfastes pour le sujet et de tolérance ou d'accoutumance (nécessité d'utiliser des quantités sensiblement croissantes de la substance pour obtenir l'effet désiré ou effet moins marqué si la même dose est utilisée régulièrement), critères retenus dans la définition de la dépendance du DSM 4 (American Psychiatric Association, 2003).

Dans l'item C, la définition de Goodman introduit également les aspects essentiels de recherche de plaisir (qui correspond à une forme de renforcement positif) et de recherche de soulagement (renforcement négatif) à travers le comportement.

La séquence addictive se déroule de façon assez stéréotypée. S'y succèdent : « angoisse de vide, état de manque avec besoin impérieux, mise en place d'un stratagème, incapacité à arrêter le comportement, passage à l'acte, anxiolyse temporaire suivie d'un malaise de récupération prenant la forme d'une dépressivité plus ou moins structurée » (Rozaire, Guilloulandréat, Rocher, Grall-Bronnec, & Vénisse, 2010)⁵⁶.

L'addiction présente classiquement plusieurs phases qui peuvent se succéder plus ou moins rapidement : « consommation satisfaisante et contrôlée dans un premier temps, centrée sur la recherche de sensations, appelée classiquement « lune de miel », puis érosion progressive des effets positifs recherchés malgré la place croissante prise par la conduite addictive, jusqu'à la

⁵⁶

perte complète du contrôle, l'usage du produit se poursuivant sous l'influence des exigences adaptatives liées à l'anxiété et au sevrage, avec apparition de conséquences dommageables pour le sujet » (*id.*). Pour décrire cette succession de phases, on parle souvent de cycle initiation/répétition/dépendance.

La notion de dépendance a été classiquement scindée en deux : d'un côté la dépendance physique en lien avec les désordres physiologiques et neurobiologiques, à l'origine des symptômes physiques de sevrage (qui sont des symptômes corporels traduisant l'état de manque), de l'autre la dépendance psychique associant des symptômes psychiques liées à la privation et le *craving*. Cette distinction ne s'avère toutefois pas toujours aisée et souvent artificielle. Auparavant, le diagnostic de dépendance nécessitait la présence de signes physiques de sevrage, ce qui n'est plus le cas aujourd'hui (American Psychiatric Association, 2013). La dépendance psychique est d'ailleurs aujourd'hui considérée comme plus spécifique de l'addiction que la dépendance physique, biologiquement induite et dont la présence ne signe pas une dimension addictive.

Le DSM 5 (American Psychiatric Association, 2013) a fait disparaître la distinction entre usage, usage à risque, abus/usage nocif et dépendance présente au sein du DSM 4. L'idée d'un continuum entre les divers comportements de consommation est cependant conservée. Les troubles addictifs sont désormais regroupés sous le terme de « troubles liés à l'usage de substances », désignés par l'unique terme de dépendance et différenciés par intensité selon le nombre de critères présents sur une liste de 11 critères (voir annexe) : dépendance légère (2-3 critères), moyenne (4-5 critères), sévère (6 critères ou plus). De plus, le sujet peut être considéré en rémission si les critères de dépendance, en dehors du *craving*, ont disparu (précoce entre 3 et 12 mois d'absence de critères de dépendance et prolongée si supérieure ou égale à 12 mois), en précisant s'il bénéficie du support d'un environnement protégé ou d'un traitement de substitution.

La notion de *craving* a fait l'objet d'un intérêt renouvelé en clinique et en recherche depuis la seconde moitié du XX^{ème} siècle. Elle apparaît dans les classifications nosographiques internationales en 1994 (CIM-10 (Classification Internationale des Maladies, OMS, et accessoirement dans le DSM 4) et est consacrée dans le DSM 5. Le *craving* est en effet à l'heure actuelle le concept clef des conduites addictives, l'expérience spécifique du sujet dépendant et la cible majeure des prises en charge thérapeutiques. Le terme anglais a été conservé et importé en français pour désigner ce concept. Traduisible par « désir urgent,

avide, ardent, irrésistible, maladif », nous pouvons le définir comme une envie irrésistible de consommer vécue comme étrangère à soi par le sujet (involontaire, déplaisante, contraire à ses valeurs...). Il est donc associé à un vécu egodystonique. Le *craving* désigne une entité différente des symptômes physiques de sevrage. Il présente des composantes comportementale, émotionnelle, cognitive et physiologique. En clinique, sa mesure reste toutefois délicate, subjective : il existe différentes échelles d'auto ou hétéro-évaluation multidimensionnelles prenant en compte les aspects qualitatifs et quantitatifs (l'intensité) du *craving*, plus ou moins spécifiques d'un produit ou d'un comportement. On peut également utiliser une échelle simple (sur le modèle de l'Echelle Visuelle Analogique) centrée sur l'intensité du désir : de l'envie mineure, contrôlable à l'envie extrême, incontrôlable, pour évaluer rapidement et répétitivement la force du *craving*.

Cliniquement, nous retrouvons au sein des conduites addictives les deux dimensions d'impulsivité (reliée à la clinique du passage à l'acte) et de compulsions (traduisant la lutte du sujet vis-à-vis du comportement), introduisant des différences cliniques entre les comportements addictifs (Pediñelli et al., 1997)⁵⁷ et des différences singulières (il existe une proportion singulière d'impulsivité et de compulsions associées chez chaque sujet). « Le terme de compulsion, comme celui d'impulsion, souligne une poussée, une force à laquelle le sujet peut difficilement résister et restitue la dimension de contrainte, de besoin, de perte de contrôle, mais aussi de répétition que recèle la définition de l'addiction » (Pediñelli et al., 1997)⁵⁸. De la culpabilité peut surgir électivement au moment de la dimension compulsive de la conduite ainsi qu'au décours d'une conduite impulsive.

En ce qui concerne le rapport entre addictions et comorbidités psychiatriques, nous pouvons distinguer schématiquement les troubles induits ou aggravés par l'usage, les troubles précédant ou déterminant l'usage, et les troubles co-existants à l'usage, sans lien de causalité entre les deux. En effet, l'addiction pose le problème de ses rapports avec les autres troubles présents chez le sujet : « la plupart des auteurs pensent que l'addiction est un trouble primaire, non réducteur à un autre, mais fréquemment associé à certains troubles » (Pediñelli et al., 1997)⁵⁹. Ainsi, on retrouve souvent des troubles de l'humeur, des troubles de personnalité, et

⁵⁷ P 37

⁵⁸ P 36

⁵⁹ P 38

des troubles anxieux. Les addictions peuvent également être associées chez un même sujet de façon concomitante ou successive, on parle alors de comorbidités addictives.

Certaines dimensions cliniques sont particulièrement associées aux conduites addictives : c'est le cas de l'alexithymie, de la dépressivité et de la recherche de sensations (Marcelli & Braconnier, 2013).

L'alexithymie, initialement décrite dans le champ de la clinique psychosomatique, présente deux composantes : émotionnelle et cognitive. L'alexithymie présente une composante émotionnelle, l'incapacité à identifier et exprimer verbalement ses émotions et à les distinguer des sensations corporelles. Elle présente également une composante cognitive : la pensée est tournée vers l'extérieur, on retrouve une limitation de la vie imaginaire (les rêves et fantasmes sont rares, pauvres, factuels et réalistes), un recours fréquent à l'action pour éviter les conflits ou exprimer ses émotions et une pensée pragmatique. L'alexithymie est une dimension psychopathologique sensible à l'âge, au niveau socio-économique et cognitif, à l'anxiété et à la dépression (pour la dépression, il s'agit en particulier de la composante émotionnelle). La composante cognitive de l'alexithymie serait donc plus spécifique. L'alexithymie varie d'un sujet à l'autre mais aussi pour un même sujet en fonction de ce qu'il vit et des secteurs de sa vie. Lane et Schwartz⁶⁰ relient alexithymie et capacité d'empathie en parlant de « niveau de conscience émotionnelle », qu'ils définissent comme la capacité à se représenter son propre éprouvé émotionnel et celui d'autrui. Corcos et al. retrouvent une forte prévalence de l'alexithymie dans les conduites de dépendance. En s'appuyant sur la distinction par Freyberger de l'alexithymie-trait (primaire) et de l'alexithymie-état (secondaire), ils ont différencié, au sein de l'alexithymie présente dans les conduites de dépendance, un fonctionnement alexithymique primaire pouvant faire le lit d'une addiction et un fonctionnement alexithymique défensif vis-à-vis des stress générés par la conduite addictive et des affects dépressifs (Corcos, Speranza, & Jeammet, 2003). Chez les toxicomanes, l'alexithymie serait plutôt transitoire et secondaire à un stress/une détresse émotionnelle ou à l'émergence d'une symptomatologie. Une étude clinique plus fine du « style dépressif » anaclitique ou autocritique différencierait un modèle où le passage de l'alexithymie à la dépendance se ferait préférentiellement par un fonctionnement dépressif anaclitique (anorexiques, femmes alcooliques et toxicomanes) ou par un fonctionnement dépressif autocritique (boulimiques, hommes alcooliques), les hommes toxicomanes se distribuant à

⁶⁰ Cités par Corcos et al., in Psychopathologie de l'alexithymie, 2003

part égale entre les deux. Corcos et al. en 1998⁶¹ affirment que l'alexithymie constituerait un mécanisme de défense de pare-excitation d'affects et de représentations pouvant mettre en péril l'organisation d'un Moi précaire.

Nous avons vu que l'alexithymie devait être mise en perspective avec la dépression, également très fréquente dans la clinique addictive. En effet, la dépression occupe une place importante dans les conduites addictives : la conduite addictive peut correspondre à une dépression masquée, répondre à une tentative d'auto-guérison d'une dépression ou à une lutte contre un vécu dépressif, ou encore être liée à une dysthymie ou une dépressivité sous-jacente. La dépression constitue le trouble psychiatrique le plus fréquemment comorbide avec les addictions (Reynaud, 2006). L'intoxication, comme le décours du sevrage ou le maintien de l'abstinence peuvent, par des mécanismes différents, faire émerger des symptômes dépressifs. Outre la dépression clinique, répondant à des critères d'épisode dépressif majeur, on retrouve fréquemment dans les addictions une forme de dépression plus ou moins essentielle (caractéristique fondamentale du sujet) : certains auteurs la désignent par le terme de dépressivité⁶², d'autres par celui de dépression anaclitique dans le cadre de structures limites de la personnalité⁶³. Les toxicomanies à l'héroïne ont également été analysées sous l'angle de la mélancolie. P. Hachet recense, entre autres travaux pouvant illustrer les liens entre toxicomanie et mélancolie, les auteurs qui ont rapproché les toxicomanies des états maniaco-dépressifs (Rado, Rosenfeld), les travaux sur le rôle de suppression du deuil que joue la toxicomanie (Merrini, Rousseaux, Faruch), sur le deuil impossible dans la toxicomanie (Le Poulichet), sur les fantasmes d'incorporation à l'oeuvre (Geberovitch) et sur les particularités des cryptes et des fantômes chez les consommateurs d'héroïne (Hachet, 2003).

La recherche de sensations est définie par le neurobiologiste M. Zuckerman (Zuckerman et al., 1972) comme le besoin de sensations et d'expériences variées, nouvelles et complexes. Ce trait de personnalité est composé de recherche de danger et d'aventure, de recherche d'expériences et de nouveauté, de désinhibition et de susceptibilité à l'ennui. IL apparaît comme un dénominateur commun à l'ensemble des pathologies addictives (Franques P, Auriacombe M, Tignol J, 2000). Un certain nombre de sujets addicts présentent un haut niveau de recherche de sensations : on les retrouve plus électivement chez les jeunes, les consommateurs de SPA illicites et les joueurs pathologiques.

⁶¹ Cités par Corcos et al., in Psychopathologie de l'alexithymie, 2003

⁶² Les modèles psychologiques de compréhension des addictions, M. Valleur, in Traité d'addictologie, Reynaud et al, 2006, p 64

⁶³ Bergeret, Toxicomanie et personnalité, 1982

A l'opposé de la recherche active de sensations, l'addiction peut présenter une dimension de refuge. Dans ce cas, il s'agit plutôt d'un évitement de la nouveauté, l'addiction occupant un rôle davantage contraphobique (Assoun, 2011). En effet, une autre fonction de la conduite addictive peut être la recherche de l'anesthésie, tant sensorielle, émotionnelle, que cognitive, et la recherche de l'oubli.

Cette dialectique est soulignée par le psychiatre M. Valleur qui montre que la dépendance peut être à la fois décrite comme une routine (une habitude, un refuge devant l'incertitude de l'existence, une fuite de la nouveauté et de l'aventure) et comme une conduite ouvertement transgressive et risquée, alors décrite comme une recherche de sensations, de nouveauté et d'aventure. Suivant le type d'addiction ou de personnalité, un axe pourra être prévalent, mais les deux fonctions peuvent coexister chez un même sujet et pour une même conduite : on peut alors distinguer les conduites addictives en fonction de leur dimension/gradient ordalique, de leur plus ou moins grande recherche active par un sujet de risque et de transgression. Cette dimension n'exclut pas chez ce même sujet, la dimension apparemment opposée de recherche de routine pour se rassurer (Reynaud, 2006)⁶⁴.

On peut également retrouver une dimension « passionnelle » dans le rapport du sujet à son objet d'addiction (Pirlot, 2013).

Dans tous les cas d'addiction, le registre des sensations prend le pas sur celui des émotions et les conduites agies prévalent sur la mentalisation. On retrouve entre addictions et pathologies psychosomatiques « la même logique de forclusion de l'affect » (Pedielli et al, 1997). Le « court-circuit » opéré par l'agir situe les défenses des sujets dépendants « quelque part » entre des défenses psychopathiques et psychosomatiques.

Les conduites addictives présentent avec le temps un fort pouvoir d'auto-entretien et d'auto-renforcement, et mènent bien souvent à l'escalade et/ou à l'enfermement du sujet dans la répétition du comportement, ainsi qu'à la réorganisation secondaire de sa personnalité et du fonctionnement de son système nerveux central. En infiltrant de façon rigide et répétitive le fonctionnement physique, psychique et social du sujet, le processus addictif va en effet être responsable de dommages bio-psycho-sociaux : désordres neurobiologiques spécifiques, fragilisation narcissique, marginalisation sociale.

⁶⁴ Les modèles psychologiques de compréhension des addictions, M. Valleur, *in* Traité d'addictologie, Reynaud et al, 2006, p 67

Les définitions consensuelles descriptives des addictions sont comportementales, ce qui peut les rendre superficielles et insuffisantes. Cette remarque souligne l'importance de la psychopathologie pour rendre compte de la spécificité du comportement addictif. Cependant, s'il est important de mettre du sens sur ces comportements afin d'aider les sujets à y mettre eux-mêmes du sens, il nous semble important de rester vigilant à ne pas métaphoriser de façon excessive des comportements qui, justement, n'ont bien souvent pas de valeur métaphorique adressée. Nous pensons également qu'il est important de ne pas faire de parallèles trop rapides, au sens d'équivalences entre comportement et psychopathologie qui peuvent avoir valeur d'interprétations sauvages.

Le statut de symptôme appliqué au comportement addictif est complexe et dépend du positionnement théorique du clinicien. En psychanalyse, les addictions ne sont généralement pas considérées comme un symptôme au sens psychanalytique du terme, c'est à dire en tant que formation de l'inconscient, mais certains auteurs l'envisagent comme un symptôme en particulier au sens historique⁶⁵ et considèrent que les intoxications peuvent faire l'objet d'une mise en scène dans le transfert (Heinrich-Leget & Jacob, 2010).

Comme pour les addictions en général, la toxicomanie ne présage pas d'une structuration spécifique de la personnalité : nous préférons parler des toxicomanies afin de souligner leur hétérogénéité clinique et psychopathologique.

Sont rencontrés, parmi les patients souffrant de toxicomanie, tous les types de personnalités, normales et pathologiques. En effet, une forte minorité, voire une majorité des patients, sont exempts de trouble de la personnalité. Parmi les personnalités pathologiques, dans une approche catégorielle, les troubles de personnalité du cluster B sont plus représentés que les autres et des associations de troubles de personnalité sont fréquentes. Dans les toxicomanies à l'héroïne, on retrouve une prévalence plus importante de trouble de la personnalité antisociale, ce qui peut être expliqué en partie par le caractère illicite de la SPA et le rapport à la transgression de la loi de ces sujets. Dans les toxicomanies à la cocaïne, on retrouve plus de personnalités limites, narcissiques et antisociales (Franques P, Auriacombe M, Tignol J, 2000). L'approche dimensionnelle de la personnalité, et notamment le trait de recherche de

⁶⁵ En fonction de sa place dans l'histoire individuelle du sujet

sensations qui semble assez transversal, semblerait plus intéressante pour expliquer l'articulation personnalité-dépendance.

La réalité clinique actuelle, et ce depuis les années 1980, montre la prévalence des conduites de poly-toxicomanie, ce qui peut rendre moins pertinent les approches psychopathologiques centrées sur une SPA particulière. Le psychiatre J.L. Senon distingue les poly-toxicomanies « de gestion de manque », les poly-toxicomanies « addictives » et les poly-toxicomanies « style de vie »⁶⁶.

3. Quelques éléments d'approche phénoménologique des addictions et des toxicomanies

Les consommations toxicomaniaques de SPA confrontent le sujet à des alternances de moments *up and down*/plaisir-manque, qui viennent modifier son rapport au corps et au temps. La psychologue et psychanalyste N. Panunzi-Roger évoque également dans son ouvrage sur « l'expérience toxicomaniaque » la place centrale de la dialectique du vide et du plein (Panunzi-Roger, 1993).

La drogue altère les trois registres phénoménologiques du corps : le corps en soi (avec les désordres biologiques induits), le corps pour autrui (celui qui permet de faciliter ou d'éviter la relation inter-corporelle), et le corps pour soi (se libérer du corps grâce à une expérience de dissociation).

La toxicomanie implique une modification profonde de l'être au monde du sujet. La consommation de SPA entraîne une distorsion du rapport à l'autre, au temps, à l'espace, au corps et à soi. La SPA, par déréalisation, anesthésie ou euphorisation, entraîne « un détachement passager entre la réalité et son vécu subjectif » (Morel et al., 1997)⁶⁷ qui réalise une « transformation du dialogue entre le dehors et le dedans, entre le monde et le sujet, entre les stimulations et leurs significations internes, une dé-dialectisation, une coupure partielle des interactions à la source de l'existence et de la permanence du sujet, aux fondements de ce que Heidegger appelait l' « être-là » » (Pagès-Berthier, 1996)⁶⁸. La toxicomanie peut donc être

⁶⁶ <http://www.senononline.com>

⁶⁷ P 89

⁶⁸ cité par Morel, Hervé, & Fontaine (1997), p 89

comprise plus globalement comme un assujettissement actif à une expérience au sens phénoménologique du terme. Le phénomène de «centration» est une dimension phénoménologique spécifique de l'addiction. Les sujets vont centrer leur existence plus ou moins durablement sur cette transformation de leur rapport au monde liée à la prise du produit et le remaniement induit des perceptions. Il s'agit de s'é-prouver : éprouver ses limites pour se sentir exister et se dégager des limites de la réalité. L'addiction résulte d'une recherche active de transformation de soi et du monde, d'une dépendance à une expérience subjective qui s'instaure rapport au monde.

Un des paradoxes de la toxicomanie est d'osciller en permanence entre la recherche d'une sensation totale, extrême, indépassable qui est située du côté de la prise de risque, et une inscription dans une forme de routine, avec une conduite répétable à l'infini, rassurante car prévisible dans ses effets.

En effet, « La personne addict ne cesse d'interroger son rapport au temps- si particulier et parfois si différent de celui des personnes qui l'entourent. Le besoin d'immédiateté de la satisfaction du désir préside au vécu de l'individu. Pour celui-ci, le temps s'étire, se dilate et semble interminable. Alors il exige « tout et tout de suite »⁶⁹. Mais au-delà de cette phrase d'Olievenstein, ce que nous entendons par cette exigence, c'est un acte de révolte, de résistance » (Hautefeuille, 2011)⁷⁰. Le psychiatre M. Hautefeuille invite à penser que le rapport au temps des sujets addictés se trouve modifié pour de multiples raisons : inadaptation, révolte, non-conformisme, angoisse d'être, angoisse de la relation à l'autre, réalité temporo-spatiale, organisation intérieure, intolérance à la frustration, ambivalence par rapport au changement (Hautefeuille, 2011)⁷¹. C. Olievenstein souligne qu'il existe « une grande différence entre la temporalité du toxicomane et de l'homme quelconque » : cinétique, instantanéité, démesure, disproportion. « Cette dimension est liée à cette notion temporelle fondamentale qui est le sentiment de l'impossibilité de la reproduction des phénomènes antérieurs et de l'impossibilité d'une unité synthétique nécessaire à tout homme » (Olievenstein, 1991)⁷².

⁶⁹ C. Olievenstein *in* La vie du toxicomane, 1991, p 18

⁷⁰ § 2 et 3

⁷¹ § 4

⁷² P 28

4. Psychopathologie des addictions et des toxicomanies

Avant d'aborder dans les grandes lignes quelques notions de psychopathologie des addictions, rappelons que les addictions sont un phénomène complexe, multiaxial et multivarié (Reynaud, 2006) qui nécessitent une approche transdisciplinaire. L'émergence d'une conduite addictive se situe à l'interaction de trois facteurs, ce que souligne le modèle trivarié bio-psycho-social (équation d'Olievenstein) qui définit la toxicomanie⁷³ comme « rencontre d'un produit, d'une personnalité et d'un moment socio-culturel » (soit l'interaction entre facteurs individuels, environnementaux et liés à la substance). « Il ne peut y avoir dépendance que s'il y a liaison étroite permanente et transcendée entre les trois paramètres de mon équation » (Olievenstein, 1991)⁷⁴. « Il exprimait, par cette phrase devenue célèbre, l'existence d'effets de sommation et de résonance de facteurs et fragilités multiples, individuels et collectifs, en proportion chaque fois différente et singulière » (Rozaire et al., 2010)⁷⁵.

Dans un effort de synthèse, les psychiatres A. Morel et J. P. Couteron ont proposé un modèle des addictions, ouvert et évolutif, composé de « jalons et repères communs, simples et s'appuyant sur des outils visuels, en huit clés de compréhension : quatre à propos des drogues et quatre à propos des addictions » (Morel & Couteron, 2008)⁷⁶. Les quatre clés qu'ils énoncent à propos des drogues sont les suivantes : (1) le recours à des agents externes sources de satisfaction est universel et s'inscrit dans des contextes psycho-individuels et socio-culturels (2) le pouvoir d'ubiquité des drogues, d'être tout à la fois pourvoyeuses de bienfaits et de souffrances (on retrouve ici la notion antique grecque de *pharmakon*, à la fois remède et poison) (3) toutes les SPA modifient le fonctionnement du cerveau et du psychisme et provoquent sur l'organisme un ensemble d'effets et de contre-effets étroitement liés (4) l'effet produit par une SPA ne se limite pas à son action neurobiologique (ce qui conduit à la notion d'expérience psychotrope globale). Les quatre clés ensuite avancées à propos des addictions sont celles-ci : (1) tous les comportements d'usage ne se valent pas (en terme de potentiel de satisfaction et de risques de complications) mais il existe un continuum entre ces usages (2) le processus qui conduit à l'addiction répond à des règles communes, s'enclenche et se renforce selon le cycle de l'addiction (3) l'addiction se définit comme le passage du plaisir à la

⁷³ Mais cela est aussi valable pour les autres addictions

⁷⁴ p 14

⁷⁵ P 14

⁷⁶ p 33-35

souffrance et l'échec de la satisfaction (4) des facteurs psychosociaux et biologiques contribuent à la régulation des comportements d'usage.

Le discours psychopathologique sur les addictions est vaste et hétérogène. Nous tenterons un aperçu synthétique des principales théories psychopathologiques, essentiellement psychanalytiques, des addictions. Nous avons fait le choix de développer ici le corpus psychanalytique de psychopathologie des addictions, ce qui apparaissait cohérent avec notre recherche portant sur une interprétation fondée sur les phénomènes de contenance et d'enveloppes psychiques, concepts psychanalytiques.

Nous pensons qu'une addiction représente une solution trouvée par le sujet à un moment de sa vie. Il s'agit donc d'une tentative de solution, d'une stratégie adaptative : c'est la notion de solution addictive.

Nous pouvons concevoir les addictions comme résultants principalement d'une pathologie du lien, de l'agir, de la séparation-individuation et du narcissisme.

Nous verrons que globalement les modèles psychanalytiques posent en commun la présence d'une défaillance identitaire/d'une fragilité narcissique, d'un échec de l'introjection conduisant à privilégier un fonctionnement incorporatif (Pardinielli et al., 1997). Les modèles issus des théorisations psychanalytiques lacaniennes s'entendent à refuser toute théorie fondée sur le comportement addictif observé. Ainsi, comme l'énonce par exemple M. Zafirooulos, « le toxicomane n'existe pas : n'existent que des psychotiques, des pervers et des névrosés qui consomment des drogues » (Zafirooulos, 1988)⁷⁷.

⁷⁷ P 98

❖ Principales hypothèses étio-pathogéniques psychopathologiques des addictions

▪ L'hypothèse de l'automédication et de la solution addictive

L'hypothèse de l'automédication peut s'appliquer aux sujets présentant un trouble psychique préexistant au développement de la conduite addictive : le recours à une conduite addictive serait alors une tentative faite par le sujet pour s'équilibrer, atténuer ses souffrances, faire face à des difficultés existentielles, c'est-à-dire constitue un remède trouvé par le sujet.

L'économie addictive vise la « décharge rapide de toute tension psychique »⁷⁸, issue d'un état affectif agréable ou désagréable, que sa source soit intérieure ou extérieure : J. Mc Dougall parle de solution somato-psychique⁷⁹ ou psychosomatique⁸⁰ au stress mental (Joyce Mac Dougall, 2004)⁸¹. Elle souligne qu'il est banal d'avoir recours à des substances ou comportements (potentiellement addictifs) dès qu'un évènement interne ou externe dépasse notre « capacité habituelle de contenir ou d'élaborer les conflits. Cependant, c'est le recours systématique (univoque) et durable à cet objet ou comportement d'addiction face au stress psychique de la vie quotidienne, qui signe le caractère addictif du comportement. Celui-ci devient en effet une « solution commune systématique et stéréotypée » (Pardinielli et al., 1997) : « cette économie psychique ne devient problème que dans le cas où elle est quasiment la seule solution dont le sujet dispose pour supporter la douleur psychique » (Joyce Mac Dougall, 2004)⁸². « À partir de la découverte de sa solution addictive, le sujet cherche compulsivement à la retrouver face à toute souffrance psychique » (*ibid.* p 514). J. Mc Dougall écrit aussi cela : « Si, comme je le propose, la solution addictive est une tentative d'autoguérisson face à la menace de stress psychique, il me paraît que les états psychiques qui conduisent à l'addiction peuvent se résumer en trois catégories qui vont déterminer la quantité de « travail » que celle-ci doit accomplir : (1) une tentative d'éviter les *angoisses névrotiques* (2) une tentative de combattre des *états d'angoisse sévères* – parfois avec une tendance paranoïde – ou bien la *dépression*, qui s'accompagne souvent de sentiments de mort interne (3) une tentative d'échapper aux *angoisses psychotiques* telles que la peur d'une fragmentation corporelle ou psychique, ou même à la terreur de se trouver devant le vide, là où le sens de

⁷⁸ L'économie psychique de l'addiction, J. Mc Dougall, 2004, p 512

⁷⁹ P 512

⁸⁰ P 514

⁸¹ P 512

⁸² P 512

l'identité subjective elle-même est ressenti comme compromis (4) une tentative aussi, souvent, de réparer une image narcissique endommagée » (Joyce Mac Dougall, 2004)⁸³.

Le recours à l'addiction peut constituer pour les sujets addictés une tentative de survie dans un monde qui ne leur convient pas et qu'ils refusent. Ainsi peut-on formuler un second paradoxe de l'addiction, celui de la dépendance-émancipation. C. Olievenstein évoque le « non-dit » du toxicomane : « le non-dit du toxicomane est qu'il est porteur d'un savoir : ce savoir est que, si d'une manière évidente, la dépendance restreint la liberté de l'homme, dans un mouvement contraire, elle l'émancipe de toutes une série de peurs, de fantasmes et d'incomplétudes, d'images partielles qui sont son lot depuis la brisure initiale » (Olievenstein, 1987)⁸⁴. De la même manière, P. L. Assoun exprime que « l'addict est en quelque sorte enfermé dehors et libre dans l'enceinte de son appartenance addictive » (Assoun, 2011)⁸⁵ et que l'addiction vise une paradoxale indépendance. P. L. Assoun parle ainsi de la « folie d'indépendance » du toxicomane (*ibid.* p 38).

- **L'hypothèse d'un lien entre addiction et relations d'objet dans l'enfance et l'adolescence ou l'addiction comme pathologie du lien et de la séparation-individuation**

L'idée que la vulnérabilité aux addictions puisse prendre ses sources dans l'enfance du sujet est assez généralement acceptée (Reynaud, 2006). Selon cette hypothèse, il existerait une continuité entre les formes infantiles de dépendance de lien aux objets et la vulnérabilité aux addictions.

Premier processus de séparation-individuation : les interactions précoces ou interactions mère-bébé

Une des hypothèses étio-pathogéniques psychanalytiques principales des addictions est celle d'une défaillance dans la mise en place des phénomènes transitionnels décrits par D.W. Winnicott. C'est la psychanalyste J. Mc Dougall qui formule cette hypothèse : elle avance que l'objet d'addiction correspondrait à une tentative de restitution d'un espace transitionnel défaillant. Malheureusement, elle ajoute que l'objet d'addiction ne posséderait pas de réelle

⁸³ P 526

⁸⁴ P 19

⁸⁵ P 59

efficacité transitionnelle : il s'agirait plutôt d'un « objet transitoire, toujours à recréer car toujours dehors »⁸⁶ (J. Mc Dougall, 2004). Il se ferait donc le support d'une transitionnalité incomplète et éphémère, c'est-à-dire qui ne permettrait pas de suffisante introjection, de constitution d'objets internes suffisamment solides. De ce fait, il persisterait une fragilité du sentiment continu d'exister, autre concept de D. W. Winnicott. C. Olievenstein partage cette idée en disant : « la toxicomanie se situerait en deça de la problématique de l'objet transitionnel. Chez l'adulte, cette problématique (selon Winnicott) va définir le champ de l'illusion et nous savons bien en effet que le monde de la Drogue est loin d'être celui de l'illusion » (Olievenstein, 1991)⁸⁷.

Pour comprendre les angoisses des sujets addictés, des auteurs reviennent sur la détresse que peut ressentir le nourrisson, une forme de détresse fondamentale, de nature archaïque. En effet, « l'homme naît prématuré », totalement dépendant de son environnement (à la fois pour le comblement de ses besoins et pour la mise en sens de ses expériences), ce qui peut l'amener à expérimenter des états de détresse majeure, ce que tente de traduire le terme de « désaide », néologisme proposé par J. Laplanche pour traduire l'*Hilflosigkeit*, le vécu d'impuissance des textes freudiens. Il nous semble que c'est ce que l'on retrouve derrière les propos de C. Olievenstein, lorsqu'il parle de la « peur du manque du manque » que peut vivre le toxicomane. Selon cet auteur, le sujet a peur, s'il perd son manque de drogue, de se trouver face à ses fantasmes archaïques terrifiants : « c'est du manque que le sujet a peur : car, sans ce manque-là, c'est face au manque fondamental, archaïque, qu'il risque de se trouver à nouveau » (Olievenstein, 1987)⁸⁸.

La théorie de l'attachement élaborée par J. Bowlby apporte également un point de vue intéressant articulant addiction et modalités d'interrelations précoces : l'addiction pourrait prendre source dans les formes et les vicissitudes de l'attachement de l'enfant à ses premiers objets. La dépendance y est perçue comme un échec des processus d'attachement. Les problématiques addictives ont été étudiées sous l'angle de la théorie de l'attachement, mettant en évidence le plus souvent un attachement insécurisé (Atger, Corcos, Perdureau, & Jeammet, 2001).

⁸⁶ P 519

⁸⁷ P 98

⁸⁸ P 15

Second processus de séparation-individuation : l'adolescence et le début de l'âge adulte

Le pédopsychiatre psychanalyste P. Jeammet réfléchit sur les conduites de dépendance à la lumière de l'analyse des enjeux du processus adolescent de séparation-individuation (Jeammet & Corcos, 2010). Pour cet auteur, l'adolescence vient rompre l'équilibre narcissico-objectal antérieur, où le narcissisme de l'enfant pouvait se nourrir sans trop de conflits de la relation objectale. Cela crée les conditions d'émergence d'un possible antagonisme narcissico-objectal. La relation objectale peut alors être vécue comme une menace pour la quête d'autonomie du sujet : plus il ressent un besoin lié à une relation objectale, plus il peut la rejeter, le vivant comme une menace pour son autonomisation. P. Jeammet le formule ainsi : « ce dont j'ai besoin, parce que j'en ai besoin et à la mesure de ce besoin, c'est ce qui menace mon autonomie naissante » (Bailly & Vénisse, 1997)⁸⁹, ce qui conduit au paradoxe suivant : « plus on est en insécurité interne (liée à une fragilité des assises narcissiques), plus on dépend d'autrui pour se rassurer, moins on peut recevoir ». Ainsi, P. Jeammet explique comment « toute une clinique de la dépendance est susceptible de se développer comme une défense contre une dépendance affective perçue comme une menace de l'identité du sujet et une aliénation à ses objets d'attachement » (Jeammet & Corcos, 2010). Le sujet tente alors de « substituer à ses liens affectifs relationnels, vécus comme d'autant plus menaçants qu'ils sont plus nécessaires, des liens de maîtrise et d'emprise » (*ibid*). L'introduction d'un objet substitutif, l'objet addictif, permet au sujet d'obtenir une illusion de maîtrise et de contrôle de la distance relationnelle, distance potentielle source d'angoisses d'abandon et d'intrusion. La solution addictive apparaît alors comme une tentative d'aménagement de la dépendance : une « tentative d'aménager une relation aux objets externes auxquels est dévolue une fonction organisatrice de l'équilibre psychique interne et de contre-investissement des objets internes » (Reynaud, 2006)⁹⁰. Le recours aux sensations vient restaurer une position active pour un sujet en proie à des émotions qui s'imposent et le confrontent à une passivité insupportable. P. Jeammet pense la dépendance comme « l'utilisation à des fins défensives de la réalité externe perceptivo-motrice comme moyen de maîtrise d'une réalité psychique interne défaillante ou menaçante » (S. Le Poulichet, 2000)⁹¹.

⁸⁹ Addiction, dépendance, adolescence. Réflexions sur leurs liens, conséquences sur nos attitudes thérapeutiques, P. Jeammet *in*, Les nouvelles addictions, Venisse et *al.*, 1991, p 10-29

⁹⁰ Approches psychanalytiques des addictions, P. Jeammet et C. Lamas, *in* Traité d'addictologie, Reynaud et *al.*, 2006, p 73

⁹¹ Les conduites addictives : un pansement pour la psyché, P. Jeammet, *in* Les addictions, Le Poulichet et *al.*, p 106

Dans cette perspective, nous pouvons « concevoir l'organisation addictive comme une sorte d'auto-traitement de substitution d'une dépendance inélaborable à l'entourage le plus proche et [comme] un processus anti-développemental » (Reynaud, 2006)⁹², comme un « compromis acrobatique entre la revendication d'autonomie affichée et la nécessité de la dépendance aux proches, au prix d'un déni du vécu de cette dépendance » (*ibid.* p 219).

▪ L'hypothèse traumatique

De nombreux patients addicts relatent dans leur trajectoire de vie des traumatismes précoces, des deuils, un vécu de carences, de négligences, des abus sexuels, autant de facteurs de risque de fragilité narcissique et de structuration limite de la personnalité.

Cette notion de traumatismes précoces se retrouve au cœur du « stade du miroir brisé » décrit par C. Olievenstein chez les toxicomanes (voir infra).

A côté de l'idée selon laquelle la toxicomanie aurait valeur pour le sujet de tentative inconsciente de régler une dette en payant de son corps dans le réel, certains auteurs parlent de situation de « dette inversée » qui peut s'installer à l'adolescence ou à l'âge adulte : « plus que d'être redevables de la vie, de la possibilité de bien-être, à leurs parents, à leur famille, à la société, ils se comportent comme si la société les avaient lésés, avait une dette envers eux. Le médecin qui va tenter de les soigner, le travailleur social qui va vouloir les aider, vont être frappés de leur apparente ingratitude, de leur violence, qui ne sont que le masque d'une demande massive de réparation. Ils garderont [des traumatismes infantiles] un sentiment d'abandon et un besoin de revanche manifesté dans des conduites transgressives pour faire payer la société » (Reynaud, 2006)⁹³.

⁹² Repères pour la prise en charge des conduites de dépendance du sujet jeune, J. L. Venisse et M. Grall-Bronnec, *in* Traité d'addictologie, M. Reynaud et al., 2006, p 219

⁹³ Les modèles psychologiques de compréhension des addictions, M. Valleur *in* Traité d'addictologie, Reynaud et al., 2006, p 65

❖ Compléments psychopathologiques

▪ Apport de la psychopathologie psychanalytique de l'agir et des conduites à risque à la compréhension du fonctionnement addictif

Les addictions, en tant que défense par la comportementalisation, témoignent d'un recours préférentiel à l'agir, avec le plus fréquemment court-circuit de l'élaboration mentale. La compréhension de l'addiction fait donc appel à la psychopathologie du passage à l'acte. Bien que l'addiction signe un recours préférentiel au passage à l'acte pour apaiser les tensions, plusieurs réalités psychopathologiques du passage à l'acte peuvent (co)-exister, du passage à l'acte (court-circuit de la mentalisation) à l'*acting-out* (acte pouvant être interprété dans le transfert, correspondant au concept freudien d'*Agieren*). J. Mc Dougall qualifie les comportements d'addiction d' « actes-symptômes » au sens de tentatives d'évacuer la douleur mentale à travers l'acte, avec court-circuit de l'élaboration mentale (Mc Dougall, 2004b). « Tout acte symptôme tient lieu d'un rêve jamais rêvé, d'un drame en puissance, où les personnages jouent le rôle d'objets partiels ou même sont déguisés en objets-choses dans une tentative de faire tenir aux objets substitutifs externes la fonction d'un objet symbolique qui manque ou qui est abimé dans le monde psychique interne » (Pedieli et al, 1997)⁹⁴, l'addiction devient alors une forme de « théâtre du réel » se substituant à l'imaginaire défaillant (*id.*).

Les tensions pulsionnelles sont très difficiles à élaborer, les sensations se retrouvent surinvesties au détriment de l'identification et de la prise en compte des ressentis émotionnels. Le comportement addictif privilégie un mode de satisfaction immédiat, hallucinatoire. L'objet addictif est investi par une pensée magique, il devient un objet magique (Toubiana, 2011)⁹⁵. On retrouve dans le fonctionnement addictif une carence fantasmatique et de l'imaginaire, le désir est par conséquent réduit au besoin, le temps est scandé par des alternances d'expériences de satisfaction et de manque. De nombreux auteurs pensent que le fonctionnement addictif fait l'impasse sur le manque structurant du désir, amenant à « ne plus manquer de rien en ne manquant que de ça ». Fain et Braunschweig ont introduit l'idée de la constitution de néo-besoins (Bergeret & Fain, 1981), conduisant à renouveler des expériences de satisfaction au dépend des activités mentales dérivant des auto-érotismes, créant l'illusion d'une a-conflictualité.

⁹⁴ J. Mc Dougall citée par Pedieli et al., P 59

⁹⁵ Psychanalyse et addictions, P. L. Assoun, in Addictologie clinique, Toubiana et al., 2011, p 45 et 83

Les addictions renvoient à une défaillance de contenant psychique (Reynaud, 2006)⁹⁶ suffisamment fiable et fonctionnel (Rouchon, C., K., et al., 2011). Elles font appel à la mobilisation de mécanismes archaïques de défense tel le clivage, le déni et l'identification projective. Les mécanismes d'introjection et d'identification sont vus comme défaillants amenant le sujet à avoir recours à des pratiques d'incorporation : il s'agit d'incorporations réelles, comprises comme « des *acting-out* directs, sans remémoration et sans perlaboration » (Pedinielli et al, 1997)⁹⁷, qui « correspondent à des auto-érotismes particuliers » (*ibid.*, p 63), se substituant au fantasme. Quatre temps successifs composant l'*acting-out* sont isolés : temps d'ennui, temps d'addiction, fin de l'acte associé à une vacuité représentative, temps de retour de l'activité fantasmatique. Ce cycle « met en rapport une vacuité intérieure et la consommation répétée d'un objet qui permet la reprise d'une activité représentative et fantasmatique », qui fonctionne donc comme un « inducteur fantasmatique » (*id.*).

Certaines conduites addictives ont pu être pensées par les psychiatres M. Valleur et A. Charles-Nicolas à l'aide du modèle de l'ordalie (Bergeret & Fain, 1981). Les conduites ordaliques font référence à une forme très particulière de relation subjective au risque : épreuve auto-imposée qui implique les éléments naturels, la conduite ordalique concerne l'engagement dans une épreuve présentant un risque mortel, non évidemment prévisible. Le fantasme ordalique est le fait de s'en remettre à l'autre, au hasard, au destin, à la chance pour le maîtriser ou en être l'élu, et par là prouver tout son droit à la vie, son caractère exceptionnel, voire son immortalité dans une dimension d'auto-engendrement (comportant une forme de déni de la différence des générations). Les conduites ordaliques désignent une « diffraction psychopathologique de l'ordalie » qui s'y rattache par trois points : « (1) l'épreuve désigne celui qui doit triompher. Le choix a été prononcé par une puissance surnaturelle omnipotente (2) le jugement vise toujours un individu à travers son corps et le place dans une situation de solitude face à son destin (3) une mise en risque (risque de mort) de la personne. « Cette conduite ordalique est toujours à deux faces : abandon et soumission au verdict du destin mais aussi tentative de maîtrise, de reprise du contrôle sur sa vie » (Reynaud, 2006)⁹⁸. Le risque ordalique est un risque choisi, impliquant un rapport subjectif positif au risque, une

⁹⁶ Repères pour la prise en charge des conduites de dépendance du sujet jeune, J. L. Venisse et M. Grall-Bronnec, *in* Traité d'addictologie, Reynaud et al. 2006, p 219

⁹⁷ P 62-63

⁹⁸ Les modèles psychologiques de compréhension des addictions, M. Valleur, *in* Traité d'addictologie, Reynaud et al., 2006, p 67

relation animiste à la chance, au hasard, au destin (qui devient juge), un sentiment d'emprise/de maîtrise sur la situation, un versant transgressif, un appel à une loi supérieure.

Les conduites ordaliques dans les addictions produisent un effet transitoire et ont besoin d'être répétées du fait de la compulsion de répétition inhérente à la déliaison et au jeu de la pulsion de mort, de la jouissance mégalomane et de l'échec de la fonction identifiante de la conduite. L'interprétation en terme d'ordalie concerne certaines conduites addictives, et électivement parmi celles au jeu, aux tentatives de suicide répétées et aux toxicomanies aux opiacés (overdoses aux opiacés). Selon la part active, choisie, du risque encouru, on peut parler de gradient ordalique d'une conduite addictive.

- **Apport de l'étude du narcissisme à la compréhension de la problématique addictive**

Nous avons préalablement souligné la fragilité de l'organisation psychique sous-jacente que révèle une conduite addictive. Nous pouvons ajouter que le fond commun des conduites addictives est composé d'une fragilité narcissique sous-jacente, d'une fragilité de ce que P. Jeammet nomme les assises narcissiques du sujet. Le « Moi » du sujet, fragile et instable, va, à partir d'une oscillation entre dévalorisation et élation, s'étayer sur la conduite addictive, dans une perspective maturative ou auto-thérapeutique peu mentalisée. L'objet d'addiction devient alors indispensable au Moi, ce que désigne le concept de « Soi-objet » du psychanalyste H. Kohut.

Associé à la problématique narcissique, nous retrouvons des troubles du sentiment d'identité, avec souvent un vécu d'indifférenciation sous-jacent (Heinrich-Leget & Jacob, 2010). Les difficultés identificatoires peuvent se traduire par une tentative paradoxale d'identification par l'objet d'addiction (qui confère une néo-identité ou identité d'emprunt) et/ou de recherche active de dé-différenciation dans l'addiction, jusqu'à ressentir une forme de dissolution corporelle proche du sentiment océanique⁹⁹.

L'objet d'addiction joue bien souvent une fonction narcissique désobjectalisante (nous retrouvons l'idée d'un antagonisme narcissico-objectal décrit par P. Jeammet). Par son comportement d'addiction, le sujet réalise « une sorte de triomphe maniaque sur le deuil et la

⁹⁹ Le sentiment océanique est une expression de R. Rolland utilisée par S. Freud dans *Malaise dans la culture*

castration » (Toubiana, 2011)¹⁰⁰ : « l'objet toxique est le moyen de se débarrasser de l'Objet, libidinal, et d'accomplir une liquidation de l'objet perdu et de la castration » (*ibid.* p 63).

▪ **places de l'économie du plaisir et de la jouissance et la pulsion de mort**

Comme de ne pas réduire l'addiction à une aliénation passive du sujet, les psychanalystes insistent pour ne pas perdre de vue l'implication de la recherche de plaisir dans la genèse de conduites d'addiction. Ils retrouvent dans le rapport, au moins initial, à l'objet d'addiction une recherche d'excitation, de jouissance auto-érotique. Freud parlait de l'essence masturbatoire de l'addiction, en présentant la masturbation comme l'addiction originaire¹⁰¹. Certains auteurs parlent d'orgasme recherché dans certaines addictions, comme l'« orgasme pharmacogénique » (Rando, 1928) ou l'« orgasme de la faim » (Kestemberg & Decobert, 2005) dans l'anorexie mentale, d'autres auteurs (Bergeret, 1982) refusent le statut d'orgasme au plaisir procuré par l'objet d'addiction.

Certains auteurs voient dans le rapport à l'objet d'addiction une relation de nature perverse, au sens de l'instauration d'un lien d'emprise sur un objet externe, d'une relation d'objet partiel et fétichique. Il est important d'ajouter à cela que cette perversion observée chez le sujet addicté concerne un objet matériel (et non la relation avec un autre sujet), semble peu structurée, pauvre et parfois peu efficace pour colmater l'angoisse, par rapport à ce que l'on peut observer dans les véritables structures perverses. P. Jeammet y voit une « variante d'aménagement pervers » : « la dimension perverse est essentiellement celle qui régit le comportement lui-même et l'utilisation que le sujet fait de ce comportement à des fins de substitut objectal [...] Il y a un déni total de l'altérité de l'objet qui est investi uniquement comme protection contre une perte possible et comme source minimale d'excitation pulsionnelle [...] On peut considérer qu'il manque, pour parler de perversion, la dimension sexuelle et la référence structurale fondamentale au clivage du Moi fondé sur un désaveu de la castration » (Venisse, 1991)¹⁰². P. L. Assoun y voit une recherche de « décuplement de la jouissance dans un montage pervers » ou davantage un « compromis contra-phobique » (Toubiana, 2011)¹⁰³.

¹⁰⁰ Psychanalyse et addictions, P. L. Assoun, *in* Addictologie clinique, Toubiana et al., 2011, p 40

¹⁰¹ S. Freud, Lettres à Fliess (1887-1901)

¹⁰²

¹⁰³ P.L. Assoun, Psychanalyse et addictions, *in* Addictologie clinique, Toubiana et al., 2011, p 71

On peut également retrouver des éléments d'économie libidinale masochiste dans les addictions. Certains auteurs ont pu parler de jouissance dans l'autodestruction, mais il s'agit d'une position très discutée. Il peut être utile également de rappeler la notion de conduites d'auto-sabotage développée par P. Jeammet pour expliquer certaines conduites adolescentes : « conduites négatives caractérisées par un mouvement de bascule, de reversement en son contraire et de négativation d'un investissement particulièrement valorisé auparavant par l'adolescent et qui le liait de façon privilégiée à une des figures parentales, conduites auxquelles l'addiction peut participer » (Venisse et *al.*, 1991)¹⁰⁴.

Enfin, la notion freudienne de pulsion de mort, puis les notions plus récentes de narcissisme négatif et de déliaison (Green, 2011) peuvent également contribuer à la compréhension psychopathologique des conduites addictives. L'autodestruction indirecte ou la compulsion de répétition y sont perçus comme l'expression de la pulsion de mort.

- **Eléments psychopathologiques et hypothèses étio-pathogéniques spécifiques aux toxicomanies**

Nous souhaitons ajouter à la description de grandes lignes psychopathologiques concernant la compréhension des addictions quelques points plus spécifiquement relatifs aux toxicomanies. Nous répétons qu'il n'existe pas de compréhension psychanalytique univoque des toxicomanies et que le fonctionnement psychique du toxicomane est réputé marqué par sa mobilité, c'est-à-dire la rapidité et la variabilité des stratégies psychiques mobilisées, dans une interaction constante entre drogue et processus psychodynamiques (Marcelli & Braconnier, 2013). La clinique de la toxicomanie est « une clinique de la mouvance, dans la mesure où les cliniciens ont constaté que les toxicomanes se retrouvent dans toutes les organisations psychopathologiques » (Chabert, Ciavaldini, Jeammet, & Schenckery, 2006)¹⁰⁵. « Le groupe des toxicomanes est large, cliniquement hétérogène, et se compose de sujets dont les discours, les mécanismes de défense, les symptômes et les actes sont essentiellement différents » (Pediñelli et al., 1997).

Olievenstein et A. Charles-Nicolas ont distingué schématiquement quatre groupes de toxicomanes : les sujets psychotiques, pré et para-psychotiques, les sujets psychopathes et déséquilibrés, les retards de maturation et les fins difficiles d'adolescence, les sujets sensibles

¹⁰⁴

¹⁰⁵ p 177

aux phénomènes de mode (Lebovici et *al.*, 2004)¹⁰⁶. Comme pour les addictions en général, c'est l'instabilité sous-jacente qui est pointée : « ce qui caractérise particulièrement ces jeunes, c'est une succession d'équilibres instables et de désordres psychiques de disponibilité « normale » ou « pathologique » ». Pour C. Olievenstein, le toxicomane ressemble souvent « un peu » à un état psychopathologique : « un peu de psychose, un peu de manico-dépressive, un peu de pervers, un peu d'homosexualité, « un peu », mais pas tout à fait » (Olievenstein, 1991)¹⁰⁷, chaque individu incarnant une rencontre spécifique produit-corps-psychisme créant une « instantanéité organisatrice d'unité », qui s'articule avec sa théorie du « miroir brisé ».

C. Olievenstein, se référant au stade du miroir de Lacan, insiste sur ce qu'il appelle le « stade du miroir brisé » comme hypothèse étio-pathogénique dans les toxicomanies (Olievenstein, 1991)¹⁰⁸ : « pour le futur toxicomane il va se passer plus ou moins quelque chose d'intermédiaire entre un stade du miroir réussi et un stade du miroir impossible... A ce moment, cette passe où doit se constituer un Moi différent du Moi-fusionné mère, tout se passe comme si simultanément existaient ce face à face avec le miroir, ce « flash » de la découverte, découverte de l'image de soi, et qu'à cet instant précis le miroir se brisait, renvoyant à la fois une image mais une image brisée et une incomplétude là même où les béances laissées par les absences du miroir ne peuvent renvoyer qu'à ce qui était antérieur : la fusion, l'indifférenciation... le produit, le rôle du produit est de se placer là, en lieu et place de la brisure et de l'annuler à ce moment précis » (Olievenstein, 1991). Olievenstein articule cela avec les vécus *high and down* en clinique : entraperçus de la brisure dans les moments de *down* et euphorie mégalomaniacale du *high*, comme références à un non-dit spécifique du toxicomane.

L'importance et la faiblesse de l'instance narcissique du toxicomane sont mises en avant par de nombreux psychanalystes.

Il est retrouvé chez les patients toxicomanes un balancement lié à un déséquilibre entre pulsions et mécanismes de défense, avec une fonction souvent antipsychotique et antidépressive de la conduite. Un double balancement est décrit : un balancement défense

¹⁰⁶ Les toxicomanies, A. Braconnier et P. Caron, *in* Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, 2004, p 2457-2458

¹⁰⁷ p 10

¹⁰⁸ p 11-33

maniaque-dépression ou balancement risque de morcellement du Moi-mécanisme de défense maniaco-dépressif (Marcelli & Braconnier, 2013) : en raison de la faiblesse de son Moi, d'autant plus fragile qu'il est morcellé, le toxicomane peut utiliser la drogue pour renforcer des mécanismes de défense maniaco-dépressifs ; et un balancement paranoïa-dépression suscitée par le sentiment de toute-puissance induit par la prise de SPA suivie de la phase de « descente ».

Les toxicomanes, dans leur évolution, ont fréquemment recours à un mécanisme de clivage du Moi : un Moi drogue et un Moi non drogue. C'est également ce qu'ont décrit les psychanalystes Mijolla et Shentoub dans le champ de l'alcoolodépendance : clivage du Moi entre un secteur alcoolique et un autre non alcoolique (Mijolla & Shentoub, 2004). On retrouve par ailleurs souvent chez les sujets addictés une identification à une partie mauvaise du *Self* (Pardinielli et al., 1997)¹⁰⁹. C. Olievenstein cite ainsi Rosenfeld : « la drogue apparaît fréquemment comme le symbole de la mauvaise partie de soi-même qui a été clivée et mise à distance » (Olievenstein, 1991)¹¹⁰, à l'image du Dr Jekyll du roman de Stevenson.

Certains auteurs parlent d'un sentiment de tort, de préjudice originaire ressenti par le sujet toxicomane. Ce sentiment serait à l'origine d'un « syndrome d'exceptionnalité » qui en ferait un *outlaw* refusant tout renoncement supplémentaire de satisfaction.

.

Nous l'avons évoqué plus haut, si les recherches psychopathologiques psychanalytiques initiales sur les addictions ont conclu à l'absence de structure spécifique de l'addiction, certains auteurs ont cependant essayé de théoriser des modèles d'opérations inconscientes spécifiques de l'addiction.

Nous présenterons deux modèles relatifs aux toxicomanies : le modèle « d'aménagement commun aux différentes personnalités de toxicomanes » décrit par J. Bergeret et celui d' « opération du *pharmakon* » de S. Le Poulichet.

Bergeret désigne par aménagement commun aux différentes personnalités de toxicomanes des aménagements économiques partiels ponctuels indépendants des structures sous-jacentes et communs aux différentes formes structurelles d'addiction.

¹⁰⁹ P 57
¹¹⁰ P 61

Il décline alors sept facteurs : (1) le facteur comportemental (régression formelle, du registre mental au registre comportemental, le corps se trouvant au service du comportement, avec un agir comportemental antidépressif, une pensée magique et des difficultés relationnelles) (2) la régression (ou plutôt fixation) pulsionnelle en direction de la primauté du principe de plaisir (associé à des carences dans l'évolution libidinale et une non intégration suffisante de la violence fondamentale) (3) des difficultés identificatoires (carences identificatoires primaires et secondaires, échecs de structuration oedipienne, avec, à défaut d'identifications structurantes, le recours à l'imitation et à la répétition) (4) la loi du père et les idéaux (loi extérieure et inaccessible, source de déceptions, images paternelles floues impuissantes, idéaux source de dévalorisation narcissique) (5) les carences de l'imaginaire (6) l'hallucination négative (expériences d'absence de l'objet, lacune hallucinatoire, illusoire de l'objet drogue) (7) la santé du toxicomane (désinvestissement corporel).

Il résume sa pensée ainsi : « les comportements d'addiction se caractérisent par une régression en direction de la violence originelle par l'absence de secondarisation mentale et libidinale de cette violence naturelle par l'angoisse et les réclamations consécutives aux difficultés identificatoires, à la précarité de l'anaclitisme relationnel, et à la pauvreté de l'imaginaire, entraînant une prédilection pour les manifestations agies au détriment des élaborations mentales » (Bergeret & Fain, 1981)¹¹¹.

S. Le Poulichet désigne par la formule d'opération du *pharmakon* la spécificité de l'acte qui précisément crée une toxicomanie. « Le propre de l'opération du *pharmakon* serait de réaliser un aménagement des conditions de perception et d'une satisfaction hallucinatoire ainsi qu'une suppression toxique de la douleur » (S. Le Poulichet, 2002)¹¹². Elle pense que le toxique absent crée une sensation proche de celle d'un membre fantôme (douleur, activité hallucinatoire, statut d'un organe qui, restitué, rétablit l'illusion d'un narcissisme absolu), que le produit réalise une suppression toxique de la douleur (traitement économique de l'excès d'excitation source de douleur). L'opération du *pharmakon* met en jeu différentes figures de la réversibilité : entre le psychique et l'organique, entre le dedans et le dehors, entre le corps et le sujet où disposer de son propre corps reviendrait à disparaître comme sujet. Elle donne à l'opération du *pharmakon* la structure d'une formation narcissique (selon la définition qu'en donne Freud en 1921) et conçoit l'opération du *pharmakon* comme « la création d'une inédite « fonction d'organe » ou d'un nouveau « bord » qui vient lier l'énergie libidinale » (*ibid.* p

¹¹¹ p23
¹¹² p57

96),. S. Le Poulichet distingue deux « axes majeurs » des « montages de toxicomanies » : les toxicomanies de suppléance (traitement du corps et de la psyché comme une machine) et celles de supplément (prêter du corps) narcissique, qui communiquent entre elles et ne s'excluent pas.

III. Le réseau français actuel de soins en addictologie

Les conduites addictives et leurs conséquences sont prises en charge depuis longtemps par le dispositif médico-social et sanitaire, en particulier en médecine et en psychiatrie). Un réseau spécialisé de soins et de prévention en addictologie s'est progressivement construit en France durant la deuxième moitié du XXème siècle. Au regard des évolutions cliniques et théoriques de la discipline addictologique (abord par comportement plutôt que par produit, prise en charge des co-addictions et des risques de déplacement de l'objet d'addiction), le dispositif a été administrativement et réglementairement réorganisé dans les années 2000, afin d'éviter le cloisonnement par produit engendré par l'existence de dispositifs spécialisés distincts de soins en alcoologie (Centres de Cure Ambulatoire d'Alcoologie, CCAA) et en toxicomanie (Centres de Soins Spécialisés en Toxicomanie, CSST). Les addictions étant considérées comme un enjeu contemporain majeur de santé publique, des axes prioritaires en matière de prévention, de soins et de recherche sont définis par des plans gouvernementaux quinquennaux, le dernier étant le Plan addictions 2007-2011 (MILDT). Selon la circulaire n° DGS/6B/DHOS/02/2007/203 du 16 mai 2007 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie, le réseau français actuel de soins en addictologie est composé de trois volets.

1. Un volet médico-social spécialisé

Il assure une offre de soins de proximité, facile d'accès, favorisant la précocité et la continuité des interventions en proposant une offre ambulatoire et éventuellement résidentielle répondant à une diversité de besoins. Ses missions sont les suivantes : assurer « 1- l'accueil, l'information et l'orientation des usagers et de leur entourage, le repérage précoce des usages nocifs 2- la prévention 3- les soins et l'accompagnement médical, psychologique, social et éducatif ambulatoires 4- les soins résidentiels 5- l'aide à l'insertion et l'accès aux droits sociaux 6- la réduction des risques ». Il est composé des Centres de Soins,

d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) et des Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques chez les Usagers de Drogues (CAARUD).

a. Les CSAPA

Les CSAPA ont été créés par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, réforme qui a fusionné le cadre juridique des CSST (interventions en toxicomanie, structures principalement associatives) créés en 1992 et des CCAA (interventions en alcoologie, anciens CHAA, Centres d'Hygiène Alimentaire et d'Alcoologie). Ils assurent une mission de prise en charge globale (avec prévention primaire, secondaire et tertiaire) de l'ensemble des addictions. Ils sont financés par l'assurance maladie. Ils peuvent parfois proposer des structures d'hébergement thérapeutique individuelles ou collectives qui peuvent aller des appartements thérapeutiques ou de coordination thérapeutique, à un lien avec des hôtels, foyers ou un réseau de familles d'accueil. Ils peuvent être implantés en milieu pénitentiaire.

b. Les CAARUD

Les CAARUD (structures associatives) ont été créés en 2006 afin de prévenir ou réduire les risques liés à la consommation de stupéfiants y compris dans leur association à d'autres substances psycho-actives afin d'améliorer la situation sanitaire et sociale des consommateurs non encore engagés dans une démarche de soins. Aux CAARUD sont associés d'autres lieux de réduction des risques pour les sujets consommateurs en situation de précarité, financés par l'état ou les collectivités locales comme les lieux de contact (ou « boutiques ») créés en 1993 et les *sleep in*, et les bus méthadone ainsi que d'autres moyens de réduction des risques comme la vente libre de seringues en officine, les programmes d'échanges de seringues, les automates distribuant des trousseaux de prévention...

c. Les communautés thérapeutiques

Enfin, il existe également des centres thérapeutiques communautaires (communautés thérapeutiques) qui offrent à des patients, attachés à une identité et à un mode de vie marginal, une vie communautaire avec un soutien par des pairs dans une visée de maintien de l'abstinence et de réinsertion ainsi que des consultations de tabacologie et, depuis 2004, des

consultations spécialisés jeunes consommateurs (principalement de cannabis) et leur entourage.

2. Un volet sanitaire

Le volet sanitaire, hospitalier, est organisé en trois niveaux de prise en charge :

a. Le niveau 1

Le niveau 1 comprend les services d'urgences et d'hospitalisation en soins généraux ou psychiatriques (aidés de consultations hospitalières d'addictologie et d'équipes d'addictologie de liaison dénommées les ELSA (Equipes de Liaison et de Soins en Addictologie) et assure les réponses de proximité et les sevrages simples.

b. Le niveau 2

Le niveau 2 est spécialisé en addictologie, il assure les sevrages et soins résidentiels complexes (sévérité de l'addiction, co-morbidités addictive, somatique, psychiatrique sévères), en offrant des cadres de soins diversifiés (ambulatoire, hospitalisation temps plein, hospitalisation de jour, soins de suite et de réadaptation en addictologie (ex post-cure)).

c. Le niveau 3

Le niveau 3 correspond au centre addictologique universitaire régional, inclus dans le CHU régional (disposant de son plateau technique), qui assure les sevrages complexes comme pour le niveau 2 et constitue un lieu régional de ressources en addictologie, coordinateur de la formation et de la recherche.

3. Un volet de ville, non spécialisé

Il est composé de médecins généralistes et spécialistes libéraux (dont les psychiatres) ainsi que divers centres de soins qui assurent le repérage précoce, l'intervention brève, ainsi que des suivis au long cours, apportant de l'aide aux sujets dépendants et à leur entourage. Peuvent également intervenir ou orienter nombre de professionnels : médecins du travail,

dentistes, pharmaciens, paramédicaux, travailleurs sociaux et éducatifs, professionnels de l'éducation...

Enfin, depuis les années 1930 avec la création des Alcooliques Anonymes, se sont développées des associations formées par des patients en rétablissement (associations non professionnelles et à but non lucratif), qui proposent des groupes d'entraide au maintien de l'abstinence, centrés sur une addiction à un produit ou un comportement (Alcooliques Anonymes, Narcotiques Anonymes, Joueurs Anonymes...), basés sur un programme de conversion d'essence spirituelle.

Tous ces dispositifs de soins addictologiques sont coordonnés dans un réseau de soins addictologiques qui doit prendre en compte la durée nécessaire des soins en assurant leur continuité, en particulier entre les secteurs hospitalier et extra-hospitalier (réseau ville/hôpital) et en articulation avec le réseau de soins liés à la précarité. Un réseau de santé est actuellement défini comme ayant pour objet de « favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité et l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux personnes, tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail et les établissements de santé, les centres de santé, les institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale ainsi qu'avec les représentants des usagers » (loi de mars 2002 sur les droits des malades et la qualité du système de santé). Il permet d'aborder des problèmes de santé complexes pour lesquels la pluridisciplinarité apporte une complémentarité et une synergie des compétences.

V. Les difficultés de la relation de soin en addictologie

Afin d'introduire l'importance des difficultés de la relation de soin dans le champ des addictions, rappelons que la première description du syndrome d'épuisement professionnel désigné sous le terme de *burn-out* par le psychiatre Freudenberger (Freudenberg, 1974) est issue d'observations réalisées chez des bénévoles travaillant dans une clinique auprès de patients toxicomanes.

En effet, la relation de soin en addictologie présente, des représentations sociales à la psychopathologie, de nombreux écueils susceptibles d’opposer, égarer ou épuiser les différents acteurs de la relation.

1. Sources de difficultés de la relation de soin en addictologie

a. Du côté des sujets addictés

On retrouve une fragilité de l’implication relationnelle et un désinvestissement de la communication verbale, au profit d’une forme de « communication primitive » telle que le décrivait J. Mc Dougall (Descombey, 2004). On peut retrouver un postulat d’expérience commune, profane : « pour comprendre, il faut avoir fait la même expérience ». On peut également retrouver l’attente d’une compréhension naturelle infraverbale où « l’autre, le soignant devrait avoir cette capacité de se mettre à leur place, de fusionner avec eux, comme s’il fallait être dans l’autre pour partager avec lui » (Morel & Couteron, 2008)¹¹³. Un transfert spécifique peut alors s’opérer, au cours duquel le sujet addicté impose à son/ses thérapeute(s) « de vivre l’écho de ce que lui-même ne peut exprimer. Il en résulte que l’identification et l’analyse de ces éléments contre-transférentiels [par le(s) thérapeute(s)] sont un moyen, sinon le seul, pour parvenir à une certaine connaissance de la problématique profonde du sujet » (Rouchon, C., K., et al., 2011)¹¹⁴.

On peut retrouver des difficultés dans la communication verbale, comme l’hypothèse de Levivier d’un écart de ressources langagières entre soignant et soigné, expliquant pour l’auteur certaines difficultés spécifiques de l’entretien de liaison alcoolologique (Levivier, 2011).

L’addiction peut constituer un véritable masque, lorsque, par exemple, l’image de toxicomane est d’emblée présentée par le patient comme une évidence, comme s’il pouvait se résumer à cela : « je suis toxicomane ». Une addiction peut ainsi faire écran à l’appréhension d’une pathologie sous-jacente, non reconnue par le patient, c’est souvent la « vertu explicative de la drogue ».

¹¹³ Jamouille, 2005 cité par Morel et Couteron, 2008, p 248

¹¹⁴ § 4

Le court-circuit de la pensée et la pauvreté élaborative du sujet addicté peuvent confronter le soignant à un vide symbolique qui paralyse sa propre capacité de penser.

Les modifications de la temporalité retrouvées chez les adolescents addictés et s'exprimant par l'urgence de leur demande et leur inconstance dans le suivi, sources de discontinuité thérapeutique, contribuent au sentiment de « fragilité du temps du soin » (Guillermain, 2011) .

Les réactions thérapeutiques négatives sont fréquentes. Le patient peut, de cette manière, chercher à anticiper et susciter le rejet, plutôt que de risquer de le subir (dans la même dynamique que les conduites d'autosabotage décrites par P. Jeammet chez les adolescents).

b. Du côté des professionnels

Les représentations sociales et morales négatives associées aux sujets addictés n'épargnent pas toujours les professionnels du soin. Ainsi, les études de Howard (Howard & Chung, 2000) ont montré qu'il existe des représentations péjoratives diffuses des soignants à l'égard des sujets addictés. Ces représentations négatives sont souvent atténuées par la formation spécialisée.

Il existe un risque important de projection des idéaux de vie du soignant sur les attentes vis-à-vis de l'engagement dans les soins du patient. Le soignant risque de « vouloir à la place » du patient, d'agir « pour le bien » de son patient, se mettant à la place de savoir ce qui est bon pour lui.

Le soignant doit s'atteler, au cours du parcours de soin engagé avec un patient souffrant d'addiction, à rencontrer de nombreux obstacles thérapeutiques potentiels : ambivalence de la demande, confrontation lassante/décourageante à la répétition, vécu d'ennui, sentiment d'impuissance ou d'échec, paralysie de la pensée et de la capacité associative, vécu mortifère, sentiment de rejet ou de dégoût, contamination par le déni, adoption d'attitudes de maternage excessif ou complicité tacite... (Descombey, 2004).

c. Du côté du dispositif de soin

On peut retrouver une discordance entre les objectifs des patients et l'offre de soins. Cela peut renforcer des représentations négatives des sujets addicts (menteurs, manipulateurs, faiblesse de la volonté...), si, par exemple, l'obtention d'une aide en terme d'hébergement est systématiquement conditionnée à l'abstinence (Morel, Hervé, & Fontaine, 1997).

Le dispositif de soins addictologiques, naissant, fragile, pluridisciplinaire et diversifié, manque parfois de cohérence, d'articulation, de coordination, donc de contenance, pour les sujets addicts comme pour les professionnels du soin addictologique.

2. Conséquences sur la rencontre de soin dans le champ des toxicomanies

Morel et *al.* décrivent deux principales contre-attitudes fréquemment rencontrées chez les soignants en toxicomanie : (1) le rejet et la rigidité (2) la fascination et la cécité (Morel et al., 1997)¹¹⁵. Les représentations négatives des soignants vis-à-vis des sujets toxicomanes, associées à leurs propres conflits psychiques non résolus, peuvent les amener à rigidifier leurs attitudes en recourant systématiquement au règlement et à tenter d'entrer en compétition avec l'objet d'addiction. Les rechutes sont alors vécues comme des échecs personnels du soignant et le conduisent à ressentir des affects de frustration voire de persécution qui peuvent l'amener au *burn-out*. La peur peut également dominer le ressenti du soignant, empêchant toute action thérapeutique. Enfin, la position de « flic ou de garde-chiourme » (*ibid.* p 234) qui peut découler de tout cela fait perdre aux soignants le sens de leur action thérapeutique, les rendant « d'autant plus réactifs contre les patients » (*ibid.* p 234). De l'autre côté, la fascination par la personne, le discours ou l'histoire du sujet toxicomane, par son « héroïsme noir » (*ibid.* p234), son jeu avec les risques, la jouissance et la transgression, peuvent conduire le soignant à l'incapacité d'agir ou à l'activisme. Le sujet toxicomane qui s'aperçoit que le soignant « boit ses paroles » (*ibid.* p 235) risque d'en devenir d'autant plus angoissé. Le soignant qui cherche à combler le vide qu'il perçoit chez le patient par une intense affection fait preuve d'un désir qui devient dévorant pour le patient. A l'inverse, plutôt dans des services non spécialisés, on peut voir une cécité sur les conduites toxicomaniaques (ne rien faire pour reconnaître l'existence du problème et le prendre en considération dans les soins

¹¹⁵ P 99

prodigués, laissant le patient se débrouiller comme il peut). Fascination et cécité (« faire comme s'il n'y avait pas de drogue ou ne plus voir qu'elle » (*ibid.* p 235)) conduisent toutes deux à un déni de la toxicomanie et à une incapacité à négocier qui altèrent grandement la qualité des soins.

Heinrich-Leget et Jacob décrivent deux écueils à éviter dans la rencontre avec le patient toxicomane : (1) « la complicité patient-soignant, celle-ci entraînant une méconnaissance de ce qu'il en est du désir de chacun, du désir du toxicomane d'être reconnu comme malade, et du désir de réparation, voire de guérison du soignant » (Heinrich-Leget & Jacob, 2010)¹¹⁶ (2) « l'affrontement, si le soignant ne reconnaît pas le toxicomane dans son statut de malade. Celui-ci peut alors l'interpréter comme un rejet et le soignant risque soit de se sentir incompetent, soit de s'attribuer la place du juge, ou encore le rôle de pourvoyeur de drogue dans le cas d'une demande de substitution » (*ibid.* p 99).

VI. Grands principes du soin en addictologie

En introduction au livre « Addictions, quels soins ? » (J. L. Vénisse et D. Bailly, 1997)¹¹⁷, J. L. Vénisse s'exprime ainsi : « On peut schématiquement résumer en deux questions la difficulté du soin aux patients souffrant de conduites addictives : 1- Compte-tenu que ces conduites pathologiques traduisent à travers le recours manifeste, durable et univoque à l'agir (et au corps) une impossibilité d'élaboration psychique de ce qui est source de tension et porteur d'une potentialité conflictuelle, c'est à dire peu ou prou la défaillance ou le défaut d'un contenant psychique suffisamment fiable et fonctionnel pour permettre cette élaboration, comment soutenir cette capacité, voire la faire advenir, dans les formes les plus graves ? 2- Dès lors qu'il s'agit d'une pathologie du lien, la dépendance à un produit quel qu'il soit, ou encore à un comportement, témoignant de la permanence d'un lien de dépendance qui ne trouve pas à s'élaborer par des moyens intrapsychiques (avec cette notion que la relation d'addiction correspond à une tentative plus ou moins réussie de déni de la perception insupportable de ce vécu de dépendance), comment aménager la relation thérapeutique, concernée au premier chef par ce fonctionnement paradoxal d'une manière qui en fasse autre chose que la répétition inlassable au fil des intervenants successifs de ce mode relationnel

¹¹⁷ P 3-9

perversi avec les aléas qu'on lui connaît, en particulier du côté de l'emprise comme de la rupture ? ».

Les premières pistes de réponses ouvertes sont les suivantes : penser le cadre thérapeutique, et en particulier sa fonction transitionnelle, afin de permettre d'aménager la distance relationnelle et de résister à l'engrenage addictif, qui entraîne du côté de l'agir, de l'opérateur, de l'actuel et de l'urgence (travailler sur le contenant, dont le contenant externe matérialisé, dont l'intensité doit être en permanence réévaluée et ajustée au plus près des besoins d'étayage du patient et de son évolution), mettre en place un contrat personnalisé de soins, inscrire le projet de soins dans la relation et dans la réalité, travailler avec la motivation au changement du patient et son engagement dans les soins, ne pas se centrer sur le symptôme (comme ne pas laisser le produit envahir la scène en cas d'addiction à des SPA), ni l'ignorer (au risque de renforcer le déni et le clivage).

S'il ne faut pas forcément attendre une demande explicite du sujet pour s'engager dans des soins en addictologie (du fait en particulier du statut du langage et de l'importante ambivalence), il est nécessaire que le sujet exprime une souffrance ou un épuisement reliés à son addiction et que les soins se fassent sur la base du volontariat. L'adhésion personnelle à la démarche de soins, au moins partielle, est en effet essentielle pour l'efficacité thérapeutique à moyen terme. Heinrich-Leget et Jacob insistent sur l'importance de la formulation d'une demande qui, pour eux, introduit un « vécu de malaise par rapport à la maîtrise que le patient supposait avoir de ses consommations » (Heinrich et Jacob, 2010)¹¹⁸ et évite que « le soignant ne se retrouve en position de demandeur » (*ibid.* p 99). Ils ajoutent que les motivations de chaque patient sont « par définition toujours légitimes » (*ibid.* p 99) et qu'au travers de la demande, les patients « acceptent de prendre le risque d'avoir quelque chose à perdre ou à gagner en même temps qu'ils reconnaissent être manquants » (*ibid.* p 99) .

Les seules exceptions à ce volontariat du soin sont représentées par les cadres judiciaires de l'obligation (prévue par l'article 132-45 du code pénal et les articles L. 3413-1 à L. 3413-4 du code de la santé publique pour les condamnés faisant usage de stupéfiants ou ayant une consommation habituelle et excessive de boissons alcooliques) et de l'injonction (loi du 17 juin 1998 relative au suivi socio-judiciaire) de soins en psychiatrie. Il existe également une mesure d'injonction de soins spécifique à l'addictologie, définie dans la loi du 31 décembre

¹¹⁸

1970 (loi n°70-1320) et applicable, sur décision du procureur, au premier délit d'usage illicite de stupéfiants.

Dans un certain nombre d'interventions et au début d'une prise en charge, il s'agit bien souvent de tenter de créer les conditions de possibilités du soin, d'émergence d'une demande singulière de soins, de soutenir un processus motivationnel.

Le soin des addictions doit tenter de créer les conditions favorables au changement, et viser un objectif élargi qui passe par une modification du rapport au monde, aux autres et à soi du sujet, une réorganisation de sa vie et un réinvestissement de soi. Il ne doit jamais être réduit à la suppression du symptôme addictif. Il doit se préoccuper de restaurer une liberté de pensée et d'action, en favorisant un processus d'autonomisation. Il s'attache à sauvegarder santé et insertion sociale. Il passe par l'établissement de liens thérapeutiques, l'inscription dans des relations et dans une temporalité commune et le partage d'un plaisir à penser. Il cherche à restaurer l'estime de soi du patient et amener à une reconnaissance par l'autre et de l'autre.

Nous avons vu que le soin en addictologie s'appuie sur un réseau de soins, diversifiés, complémentaires, de niveaux d'accès et d'exigence variés qu'il s'agit d'ajuster au plus près des besoins du sujet. L'existence d'une équipe de soins est un support précieux, auprès du patient pour diffracter le transfert, et auprès du professionnel pour relayer et superviser son action.

Les thérapies multifocales sont conseillées. L'articulation des différents espaces de soin et thérapeutes impliqués est primordiale pour assurer la cohérence du soin, avec, dans l'idéal, un référent global de la prise en charge.

Les soins sont inscrits dans la durée, malgré et avec d'inévitables ruptures : en effet, en addictologie, il faut aussi parfois savoir introduire (sans imposer) nous-même des ruptures.

Morel et al. (Morel & Couteron, 2008) déclinent ainsi les modalités du soin en addictologie : établir une alliance avec l'utilisateur (indispensable, préalable mais non suffisante en soi), en trouvant la distance relationnelle adaptée, changer la représentation du sujet dépendant (et en particulier attaquer l'autodépréciation), abandonner le savoir sur l'autre en écoutant le savoir propre du patient sur son expérience, diversifier les interlocuteurs, accorder l'utilisateur et l'offre de soins, intégrer l'ensemble des dimensions de l'expérience addictive, accompagner de façon transdisciplinaire, prendre en compte l'attachement à l'identité et au mode de vie, intégrer la

possible « inversion des valeurs » en interrogeant notre capacité à élaborer des buts qui font sens pour le patient et qui ne soient pas la projection d'un idéal de soin du soignant, rétablir une autorégulation/un nouvel équilibre dans le système d'interaction du patient avec son environnement, poursuivre des finalités concrètes qui contribuent à renforcer le sentiment de compétence du patient, ne pas oublier la réduction des risques... tout cela au moyen d'un accompagnement qui témoigne d'une individualisation des soins, qui se déroule dans la durée, qui se décentre de la visée d'abstinence et qui repose sur une pratique transdisciplinaire.

Le cadre de soin est un aspect important et délicat des soins institutionnels en addictologie. Il peut être explicité par l'établissement d'un contrat personnalisé de soin, lieu princeps d'une négociation entre patient et soignant, témoignant d'un engagement réciproque. Au moment *ibid* d'une hospitalisation, le contrat, nous dit C. Jacob « rend l'institution habitable » (Jacob, 2006)¹¹⁹. Il fixe des interdits nécessaires et suffisants, ce qui fonde et caractérise l'identité des uns et des autres et ce qui caractérise l'espace, dont la transgression est sanctionnée par une sortie. Le contrat permet d' « éluder les figures de l'égoïste et du saint » (*ibid.* p 29). Pour le patient, il confère une protection contre les craintes de l'emprise d'autrui, il régule les fantasmes de dévoration, de maîtrise ou de violence contre soi ou contre l'autre en fournissant un « cadre réglé discernable, lisible et révocable, limité dans le temps et circonscrit dans un espace défini et dans des conditions définies d'un commun accord » (*ibid.* p 30). Ces auteurs comparent le contrat à un « espace imaginaire » : « l'intérêt de cet espace imaginaire est de permettre la projection des conflits, du mode relationnel et des frustrations du patient. Le patient va tester cet espace, va y bouger pour y trouver une place, parfois au travers de transgressions qui seront travaillées avec lui, afin de lui permettre d'apercevoir progressivement le côté engageant de sa parole et de celle de l'autre. Ce qui compte dans cet accord, ce sont les marges, les limites, les jeux et transgressions. Dans cet espace, le collectif soignant et le soignant, en tant que sujet, vont être tour à tour, surface d'inscription, surface de transfert » (Heinrich-Leget & Jacob, 2010)¹²⁰.

Le contrat est vu par Mickaëlle Guisseau-Gohier et al. (Guisseau-Gohier, Grall-Bronnec, Lambert, & Venisse, 2007), à l'occasion d'une réflexion sur la place du contrat de soin dans la prise en charge de l'anorexie mentale, comme : un protecteur pare-excitant, un tiers différenciateur (entre le patient, le thérapeute et l'équipe soignante), un moyen d'adapter la distance relationnelle et d'ouvrir un espace psychique ou un espace de liberté, dégagé des

¹¹⁹ P 25
¹²⁰ P 101

questions répétées sur la gestion, souvent obsessionnelle par ces patients, du quotidien. Ainsi, le contrat favorise le déplacement des conflits et des contraintes internes sur l'extérieur, soulageant le moi, plus disponible pour d'autres investissements. Il doit être ni trop lâche (livrant le patient à sa toute puissance et à sa destructivité), ni trop rigide (il doit pouvoir survivre à quelques transgressions). Il doit pouvoir témoigner de fiabilité et de continuité, il doit pouvoir être attaqué, attaques qui feront alors l'objet d'une mise en sens.

Nous pensons que cette réflexion sur le contrat peut symboliser la capacité que doit manifester le soignant en addictologie pour « entrer en relation, tenir des limites tout en acceptant des zones de compromis et d'interaction » (Morel et al., 1997)¹²¹.

C. Olievenstein (Olievenstein, 1987) insiste aussi sur les notions de contrat et de programme de soins. Il propose l'utilisation d'une chaîne thérapeutique avec une succession d'institutions offrant des modèles d'identification variées aux différentes dimensions de la loi (réelle, imaginaire, symbolique). Il parle du passage du thérapeute de suppléant partiel de l'objet, à objet transitionnel puis à la thérapie comme espace transitionnel vécu puis partagé avec d'autres espaces transitionnels. S'il explique que le patient accepte de passer par une phase de dépendance vis-à-vis de la relation thérapeutique, il devra ensuite s'en détacher (et être laissé s'en détacher). Olievenstein parle de « bâtir la démocratie psychique » (Olievenstein, 1987)¹²², c'est à dire « une construction culturelle, idéologique et orthopédique du Moi capable de faire un choix » (*ibid.* p136) et, de façon provocante, d'« éthique pour une psychothérapie perverse » (*ibid.* p139) qui passe par une séduction initiale du sujet et une relation « mi-complice, mi-pervers [...] avec quelque chose d'un peu magique » (*ibid.* p 145).

Le soin des addictions, du fait de l'ancrage somatique et corporel de la pathologie, fait une place importante à ces abords. Cela passe par le prendre soin de soi : de son corps et de sa santé, par une restauration physique et des soins somatiques puis une redécouverte de la sensorialité corporelle, comme source de détente et de plaisir, à travers des pratiques de médiation corporelle.

L'abord médicamenteux est également un outil de soin important dans les addictions, avec des objectifs divers : atténuer les manifestations de sevrage (soulager), diminuer le risque de

¹²¹ P 235
¹²² P 130

rechute (médicaments diminuant le *craving*), effectuer une substitution dans une optique de réduction de risque, de sevrage et d'abstinence ou de consommation contrôlée...

Parmi les traitements médicamenteux des addictions, les traitements de substitution aux opiacés sont des traitements pharmacologiques qui peuvent être proposés comme aide au sevrage puis au maintien de l'abstinence aux sujets dépendants aux opiacés qui souhaitent arrêter leur consommation. Il existe trois molécules commercialisées à ce jour en France : Méthadone® (Chlorhydrate de Méthadone), Subutex® (Buprénorphine Haut Dosage, BHD) et Suboxone® (association de Subutex et Naloxone). Nous ne détaillerons pas ici leur mécanisme pharmacologique d'action, si ce n'est mentionner la distinction entre l'action agoniste-antagoniste des récepteurs opiacés de la BHD et l'effet agoniste pur de la Méthadone®, qui font de la Méthadone® un médicament au maniement plus subtil avec un risque potentiellement létal qui nécessite un encadrement plus strict des prescriptions. Le cadre réglementaire de prescription en France est donc différent pour la BHD et la Méthadone®. Les deux molécules doivent être prescrites sur une ordonnance sécurisée. La primo-prescription de Méthadone® doit être réalisée par un médecin de CSAPA ou un médecin hospitalier spécialisé alors que la BHD peut être primo-prescrite par un médecin généraliste. L'instauration d'un traitement par Méthadone® implique une délivrance quotidienne avec prise sur place dans un CSAPA ou une pharmacie pendant une durée prolongée (souvent plusieurs mois) et cette prescription est accompagnée de rendez-vous médicaux (il y a au maximum 14 jours de prescription) et de dosages de toxiques urinaires réguliers. Le principe de substitution repose à la fois sur des aspects pharmacologiques et sur le cadre de prescription. Si le MSO est pris suivant les conditions de prescription, il résulte de ses propriétés pharmacocinétiques l'absence d'effet psycho-actif euphorique associé à la prise. En revanche, le MSO couvre les signes de sevrage et atténue le *craving*. Le but d'une substitution est donc de modifier le comportement addictif en proposant un médicament qui ne se prête pas à un investissement addictif. Le traitement de substitution réintroduit ainsi une temporalité. Ce principe de substitution diffère de ce que l'on appelle parfois la « substitution vraie » qui correspond à la mise à disposition de la SPA dans des conditions médicalisées qui visent au confort d'un patient qui ne cherche pas à modifier son comportement addictif et à la réduction des risques. En France, la substitution vraie n'est possible que pour le tabac (gommes nicotiques à mâcher, inhalateur de nicotine). Dans d'autres pays, il existe par exemple l'héroïne médicale.

La démarche de substitution est différente de la démarche de soins d'inspiration psychanalytiques, mais ils « se situent à des niveaux de réponse et plus encore de logique interne plus différents qu'antagonistes » (Heinrich-Leget & Jacob, 2010)¹²³.

Dans l'abord psychodynamique, il s'agit d'abord de créer les conditions de la rencontre et d'émergence d'une parole subjectivée. Selon Morel et al., le soin se consacre à « favoriser un changement et une dynamique personnelle qui ne peuvent se réaliser sans le support d'une relation et sans partir du concret de la situation du sujet » (Morel et al., 1997)¹²⁴. Il s'agit de soutenir le sujet à « restaurer suffisamment de liberté de pensée et d'action » (*ibid.* p 220), à « comprendre et modifier les facteurs qui ont présidé à l'usage » (*id.*), et à « reconstruire avec la personne sa capacité de créer des liens et de les maintenir » (*id.*), ce qui « pour le soignant [...] veut dire supporter les attaques, les défauts de ce lien et ses ruptures. Et pour le patient, c'est s'impliquer dans un processus de changement qu'à la fois il souhaite et qu'en même temps il redoute » (*ibid.* p 221). Ils concluent ainsi que « soigner c'est créer les conditions générales de possibilité dans les différents registres de la vie, pour que le patient élabore ses propres changements dans son rapport au monde » (*id.*).

Dans une perspective psychanalytique, P. Jeammet explique comment les considérations psychopathologiques ont des conséquences concrètes sur l'abord thérapeutique. Il faudra travailler sur le contenant, sur les limites, sur la différenciation et la tiercéisation. Il conseille d'intervenir précocément en commençant par une forme d'étayage indirect. Il préconise de respecter scrupuleusement le narcissisme du sujet et de pouvoir offrir au patient une « alliance narcissique » (Jeammet, 2014). Il propose différents axes de travail comme la clarification et nomination des affects, l'aménagement d'espaces transitionnels, au besoin à l'aide de dispositifs de médiations... Il vise à restaurer un plaisir de fonctionnement psychique et à rendre petit à petit tolérable les désirs émergents.

¹²³ P. Jeammet cité par Heinrich-Leget et Jacob, 2010, p 103
¹²⁴ P 217

SIXIEME PARTIE : CONTENANCE ET ENVELOPPES DU LIEU DE SOINS AMBULATOIRES EN ADDICTOLOGIE, ETUDE QUALITATIVE PAR LA PHOTO-ELICITATION

I. Généralités sur la recherche qualitative

La recherche qualitative en sciences humaines et sociales s'intéresse à l'exploration de phénomènes humains tels qu'expérimentés par des individus dans leur propre contexte. Elle cherche à enrichir la connaissance de façon différente et complémentaire à la recherche quantitative. Par conséquent, elle s'en différencie en de nombreux points : par exemple par le type de question de recherche posée, le type de données étudiées ou la méthode d'analyse utilisée. C'est pourquoi, des critères de qualité ont été définis spécifiquement pour la recherche qualitative, dont, parmi eux, une description détaillée de la méthode de recueil des données et d'analyse utilisée, l'attention portée aux cas négatifs, l'honnêteté et la transparence, la réflexivité, la triangulation, l'approbation du sujet de la recherche (lors d'un retour au sujet des résultats de l'analyse). Des critères de pertinence ont également été décrits, tels que : des observations précises, une description des modalités d'échantillonnage et la pertinence clinique de la question de recherche (Malterud, 2001).

Il est désormais acquis que tout chercheur va exercer une influence sur son objet de recherche : il n'existe pas d'observateur neutre. Le bagage personnel et théorico-clinique du chercheur va influencer sur le choix de son objet de recherche, la perspective envisagée, le positionnement vis-à-vis de son objet de recherche, le choix des données analysées, ou encore la méthode d'analyse et de communication des résultats. Par conséquent, la validité d'un processus de recherche va être attestée par la présence d'une analyse de la réflexivité (Malterud, 2001) ou du contre transfert du chercheur (Devereux, 2012), c'est-à-dire de la manière dont la subjectivité du chercheur affecte le processus de recherche à tous les stades de sa réalisation. Les préconceptions et les hypothèses du chercheur concernant sa question de recherche seront, au mieux, décrites au préalable et, ensuite, bien distinguées des données issues du matériel.

La triangulation de l'analyse est un autre élément essentiel. Elle peut être apportée par l'analyse du matériel par d'autres chercheurs. Dans ce cas, les différences d'analyse et

d'interprétation sont valorisées car elles vont augmenter la compréhension du phénomène dans sa complexité. A la différence de la recherche quantitative, la recherche qualitative vise plus la multiplicité, la diversité que la reproductibilité des données. De plus, la description minutieuse de toutes les étapes de la recherche doit permettre au lecteur de partager et discuter les résultats et les interprétations avancées, doit l'aider à pouvoir penser le contexte et la nature des biais en jeu, et à pouvoir prendre en compte la subjectivité du chercheur et son effet sur le travail de recherche à toutes les étapes du processus.

Tous ces éléments garantissent la validité et la transférabilité des résultats en recherche qualitative.

Les modalités de recrutement sont également fondamentales. Les sujets doivent être représentatifs de la population concernée par la question de recherche. La validité interne est doublée d'une validité externe qui détermine dans quel contexte les résultats peuvent être appliqués, et éventuellement étendus. La taille de l'échantillon dépend avant tout de la nature de la question de recherche et de l'étendue d'application des résultats recherchée, sachant que tout matériel qualitatif vaut dans toujours dans un contexte déterminé et spécifique et non pour un groupe entier.

L'analyse doit être systématique, détaillée et le choix d'une méthode déterminé. Un processus de décontextualisation sera nécessaire pour analyser le matériel en profondeur, suivi d'une recontextualisation afin de ré-ancrer le matériel dans son contexte de recueil.

La démarche est de nature inductive, construisant de la théorie à partir du matériel. Blais et Martineau citent les trois étapes décrites par Thomas dans le processus de l'analyse inductive générale : condenser des données brutes, variées et nombreuses, dans un format résumé, établir des liens entre les objectifs de la recherche et les catégories découlant des données brutes et développer un cadre de référence ou un modèle à partir des nouvelles catégories émergentes (Blais & Martineau, 2006). Ils utilisent la définition de Paillé et Mucchielli d'une catégorie : « production textuelle se présentant sous forme d'une brève expression et permettant de dénommer un phénomène perceptible à travers une lecture conceptuelle d'un matériau de recherche [...] À la différence de la « rubrique » ou du « thème », elle va au-delà de la désignation de contenu pour incarner l'attribution même de la signification ».

II. Contexte de l'étude

1. Présentation du groupe de recherche EthNaA

Ce travail a pris naissance au sein d'un groupe de recherche nommé EthNaA, pour « Ethique et Narrativité dans les addictions », regroupant professionnels et chercheurs sous la direction du Dr A. Reyre, responsable de l'unité fonctionnelle d'addictologie de l'adulte, de l'adolescent et des parentalités (ou CSAPA Boucebc) du service de psychopathologie de l'hôpital Avicenne (Assistance Publique Hôpitaux de Paris, 93) et de l'unité de recherche Inserm U669 dirigée par le Pr B. Falissard, avec les Pr M. R. Moro et T. Baubet et le Dr O. Taïeb. Le projet EthNaA (Larguèche, Jeannin, & Reyre, 2011) est une recherche complexe et complémentariste s'inscrivant dans les champs de l'éthique et de la narrativité. Il s'est donné pour objet d'explorer les difficultés et altérations de la relation d'aide dans le champ des addictions. En effet, nous pouvons constater que « la rencontre de patients addicts dans le cadre du soin fait naître une inquiétude dont peuvent témoigner les professionnels [...] inquiétude qui peut entraver le développement d'une relation de soin propre à rétablir une dynamique de changement chez la personne addictée ». C'est pourquoi, « caractériser cette inquiétude, en explorer les origines et mécanismes représente un enjeu clinique et éthique et a constitué l'objet de cette recherche »¹²⁵.

Ce projet s'est doté d'une méthodologie de recherche qualitative. Le matériel, discours de patients et de professionnels, a été recueilli dans deux dispositifs distincts : entretiens individuels pour les patients et focus group pour les professionnels.

Lors du premier volet de la recherche (Larguèche et al., 2011), un extrait de texte littéraire (extrait du roman *Lord Jim* de Joseph Conrad) a été utilisé comme support pour l'entretien avec les patients, afin de favoriser la narrativité et l'émergence de représentations latentes. Avec les professionnels, un questionnaire a été préalablement établi, explorant les représentations de sens commun existantes au sujet des patients souffrant d'addiction. Ces premiers travaux ont mené à la publication d'articles (Reyre et al., 2010) (Reyre et al., 2013), et de mémoires de recherche (Jeannin, 2012 ; Larguèche, 2012, Master 2 Recherche en psychopathologie psychanalytique, clinique de l'enfant et de l'adolescent, clinique des institutions et clinique transculturelle, université Paris 13).

¹²⁵ Protocole de recherche en annexe 1, p 2

La recherche ici présentée est issue d'un développement de ces travaux, par l'ouverture d'un deuxième volet de cette recherche EthNaA, nommé EthNaA 2. Ce deuxième volet partage l'objet de recherche « les difficultés et altérations de la relation d'aide dans le champ des addictions », la méthodologie qualitative et le dispositif associant entretiens individuels avec les patients et focus group avec les soignants. Elle utilise des méthodes de recueil également narratives mais visuelles, photographie avec les patients (photo-élicitation) et vidéo (vidéo-élicitation), extrait d'œuvre cinématographique (Le Feu Follet de Louis Malle) avec les soignants. Ce deuxième volet est donc composé de deux travaux de recherche en cours (Belghouar, 2013-2014 ; Bailly, 2013, Master 2 Recherche en psychopathologie psychanalytique, clinique de l'enfant et de l'adolescent, clinique des institutions et clinique transculturelle, université Paris 13). Le travail que nous présentons ici correspond aux résultats de l'étude par photo-élicitation menée auprès de patients addictés.

2. Thèmes et objet de recherche

a. L' « inquiétude »

L'exploration qualitative des difficultés et altérations de la relation de soin avec les sujets souffrant d'addiction a amené le groupe de recherche, sous la direction du Dr A. Reyre, à théoriser la présence d'un climat d' « inquiétude », à l'aide d'une réflexion philosophique et sociologique¹²⁶.

La question de la place de la confiance qui s'établit dans la relation de soin est souvent peu reconnue, peu explicitée par les professionnels. Pourtant, elle nous semble rester un enjeu clinique central dans le cadre du soin addictologique où elle est particulièrement mise à l'épreuve.

Selon A. Reyre et al. (Reyre et al., 2013), un climat de confiance est associé à un climat de quiétude, de nature paradoxalement instable. La confiance est source d'engagement et de responsabilité pour la personne à qui l'on décide de faire confiance. La perte de confiance ou un climat de suspicion sont associés à un climat d'inquiétude, qui, lui, apparaît plutôt stable, et qui révèle, d'après le sociologue M. H. Soulet, une « perte des repères classiques de l'action ». Travailler à restaurer un climat de confiance implique (1) de pouvoir faire le « pari de la confiance » (2) d'avoir recours à l' « agir poïétique », concept de M. H. Soulet qui

¹²⁶ A. Reyre, thèse de philosophie-éthique en cours

correspond à une action individuelle et créative dans un contexte de perte des repères classiques de l'action. Le soignant doit être prêt à s'engager dans une action sans en percevoir immédiatement et complètement le sens. L'actio poïétique a cette capacité de construire son sens en même temps qu'elle est posée. (3) une réflexivité individuelle puis groupale qui sera source secondaire de légitimation de l'action (4) un usage modéré de la promesse. En effet, la notion de promesse (Taïeb et al., 2010) est éclairée par les écrits des philosophes P. Ricoeur, qui la rattache à l'identité ipséité, et H. Arendt, qui explique qu'elle permet la création d'îlots de prédictabilité, de sécurité, en réponse à l'indétermination et à la faillibilité humaines. Enfin, une éthique du souci de soi doit aussi pouvoir guider les professionnels qui travaillent dans le champ addictologique (Reyre et al., 2010). Tous ces éléments contribuent à l'établissement d'une relation de soin authentique, qui puisse répondre à des exigences éthiques et d'efficacité clinique.

b. De l'inquiétude à la contenance

EthNaA1 s'est intéressé à caractériser les difficultés présentes dans la relation de soin en addictologie et ses conséquences, à partir du concept d'inquiétude, notamment par la définition qu'en donne le sociologue M. H. Soulet qui parle de « perte des repères classiques de l'action ». Quatre sources d'inquiétude ont été identifiées : (1) celle liée aux patients : vulnérables et aux histoires catastrophiques, imprévisibles et peu fiables, difficiles à soigner, qui échappent dans la relation, qui finissent mal (2) celle liée au produit : très puissant, dangereux, change la personnalité, s'immisce dans la relation (3) celle liée aux professionnels : embarrassés par les questions morales, ne se sentent pas toujours légitimes et compétents, sont fragiles dans leur identité, s'engagent et prennent des risques (4) celle liée au cadre addictologique : mal défini et menacé par l'extérieur¹²⁷.

Nous faisons l'hypothèse que cette inquiétude témoigne d'un défaut de contenance : défaut de contenance fournie par le cadre addictologique et défaut de contenance dans la relation thérapeutique, à tout moment susceptible d'être effractée par la SPA.

En ce qui concerne le cadre addictologique, l'addictologie est une discipline émergente, regroupant des professionnels venant de champs très divers, en tentant une approche

¹²⁷ La relation de soin en addictologie à l'épreuve de l'inquiétude, résultats préliminaires, A. Reyre et al., www.tdo3.ch/pdf/presentation/Symposiums/T17/T17_Reyre.pdf

intégrative à partir de modèles aux fondements épistémologiques différents. Cela lui confère une identité incertaine, composite et multiple : « Son hétérogénéité, son absence d'enveloppe solide et cohérente, sa laborieuse construction identitaire, le vide qui l'occupe parfois, et sa tendance à l'indifférenciation et à la transgression des interdits structurants en font une discipline limite au sens psychopathologique du terme » (Reyre et al., 2010)¹²⁸. Par conséquent, nous pouvons penser qu'elle offre un cadre fragile et peu contenant aux professionnels de son champ.

Cette constatation d'un défaut de contenance vécu par les professionnels peut entrer en résonance avec les diverses modalités de faillite des mécanismes précoces de contenance théorisées dans le domaine de la psychopathologie addictive et que nous avons décrit au préalable.

c. De la contenance au lieu de soin

Le soin aux personnes souffrant d'addiction, comme dans toute psychopathologie faisant intervenir des processus archaïques, fait particulièrement appel aux propriétés contenantes synergiques du lieu de soin et des relations thérapeutiques.

Nous concevons l'institution comme forme instituée de l'Institution (Kaës, 2012). L'institution « fonctionnelle » que nous connaissons est ainsi une forme instituée d'une Institution et une organisation régie par des règles administratives et le souci de sa propre pérennité. Nous partageons le point de vue selon lequel, pour que l'institution reste thérapeutique, une attention soutenue au processus d'institutionnalisation doit être témoignée. Nous pensons l'institution comme un cadre, une structure dynamique, faite d'un côté de règles, d'une organisation fonctionnelle, et d'un lieu (d'une organisation topographique), et de l'autre, de relations, d'interactions à l'intérieur et entre les groupes de soignants et de patients (Rouchon, C., K., et al., 2011).

Nous faisons l'hypothèse que les institutions fonctionnent comme des enveloppes contenant pour les soignants et les patients (Reyre et al., 2010).

A travers cette recherche, nous avons souhaité préciser comment un lieu de soin addictologique, vitrine de la discipline et premier contenant offert à la relation de soin, est vu,

¹²⁸

investi, attaqué ou désinvesti par les sujets souffrant d'addiction, et de quelle manière ils se révèle ou non en mesure de porter les relations thérapeutiques qui s'y tissent.

d. Intérêt et originalité de l'étude

Comme nous avons souhaité le démontrer, la contenance nous a semblé être un concept central, organisateur, dans le champ du soin addictologique, c'est pourquoi il nous a paru pertinent de l'interroger pour aborder les difficultés de la relation de soin en addictologie.

Le choix a été fait d'aborder la question de la contenance par le lieu de soin addictologique, dans sa réalité concrète, matérielle, à travers une méthode de photo-élicitation, pensée comme un support potentiel de symbolisation des phénomènes de contenance et d'évocation du lien thérapeutique.

La revue de la littérature montre qu'il n'existe pas à l'heure actuelle d'étude qualitative du vécu des lieux de soins addictologiques par les sujets souffrant d'addiction, ce qui renforce l'intérêt de cette recherche.

En effet, les études qualitatives menées auprès de sujets souffrant d'addiction portent principalement sur l'expérience addictive (par exemples Boserman, 2009; Shinebourne & Smith, 2010), sur les modèles explicatifs de l'addiction des patients (par exemple Hammer, Dingel, Ostergren, Nowakowsky, & Koenig, 2012; Taïeb, 2011), sur les déterminants environnementaux et psychologiques des consommations (par exemples Hall & Skinner, 2012 ; Payne, 2007), sur l'étude anthropo-sociologique du rapport du consommateur à l'environnement associé à ses consommations (par exemple Draus, Roddy, & Greenwald, 2012), sur les mécanismes sociologiques de sortie de l'addiction (par exemple Castel, 1998).

Concernant l'abord d'un lieu de soin par une méthode de photo-élicitation, nous avons retrouvé lors de l'analyse de la littérature quatre études. Parmi ces quatre études, une a été menée auprès des professionnels et trois auprès des patients, dont deux auprès d'enfants ou adolescents.

L'étude de Riley et Manias (Riley & Manias, 2003), dont est issu l'article “ *Snap-shots of live theatre : the use of photography to research governance in operating room nursing* ”, a porté sur six entretiens individuels utilisant la méthode de photo-élicitation. Les entretiens ont été réalisés auprès d'infirmières. On leur demandait de montrer le quotidien d'une infirmière de

bloc opératoire. L'analyse s'est intéressée aux modalités de communication interprofessionnelle (infirmière-infirmière et infirmière-médecin) en faisant appel aux théories de M. Foucault sur les rapports de pouvoir.

L'étude de Radley et Taylor (Radley & Taylor, 2003) a porté sur les espaces et les objets de l'environnement hospitalier vus par les patients. L'étude est relatée dans l'article « *Images of recovery : a photo-elicitation study on the hospital ward* ». Ces chercheurs anglais ont voulu explorer l'expérience de l'environnement physique de patients (admis pour douleurs gastro-intestinales et ayant bénéficié d'une chirurgie) ayant séjourné dans un hôpital général et son rôle dans le processus de guérison par le biais d'entretiens utilisant la photo-élicitation. La consigne était de photographier 12 choses qui ont eu de l'importance pour le patient pendant son séjour à l'hôpital : « *something that matter to him, was significant about his stay, anything significant, positive or negative things* », discutées lors de deux entretiens, un à l'hôpital et le suivant à leur domicile. L'analyse a été menée à l'aide de la théorie de la *mimesis* du philosophe W. Benjamin.

L'étude d'Epstein et al (Epstein, Stevens, McKeever, & Baruchel, 2008) a porté sur des photos d'éléments d'un lieu de vacances fréquenté par des enfants malades du cancer pour explorer leur expérience de l'endroit.

L'étude d'Adams et al (Adams, Theodore, Goldenberg, McLaren, & McKeever, 2010), relatée dans l'article « *Kids in the atrium: Comparing architectural intentions and children's experiences in a pediatric hospital lobby* », a porté sur l'espace non médical d'un hôpital pédiatrique canadien, l'« atrium ». Ils ont invité les enfants et adolescents pris en charge dans cet hôpital, ainsi que leurs familles, à photographier cet « atrium » et ont cherché à comparer les intentions des concepteurs et l'expérience du lieu des enfants.

III. Cadre méthodologique général

1. Méthodes narratives

Les méthodes de recherche qualitative qui s'appuient sur la narrativité (Riessman, 2007) privilégient la mise en récit du sujet au cours de l'entretien de recherche. Cette mise en récit est favorisée par des questions ouvertes, par le respect d'une réponse spontanément donnée sous forme narrative, par des manifestations d'attention, d'engagement et de réciprocité, en

laissant au sujet le temps de dérouler son histoire, en acceptant de suivre le chemin du sujet et en abandonnant une partie de la maîtrise de l'entretien.

Le matériel recueilli en entretien subit plusieurs mises en forme narratives successives : la narration orale du sujet, la transcription qui réaménage cette première narration pour construire un texte écrit, le récit du chercheur après l'interprétation du matériel (l'analyse narrative), et enfin la narration établie par le lecteur.

Ainsi, le chercheur participe à la création de l'histoire : par sa présence, son intérêt pour un objet, sa façon de poser des questions, d'interagir.

Par ailleurs, l'approche narrative des addictions a montré son intérêt, en clinique (Taïeb, Reyre, Rouchon, Baubet, & Moro, 2008) et en recherche (Hammer, Dingel, Ostergren, Nowakowsky, & Koenig, 2012 ; Taïeb, 2011).

2. De la méthode narrative littéraire à la méthode narrative visuelle

Le choix d'une méthode de recueil des données par photo-élicitation a été impulsé par l'idée d'apporter des données différentes et complémentaires au premier volet de la recherche, et d'essayer de contourner certaines limites qui ont été constatées avec le recours à une méthodologie narrative littéraire, parmi lesquelles un renforcement potentiel de l'asymétrie chercheur-participant et un effet de tiercéisation relatif du texte littéraire, ayant pu, pour quelques patients rencontrés, conduire à une identification déstabilisante au protagoniste de l'histoire. Elle résulte également des résultats encourageants de l'utilisation de cette méthode par des chercheurs du laboratoire Inserm U669 dans l'exploration d'autres objets de recherche en pédopsychiatrie comme les troubles alimentaires de l'adolescent (Lachal, Speranza, Taïeb, et al., 2012), la dépression de l'adolescent (Lachal, Speranza, Spot Denkiewicz, Moro, & Revah-Levy, 2012), la construction identitaire à l'adolescence¹²⁹.

3. La photo-élicitation

La photo-élicitation est une méthode de recherche visuelle narrative. Les méthodes visuelles connaissent un essor relativement récent en recherche, qui fait suite aux évolutions technologiques et sociétales conduisant au primat de l'image. Plus ancrée en recherche

¹²⁹ Céline Vaçulik, « Intérêt de l'utilisation de la photo-élicitation dans la compréhension de la construction identitaire à l'adolescence », Mémoire de Master 2 Recherche, Université Paris 13

anthropologique et sociologique, la photo-élicitation est maintenant utilisée dans des domaines de plus en plus variés. Elle est connue en psychologie, en particulier pour explorer la construction identitaire chez les adolescents (par exemple Croghan, Griffin, Hunter, & Phoenix, 2008). Elle commence à être utilisée avec des résultats prometteurs en recherche qualitative infirmière (par exemple Hagedorn, 1994) et médicale, notamment dans le champ de la maladie chronique (Fritz & Lysack, 2014). L'équipe de Wells et al. (Wells, Ritchie, & McPherson, 2013) a ainsi exploré l'impact d'une transplantation rénale sur la vie d'adolescents. L'équipe d'Oliffe et Bottorff (Oliffe & Bottorff, 2007) et celle de Frith et Harcourt (Frith & Harcourt, 2007) en oncologie, se sont intéressés, respectivement, à l'expérience du cancer de la prostate et à celle de la chimiothérapie chez des femmes souffrant de cancer du sein. Shell et al., en gériatrie, ont travaillé sur l'image de la joie et du bonheur chez des patients souffrant de la maladie d'Alzheimer (Shell, 2014). Son emploi en psychiatrie est très récent, nous n'avons d'ailleurs retrouvé à ce jour que trois études publiées : Latta et al. (Latta et al., 2014) qui se sont intéressés au vécu des fratries d'enfants souffrant de trouble autistique, Sandhu et al. (Sandhu, Ives, Birchwood, & Upthegrove, 2013) qui ont étudié l'expérience de la dépression post-psychotique chez des patients ayant traversé un premier épisode psychotique et Lachal et al. (Lachal, Speranza, Taïeb, et al., 2012) qui ont exploré la place de l'alimentation dans les relations familiales d'adolescents souffrant d'obésité.

Les méthodes visuelles font appel à la communication visuelle, dans une complémentarité et un au-delà de la communication verbale. Elles se distinguent de l'entretien traditionnel de recherche en ouvrant d'autres possibles dans le champ de la communication et de la compréhension de l'expérience entre sujet et chercheur. Les méthodes visuelles de photo-élicitation, les méthodes de *photovoice* de façon paradigmatique, cherchent à porter la voix des sujets, y compris les plus vulnérables ou les plus silencieux. Largement validées avec les enfants et adolescents, elles sont également de plus en plus utilisées avec des adultes, accompagnées la méthode d'explications concernant l'intérêt et l'originalité de la méthode.

La photo-élicitation, selon la définition qu'en donne le sociologue américain Douglas Harper, consiste en l'insertion de photographies au sein d'un entretien de recherche. Il la présente comme un modèle idéal de recherche : « *My enthusiasm for photo elicitation also comes from the collaboration it inspires. When two or more people discuss the meaning of photographs*

*they try to figure out something together. This is, I believe, an ideal model for research*¹³⁰ » (Harper, 2002)¹³¹.

C'est un anthropologue canadien, John Collier, qui a pour la première fois validé la méthode en réalisant une étude comparative, entretiens avec et sans photo-élicitation associée, mettant en avant les atouts de la photo-élicitation, source de richesse à la fois quantitative et qualitative pour le matériel analysé (Collier, 1957), et qui a développé ses perspectives en anthropologie (Collier, 1986).

La méthode a notamment montré son intérêt pour questionner des éléments de la vie quotidienne et leurs implicites, pour approcher l'expérience singulière du monde social et des institutions ou encore en situation transculturelle (Collier, 1986 ; Clark-Ibáñez, 2004 ; Samuels, 2004).

Nous retiendrons comme apports de la méthode de photo-élicitation à l'entretien de recherche : une meilleure adhésion et implication des sujets dans la recherche (par une diminution de l'asymétrie entre chercheur et sujet rencontré, une dimension accessible, souvent familière, désinhibante et ludique de la méthode), une mise en relation accélérée et facilitée par la médiation que réalise la photographie, la création d'un pont communicatif (avec un intérêt transculturel), une verbalisation plus aisée, une mémoire affûtée, l'expression majorée d'émotions et d'affects, un support à la mise en mots de concepts complexes et difficiles à verbaliser, les qualités projectives de la photo, la mobilisation de parties plus profondes et inconscientes de la vie psychique (Collier, 1957 ; Harper, 2002 ; Clark-Ibáñez, 2004 ; Pink, 2006 ; Drew, Duncan, & Sawyer, 2010 ; Guillemin & Drew, 2010 ; Rose, 2012). Dans l'interaction, elle va favoriser un décentrage du chercheur et éviter des incompréhensions respectives par un processus de co-élicitation, qui va permettre l'énonciation et le questionnement des implicites respectifs. La photo-élicitation s'inscrit dans une approche affiliée au postmodernisme, notamment de part sa philosophie de co-construction d'une réalité subjective.

Eliciter est un mot qui vient du latin *elicitus*, passé de *elicire* qui veut dire « tirer de, faire sortir de, susciter, provoquer »¹³². La photo-élicitation (ou *élicitatio* par la photographie) fait ainsi référence à un entretien qui va révéler le sens d'une photographie. Nous pouvons

¹³⁰ « mon enthousiasme pour la photo elicitation vient aussi de la coopération qu'elle suscite. Quand deux ou plusieurs personnes discutent le sens de photographies, elles tentent de comprendre quelque chose ensemble. C'est, je pense, un modèle idéal de recherche » (traduction personnelle)

¹³¹ P 23

¹³² Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (site web)

résumer à l'aide J. Collier quelques fonctions essentielles de la photo en recherche : nourrir l'entretien, « capabiliser »¹³³, aborder le sujet différemment¹³⁴, réaliser un pont communicatif¹³⁵, faire tiers¹³⁶ (Collier, 1957).

Différents types de photos peuvent être utilisées, de la photo d'art, en passant par la photo documentaire, des photos historiques et incluant les photos réalisés par les sujets de la recherche¹³⁷ avec des appareils photo d'appoint. Sampson-Cordle, dans le champ des sciences de l'éducation, a distingué *photo-feedback* (autrement dénommé *photo self-elicitation*, qui utilise des commentaires écrits par le sujet sur la photo), *photo interviewing* et *photo essay*, méthode proche du photo-roman (Sampson-Cordle, 2001). La méthode est aussi appelée *autodriving photography* (Heisley, Levy, 1991 ; Clark, 1999).

La méthode de photo-élicitation que nous avons choisie comprend la réalisation des photographies par le sujet de la recherche. Elle utilise l'image créée par le sujet de la recherche comme outil à part entière de production et d'investigation des données. La photo se présente comme un support de médiation pour l'entretien de recherche qui, lui, va dévoiler le sens de la photo. Le chercheur s'attachera à analyser la photo, ainsi que l'entretien que celle-ci aura rendu possible, dans une interrelation étroite car, si la photo recèle des richesses interprétatives, celles-ci n'émergeront entièrement au chercheur qu'à travers le discours produit à leur sujet. « *We suggest that participants as producers of the image are the most relevant and appropriate persons to give meaning to the image they have generated [...] The participant plays a reflexive role in both generating and interpreting their image [...] The researcher brings to the research their expertise, their ability to theorise, to see patterns, and to maintain distance from the data generated* ¹³⁸. » (Guillemin & Drew, 2010)¹³⁹.

Permettre au sujet de réaliser ses propres photographies limite l'impact des préconceptions du chercheur sur les thématiques abordées et le matériel recueilli lors de l'entretien (Harper, 2002; Samuels, 2004), et représente un message fort concernant le processus de recherche

¹³³ « *Photographs are enabling* » (Collier, 1967)

¹³⁴ « *Photographs are a different way in* » (op. cité)

¹³⁵ « *Photographs as communication bridges* » (op. cité)

¹³⁶ « *The photographs perform as a third party* » (op.cité)

¹³⁷ « *Participant-produced photographs* »

¹³⁸ « Nous suggérons que les participants, en tant que producteurs de leur image, sont les plus à même, les personnes les plus appropriées pour interpréter l'image qu'ils ont réalisée [...] Les participants jouent un rôle réflexif, à la fois lors de la production et lors de l'interprétation de leur image [...] le chercheur apporte à la recherche son expertise, sa capacité à théoriser, à voir et à prendre du recul par rapport au matériel généré », (traduction personnelle)

¹³⁹ p 184

comme parole donnée aux sujets, comme occasion offerte de montrer leur vision du monde et comme potentielle voie d'*empowerment*¹⁴⁰. La production de photographies par les sujets pose des questions éthiques spécifiques. Il est nécessaire que des questions essentielles autour de l'information, des permissions données au sujet, de la co-propriété et du devenir de l'image, du public auquel s'adresse l'image, du processus de co-analyse soient abordées avec le sujet produisant une photographie à des fins de participation à la recherche (Papademas & International Visual Sociology Association, 2009).

A côté de la photo-élicitation, nous souhaitons signaler qu'il existe une méthodologie groupale de recherche utilisant la photographie, nommée *photovoice* (C. Wang & Burris, 1997). Il s'agit d'une méthode de recherche-action participative, dans un but de promotion de la santé, en particulier pour des groupes/communautés vulnérables. Elle est inspirée d'éveil à la conscience critique, de théories féministes et d'approches innovantes en photographie documentaire. Les postulats de cette méthode sont que les images enseignent, qu'elles peuvent influencer les politiques publiques, que les membres d'une communauté peuvent participer à créer et préciser des images qui peuvent donner forme à des politiques utiles de santé publique, qu'elles peuvent amener à une rencontre entre membres de la communauté et décisionnaires, et qu'elles permettent d'accentuer l'action individuelle et collective (C. C. Wang, 1999).

4. Méthodologie d'analyse du discours : l'Interpretative Phenomenological Analysis

L'*Interpretative Phenomenological Analysis* (IPA) (Smith, Flowers, & Larkin, 2009) est une méthodologie d'analyse qualitative de contenu qui s'inspire de la théorie philosophique phénoménologique qui privilégie la description de l'expérience dans toute sa subjectivité. Il s'agit de tenter d'entrer dans le monde psychologique et social du sujet, au plus près de son expérience, pour relater son « *insider's perspective* ¹⁴¹ ». Le chercheur va être pris dans un double processus : essayer de faire sens du monde du sujet essayant lui-même de donner du sens à son vécu.

L'IPA ne nécessite pas la détermination d'une hypothèse de recherche préalable, mais plutôt celle d'une aire d'intérêt. Effectuée à partir d'un petit échantillon de sujets, elle passe par l'analyse détaillée, entretien par entretien, du matériel. L'analyse de chaque entretien peut être

¹⁴⁰ Source de pouvoir d'agir

¹⁴¹ Expérience intime, perception subjective (traduction personnelle)

faite « à chaque fois comme si c'était le premier », ou bien l'analyse d'un premier entretien peut orienter celle du second (qui peut alors être appréhendé à l'aide des catégories issues de l'analyse du premier tout en restant attentif à la singularité du matériel qui émerge). Le recueil du matériel passe par des entretiens (libre, semi-structurés ou structurés). Les questions pré-établies peuvent faire l'objet d'une modification (de contenu, de formulation, d'ordre chronologique...), eu égard aux thèmes émergents lors de chaque entretien. Le chercheur garde une liberté d'intervention à adapter individuellement pour chaque entretien, en privilégiant la création d'une alliance et l'émergence du matériel amené spontanément par le sujet.

Pour l'IPA, la transcription sera donc déjà un premier niveau d'interprétation. Le second niveau sera celui de l'analyse. L'analyse va se concentrer sur la dimension sémantique du discours (par distinction avec la dimension prosodique par exemple). Tout d'abord, le matériel sera lu de manière répétée afin de s'en imprégner. Puis, des unités de sens seront extraites du texte, d'abord en reprenant mot à mot les dires du sujet, puis ceux-ci feront l'objet d'une abstraction progressive. Ils seront alors rangés par thèmes de référence, pour aboutir à un tableau récapitulatif des thèmes généraux et sous thèmes relatifs pouvant être mis en lien les uns avec les autres.

IV. Matériel et méthode

1. Terrain de recherche

Le terrain choisi est constitué d'un lieu de soins ambulatoires spécialisé dans la prise en charge des addictions de type CSAPA d'une métropole française.

Le choix d'un CSAPA comme terrain de recherche a été en partie guidé par un manque de données concernant ce type de structure addictologique lors du premier volet de la recherche (EthNaA 1, recherche réalisée au sein d'un service universitaire d'addictologie, d'un CSAPA et d'un CAARUD). De plus, nous imaginions que le caractère ambulatoire et souvent prolongé dans le temps des soins donnerait des résultats intéressants et participerait à un enrichissement des données sous tendu par une connaissance détaillée des lieux et une majoration de l'investissement affectif des lieux et des relations de soin par les patients rencontrés.

Le CSAPA au sein duquel l'étude a été réalisée est situé dans l'enceinte d'un centre hospitalier universitaire. L'entrée principale donne sur une rue passante. En entrant dans l'hôpital, on passe devant un premier accueil, général, puis on débouche dans une cour interne, dont un préau, soutenu par des colonnes permet d'en faire le tour. L'agitation et le bruit de la rue laissent place à une impression de calme. Les bâtiments sont anciens, en pierre, pas très hauts. Des voitures de l'institution sont garées dans la cour. Une horloge surplombe le couloir externe qui mène au parc de l'hôpital. A côté, on peut voir une plaque commémorative portant les noms de membres du personnel de l'hôpital décédés pendant les deux guerres mondiales. Une statue du médecin dont le nom a été choisi pour baptiser l'hôpital est située dans le coin de la cour le plus près de l'entrée du CSAPA, entourée de plantes.

On entre dans le CSAPA par une porte bleue, numérotée, qui donne sur cette cour. Des patients et des soignants, fumeurs, attendent parfois devant l'entrée. De l'extérieur, la vitre en verre opaque ne laisse filtrer que la lumière. La porte est légère, en bois. Le centre possède des horaires d'ouverture classiques et ferme entre 13 et 14 ou 15h, ce que certains usagers critiquent. A l'intérieur, on arrive d'abord dans une pièce d'accueil, séparant deux espaces par un grand bureau en arc de cercle, derrière lequel sont souvent installés un ou deux soignants, qui accueillent et répondent au téléphone. Des chaises inamovibles sont disposées le long des murs, dans deux espaces séparés par l'accès à deux pièces soignantes (salle d'examen et salle avec une grande vitre, un ordinateur et où sont rangés les dossiers). Quelques affichages de prévention ou d'associations figurent sur les murs. Derrière le bureau est située une salle de repos réservée au personnel, dont la porte est souvent laissée ouverte, les soignants viennent s'y installer, s'y retrouver pour échanger entre eux lorsqu'ils ont du temps libre, dans un isolement relatif, car la pièce reste semi-ouverte sur l'espace d'accueil. Le secrétariat est situé à l'écart et la secrétaire n'est pas en contact avec les patients. Un couloir initié par un angle conduit à un deuxième espace à partir duquel se répartissent deux salles de soins d'un côté, les bureaux de consultation d'un autre, ainsi que la salle de réunion du personnel. Quelques chaises inamovibles sont situées le long du mur créant deux espaces d'attente séparés par les toilettes à l'intention des usagers. Le premier espace d'attente concerne les patients qui viennent pour la distribution de leur traitement. Un panneau signale la nécessité de respecter un espace de confidentialité. Une vitre de la salle des dossiers, derrière laquelle peut être installé un soignant utilisant un ordinateur, donne sur cet espace. Les toilettes sont équipées d'une lumière rouge. Les bureaux sont d'utilisation collective, ils se suivent les uns à côté des autres, excepté deux bureaux médicaux (bureau du responsable et d'un praticien hospitalier).

Ils sont numérotés. Les deux premiers sont plus petits et ne disposent pas de fenêtre. La vitre située en haut de la porte annonce son occupation par la présence de lumière artificielle. Les deux derniers sont un peu plus spacieux et disposent d'une fenêtre, qui donne sur l'extérieur du bâtiment, toujours à l'intérieur de l'hôpital. Les quatre bureaux d'utilisation commune bénéficient d'un ameublement minimal (un bureau, deux ou trois chaises), ils sont laissés totalement vides, sans objet décoratif, personnel et sans matériel de bureau (excepté deux miniatures sur les murs pour l'un et une petite photo de sculpture pour un autre). Une grande salle de réunion est située au bout du couloir. Une ancienne salle d'hôpital de jour, peu utilisée, sert de pièce de stockage. Les soignants placent leurs effets personnels dans un vestiaire protégé par un code et disposent de toilettes privés.

2. Participants

L'échantillonnage a répondu aux critères d'inclusion suivants : patient fréquentant le lieu de soin, âge supérieur ou égal à 18 ans, volontariat pour la recherche, parlant suffisamment bien le français.

Les critères d'exclusion étaient : patient venant pour une première consultation, patient en attente d'une hospitalisation en urgence, patient manifestement intoxiqué, patient manifestant des signes de sevrage, faible maîtrise du français, refus de participer à l'étude.

Une réunion d'information sur la recherche a été réalisée avec l'équipe soignante une semaine avant le déroulement des premiers entretiens. Des feuilles d'information sur la recherche à destination des patients ont alors été mises à leur disposition.

Une restitution à l'équipe soignante du CSAPA étudié est prévue à l'issue de la réalisation des deux recherches composant le projet EthNaA 2.

Le recrutement des patients s'est déroulé sur place à l'aide d'une présence régulière sur le site du CSAPA. Les patients intéressés ont en majorité réalisé les photos et l'entretien à la suite de leur recrutement, après le(s) rendez-vous pour le(s)quel(s) ils s'étaient rendus au CSAPA. Certains patients ont accepté un rendez-vous ultérieur avec le chercheur, à l'occasion d'un autre rendez-vous au CSAPA (n=3).

Dix patients ont été recrutés entre mars et juin 2013 pour cette étude, six hommes et quatre femmes, âgés de 34 à 62 ans.

Les durées de suivi variaient de trois mois à trente ans. Cinq patients bénéficiaient d'un traitement de substitution par la Méthadone ® en cours.

Le tableau suivant décrit quelques caractéristiques socio-démographiques et cliniques concernant les sujets ayant participé à la recherche :

	Sexe	Age	Durée de suivi	Fréquence actuelle de suivi	SPA consommées, à l'origine du suivi	Traitement médicamenteux actuel
Nicolas E(entretien) 1	masculin	39ans	17ans	1/semaine	cocaïne	aucun
Kouam E2	masculin	53ans	7ans	1/semaine et hébergement en appartement thérapeutique	héroïne	méthadone et traitement cardiologique
Séverine E3	féminin	52ans	3ans	1/mois	alcool	bithérapie antidépressive et hypnotiques
Fabrice E4	masculin	50ans	15ans	1/semaine	opiacés : héroïne, morphiniques crack	thymorégulateur et antipsychotique
Ludovic E5	masculin	34ans	4ans	1/mois	héroïne, cocaïne, alcool	thymorégulateur, antipsychotique, anxiolytique et antimigraineux
Marc E6	masculin	37ans	3mois	1/semaine	alcool cocaïne	aucun
Judith E7	féminin	55ans	8mois	2/semaine	héroïne	méthadone
Isabelle E8	féminin	62ans	30ans	2/mois	héroïne	méthadone
Guillaume E9	masculin	44ans	3,5ans	2/mois	héroïne cocaïne	méthadone

Maria E10	féminin	57ans	29ans	1/semaine	héroïne cocaïne	méthadone, morphine et antirétroviraux
--------------	---------	-------	-------	-----------	--------------------	--

3. Déroulement de l'entretien

L'entretien se déroulait dans les locaux du centre hôte. La réalisation des photographies précédait l'entretien, dans une même unité de temps et de lieu, c'est-à-dire que l'entretien succédait immédiatement à la réalisation des photos.

Après avoir été recrutés par le chercheur dans l'espace du CSAPA, les sujets intéressés prenaient part à la séquence suivante :

(1) un temps d'information complémentaire sur la recherche, comportant la lecture de la feuille d'information rédigée à cet effet associé à un échange entre chercheur et sujet, afin de recueillir le consentement éclairé du sujet

(2) la formulation de la consigne photographique : « Prenez des photos des lieux, puis nous en choisirons deux qui serviront de support à l'entretien », complétée si nécessaire, si le patient paraissait démuni avec la consigne, « ce que vous voulez, un endroit ou un détail, quelque chose qui est important/significatif pour vous, qui vous plaît, qui vous dérange, qui vous intrigue... » ou s'il questionne la possibilité de prendre des photos à l'extérieur « ça peut être à l'extérieur, si ça a un lien avec les soins que vous recevez ici. »

(3) le prêt d'un appareil photographique numérique accompagné des informations nécessaires sur son fonctionnement

(4) le temps de réalisation des photographies, le sujet étant laissé seul et disposant du temps nécessaire pour réaliser ses photographies

(5) un temps d'entretien, d'une durée variable (de 27 mn à 1h10), centré sur l'analyse de deux photographies choisies en début d'entretien parmi les photos réalisées, s'appuyant sur la méthode de photo-élicitation précédemment décrite, introduit par une question ouverte « est-ce que vous pouvez me décrire la photo ? » puis poursuivi sous une forme conversationnelle, avec des relances et des questions inspirées par les thèmes amenés par le sujet adaptées à chaque entretien. Une grille d'entretien semi-structuré comportait quelques questions se référant à la méthode photographique : les émotions associées au lieu photographié et au visionnage de la photo, le choix de la prise de vue, l'invitation à associer à partir des lieux (à comparer à d'autres lieux, en particulier extra-thérapeutiques), l'invitation à donner un titre à

la photo, la suggestion de retouches possibles, et le type de lien réunissant les deux photos sélectionnées.

Trame d'entretien :

Choix de l'objet photographié

Choix du cadrage

Souvenirs suscités par la visualisation de la photo/vécu émotionnel des lieux/autres lieux que la photo évoque pour le patient

Titre ou légende donnés à la photo

Type de lien établi entre les 2 photos

(6) la réalisation d'un questionnaire comportant des éléments socio-démographiques et cliniques concernant le patient.

L'entretien était entièrement enregistré, avec l'accord du patient, puis retranscrit verbatim.

4. Aspects éthiques

L'étude a bénéficié de l'accord du Comité d'Evaluation de l'Ethique des projets de Recherche Biomédicale (CEERB) Paris Nord : avis favorable N° 13-016 reçu en juin 2013, présenté en annexe 3.

V. Résultats de l'étude

1. Corpus de photos recueilli

a. Nombre de photos

Le corpus de photos réalisées se compose au total de 39 photos.

Le nombre de photos prises par sujet va de 2 à 8 : E1 (4), E2 (3), E3 (2), E4 (8), E5 (2), E6 (3) E7 (5) E8 (3) E9 (6) E10 (3).

Parmi les photos réalisées, chaque patient en a sélectionné deux, élicitées lors de l'entretien, excepté pour les entretiens E1, E2 et E4 pour lesquels trois photos ont été discutées, et l'entretien E5, pour lequel une seule photo a été réalisée.

Les photos sont présentées en annexe 5.

b. Localisation des photos

Huit photos ont été prises à l'extérieur et trente et une à l'intérieur du site.

Les pièces les plus souvent photographiées ont été la salle d'accueil (9 photos) et le bureau de consultation (7 photos). A également été photographiée par deux sujets la statue située dans la cour de l'hôpital (3 photos). Les photos d'objets-détails sont au nombre de douze : il s'agit de marches extérieures (E1, P2), d'une moto (E4, P1), d'extincteurs (E4, P3), d'affichages sur la porte (E6, P1), d'un plafonnier (E7, P1), d'une peinture (E8, P1), du buste de la statue (E8, P2).

Les photos élicitées sont localisées sur un plan de la structure de soin présenté en annexe 4.

c. Présence humaine sur les photos

La consigne n'excluait pas la présence de personnes sur les photos. Du personnel soignant apparaît sur huit photos : une photo est le portrait d'un soignant, les autres montrent des soignants en activité. D'autres patients apparaissent sur six photos, à l'arrière-plan. Pour des raisons de confidentialité, toutes les photos montrant des personnes ont été secondairement retouchées à l'aide du logiciel Photoshop© à des fins d'anonymisation.

Les patients ont globalement évité de prendre d'autres patients en photo. Deux patients ont manifesté leur désir qu'un soignant soit présent sur leur photo des lieux et commenté leur déception en cas de refus :

E2, P2 : Ouais, elle [l'infirmière] voulait pas apparaître sur la photo [...] elle s'est mise à l'écart » (L 193-195) « c'est un peu fade, que y ait personne sur la photo [...] bon, c'est comme ça hum [...] le fait qu'elle n'apparaisse sur la photo, bah c'est son choix hum (302-309)

E10, P3 : J'ai fait exprès qu'on voit pas l'infirmière d'à côté parce qu'elle voulait pas qu'on voit sa tête, elle hésitait, donc... moi, j'ai pas hésité longtemps, j'ai dit tant pis (500-502)

d. Titres donnés aux photos

Les titres donnés par les patients à leurs photos sont de nature descriptive pour quatre d'entre elles: une porte (E5, P1), les toilettes publiques sans porte (E7, P2), l'accueil (E9, P1) et la salle d'entretien (E9, P2). Ils rendent compte d'une tonalité émotionnelle ou affective pour huit photos : souvenir (E1, P1), attente (E3, P1), temps de parole (E3, P2), jour de printemps à (*nom du CSAPA*) (E4, P1), calme et sérénité (E4, P2), instant volé dans l'entrée de (*nom du CSAPA*) (E5, P1), apaisement (E7, P1), « On se rappelle de toi » (E8, P2), celui que j'aime (E10, P1), peur et prise de contact (E10, P2). Ils s'inspirent d'une comparaison avec d'autres lieux pour cinq photos: confessionnal (E1, P3), hôtel/commissariat/petit studio (E3, P2), parloir (E6, P2). Un titre est formulé sous forme interrogative « Si tu portais sur ta propre tête ? » (E8, P1).

e. Tonalités émotionnelles associées aux photos

La tonalité émotionnelle associée aux photographies est variable, parfois positive comme pour la gaieté (E8, P2), agréable (E7, P3), calme (E4, P4) ou négative comme dans malaise (E1, P1), désagréable/choquant (E8, P5), sinistre (E6, P1, 2, 3).

f. Photos non réalisées mais suggérées

Les patients ont évoqué d'autres photos qu'ils auraient pu faire. La cafétéria a été mentionnée par deux patients :

E1, P1 : il y a autre chose que j'aurais pu prendre comme photo c'est la cafèt qui est là au bout là-bas [...] parce qu'on y allait tous les matins, on allait prendre notre café, on allait acheter des viennoiseries. J'aurais pu prendre ça aussi comme photo c'était assez représentatif, j'y ai pas pensé [...] On voit pas l'intérieur, c'est vrai qu'elle n'était pas très accueillante à l'intérieur, mais on était tous ensemble, j'allais dire entre amis, mais on n'était pas des amis, on dit des collègues, mais entre patients (41- 52)

E4 : j'aurais bien pris la cafétéria en photo mais la cafétéria c'est un lieu où on va après les entretiens et ça fait pas complètement partie du processus (74-75)

Un patient évoque la manière dont il est touché par les autres patients :

E6 : bah le plus sinistre sinon... c'est les gens, j'aurais pu prendre les gens en photo, car eux me marquent beaucoup (38-39)

g. Mise en lien des deux photos

En ce qui concerne la mise en perspective des deux photos sélectionnées : quatre patients choisissent une photo à l'intérieur du CSAPA (E1, E4, E8, E10), trois montrent l'accueil puis le bureau d'entretien comme endroits successivement occupés, rendant compte du parcours du patient (E2, E3, E9), un patient réalise deux photos de la même pièce, se positionnant alternativement d'une extrémité à l'autre de la pièce (E5), un patient réalise deux photos du même type de pièce, les toilettes, dans une perspective agréable/désagréable, « le jour et la nuit » (E7), un patient réalise deux photos figurant l'austérité des lieux, un détail et une pièce (E6), un patient choisit deux représentations humaines, une peinture et une sculpture, l'une évoquant le patient et l'autre le soignant (E8), un patient figure les deux étapes du franchissement du seuil (l'entrée puis l'arrivée), ou d'une autre manière le produit de substitution et le soignant (E10).

2. Analyse transversale des entretiens, selon l'axe majeur de la contenance

a. Le lieu de soin, un espace protecteur

❖ Des abris et des refuges

Maria désigne le pilier présent sur sa photo. Il s'agit pour elle d'un symbole fort de soutien, de maintenance, de solidité :

E10, P2 : j'aime bien le pilier, aussi, que je vois [...] mais j'aime bien le pilier, parce que c'est un pilier [...] bah quelque chose qui tient bon [...] bah voilà, un truc qui tient bon (400-411)

La dimension protectrice du lieu de soin est rendue par de nombreuses comparaisons avec des lieux que nous avons nommés abris : des abris du quotidien, en cela banalement protecteurs. Ce sont des lieux de restauration de soi qui possèdent une qualité commune de familiarité. Pour Kouam, le lieu de soin ressemble à un logement :

E2, P3 : moi, à mon avis, si on me pose une question comme ça, je trouve la photo comme un petit studio, un petit appart, comme ça (357) petite chambre de bonne, tout ça quoi (377)

Guillaume, malgré le dénuement des lieux, y retrouve un air de chez soi :

E9 : je pense qu'il y a un côté spartiate, ouais, ça [le CSAPA] ressemble à chez moi (*sourire*) (758)

Deux patients, Kouam et Nicolas, ont comparé les lieux, notamment l'espace d'accueil, à un hôtel, soulignant ainsi la fonction d'hospitalité du lieu :

E2, P1 : mais ça se voit pas que on est à l'hôpital... c'est comme si on était dans un hôtel, y a des hôtels qui ont la même configuration à l'entrée, à l'accueil, comme ça, à l'entrée, là (128-129)

Cette reconnaissance est une reconnaissance discrète :

E1 : on voit toujours les mêmes têtes, donc ils nous connaissent, même si ils nous connaissent pas personnellement, ils connaissent mon prénom, c'est comme dans un hôtel, hein, vous savez, c'est comme dans la reconnaissance du client, la pyramide, comme on dit, le système de la pyramide quoi... dans les hôtels de luxe, le summum, c'est de reconnaître le client et de savoir et de connaître tous ses besoins et tout ça et ben... c'est un peu pareil dans un hôpital, c'est-à-dire, quand vous venez, c'est agréable d'être appelé par votre prénom, c'est agréable qu'on vous reconnaisse, qu'on... que le psychologue, je lui raconte pas à chaque fois ma vie, parce qu'il la connaît plus ou moins et que... voilà c'est un peu pareil, c'est une relation privilégiée quoi (555-562)

L'ouverture concrète du lieu sur l'extérieur, la liberté d'aller et venir, sont mises en avant par plusieurs patients. Ils peuvent en effet dire que « c'est ouvert », qu'« on n'est pas en prison »...

L'ouverture est aussi symbolique, comme le suggère Isabelle, en voyant dans le tableau qu'elle a photographié, une porte :

E8, P1 : je voulais faire pareil tac tac et quand j'ai vu, je me suis dit que c'est pas plus mal, ça donne l'impression de quelqu'un qui rentre par une porte [...] je voulais faire comme un tableau, c'est-à-dire le même espace blanc de chaque côté [...] et pis après quand je l'ai vu je me suis dit non, c'est bien, c'est comme si cette personne entrait par une porte [...] la porte, ça ouvre, la porte, la porte bah ça ouvre bah plein de choses, quand on ouvre une porte, qu'est-ce qu'il y a derrière la porte ? On n'arrête pas d'ouvrir des portes... *y a la notion d'ouverture, de curiosité ?* oui, et de la connaissance aussi, des expériences, y a des bonnes et des mauvaises, mais ça veut rien dire ça, parce qu'il y a toujours un revers, donc d'un négatif, de quelque chose qui paraît négatif on en retire forcément du positif [...] une

certaine sagesse [...] bah mieux se connaître soi-même, d'essayer de... là où il y a des choses qui nous plaisent moins, faire en sorte que ça nous plaise plus [...] oui parce que on discute, on... donc on a des gens qui ont la connaissance de leur métier, ce sont des fins psychologues, donc c'est très enrichissant [reformulation du chercheur] mais pas toujours, la porte ça peut mener sur des choses aussi pas très bonnes hein, voilà [...] bah oui l'addiction, addiction, sans préciser (140-173)

Fabrice pointe le détail signifiant de sa photo (E4, P1) : il s'agit d'une moto garée devant le CSAPA, objet de désir et symbole de liberté :

E4, P1 : c'est cet élément-là, la moto. Moi, j'ai un scooter, mais sans la moto, je pense pas que je viendrais ici [...] ça représente la liberté, enfin la liberté de déplacement, de mouvement. Donc c'est le vecteur, le véhicule qui me permet de venir ici [...] c'est une moto que j'aime bien, que j'aimerais bien m'acheter, je connais ce modèle, j'aimerais bien m'acheter une moto comme ça (47-64)

Maria, en exprimant la difficulté de se détacher de son TSO, saisit au passage, à l'occasion d'une expression familière, l'idée d'une l'auberge :

E10, P1 : je sais que j'aime la substitution mais bon je suis pas sortie de l'auberge. *L'image de l'auberge ?* Ça fait rien, on est bien dans une auberge, moi je pense que j'arrêterai jamais (421-424)

Ces lieux de repos, de soin évoquent des lieux où l'on peut se ressourcer, reprendre des forces, avant de repartir.

Maria utilise l'image de la salle de sport, pour souligner la régularité et l'effort mis en œuvre en s'investissant dans les soins :

E10 : c'est déjà très dur de venir, même si ça a l'air... moi je dis, c'est comme si j'allais au gymnasium, voilà, je vais toutes les semaines au gymnasium, faire ma gymnastique psychologique, mais c'est comme ça, c'est quand même un effort quoi (138-140) les psychologues cliniciens et les psychiatres, ils sont faits pour qu'on puisse travailler, si ils connaissent pas leur boulot et qu'ils nous font pas travailler, je vois pas à quoi ça sert de venir là, c'est pour ça que je parle de gymnasium, comme un coach, vous voyez, il vous oblige à aller plus loin, c'est pas par hasard cette comparaison (187-190)

Une contenance protectrice supplémentaire est fournie par des lieux que nous avons choisi de qualifier de refuge pour rendre compte de leur capacité protectrice supérieure, plus exceptionnelle, mais au prix d'un caractère plus isolant de la réalité quotidienne.

Pour Fabrice, le refuge hospitalier semble s'étendre un peu au-delà de ses murs. Le quartier est déjà investi comme un lieu apprécié, enrichissant par son aspect cosmopolite et nourrissant, occasion de découvertes et par les petits liens qu'il suscite, petits riens du quotidien :

E4, P1 : c'est peut être aussi ce qui m'a, dans les premiers temps, amené à revenir ici, c'est que j'aime bien l'endroit [...] J'aime bien ce quartier-là. J'aime pas trop (*lieu du quartier*) mais ce quartier-là, j'aime bien [...] le côté cosmopolite, le fait qu'il y ait des communautés différentes [...] C'est pas le (*cite un autre endroit du quartier*), c'est pas comme là où j'habite euh, c'est différent et pis les gens sont sympathiques [...] *Quand vous venez, est-ce que, comme vous faites référence aux commerces sur le trajet, est-ce que vous allez acheter quelque chose sur le trajet ou manger quelque chose ou est-ce que vous allez dans un café ?* Toujours, enfin toujours, souvent, chez le coiffeur aussi [...] Ouais et pis dans les épiceries (*d'une communauté*) aussi [...] Non j'ai connu ça [le quartier] ici parce que je connaissais pas avant de venir... quand je venais avant à (*nom d'un hôpital*) je connaissais pas euh je connaissais pas ce cette partie du (*nom de la rue/quartier*) je traversais pas (*lieu du quartier*), donc je connaissais pas cette partie euh extérieure au centre historique de (*nom de la ville*) du (*nom de la rue/quartier*) euh et j'aime bien (172-208)

Nicolas qualifie la cour de l'hôpital de cour des miracles. Il transmet ainsi une atmosphère de lieu exceptionnel, d'initiés, qui renvoie à une population hétéroclite. Il en fait à la fois un refuge et un lieu exposant, ce dont peuvent témoigner des éprouvés tant de fierté que de honte accompagnés par une forte ambivalence identificatoire :

E1, P1 : c'est un peu quand même, excusez-moi de dire, c'est un peu quand même la cour des miracles, parce que... c'est quand même un hôpital, l'hôpital des addictions, donc, c'est un lieu où les gens ont des pathologies assez sévères, que ce soit alcoolisme ou toxicomanie, c'est pas non plus des gens... on y rencontre aussi des gens qui sont pas très, pas très fréquentables, j'en faisais peut-être partie à l'époque aussi mais on se sentait, je me sentais quand même en sécurité ici (237-244) *Quand vous parlez de cour des miracles, à quoi vous faites référence ? C'est-à-dire aux fréquentations, qu'y'avait quand même des gens qui étaient amochés par la vie, c'était... on... j'ai rencontré des gens, quand même, qui étaient plus vieux que moi et des vingt ans, des trente ans de toxicomanie derrière eux, qui étaient vraiment usés, et ça m'a foutu un coup parce que j'me considérais pas comme eux, et j'étais pourtant dans le même hôpital qu'eux, et je me considérais pas comme eux quoi, c'est pour ça que je disais la cour des miracles, parce que y'avait des gens qui venaient vendre de la drogue ici, de temps en temps aussi, enfin... ça arrivait (277- 282)*

Judith a photographié le plafonnier des toilettes des usagers du centre. Elle décrit sa photo ainsi :

E7, P3 : oui, alors c'est un lampadaire dans une pièce, un luminaire euh plafonnier euh rouge [...] de couleur rouge, qui éclaire donc les toilettes et qui donne bah une lumière douce et intime [...] euh et donc après bah j'ai appris en fait (*se met à rire*) que cette couleur rouge, en fait intime et assez diffuse, avait une utilité bien spécifique qui était euh d'empêcher les gens de se piquer euh à l'intérieur des toilettes... mais moi je trouve ça tellement reposant, agréable et intime c'est vrai euh ça me plaît vraiment (29-38) donc c'était une incompréhension totale de ma part... mais bon, malgré tout, je demeure adepte de ce luminaire rouge (54-55) j'étais surprise, ça me serait jamais venu à l'esprit, j'aurais pensé à tout sauf à ça [...] *Qu'est-ce que vous pouviez imaginer ?* Je sais pas... que c'était pour mettre les gens plus à l'aise, plus détendus, qu'ils soient pas stressés, qu'ils aient pas peur, qu'ils soient pas angoissés, plus une lutte contre l'angoisse et l'anxiété que euh qu'autre chose (67- 80)

Les commentaires de Judith sur sa photographie mettent l'accent sur la surprise, la dimension ludique ainsi que sur le ressenti d'apaisement procuré. Nous pouvons donc imaginer que le choix de ce focus photographique puisse représenter, par une opération métonymique, la capacité du site à filtrer l'angoisse. Ainsi, le filtre rouge appliqué à cette lumière, malgré son caractère potentiellement défiant à l'égard des patients, nous semble condenser pour celle qui l'a photographiée la fonction profondément pare-excitante du lieu de soin.

Ludovic utilise l'image du sanctuaire, un lieu rare, protégé, sacré, qui possède une qualité dissuasive vis-à-vis de la violence :

E5, P1 : c'est une photo qui est prise à un endroit où on est vraiment sur le point, à la limite de la zone ultra-sanctuaire. *Sanctuaire ?* Oui, les hôpitaux c'est des sanctuaires, c'est pas des lieux, c'est pas des bêtes lieux qu'on fréquente comme ça [...] un sanctuaire, c'est un endroit où la violence est proscrite, où toute violence est proscrite, c'est un lieu [...] c'est comme les premières neiges, c'est virginal, c'est un lieu qu'on n'a pas envie... enfin moi, quand je suis face à une étendue de neige, je n'ai pas envie de la traverser, je n'ai pas envie de mettre ma marque dedans, j'ai pas envie de mettre ma marque, j'ai pas envie de... j'irai pas la tagger. *Y a l'idée de le laisser vierge et de ne pas le profaner ?* Oui, parce que c'est un endroit qui appartient vraiment, enfin je veux dire qui est à la disposition de chacun, que chacun doit trouver dans un état neutre, c'est ça, c'est la neutralité, enfin c'est pas la Suisse, mais c'est : pas de violence, pas de politique [...] non, stop, on n'est pas là pour se taper dessus [...] pour moi, le sanctuaire c'est Stonehenge, c'est ça, je pense que si quelqu'un va tagger un truc sur les pierres de Stonehenge, il va se faire ramasser [...] oui, effectivement, au moindre début de violence, il faut réprimer de manière hyper forte, parce que un sanctuaire, c'est pas un lieu lambda (587- 617)

Cette sanctuarisation du lieu de soin confère protection au sujet mais le respect qu'il exige instaure une distance avec lui : nous pouvons entendre, dans l'expression de virginité du lieu, un lieu sauvage, naturel, dénué d'empreintes humaines, ou encore un lieu saint/sacré, trop innocent. Par conséquent, pour ce patient, il n'est pas pensable de laisser sa trace/son empreinte dedans. Nous pouvons imaginer que le patient éprouve un vécu ambivalent à l'égard de ce lieu dont la sanctuarisation peut se construire en miroir d'un sentiment d'indignité.

Dans le discours de Maria, lorsqu'elle parle de la statue qu'elle a photographiée, nous pouvons laisser notre pensée imaginer un phare, une métaphore de port, à travers les mots de cap, la référence à une enceinte protectrice et à l'ancrage. Cette enceinte, une fois qu'elle est franchie, produit un soulagement, un sentiment de sécurité. Elle protège de la tendance à la dérive et du désir de fuite :

E10, P1 : euh donc, quand je vois la statue, c'est que je suis arrivée, c'est que je suis arrivée, je vais avoir de l'aide [...] voilà, parce que là, ça y est, je vais pas cesser le cap, ou ça y est, je vais pas partir, je vais pas me sauver... une fois que j'ai vu la statue, c'est comme si je suis rentrée, voilà (8-11) C'est pas facile d'arriver ici, c'est pas facile de passer la porte, c'est pour ça, je dis, quand je vois la statue, je suis déjà arrivée dedans, c'est déjà très dur de venir, même si ça a l'air... (150-152)

Elle reprend cette idée ensuite en employant le mot ancre, lorsqu'elle parle de la réception, par un soignant, d'un premier appel téléphonique d'un patient :

E10 : alors il faut quand même aller très vite, faut tout de suite prendre son nom pour au moins... parce que la personne qu'est-ce qu'elle veut ? Elle veut dire qu'elle... faut tout de suite l'ancrer dans l'endroit, puisqu'elle veut venir, faut tout de suite l'ancrer, donc son nom, au moins son nom ! *Le nom, ça ancre ?* Bah oui ça ancre, malheureusement... avant, c'était anonyme, on rigolait avec les anonymes (539-543)

En énonçant ces quelques mots, on perçoit dans le ton de sa voix la potentielle précarité de ce premier lien téléphonique.

Cette même patiente convoque l'image de la *via ferrata* pour décrire l'offre de prises, de supports pour s'accrocher et avancer sur le terrain difficile de la sortie de l'addiction :

E10, P2 : oui, c'est comme une randonnée vers un glacier, une randonnée là, comment on appelle ça, la via... pas la *via montana* mais un truc comme ça, vous savez, dans la montagne, y a un moment où on

monte plus qu'avec des crans comme ça [...] oui, on s'accroche à ce qu'il y a, parce que y en a dans la *via ferrata*, *via ferrata* voilà c'est ça, bah voilà y a des trucs en fer pour s'accrocher, mais y en a dans tous ces centres, y a bien des trucs pour y arriver... (648-661)

Enfin, Nicolas et Maria usent de métaphores qui font appel à des refuges originaires, à des enveloppes abritant un temps de maturation, de gestation de soi. Paradigmatiques de la protection, ils en traduisent aussi le risque de passivité ou de rétention (*nb* : Maria avait déjà évoqué ce risque de rétention en parlant de l'auberge).

Pour Nicolas, il s'agit du cocon :

E1, P1 : en fait y avait une certaine sécurité d'être à l'hôpital, vous êtes dans un cocon, vous êtes... vous êtes... on vous donne les repas, on vous donne les médicaments, on vous dit quand vous coucher, donc voilà donc c'est... (132-134)

Pour Maria, c'est celle de l'enveloppe utérine :

E10 : mais comme je suis parmi les 52 premiers, on va dire que bon, je me suis moi-même chronicisée (39-40) oui (*nom du CSAPA*) c'était un grand utérus (53)

Et peut-être pouvons-nous aussi nous oser à imaginer un lieu fertile, qui fait pousser les pensées ? Comme le sème Maria dans notre esprit, en commentant sa photo...

E10, P1 : je lui mettrais des fleurs [...] bah là où elles vont pousser, là [...] bah des pensées (439-443)

❖ Un lieu où les secrets sont bien gardés

La description des espaces de consultation illustre le colloque singulier qui s'y tient. Les bureaux doivent garantir la confidentialité des échanges, le secret de la parole échangée.

Nicolas compare l'espace du bureau de consultation à un confessionnal :

E1, P2 : c'est quand même comme un confessionnal (970) c'est-à-dire que vous êtes entre quatre murs et vous racontez, mais vraiment toute votre vie, même les trucs les plus intimes et tout ça, donc c'est vrai que les murs, si ils pouvaient parler, doivent contenir des secrets et c'est pour ça, c'est bien que la pièce soit pas plus grande, qu'elle soit petite aussi ça permet d'avoir une certaine confidentialité je pense, c'est plus intime pour parler (972-979) vous vous confessez toutes les semaines au prêtre, et c'est

un peu la même chose avec le psychologue finalement, excusez-moi mon père parce que j'ai pêché et puis on raconte sa vie, toutes les choses pas bien que j'ai faites, c'est un peu pareil (997-1000)

Séverine décrit le bureau de consultation qu'elle a photographié :

E3, P2 : c'est vraiment basique [...] y a rien sur les murs [...] là, on sent que c'est le docteur avec le patient [...] la salle en elle-même est simple, mais, quelque part, ça peut aussi, ça peut justement... d'avoir un dialogue plus profond (200-202)

L'espace est alors associé au temps qu'il encadre, « temps de parole », « profond et bénéfique », loin de la menace du jugement, un moment détaché de la réalité du quotidien, qui ressource :

E3, P2 : c'est vraiment une salle temps de parole, si je devais donner un nom à celle-ci, je dirais temps de parole (202) le temps de parole quoi, mais pas un temps de parole en mauvais, un temps de parole en bien [...] bah quand on dit vous avez un temps de parole moi j'imagine ça par rapport à des jugements... alors que là c'est un temps de parole très bénéfique (310-311) Quelque chose euh quelque chose qui fait du bien, je pourrais pas vous l'expliquer... ça m'a pas transformée parce qu'après la vie reprend mais, ça m'a fait une coupure si vous voulez [...] Ça fait une coupure et ça... et je suis contente de l'avoir vu (338-341)

Ainsi, le lieu disparaît au profit de ce qui s'y passe :

E9 : « le lieu en lui-même il s'oublie quoi, ça devient un... qu'un cadre » (531)

Guillaume conclut au sujet de sa photo du bureau de consultation « c'est un entretien privé, et clos » (862)

Deux patients (Isabelle et Fabrice) parlent de *box* (probablement sur le modèle des box des urgences hospitalières), pour désigner ces mêmes bureaux. Fabrice développe :

E4, P2 : c'est des box, c'est des salles d'entretien, ça doit être le plus neutre possible, comme c'est le cas, c'est-à-dire que rien ne doit distraire votre attention de ce dont vous êtes en train de parler [...] et pis ça doit être insonorisé, calme et tout (727-729)

La boîte ou *box* peut nous évoquer un contenant absolument neutre, ou un contenant plus personnel, comme une boîte à secrets jalousement gardée, protectrice mais qui occulte, ou encore une boîte de Pandore, qui tient enfermés les maux du sujet.

❖ Un lieu de mémoire

Isabelle amène l'idée de co-fondation institutionnelle à partir de la peinture exposée qu'elle a choisi de photographier car « c'est une peinture faite par un patient » (44), « ça a été un travail peint par un patient » (64). Elle associe avec la créativité latente des sujets accueillis « y en a qui sont artistes sans le savoir » (52). Cette photo rappelle à la patiente, avec une pointe de nostalgie, la période expérimentale, celle des origines du lieu de soin, qu'elle illustre ainsi comme une co-création entre patients et soignants « ça m'évoque la période expérimentale où c'était un peu bohème, et ça me rappelle euh ça me rappelle cette période. J'ai souvenir qu'il y avait plus de choses de patients avant... » (95-96). L'exposition d'œuvres de patients fonctionne donc comme un symbole de réveil de créativité et de mémoire. L'image de l'exposition/du musée nous a été suggérée par ces mots de la patiente « oui, un petit projecteur ça aurait été bien » (129), qui peuvent suggérer la fonction soignante de mise en lumière de la créativité des sujets.

La statue présente dans la cour ne passe pas inaperçue. Elle est remarquée par plusieurs patients qui l'utilisent pour souligner la singularité du lieu et exprimer de la reconnaissance :

E4, P1 : j'aurais bien intégré dans la photo le le buste...qu'il y a..., il y a un buste [...] mais on le voit pas il est [...] c'est important, les gens qui sont passés par ici, qui y ont vécu, qui, qui sont venus se soigner, qui y sont morts, les gens qui y ont travaillé, c'est un passé, enfin pardon c'est un lieu... plein de symbolique [...] y a d'autres endroits, j'avais déjà fait des photos dans l'hôpital, y a d'autres endroits qui... euh c'est un hôpital qui a été utilisé aussi pendant la guerre, qu'a été occupé enfin y a plein plein de choses quoi c'est pas c'est pas un centre de soins... quelconque. Il représente quelque chose pour moi (153-170)

E8, P1 : donc là c'est (...), d'où le nom qui est donné ici. Il a sa statue et il le mérite bien. Je n'en dirai pas plus. (204-208) Bah oui parce qu'il a donné son nom à cet hôpital. [...] non mais euh comme il a sa statue, mais comme... pas la richesse, mais les bons soins que je reçois... Donc automatiquement, je fais un lien positif, donc je vois la statue de Mr (...) qu'a donné son nom à cet hôpital, ça coule de source [...] d'ailleurs oui, j'y pensais pas, comme il y a un mémorial aux médecins internes et autres qui ont été tués pendant la guerre. (241-249)

❖ Un pourvoyeur d'espaces intermédiaires

Certains espaces du lieu de soin sont investis comme des espaces intermédiaires. C'est le cas, par exemple, du parc de l'hôpital pour Nicolas. Lieu de mémoire du parcours de soin, en grande partie intériorisé, il peut tenir lieu de garde-fou face à l'emballée addictive, comme une butée opposée à l'addiction :

E1, P1 : c'est aussi le but de venir tout le temps au même endroit, c'est de vous rappeler pourquoi vous venez ici, c'est-à-dire que c'est, comment dire, à un moment j'ai été hospitalisé ici il y a deux ans, et j'ai arrêté de voir Mr (*nom de son psychologue*)... et puis j'ai recommencé, en fait, j'ai recommencé mes bêtises, et j'ai eu besoin de revenir ici (138-141) mais je pense que c'est nécessaire de retourner toujours au même endroit pour se rappeler d'où l'on vient, c'est une sorte de rappel à la mémoire... mais le parc en lui-même, à chaque fois que je viens ici, je vais pas voir le parc, je vous rassure (*rires*) [...] j'y suis retourné une fois il y a un an, et ça m'a vraiment perturbé (145-156) je pense que j'avais besoin d'y retourner pour me rappeler plus... que ce que j'avais vécu avant m'aide à guérir entre guillemets et tout ça pour, peut-être, justement cogiter un peu, attention, si tu continues, tu peux retourner encore ici. (159-164)

Cela implique pour Nicolas une fidélité au lieu :

E1, P1 : *y a un petit peu l'idée on pourrait aller ailleurs mais c'est là qu'on revient... ?* hum je pourrais aller ailleurs... même un jour, j'ai vraiment pêté les plombs, j'ai... il y a 4-5 ans, et ma famille, branle-bas de combat, faut pas que tu viennes ici, ça marche pas, tu seras peut-être mieux dans un endroit privé et ohh non, là j'ai pêté les plombs, non je veux pas aller, surtout pas aller dans un endroit privé, payer pour ça enfin... c'est pas parce que c'est gratuit ici, c'est pas ça, mais je me voyais mal dans un endroit privé, c'est pas la même chose, un cadre privé, je suis pas sûr que je sois si bien traité que je le suis ici, ça m'avait fait très peur et je me suis dit là, ils veulent m'enfermer, là, j'avais appelé un copain complètement affolé « ils veulent m'enfermer, ils veulent m'enfermer, c'est pas possible, fais quelque chose pour moi, ils veulent m'enfermer, ma famille veut m'enfermer ! » j'ai dit « non non je veux continuer ici même si il faut que je me fasse hospitaliser ici », tout le monde m'a dit « mais non ce serait mieux que t'ailles ailleurs » et tout mais non, j'ai persévéré, donc, y a un moment où j'ai failli décroché pour aller ailleurs tu vois, vu que ma famille voulait, mais moi j'ai dit non, que je voulais revenir ici, parce que j'avais une relation de confiance ici, parce que je j'avais confiance en ce lieu [...] donc c'est important que je revienne ici voilà (566-577)

La cafétéria permet à Fabrice de se délester de ses pensées morbides, après son entretien et avant de retourner à la réalité quotidienne. L'image de la valise qu'il utilise furtivement,

même si son sens symbolique est manifestement écarté, nous a inspiré l'image d'une consigne qui garderait quelque temps des bagages un peu lourds pour décharger leur propriétaire :

E4, P1 : mais souvent, ce que je fais, c'est, après l'entretien, je vais à la cafétéria boire un café, lire le journal, écrire, enfin deux trois trucs quoi [...] par rapport à moi [...] et euh j'ai toujours fait ça, que ce soit ici ou ailleurs [...] plutôt écrire après qu'avant d'ailleurs, faut d'abord commencer par le verbal... et pis ouais pour se remémorer par la suite mais euh jeter sur le papier, pas rédiger [...] mais jeter sur le papier et puis par la suite relire, mais c'est juste histoire de poser sa valise quoi [...] enfin sa valise, ses problèmes du moment [...] enfin ses problèmes, ses... *La valise, elle renferme les problèmes ?* non, y a pas de symbolique, quand je dis poser ses valises, c'est une expression toute faite hein. *Qui a quel sens pour vous ?* pff je sais pas, je l'ai pt'être, je l'ai employée comme ça. *S'installer quelque part ?* non, non, pas du tout, quand je dis écrire c'est euh c'est euh c'est jeter euh des des pensées ou négatives ou des idées noires, c'est pas poser ses valises dans le sens s'installer, non, pas du tout [...] non y a pas de la valise là... rien... [...] exorciser [...] mm, d'ailleurs, quand je relis mes écrits je dis souvent la même chose et... alors que dans un entretien je vais pas forcément... sortir que des trucs négatifs quoi (98-132)

En s'installant dans le couloir pour attendre son rendez-vous, ce même patient cherche à s'isoler et à se détacher de l'influence de la réalité extérieure afin de se préparer à sa consultation, en adoptant un état de réceptivité psychique. Ce passage nous a inspiré l'image d'un espace de transition comme un sas menant à un espace stérile :

E4, P2 : je viens ici, je viens voir cette personne [son psychologue] et j'ai pas envie d'être parasité par quelqu'un qui me demande une clope, par une discussion, c'est pour ça que je m'installe dans le couloir... pour être isolé de... c'est normal, c'est un centre de soins ici, donc les gens ils sont pas toujours clairs... et quand vous allez voir un thérapeute, vous avez besoin d'être un minimum concentré, et pas parasité par autre chose. *Y a un temps préalable qui est important ?* exactement, de conditionnement et de déconditionnement [...] de vide, de vide, je lis le journal (318-334)

Cette capacité de déconnexion est également soulignée par Ludovic :

E5, P1 : il suffit de... on se débranche et pis on attend. Pour moi c'est pas très compliqué [...] cette capacité d'abstraction de juste laisser couler le fil de ses pensées, si on en a... ou juste de faire le vide et juste attendre et fixer un point et voilà [...] moi j'ai des grosses migraines donc j'ai tendance à assez facilement essayer de faire le vide en moi (347-358)

A partir de sa photo du couloir, Fabrice désigne un objet absent, significatif pour lui. Il s'agit d'une reproduction photographique qui était accrochée au mur du couloir, en face de la place

assise qu'il a l'habitude de prendre. L'investissement de cet objet, est associé à attachement à l'enfance :

E4, P2 : ouais, c'est une espèce de de tableau chinois ou y avait euh une dizaine d'écoliers, de petits chinois, assis en cercle autour d'un professeur, qui se trouvait dans le couloir. C'était un tableau, d'ailleurs... j'ai jamais acheté la reproduction, faudrait absolument que je l'achète, c'est un tableau rectangulaire. *Vous aimeriez bien le retrouver ?* Ouais, ouais, parce qu'il représente l'enfance et l'apprentissage, l'acquisition du savoir par le professeur [...] le fait que ce soit les enfants assis par terre en cercle, que ce soit une autre civilisation... on fait on fait pas la classe comme ça chez nous quoi oh je sais pas si ils faisaient la classe... c'est pas le... les enfants s'assoient pas autour d'un adulte plus âgé pour l'écouter [...] Y en avaient qui écoutaient, d'autres qui écoutaient pas, enfin qui donnaient l'impression de ne pas écouter [...] oui peut être tout le monde aime bien... enfin la plupart des gens ont bien une petite nostalgie de l'époque de l'enfance, de l'insouciance, pas de l'école hein mais de l'époque de l'insouciance, quand on n'a pas encore compris qu'on allait devenir adulte et qu'on aurait que... quand on deviendrait adulte, qu'on pourrait plus avoir... (624-666)

b. Le lieu de soin, un espace menaçant

❖ La restriction de liberté et l'enfermement

Certains détails du lieu de soin peuvent faire penser au contexte de consommation, comme le bureau de la pièce d'accueil qui, pour Maria, fait penser à un bar :

E10, P1 : bon, j'ai essayé de prendre le moins possible le bar, parce que je trouve que ça a l'air d'un bar, mais là, non, on le voit pas comme un bar, tant mieux, parce que je trouve que c'est terrible, pour les gens qui ont l'alcool avec, parce que, maintenant, l'alcool est lié avec la drogue, euh c'est terrible ce bar, avoir mis un bar pour accueillir, enfin [...] bah ça s'impose que c'est un bar, après, chacun voit ce qu'il veut. Moi, je vois pas de bar, parce-que je suis capable de distordre la réalité pour m'arranger (486-495)

Le lieu de soin peut être vécu comme persécutant, notamment en représentant une menace vis-à-vis de la liberté du sujet.

Les comparaisons effectuées à partir des lieux illustrent les thèmes de restriction de liberté et de vécu d'enfermement, à travers des références au commissariat, à la prison et à une cage.

Le commissariat rend compte d'une certaine atmosphère, qui insinue le doute, ou qui rappelle la liberté surveillée.

Cette comparaison furtive pour Kouam :

E2, P2 : euh ça a plutôt l'air d'un commissariat moi... la disposition, la chaise, l'ordinateur, c'est un peu exigü... y a la chaise là, derrière y a la fenêtre... le placard et tout ça... c'est comme un petit bureau comme ça... commissariat, je sais pas, je peux me tromper, mais... (276-290)

Comparaison répétée pour Guillaume :

E8 : au début du traitement, où on vous dit de venir tous les jours [...] c'est très énervant [...] c'est archi-contraignant, c'est comme si, pour moi, c'est comme si je devais aller pointer chez les flics, c'est la même chose [...] bah oui, venir tous les jours au même endroit, pour moi, c'est une contrainte, c'est juste invivable [...] j'ai déjà pointé, moi, deux fois par semaine chez les flics, c'est déjà chiant. Là, aller à l'hôpital tous les jours, c'est pareil (160-184)

E8, P1 : on peut se croire en mairie ou chez les flics, hein, ça pourrait ressembler à ça aussi hein, un truc de flics, c'est presque pareil, un peu plus grand, y a plus de monde qu'attend (*rires*) (244)

E8, P2 : donc, là, c'est le lieu des entretiens, des consultations [...] alors là, plus neutre tu meurs [...] voilà, une table, deux chaises, un peu de lumière par le haut... mais... on pourrait être dans une salle d'interrogation... d'interrogatoire, chez les flics (516-520)

L'univers carcéral évoque privation de liberté, malaise :

Marc photographie la porte d'entrée du CSAPA, « sinistre comme une porte de prison » :

E6, P1 : c'est la porte d'entrée [...] bah sinistre, triste et... et voilà [...] les affiches sont mal faites, elles sont mal collées, la porte est délabrée (14-25) [ça m'évoque] les prisons... c'est le même genre de papiers mal collés, administratifs, sur les portes (146-148) je referai la porte. *Comment ?* Je sais pas, juste bien peinte et pis avec une poignée pas dégueulasse et et je mettrai pas les trucs d'affiches sous plastique (195-196)

E1, P3 : bah il faut si on avait un grand bureau on perdrait du temps à regarder autour enfin tout ce qu'il y a dans le bureau là et puis c'est enfin j'imagine qu'il faut là c'est petit parce que y a pas beaucoup de place ici peut-être aussi mais franchement y a pas besoin d'avoir beaucoup plus grand pour ce qu'on fait ici quoi, on fait que parler, faut pas non plus... c'est comme un parloir quoi, faut pas non plus des grands espaces et des grandes... non non ça suffit largement, un bureau, deux chaises ou trois chaises, c'est juste ça, ça suffit amplement. Ouais c'est suffisant, ouais même si c'est pas accueillant, quand vous regardez cette pièce, vous avez pas envie d'y passer votre journée non plus mais bah ouais moi je non non pas plus ça va c'est très bien comme ça, et pis comme je disais, c'est vraiment propice à la parole et je trouve ça très très bien comme ça (932-942) parloir [...] ouais, parce que c'est bien le terme,

parce qu'on y fait que ça, que... pourtant, même si je viens depuis longtemps ici j'ai un... euh ça reste un endroit particulier, où on dévoile toute sa vie (964-968)

E6, P2 : si, vous avez ce genre de bureau, et je vous assure que c'est vrai, si vous y allez, je vous le conseille pas, mais si vous y allez un jour, euh si vous allez à Fresnes, à la prison de Fresnes, vous avez des parloirs qui ressemblent qui ressemblent à ça (367-369)

La cage évoque l'angoisse du piège, de la captivité :

E1, P3 : c'est vrai que pour quelqu'un qui vient ici pour la première fois, dans une petite cage comme ça, enfin ça... c'est pas évident (595-596)

Le lieu donne un tel vécu d'enfermement à Marc que la fenêtre du bureau lui apparaît tout à coup dérisoire :

E6, P2 : même la fenêtre n'enlève pas le côté fermé de la pièce, c'est-à-dire qu'il y a comme un malaise, c'est une fenêtre qui sert à r... à pas grand-chose [...] je sais pas, elle a l'air un peu paumée, ou pas à sa place [...] la pièce, l'atmosphère générale de la pièce quoi, ça pourrait s'ouvrir sur un mur donc... la pièce est tellement confinée que... c'est vraiment un univers hyper fermé (487-498)

La photographie de la statue de la cour interne réalisée par Maria révèle une effigie ambiguë, un cadre structurant ou totalitaire, aux visages tour à tour d'idole ou de dictateur :

E10, P1 : une statue, c'est toujours important parce que, souvent, on vous dit, quand vous commencez par exemple dans la substitution, on vous dit euh vous allez revenir, vous devez revenir souvent, et bon, et donc, y a beaucoup de gens que ça gêne, parce que ils se disent que bon bah ils sont obligés, moi, ça ne m'a jamais gênée, parce que moi, je... moi, j'avais même dit moi s' il faut venir à genoux et embrasser les pieds d'une statue tous les jours, vous voyez, là, je m'en rappelle, c'est tous les jours je le fais, parce que j'ai pas le choix, je dis, pour moi, c'est rien par rapport à aller chercher de la drogue tous les jours, alors, l'argent, après, la drogue, après... enfin bon, tout le temps... à la fin, quand ça me fait plus rien et que, de toute façon, j'en ai marre, j'ai envie de faire autre chose de ma vie, mais j'y arrive pas euh pour moi, la substitution c'était une sortie, voilà, mais comme je suis parmi les 52 premiers, on va dire que bon, je me suis moi-même chronicisée, je vais pas dire que ce sont les autres qui m'ont chronicisée, faut quand même pas déconner non plus, mais euh, je... voilà, je... *Vous évoquez, à travers la substitution, une dimension de contrainte, où y a pas le choix de venir très souvent ? Bah y a que c'est une contrainte, et la statue elle est carrée, celle-là, en plus Elle est vraiment carrée, elle peut symboliser cet aspect-là ? Voilà c'est pour ça que celle-là, elle symbolise la substitution. La substitution c'est quelque chose de carré ? Et c'est un cadre, un cadre, le cadre dont j'ai besoin Un cadre utile ? Le cadre, c'était pas la substitution,*

c'était (*nom du CSAPA*) C'était le lieu plutôt ? Oui, (*nom du CSAPA*), c'était un grand utérus [...] J'ai mon produit et on est tranquille, je mets pas de sentiments dans la statue (31-57) ça a été le cadre, ça, c'est, ça a été un cadre assez rigide et assez souple pour aussi faire en sorte que... que j'arrive à... à vivre quoi (68-69)

La contrainte associée au soin, symbolisée par l'effigie dictatoriale que peut représenter la statue, semble exprimer un rapport de force qui s'instaure entre addiction et soin pour extraire le sujet du champ addictif en s'opposant à la force attractive de l'addiction, soin et addiction jouant alors sur le même tableau de la dictature au quotidien. L'aspect « carré », autoritaire, du visage taillé dans la pierre, rappelle le cadre qu'elle explique avoir été nécessaire à l'initiation du soin, porté par les murs du lieu de soin. Nous sommes alors surpris par l'image soudainement convoquée du lieu de soin comme un « grand utérus » : le lieu de soin semble s'être transformé en contenant chaleureux et protecteur, mais isolant du monde extérieur.

❖ La mise en doute de la confiance et l'exposition

La sensation douloureuse d'exposition et de mise en doute de la confiance est illustrée par Isabelle qui photographie « les toilettes sans porte » situés dans un bureau infirmier, où ont lieu les recueils urinaires destinés à l'analyse des toxiques urinaires.

E7, P2 : donc ça ce sont les toilettes qui sont dans le poste de soins, qui n'ont donc pas de porte [...] je vous dis, la plupart du temps, quand les gens vous font faire un test d'urine, en général, ils [les soignants] sortent, ils vont dans le couloir, ils vous laissent, donc qu'il n'y ait pas de porte, ça sert à quoi ? [...] c'est choquant [...] bah oui parce que euh dans ce cas-là, si c'est pour faire une vérification que les gens urinent bien, que c'est bien leur urine qu'ils donnent, bah dans ce cas-là, les soignants devraient rester... Si ils restent pas, c'est donc qu'ils font confiance aux personnes qui sont là, ou pour pas les gêner, et donc bah, à ce moment-là, pourquoi y a pas de porte ? Je vois pas, là, pour moi y a un... quelque part, y a une contradiction quoi [...] et puis bon, la contradiction elle est aussi que, si vous venez et, vous venez vous soigner, vous donnez vos urines, vous allez pas donner les urines de quelqu'un d'autre (506-541)

Cette citation nous montre que cet espace du lieu de soin peut s'avérer exposant pour l'utilisateur et venir questionner la confiance entre patients et soignants. Si cette configuration et cette absence de porte aux toilettes bouleverse la patiente, la confiance semble en partie restaurée par l'attitude soignante qui vient restituer une porte en sortant temporairement du bureau infirmier.

❖ Le dévoilement et l'interrogatoire

Nous pouvons penser que le bureau de consultation comparé à un « confessionnal » par Nicolas (*op. cité*) convoque avec lui des représentations morales négatives associées au domaine des addictions (l'addiction comme vice ou faiblesse de la volonté), la dynamique d'aveu potentiellement à l'œuvre dans la relation de soin, et l'enjeu de dévoilement intrinsèque à la relation de soin. Le confessionnal œuvre à la protection du secret en invitant au dévoilement de son intimité psychique, mais installe le sujet en place de confessé, de celui qui dévoile ses fautes morales.

Ainsi, le lieu de soin semble faire planer sur l'usager menace d'évaluation, de dévoilement, d'accusation, de condamnation, lorsqu'il compare les lieux à une salle d'oral d'examen, un confessionnal (*op. cité*), une salle d'interrogatoire policier (*op. cité*), un cabinet d'instruction, un tribunal et une prison (*op. cité*). Dans ces configurations, l'asymétrie relationnelle est alors mise en exergue.

E1, P3 : ce que je voulais montrer en pl... c'était le rapport du face à face en fait, c'est vraiment un face à face ouais [...] ouais j'ai jamais aimé les faces à faces c'est vrai que ça fait un peu... réquisitoire, c'est-à-dire vous êtes en face de quelqu'un, un peu oral d'examen vous savez quoi (813-814)

E6, P2 : je crois même que dans les plus sordides palais de justice j'ai pas vu un cabinet d'instruction comme ça alors... donc non, non, c'est quand même particulier comme bureau... (363-365)

Le choix du cadrage peut aussi rendre compte de cette dimension latente de duel :

E10, P2 : *est-ce que vous pouvez m'expliquer le choix du cadrage ?* parce-que je me mets face à eux moi, pas de côté, parce que je m'écrase pas non plus (330)

c. De la description des lieux aux répercussions de l'addiction sur soi

A travers le discours porté sur leur lieu de soin, les sujets nous font part de ce que nous avons pris le parti d'entendre comme des représentations de leur vécu en termes de contenants psychiques et d'enveloppe corporelle.

❖ Des sujets aux enveloppes altérées

Les patients se présentent comme des sujets abîmés, à travers des phrases comme celles-ci :

E1, P1 : y avait quand même des gens qui étaient amochés par la vie, j'ai rencontré des gens, quand même, qui étaient plus vieux que moi, et des vingt ans, des trente ans de toxicomanie derrière eux, qui étaient vraiment usés (277-279)

E6 : c'est des gens qui sont totalement détruits et délabrés (126) vous venez parce que vous êtes un peu cassé (293) on n'est pas un peu triste, on est défoncé (304)

E9 : il y a quand même des gens abîmés ici (108)

... marqués dans leur chair :

E9 : je pense que c'est bien pour les gens de pas être marqué... de pas être marqué en gros... déjà que c'est marqué, pour certains, sur leur visage, faut pas exagérer en plus, pas marquer toxicomane en rouge vif (284-286)

E6 : le plus sinistre sinon, c'est les gens, j'aurais pu prendre les gens en photo, car eux me marquent beaucoup (38-39)

Ludovic compare son espace psychique à un appartement en désordre, un temps déserté, délaissé. Il questionne la présence de fenêtres :

E5, P1 : c'est voilà le docteur (*nom de son médecin*) elle est très pertinente, j'ai l'impression qu'elle pose toujours les questions qui qu'il faut, en fait, et qui vont déboucher... c'est comme si elle me montrait une porte à chaque fois, qu'elle m'invitait à l'ouvrir et on passe sur une autre porte et ainsi de suite [...] voilà, sans... et encore une fois sans jugement. On arrive dans une pièce, de mon appart, c'est peut-être le bordel mais y a pas de jugement, y a pas de jugement vraiment ah bah dis donc c'est le bordel ici ! ah bah dis donc c'est le merdier dans votre tête ! euh c'est y a pas de jugement, vraiment euh [...] voilà ce serait un appartement filant et on passe... enfin, pas filant, mais on passe d'une pièce à une autre et il faut bah au moins passer un coup d'aspi quoi, histoire que ce soit pas trop... et aérer un peu euh si tant est qu'il y a une fenêtre [...] on va dire que c'est un appartement filant, comme ça y aura des fenêtres partout (277-289)

Marc nous fait part d'une possibilité de résonance inquiétante entre le lieu et la tonalité de ses pensées, réflexion qu'il étaye d'une citation du roman *Germinal* de Zola. Cette congruence

donne à la pièce une atmosphère pesante, en créant ce que nous pouvons imaginer comme une chape de béton :

E6 , P2 : enfin c'est un univers assez glauque donc voilà je trouve que... ça vous donne pas la pêche quoi, quand vous en avez besoin en plus, donc y a un côté très lourd [...] en fait je pense que c'est le problème de ses pièces, qui sont extrêmement sinistres et austères et puis quand vous venez là et en tout cas les premières fois vous avez besoin d'un peu plus d'espace quoi c'est hyper étouffant donc euh [...] c'est petit et c'est très exigü c'est euh euh ça met mal à l'aise [...] bah mal à l'aise, on se sent pas bien [...] en fait, c'est une photo qui pourrait ressembler à l'état de vos pensées donc euh [...] donc les murs sont jaunes, un peu salis, la table est cheap, les fauteuils sont affreux, euh enfin voilà [...] après quelque chose d'un peu important et d'un peu lourd où euh où ça participe de l'atmosphère un peu... enfin participe, pardon, de l'humeur, de votre humeur générale quoi donc c'est triste ouais, c'est vachement triste [...] *On est défoncé et on rencontre un environnement finalement qui ressemble à... ?* qui ressemble à votre cerveau (275-306) y avait une phrase comme ça dans Zola qu'était vachement bien parce que... à un moment donné, y a une héroïne qui ne veut pas que la lumière soit allumée, parce qu'elle a dit très joliment qu'elle n'a pas envie de voir la couleur de ses idées [...] et c'est et cette phrase veut tout dire, c'est très juste quoi, très très juste donc ça ressemble, pour faire du plagiat, ça ressemble aux couleurs de vos idées, en tout cas des miennes (377) Mais, je veux dire, ça en rajoute et c'est pas la peine d'en rajouter... [...] ça rajoute au pathos, à la mélancolie (423)

Cette résonance s'atténue avec le mieux-être du patient, qui permet de prendre du recul sur l'impact de l'environnement :

E6, P2 : bah au fur et à mesure vous êtes un petit peu mieux donc voilà... mais pour les... pour mes camarades qui vont pas très bien [...] bah c'est pas que ça vous touche moins, c'est toujours aussi sinistre et triste mais quand vous êtes mieux dans la vie vous prenez les choses sinistres et tristes avec... avec plus de hauteur quoi tout simplement (400-405)

❖ Une part d'ombre, un côté sombre

Les sujets décrivent une façon de composer avec une part d'ombre qui peut prendre, différents visages.

Pour Fabrice, celui de l'extraction et de l'isolement par l'écriture de pensées morbides :

E4 : mais souvent, ce que je fais, c'est après l'entretien, je vais à la cafétéria boire un café, lire le journal, écrire, enfin deux trois trucs quoi [...] par rapport à moi [] histoire de poser sa valise [...] enfin

sa valise, les problèmes du moment [...] quand je dis écrire, c'est jeter des pensées négatives ou des idées noires [...] exorciser (98-129)

Pour Ludovic celui d'un lutin maléfique, d'une partie négative, qui cherche à échapper au « carcan » de la société (230) :

E5 : je me voyais un peu comme un goblin, comme une espèce d'esprit frappeur, un truc, un peu... la noirceur obligatoire, je me voyais un peu comme la parcelle de noirceur obligatoire dans toute société (249-251) c'est le docteur, le Dr (*nom du médecin*) m'a donné des outils pour étayer cette petite partie qui en moi voulait absolument, qui n'essayait plus, en fait, de se battre contre l'autre partie en fait très négative (259-261)

Pour Maria, celui d'un poulpe qui disperse de l'encre autour de lui ou d'une ombre contenue dans un baluchon d'angoisse :

E10, P1 : « il y a toujours un peu d'ombre autour de moi, voilà, je fais un peu la poulpe moi [...] le poulpe, ça veut dire j'envoie de l'encre... euh je vois moi où je suis, mais l'autre peut... l'autre me cherche, d'façon, je suis là pour ça, je suis là pour qu'on se cherche, euh qu'on se cherche et qu'on me trouve, qu'on se cherche pour me trouver hein, parce que je vais pas trouver l'autre, je m'en fous complètement moi (420) l'ombre elle est là parce que moi, j'arrive avec mon angoisse hein, je suis chargée, j'ai mon baluchon avec moi (680)

... ou encore les enfers ou son seuil, les limbes, avec un rapprochement limbes-langes :

E10 : comme je suis quelqu'un, je suis borderline, pas quelqu'un... mais une vraie borderline, pas une borderline comme on dit maintenant, comme bipolaire, y en a partout des border-lines, ça fleurit aussi, quelqu'un qu'est une vraie borderline comme Mary Barnes [...] c'est son psy qu'a écrit, son psy et elle qu'ont écrit son retour dans ses limbes [...] ah bah avant c'était ça, mais elle c'est terrible, à la fin, elle se retrouve dans un lit comme quelqu'un qu'a 4 ans, elle se chie dessus, enfin ça, c'est pas grave, de se chier dessus, des fois vaut mieux au sens propre que au figuré, c'est peut-être moins lourd, ça sort d'un coup, on va dire, mais bon, c'était une façon de faire, c'était à l'américaine... mais bon, j'avais lu ce livre et c'est vrai que ça m'avait impressionnée mais c'est... bon, je m'y retrouvais un peu quoi » (312-324) il [le patient] souffre, il est dans une souffrance in... infernale (503)

La dialectique de l'ombre et de la lumière, la mise en évidence d'une source de lumière, sont aussi présentes, au passage, lorsque les patients commentent l'objet photographié ou l'exposition de leurs photos, jusqu'à voir dans le plafonnier des toilettes du lieu de soin un soleil de nuit :

E4, P3 : y a de la surexposition à gauche et y a le flash qui se reflète sur les deux extincteurs ce qui fait que le tableau est dans l'ombre, y a une cloison à droite qu'est pareille, elle a absorbée la lumière et ce qui est derrière l'a réfléchi. *Qu'est-ce que vous pouvez dire de cette luminosité particulière qu'on voit sur cette photo ?* Rien de particulier, c'est juste artistique, enfin esthétique euh non pour moi ça représente rien [...] Je vais pas de l'ombre à la lumière... (613-620)

E10, P2 : ah ben je la mettrais plus claire, plus claire oui [...] là, pour moi, elle est mal prise parce qu'elle est sombre, on... bah justement c'est le contraire qu'il faut [...] pas d'ombre là-dedans (580-584)

E7, P2 : bah c'est... c'est joli comme ça, on dirait presque un so... on dirait presque un soleil [...] un soleil de nuit quoi [...] parce que c'est sombre autour, on dirait presque une planète dans la stratosphère [...] bah c'est du vivant ouais, c'est du vivant (408-419)

❖ Une source de destructivité interne

Ils sont aux prises avec une pulsionnalité, une source de destructivité interne, qu'ils cherchent à contenir. Cela est traduit par différentes images. Il y a celle d'extincteur utilisée par Fabrice. Forme de contenant sous pression associé à l'idée d'un incendie interne, cette image représente le pouvoir destructeur des angoisses et suggère le pouvoir de fascination de la noirceur :

E4, P3 : c'est un dialogue entre deux extincteurs [...] ça représente ce qu'on fait ici quoi [...] on vient ici pour éteindre un peu l'incendie qu'on a en nous [...] moi j'ai pas un incendie mais euh on vient pour calmer ses angoisses [...] de toute façon j'ai toujours aimé le feu, les extincteurs, enfin le feu, pas le feu, mais l'extincteur [...] ça me fait penser à une chanson de Gainsbourg [...] dans Melody Nelson (471-492)

Ludovic glisse l'image de porte-avion :

E5 : à l'époque, je picolais vraiment vraiment fort, donc j'étais souvent dans un état auquel, j'étais souvent chargé comme un porte-avion (130)

... puis celle de magma interne :

E5 : je sais pas, le docteur (*nom de son médecin*) j'ai vraiment eu l'impression qu'elle me cernait en fait [...] qu'elle voyait, peut-être de manière un peu confuse [...] et du coup, très rapidement, elle a mis le doigt, justement pas de manière très précise, parce que c'était pas possible, elle a mis le doigt sur cette partie... cet espèce de magma qu'il y avait en moi (264-268)

d. Un discours sur les formes et modalités d'enveloppement soignant

Ils attribuent à leurs cliniciens une enveloppe solide, qui doit résister à la destructivité, à la violence à laquelle ils peuvent avoir à faire face.

Les soignants peuvent être présentés comme des alliés/petits soldats dans la lutte contre les effets destructeurs de l'addiction.

E6 : « et c'est touchant de voir le personnel se bagarrer, parce que pas facile » (129)

Derrière cette phrase toute simple, on entend de la reconnaissance pour l'engagement soignant.

Les soignants peuvent être associés à des armes défensives, qui font écran à la violence :

E5 : y a des personnes, y a des équipes qui ont ce don d'apaiser [...] je sais pas c'est une attitude [...] je sais pas trop l'expliquer, y a des personnes qui attirent la violence et d'autres personnes qui sont comme des boucliers (72-81)

Ils peuvent être comme des bords, un réceptacle ou encore une arme offensive (une lance d'extincteur) et enfin, formulé avec une hésitation, absorbant :

E4, P1 : l'extincteur qui peut être le le thérapeute, la thérapie ou... (500) Mais euh bah ici c'est quand même un lieu de soin mais pour certains c'est un lieu de défouloir et tout donc faut que les gens qui soient à l'accueil assurent, faut qu'ils assurent euh qu'ils soient dans leur rôle [...] pour canaliser toute cette violence qu' ils [les patients] ont en eux et qui des fois ils la retournent contre eux, des fois ils ont tendance à la retourner contre la personne qui est en face d'eux... et leur rôle [aux soignants] c'est parfois... ils ont un rôle d'extincteur aussi (547-556) Le thérapeute il est pas là pour euh pour éponger sa... sa... il est là pour l'aider à trouver des solutions [...] il est pas là pour entendre sa... si, pour entendre sa colère, mais pas pour l'encaisser, enfin bon il a l'habitude (582-583)

Les assises des soignants sont soulignées, à travers l'image des extincteurs où le thérapeute est identifié comme « le plus gros extincteur qu'est là, bien posé » (E4, P3), face à un petit extincteur d'apparence plus nerveux, plus instable.

Leur expérience et leur compétence est répétée par des phrases comme « je sais que le personnel est habilité et formé justement à ce genre de... » (E3), « c'est une référence » (E4), « c'est une bonne équipe ici » (E6) ou :

E5 : l'équipe ici elle est souvent très bien, elle est souvent très bonne parce que les vrais même y a des mecs qui sont parfois euh que je sais qu'ils sont très très très bouillants et et j'ai jamais eu j'ai jamais vu de de ça fait longtemps que je viens ici et j'ai jamais vu de clash ou de... d'embrouilles (57-61)

E6 : bah ici, comme on reçoit des gens compliqués... on sent... enfin ils savent faire quoi, ça se passe plutôt pas mal je trouve [...] oui oui une confiance, en tout cas, on le voit, donc... parce qu'on... quand je les vois, quand je vois d'autres patients qui sont en état de manque, c'est hyper difficile à gérer donc... ils savent traiter, ils savent réagir (479-481)

E8 : on a des gens qui ont a connaissance de leur métier, ce sont de fins psychologues (167) ils ont l'expérience, une grande expérience bah oui [...] quand on a une grande connaissance du sujet, on est plus à même d'aider le patient (278)

E9 : y a du répondant [...] les gens connaissent leur métier euh je trouve que les gens sont bien ici (114-117)

E10 : j'ai demandé dès le départ à avoir deux pys différents quoi, j'ai eu la chance d'avoir la *dream team* (100) c'est de la chance quoi d'avoir quelqu'un qui a une expertise comme ça [...] il a une connaissance, il a une expertise certaine (520)

Les mots du soignant peuvent être enveloppés, comme lorsqu'ils sont présentés comme des cadeaux à découvrir, à déchiffrer, ou comme des balles rebondissantes, que l'on peut faire le choix de saisir au passage :

E10 : (*nom du médecin*), c'est bien d'autres choses, parce que c'est quelqu'un qui est d'une intelligence vraiment... bon, hors norme, et quand il vous dit des phrases, qu'il vous dit des mots, c'est un peu un cadeau qu'il vous fait... vous allez pouvoir réfléchir un peu pendant le mois, sur vous, c'est quelque chose qui va rebondir sur vous, tout le monde le sait que quand (*nom du médecin*) dit quelque chose, c'est quelque chose qui vous concerne, qui concerne le patient [...] il vous fait cadeau d'un truc à réfléchir, après c'est à vous d' en... de réfléchir dessus ou pas (184-194)

On entrevoit la question du don, personnalisé, de quelque chose à penser.

Les usagers s'aident de la polysémie des lieux pour décrire les multiples facettes du rôle soignant.

Des images fréquemment employées sont celles de guide, d'accompagnant, retrouvées par exemple dans les extraits suivants :

E4 : on vient [...] pour essayer de trouver une solution, pour donner un sens à sa vie, pour reprendre sa vie en main (496-498) il [l'extincteur-thérapeute] va le calmer, il va lui apporter des solutions (586) il va lui donner des pistes (588)

E5 : je pense que c'est vraiment, c'est l'alliance subtile entre le laisser parler et le... et le fait d'amener vers ce qui pose problème [...] j'ai l'impression qu'elle pose toujours les questions qui... qu'il faut en fait et qui vont déboucher... c'est comme si elle me montrait une porte à chaque fois, qu'elle m'invitait à l'ouvrir et on passe sur une autre porte et ainsi de suite (273-279)

... jusqu'à effleurer la figure du mentor, de l'inspirateur :

E5 : c'est un peu... pas comme un mentor parce que c'est particulier comme, c'est vraiment un terme... vraiment très... (256)

Le soignant peut être comparé à un coach, qui valorise et soutient l'effort :

E10 : c'est pour ça que je parle de gymnasium, comme un coach, vous voyez, il vous oblige à aller plus loin, c'est pas par hasard cette comparaison (189-190)

E3 : là je suis abstinente déjà depuis plusieurs mois, donc il [son médecin] est très content, mais quand il me dit, il me dit c'est bien, il est content de moi quoi, voilà (60) oui, il me fait bravo ! (87)

Nicolas explique comment son psychologue lui rappelle son père :

E1 : j'ai trouvé dans le psychologue que j'ai ici quelque chose de très bien... quelqu'un d'assez droit [...] je changerais de psychologue pour rien au monde quoi (463-464) oui, quelqu'un qui me rappelait mon père, en fait, je vous avouerais, ouais, mon père est mort, mais il me rappelait mon père un peu, quelqu'un d'assez imposant, qui dit rien, qui sourit, parfois qui sourit pas, qui sourit peu, qui parle peu,

qui euh j'étais... je... il m'a beaucoup impressionné en fait, la première fois que je l'ai vu quoi (498-501)

Ludovic rapproche l'attitude soignante du calme ressenti en présence de sa femme :

E5 : y a des équipes comme ça qui ont ce don d'apaiser [...] et tout de suite, ça viendrait même pas à l'idée, à l'esprit, quoi, de partir [au quart de tour] [...] je sais pas, c'est une attitude [...] comme ma femme, je suis toujours très calme avec elle » (72-78)

La relation est parfois teintée de séduction :

E1 : j'ai beaucoup de chance quoi j'avais le feeling qui passait bien avec elle [son médecin] donc euh mais vous savez après c'est un jeu de la séduction c'est euh vous essayez de plaire à votre médecin, vous essayez de vous montrer sous votre meilleur jour... et pis voilà, mais en plus elle était agréable quoi, elle avait une voix douce et... (480-483)

La notion d'appariement, presque comme deux pièces de puzzle, peut s'entendre dans ces extraits :

E1 : vous savez, après les psychologues c'est un peu comme... on les teste, enfin... c'est pas qu'on les teste mais... on choisit celui qui nous correspond le mieux » (206-208) « on a tous une raison pour laquelle on accroche à une personne plus qu'à une autre et je pense que ces raisons sont très per... enfin, sont personnelles et des fois on a du mal à définir pourquoi on choisit tel ou tel médecin ou tel ou tel psychologue, vous accrochez c'est tout (505-508)

E4 : on m'a bien expliqué que justement une thérapie-une personne (287)

E5 : j'ai un grand respect pour le docteur (*nom du médecin*) je pense qu'elle est très elle est très très... en tout cas elle est bien pour moi, c'est déjà b..., c'est déjà pas mal (308-309)

Plusieurs patients parlent avec enthousiasme de leur thérapeute comme d'un ami, teintant la relation de légèreté, ou de profondeur, propice à la confiance. Ils confèrent ainsi à la relation un caractère précieux.

E1 : ouais, j'ai trouvé des super personnes, géniales (212) je changerais de psychologue pour rien au monde quoi (464)

E2 : ouais c'est... on s'habitue, bon, en effet, on les voit tout le temps, on se met à l'aise, il y a une certaine complicité qui s'installe et tout ça (33-34)

E3 : oh oui, il est simple, très sympa (212) il est pas guindé il n'est pas euh il est sérieux dans son boulot mais il se prend pas au sérieux, il se prend pas au sérieux et c'est pour ça que... là, j'ai été prendre rendez-vous, j'ai vu qu'il avait un stylo là, un autre là, je lui ai dit la prochaine fois va falloir en mettre un là ! on peut, on peut se permettre de de d'avoir... [...] d'ailleurs, y a des moments, même, je vais vous dire, y a plus de moments où on sourit et on rit que de moments sérieux, tout en parlant sérieusement des problèmes, mais y a toujours un p'tit quelque chose où il va se marrer, où il va faire une blague ou voilà (218-229) de toute façon c'est quelqu'un de... il est super apprécié et on sent que c'est quelqu'un de simple, de... et... il est docteur mais on pourrait dire qu'il est... c'est comme un ami quoi, vous pouvez vous confier quoi, voilà [...] ah et c'est vrai que il est... il est génial (344)

E4 : bon, il se trouve que je m'entends bien avec la personne que je viens voir ici (172) et pis, c'est quelqu'un que j'apprécie quoi, pour sa personnalité, pour sa façon de s'exprimer (304-305)

E6 : la bonne entente déjà avec le praticien (78)

E8 : parce que ça fait de nombreuses années que je les connais donc voilà voilà y a un lien qui se crée, qu'on le veuille ou non, voilà (288)

E10 : oui, enfin moins maintenant, parce que je vous dis, ça fait très longtemps qu'on se voit, et puis bon, on se parle aussi... euh, on a un truc d'amitié quoi, c'est un peu différent, c'est la fin de ma thérapie de toute façon (311-312)

La relation de soin possède des qualités que nous pourrions qualifier d' « enveloppantes ». Parmi elles, une réciproque et respectueuse humanité :

E5 : mais y a vraiment une autorité je pense d'abord parce que Dr (*nom du médecin*) elle a une autorité naturelle mais pas écrasante, en fait, c'est cette capacité voilà, d'avoir une autorité sans que l'autre se sente la dernière des daubes quoi (204-205)

E8 : le contact humain, sans contact humain, c'est ça qui est le moteur de la vie... (27) on a tous du sang rouge sous notre peau (109) beaucoup de respect (284)

E9 : c'est un centre... on n'est pas mal reçu ici [...] on n'est pas mal considérés non plus, on nous prend pas pour de la merde, ça se sent [...] je pense... c'est parce que les infirmiers sont humains avec les gens, c'est tout, ils les prennent pas pour des sous hommes, c'est tout (103-108) ce sont des hommes, y

a pas de... enfin je les connais pas tous, les médecins, mais la plupart sont, ont l'air, très, très, humains (423)

E10 : j'aime l'être humain, j'aime l'autre, j'y fais attention (91) euh pendant des années, mon psy, quand je m'en allais, me faisait « *(prénom de la patiente)*, prenez soin de vous » et il me serrait ma main comme ça, il me regardait (207-208) Une infirmière qui est là, elle est là, la preuve, regardez, elle regarde, parce que y en a qui sont là, mais on dirait qu'elles sont pas là. *Elle a une présence ?* Ben oui, elle est là, elle a une présence qui n'est pas anxiogène, parce que, y en a, ils ont... voilà, elle est là, et de façon voilà humaine quoi, elle est là, c'est tout (542-546)

... une présence, une disponibilité, une réponse :

E1 : je me sentais quand même en sécurité ici parce que, justement, je savais qu'il y avait un corps soignant qui était là derrière (244-245) d'ailleurs y'en a une [infirmière] qui est ici, là, qui discutait avec nous, qui prenait du temps pour discuter avec nous, ça, c'était agréable [...] les infirmières, y avait des stagiaires aussi, étaient très à l'écoute, c'était super important (358-363)

E8 : « bah quand ça va mal, que vous avez le blues, ils sont toujours là pour vous écouter voir si on peut trouver une solution ensemble (30-31) j'étais tellement anéantie psychologiquement, je savais plus par où commencer, donc on m'a dit (*prénom de la patiente*) vous avez besoin d'aide ? on va vous la donner, pour des RDV avec telle personne » (37-38)

... une constance :

E1 : c'est agréable aussi de voir toujours les mêmes [soignants] ()

E2, P1 : y a tout le temps des nouvelles têtes. *Et y a des têtes qui restent ?* oui, par exemple le monsieur (*désigne la personne qu'il a choisi de photographier*), ce monsieur [...] depuis que je suis là, il était toujours là, depuis 2006 (22-29)

E4 : genre j'ai vu une première fois une personne et puis je suis venu une autre fois, 2, 3 fois sans rendez-vous et lui, toujours là, et là 98 à 2013 il est toujours là, ouais ça fait 15 ans, ça fait 15 ans, oh pt'être c'était plus tard mais il est toujours là (267-269)

Le thérapeute est le garant du cadre de l'entretien :

E4 : bah je sais pas... c'est quelqu'un [son psychologue] qui est plus âgé que moi, c'est quelqu'un qui est pondéré, qu'est... qu'est carré, c'est quelqu'un de carré [...] bah c'est une référen..., enfin c'est une

référence, quand je dis quelqu'un de carré, ça veut dire quelqu'un qui... tergiverse pas, si moi j'ai tendance à tergiverser, à digresser ou... (290-296)

Il peut faire usage de surprise, d'humour :

E10 : pareil quand il me faisait des vanes, il me fait des vanes comme ça je suis en entretien hyper angoissée et puis il me raconte une histoire drôle, moi je me disais mais il est vraiment con ce psy mais je me dis qu'est-ce que, qu'est-ce qu'il est en train de me raconter moi je suis angoissée à mort il me fait des histoires drôles et tout ça c'était pour me faire voir que le ciel allait pas me tomber sur la tête, que c'est souvent quand je c'est souvent au moment où on sort de la pièce, où on sert la main du psy, là je me disais ah bah oui le ciel va pas me tomber sur la tête, mais c'est ça qu'il devait vouloir me dire, voilà (212-218)

Il aide à trouver des voies de sublimation :

E5 : c'est toujours compliqué quand on met en... quand on met en question la logique de quelqu'un, ça c'est vraiment particulier à la psychiatrie j'imagine, je sais que Dr (*nom de son médecin*), j'ai pas l'impression qu'elle me voit comme quelqu'un d'illogique euh j'ai pas l'impression qu'elle me voit comme quelqu'un de euh... je sais, enfin je sais, ça fait des années, même depuis que je suis petit, qu'on me dit que je suis fou [...] enfin je vois, je vois, je vois... je vois la folie qui est en moi, mais du coup le Dr (*nom de son médecin*), en discutant avec elle, j'ai l'impression que, en fait, elle [ma folie] est cadrable, presque que je peux l'utiliser pour autre chose en fait [] avant je faisais essentiellement des choses négatives, j'apportais essentiellement de la négativité dans le monde [...] et aujourd'hui, j'ai compris : c'était peut-être aussi que je... je faisais pas ce pourquoi je... ce pourquoi j'étais doué (217-232)

Il peut apporter de la souplesse au cadre législatif et institutionnel :

E9 : bah la souplesse elle est dans le cadre autorisé par la loi, voilà, ils vont essayer de pousser un peu aux encornures pour que ça passe un peu mieux, voilà (426-427)

E10 : ça a été un cadre assez rigide et assez souple pour aussi faire en sorte que... que j'arrive à... à vivre quoi [...] voyez, même là, trente ans après, bah j'arrive avec vingt minutes de retard, bon, bah mon psy me prend, parce qu'il sait que je fais le maximum, que c'est pas [...] il me dit, on est dans un espace-temps personnel à nous deux, voilà ce qu'il me dit pour me... pour me déculpabiliser (77-83)

Il fait preuve de mémoire :

E1 : il [le psychologue] commence à me connaître maintenant, aussi c'est qu'il commence à me connaître [...] lui, il me voit depuis des années donc euh donc il sait ce que je fais dans la vie, il sait ma relation avec ma femme, il connaît un peu tout de ma vie (529-532)

E3 : toute façon ils me connaissent euh parce qu'une fois y a une des personnes qu'est là et y a une dame qu'est venue, qu'était en retard et apparemment c'était pas la première fois, elle a inventé, enfin elle a inventé parce que je l'ai su après, encore un truc et quand le docteur (*nom de son médecin*) est venu ah je veux vous voir ! et la personne, enfin l'infirmière, elle a dit non non non non non c'est Mme (*nom de la patiente*) qu'était là avant et pis après elle m'a dit qu'elle raconte toujours la même chose, elle arrive toujours en retard, donc elle dit c'est je sais que vous, vous êtes toujours là (143-147) Bah euh moi ça fait longtemps que je connais le Dr (*nom de son médecin*) donc, quand il me voit, il me fait un signe comme ça euh donc bah... (13) sinon je suis... en plus, je le vois qui me fait un signe, qui... bon, voilà quoi (54)

E4 : et pis c'est quelqu'un qui a de la mémoire, qu'a pas besoin de prendre de notes pour savoir euh qui je suis [...] *Le fait qu'il porte une mémoire de ce qui a pu se dire ?* ouais, un feed-back (298-304) le petit truc bleu là, je sais pas ce que c'est, ce doit être le feed-back, la réponse (484-485)

Ainsi, le soignant se fait dépositaire d'une part de la mémoire de vie du patient. Cette fonction est investie, comme forme d'attention et d'intérêt porté à la personne :

E1 : j'y ai trouvé des médecins assez attentifs à moi (184-185) j'ai trouvé un autre médecin, qui était encore plus attentif, un psychiatre, une psychiatre, qui était très attentive (199)

A l'occasion de la réception d'un appel téléphonique de son médecin, alors qu'elle n'était pas venue à son rendez-vous, Séverine raconte :

E3 : bah ça m'a fait super plaisir, je me suis dit bah il s'intéresse à moi, il s'intéresse à mon cas quoi (437)

Cette mémoire du soignant vient se faire l'auxiliaire d'une mémoire mise à mal par l'addiction, la société, l'écoulement du temps :

E5 : ah vous êtes dure là, parce que la mémoire c'est pas franchement mon... c'est plus vraiment mon domaine (269-271)

E8 : du non-oubli, puisque on oublie tout, hein, regardez l'être humain... on sait plus, les civilisations... [...] tout s'efface [...] toujours la notion de mémoire, le non-oubli, le non-oubli (264-266)

Pour Nicolas, le secret doit être maintenu vis-à-vis des proches :

E1 : alors y a deux chaises à chaque fois (*interrogatif*) j'suis déjà venu une fois avec ma femme voir la psychiatre... [...] pt'être que y a des gens qui viennent en couple ou des choses comme ça... [...] deux chaises bah quand vous venez voir un psychologue c'est quand même c'est carrément priv... enfin c'est de l'ordre du privé enfin, complètement privé alors le fait de venir avec quelqu'un, je comprends pas trop la démarche, même si je l'ai déjà faite avec ma femme [...] mais voir un psychologue... moi, il est hors de question que je vois un psychologue avec qui que ce soit [...] même ma femme aussi (782-788)

En effet, pour Séverine, c'est un espace où l'on peut dire ce que l'on ne peut pas dire à ses proches :

E3 : ça fait du bien de dire quelque chose, enfin de raconter un petit peu des choses qu'on ne peut pas dire... par exemple, je vois, moi, mon conjoint il me dit alors qu'est-ce que tu lui a dit ? j'te dirais pas, ce sont des choses qui sont personnelles, qui ... il me dit crois pas que c'est des secrets hein ! je lui dit c'est comment, c'est entre lui et moi (322-325)

Pour Isabelle, c'est un espace où l'on peut dire ce qu'on ne s'autorise pas à dire ou faire parler l'inconscient :

E8 : le non-oubli comme le non-dit, c'est pour faire un pied de nez au non-dit parce que, bien souvent, le non-dit, si on dit pas ce qu'on pense, qu'on a envie de le dire mais qu'on le dit pas, ça s'accumule moi je vois ça comme ça je pense pas il faut quand on le sent dire les choses. *Qu'est ce qui peut empêcher de dire les choses par moment ?* Bah pour pas blesser [...] Par exemple, parce que on n'a pas trop le courage aussi, le non-dit, faut avoir du courage pour dire les choses qui sont pas toujours sympas à entendre [...] surtout les proches enfin même des non proches mais surtout les proches. *Et dans le soin ?* Parfois le patient, il sait pas, y a un non-dit, il le trouve pas, il n'en a pas conscience tout de suite hein ? Parfois même tout être humain on n'a pas conscience de certaines choses parfois (302-319)

Pour Fabrice, le secret doit aussi être maintenu vis-à-vis des professionnels extérieurs au CSAPA :

E4 : « parce que c'est arrivé qu'un de mes médecins téléphone ici pour demander à parler à mon thérapeute, mon thérapeute il lui a rien dit (*rires*) *C'est important ?* bah oui, l'autre [...] il est un peu naïf... (412-418)

... et pour Maria, entre les professionnels de la même équipe :

E10 : même là, quand je lui parle à mon psy, il a bien fait exprès de souligner, vous m'avez permis d'informer untel quand je lui ai dit vous dites à Mr machin que je suis là, il m'a dit vous m'avez permis de le dire, puisque je les ai testés pendant quinze ans pour voir si ils se disaient des trucs [...] si ils se disaient des trucs sur moi entre eux, voilà, mais je les ai jamais... j'ai jamais réussi [...] ça n'avait aucune importance en réalité qu'ils se le disent ou pas mais c'était quelque chose qui me rassurait (103-123)

Maria revendique un partage du savoir sur l'addiction :

E10 : bah là c'est une infirmière que j'aime bien, parce qu'elle se met au niveau des patients, parce qu'elle va à des formations et, quand j'y allais moi aussi, elle était pas étonnée de me voir, c'était une de celles qui même me disait quand il y avait la formation, que d'autres étaient gênées quand je leur demandais les horaires de formation. Moi, je leur donnais pas spécialement, je leur dis pas mes qualifications, mes trucs comme ça, mais (*nom de son médecin*) me disait que je pouvais venir à ses formations, donc j'essayais... (481-486)

Les patients soulignent la confiance respective à l'oeuvre :

E1 : je vais pas dire une relation de confiance mais... si peut être... si, on a toujours une relation de confiance avec son médecin ou avec les personnes qui nous suivent donc ouais une relation de confiance oui j'ai confiance en lui et euh et ça se passe bien [...] de confiance ouais ouais j'hésite pas là-dessus (532-542) j'ai été très bien accueilli ici, très bien encadré, bien soigné, donc j'ai confiance en cet endroit quoi (563-564)

E5 : le Dr (*nom de son médecin*) c'est elle qui me suit ici c'est quelqu'un qui depuis le début elle m'a vraiment mis en confiance

E7 : je pense qu'ils ont confiance dans ce que je leur dis quoi, ils savent que, si je leur dis que j'ai consommé une fois dans la semaine, ils savent que c'est la vérité, si je leur dis que j'ai pas consommé, c'est également la vérité, c'est euh je leur raconte pas du... c'est, si je dois raconter du baratin, je viens pas ici, c'est pas la peine (105-108) bah depuis que je suis stable on me demande plus justement de tester mes urines mais si on me le demandais je m'y soumettrais mais... *Pour vous, le test des urines c'est une marque qu'on n'a pas vraiment confiance ?* pas qu'on n'a pas forcément confiance, on a

compris que la personne n'est pas stabilisée et donc qu'elle peut... dérailler, elle le dit pas forcément, c'est une façon de suivre oui la stabilité de la personne, [...] la non stabilité (110-116)

Certains patients s'expriment sur la place de la vérité du discours dans l'honnêteté de la relation ou de la démarche personnelle :

E1 : après faut jouer le jeu, faut dire la vérité quoi [...] il y a plein de gens qui mentent à leur médecin ça sert à quoi de mentir ? Enfin ça sert à quoi de se soigner si après on ment à son psychologue. Je vois pas le rapport ou la peur de se faire battre, de se faire punir ou de se faire faire la morale. Desfois je me suis fait faire la morale par le docteur ou par le psy que j'avais ici dès que je faisais pas d'efforts et tout ça qu'il fallait que quand même je me bouge les fesses (486-493)

E9 : « bah je vois pas l'intérêt d'aller voir un psy si c'est pour lui faire croire qu'on va bien, lui faire croire qu'on est autre chose que ce qu'on est » (732-733)

E10 : si je mens quand je parle à mon psy, je me mens à moi-même, donc ça sert à rien, c'est pour moi, c'est pas pour le psy là, hein c'est pour moi (99)

On retrouve une dialectique accroche/décrochage. Le décrochage est utilisé en référence à la dépendance pharmacologique, à la SPA ou ici au traitement de substitution :

E9 : c'est surtout juste pour si un jour j'ai un souci d'organisation dans ma vie que j'ai un décrochement pas trop rapide (310-311)

En miroir, l'accroche fait partie de la relation de soin. Par leurs descriptions des lieux, les usagers insistent sur la force d'attraction de la relation, qui opère une focalisation totale de l'attention. Ce potentiel d'attraction qui semble régner dans la pièce nous semble répondre à la force d'attraction que peut exercer le produit, surtout en début d'hospitalisation :

E1 : on est quand même encore très attirés par les drogues (322)

La rencontre avec le professionnel investit est souvent décrit comme une accroche rapide, empruntant en cela au registre de l'immédiateté de l'addiction, du *flash* :

E1 : j'ai tout de suite accroché avec le médecin qui était là présent (192-193)

E4 : bah des premières personnes que j'ai rencontrées, du thérapeute que je vois toujours, que j'ai rencontré la deuxième fois, par hasard, parce que je suis arrivé à l'improviste, j'avais pas de rendez-vous et il m'a pris tout de suite (262-264)

E5 : *et cette relation de confiance à laquelle vous avez fait référence ça a mis combien de temps pour s'installer ?* oh ça a été tout de suite, ça a été tout de suite (237)

L'accroche liée au soin concerne aussi les lieux. Au départ, nous nous rappelons alors de la phrase de Maria, au sujet d'un premier appel téléphonique : « faut tout de suite l'ancrer dans l'endroit » (540) et dans la durée :

E1 : « y a un moment où j'ai failli décroché pour aller ailleurs tu vois, vu que ma famille voulait, mais moi j'ai dit non, que je voulais revenir ici » (583)

Ou comme dans la comparaison du lieu de soin avec une *via ferrata* (*op. cité*). En reprenant cette image de l'escalade pour sortir de l'addiction, une accroche basée sur une forme de confiance dans la relation peut nous faire imaginer une cordée reliant patient et soignant dans cette aventure.

La capacité à faire rebondir, d'un côté comme de l'autre, est un autre thème présent pour décrire la relation, qui peut nous faire imaginer un jeu de balles, où avoir du répondant alimente la relation.

E9 : dans ce cas on parle de n'importe quoi c'est (*rires*) ça vire sur le temps ou je sais pas quoi y a toujours un truc à raconter non pis, celui que je vois ici, y a toujours un bon truc... voilà il sait rebondir quoi (695-696)

E10 : quand il vous dit des phrases, qu'il vous dit des mots, c'est un peu un cadeau qu'il vous fait... vous allez pouvoir réfléchir un peu pendant le mois, sur vous, c'est quelque chose qui va rebondir sur vous (168-172)

Ces enveloppes peuvent subir des effractions qui s'expriment par l'indifférence, l'évitement, le mépris :

E10 : si on vous demande pas pourquoi vous venez, ça veut dire que vous existez pas quoi (522-525) Bah, ça oblige à échanger, si je me mets tout près de vous, debout, vous pouvez pas faire trop

longtemps semblant de pas me voir [...] enfin ils [les soignants à l'accueil] ignorent quand même desfois [...] je le remarque et je trouve ça terrible (533-534)

E9 : « *Est-ce que vous pouvez en parler, des fois, avec votre médecin, de ces doutes ?* [vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique, des traitements psychotropes] Ils s'en foutent, ça les fait rigoler » (356-357)

Alors que Ludovic évoque par sa photo de la pièce d'accueil une différenciation des espaces, symbolique d'une différenciation structurante des rôles :

E5, P1 : bah si bah c'est parce que c'est c'est un peu le principe de cette pièce... y a une partie pour les patients et une partie pour les soignants, pour le personnel soignant c'est vraiment le principe de cette salle... je veux dire, cette salle c'est... c'est comme ça et c'est comme... je veux dire, c'est un peu comme ça dans toutes les pièces où y a un bureau, y a une personne d'un côté et une personne de l'autre [...] et c'est important parce que que les choses soient délimitées parce que sinon c'est le bordel [...] et en même temps là c'est ouvert mais globalement ça délimite (369-375)

... Maria mentionne l'écart des préoccupations, mettant en présence des mondes séparés par une véritable frontière :

E10 : enfin, ce qui est très douloureux, enfin le plus douloureux, le plus douloureux, le truc impossible, c'est quand les gens parlent, vous savez, de leurs congés, c'est pour ça que j'avais dit c'est pas le Club Med, de leurs congés de leurs trucs devant des gens qui sont super mal, hein, qui sont dans la rue et qui n'ont rien et qui sont super mal, qui s'en foutent d'ailleurs c'est pas un truc de jalousie ça veut dire que c'est comme si ils sont dans un autre monde quoi (631-635)

Maria évoque à travers la fermeture des locaux une moindre disponibilité soignante :

E10 : et attention aussi à leur truc de regarder l'heure pour quand est-ce qu'on va être libérés de ces gens qui viennent... parce que ça les gens qui viennent ici, les toxicos le ressentent très forts et je vais vous dire ils vont jouer sur l'heure ça va être pas mal ça, pour fermer ça va être bien bah comme là, maintenant, elles ferment à une heure, bon ça c'est des trucs qu'on aurait pas pu faire avant... (639-643) non mais ils se protègent, ils se protègent, ils ont intérêt à se protéger, voilà, ils ont raison, ils s'enferment même (*rires*), je rigole mais nous, on n'aurait jamais accepté des trucs comme ça, mais là maintenant c'est un autre trip (657-659)

Les absences, l'irrégularité dans le suivi, sont mentionnées :

E4 : c'est que j'ai pas la volonté de revenir [...] la procrastination, remettre à demain ce qu'on peut faire aujourd'hui [...] il m'arrive, au bout d'un moment, je prends des rendez-vous et je les honore pas ou je les annule (351-360)

E7 : un jour, d'ailleurs, je me suis fait remettre les points sur les i par le Dr (*nom du médecin*) parce que j'étais pas venue, et puis j... j'avais pas appelé, rien, j'avais pas prévenu, et je me suis pointée le lendemain comme une fleur et tout, il m'a dit ah non non ça marche pas comme ça, non, non, au moins, vous prévenez, vous appelez, vous dites à l'équipe soignante bon voilà je viens pas ou je pourrai pas venir aujourd'hui parce que voilà nanana nanana mais pas vous venez pas et vous arrivez le lendemain comme une fleur euh non, ça c'est pas possible [...] bah effectivement, ça allait de soi que sur ce coup-là... j'avais failli (173-181) le médecin, pour faire ce suivi avec vous, il a besoin de de de la parole, hors les infirmières ne peuvent dire « on l'a vue régulièrement » ou « elle a sauté une journée mais elle nous a appelée ninninninnin » que si vous le faites, si vous le faites pas, elles sont dans le brouillard complet quoi (187-190)

E9 : si on a envie d'y aller à ce moment là ou pas (601) si vous avez pas envie de parler ce jour-là (606) *Qu'est-ce qui fait que des fois vous allez vous forcer à venir et des fois vous allez plutôt annuler ?* Euh mon état psychologique [...] bah c'est ma motivation, ma capacité à se lever [...] à mettre un pied en dehors de son lit ou [...] la vie, si vous avez pris de la drogue, pas de drogue [...] ou si c'est après, que vous avez pris de la drogue et que... pendant trois jours, moi je mets trois jours à m'en remettre [...] bah voilà pendant trois jours c'est juste je déprime (630-641)

E10 : « j'ai pas pu venir à toutes, parce que des fois je suis malade, j'essaye de venir mais j'y arrive pas, mais c'est la maladie qui m'empêche de venir, c'est pas un truc de résistance psychologique là, c'est que je suis trop fatiguée, donc j'ai une incapacité physique à venir » (451-454)

E3 : Il a complètement zappé, il m'a pas laissé l'ordonnance (279)

Guillaume et Maria évoquent la soumission aux règles, au cadre :

E9 : bah d'façon moi je suis obligé de m'accorder avec ce que veut le système. C'est plutôt moi qui me rapproche de ce qu'on me demande, parce que c'est pas très souple (421-422)

E10 : voilà, je peux me dissocier, comme beaucoup de gens, je me dissocierai... Si on m'avait demandé ça, je l'aurais fait, j'avais pas le choix (64-65)

Cela est associé à un discours de défiance vis-à-vis des choix de santé publique en matière de traitements de substitution :

E9 : le (*nom de TSO*), c'est super en injection, pourquoi on n'en donne pas ? enfin, pour un toxicomane qui a du mal à décrocher du geste, enfin, de passer par du (*nom de TSO*) en injection plutôt que de lui filer des cachets qui sont absolument impossibles à injecter, qui vous niquent les veines [...] on veut pas vous donner du (*nom de TSO*) en intra-veineuse, moi ça me convenait très bien, j'avais trouvé le dosage qui m'allait et j'avais pas besoin de bouger et je vivais bien et j'avais plus besoin de prendre d'héroïne, j'en ai pas pris pendant tout le temps où j'ai pris du (*nom de TSO*) en intra-veineuse donc c'était exactement de la substitution mais voilà, c'est pas la bonne, ah ben merde alors et elle est faite en plus pour que vous vous abimiez, pour que vous vous abimiez le corps, c'est super, ah c'est vraiment un truc (316-324) c'est un choix de santé publique, ouais, on a choisi de... que dans le cachet, on mettrait des produits qu'il fallait pas, exprès pour que ça foute la merde, c'est quand même... enfin c'est volontaire, c'est pas moi qui l'invente, c'est quand même marqué euh sur la notice, on a tout fait pour vous empêcher, alors ce serait bien que ce soit comme dans l'héroïne, comme dans la méthadone, ou c'est vraiment imposs... [...] bah je trouve qu'il y a un effet vicieux, pour ceux qui ont des vrais problèmes d'addiction là... et moi je l'ai... enfin, quand j'ai pris le (*nom de TSO*), j'ai... tout de suite, je suis tombé dedans, j'ai j'ai... c'est trop tentant (391-405)

Ce patient a de plus une représentation d'un TSO médicament-poison, à l'image de la chimiothérapie qu'il a subie.

Maria évoque toute l'ambigüeté du TSO :

E10 : on mélange un peu hein, faut quand même faire les comparaisons qui sont les comparaisons avec le dealer, c'est obligé, même si c'est pas le même produit, mais c'est au médecin de faire en sorte que ce soit pas le même produit, que ce soit pris comme un médicament [...] mais faut pas trop dire médicament... [...] pour le traitement traitement... drogue... c'est mieux, parce que médicament c'est pas drogue (352-359)

Dans ce contexte, ces deux patients expriment la tentation de la « manipulation » :

E10 : parce que surtout dans les toxicos on est toujours en train de tester le psy qu'on a devant nous, parce qu'on cherche quel est... quelle personne il veut devant soi, qui est-ce qu'il veut, quel est le rôle qu'il veut que je prenne, il veut que je sois quoi pour me donner ce putain de produit (264-266) hein, donc est-ce qu'il veut que je sois intello, est-ce qu'il veut que j'aime les tableaux, est-ce qu'il veut... qu'est-ce qu'il veut que je fasse ? hein, et à ce moment-là, à un moment, on le perce le psy, et on commence à lui parler de tableaux... (268-270) j'observe, comme tous les toxicos, j'observe énormément pour voir par où je vais pouvoir m'introduire, où c'est que je vais pouvoir... quel passage... [...] moi je veux rentrer dans l'endroit (569-572)

E9 : mais je pense qu'il y a moyen oui, après y a moyen de le tromper aussi, y a des gens qui sont très bons pour tromper des pys, tout dépend de votre degré de... enfin de manipulation des gens ou pas. Moi, ça m'intéresse pas, mais y a des gens qui manipulent, même un psy, ils font ce qu'ils veulent après (727-730)

VI. Discussion

1. Le lieu de soin, un objet d'intérêt pour les patients

Les résultats nous montrent que les patients, à qui l'on confie un appareil photo, s'en saisissent pour dire des choses sur l'espace de soin qui les accueillent.

Ce résultat est cohérent avec les données issues des trois études par la photo-élicitation (comprenant des photos réalisées par des patients) que nous avons retrouvées dans la littérature (Radley & Taylor, 2003 ; Epstein et al., 2008 ; Adams et al., 2010). En effet, ces études ont montré que les sujets s'exprimaient volontiers sur leur environnement de soin, si on les y invitait par une méthode de photo-élicitation, révélant ce qui était important pour eux, ce qui leur manquait ou leur déplaisait.

Les résultats montrent que, même s'il se présente comme un lieu avant tout fonctionnel, ce lieu de soin et ses objets sont investis émotionnellement et peuvent se faire porteurs d'une dimension imaginaire et symbolique qui participe au vécu du soin. Les résultats témoignent donc du processus dynamique auquel répond l'expérience d'un lieu. La construction de sens y résulte d'interactions permanentes entre le sujet et le lieu. Nous retrouvons, comme par exemple Bijoux & Myers (2006) que les lieux présentent des qualités polysémiques qui leur permettent d'être investis différemment par différents sujets et de revêtir de multiples sens pour un même sujet.

Enfin, nous pouvons décrire deux positions subjectives principales des patients-photographes, avec passages entre l'une et l'autre pour chaque patient et d'un patient à l'autre : du touriste au flâneur, selon l'acception Benjaminienne¹⁴² du terme impliquant une véritable appropriation et lecture du lieu.

¹⁴² Selon la pensée du philosophe Walter Benjamin : Chiffonnier contre flâneur, construction et position de la passagenarbeit de Walter Benjamin, M. Berdet, Archives de philosophie, 75, 2012, 425-447

2. La photo, un objet médiateur et potentialisateur de liens analogiques

La richesse du discours recueilli auprès des patients vient valider la méthode de photo-élicitation utilisée comme catalyseur de l'élaboration et de la capacité associative, chez des patients auxquels précisément ces ressources font parfois défaut. L'invitation à mettre en image, puis à s'étayer sur l'image, pour raconter leur expérience du soin ainsi que les qualités polysémiques de l'image ont favorisé les processus analogiques et métaphoriques verbaux.

Nous pouvons entendre métaphore au sens retenu par P. Delion, dans son article, métaphore et sémiotique, qui reprend la distinction introduite par Peirce entre icône (l'icône ressemble, éventuellement par un lien analogique, à l'objet qu'elle représente), indice (qui entretient avec l'objet une relation de contiguïté) et symbole (qui renvoie à l'objet qu'il dénote en vertu d'une loi générale) : « la métaphore, individuelle, apparaît comme « l'articulation iconico-indexo-symbolique mais où domine l'icône » (Delion, 2001)¹⁴³.

De plus, les métaphores sont une richesse pour l'analyse qualitative par IPA (Smith et al., 2009) ainsi que pour l'analyse en terme d'enveloppes psychiques, le concept d'enveloppe psychique étant lui-même de nature métaphorique (Anzieu, 2013).

Nous pouvons mettre ces remarques en lien avec les écrits théoriques générés par la réflexion autour de la méthode de photo-langage (Vacheret, 2000). Le photo-langage est considéré comme un embrayeur de processus associatifs, une méthode inductive, de mise en marche de l'activité de liaison et de symbolisation. Elle contribue à servir de support à la pensée en images, la pensée sensorielle du processus primaire. Elle mobilise un espace de jeu entre la pensée logique (la pensée en idées, secondarisée) et la pensée en images. Elle fait réagir associativement le sujet, à partir de ses images intériorisées et des affects qui les accompagnent, selon une logique préconsciente de contiguïté.

3. La photo du lieu de soin, un support pour parler des répercussions sur soi de l'addiction

Parler des lieux, de leurs contours et contenus, a aussi amené les sujets à évoquer ce que nous avons compris comme des représentations de leurs propres corps et pensée, appareil

¹⁴³

psychique. Ainsi, les sujets rencontrés se vivent en majorité comme des sujets dont le corps et la psyché ont été malmenés par l'expérience addictive.

Les patients se décrivent comme amenés à composer avec une part d'ombre intrapsychique qu'ils peuvent tenter de cerner par un enclavement interne ou externe, et comme des sujets en proie à une forte pulsionnalité, jusqu'à se vivre comme l'objet d'une force destructrice interne, qui peut être responsable d'une fermeture et/ou d'une rigidification de leurs enveloppes corporelles et psychiques, que nous pouvons apparenter à un mécanisme de défense par formation d'une « seconde peau » de type « carapace » (Bick, 1968).

Nous avons comparé ces résultats aux données de la littérature recueillies dans le champ des recherches qualitatives publiées dans le domaine des addictions.

On y retrouve mention d'une identification aux objets dégradés par exemple chez la psychologue M. Moralès qui rend compte de l'analyse de tests projectifs (Roschach et TAT) proposés à 20 jeunes toxicomanes consultant dans un CSST. A partir de l'analyse d'un protocole, l'auteur écrit : « l'identification à des objets dégradés y est particulièrement impressionnante, donnant une signification singulière aux conduites toxicomaniaques » (Ferbos et Magoudi, 1986)¹⁴⁴. Les protocoles des sujets montrent d'importantes angoisses de vide, un sentiment de vide intérieur/une grande sensibilité au vide (la souffrance dépressive se présente comme un trait dominant de tous les protocoles), des angoisses de morcellement et de séparation. Les thématiques de masque, de double/reflet, de mort sont très présentes. Plusieurs protocoles retrouvent des troubles importants de l'image du corps.

On y retrouve les formes d'angoisse associées à l'expérience addictive et les forces destructives internes ressenties :

Par exemple, les psychologues Shinebourne et Smith (Shinebourne & Smith, 2010) ont mené une étude auprès de six participants invités à détailler leur expérience de l'addiction. Ils ont recensé les métaphores utilisées à cet effet et les ont analysées par IPA. Les 4 grands thèmes retrouvés ont été : l'addiction comme souffrance (douleur, rétrécissement existentiel, trou engloutissant, détachement, champ de bataille), l'addiction comme soutien, la guérison

¹⁴⁴ Tests projectifs, structure et toxicomanie, M. Moralès, in Approche psychanalytique des toxicomanes, Ferbos et Magoudi, 1986, p179

comme maturation/croissance et l'addiction et la guérison comme des voyages. Dans l'addiction comme souffrance, on retrouve les notions d'angoisse du vide, de chute, les notions de poison/infection, de trou noir obscurcissant la vie, autant d'ombres planant sur le sujet addicté... Des patients utilisent des métaphores pour évoquer des forces destructives internes : un lion fou échappé de sa cage pour l'une, une agitation interne menaçant d'éclater pour une autre. Ils cherchent à contrôler les émotions en s'en détachant ou en les bloquant, les verrouillant à l'image d'une boîte ou d'une cage.

On retrouve également l'idée d'une enveloppe substitutive recherchée dans la consommation de SPA. Par exemple, la psychologue F. Monraisin a conduit une recherche auprès de vingt sujets toxicomanes, répartis en dix sujets injecteurs et dix sujets non injecteurs, avec une analyse de leur discours en terme de contenants narcissiques. Elle cherche à montrer, au travers des mots et expressions relevés au cours des entretiens avec ces sujets le type d'enveloppe créée au travers de la prise de produit, avec l'idée que c'est au travers de cette incorporation que le sujet toxicomane va alimenter, combler en partie sa défaillance narcissique mais aussi rétablir une enveloppe corporelle plus contenant. Certaines métaphores font références au contenant maternel, à travers une enveloppe sensitive et sensorielle qui rappelle les relations précoces mère-bébé. Elle explique que le produit tente de rétablir le contenant maternel tout en attaquant le corps propre. D'autres métaphores renvoient à une forme de contenant immatériel, qu'elle rapporte à un fantasme intra-utérin. « Le premier type d'enveloppe n'étant pas suffisamment contenant, il y a création d'un autre type de contenant pour arriver aux sensations. Cette deuxième enveloppe paraît encore plus archaïque que la première, et renverrait non pas à ce qui se passe directement après la naissance, mais à ce qui se passe avant, in-utéro » (Monraisin, 2012)¹⁴⁵. Elle souligne que ce dernier n'est retrouvé dans son étude que chez les sujets injecteurs. Elle l'associe à l'altération concrète de la peau de ses sujets, par les effractions multiples qui sont la conséquence des pratiques d'injection, en parlant de « Moi-Peau passoire », selon l'expression de D. Anzieu : « l'enveloppe des injecteurs étant trop carencée, trouée, le produit n'aurait pas les capacités de combler ces béances. Il faudrait alors créer une nouvelle enveloppe, beaucoup plus archaïque que elle, sera plus contenant » (*ibid.* p 173). D'où, selon l'auteur, le recours à une double enveloppe, qui renverrait au contenant intra-utérin. Elle décrit également le type d'expérience recherchée à travers la prise de produit en distinguant une recherche d'unification corporelle

¹⁴⁵

(de lutte contre un vécu de morcellement dans le cas de vécus psychotiques) ou une recherche active de dissociation corps-psyché (désir de déconnexion d'avec la réalité chez des sujets non psychotiques).

Un article mentionne la rigidité des enveloppes du sujet addicté, évaluées à partir de tests projectifs. La psychologue M M. Jacquet évoque dans un article abordant la séparation en fin de psychothérapie avec un patient dépendant à l'alcool (Jacquet, 2006), deux passations d'un test projectif dit test du village en début de thérapie et 5 ans plus tard. Il s'agit, en référence aux théories de Mabilley (1950), d'une épreuve non verbale qui permet d'objectiver une image du corps, en raison de l'appel à une projection spatiale. Elle fait alors le commentaire suivant : « à cinq années d'intervalle, et à partir des deux relevés de village, on remarque la permanence de la forme générale d'une construction à tendance rectiligne. Puisque ces constructions sont à considérer comme des projections de l'image du corps, celles-ci témoignent à la fois de la permanence de cette image, mais aussi des remaniements possibles. En effet, la seconde construction s'est manifestement étoffée, a gagné du terrain tout en s'organisant de façon plus équilibrée dans les quatre zones de l'espace et avec des délimitations (enclos). Mais sous quelle contrainte – surmoïque, pourrait-on dire – tant la rigidité de l'ensemble nous frappe... À quel prix cette construction interne s'est-elle faite ? Seule l'amorce d'une courbure de ligne en haut, à droite (zone dite des projets), laisse entrevoir à la lettre, sous forme d'assouplissement et d'une ouverture, l'une de ces voies nouvelles de transformation apportées par la psychothérapie conjuguant aux soins » (Jacquet, 2006)¹⁴⁶.

Dans la littérature psychanalytique sur les addictions, on retrouve également l'idée de la SPA vue comme tentative de renforcement du système de pare-excitations. En effet, il est souvent imaginé que la SPA puisse chercher à former un pare-excitation supplémentaire au pare-excitation considéré comme défaillant du sujet, c'est-à-dire qu'elle puisse participer à tenter de reformer, restituer, renforcer le pare-excitations. C'est ce qu'exprime par exemple P. L. Assoun : « le toxique vient ainsi redoubler le « pare-excitations ». On pourrait le considérer comme un « pare-excitations » factice » (Assoun, 2011)¹⁴⁷. S. Le Poulichet écrit aussi : « L'opération du *pharmakon* permettrait de neutraliser ce qui prend valeur d'une menace. Le « philtre » pourrait-il alors présenter les vertus d'un « filtre » sur le modèle d'un « pare-excitations » ? Le cocon protecteur dont parlent les héroïnomanes suscite bien une telle figure

¹⁴⁶ P 106
¹⁴⁷ P 48

» (Sylvie Le Poulichet, 2002). Le psychiatre C. Olievenstein parle de la nostalgie du « paradis perdu » : « si l'on connaît par ailleurs les qualités (initiales et initiatiques) de ce ciment, par exemple l'héroïne, ses propriétés calorifériques et d'atmosphère qui font que l'on se sent comme dans un cocon, un bain d'eau tiède sirupeux, dans une atmosphère archaïque, pré-génitale » (Olievenstein, 1991)¹⁴⁸.

4. Le lieu de soin : une source d'enveloppes protectrices dynamiques, à géométrie variable

Les résultats de notre étude montrent que le lieu de soin s'est révélé capable de fonctionner comme une source dynamique d'enveloppes plurielles et complémentaires, enchevêtrées. Benghozi (Benghozi, 2006) parle d'effet de contenance « en poupées russes » entre dispositifs thérapeutiques et cadre institutionnel et D. Mellier d' « emboîtement des différents niveaux de la fonction à contenir » (Mellier, 2005a)¹⁴⁹.

A l'intérieur de l'enceinte qu'il délimite, c'est d'abord la qualité fondamentale d'hospitalité du lieu de soin qui opère. En majorité, les patients ont fait le choix de présenter une photo de la pièce d'accueil, symbole de la prise en charge collective et de l'articulation dedans-dehors, et une photo du bureau de consultation, lieu du colloque singulier soignant-soigné au sein duquel on observe une forme de sacralisation de la parole, d'où également le secret qui doit l'entourer. La complémentarité des deux espaces est ainsi mise en évidence.

Est-il utile de rappeler que ces éléments, hospitalité/accueil (au sens concret et figuré de pouvoir loger en soi et mettre son appareil psychique au profit de l'élaboration de la problématique psychique du patient) et secret professionnel, sont des organisateurs bien connus de la relation de soin. L'importance du secret de ce qui se dit, dans ce « lieu isolé du monde »/de la réalité quotidienne (en référence aux images de parloir, *box*, et de moment « de coupure »...) peut aussi être mis en lien avec la nécessité à travers le soin de protéger une intériorité, un espace psychique intime (Rouchon et al., 2011). Nous pouvons penser que l'expression de l'intensité de cette attente chez les patients soit à la mesure de la fragilité des frontières délimitant l'espace psychique intime chez les sujets addictés, espace souvent menacé d'intrusion. L'importance du secret vis-à-vis de l'extérieur de l'institution est par ailleurs soulignée par D. Houzel lorsqu'il énumère les qualités de l'enveloppe institutionnelle

¹⁴⁸ P 18
¹⁴⁹ P 428

: « ce qui se passe, ce qui se dit, ce qui se vit dans l'institution doit être gardé à l'intérieur de l'institution et ne jamais diffuser au dehors » (Bleandonu,1992). Il explique cette vigilance par deux raisons : la « curiosité voyeuriste ou écouteuriste de tout un chacun attisée par le dysfonctionnement ou la souffrance psychique d'autrui » et la fuite de la possibilité de donner du sens lorsque les éléments échappent. Rouchon et al., en réfléchissant sur les groupes thérapeutiques avec des patients toxicomanes, évoquent la question du secret au sein même de l'institution, de l'équipe qui prend en charge le patient : « la question de la contenance des groupes est donc également interdépendante de celle de la perméabilité des différents espaces de soin et du « partage » du patient entre les différents soignants ; donc, en l'occurrence, de la manière dont on pense et dont on applique la règle de discrétion (qui pose que ce qui se passe et se dit dans le groupe ne concerne que les personnes réunies). Cette règle est fondamentale à deux titres au moins : délimitant un dedans et un de hors au groupe elle est indispensable à la constitution de l'enveloppe (psychique) groupale [...] cela dit comment l'applique-t-on en institution où les thérapeutes du groupe ont forcément des liens entre eux en dehors du groupe ? [...] Quelles en sont les frontières ? Cette question qui reste souvent informelle dans les institutions - au risque de rendre symptomatique les clivages qui y existent - nécessite d'être formalisée » (Rouchon et al., 2011)¹⁵⁰. Le recours à une supervision d'équipe dans ce contexte est associée à la protection, pour les soignants, d'un espace pour le secret, à la protection d'une intériorité.

Les qualités de familiarité, de calme, de confort, de sécurité, de stabilité, de permanence du lieu de soin peuvent le rapprocher de l'expérience du domicile. Le lieu de soin se révèle ainsi être un lieu de repos, de restauration de soi, de maturation, et partager certaines qualités concourant à l'établissement d'un sentiment de « chez-soi ».

Nous nous sommes en conséquence demandé si le lieu de soin pouvait être éclairé par le concept de *home*, qui a fait l'objet d'études sociologiques. Nous avons retenu à ce sujet le lien entre *home* et construction identitaire : la construction du sentiment d'un *home* est un processus, résultat d'une négociation permanente, à l'image de la construction identitaire dont il peut se faire le reflet (Stine Thidemann, Torp Maller, & Pristed Nielsen, 2013). Cependant, les patients n'ayant pas d'action directement sur l'aménagement du lieu de soin, cette perspective semblerait plus intéressante pour penser l'investissement du lieu de soin du côté des professionnels.

¹⁵⁰ § 19

Il apparaît, à travers les résultats, que la capacité contenante du lieu de soin s'exercerait d'abord par la réalisation d'une enceinte protectrice (que nous retrouvons dans l'idée d'un lieu refuge) : les murs du lieu de soin se présentent comme des bordures délimitant une frontière, une limite vis-à-vis des menaces extérieures/de l'intrusion extérieure, et une interface pour le sujet, dans une liberté d'aller et venir entre lieu de soin et réalité extérieure. Cette fonction de limite est illustrée par exemple par les représentations de sanctuaire et de port et celle de pare-excitations a été à l'origine de nombreuses métaphores, comme celles de cocon, d'utérus et de filtre lumineux.

Concevoir un lieu de soin comme un lieu refuge peut sembler assez fidèle à l'intuition clinique.

Nous pouvons mettre ce résultat en perspective avec deux remarques : le constat que l'expérience addictive est souvent vécue comme un combat (Shinebourne, 2010) et le fait que l'addiction peut elle-même être pensée comme un refuge vis-à-vis d'une réalité extérieure refusée, décevante, stressante, comme dans cette citation du psychanalyste P. L. Assoun « le résultat est la domiciliation dans un monde propre avec de meilleures conditions de sensations dans lequel, extrait de la réalité, le sujet trouve son refuge. Le toxicomane se fait une appartenance de ce monde [monde de refuge toxique] qui lui tient lieu désormais d'habitat psychique » (Assoun, 2011)¹⁵¹.

Entre protection et exposition, le lieu de soin est aussi un pourvoyeur d'espaces intermédiaires. Il met à la disposition des sujets des espaces intermédiaires entre le dedans et le dehors, c'est-à-dire entre le lieu de soin et la réalité extérieure et entre la réalité psychique /interne et externe. Ces espaces sont au moins transitoires (Joyce Mac Dougall, 2004) et investis répétitivement dans leur matérialité, en voie de transitionnalité ou au mieux transitionnels (Donald Woods Winnicott & Monod, 2006), s'ils participent d'une véritable internalisation du processus thérapeutique.

Nous avons remarqué l'intérêt des patients pour les témoignages de mémoire (subjective et collective) portés par le lieu de soin. En ce qui concerne les traces de mémoire collective, plusieurs patients ont par exemple photographié, ou mentionné au cours de l'entretien, la statue à l'effigie d'un médecin célèbre présente dans la cour de l'hôpital (parfois sans savoir qui était représenté) et ont évoqué la plaque commémorative des morts de la seconde guerre

¹⁵¹ P 39

mondiale parmi le personnel de l'hôpital, avec des commentaires divers : pour Isabelle il s'agissait d'exprimer de la reconnaissance à l'équipe de soins, pour Maria de symboliser à la fois le soutien et le risque totalitaire (donc rendre compte d'un investissement foncièrement ambivalent) du cadre représenté par le traitement de substitution, pour Fabrice d'évoquer furtivement des fantômes de l'hôpital... ce qui peut de loin pour nous faire écho au « travail du fantôme » tel que le conçoivent les thérapies psychanalytiques héritières des notions de crypte (Abraham & Torok, 2009; Hachet, 2012) et des thérapies systémiques des patients addictés, en particulier toxicomanes (Angel & Angel, 2003). Isabelle a aussi photographié un tableau, investi en tant qu'œuvre d'art réalisée par un patient, support de la défense de la part créative des patients et d'une forme de mémoire institutionnelle, de mémoire d'un véritable processus de co-création institutionnelle.

Une autre forme de mémoire surgit dans l'interprétation de la photo Ludovic, qui fait référence au sanctuaire de Stonehenge, ruine mégalithique. Nous pouvons ajouter, au sens qu'y a glissé le patient rencontré, que le site de Stonehenge est considéré comme un symbole de l'humanité et reste une énigme humaine pour de nombreux scientifiques. Cela fait de cet endroit un lieu fascinant, situé entre vie et mort (il s'agirait aussi d'un site funéraire), entre civilisation humaine et astres (théories astrologiques et rapport humain à la transcendance.

Nous avons également vu que les lieux peuvent incarner, comme pour Nicolas, une mémoire du parcours individuel de soin témoignant d'un processus d'historicisation du soin.

Enfin, cette importance des témoignages de mémoire nous semblent être à la mesure du spectre de l'oubli menaçant les sujets addictés.

Ces remarques nous font-elles entrevoir la fonction potentielle d'enveloppe de mémoire du lieu de soin ? Nous nous référons à la notion conceptualisée par la psychanalyste M. Enriquez, dans le cadre de la cure psychanalytique et de la réflexion sur les enveloppes psychiques (Anzieu et al., 2013). L'auteur y souligne l'interaction entre mémoire individuelle et collective : « nous savons bien que les mécanismes de la mémoire individuelle sont en interaction constante avec ceux de la mémoire collective, sans lesquels ils ne pourraient pas fonctionner » (*ibid.*, p 124) et vice versa. Elle parle également d'accès à l'historicité (entendue comme expérience et sens de l'histoire) « la découverte de l'historicité ne se produit que dans une relation et ne s'accroît qu'à partir de la rencontre de la remémoration partagée et communiquée » (*ibid.* p 114) et de « fantasme de mémoire commune » (*ibid.*, p 115), présenté comme une des conditions de la fécondité du travail de remémoration dans la cure. Rouchon et al. soulignent également l'importance de l'historicisation à travers le soin institutionnel : « c'est à travers l'historicisation du parcours de soin que l'activité de remémoration peut être

activée ou réactivée dans l'après-coup sur les vicissitudes évolutives : cela définit la fonction de mémoire de l'enveloppe (psychique) institutionnelle au niveau de laquelle le patient va déposer des bribes de sa discontinuité avant de pouvoir, secondairement, en reconstruire quelque chose qui lui tienne lieu d'histoire personnelle » (Rouchon, C., K., et al., 2011)¹⁵².

5. Quand le lieu de soin s'avère menaçant

Les dimensions menaçantes du lieu de soin révèlent la présence, chez les sujets rencontrés, d'angoisses de prise au piège, de dévoilement, d'enfermement et de condamnation (morale et sociale). La défiance peut alors s'immiscer dans la relation de soin. Nous pensons que ces angoisses peuvent être considérées comme des manifestations de l'inquiétude (Reyre et al., 2010) ressentie par les patients en situation de soin.

a. De la limite à la prison : dialectique contenance/contention/rétention

Déjà, les images protectrices de refuge nous sont apparues comme plus ambivalentes que les images plus banales d'abris : en effet, tout en protégeant davantage le sujet, elles peuvent menacer de le rendre passif (le cocon de Nicolas), de l'isoler (le sanctuaire de Ludovic), de le retenir (la rétention utérine de Maria). Cette dernière image peut être mise en lien avec une préoccupation formulée par le psychiatre C. Olievenstein lorsqu'il réfléchit sur « la place et l'objet des thérapies transitionnelles dans le traitement des grands toxicomanes », à propos du sevrage physique : « il faut organiser un espace et un vécu transitionnel qui soit le premier compromis entre la dépendance totale et l'indépendance plus ou moins réussie. Pour cela, le lieu doit être choisi comme offrant à la fois les conditions d'un cocon protecteur, un peu comme un utérus, mais en même temps disposant d'un moyen de sortie qui laisse un choix au sujet » (Olievenstein, 1987)¹⁵³. Nous avons vu que cette « porte de sortie » peut être assurée par la mise en place d'un contrat de soin, essentiel en addictologie. D'autre part, les études médicales en addictologie considèrent souvent que la durée de rétention¹⁵⁴ dans les soins représente le principal facteur prédictif positif d'évolution des conduites addictives. Enfin, il est souligné en addictologie, qu'il n'est pas incompatible de penser favoriser la plus grande durée de rétention possible dans les soins tout en sachant ménager des périodes de rupture qui

¹⁵² § 14

¹⁵³ P 131-132

¹⁵⁴ Traduction du terme anglo-saxon *retention*

permettent au sujet de s'éprouver comme non dépendant de l'institution ou du thérapeute qui l'accompagne.

Les dimensions persécutantes du lieu de soin dans notre étude sont principalement évoquées à travers de lieux qui posent des entraves à la liberté du sujet, comme des lieux de contrôle et d'enfermement : on se retrouve alors dans le registre, non plus de la contenance, mais de la contention. Nous pouvons ajouter qu'il s'agit de lieux dont nous pouvons par ailleurs imaginer que nombre de nos patients souffrant d'addiction ont pu faire l'expérience dans la réalité, ce qui implique un rapport imaginaire, fantasmatique mais aussi vécu à ces lieux. Nous pouvons commenter ce résultat par plusieurs remarques. Tout d'abord, historiquement, les lieux de soin ont répondu à des missions d'isolement de la société, d'enfermement des sujets malades (léproseries, sanatoriums, asiles). Ensuite, la psychiatrie a toujours dû composer avec une fonction de régulation sociale qui lui a été en partie dévolue. Elle entretient d'ailleurs des liens complexes avec la justice et présente un rapport ambivalent avec l'enfermement, dont rendent compte l'alternance historique de mouvements d'ouverture et de fermeture des institutions psychiatriques. Enfin, les soins addictologiques occupent une position particulière, entre soin et contrôle social, notamment du fait des conséquences de la loi de 1970.

Nous pouvons aussi le discuter dans une perspective plus psychopathologique. En effet, nous avons vu que la dépendance à une SPA est souvent comprise comme une solution trouvée par le sujet pour faire face aux aléas de la relation à l'autre, dans une quête de liberté qui finit souvent par l'enfermer dans une forme plus manifeste de dépendance. Nous ne sommes donc pas surpris que le sujet addicté soit particulièrement sensible à cette dialectique de liberté/dépendance, qui est au coeur de sa problématique psychique. Cela n'épargne donc pas le processus de soin : nous pouvons penser qu'en cherchant à aider le sujet à regagner sa subjectivité par un dégagement de l'emprise du processus addictif, le processus de soin ne puisse éviter de réveiller des angoisses d'aliénation, qui peuvent se révéler de façon brutale et massive.

Enfin, nous avons vu que les références des patients, par leurs photos, aux aspects persécutants du lieu de soin, ont pour un certain nombre de patients (E2, E9, E10) été mises en lien avec les aspects contraignants du cadre de délivrance du traitement de substitution aux opiacés. Il peut être intéressant de mettre ce constat en relation avec les études réalisées sur les représentations qu'ont les patients des traitements de substitution. Par exemple, la statue « à double visage » de Maria peut en particulier être mise en relation avec la figure ambiguë

(pour les patients, comme pour les professionnels d'ailleurs) des traitements de substitution : médicament ou drogue ?

En effet, l'étude de Guillou-Landréat et *al.* retrouve chez les patients interrogés sur leurs représentations vis-à-vis de leur MSO une perception globalement plutôt positive de l'effet des traitements sur leur santé, de l'aide au changement et à l'arrêt des consommations d'héroïne qu'il permet. Cependant, est également remarquée « une ambivalence de la représentation de ce traitement, qui selon les patients les aide à être en meilleure santé et à changer, mais [qui] n'est pas perçu comme un traitement comme un autre. On retrouve cette ambivalence également dans les variables de représentations, d'un côté plus de la moitié des patients interrogés considèrent que le traitement de substitution a une utilité en termes de santé publique, de l'autre, plusieurs assimilent la prise de traitement de substitution à un « deal » légal » (Guillou-Landréat et *al.*, 2013)¹⁵⁵. Les auteurs ajoutent que « ces résultats sont très intéressants dans un domaine encore paradoxalement peu exploré, alors qu'essentiel. Les MSO et leurs représentations sont au centre de la relation triangulée entre prescripteur/pharmacien et patient-usager et il semble essentiel de l'aborder clairement au sein de la relation thérapeutique » (*ibid.*, p 36). Nos résultats nous amènent à partager ce point de vue.

b. Risque de dévoilement

Nous avons vu comment lieu de soin et soignants pouvaient se faire pourvoyeurs d'enveloppes thérapeutiques. Une autre facette des résultats présente la relation de soin comme voie potentielle de dévoilement du soigné ou du soignant. Ce dévoilement peut revêtir, à l'intérieur de l'institution, des aspects positifs comme l'accès à une meilleure connaissance de soi (E8) ou comme le devinement respectif à l'oeuvre dans la rencontre de soin, vu de façon positive comme regain d'intérêt pour l'autre, pour la relation objectale (E10). Il peut revêtir des aspects négatifs comme une vulnérabilisation du sujet dans une relation asymétrique marquée par une dynamique d'aveu (E1) ou le devinement de la personnalité du soignant par le sujet à des fins de manipulation (E10).

Nous pouvons commenter ces résultats par l'image classique de « masque addictif », c'est à dire de masque identitaire pour le sujet ou de masque de la véritable

¹⁵⁵

symptomatologie/problématique sous-jacente pour le clinicien. Nous pouvons associer l' image du confessionnal de Nicolas aux théories sociologiques de M. Foucault avancées dans son ouvrage « le pouvoir psychiatrique » (Foucault, 2003), dans lequel il place l'aveu en scène fondatrice de la psychiatrie.

Le dévoilement au regard des personnes extérieures à l'institution d'accueil peut également représenter une menace pour le sujet. En effet, le lieu de soin spécialisé peut œuvrer comme un potentiel révélateur de stigmaté (Rouchon, C., K., et al., 2011). Nous entendons stigmaté selon le sens donné par le sociologue E. Goffmann (Goffman & Kihm, 1975), qui définit les « symboles de stigmaté » comme des « signes dont l'effet spécifique est d'attirer l'attention sur une faille honteuse dans l'identité de ceux qui le portent, et qui détruisent ce qui aurait pu être un tableau d'ensemble cohérent avec pour conséquence un abaissement de l'appréciation » (*ibid.*, p 59). Le stigmaté est porteur d' « information sociale ». La relation « avec » est aussi considérée comme une source d'information sociale. Le stigmaté rend l'individu potentiellement discréditable. Cette menace du stigmaté est particulièrement exprimée par les sujets souffrant d'addiction (Taïeb, 2011), et peut être reliée aux représentations sociétales souvent négatives associées à leur trouble et au redoublement de la menace de discrédit qui pèse déjà fréquemment sur la parole du sujet addicté, en particulier toxicomane (Taïeb et al., 2010).

6. Discours sur la relation de soin

Plusieurs patients évoquent, en parlant des pièces collectives du lieu de soin, la confiance dans les soignants conférée par leur habileté à désamorcer des crises, à faire face à ces situations en apaisant les patients concernés et en protégeant les autres patients. En effet, les patients parlent de ces épisodes davantage en tant qu'observateurs, se différenciant alors des « perturbateurs » (on retrouve peut-être ici une manifestation de l'ambivalence identificatoire, fréquente chez les sujets addictés (Taïeb, 2011)). Les soignants ainsi « en première ligne » opposent à d'éventuelles manifestations aiguës d'agressivité, d'instabilité, des patients un écran (ils sont comme un « bouclier », E5), un réceptacle solide (capable d' « encaisser », E4) et peuvent dériver, « canaliser », cette agressivité. Les assises professionnelles (les compétences professionnelles et relationnelles) des soignants sont fortement reconnues. Les qualités de présence, d'unité perçue et vécue de l'équipe, de disponibilité, de permanence dans le temps des soignants sont importantes pour les patients. Le soignant est également

présenté comme garant du cadre de l'entretien en recentrant le récit verbal (E1 et E4), comme quelqu'un d'accessible. Il s'agit de quelqu'un qui oriente, guide, accompagne et aide à trouver des nouvelles pistes, des solutions. Il soutient et valorise l'effort (propos encourageants chez Séverine, « coach » de Maria), donne à penser (le « mentor » de Ludovic, les « mots-cadeaux » de Maria) et amène à porter un regard différent sur soi en faisant émerger une partie plus positive et créative de soi (E5 et E8). Il peut aussi adapter, assouplir, « humaniser » le cadre légal.

Ces qualités soignantes permettent au patient d'envisager de pouvoir s'accrocher/s'appuyer sur le soignant (à l'image de la *via ferrata* de Maria, métaphore qui a été évoquée à partir du portrait photographique d'une soignante), ce qui peut nous évoquer une forme d'étagage anaclitique ou d'agrippement temporaire et utile au soignant. Du côté des difficultés, certains patients (Guillaume et Maria principalement) mentionnent les défenses des soignants par fermeture ou repli sur soi et les risques d'absence de rencontre par appartenance à des mondes trop loins l'un de l'autre, aux préoccupations (E10) ou aux références (E9) trop différentes.

Nous pouvons mettre en perspective la question de la résistance à la destructivité avec le concept de « survivance » du clinicien, tel qu'explicité par R. Roussillon à partir de Winnicott : « « survivre » c'est d'abord tolérer les particularités du processus en cours sans exercer de représailles [...] c'est aussi rester vivant et créatif dans l'accompagnement du processus [...] l'objet qui survit, qui reste créatif malgré l'apparente agressivité « meurtrière » présente dans le processus est « découvert » dans son extériorité » (Brun et al, 2013)¹⁵⁶. Nous pensons que cette notion de survivance du clinicien est capitale dans le soin addictologique, confronté à des dynamiques pulsionnelles violentes, parfois destructrices ou mortifères, qui peuvent faire l'objet d'un transfert vers le clinicien.

S'avancent comme conditions de la rencontre, une reconnaissance mutuelle qui passe par le témoignage (qui se traduit par des attitudes et des mots) d'un profond respect vis à vis des sujets souffrant d'addiction. Ce respect manifesté se différencie des attitudes de rejet, de mépris ou à la dévalorisation qui peuvent s'exprimer dans la société à l'égard des sujets addicts, éléments parfois intériorisés et pouvant renforcer un sentiment d'échec, un vécu de déchéance ou d'indignité.

¹⁵⁶

Nous retrouvons dans les témoignages d'attachement de plusieurs patients à leur thérapeute un récit de première rencontre marqué par un effet immédiat (immédiateté de la réponse, accrochage, courant qui passe...), qui rappelle le « *flash* », l'intensité de l'effet procuré par la prise d'un produit (chez le toxicomane en particulier).

Nous retrouvons cette idée chez C. Olievenstein quand il parle de « psychothérapie perverse » : « on soulignera l'importance de la première rencontre avec l'institution et avec la parole du thérapeute. Dans notre conception, cette première rencontre doit être de l'ordre du flash qu'il a ressenti avec le produit » (Olievenstein, 1987)¹⁵⁷.

La question de la nature de la relation interroge des patients, en particulier son rapport avec l'amitié. Céline Lefève, philosophe, s'est intéressée à cette question lorsqu'elle écrit « La relation de soin est-elle une relation d'amitié ? » (Worms & Lefève, 2010), cherchant à préciser les parentés et les limites de l'identification de la relation de soin à la relation d'amitié. La relation d'amitié suppose une égalité. Elle est rare, élective et est à elle-même sa propre fin. La relation de soin a une finalité extérieure qui est le rétablissement du malade. La gratitude s'y inscrit dans une logique de dette et la relation a vocation à disparaître avec la guérison du malade. Ainsi, nous dit-elle, l'amitié du médecin pour son patient « ne saurait être exigée » et serait même « déconseillée », au risque de l'impartialité. Cependant, dans certaines conditions, « la relation de soin peut mettre en œuvre certains modes de relation et certaines vertus propres à la relation d'amitié » : la mobilisation de capacités d'empathie, le souci de l'autre en sa singularité et sa liberté, le dialogue qui s'instaure (et qui dans la relation de soin vise à construire la nouvelle normativité du soigné, avec le souci que le soigné assume la part d'activité et de responsabilité qui lui convient) et la recherche du bonheur de l'autre. Pour C. Lefève, le soin abrite un mouvement éthique d'égalisation. Nous pouvons en effet reconnaître dans la définition que le philosophe P. Ricoeur donne de la relation d'amitié, une « relation de reconnaissance réciproque et de médiation d'autrui pour fonder l'estime de soi » (Ricoeur, 1996) l'interaction entre souci de l'autre et souci de soi présente dans la relation de soin.

La mémoire nous semble jouer un rôle fondamental pour les patients : nous l'avons vu pour la mémoire des lieux (mémoire de l'Histoire et de l'histoire institutionnelle), c'est aussi le cas

¹⁵⁷

de la mémoire des soignants de l'histoire des patients, souvent perçue comme preuve de l'intérêt, de l'investissement du soignant pour le patient. Nous pouvons penser que, pour des sujets dont la mémoire est souvent mise à mal par les consommations de SPA et dont l'addiction modifie souvent en profondeur le rapport à la temporalité (temporalité accélérée par les SPA, appétence pour le temps suspendu, recherche d'éternité, oubli de soi...), la mémoire soignante puisse remplir au moins une fonction de mémoire auxiliaire, au mieux de mémoire commune ou intersubjective, s'opposant à l'éternel recommencement du cercle vicieux addictif : viser la remémoration en lieu et place de la répétition.

La question de la répartition et/ou de la rivalité liée au savoir est également abordée par les patients. Effleurée à travers le souvenir d'une photo d'« enfants chinois écoutant leur maître », reproduction ayant présenté une résonance particulière pour Fabrice (E4)¹⁵⁸ et abordée au sujet du partage des connaissances sur l'addiction lorsque Maria évoque l'invitation à participer aux « séminaires » (E10). Cette question d'une défiance dans le domaine du « savoir » autour des addictions peut en effet s'exprimer avec les patients addicts, qui rivalisent souvent de connaissances sur les SPA, les traitements auprès des soignants (comme Guillaume, E9), cherchant ainsi à « tester » leurs connaissances. Cela place l'addiction comme objet de savoir commun entre soigné et soignant.

7. Tentative de synthèse

Au total, si l'on tente de détailler les différentes propriétés contenantes soulevées par ces résultats, nous pourrions avancer que les principales propriétés contenantes portées par le lieu de soin étudié sont apparues être celles de limite et de différenciation, de maintenance, de contenance, de pare-excitation, et d'étanchéité. Celles qui nous ont semblé plus vulnérables sont celles d'ouverture (car le corollaire de la fermeture n'était jamais loin), de surface d'inscription (inscriptions « mal fichues » E4, sanctuaire E5) et d'individuation (nombreuses références à l'absence de personnification des lieux : bureaux soignants vides, « plus neutre tu meurs » (E9), un seul tableau de patient (E8) ...). La relation de soin ajoute à ces propriétés contenantes du lieu de soin en particulier celles de contenance et de dérivation, de souplesse, de fonction conteneur, et d'inscription du lien.

¹⁵⁸ Cette image parle de la transmission du savoir et de récits (narrativité). Nous restons prudents vis-à-vis de cette interprétation car le sens mis par le patient à l'attachement à cet objet était la nostalgie de l'« insouciance de l'enfance ».

Toutefois, cette distinction peut sembler artificielle car il nous apparaît évident que lieu et relations de soin créent des enveloppes successives, complémentaires et interdépendantes, s'associant afin d'incarner les qualités plastiques et sensibles des enveloppes psychiques, les différentes propriétés de la « fonction médium-malléable » fournies par la situation de soin.

Nous avons été frappés par un rapport de similitude entre les représentations d'enveloppes épaissies, rigidifiées, étanches retrouvées chez les sujets interrogés et les enveloppes incarnées par le lieu de soin. Nous avons également pu rapprocher les défaillances rencontrées dans les fonctions d'ouverture, d'inscription et d'individuation des enveloppes du lieu de soin et certains aspects de la problématique addictive (enfermement addictif, répétition, troubles mnésiques, fragilité identitaire et identité d'emprunt). Nous avons remarqué que vide, froideur et tristesse renvoyés par le lieu sont des éléments auxquels les usagers ont été particulièrement sensibles, avec un effet potentiel de résonance interne (l'addiction come source de vide...).

Ce rapport de similitude observé nous a amené à élaborer trois hypothèses.

La première est que les lieux de soin et l'efficacité des réponses soignantes en crise pourraient fonctionner en offrant, dans un premier temps, une « enveloppe-carapace substitutive » à celle déjà développée par les patients addicts. Pourrions-nous alors espérer, qu'en étant en mesure de contenir ainsi les projections pulsionnelles des patients, elle puisse leur permettre progressivement d'assouplir leur enveloppe rigidifiée pour tenter eux-mêmes d'y faire face seul, créant ainsi les conditions de possibilité d'une rencontre thérapeutique authentique ultérieure ?

La seconde est que l'invitation à parler des contenants physiques du processus de soin, à partir de l'aspect concret de la présentation du lieu de soin, ait favorisé l'émergence de discours sur les représentations des contours du Soi (contenants psychiques et corporels), les représentations projectives de l'image du corps.

C. Chabert décline les trois sens du terme de projection mobilisés par les situations de tests projectifs. Le premier modèle est celui du jet, de la décharge pulsionnelle, par lequel « les tests projectifs favorisent la décharge, dans le matériel présenté au sujet, de tout ce que celui-ci refuse d'être, de ce qu'il ressent en lui comme mauvais ou comme étant ses points

vulnérables » (Chabert, 2004)¹⁵⁹. Le second est le modèle mathématique, où la projection fait correspondre à un point (ou un ensemble de points) de l'espace un point (ou un ensemble de points) d'une droite ou d'une surface : « les tests projectifs amènent le sujet à produire un protocole de réponses tels que la structure de ce protocole corresponde à la structure de sa personnalité » (*ibid.* p 17). Le troisième est le modèle optique, à partir d'une projection lumineuse sur une surface (ce sont les images de l'écran et du révélateur, mettant en lumière ce qui est caché) permettant de percevoir dans le monde extérieur des états intérieurs. Le cadre projectif est assuré par « la qualité particulière du matériel proposé, à la fois concret et ambigu, dans la sollicitation d'associations verbales à partir de ce matériel, enfin dans la création d'un champ relationnel original entre sujet et examinateur en présence d'un objet médiateur représenté par le test [...] Les consignes en général [...] reprennent cette injonction essentielle de *l'imaginer à partir du voir*, susceptible de déclencher la mobilisation de conduites perceptives et de conduites projectives » (*ibid.* p 25). Nous nous situons donc non dans le modèle structural mais plutôt dans les modèles de décharge et de révélation de la projection.

La troisième est que les lieux de soin soient plus ou moins (plus ou moins intensément, plus ou moins consciemment) conçus, choisis, investis ou laissés évoluer « à l'image » des sujets qu'ils accueillent (de la spécificité de leur problématique et de leurs mécanismes de défense) ou dans une forme de connivence avec la pathologie. Il s'agirait alors d'un effet de contamination par la pathologie (J. Oury parle de « pathoplastie » des institutions). Ce phénomène de miroir peut soit être repéré et élaboré par l'équipe de soins à l'aide de l'analyse par exemple des constellations transférentielles (concept de J. Oury), soit ne pas être pris en considération, au risque de produire des effets contre-thérapeutiques.

Le psychanalyste J. Bleger le souligne : « je pourrais commencer par dire que toute organisation a tendance à maintenir la même structure que le problème qu'elle essaie d'affronter et pour lequel elle a été créée. Ainsi un hôpital finit par avoir, en tant qu'organisation [marquée par la prégnance de la bureaucratisation, la perpétuation de l'organisation passant au premier plan, devant la tâche primaire confiée à l'institution], les mêmes caractéristiques que les malades eux-mêmes » (Kaës, 2012)¹⁶⁰.

¹⁵⁹ P 16
¹⁶⁰ P 57

En psychothérapie institutionnelle, ces considérations ont en effet été issues d'une réflexion sur les lieux de soin accueillant la psychose. Racamier, par exemple, commentant l'aspect qu'il qualifie de « désertique » de l'asile, écrit dans le chapitre « interactions dynamiques entre les malades et l'institution » de son livre « Le psychanalyste sans divan » : « il devient alors évident que les conditions asilaires « habituelles » vont dans le sens même où va la psychose. La psychose dépersonnalise et dépersonnifie, l' « asile », si l'on ose dire, en rajoute. Ce n'est pas un hasard [...] si le milieu tend à cristalliser et à doubler le mouvement psychopathologique déterminé par la psychose. » (*ibid.*, p 79). Après avoir évoqué les effets catastrophiques de l'hospitalisme psychiatrique, il s'intéresse aux phénomènes de « résonance sociopathologique entre dissociation schizophrénique et dissociation du milieu ». Il reprend la découverte de Stanton et Schwartz : l'observation de l'association entre un désaccord entre deux thérapeutes d'un malade schizophrène, portant sur un point spécifique et primordial de son traitement, et qui reste caché (non élaboré) et l'aggravation des troubles de ce même patient. Inversement, observation de l'amélioration des troubles du patient lorsque le conflit est mis à jour, objet de discussion et permet l'évolution vers une attitude commune. Il en comprend que « le malade rencontre autour de lui, comme en miroir, l'image de son propre déchirement intérieur [...] la dissociation du schizophrène [...] trouve écho dans celle du milieu qui la reflète. Qui la réfléchit et, naturellement, la potentialise » (*ibid.*, p 89). Racamier met en perspective la dissociation intrapsychique du schizophrène et la projection scissionnelle, terme qu'il propose pour décrire son équivalent sur la scène institutionnelle intersubjective (source de clivage entre professionnels). Bien sûr, ces considérations dépassent largement la question de la présentation des lieux de soin et font référence à l'infiltration de la pathologie des patients (et ce d'autant plus qu'il s'agit d'un lieu de soin accueillant des patients présentant la même pathologie, phénomène auquel nous devons donc être attentif en addictologie) dans les mécanismes de défense individuels des soignants et dans leurs relations entre eux (mis en évidence par l'analyse du contre-transfert de chaque soignant et des processus groupaux à l'œuvre dans l'institution, en lien avec l'état psychique et les prises en charge des patients).

Nous avons globalement eu l'impression, au cours de ces entretiens de recherche, que le lieu de soin a été la cible privilégiée des pulsions agressives des sujets rencontrés alors que la relation de soin en a été plutôt protégée. Cela nous a amené à proposer deux hypothèses.

La première est que l'austérité des lieux ait pu être une source potentielle de réveil par résonance ou d'expression d'angoisses spécifiques (c'est-à-dire liées à la problématique addictive) habitant les patients.

La seconde est que le lieu ait pu servir, au cours de ces entretiens de recherche, d'objet-support à l'expression de conflits psychiques significativement à l'œuvre dans la relation de soin, à l'aide d'un mécanisme de déplacement. Nous pouvons en effet faire l'hypothèse, en lien avec la notion d'évitement de la conflictualité psychique et intersubjective fréquemment observée chez les patients addictés (Bailly & Vénisse, 1997), que des aspects potentiellement conflictuels de la relation de soin aient pu s'exprimer plus aisément à l'occasion de ce détour par les lieux. Nous pouvons penser que cette attaque des lieux (agressivité/menace projetée sur les lieux), étant donné qu'elle a été associée à une forte idéalisation des soignants, ait pu être un moyen pour les patients d'exprimer ces conflits sans mettre en péril la relation de soin, opérant comme une « sanctuarisation » de la relation.

VII. Forces et limites de l'étude

Les forces de cette étude résident dans : le caractère peu exploré de la thématique, l'originalité de la méthode, un recrutement comportant peu de critères d'exclusion, un large échantillon, un entretien peu structuré, et les forces habituelles du qualitatif, notamment la description détaillée de l'expérience des sujets.

Les limites de l'étude relevées sont (1) la réalisation des photos juste avant l'entretien (laissant peu de temps réflexif pour les sujets, alors qu'il s'agit d'une étape importante du processus de photo-élicitation) (2) la durée variable des entretiens, parfois accélérés ou écourtés du fait du temps de recrutement et des horaires d'ouverture séquencées du centre (3) la non réalisabilité des mêmes entretiens côté soignant. Cela faisait en effet partie du projet initial, mais a été abandonné car ne rencontrant pas l'adhésion des équipes soignantes. Nous avons fait les hypothèses d'un effet de menace dé-différenciatrice lié à l'utilisation de la même méthodologie de recherche pour patients et soignants, d'un possible malaise chez les soignants avec la méthodologie et ce qu'elle pouvait susciter de réaction contre le couple pulsionnel voyeurisme/exhibitionnisme, d'une méfiance/défiance vis-à-vis de la recherche ou de l'équipe de recherche, équipe de pairs par ailleurs (4) les limites habituelles du qualitatif,

notamment la non généralisation possible des résultats (5) la triangulation partielle de l'analyse des entretiens. En effet, tous les entretiens n'ont pas été analysés par plusieurs chercheurs (6) la non restitution pour le moment aux patients des résultats de l'étude. L'approbation, par les sujets interrogés, des résultats issus de l'étude est une source importante de validation en recherche qualitative, leur critique peut aussi amener à revoir certains résultats.

Toutefois, la réalisation immédiate des photographies présente aussi l'avantage d'une grande spontanéité des sujets. Le caractère mono-centrique renforce l'intérêt ethnographique de l'étude. Le caractère très ouvert de la question de recherche a représenté une difficulté lors du recueil des données (notamment dans la focalisation de l'entretien et les choix réalisés en terme de relance) et lors de l'analyse (afin d'assurer sa cohérence) mais aussi une force dans son potentiel exploratoire.

VIII. Quelques éléments de contre-transfert de chercheur liés à l'élaboration de l'étude

1. Un sujet de seconde zone ?

En intégrant le groupe de recherche EthNaA, je m'apprêtais à travailler sur la relation de soin en addictologie à l'aide d'une méthodologie narrative... quelle n'est pas ma surprise lorsque je me retrouve à traiter de photo et de locaux de soin. L'enthousiasme créatif de mes superviseurs de recherche et l'originalité de la médiation photographique me donnent envie de tenter l'expérience mais je crains de ne pas savoir comment aborder ce sujet, et de disposer d'une thématique qui reste « superficielle ». Dans un univers « psy », j'ai eu parfois le sentiment de mener une recherche doublement marginale et périphérique.

2. Un sujet déroutant ?

L'approche pluridisciplinaire est stimulante mais déroutante, j'arpente des disciplines variées, différentes de mon domaine de formation. La réflexion sur la consigne photographique nous amène à retenir une formulation extrêmement ouverte. Et me voilà, dubitative, à imaginer l'irruption d'un appareil photo dans un lieu de soin aux mains d'un patient en *free-lance* dans l'institution... J'oscille entre enthousiasme, curiosité, angoisse... Je me demande quel désordre nous risquons de produire. L'instabilité et l'imprévisibilité réputées des sujets

addictés nous conduit à préférer une réalisation instantanée des photos. En effet, le groupe de recherche n'est pas épargné par des représentations négatives ou fantasmes de vol : « ils risqueraient de partir avec l'appareil photo ». De plus, des préoccupations de faisabilité de la recherche nous habitent : nous pensons que si nous comptons sur deux temps de rencontre pour la participation à la recherche « ils risquent de ne pas revenir ». Notre expérience de la discontinuité des patients nous amène donc à préférer la réalisation des photos et de l'entretien sur un temps unique pour éviter les données incomplètes et les perdus de vue, mais cette réalisation immédiate des photos est quelque chose d'inhabituel dans les protocoles de photo-élicitation. L'attente d'une réalisation instantanée des photos précipite recrutement et entretien et nous amène à nous demander si nous ne risquons pas de prendre les patients au dépourvu et si les photos seront suffisamment significatives pour réaliser un entretien productif immédiatement après.

3. Une difficulté de recrutement institutionnel

Le recrutement institutionnel a constitué une difficulté. L'attente de réponse des institutions sollicitées, les premiers refus de participer ont participé à l'attente anxieuse d'un matériel sur lequel travailler qui nous a habités plusieurs mois. Le protocole de recherche initial a dû en conséquence être modifié pour que la recherche soit acceptée par l'institution participante, avec suppression de la réalisation des mêmes entretiens avec les soignants.

4. Quelques éléments d'histoire institutionnelle de la recherche

Pourquoi avoir choisi de s'intéresser aux lieux ? On ne peut qu'être frappé lors d'une première visite à l'hôpital Avicenne par les locaux en préfabriqué du CSAPA Boucebci, situé en périphérie de l'hôpital, adossé au mur d'enceinte... Ce n'est également sans doute pas un hasard si cette recherche est née au moment d'un bouleversement institutionnel représenté par le déménagement du CSAPA (certes pas loin car il s'agissait d'intégrer des locaux à quelques centaines de mètres, à l'intérieur de l'hôpital...), et la réunion de deux équipes de soin (services toxicomanie et alcool). Entre nostalgie et élan créatif ou fondateur, un déménagement amène toute institution à se questionner, se réorganiser, repenser les fondements de sa façon de soigner... Quelle place donner aux lieux ? Quels changements cela va-t-il produire pour les patients et pour les soignants ? Inspirée de la méthode de recherche, une expérience a été tentée pour partager cet événement avec les usagers : des soignants ont

réalisé leurs propres photographies du site et un appareil photo a été mis à disposition des patients les jours précédant le déménagement. Les photos qui en ont résulté ont été rassemblées, commentées et exposées en panneaux.

IX. Implications cliniques

Ce détour par les lieux a permis d'apporter une contribution riche et originale à l'analyse des difficultés de la relation de soin ainsi que des modalités de la fonction contenante institutionnelle en addictologie, dans une perspective de soins ambulatoires prolongés, et nous permettent de soutenir l'intérêt de l'élaboration institutionnelle de l'aménagement d'un lieu de soin, reflet des valeurs de l'équipe de soin qui l'habite et de l'âme des patients accueillis. En effet, premier contenant offert à la relation de soin, remplissant les conditions de solidité et de pare-excitation préalables à l'exercice de la fonction conteneur du soin, le lieu de soin se prête à un re-modelage dynamique à l'image des valeurs soignantes de l'équipe qui l'habite, pour acquérir ses propriétés d'enveloppe thérapeutique adjuvante, à l'articulation entre le collectif et le singulier.

Ces résultats permettent également de contribuer à valider la méthode de photo-élicitation avec les sujets souffrant d'addiction et peuvent soutenir l'intérêt d'une méthodologie de médiation groupale par la photographie avec ces patients.

Cela pourrait faire appel à la méthodologie du Photolangage. Le Photolangage est une méthode créée par Pierre Babin, Alain Baptiste et Claire Belisle. Ce terme désigne une méthode de communication groupale à travers la photographie et un corpus de photographies regroupées par dossiers thématiques. Elle a d'abord été développée à l'intention du public adolescent et s'est étendue depuis des visées de formation à la psychothérapie. Il est demandé à chacun, pour répondre à une question conçue par les animateurs du groupe pour l'occasion et posée par les professionnels à l'ensemble des membres du groupe en début de séance, de faire un choix personnel d'une ou plusieurs photographies parmi celles qui sont exposées au groupe (elles appartiennent à un corpus pré-existant) et de commenter la photographie en faisant appel à « une position personnelle, une expérience vécue, des images intérieures, un point de vue spécifique »¹⁶¹, qui sera source de dialogue avec le groupe. Le postulat est le

¹⁶¹ Site web : <http://www.photolangage.com>

suivant : « Les photographies, choisies pour leur forte puissance suggestive, leur capacité projective, leur qualité esthétique et leur valeur symbolique, viennent stimuler, réveiller les images que chacun porte en soi et à travers lesquelles il perçoit la réalité et se la représente. Le fait de prendre conscience de ses propres images et de pouvoir en discuter dans un groupe peut amener un élargissement du champ de la conscience, un regard plus critique sur les images, un développement de la sensibilité imaginative » (*id.*). Les photos agissent donc comme des « facilitateurs ». Le livre de Vacheret et al (Vacheret, 2000) relate d'ailleurs une expérience de groupe Photolangage avec des patients toxicomanes en prison.

Des auteurs comme Sitvast et Abma (2011) ont proposé une méthodologie un peu différente, en s'inspirant des méthodes de photo-élicitation (pour la narration issue de la photo) et de *photovoice* (visée d'*empowerment* des patients), qu'ils ont nommé *photo instrument*. Ils proposent ainsi d'utiliser la photographie comme outil thérapeutique en psychiatrie (photos réalisées par les patients et qu'ils présentent ensuite au groupe). L'objectif est de favoriser le processus individuel de mise en récit et en sens de l'expérience de la maladie au sein d'un dispositif groupal (patients partageant la même maladie). Les auteurs relatent en détail dans leur article la participation d'un patient, pour expliquer l'esprit et ce que l'on peut attendre de la méthode. Il avait été proposé à ce patient de « faire des photos de choses ou personnes qui lui sont chères ou à qui il accorde beaucoup d'importance », puis « d'un but ou d'un souhait qu'il aimerait réaliser et les ressources dont il dispose ». Ils discutent dans l'article le rôle du professionnel de santé encadrant le groupe : assurer le respect et l'efficacité du cadre, apporter une aide concrète (participation possible au choix de l'objet photographié par sa connaissance du patient et à la réalisation des photos), témoigner d'une sensibilité aux récits des patients et d'une capacité à engager un dialogue constructif et à co-créeer un récit, récit qu'ils appellent *relational narrative*¹⁶².

X. Perspectives de recherche

Cette expérience de recherche conduite sur un lieu de soin pour sujets présentant une ou des addictions rend compte de l'intérêt heuristique à porter aux lieux comme potentiels contenant et révélateurs des enjeux de la relation de soin en addictologie.

¹⁶²

Récit interactif/intersubjectif (traduction personnelle)

La photo-élicitation s'est avérée une méthode pertinente dans cette exploration, mettant en évidence la nature matérielle, émotionnelle et psychique des lieux, leur caractère hétérogène, dynamique et symbolique. Elle s'est également révélée être une méthode particulièrement contenant pour les sujets participants, sans déstabilisation psychique observées au décours pour les sujets participants. Elle a contribué à rendre globalement les entretiens sympathiques pour les participants qui ont pu manifester un plaisir à participer.

Nous avons le projet de réaliser cette étude au sein de deux lieux de soins addictologiques, deux CSAPA, différents. La deuxième institution avait choisi d'effectuer elle-même le recrutement des patients. Les coordonnées de quatre patients sélectionnés par l'équipe et ayant manifesté leur accord pour participer à la recherche nous ont été transmises. Seuls deux patients ont effectivement pu être rencontrés et réaliser l'entretien de recherche, trois autres ayant été indisponibles (hospitalisation, départ de la structure,...). Nous avons donc fait le choix de ne présenter que les résultats de l'étude du premier lieu de soin. Cependant, nous souhaitons juste mentionner quelques résultats retrouvés dans ces deux entretiens : pour l'un, la curiosité vis-à-vis de l'« espace interdit », réservé aux seuls professionnels, et les métaphores de hall d'aéroport/salle d'embarquement pour la salle d'attente et de simulateur de vol pour le bureau de consultation ; pour l'autre, l'« armoire à méthadone » du bureau infirmier qui « enferme une partie de [sa] vie ».

En terme de perspective de recherche, nous pensons qu'il serait intéressant d'étendre l'étude à d'autres lieux de soin (autres CSAPA, autres lieux de soins addictologiques, autres lieux de soin) et d'étudier les modalités d'investissement et les formes de contenance du lieu de soin manifestées par les professionnels, en décalant légèrement la méthodologie employée, par exemple en utilisant une méthode visuelle mixte associant photo-élicitation et élicitation graphique comme le participatory mapping of places¹⁶³ (plan qui pourrait en partie être lu à la lumière du spatiogramme (Benghozi, 2006), qui pourrait apporter des éléments supplémentaires de lecture du fonctionnement institutionnel à partir des lieux.

¹⁶³ Cartographie participative

CONCLUSION

La philosophie du soin nous a donné quelques principes sur lesquels construire une éthique soignante, en particulier la subjectivité de l'expérience de la maladie et l'association disposition/action au cœur de l'idée de soin. Elle nous a montré comment peuvent s'imbriquer et s'enrichir mutuellement souci de l'autre et souci de soi. Elle nous invite à ne pas oublier la présence d'enjeux politiques dans les pratiques institutionnalisées de soin.

La notion psychanalytique de contenance nous a paru intéressante à appliquer au contexte des soins addictologiques. En effet, elle reste une dimension essentielle de la théorisation psychanalytique contemporaine des conduites addictives et des pratiques institutionnelles. Nous avons essayé de montrer comment elle pouvait condenser un certain nombre d'aspects soutenant du processus de soin.

Les apports des disciplines anthropologiques et sociologiques (photo-élicitation, anthropologie et sociologie des lieux de soins) ont contribué à un abord complémentariste du sujet.

Nous espérons par notre étude avoir apporté une contribution originale à l'exploration de la relation de soin, et de ses avatars en addictologie, à l'occasion d'une explicitation du vécu de dix patients d'un même lieu de soins ambulatoires en addictologie. La photo a été un accessoire précieux dans cette aventure. En proposant cette méthodologie, nous avons essayé d'« utiliser » les prétendues défenses des sujets addictés, en en faisant un moyen de transformations créatrices. Nous avons voulu également, par le choix d'une consigne ouverte, garantir une liberté d'expression des sujets invités à participer. Nous avons eu la chance de recueillir un matériel assez riche, malgré l'angle matériel choisi pour aborder la question de recherche. Nous avons tenté de concilier une rigueur de l'analyse de la littérature existante et une rigueur méthodologique, une fidélité aux mots et aux représentations convoquées par les patients -fidélité essentielle en analyse qualitative- avec une certaine liberté associative et interprétative, telle une « capacité de rêverie » ou une « écoute flottante » métabolisatrices du matériel. Nous avons toutefois signalé dès que nous nous permettions de nous éloigner du sens manifeste contenu dans le discours des sujets : nous avons alors fait part de nos propres métaphores émergentes au contact du discours et des métaphores du sujet. Nous avons cherché à exploiter au maximum le matériel et ses ressources analogiques et métaphoriques, en le pondérant d'une réserve de prudence car nous sommes conscients du risque d'avoir pu nous laisser emporter par une « séduction métaphorique » excessive, telle que peuvent le

générer les métaphores de contenants, ou par des « raccourcis métaphoriques », comme les comportements addictifs peuvent parfois en faire l'objet.

Nous espérons que ce travail a illustré notre envie de porter et faire partager une pratique contemporaine de soins psychiatriques, d'inspiration humaniste et psychodynamique, en addictologie.

BIBLIOGRAPHIE

- Abraham, N., & Torok, M. (2009). *L'écorce et le noyau*. Paris: Flammarion.
- Adams, A., Theodore, D., Goldenberg, E., McLaren, C., & McKeever, P. (2010). Kids in the atrium: Comparing architectural intentions and children's experiences in a pediatric hospital lobby. *Social Science & Medicine*, 70(5), 658-667.
- American Psychiatric Association. (2003). *DSM-IV-TR Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux : Texte révisé* (Édition : 2e.). Issy-les-Moulineaux: Editions Masson.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Dsm-5* (Édition : 5th edition.). Washington, D.C: American Psychiatric Publishing.
- Andrews, G. J. (2004). (Re)thinking the dynamics between healthcare and place: therapeutic geographies in treatment and care practices. *Area*, 36(3), 307-318.
- Angel, S., & Angel, P. (2003). *Les toxicomanes et leurs familles*. Armand Colin.
- Anzieu, D. et al. (1993). *Les contenants de pensée*. Paris: Dunod.
- Anzieu, D. et al. (1995). *Le Moi-peau* (Édition : 2e.). Paris: Dunod.
- Anzieu, D. et al. (2013). *Les enveloppes psychiques*. Paris: Dunod.
- Assoun, P. L. (2011). Psychanalyse et addictions. In *Addictologie clinique* (p. 21-103). PUF.
- Atger, F., Corcos, M., Perdereau, F., & Jeammet, P. (2001). Attachement et conduites addictives. *Annales de médecine interne*, 152(supplément au n°3), 1S67-1S72.
- Aulagnier, P. (2003). *La violence de l'interprétation*. Paris: Presses Universitaires de France - PUF.
- Bachelard, G. (1994). *La Poétique de l'espace* (6e éd.). Paris: PUF.
- Bailly, D., & Vénisse, J.-L. (1997). *Addictions : quels soins?* Paris: Elsevier Masson.
- Barthes, R. (1980). *La Chambre claire : Note sur la photographie*. Paris: Gallimard.

- Benghozi, P.-J. (2006a). Le spatiogramme en thérapie psychanalytique de couple et de famille. *Dialogue*, (172).
- Benghozi, P.-J. (2006b). Pré-contre-transfert, cadre et dispositif. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, n° 47(2), 25-29.
- Bergeret, J. (1982). *Toxicomanie et personnalité* (4ème édition 1994.). Paris: Presses universitaires de France.
- Bergeret, J., & Fain, M. (1981). *Le psychanalyste à l'écoute du toxicomane* (1^{re} éd.). Paris: Bordas.
- Bick, E. (1968). The Experience of the Skin in Early Object-Relations. *Int. J. Psycho-Anal.*, 49, 484-486.
- Bijoux, D., & Myers, J. (2006). Interviews, solicited diaries and photography: 'new' ways of accessing everyday experiences of place. *Graduate journal of Asia-Pacific studies*, 4(1), 44-64.
- Bion, W. R. (2003). *Aux sources de l'expérience*. Paris: Presses universitaires de France.
- Blais, M., & Martineau, S. (2006). L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches qualitatives*, 26(2), 1 à 18.
- Bleandou, G. et al. (1992). *Cadres thérapeutiques et enveloppes psychiques, 4èmes journées d'études francophones sur les hôpitaux de jour*. PUL.
- Boserman, C. (2009). Diaries from cannabis users: an interpretative phenomenological analysis. *Health (London, England: 1997)*, 13(4), 429-448.
- Boukobza, C. (2003). La clinique du holding Illustration de D.W. Winnicott. *Le Coq-héron*, 173(2), 64-71.
- Bril, J. (2011). Nature et implications de la pulsion scopique. *L'échographie de la grossesse, promesses et vertiges*. Erès.
- Canguilhem, G. (2013). *Le normal et le pathologique* (12e édition.). Paris: Puf.

- Castel, R. (1998). *Les sorties de la toxicomanie*. Fribourg (Suisse): Ed. universitaires.
- Chabert, C. (2004). *Les Méthodes projectives* (Édition : 1re éd. Quadrige.). Paris: Presses Universitaires de France - PUF.
- Chabert, C., Ciavaldini, A., Jeammet, P., & Schenckery, S. (2006). *Actes et dépendances*. Paris: Dunod.
- Chapelier, J.-B., & Roffat, D. (2012). *Groupe, contenance et créativité*. Eres.
- Ciccone, A. (2001). Enveloppe psychique et fonction contenante : modèles et pratiques. *Cahiers de psychologie clinique, n° 17(2)*, 81-102.
- Clark, C. D. (1999). The Autodriven interview: A photographic viewfinder into children's experience. *Visual Sociology, 14(1)*, 39-50.
- Clark-Ibáñez, M. (2004). Framing the Social World With Photo-Elicitation Interviews. *American Behavioral Scientist, 47(12)*, 1507-1527.
- Collier, J. (1957). Photography in Anthropology: A Report on Two Experiments. *American Anthropologist, 59(5)*, 843-859.
- Collier, J. (1986). *Visual Anthropology: Photography As a Research Method* (Édition : Rev Exp.). Albuquerque: University of New Mexico Press.
- Collière, M.-F. (1982). *PROMOUVOIR LA VIE. De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*. Paris: InterEditions.
- Corcos, M., Speranza, M., & Jeammet, P. (2003). *Psychopathologie de l'alexithymie : approche des troubles de la régulation affective*. Dunod.
- Delion, P. (2001). Métaphore et sémiotique. *Spirale, 17(1)*, 55-60.
- Delion, P. (2011). *Accueillir et soigner la souffrance psychique de la personne - 2e éd: Introduction à la psychothérapie institutionnelle* (Édition : 2e édition.). Dunod.
- Denis, P. (2010). *Continuité des soins, continuité psychique. Dans les traces de Myriam David*. Toulouse: Erès.

- Descombey, J.-P. (2004). La répétition des contre-attitudes. *Psychotropes*, Vol. 10(2), 83-101.
- Devereux, G. (2012). *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*. Paris: Flammarion.
- Draus, P., Roddy, J., & Greenwald, M. (2012). Heroin Mismatch in the Motor City: Addiction, Segregation, and the Geography of Opportunity. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, 11(2), 149-173.
- Drew, S. E., Duncan, R. E., & Sawyer, S. M. (2010). Visual Storytelling: A Beneficial But Challenging Method for Health Research With Young People. *Qualitative Health Research*, 20(12), 1677-1688.
- Epstein, I., Stevens, B., McKeever, P., & Baruchel, S. (2008). Photo Elicitation Interview (PEI): Using Photos to Elicit Children's Perspectives. *International Journal of Qualitative Methods*, 5(3), 1-11.
- Estival, C. (2009). *Corps, imagerie médicale et relation soignant-soigné : Etude anthropologique au centre de cancérologie*. Seli Arslan.
- Federn, P. (1979). *La Psychologie du moi et les Psychoses*. Paris: Presses Universitaires de France - PUF.
- Ferbos, C., Magoudi, A. (1986). *Approche psychanalytique des toxicomanes*. PUF.
- Ferreira, J. (2004). *Soigner les Mal Soignés : Ethnologie d'un centre de soins gratuits de Médecins du Monde*. Editions L'Harmattan.
- Foucault, M. (2003). *Le Pouvoir psychiatrique : Cours au Collège de France, 1973-1974* (Édition : Hautes Etudes.). Paris: Seuil.
- Foucault, M. (2001). *L'herméneutique du sujet, Cours au Collège de France, 1981-1982* (Gallimard Seuil.).

- Franques P, Auriacombe M, Tignol J. (2000). Personnalités du toxicomane. *L'Encéphale*, (XXVI), 68-78.
- Freud, S. (2011). *Esquisse d'une psychologie*. Toulouse: Erès.
- Freud, S., & Collectif. (2013). *Au-delà du principe de plaisir* (Édition : 2e édition.). Paris: - PUF.
- Freudenberg, H. (1974). Staff burn-out. *Journal of Social issues*, 30, 159-165.
- Frith, H., & Harcourt, D. (2007). Using Photographs to Capture Women's Experiences of Chemotherapy: Reflecting on the Method. *Qualitative Health Research*, 17(10), 1340-1350.
- Fritz, H., & Lysack, C. (2014). « I see it now »: Using photo elicitation to understand chronic illness self-management L'usage de la méthode de photo-interview pour mieux comprendre l'autogestion des maladies chroniques. *Canadian Journal of Occupational Therapy*
- Fustier, paul. (2014). *Les corridors du quotidien*. Dunod.
- Gesler, W. M. (1992). Therapeutic landscapes: Medical issues in light of the new cultural geography. *Social Science & Medicine*, 34(7), 735-746.
- Gilligan Carol. (2008). *Une voix différente, Pour une éthique du care* (Flammarion.).
- Goffman, E. (1968). *Asiles; études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus: ... Présentation, index et notes de Robert Castel*. Les Editions de Minuit.
- Goffman, E. (1973). *La mise en scène de la vie quotidienne 1 : La présentation de soi* (Édition : Editions de Minuit.). Paris: Les Editions de Minuit.
- Goffman, E., & Kihm, A. (1975). *Stigmate: les usages sociaux des handicaps* ; Paris: Editions de Minuit.
- Green, A. (2011). *Le Travail du négatif*. Paris: Les Editions de Minuit.

- Grotstein, J. S. (1981). *Splitting and Projective Identification*. New York: Jason Aronson Inc. Publishers.
- Guillemin, M., & Drew, S. (2010). Questions of process in participant-generated visual methodologies. *Visual Studies*, 25(2), 175-188.
- Guillermain, Y. (2011). Addictions et temporalité le temps du soin : maintenant ou jamais ! *Psychotropes*, Vol. 17(2), 55-63.
- Guillou-landréat, M., Rozaire, C., & Grall-Bronnec, M. (2013). Représentations des traitements de substitution aux opiacés et de leur arrêt. regards croisés patients/médecins. *Psychotropes*, 19, 23-44.
- Guisseau-Gohier, M., Grall-Bronnec, M., Lambert, S., & Venisse, J.-L. (2007). Pertinence des contrats de soin dans le traitement de l'anorexie mentale. *L'information psychiatrique*, 83(5), 389-395.
- Gutton, P. (2004). Le concept de soin avec Jacques Hochmann. *Le Carnet PSY*, 87(1), 22-27.
- Hachet, P. (2003). Notes de lecture. *Psychotropes*, 9, 119-120.
- Hachet, P. (2012). *Les Toxicomanes et leurs secrets*. Harmattan.
- Hagedorn, M. (1994). Hermeneutic photography: an innovative esthetic technique for generating data in nursing research. *ANS. Advances in Nursing Science*, 17(1), 44-50.
- Hall, M. T., & Skinner, D. (2012). Perceptions and Experiences of Drug Use Among Women in Rural North Carolina. *Contemporary Rural Social Work*, 4(0), 1-14.
- Hammer, R. R., Dingel, M. J., Ostergren, J. E., Nowakowsky, K. E., & Koenig, B. A. (2012). The Experience of Addiction as Told by the Addicted: Incorporating Biological Understandings into Self-Story. *Cult Med Psychiatry*, (36), 712-734.
- Harper, D. (2002). Talking about pictures : a case for photo elicitation. *Visual Studies*, 17(1), 13-27.

- Hautefeuille, M. (2010). la nouvelle psychologie des addictions. *Psychotropes*, 16.
- Hautefeuille, M. (2011). Addictions et temporalités. *Psychotropes*, 17(2), 5-8.
- Heinrich-Leget, C., & Jacob, C. (2010). Derrière le masque de la toxicomanie. Une modalité particulière de prise en charge institutionnelle, articulation entre théorie et clinique. *Psychotropes*, Vol. 15(4), 95-120.
- Hirsch, E., (2010). *Traité de bioéthique*. Erès.
- Hochmann, J. (1999). *La consolation. Essai sur le soin psychique*. Paris: Editions Odile Jacob.
- Houzel, D. (2010). *Le concept d'enveloppe psychique*. Paris: In press.
- Howard, M. O., & Chung, S. S. (2000). Nurses' attitudes toward substance misusers. II. Experiments and studies comparing nurses to other groups. *Substance use & misuse*, 35(4), 503-532.
- Jacob, C. (2006). Contraindre ou contracter ? Réflexions sur le contrat. *Psychotropes*, 12, 23 à 32.
- Jacquet, M.-M. (2006). De l'attachement... au détachement. Addictions et reviviscence de la séparation en fin de psychothérapie. Illustration au test du village. *Psychotropes*, Vol. 12(2), 93-93.
- Jeammet, P., & Corcos, M. (2010). *Evolution des problématiques à l'adolescence : L'émergence de la dépendance et ses aménagements* (nouvelle édition revue et augmentée.). Paris: Doin.
- Jorgensen, B. S., & Stedman, R. C. (2006). A comparative analysis of predictors of sense of place dimensions: attachment to, dependence on, and identification with lakeshore properties. *Journal of Environmental Management*, 79(3), 316-327.
- Kaës, R. (2012). *L'institution et les institutions - Études psychanalytiques*. Paris: Dunod.
- Kaës, R. (2013). *Crise, rupture et dépassement*. Paris: Dunod.

- Kestemberg, E., & Decobert, S. (2005). *La faim et le corps : Une étude psychanalytique de l'anorexie mentale*. Paris: Presses Universitaires de France - PUF.
- Klein, M., Heimann, P., Isaacs, S., Riviere, J., & Jones, E. (2013). *Développements de la psychanalyse*. (W. Baranger, Trad.). Paris : PUF
- Kyle, G., & Chick, G. (2007). The Social Construction of a Sense of Place. *Leisure Sciences*, 29(3), 209-225.
- Lacan, J. (1949). Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je telle qu'elle nous est révélée dans l'expérience psychanalytique., communication faite au XVIe congrès international de psychanalyse, à Zürich, le 17 juillet 1949, *Ecrits*.Seuil.
- Lachal, J., Speranza, M., Spot Denkiewicz, Moro, M. R., & Revah-Levy. (2012). Depression in adolescence : from qualitative research to measurement. *Adolescent psychiatry*, 2, 296-308.
- Lachal, J., Speranza, M., Taïeb, O., Falissard, B., Lefèvre, H., Moro, M.-R., & Revah-Levy, A. (2012). Qualitative research using photo-elicitation to explore the role of food in family relationships among obese adolescents. *Appetite*, 58(3), 1099-1105.
- Laplanche, J. (2007). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris: Presses Universitaires de France - PUF.
- Larguèche, M., Jeannin, R., & Reyre, A. (2011). Éthique et Narrativité dans les Addictions (EthNaA). *L'Autre, Cliniques, cultures et sociétés*, 12(3).
- Latta, A., Rampton, T., Rosemann, J., Peterson, M., Mandleco, B., Dyches, T., & Roper, S. (2014). Snapshots reflecting the lives of siblings of children with autism spectrum disorders. *Child: Care, Health and Development*, 40(4), 515-524.
- Laudat, B., Pascal, J.-C., Courteix, S., & Thoret, Y. (2008). Mener un projet architectural en psychiatrie. *EMC - Psychiatrie*, 5(1), 1-11.
- Le Poulichet, S. et al. (2000). *Les addictions*. PUF.

- Le Poulichet, S. (2011). *Toxicomanies et psychanalyse, les narcoses du désir*. Edition 3. PUF.
- Lebovici, S. (1994). Empathie et « énonciation » dans le travail du contre-transfert. *Revue française de psychanalyse, n° spécial congrès(LVIII), 1551-1561*.
- Lebovici, S., Diatkine, R., Soulé, M. (2004). *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Edition 2. PUF.
- Levivier, M. (2011). L'entretien de liaison alcoologique : abords langagiers. *Psychotropes, Vol. 16(3), 117-137*.
- Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *The Lancet, 358, 483-488*.
- Marcelli, D., & Braconnier, A. (2013). *Adolescence et psychopathologie* (Édition : 8.). Elsevier Masson.
- McDougall, J. (2004a). L'économie psychique de l'addiction. *Revue française de psychanalyse, Vol. 68(2), 511-527*.
- McDougall, J. (2004b). *Théâtres du Je*. Paris: Folio.
- Mellier, D. (2005a). La fonction à contenir. *La psychiatrie de l'enfant, Vol. 48(2), 425-499*.
- Mellier, D. (2005b). La fonction contenante, une revue de la littérature. *Perspectives Psy, 44(4), 303-310*.
- Meltzer, D. (1971). *Le processus psychanalytique*. PAYOT.
- Meltzer, D. (2005). *Le Claustrium : Une Exploration des Phénomènes Claustrophobiques* (Édition : 2e édition.). Lamor-Plage: Hublot.
- Meltzer, D., & Williams, M. H. (2000). *L'Appréhension de la Beauté*. Lamor-Plage: Hublot.
- Mijolla, A. de, & Shentoub, S. (2004). *Pour une psychanalyse de l'alcoolisme*. Paris: Payot.
- Miller, J.-A. (2014). *Le séminaire : Tome 11, Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse*. Paris: Points.

- Monraisin, F. (2012). La toxicomanie : une transmission de soi à soi. *Champ psy*, n° 62(2), 165-177.
- Morel, A., & Couteron, J.-P. (2008). *Les conduites addictives : comprendre, prévenir, soigner* (1ère édition.). Paris: Dunod.
- Morel, A., Hervé, F., & Fontaine, B. (1997a). *Soigner les toxicomanes* (Édition : 1.). Paris: Dunod.
- Morel, A., Hervé, F., & Fontaine, B. (1997b). *Soigner les toxicomanes* (1^{re} éd.). Paris: Dunod.
- Olievenstein, C. (1987). *La clinique du toxicomane* (1^{re} éd.). Paris: Éditions universitaires Begedis.
- Olievenstein, C. (1991). *La vie du toxicomane. Séminaire de l'hôpital Marmottan* (3^e éd.). Paris: Puf.
- Oliffe, J. L., & Bottorff, J. L. (2007). Further Than the Eye Can See? Photo Elicitation and Research With Men. *Qualitative Health Research*, 17(6), 850-858.
- Ossipow, L., Csupor, I., & Lambelet, A. (2006). Lieux et objets d'assistance : mises en scène dans cinq Centres d'action sociale et de santé (CASS). *ethnographiques.org*, (Numéro 9 - février 2006).
- Oury, J. (2003). Transfert, multiréférentialité et vie quotidienne dans l'approche thérapeutique de la psychose. *Cahiers de psychologie clinique*, n° 21(2), 155-165.
- Oury, J. & Dépussé, M. (2003). *A quelle heure passe le train... Conversations sur la folie*. Calmann Levy.
- Oury, J. (2007). Chemins vers la clinique. *L'évolution psychiatrique*, 72, 3-14
- Oury, J. (2007). Psychanalyse, psychiatrie et psychothérapie institutionnelles. *VST - Vie sociale et traitements*. 95, 110-125.
- Panunzi-Roger N. (1993). *L'expérience toxicomaniaque*. Marseille.

- Papademas, D., & International Visual Sociology Association. (2009). IVSA Code of Research Ethics and Guidelines. *Visual Studies*, 24(3), 250-257.
- Paperman, P., & Laugier, S. (2011). *Le souci des autres: Ethique et politique du care* (édition revue et augmentée (24 février 2011)). Paris: Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales.
- Payne, J. (2007). Women drug users in North Cumbria: what influences initiation into heroin in this non-urban setting? *Sociology of Health & Illness*, 29(5), 633-655.
- Pedinielli, J.-L., Rouan, G., & Bertagne, P. (1997). *Psychopathologie des addictions* (1^{re} éd.). Paris: Puf.
- Peneff, J. (1992). *L'hôpital en urgence*. Métailié.
- Pink, S. (2006). *Doing visual ethnography*. London: SAGE.
- Pirlot, G. (2013). *Psychanalyse des addictions* (2^e éd.). Paris, France: Armand Colin.
- Rabain, J.-F. (2001). Psychodrame psychanalytique et « empathie métaphorisante ». *Champ psy*, 23(3), 69-84.
- Racamier, P.-C. (1993). *Le psychanalyste sans divan*. 3^{ème} édition. Payot.
- Racamier, P.-C. (2001). *L'esprit des soins : Le cadre*. Paris: Collège de psychanalyse groupale et familiale.
- Radley, A., & Taylor, D. (2003). Images of Recovery: A Photo-Elicitation Study on the Hospital Ward. *Qualitative Health Research*, 13, 77-99.
- Remy-Largeau, I. (2011). Philosophie du soin, care et soins infirmiers : une revue de la littérature pour une recherche au carrefour de la philosophie et du soin. *REcherche en soins infirmiers*, (107), 49-59.
- Reynaud, M. (2006a). *Traité d'addictologie*. Paris: Flammarion médecine-sciences.
- Reynaud, M. (2006b). *Traité d'addictologie*. Paris: Médecine Sciences Publications.

- Reyre, A., Jeannin, R., Larguèche, M., Hirsch, E., Baubet, T., Moro, M. R., & Taïeb, O. (2013). Care and prejudice: moving beyond mistrust in the care relationship with addicted patients. *Medicine, Health Care and Philosophy, A European Journal*, 16(4).
- Reyre, A., Taïeb, O., Rouchon, J.-F., Baubet, T., Hirsch, E., & Moro, M. R. (2010). Inquiétude et souci de soi comme éthique dans les relations thérapeutiques avec les patients addicts. *Psychotropes, Vol. 16(1)*, 9-19.
- Ricoeur, P. (1996). *Soi-même comme un autre*. Paris: Seuil.
- Riessman, C. K. (2007). *Narrative methods for the social sciences*. London: SAGE.
- Riley, R., & Manias, E. (2003). Snap-shots of live theatre: the use of photography to research governance in operating room nursing. *Nursing Inquiry*, 10(2), 81-90.
- Rose, G. (2012). *Visual methodologies: an introduction to researching with visual materials*. Los Angeles [u.a.: SAGE.
- Rouchon, J.-F., C., F., & K., L. (2011). Expériences de vie et de mort des groupes thérapeutiques dans un centre de soins pour patients toxicomanes. *Psychotropes, Vol. 16(3)*, 89-106.
- Rozaire, C., Guillou-landréat, M., Rocher, B., Grall-Bronnec, M., & Vénisse, J.-L. (2010). Qu'est-ce que l'addiction? *Archives de politique criminelle*, (31), 9-24.
- Sampson-Cordle, A. V. (2001). Exploring the Relationship between a Small Rural School in Northeast Georgia and Its Community: An Image-Based Study Using Participant-Produced Photographs. Consulté à l'adresse <http://eric.ed.gov/?id=ED459014>
- Samuels, J. (2004). Breaking the Ethnographer's Frames Reflections on the Use of Photo Elicitation in Understanding Sri Lankan Monastic Culture. *American Behavioral Scientist*, 47(12), 1528-1550.

- Sandhu, A., Ives, J., Birchwood, M., & Upthegrove, R. (2013). The subjective experience and phenomenology of depression following first episode psychosis: A qualitative study using photo-elicitation. *Journal of Affective Disorders, 149*(1), 166-174.
- Sandler, J. (1960). The background of safety. *The international journal of psychoanalysis, 41*, 352-356.
- Shinebourne, P., & Smith, J. A. (2010). The communicative power of metaphors: An analysis and interpretation of metaphors in accounts of the experience of addiction. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 83*(1), 59–73.
- Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). *Interpretative phenomenological analysis: theory, method and research*. Los Angeles: SAGE.
- Stern, D. (2003). *Le Monde interpersonnel du nourrisson* (Édition : 4e.). Paris: Presses Universitaires de France - PUF.
- Stine Thidemann, S., Torp Maller, K., & Pristed Nielsen, H. (2013). Applying visual methods in the study of place affiliation, mobility and belonging. *Graduate journal of social science, 10*(2), 43-53.
- Taïeb, O. (2011). *Les histoires des toxicomanes - Récits et identités dans les addictions*. Paris: Presses Universitaires de France - PUF.
- Taïeb, O., Reyre, A., Rouchon, J.-F., Baubet, T., Hirsch, E., & Moro, M. R. (2010). La promesse dans les addictions : de la reconnaissance de soi à la reconnaissance mutuelle selon Hannah Arendt et Paul Ricœur. *Psychotropes, Vol. 16*(1), 21-34.
- Taïeb, O., Reyre, A., Rouchon, J.-F., Baubet, T., & Moro, M. R. (2008). Théories de la lecture et addictions : du Lecteur Modèle au Patient Modèle. *L'Évolution Psychiatrique, 73*(4), 685-699.
- Tisseron, S. (2005). *Psychanalyse de l'image. Des premiers raïtes au virtuel*. 3^{ème} édition. Dunod.

- Tisseron, S. (2008). *Le mystère de la chambre claire : Photographie et inconscient*. Paris: Editions Flammarion.
- Toubiana, E.-P. (2011). *Addictologie clinique* (1ère édition.). PUF.
- Tronto, J., & Mozère, L. (2009). *Un monde vulnérable : Pour une politique du*. Paris: Editions La Découverte.
- Vacheret, C. (2000). *Photo, groupe et soin psychique*. Presses Universitaires de Lyon.
- Vénisse, J-L. et al. (1991). *Les nouvelles addictions*. Masson.
- Vénisse, J.L., Bailly, D. et al.(1997). *Addictions: quels soins?* Masson.
- Wang, C., & Burris, M. A. (1997). Photovoice: concept, methodology, and use for participatory needs assessment. *Health Education & Behavior: The Official Publication of the Society for Public Health Education*, 24(3), 369-387.
- Wang, C. C. (1999). Photovoice: a participatory action research strategy applied to women's health. *Journal of women's health*, 8(2), 185-192.
- Winnicott, D. W., & Kalmanovitch, J. (1958). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. [Paris]: Payot.
- Winnicott. (2000). *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*. Paris: Gallimard.
- Winnicott, D. W., & Monod, C. (2006). *Jeu et réalité: l'espace potentiel*. [Paris]: Gallimard.
- Winnicott, D.-W. (2006). *La mère suffisamment bonne*. Paris: Payot.
- Worms, F., & Lefève, C. (2010). *La philosophie du soin* (Édition : 1.). Paris: Presses Universitaires de France - PUF.
- Zafiroopoulos, M. , Delrieu, A. (1996). *Le toxicomane n'existe pas*.Economica.

Sites web¹⁶⁴

<http://www.drogues.gouv.fr>

<http://www.photolangage.com>

http://psydocfr.broca.inserm.fr/toxicomanies/DESC%20Addictologie/desc__college_national_addictologie.htm

<http://www.senononline.com>

ANNEXES (en volume 2 de la thèse)

Annexe 1 : Protocole de recherche EthNaA, volet 2.....	191
Annexe 2 : Formulaire EthnaA 2 : formulaire d'information sur l'étude pour les usagers, formulaire de consentement à l'étude, questionnaire socio-démographique et clinique pour les usagers participants, questionnaire passateur.....	206
Annexe 3 : Accord du comité d'éthique.....	211
Annexe 4 : Répartition des photographies élicitées sur un plan du CSAPA.....	212
Annexe 5 : Photographies choisies pour élicitation.....	213
Annexe 6 : Transcription des entretiens.....	216
Entretien 1 (E1) : Nicolas.....	216
Entretien 2 (E2) : Kouam.....	239
Entretien 3 (E3) : Séverine.....	248
Entretien 4 (E4) : Fabrice.....	259
Entretien 5 (E5) : Ludovic.....	276
Entretien 6 (E6) : Marc.....	290
Entretien 7 (E7) : Judith.....	301
Entretien 8 (E8) : Isabelle.....	315
Entretien 9 (E9) : Guillaume.....	323
Entretien 10 (E10) : Maria.....	343

Contenance et soin psychique : réflexions théorico-cliniques à partir d'une étude qualitative par la photo-élicitation d'un lieu de soins ambulatoires en addictologie**Résumé**

La prise en charge thérapeutique des addictions au sein de lieux de soins spécialisés comme les CSAPA fait particulièrement appel à la capacité contenante de l'institution. L'objet de cette étude a été de préciser le regard porté par les patients sur leur lieu de soin à travers une méthode de photo-élicitation. L'analyse des résultats a été menée selon l'Interpretative Phenomenological Analysis, en décrivant les phénomènes de contenance et d'enveloppement à l'œuvre dans leur lieu de soin chez les sujets addicts : leurs qualités et leurs défaillances. Dix entretiens ont été réalisés, basés sur la discussion de deux photographies par patient, prises sur leur lieu de soin. Les résultats rendent compte de la portée symbolique du lieu et de ses objets et de sa capacité à tisser des enveloppes. Les thèmes retrouvés s'organisent autour des pôles de protection et de menace. L'abord par les lieux s'avère être une méthode de recherche pertinente par ses qualités projectives: projection des représentations de l'altération des propres enveloppes psychique et corporelle des patients et support d'expression de conflits psychiques des sujets addicts reliés aux enjeux spécifiques de la relation de soin en addictologie.

Mots clés

Addictions, recherche qualitative, photo-élicitation, lieu de soin, relation de soin, contenance, enveloppes psychiques

ANNEXES

Annexe 1 : Protocole de recherche EthNaA, volet 2

Recherche qualitative avec un outil narratif portant sur les difficultés et altérations de la relation d'aide dans le champ des addictions (EthNaA), 2d volet

Qualitative research using a narrative tool to explore the difficulties and alterations of the care relationship in the field of addictions (EthNaA), part 2

Coordinateur : Dr Aymeric REYRE (aymeric.reyre@avc.aphp.fr)

Groupe de recherche "Ethique et Narrativité dans les Addictions" (EthNaA)

Julie BAILLY, Léa BARRET, Dr Tahar BELGHOUAR Jamila CHAIB, Marion DELFAURE, Raphaël JEANNIN, Dr Myriam LARGUECHE, Katherine LEVY, Sandra NDOKI, Dr Mayalen de RECONDO, Valérie RENAULT, Dr Olivier TAIEB

Centre Boucebci – CSAPA de l'hôpital Avicenne

Service de Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, Psychiatrie Générale et Addictions (Pr T. BAUBET)

Université Paris 13, EA 4403. Inserm U669

125, rue de Stalingrad

93000 Bobigny

Tel : +33 (0)1 48 95 59 33

Fax : +33 (0)1 48 95 59 76

Espace éthique de l'AP-HP – Hôpital Saint-Louis

Département de recherche en éthique (Pr E. Hirsch)

Université Paris 11, EA 1610

1, avenue Claude Vellefaux

75010 Paris

Tel : +33 (0)1 44 84 17 57

Fax : +33 (0)1 44 84 17 58

Recherche qualitative avec un outil narratif portant sur les difficultés et altérations de la relation d'aide dans le champ des addictions

La rencontre de personnes addictées dans le cadre du soin (pris ici dans sa signification la plus ample, "prendre soin") fait naître une inquiétude dont peuvent témoigner les professionnels : Sommes-nous en sécurité ? Pouvons-nous nous fier à ce que dit l'addicté ? Ne risquons-nous pas d'être trompés ?...

Cette inquiétude entendue ici de façon large comme perte des repères classiques de l'action (Soulet, 2005 ; Reyre, 2010), se nourrit de multiples sources. Nous pouvons souligner parmi elles les modalités relationnelles mises en place par les personnes addictées qui ne bénéficient que de peu d'expériences satisfaisantes dans ce domaine (McDougall, 1982 ; Olievenstein, 2000), les représentations péjoratives diffuses chez les acteurs du soin (Howard et al., 2000 ; Taïeb, 2011) ou l'expansion d'un discours addictologique en cours de constitution et encore peu assuré de ses origines et fondements (Valleur, 2009).

Nous faisons l'hypothèse que cette inquiétude peut entraver le développement d'une relation de soin propre à rétablir une dynamique de changement chez la personne addictée. **Caractériser cette inquiétude, en explorer les origines, les mécanismes et les effets relève ainsi d'enjeux à la fois cliniques et éthiques et constitue l'objet de cette recherche.**

Une recherche dans le champ de l'éthique

La question éthique apparaît indissociable des autres enjeux de la relation de soin. La rencontre d'un sujet, qu'il soit ou non demandeur d'aide, est en soi un acte éthique (Levinas, 1976 ; Ricœur, 2004). Pourtant cette question semble être l'objet d'une isolation sous l'effet d'une "technicisation" du soin médical et d'une "démoralisation" du discours social.

La réflexion morale actuelle se caractérise par la constitution d'éthiques sectorielles et relativistes qui deviennent souvent des espaces de spécialisation proposant un savoir spécifique isolé des pratiques auxquelles elles se réfèrent. Il nous importe d'inscrire cette recherche dans une conception de l'éthique médicale à la fois plus généraliste et plus intégrée dans la pratique quotidienne du soin.

Nous rejoignons ainsi les positions qui sont défendues en France par Didier Sicard (2009) ou Emmanuel Hirsch (2010). Sans être un savoir positif, l'éthique peut être objet d'étude si la méthodologie employée tient compte de sa complexité et de son ancrage dans la pratique. La recherche en éthique peut alors avoir une fonction unifiante et donner un sens commun et simultané à la production de savoir et à la pratique du soin au quotidien.

Une recherche sur la relation de soin

Nous entendons le soin au sens ouvert de "prendre soin", proche du "care" anglo-saxon (Gilligan, 2008). Ce choix permet de recueillir les discours de professionnels agissant auprès de personnes addictées qui n'appartiennent pas uniquement au champ sanitaire. Il souligne également notre souhait d'entendre, au-delà des discours professionnels, la parole des personnes impliquées dans le soin. Nous pensons en effet, avec les penseurs du "care", que la rencontre entre sujet demandeur de soin et professionnel engage les protagonistes dans une relation authentique mettant en jeu fortement leurs identités personnelles mutuelles.

Dans le cadre de cette recherche deux dimensions de la relation de soin sont distinguées : la dimension collective et la dimension individuelle. Il nous semble que le discours collectif, institutionnel, ne se résume pas à la somme des discours individuels. Nous attribuons aux institutions des caractéristiques propres, liées à leur histoire, à leurs affiliations, à leur topologie et à leurs règles de fonctionnement. Nous nous attendons donc à observer des différences entre les discours des individus et des groupes ainsi que dans leurs façons de s'adapter aux problèmes générés par l'inquiétude relationnelle.

Une recherche avec un outil narratif

La méthodologie narrative tient une place importante dans le champ de la recherche en anthropologie médicale et en sciences sociales. Elle repose sur des techniques de mise en récit par les sujets à partir de matériaux divers, généralement des images ou des sons (Riessman, 2008 ; Finley, 2005).

Dans le cadre de cette étude, nous utiliserons l'outil narratif dans le but de faire émerger des représentations latentes en décalant les sujets de leur place de professionnel ou de personne addictée.

Nous souhaitons également observer la place des récits et la convocation de figures de fiction (issues du cinéma, de la littérature...) dans la relation de soin, et leur éventuelle capacité à soutenir les protagonistes dans leurs difficultés relationnelles.

Objectifs de la recherche

- Etudier, au sein des lieux de recours dans le champ des addictions :
 - La relation d'aide et l'inquiétude qui peut s'y installer
 - Les figures morales et représentations qui sont attachées aux personnes addictées, celles qui le sont aux professionnels et leurs rapports réciproques
 - Les réactions et recours des individus face aux difficultés posées par l'inquiétude dans la relation d'aide
 - Les réactions du groupe des professionnels et de l'institution aux difficultés posées par l'inquiétude dans la relation d'aide
- Observer les différences et similitudes entre les positions individuelles et groupales
- Observer les différences et similitudes entre les positions institutionnelles des différents lieux de recours
- Etudier les caractéristiques topographiques et organisationnelles de lieux de recours et leur capacité à soutenir la relation d'aide

Premiers résultats

Les résultats préliminaires du premier volet de cette étude révèlent la présence d'une inquiétude liée à la relation de soin dans l'ensemble des structures qui nous ont accueillies. Nous observons des effets désorganisateur de cette inquiétude mais également des effets créatifs pour le soin avec des variations selon les lieux. Il apparaît d'une part que ces différences sont liées à la « tâche primaire » des institutions (leurs missions) et d'autre part que l'inquiétude des soignants, lorsqu'elle n'est pas paralysante, leur permet de s'adapter aux difficultés de la relation et stimule leur inventivité.

L'exploitation du matériel montre cependant certaines limites de notre premier protocole :

- Le questionnaire « Inquiétude » s'est avéré trop long et trop directif au regard de notre question de recherche.

- L'expérience de l'utilisation d'un outil de médiation narrative s'est montré très intéressante et nous invite clairement à renouveler ce type de méthodologie. La lecture d'un extrait de texte littéraire classique a toutefois suscité des réactions de retraits des sujets percevant l'exercice comme une épreuve scolaire.

- Les discours recueillis dans le CSAPA semblent être un peu en décalage par rapport au matériel issu des autres lieux. Cela permet d'enrichir l'analyse mais nécessite un complément d'investigation dans de nouvelles structures équivalentes. De plus, des difficultés méthodologiques liées à notre intervention sur ce site relativise la pertinence des certaines données recueillies.

L'ouverture d'un second volet de la recherche vise donc à compléter le recueil de données déjà réalisé, en se concentrant sur des centres de prise en charge médicale ambulatoire des addictions de type CSAPA et en recueillant davantage de matériel auprès des sujets addicts.

Nous pourrions ainsi développer nos résultats concernant les difficultés qui pèsent sur la relation de soin et sur les caractéristiques de celle-ci dans le champ des addictions. Nous nous attacherons notamment à approfondir une thématique émergente autour du concept de volonté et à mettre en perspective espace, lieu de soin et relation de soin. Ce nouveau volet nous permettra également de développer notre expérience méthodologique des outils de médiation narrative en utilisant extraits de film et prises de vues photographiques comme support des entretiens de recherche (photo-élicitation).

Notre objectif final est de renforcer la triangulation de nos résultats pour donner une analyse plus pertinente et tenter d'identifier des éléments pouvant être utiles à la formation et

Méthodologie

Il s'agit d'une recherche qualitative portant sur des discours recueillis auprès de personnes addictées d'une part et de professionnels seuls ou en groupe d'autre part. Elle repose sur l'utilisation de supports narratifs visuels.

▪ **Terrain**

Le recueil du matériel se fera dans deux espaces d'aide aux personnes addictées.

Nos modalités de présence dans chaque centre seront discutées avec les équipes concernées. Le recueil pourra se faire en une ou plusieurs journées ou demi-journées, de préférence dans les locaux du centre hôte.

▪ **Matériel**

1. Les personnes addictées

Dans chaque institution, nous souhaitons rencontrer **trois personnes** y sollicitant une aide. Les seuls critères d'inclusion sont la majorité civile et l'inscription dans la file active du centre hôte.

Ces personnes auront un entretien individuel de recherche au cours duquel elles répondront à des questions ouvertes à partir de prises de vues photographiques qu'elles auront précédemment réalisées. L'entretien sera réalisé par un passateur unique et la procédure durera une heure et demi environ.

2. Les professionnels

Nous souhaitons rencontrer, sur chaque site, **le responsable ou référent**, puis des membres de l'équipe. **Six à huit professionnels** constitueront un « focus group » animé par deux investigateurs, autour d'un support narratif vidéo extrait d'une œuvre cinématographique, pour une durée de deux heures environ. **Trois autres professionnels** auront des entretiens individuels autour de prises de vues réalisées selon une procédure similaire à celle des personnes addictées.

▪ Procédure

Après un premier contact téléphonique, nous rencontrerons le responsable du site pour présenter la recherche et recueillir un premier matériel sur l'institution, son histoire, son identité, ses affiliations (cf Questionnaire "Responsables").

Selon le souhait du responsable, la recherche est présentée à l'équipe par lui-même ou par nos soins. **Le responsable et l'équipe auront la charge de réunir les personnes acceptant d'y participer. Ils devront également recruter trois personnes addictées acceptant de participer à un entretien individuel.**

Chaque participant recevra une information complète sur la recherche. Leur consentement sera recueilli après un délai minimal de sept jours. Les discours seront ensuite collectés dans deux dispositifs distincts : "focus group" et entretiens individuels:

- Focus group : Il s'agit d'un groupe d'échange réputé permettre un recueil de discours de groupe, complexe, révélant les interactions intra-groupe et réduisant l'influence des opinions des chercheurs sur les discours (Kamberlis et Dimitriadis, 2005 ; Wilkinson, 2008). Dans cette étude, il sera animé par deux chercheurs. Seuls des professionnels seront invités à participer à un groupe qui ne se réunira qu'une fois pour une durée de deux heures environ. Idéalement, ce groupe devra être constitué de six à huit membres de l'équipe, auxquels s'ajouteront les deux investigateurs. Ces derniers n'interviendront pas dans le choix des participants au groupe. Le consentement de chaque professionnel sera recueilli avant le début du groupe, chacun restant libre de le quitter à tout moment. Il est bien sûr souhaitable que les participants au groupe soient libres de contraintes durant son déroulement. Un bref auto-questionnaire socio-démographique (cf Questionnaire "SD") sera distribué et rempli avant le début du groupe. Les investigateurs s'appuieront, pour animer le groupe, sur une grille d'entretien préétablie pour cette étude (cf Grille focus group). L'un des investigateurs posera les questions et animera le groupe, l'autre prendra des notes pour assurer la qualité de la transcription. Un temps de parole libre est prévu à la fin de l'entretien de groupe. Les investigateurs auront ensuite à compléter un questionnaire sur la tonalité de l'entretien et sur leurs impressions propres (cf Questionnaire "Passateurs").

- Entretiens individuels : Ils seront proposés d'une part aux professionnels du centre hôte, d'autre part aux personnes addictées accueillies. Pour chaque centre, nous souhaitons rencontrer trois professionnels et trois personnes dépendantes. Après information, recueil du consentement et des données socio-démographiques, la procédure se déroulera sur une heure et demi environ. **Les professionnels interrogés n'auront pas participé au focus group.**

Sera confié au sujet un appareil photographique numérique, associé à la consigne suivante: "Voici un appareil photo. Prenez deux photos de ce lieu, nous en discuterons ensuite." L'entretien sera ensuite mené selon la méthode de photo-élicitation (Rose, 2007).

Un temps de parole libre est prévu à la fin de l'entretien. L'investigateur aura ensuite à compléter un questionnaire sur la tonalité de l'entretien et sur ses impressions propres.

▪ **Instruments**

Deux types d'instruments seront utilisés :

- Questionnaires et grilles d'entretien

Le questionnaire socio-démographique est structuré. Les questionnaires "Responsables" et "Passateurs" sont de type semi-structuré. Ils sont composés d'un nombre limité de questions ouvertes, le temps de réponse n'étant pas limité.

Les autres entretiens seront débutés par une question amorce. Le discours sera libre et les passateurs pourront être amenés à faire des relances sur certains thèmes non abordés spontanément ou sur de nouveaux thèmes ou narrations apparaissant en cours d'entretien.

Pour cela, ils s'appuieront sur des grilles d'entretiens

- Questionnaire "Responsables" : destiné aux référents institutionnels
- Questionnaire "SD" socio-démographique : destiné à tous les entretiens
- Grille "Photo-élicitation" : destiné aux entretiens individuels
- Grille Focus Group : destiné aux focus group de soignants autour de la visualisation de l'extrait de film.
- Questionnaire "Passateurs"

□ Support narratif

La méthodologie narrative tient une place importante dans le champ de la recherche en anthropologie médicale et en sciences sociales. Elle repose sur des techniques de mise en récit par les sujets à partir de matériaux divers (Riessman, 2008 ; Finley, 2005).

Dans le cadre de cette étude, les supports narratifs prennent la forme:

- d'un extrait d'œuvre cinématographique (Le Feu Follet de Louis Malle, 1962), projeté aux sujets par les chercheurs. Il s'agit d'une séquence de six minutes montrant une rencontre entre un médecin et son patient, au cours d'une hospitalisation en maison de santé où il est soigné pour une problématique d'alcool-dépendance. Ce choix a pour but de permettre l'émergence de représentations latentes. Les sujets sont décalés de leur place de professionnel par la visualisation d'un film de fiction et l'invitation à une production créative faisant appel à l'imagination. Néanmoins, le cadre de la recherche (personnes interrogées en tant que soignants dans un lieu de soin et dans le cadre d'une étude portant sur le soin) induit un discours portant sur le soin.
- de deux photographies réalisées par le sujet et commentées à l'aide d'une méthode de photo-élicitation. Il s'agit d'une méthode narrative visuelle, issue de la recherche en anthropologie et sciences sociales (Collier, 1967, Rose, 2007) et qui se développe dans le champ de la recherche médicale et psychologique. Elle utilise la production d'image photographique comme outil de recherche, de production et d'investigation des données. L'image créée par le sujet de la recherche est ainsi utilisée comme objet de médiation de l'entretien de recherche. Cette méthode permet une diminution de l'asymétrie entre chercheur et sujet de la recherche et donc une meilleure implication de dernier, un enrichissement quantitatif et qualitatif du matériel recueilli. Nous souhaitons que cette méthode, en associant des données de communication analogique et verbale, puisse amener à une compréhension plus approfondie du phénomène qui nous intéresse.

▪ **Analyse**

Focus group et entretiens individuels seront enregistrés avec l'accord des participants puis retranscrits. Ils seront analysés parallèlement par les investigateurs à l'aide d'une méthode qualitative et par le logiciel ALCESTE développé par le CNRS. L'objectif de la recherche est de décrire, à partir d'un nombre limité d'entretiens et le plus précisément possible, les

aménagements de la relation de soin en cas de difficultés rencontrés mais aussi d'en dégager des éléments de sens non accessibles de façon immédiate dans les discours.

Ce souhait d'une approche à la fois descriptive et interprétative nous a fait choisir, comme méthode d'analyse, l'**analyse phénoménologique interprétative (IPA)** (Smith, 1996, 2004). Cette technique d'analyse de contenu repose sur des lectures répétées du matériel transcrit pour en dégager des éléments pertinents progressivement regroupés en thèmes. Les thèmes extraits des différents entretiens sont ensuite assemblés en méta-thèmes. L'analyse des entretiens commence dès les premiers recueils, ce qui permet d'affiner les questionnaires afin d'enrichir le recueil du matériel.

Le **logiciel d'Analyse des Lexèmes Cooccurrents dans un Ensemble de Segments de Textes (ALCESTE)** est développé par le CNRS depuis 1986 (Reinert, 1987). Sa fonction est de quantifier les structures signifiantes d'un texte. Il est adapté à l'analyse de discours recueillis à partir de questions ouvertes et utilisé notamment en sociologie, en psychologie sociale et en psychiatrie (Noël-Jorand, 1997 ; Looze, 1999). En décomposant progressivement un corpus important, il extrait des termes récurrents et leurs liens mutuels, et les rassemble en groupes signifiants. Les résultats de cette analyse seront rapprochés de ceux de l'IPA et permettront de les compléter et de les discuter.

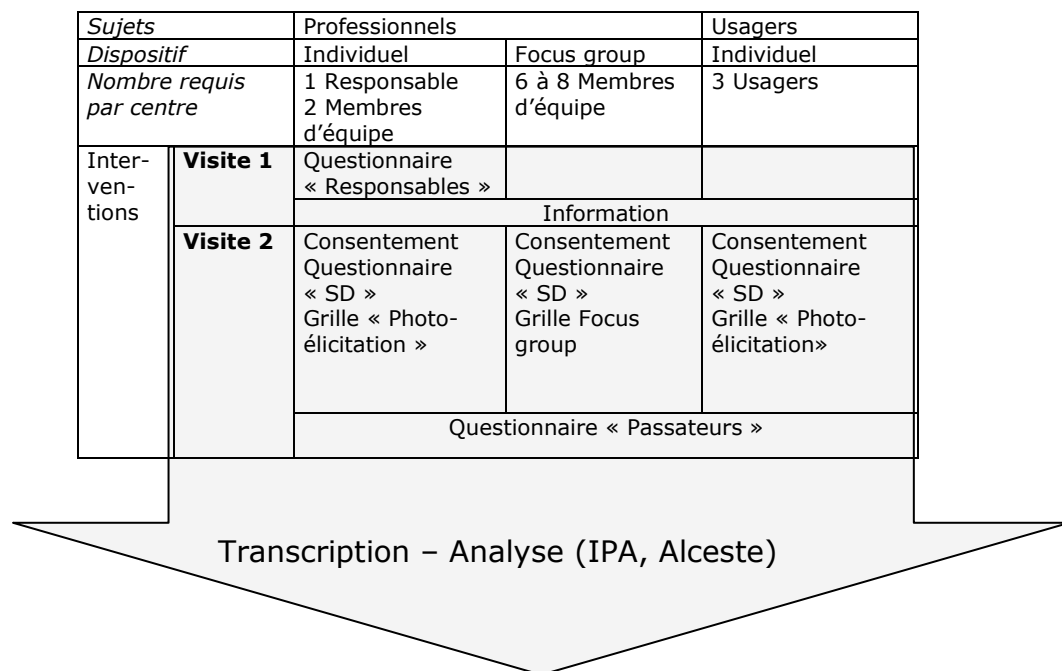
La validité d'une méthode qualitative repose sur la description minutieuse du procédé de recherche, sur le travail de réflexivité des chercheurs et sur la rigueur de la triangulation (Malterud, 2001).

Dans cette étude, le travail réflexif des investigateurs a débuté avec le groupe de recherche. Ceux-ci sont en effet formés à l'appréhension de la subjectivité de l'observateur, notamment au travers de l'analyse du contre-transfert du chercheur (Devereux, 1998). Chaque passateur tient, depuis le début, un cahier de terrain contenant ses notes personnelles sur la mise en place du processus, ces réflexions et observations concernant celui-ci et la question de recherche. Par ailleurs, il leur sera demandé, avant le début du recueil des données de terrain, de rédiger un document personnel contenant ce qu'ils peuvent dire de leurs "préconceptions" sur la question de recherche, l'approche méthodologique et les résultats attendus. Une réunion des passateurs permettra ensuite de partager certaines idées communes au groupe et aboutira à la rédaction d'un document résumant les préconceptions du groupe. Ces documents servent de mémoire et seront utilisés, avec les résultats des questionnaires "passateurs" au moment de l'analyse finale des données. Ils permettront un travail de réflexivité à l'échelle groupale et individuelle.

La triangulation consiste en une multiplication des sources et méthodes d'observation et d'analyse. Son objet est d'observer les éventuels écarts et de les analyser sans chercher à les réduire. Dans cette étude, la triangulation est assurée, d'une part, par le choix d'un recueil combiné en entretiens individuels et de groupe, de soignants et d'usagers, dans différents lieux et, d'autre part, par une analyse du matériel transcrit par deux chercheurs différents et le recours au logiciel ALCESTE.

De plus, depuis la fin des terrains du premier volet, le groupe de recherche travaille avec un psychanalyste extérieur les questions relatives au contre-transfert de groupe. Cela permet de mieux repérer les limites et biais de notre méthodologie et enrichi l'analyse des résultats.

Résumé de la procédure



Résultats attendus

Au décours de ce travail de terrain, nous souhaitons pouvoir observer, dans les discours et les dispositifs pratiques mis en place dans les institutions, la présence et les effets des difficultés et altérations de la relation de soin. Nous nous attendons à voir émerger des représentations à contenu moral plus ou moins distanciées des représentations profanes. L'usage d'un outil narratif ayant pour objectif de décaler le professionnel et l'utilisateur du contexte de la relation de soin, nous pensons pouvoir avoir accès à des représentations et à des émotions de manière plus directe.

Nous nous attendons également à ce que les discours diffèrent selon qu'ils sont recueillis en dispositif individuel ou groupal, ainsi qu'en fonction des affiliations théoriques des institutions.

Nous pensons que les résultats de cette recherche peuvent contribuer à la compréhension des difficultés rencontrées dans le soin des personnes addictées et, par là, améliorer les conditions d'accueil de ces sujets dans leurs différents lieux de recours.

Plus largement, nous pensons pouvoir étendre l'observation de l'inquiétude et de ses effets à la situation de soin au-delà du contexte addictologique. Les soins d'urgence, de réanimation, des maladies chroniques sont, parmi d'autres, des domaines au sein desquels l'inquiétude relationnelle peut constituer un enjeu éthique.

Les résultats de la recherche feront l'objet d'une restitution aux équipes ayant accepté de participer à la recherche.

Ethique procédurale et respect des personnes

S'agissant d'une recherche observationnelle et non interventionnelle, le protocole est soumis à l'approbation du CEERB-Paris Nord. L'étude étant monocentrique, un accord de la CNIL ne sera pas sollicité.

Les données socio-démographiques recueillies auront pour fonction la description du public rencontré. Elles ne permettront en aucune façon l'identification des participants, et toute information susceptible d'identifier un sujet sera écartée. Il ne sera fait aucune hiérarchisation en fonction de ces données.

Les participants à l'étude recevront une première information orale lors d'une présentation de groupe aux professionnels et individuelle aux usagers. Dans le même temps, une feuille d'information leur sera remise.

Avant l'intervention de recherche qui se déroulera après un délai de réflexion d'au moins sept jours, les participants auront à signer un document de consentement à la recherche, à l'enregistrement des données et à l'usage de ces dernières en publication.

Les données seront anonymisées dès le recueil, chaque participant sera libre de mettre fin à l'entretien à son gré, le refus de participation ou l'interruption en cours d'entretien n'entraînant, pour les usagers, aucune conséquence sur la nature des soins proposés.

L'ensemble des passateurs (médecins, psychologues, éducateurs, infirmières) est formé aux techniques d'entretien appropriées aux méthodologies qualitatives.

Références bibliographiques

1. Collier J. (1967), "visual anthropology, photography as a research method", Broché
2. Devereux G. (1998), "De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement", Paris, Aubier Montaigne, "Sciences humaines".
3. Finley S. (2005), "Arts-Based Inquiry: Performing Revolutionary Pedagogy", in *Handbook of Qualitative Research*, London, Sage, p. 681-94.
4. Gilligan C. (2008), *Une voix différente : Pour une éthique du Care*, Paris, Flammarion, "Champs Essais".
5. Hirsch E. (2010), "Une conception vivante de la dignité humaine et de la démocratie", in *Traité de bioéthique*, dir. Hirsch E., Paris, Eres, p. 28-45.
6. Howard M.O., Chung S.S. (2000), "Nurses' attitudes toward substance misusers. I. Surveys", *Substance Use and Misuse*, n° 35, p. 347-65.
7. Kamberelis G., Dimitriadis G. (2005), "Focus Groups : Strategic Articulations, Pedagogy, Politics, and Inquiry", in *Handbook of Qualitative Research*, London, Sage, p. 887-907.
8. Lévinas E. (1976), "Philosophie et positivité", in *Positivité et transcendance*, Paris, PUF, 2000, p. 19-34.

9. Looze M.A. (1999), "Two measures for identifying the perception of risk associated with the introduction of transgenic plants", *Scientometrics*, Vol 44, n° 3, 401-26.
10. Malterud K. (2001), "Qualitative research : standards, challenges, and guidelines", *The Lancet*, Vol 358, p. 483-88.
11. McDougall J. (2004), *Théâtres du Je*, Paris, Folio, "Essais".
12. Noël-Jorand M.C. Dassa D., Giudicelli S. (1997), "A new approach to discourse analysis in psychiatry, applied to a schizophrenic patient's speech", *Research*, n° 25, p. 183-98.
13. Olievenstein C. (2000), *La Drogue, 30 ans après*, Paris, Odile Jacob.
14. Reinert M. (1987), "Un logiciel d'analyse lexicale (ALCESTE) ", *Cahiers Analyse des Données*, n°4, p. 471-84.
15. Reyre A., Taïeb O., Rouchon J.F., Baubet T., Hirsch E., Moro M.R. (2010), "Inquiétude et souci de soi comme éthique dans les relations thérapeutiques avec les patients addicts", *Psychotropes*, Vol. 16, n°1, p. 9-19.
16. Ricœur P. (2004), *Parcours de la reconnaissance*, Paris, Stock.
17. Riessman C.K. (2008), *Narrative Methods For The Human Sciences*, London, Sage.
18. Rose G. (2007), "visual methodologies, an introduction to the interpretation of visual materials", Sage
19. Sicard D., (2009), *L'éthique médicale et la bioéthique*, Paris, Presses Universitaires de France.
20. Smith J.A. (1996), "Beyond the divide between cognition and discourse:Using interpretative phenomenological analysis in health psychology", *Psychology and Health*, n°11, p. 261-71.
21. Smith J.A. (2004), "Reflecting on the development of interpretative phenomenological analysis and its contribution to qualitative research in psychology", *Qualitative Research in Psychology*, n°1, p. 39-54.
22. Soulet M.H. (2005), "Confiance et capacité d'action. Agir en contexte d'inquiétude", in *Confiance et lien social*, dir Balsa C., Fribourg, Academic Press, "Res Socialis", p. 31-55.

23. Taïeb O., Révah-Lévy A., Baubet T., Moro M.R. (2005), "Les histoires des toxicomanes : intérêts de la notion d'identité narrative de Ricœur dans les addictions", *L'Evolution Psychiatrique*, n°70, p.755-69.
24. Taïeb O. (2011), *Les histoires des toxicomanes : Récits et identités dans les addictions*, Paris, Presses Universitaires de France, "Le fil rouge".
25. Valleur M. (2009), "La nature des addictions", *Psychotropes*, Vol 15, n°2, p. 21-44.
26. Wilkinson S. (2008), "Focus Groups", in *Qualitative Psychology*, dir Smith J. A., London, Sage, p. 186-206.

Annexe 2 : Formulaires EthNaA2 : feuille d'information usagers, formulaire de consentement, questionnaire socio-démographique et clinique, questionnaire passateur

Feuille d'information sur l'étude intitulée :
"Recherche qualitative avec un outil narratif portant sur les difficultés et altérations de la relation d'aide dans le champ des addictions"
volet 2

Nous vous proposons de participer à une étude qui s'intitule "Recherche qualitative avec un outil narratif portant sur les difficultés et altérations de la relation d'aide dans le champ des addictions".

Ce travail de recherche se déroule sur une courte période dans deux lieux d'accueil pour personnes présentant une ou des addictions et situés dans Paris et sa petite couronne.

L'objectif de l'étude est d'observer et d'analyser la relation d'aide et de soin qui s'instaure entre professionnels et usagers, et les éventuelles difficultés qui se présentent dans ce cadre.

Nous vous sollicitons pour un entretien unique d'une durée approximative d'une heure et demi. Il se déroulera dans les locaux du centre avec un chercheur qui vous posera un certain nombre de questions. Vos réponses seront enregistrées puis retranscrites et analysées.

Les données ainsi recueillies sont totalement anonymisées, **votre nom ne vous étant demandé à aucun moment du processus.**

Si vous y consentez, des extraits de vos réponses pourront être utilisés, toujours de façon anonyme, lors d'interventions ou dans des publications scientifiques.

Vous êtes entièrement libre de refuser de participer à cette étude, de ne pas répondre à certaines questions ou d'interrompre l'entretien à tout moment, et cela sans que cela n'entraîne de conséquence dans la nature et la qualité de l'aide qui vous est proposée par l'équipe du centre.

Vous pouvez nous contacter pour tout complément d'information :

Coordinateur: Dr Aymeric REYRE (aymeric.reyre@avc.aphp.fr)

Centre Boucebci – CSAPA de l'hôpital Avicenne

125, rue de Stalingrad
93000 Bobigny

Tel : +33 (0)1 48 95 59 33
Fax : +33 (0)1 48 95 59 76

Formulaire de consentement à l'étude :
*"Recherche qualitative avec un outil narratif portant
sur les difficultés et altérations de la relation d'aide
dans le champ des addictions"*
volet 2

Je reconnais avoir pris connaissance de la feuille d'information détaillée présentant l'étude "Recherche qualitative avec un outil narratif portant sur les difficultés et altérations de la relation d'aide dans le champ des addictions".

J'ai été informé du fait que l'anonymat est strictement respecté dans le cadre de cette étude et qu'un refus de ma part n'entraînera aucune conséquence sur la nature et la qualité des soins qui me sont proposés par l'équipe du centre.

Je soussigné

consens, par le présent document à :

- Participer à l'entretien de recherche dans le cadre de l'étude
- L'enregistrement audiophonique de mes réponses
- L'usage, anonyme, d'extraits de mes réponses dans le cadre d'allocutions et de publications scientifiques
- L'usage, anonyme, de mes photographies à des fins d'allocution ou de publications scientifiques et leur conservation avec mes données de recherche

Fait à _____, le _____

Signature :

Questionnaire socio-démographique et clinique destiné aux usagers

1. Quelle est votre année de naissance ?

2. Quelle est votre profession ?

3. Etes-vous actuellement en activité ?

4. Quelle scolarité et quelles études avez-vous menées ?

5. De combien de personnes se compose votre foyer ?

6. Quelles sont vos conditions de logement ?

7. A quelle distance du centre de soins se situe votre logement? Quel moyen de transport utilisez-vous pour venir ?

8. Depuis combien de temps fréquentez-vous ce lieu ?

9. Comment avez-vous connu ce lieu ? Qui vous y a adressé ?

10. Quels soins recevez-vous ici ? A quelle fréquence ?

11. Pour quel(s) problème(s) ?

12. Aviez-vous reçu des soins addictologiques ou psychologiques par le passé? Si oui, quels types de soins ?

13. Recevez-vous d'autres soins, dans d'autres lieux, pour le(s) même(s) ou d'autres problème(s) de santé ou psychologiques?

14. Prenez-vous actuellement un traitement médicamenteux ? Si oui, Lequel ?

Questionnaire passateur

1. Que diriez-vous de la tonalité de cet entretien ?
2. Comment le groupe / l'individu a t'il réagi aux questions abordées ?
3. Avez-vous le sentiment que l'ensemble des questions et des thématiques a pu être abordé ? Sinon, selon vous, pourquoi ?
4. Comment vous êtes vous senti durant cet entretien ?

Annexe 3 : Accord du comité d'éthique



HOPITAL BICHAT

46, rue Henri Mochard
75 877 PARIS Cedex 18

CEERB PARIS NORD

Comité d'Evaluation de l'Ethique
des projets de Recherche Biomedicale

Adresse pour toute correspondance
sec.ceerb@bch.aphp.fr

Président

• Michel LEJOYEUX
michel.lejoyeux@bch.aphp.fr

Membres

- Jean-François ALEXANDRA
jean-francois.alexandra@bch.aphp.fr
- Elie AZOULAY
elie.azoulay@sis.aphp.fr
- Sadek BELOUCIF
sadek.beloucif@avc.aphp.fr
- Frédéric BRETIGNOL
frederic.bretignol@bin.aphp.fr
- Yves CASTIER
yves.castier@bch.aphp.fr
- Nathalie CHARNAUX
nathalie.charnaux@jvr.aphp.fr
- Christine DOSQUET
christine.dosquet@sis.aphp.fr
- Géraldine FALGARONE
g.falgarone@avc.aphp.fr
- Antoine GUEDENEY
antoine.guedeney@bch.aphp.fr
- Jean GUBLIELMINOTTI
jean.gublielminotti@bch.aphp.fr
- Michel KALAMARIDES
michel.kalamarides@bin.aphp.fr
- Hava KEITA-MEYER
hava.keita@lmr.aphp.fr
- Matthieu LEGRAND
matthieu.legrand@trb.aphp.fr
- Dan LONSROIS
dan.lonsrois@bch.aphp.fr
- Dominique LUTON
dominique.luton@bch.aphp.fr
- Claire MACABIAU
claire.macabiau@noos.fr
- Laurent MANDELBROT
laurent.mandebrot@lmr.aphp.fr
- Marie-Rose MORO
marie-rose.moro@ech.aphp.fr
- Gérard REACH
gerard.reach@avc.aphp.fr
- Alain SAUVANET
alain.sauvanet@bin.aphp.fr
- Philippe SOYER
philippe.soyer@trb.aphp.fr
- Anne THONI
anne.thoni@avc.aphp.fr

ASSISTANCE PUBLIQUE  HÔPITAUX DE PARIS

BICHAT - CLAUDE BERNARD

Dr Aymeric REYRE
Addictologie Spécialisée de l'Adulte,
de l'Adolescent et des Parentalités
Service de psychopathologie du Pr T. BAUBET
HOPITAL AVICENNE

June 06, 2013

Subject : N° 13-016 : Qualitative research using a narrative tool to explore the difficulties and alterations of the care relationship in the field of addictions (EthNaA), part 2

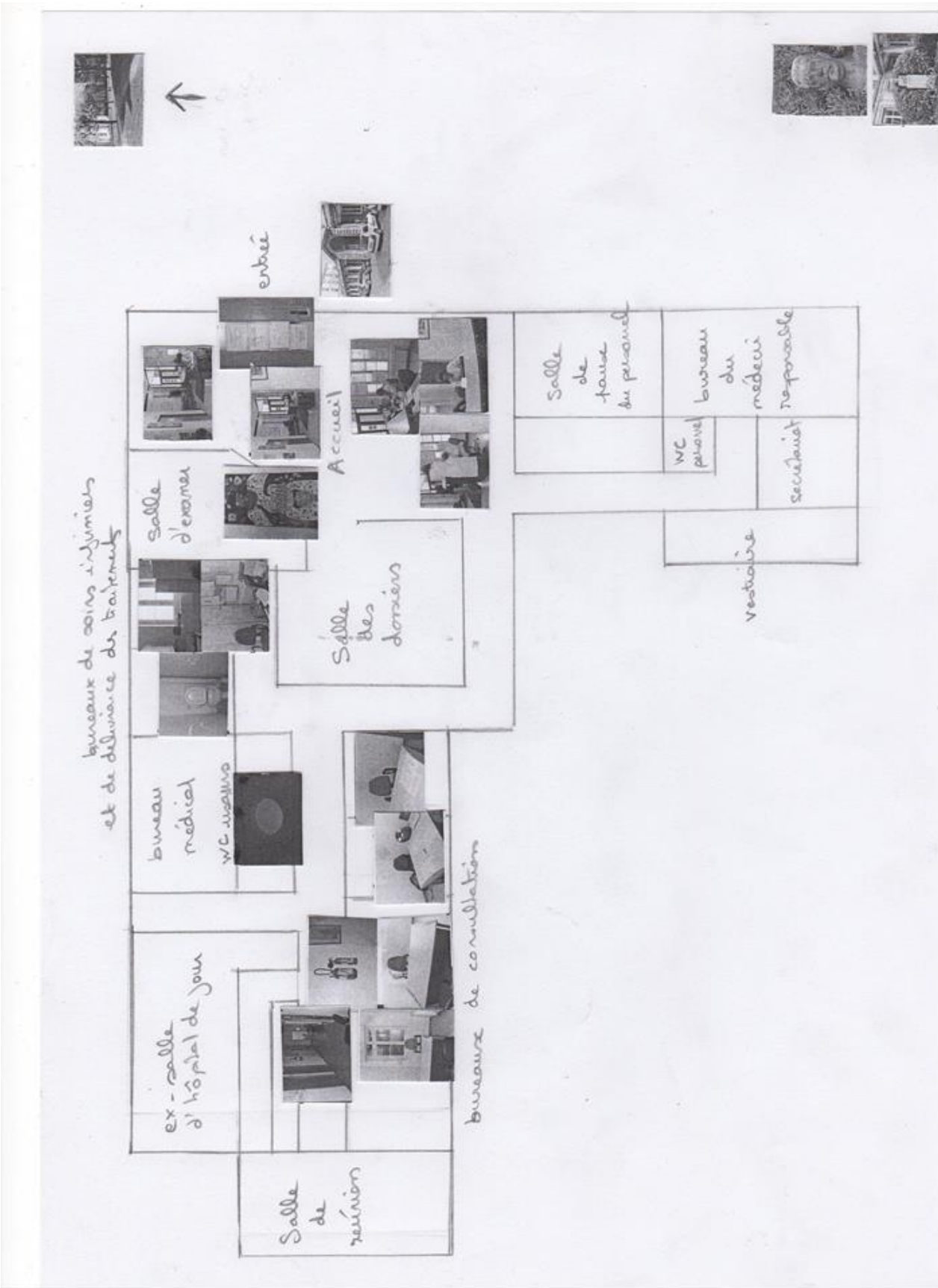
Dear Colleague,

The "Comité d'Evaluation de l'Ethique des projets de Recherche Biomedicale (CEERB) Paris Nord" (Institutional Review Board (IRB) of Paris North Hospitals, Paris 7 University, AP-HP), has reviewed and approved the research project entitled « Qualitative research using a narrative tool to explore the difficulties and alterations of the care relationship in the field of addictions (EthNaA), part 2 » (Dr Aymeric REYRE, principal investigator) in 2013. This approval covers the entire period during which the project will be developed until its completion.

Yours sincerely,

Pr. Michel LEJOYEUX
Chair of the Institutional Review Board (IRB)

Annexe 4: Répartition des photos élicitées sur un plan du CSAPA



Annexe 5 : photographies élicitées

Entretien 1 : Nicolas



Photo 1



Photo 2



Photo 3

Entretien 2 : Kouam

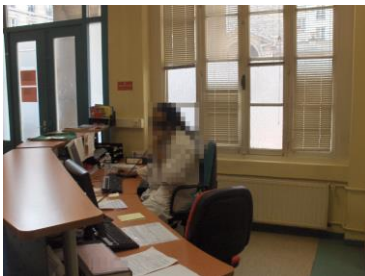


Photo 1

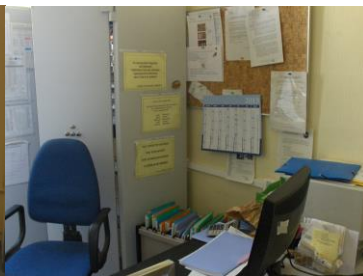


Photo 2



Photo 3

Entretien 3 : Séverine

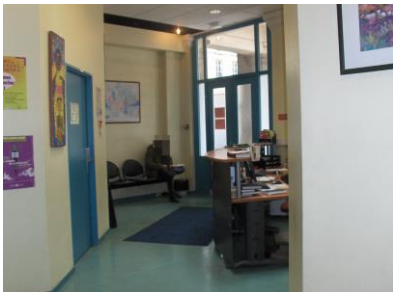


Photo 1



Photo 2

Entretien 4 : Fabrice



Photo 1



Photo 2



Photo 3

Entretien 5 : Ludovic



Photo 1

Entretien 6 : Marc



Photo 1



Photo 2

Entretien 7 : Judith



Photo 1



Photo 2

Entretien 8 : Isabelle



Photo 1

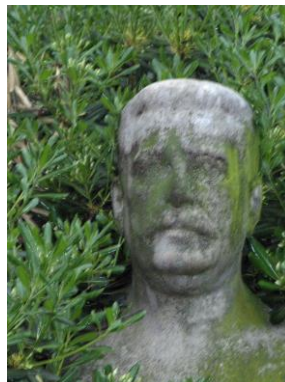


Photo 2

Entretien 9 : Guillaume



Photo 1

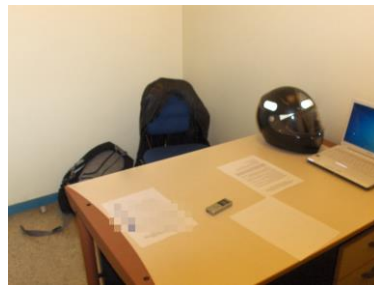


Photo 2

Entretien 10 : Maria

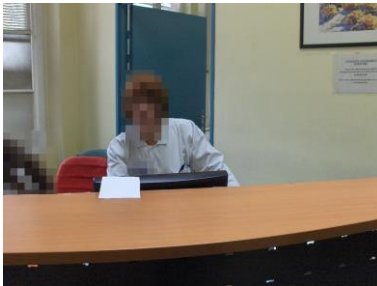


Photo 1



Photo 2

Annexe 6 : Transcription des entretiens

C = Chercheur

P= Patient

Chaque saut à la ligne correspond à un changement de locuteur

Entretien 1 : Nicolas

- 1 Chercheur (C) : On commence par laquelle ?
2 Patient (P) : Celle du parc (*photo n°1*)
3 C : Vous avez pu la prendre assez facilement ? Entre l'idée et le geste, le fait de la prendre ?
4 P : Oui j'ai pu la prendre assez facilement, ça rappelle des souvenirs. J'ai évité de prendre les
5 personnes présentes en photo, je sais que, si j'avais été moi patient présent là-bas, j'aurais pas
6 aimé qu'on me prenne en photo
7 C : Effectivement vous n'aviez pas forcément leur autorisation pour les prendre en photo donc
8 vous avez été vigilant à ...
9 P : Oui ... J'y ai passé que quinze jours, y a deux ans, mais ça m'a suffisamment marqué
10 donc... ma première hospitalisation... J'y ai fait deux hospitalisations, dont une ratée. La
11 première fois, j'y suis resté neuf jours et la deuxième, deux semaines. C'était, en plus, dans un
12 hôpital psychiatrique, alors se dire qu'à 35 ans on va en hôpital psychiatrique... c'est pas
13 évident à accepter quoi, surtout pour les proches. Moi, pour moi c'était pas une évidence
14 mais, comment dire... c'était nécessaire. Non mais euh c'est... j'y ai passé quelque temps
15 quand même
16 C : C'est pas une évidence mais c'était nécessaire... là, vous parlez de l'hospitalisation ?
17 P : Oui, et sinon le parc en lui-même, ouais, j'y ai passé quelque temps parce que, quand
18 même, en hôpital psychiatrique, vous faites pas grand-chose de vos journées, surtout en cure.
19 Après, la post-cure c'est autre chose, je l'ai pas fait ici mais après. Ici, à proprement parler, à
20 part les rendez-vous avec les différents psychiatres, psychologues et autres, y'a pas grand-
21 chose à faire. Il faisait beau comme aujourd'hui, on trainait beaucoup dans le parc, je me suis
22 fait beaucoup de relations, c'était un peu... j'appelle ça le psychiatric love story quoi c'est-à-
23 dire que vous êtes enfermé pendant quinze jours avec les mêmes personnes, alors, au début,
24 ça se passe très bien, vous vous faites des amis, et après, y a des tensions qui se créent, des
25 couples qui se forment, j'ai trouvé ça assez amusant avec le recul parce qu'on étaient tous des
26 adultes, tous avec des pathologies différentes, y en a qu'étaient là pour toxicomanie, d'autres
27 parce qu'ils étaient bipolaires, pour tentative de suicide et tout ça mais j'en garde un bon
28 souvenir, un très bon souvenir parce que... pourquoi parce que, déjà, j'ai arrêté la drogue
29 donc c'était plutôt une bonne expérience pour moi et parce que j'ai aimé ces relations que j'ai
30 eu avec les autres patients et avec le, les médecins qui étaient là présents à ce moment-là quoi
31 j'ai eu une très bonne relation avec le psychiatre qui m'avait soigné, c'était une interne, je me
32 souviens très bien d'elle et ça c'était très bien passé quoi. Sauf la première fois évidemment,
33 mais bon, j'étais venu en touriste la première fois, je pensais pas que ça allait se passer
34 comme ça et c'est vrai que... mais bon, on restait toute l'après-midi dans le parc, comme ça,
35 assis sur les bancs à faire le tour du parc parce que... il faut dire que l'hôpital, il est quand
36 même assez grand, si on fait tout le tour de l'hôpital, il est assez grand donc y a moyen de se
37 promener quand même, même si y a des endroits qui sont carrément glauques quand même,
38 des grands couloirs qui sont... enfin, de l'autre côté, là, et on trainait ici, là, au bout là, où on
39 voit les gens là, où on voit les gens, on s'asseyait sur l'escalier au soleil et on bronçait toute la
40 journée
41 C : Vous pouvez me montrer où? Par ici ?
42 P : Ici, où il y a une personne là, on s'asseyait ici
43 C : Plutôt sur les escaliers que sur les bancs ?

44 P : Plutôt sur les escaliers et on fumait des cigarettes. Il y a autre chose que j'aurais pu prendre
45 comme photo, c'est la cafétéria qui est là au bout là-bas.

46 C : Ouais, c'était un autre lieu important ?

47 P : Un autre lieu important parce qu'on y allait tous les matins, on allait prendre notre café, on
48 allait acheter des viennoiseries. J'aurais pu prendre ça aussi comme photo c'était assez
49 représentatif, j'y ai pas pensé.

50 C : Ça vous vient là en tout cas...

51 P : Oui, ça me vient là quand je vois le parc

52 C : D'une façon, c'est vrai qu'on la voit sur votre photo la cafétéria, elle est présente

53 P : On voit pas l'intérieur, c'est vrai qu'elle n'était pas très accueillante à l'intérieur, mais on
54 était tous ensemble, j'allais dire entre amis, mais on n'était pas des amis, on dit des collègues,
55 mais entre patients

56 C : Donc, ce parc ça a été un endroit important pour vous au cours des deux hospitalisations,
57 de façon différente ou dans une continuité ?

58 P : La deuxième fois. La première fois, je découvrais, donc c'était bizarre. La deuxième fois,
59 je connaissais l'endroit, donc c'était plus facile

60 C : Vous aviez des repères ?

61 P : Des repères. Je connaissais les lieux, je savais que si je voulais marcher, souffler un peu
62 loin, je savais où aller.

63 C : Donc c'est un endroit où il faisait beau, à l'extérieur, du soleil, que c'est pas glauque
64 comme d'autres endroits...

65 P : On avait des visites, des moments où il faisait super beau, on se mettait dans l'herbe et
66 avec nos visites, on se posait dans l'herbe, avec ma femme, on se posait dans l'herbe, plein de
67 gens se posaient dans l'herbe et on buvait des coups, ouais c'était sympa

68 C : C'est un lieu en tout cas où vous pouviez être avec les autres ? Les autres patients, les
69 visites...

70 P : Oui et si je voulais pas être avec les autres patients, je pouvais me mettre à part ou tout ça

71 C : Ou s'isoler

72 P : Ou s'isoler, enfin

73 C : D'accord. C'était au printemps, en été vos hospitalisations ? Vous dites qu'il faisait beau

74 P : La première, c'était en janvier, je me suis fait virer en février

75 C : Plutôt l'hiver

76 P : Et je suis revenu début mars, il faisait beau. Et puis, c'est vrai, le problème avec ce parc
77 c'est que y'avais des gens indésirables qui rentraient...

78 C : C'est un lieu de communication un peu avec l'extérieur...

79 P : C'est un lieu de communication et puis (*pause*)

80 C : Un lieu ouvert, un lieu agréable mais où il peut y avoir du danger ?

81 P : C'était pas très bien entretenu par contre. La photo des escaliers où on voit le cendrier
82 complètement cassé...

83 C : Qu'est-ce que ça vous évoque du coup que ça soit mal entretenu ?

84 P : Euh... à part un manque d'entretien flagrant, sinon pas grand-chose, mais j'aurais pas
85 aimé être hospitalisé ici l'hiver. Là, il commence à y avoir des fleurs.

86 C : C'était important pour rendre moins triste ?

87 P : C'est sûr, dès que y'a du soleil ça fait quand même du bien au moral.

88 C : Et là sur cette photo-ci au niveau de la luminosité, de... ?

89 P : Bah on voit (*pause*)

90 C : Quand vous la regardez, vous trouvez que c'est triste ?

91 P : Non, c'est mal entretenu mais... y'a des arbres, y'a de la pelouse, ça manque un peu de
92 bancs... on s'asseyait toujours sur les escaliers, y'avait quelques bancs mais ils étaient
93 toujours à l'ombre

94 C : Le choix des escaliers vous pourriez m'en dire plus ?
95 P : Pourquoi les escaliers ?
96 C : Pourquoi s'installer ici ?
97 P : Parce qu'ils étaient en pierre et parce qu'ils étaient au soleil et qu'on aimait bien s'installer
98 au soleil
99 C : Ouais
100 P : Y avait d'autres escaliers aussi mais ils n'étaient pas au soleil, ceux-là ils étaient
101 particulièrement au soleil, donc on s'installait tout le temps là
102 C : C'est des escaliers qui mènent à ... ?
103 P : Non, pas là où j'étais, c'était c'est les autres escaliers qui menaient là où j'étais, mais donc
104 moi, en fait, j'étais sur les escaliers, j'ai pris la photo comme ça
105 C : Donc presque en fait vous avez pris la photo
106 P : De dos
107 C : Finalement presque la vision que vous pouviez avoir de là d'où vous sortiez ?
108 P : Ouais, de là où on sortait en fait
109 C : Pour savoir où vous positionner pour prendre la photo, vous avez essayé, hésité ?
110 P : En fait, au début, je voulais prendre la photo du parc en général parce que ça me rappelle
111 quelque chose et puis j'ai voulu prendre la photo des escaliers, de là où l'on descendait,
112 comment ça s'appelle... de l'hôpital, là, de la section là où j'étais et ces escaliers là on y a
113 trainé aussi. En fait dans l'hôpital il y a plusieurs blocs qui sont distingués par pathologie : y a
114 les alcooliques d'un côté, d'autres psychiatriques ici là et c'est vrai que chacun restait plus ou
115 moins sur ses escaliers, mais après on était à la recherche du soleil donc...
116 C : Il pouvait y avoir des négociations un petit peu, emprunter les escaliers des autres ...?
117 P : Ouais exactement et puis on se mélangeait du coup aussi avec les patients des autres blocs
118 chose que bah sans trop euh sans trop rentrer dans les détails on restait souvent entre patients
119 du même bloc, c'était plus facile quoi...
120 C : C'était plus facile ?
121 P : Bah c'est euh vous êtes déjà pas très bien parce que vous arrêtez la drogue vous vous
122 mélangez à d'autres patients qui vont pas très bien qui viennent vous raconter leurs
123 problèmes, j'en avais un peu rien à foutre entre guillemets quoi, je préférais être avec des gens
124 qui avaient des pathologies autres que la mienne parce que les gens qui sont toxicomanes ou
125 qui arrêtent la drogue ils vous parlent que de drogue de toute façon donc c'est vrai que je
126 préférais parler avec les autres patients qui me parlaient d'autre chose en fait, qui me
127 changeaient les idées et c'est vrai que j'ai rencontré des gens assez sympathiques, des gens
128 avec qui j'ai gardé des relations
129 C : Vous avez gardé des liens...
130 P : Oui, des liens, pas longtemps mais au moins six mois on a continué à converser sans se
131 voir, la conversation en tout cas, on rencontre de temps en temps encore ici des gens qui
132 étaient déjà ici qui sont encore en hospitalisation, et qui y étaient déjà à mon époque, mais
133 c'est vrai que ça me marque à chaque fois, ça m'évoque des souvenirs, ça remonte un peu
134 C : Quelles sont les émotions que vous ressentez quand vous retournez dans le parc ?
135 P : Hum... mal à l'aise peut être... mal à l'aise, mm même si je suis, si avec le recul j'y ai
136 passé du bon temps, c'étaient pas des vacances non plus, l'hospitalisation ça me rappelle des
137 mauvais souvenirs aussi, pas trop pour moi, mais aussi pour mon entourage qui venait me
138 voir, c'est difficile quand votre mère elle vient vous voir ici, en hôpital psychiatrique, c'est
139 pas... (*ému*)... c'est pas... même le fait d'en parler, ça me dérange un peu... en fait, y avait
140 une certaine sécurité d'être à l'hôpital, vous êtes dans un cocon, vous êtes... vous êtes... on
141 vous donne les repas, on vous donne les médicaments, on vous dit quand vous coucher, donc
142 voilà donc c'est...
143 C : Mm

144 P : Vous avez rien à penser quoi
145 C : Mm quand vous dites mal à l'aise, vous l'avez ressenti aussi tout à l'heure ?
146 P : Oui, bien sûr, mais c'est aussi le but de venir tout le temps au même endroit, c'est de vous
147 rappeler pourquoi vous venez ici, c'est-à-dire que c'est, comment dire... à un moment, j'ai été
148 hospitalisé ici il y a deux ans comme je disais, et j'ai arrêté de venir ici voir Mr (*nom de son*
149 *psychologue*) enfin le psycho et puis j'ai recommencé en fait, j'ai recommencé mes bêtises, et
150 j'ai eu besoin de revenir ici, bah en fait la sécurité parce que j'y vais depuis longtemps et que
151 j'y ai trouvé des médecins assez attentifs à moi j'ai essayé d'autres lieux je vous dirais et qui
152 m'ont pas convenu du tout et
153 C : Ouais
154 P : Et j'ai trouvé un cadre agréable, avec des médecins attentifs, mais je pense que c'est
155 nécessaire de retourner toujours au même endroit pour se rappeler d'où l'on vient, c'est une
156 sorte de rappel à la mémoire
157 C : D'accord
158 P : Mais le parc en lui-même... A chaque fois que je viens ici, je vais pas voir le parc, je vous
159 rassure ! (*rires*) Non mais...
160 C : Mais vous y pensez
161 P : J'y pense, ouais bien sûr j'y pense
162 C : Mais vous y allez pas forcément
163 P : Non. J'y suis retourné une fois
164 C : Mm
165 P : Il y a un an et ça m'a vraiment perturbé, j'ai pas aimé quoi
166 C : Qu'est ce qui fait qu'il y a un an vous avez ressenti le besoin d'y retourner, plus
167 particulièrement alors que d'autres fois vous n'aviez pas besoin ?
168 P : (*Silence*) hum peut être je pense que j'avais besoin d'y retourner pour me rappeler plus ce
169 que j'avais vécu avant
170 C : Hum
171 P : Peut-être que me rappeler ce que j'avais vécu avant m'aide à guérir entre guillemets et tout
172 ça pour peut-être justement cogiter un peu dans ma tête « attention si tu continues tu peux
173 retourner encore ici » et puis euh mais je me souviens que la deuxième fois, j'étais content d'y
174 retourner, j'avais hâte, je me suis dit que j'allais être en dehors de toute tentation soit, mais je
175 savais que j'allais être avec... je connaissais pas encore les patients mais je savais que... au
176 moins comment ça se passait, parce que la première fois, j'avais eu des relations assez
177 agréables avec des gens et je savais que j'allais retourner dans un endroit qui était agréable et
178 euh où je savais que j'allais rien faire et j'allais avoir le parc où j'allais pouvoir me promener
179 et faire un peu ce que je veux et un peu évacuer tout ce toute cette drogue, enfin tout ce stress
180 euh ouais tout ce stress quoi... Mais, c'est vrai que le parc en lui-même, il est plutôt sympa,
181 quand on voit la photo, c'est plutôt agréable quand même, c'est pas très bien entretenu...
182 quand vous êtes pas très bien dans votre tête, dans votre corps et que vous voyez ça, et avec
183 du soleil en plus, c'est plus ou moins sympa quoi
184 C : Vous pensez que ça peut avoir une fonction dans le soin ce...
185 P : Oui, bien sûr, carrément
186 C : L'endroit... ?
187 P : Ouais ouais, bien sûr. Un endroit agréable, ça aide... après, bien sûr, y a plein de choses, y
188 a la météo, là, il fait beau, même la végétation, même si y avait beaucoup de verdure,
189 beaucoup d'arbres beaucoup de fleurs, y a des gens qui disent qu'ils sont insensibles à ça, moi
190 j'y crois pas, on est tous sensibles à un cadre agréable quoi, et surtout à une météo agréable
191 C : Mm
192 P : C'est tout un amalgame de choses qui font qu'on se sent bien dans un endroit : des
193 médecins attentifs, un cadre agréable, ça suffit des fois à...

194 C : Mm
195 P : nous... à... de bien être (*peu compréhensible*) (*Silence*)
196 C : Donc vous disiez en tout cas vous avez essayé d'autres lieux, mais c'est celui-ci où vous
197 êtes revenu, qui vous a plu
198 P : J'en ai pas essayé beaucoup. J'ai été voir un psychologue dans un centre, j'ai été le voir
199 une fois, ça m'avait pas du tout plu, j'avais l'impression d'être chez les fous un peu
200 quoi, donc, ouais, ça m'avais pas du tout plu et j'avais essayé encore mais je sais plus où
201 c'était, c'était à (*lieu*) je crois et j'ai essayé aussi un autre hôpital et je sais plus le nom non
202 plus. De toute façon, c'est pareil, la première fois que je suis venu ici, c'était pas en 94, c'était
203 en 96 et j'ai tout de suite accroché avec le médecin qui était là présent parce que voilà
204 C : Mm
205 P : Et ça a déterminé après pour moi tout le... le fait que je revienne ici, même après, lorsque
206 le médecin n'était plus là. J'ai trouvé un autre médecin, qui était encore plus attentif, un
207 psychiatre, une psychiatre, qui était très attentive. J'ai voulu revenir ici, même si j'ai eu des
208 grandes coupures, je suis venu une fois, je suis pas venu pendant trois ans, j'ai continué ma
209 toxicomanie et puis, à chaque fois, on m'a proposé l'hospitalisation, j'ai toujours refusé et
210 puis, jusqu'à la dernière fois où j'ai trouvé ça nécessaire et j'ai accepté
211 C : Mm y a eu des figures soignantes en tout cas qui ont été importantes...
212 P : Ouais ouais
213 C : En hospitalisation et...
214 P : Ouais
215 C : La première fois que vous êtes venu ici...
216 P : Ouais et puis, ensuite, un... c'est ça, c'est le premier contact avec le médecin qui m'a
217 fait... vous savez, après les psychologues c'est un peu comme... on les teste, enfin c'est pas
218 qu'on les teste mais... on choisit celui qui nous correspond le mieux
219 C : mm
220 P : Après y a des gens avec qui ça passe pas y a des gens avec qui ça passe mieux j'ai trouvé
221 les bonnes personnes heureusement d'ailleurs parce que je pense que sinon j'en serais peut-
222 être pas là aujourd'hui donc, ouais, j'ai trouvé des super personnes, géniales... Aujourd'hui,
223 elle est à la retraite malheureusement, parce que j'ai voulu la revoir, j'ai demandé il y a un
224 mois si la psychiatre avec qui j'avais été suivi elle était encore là « ah bah non elle est partie à
225 la retraite » « ahhh » (*retient son souffle, mime la stupéfaction*) ça m'a fait un choc ahh
226 comment je vais faire ? c'est comment je vais faire quoi ! (*mime la panique*) puis sinon j'ai
227 demandé au psychologue si je devais revoir un psychiatre, il m'a dit non, c'est pas la peine,
228 on va essayer de continuer juste avec le psychologue, tous les deux, ça va
229 C : Y a eu cette surprise de son départ à la retraite...ou...
230 P : Ouais, j'ai dit tant mieux, au début c'était ah merde (*voix exprimant la déception*) et puis
231 finalement... elle a le droit d'être à la retraite aussi mais je me suis senti un peu... perdu,
232 ouais le fait qu'elle soit à la retraite, je me suis inquiété quand même mais bon ça va pas plus
233 que ça ...
234 C : Vous vous êtes inquiété... pour vous, pour elle ?
235 P : Pour moi surtout (*rires*) excusez-moi, pour moi surtout ouais, on est un peu égoïste ouais
236 dans ces moments-là, on pense souvent à nous
237 C : mm
238 P : Ouais peu aux autres
239 C : mm
240 C : Est-ce que, dans ce parc, dans ce lieu, vous avez des souvenirs de contacts avec des
241 soignants ou des personnes qui travaillent ici ? ou à part des contacts avec des patients, que
242 c'était un lieu important pour...

243 P : J'ai eu des discussions avec des infirmières dans le parc, mmm (*réfléchit*) cela dit non, pas
244 de contacts particuliers dans le parc. Je me souviens qu'il y avait des gens qui fumaient des
245 pétards dans le parc, j'étais pas mal non plus pour le pétard non plus, donc ça m'arrivait d'en
246 fumer aussi quand j'étais en hospitalisation malheureusement

247 C : mm

248 P : euh (*réfléchit*) mais pas d'autres souvenirs que ça, ouais, c'est un peu, quand même
249 excusez-moi de dire, c'est un peu quand même la cour des miracles parce que c'est quand
250 même un hôpital, c'est quand même l'hôpital des addictions, donc c'est un lieu où les
251 personnes ont des pathologies assez sévères que ce soit alcoolisme ou...

252 C : ou ?

253 P : ou toxicomanie donc c'est pas non plus des gens je veux dire on y rencontre aussi des gens
254 qui sont... pas très... pas très fréquentables... j'en faisais peut être partie aussi à l'époque
255 mais... mais on se sentait, je me sentais quand même en sécurité ici parce que, justement, je
256 savais qu'il y avait un corps soignant qui était là derrière, aussi je savais qu'à chaque fois
257 qu'on avait un problème il fallait qu'on aille les voir et leur dire ce qui se passait, on nous
258 donnait un médicament fffft (*sifflement*) pis après ça allait mieux, voilà ça passait, et après on
259 retournait dans le parc et pis... mais c'est vrai que les trois premiers jours on n'avait pas le
260 droit de sortir tout seul dans le parc, ça, je m'en souviens très bien

261 C : Ah oui ?

262 P : Fallait qu'on sorte avec les infirmières, on n'avait pas le droit aux cigarettes, pas le droit
263 aux portables, les trois premiers jours, donc, à chaque fois qu'on voulait fumer une cigarette,
264 c'était l'infirmière qui nous donnait une cigarette et qui venait fumer avec nous...

265 C : D'accord, et vous vous installiez au même endroit ?

266 P : non, on s'installait sur les marches sur l'autre photo que j'ai prise (*on regarde la photo*
267 *n°2*) C'était là. Vous pouvez garder les quatre si vous voulez (*rires*) Voilà, là, c'était avec les
268 infirmières. Ouais ouais c'était là bah c'était là l'entrée de notre entrée, c'est vrai que c'est
269 aussi significatif, tous les matins on restait là aussi parce que... parce qu'on voulait pas aller
270 plus loin quoi, parce que on fumait nos cigarettes quoi

271 C : Parce que vous vouliez pas aller plus loin, parce que vous vous sentiez pas autorisés
272 à aller plus loin ou... vous dites, vous étiez en présence de soignants ou...?

273 P : Parce que euh parce que c'était notre groupe qui était là, parce que... non, ça nous
274 empêchait pas d'aller plus loin, non on allait là où... je sais pas pourquoi, je sais pas pourquoi
275 on s'arrêtait là, parce que tous les gens s'arrêtaient ici, mais sinon on allait un tout petit peu
276 plus loin, mais sinon y a beaucoup d'escaliers dans ce parc, peu de bancs et beaucoup
277 d'escaliers mais mm moi je m'asseyais tout le temps ici, je me souviens(*reprend son souffle*)

278 C : D'accord. Et c'est d'ici que vous avez pris la première photo hein ?

279 P : Ouais exactement, j'ai tourné juste, ça fait 180 degrés

280 C : Ok donc vous avez employé cette image de la cour des miracles qui vous semble une...

281 P : Ouais (*extatique*) Quand j'y pense...

282 C : C'est une image qui vous semblait correspondre à l'endroit ?

283 P : Ouais quand je pense à la cour des miracles, je sais pas qu'est-ce que ça veut dire...

284 C : Qu'est-ce que ça veut dire, pour vous, la cour des miracles, est-ce que vous pouvez m'en
285 dire un peu plus ?

286 P : C'est un peu...

287 C : A quoi vous faites référence à ce moment là ?

288 P : C'est-à-dire aux fréquentations qu'y avait quand même des gens qui étaient amochés par
289 la vie, c'était... on... j'ai rencontré des gens, quand même, qui étaient plus vieux que moi et
290 des vingt ans, des trente ans de toxicomanie derrière eux, qui étaient vraiment usés, et ça m'a
291 foutu un coup parce que j'me considérais pas comme eux, et j'étais pourtant dans le même
292 hôpital qu'eux, et je me considérais pas comme eux quoi, c'est pour ça que je disais la cour

293 des miracles, parce que y avait des gens qui venaient vendre de la drogue ici, de temps en
294 temps aussi, enfin, ça arrivait (*passage peu compréhensible*)
295 C : Vous pouviez être exposé par moments...
296 P : Oui, parce qu'on pouvait sortir assez facilement de ce parc-là, on n'est pas en prison, donc
297 le soir on n'avait pas le droit de sortir en dehors de l'hôpital, mais... ni même la journée, mais
298 la sortie de l'hôpital, elle est super simple, il suffit de sortir par là, et on peut sortir comme on
299 veut et...
300 C : En théorie y a pas le droit, mais c'est possible...
301 P : Oui, exactement, ouais. Je me souviens, on allait s'acheter à déjeuner dehors, on
302 s'entendait bien avec quelqu'un et on allait s'acheter des pizzas parce que la bouffe elle était
303 pas terrible donc euh pis c'est là aussi, j'avais été juste en face acheter mes canettes de bière
304 et c'est aussi pour ça que j'm'étais fait viré et...
305 C : La première fois
306 P : Ouais la première fois, parce que j'avais bu, alors que j'étais pas du tout là pour l'alcool
307 non plus, mais bon, j'avais envie de boire donc euh
308 C : Mm, donc y avait ce passage qui était possible, peut être en fonction des horaires aussi,
309 vous dites la nuit, le jour ?
310 P : La nuit, c'était pas possible, la nuit c'était pas possible, y avait les gardiens et on n'avait
311 plus droit à partir de huit heures, on n'avait plus le droit de rentrer ou de sortir ou quoi que ce
312 soit, pas possible
313 C : Ok donc vous disiez parfois ça pourrait arriver que des gens viennent même vendre des
314 drogues dans le parc vous pouviez être exposé de cette façon là et peut être même ça vous
315 était déjà arrivé de fumer un pétard dans le parc, vous l'avez évoqué tout à l'heure...
316 P : Bah quelques lattes, parce que j'avais tellement peur de me faire prendre que...
317 C : D'accord
318 P : Par les prises de sang ou par d'autres choses les tests urinaires que finalement
319 C : Pas forcément sur le moment pas forcément qu'on vous voit mais plutôt...
320 P : Non non
321 C : Après ?
322 P : Et pis ça m'énervait aussi de voir des gens fumer, parce que j'étais venu pour arrêter plus
323 ou moins toutes les drogues, enfin... et de voir des gens qui fumaient à côté de moi, ça... je
324 me disais mais qu'est ce qu'ils foutent là quoi, ils sont là pour arrêter la drogue mais ils
325 continuent plus ou moins donc pour moi moi qui voulait faire des efforts, ça avait aucun sens
326 que eux soient là quoi donc je comprenais pas le but de leur démarche quoi, mais moi au
327 début, la première fois aussi, hein première hospitalisation, j'étais un peu comme eux, j'étais
328 là, on essaie de me soigner mais mais j'allais quand même m'acheter des bières et je fumais
329 des pétards quoi, sans jamais en faire plus j'avais jamais été plus loin, pas franchi la ligne
330 rouge quoi non plus mais bon
331 C : Vous avez le sentiment de quelques essais comme ça tentatives un petit peu de ... vous
332 faisiez ça dans quel esprit, qu'est-ce que ?
333 P : Pourquoi je le faisais ? parce que (*sourit*) j'en avais envie, parce qu'on ressent un mal-être
334 quand on est en cure on est quand même pas bien physiquement, pas bien psychologiquement,
335 on est quand même très stressé (*reprend son souffle*) souvent de mauvaise humeur et on est
336 quand même encore très attirés par les drogues, donc j'ai fumé quelques lattes comme ça
337 parce que les gens à côté fumaient. j'avais pas, j'avais rien acheté, c'était juste les autres qui
338 fumaient à côté et moi je leur demandais quoi et pis après j'ai fumé une ou deux fois, et puis
339 après, ça s'est arrêté là quoi
340 C : Plus une attirance, une envie, qu'une transgression ou ce rapport là ?
341 P : Oui oui

342 C : Donc il y avait peut-être quelque chose du lieu qui vous protégeait pas suffisamment, et
343 puis en même temps vous dites ça n'a pas été plus loin vous dites finalement c'était pas...
344 P : Oui, j'aurais pu, et pis après faut avoir la volonté aussi de de vouloir arrêter vraiment enfin
345 y'a des gens qui viennent ici aussi sans avoir aucune volonté et qui continuent à faire leurs
346 bêtises, j'en ai vu et j... malheureusement, la plupart des gens qui étaient là pour
347 toxicomanie, ils y sont encore aujourd'hui, enfin, il y a deux ans, ils y sont encore
348 aujourd'hui. Avant de faire une hospitalisation, j'ai l'impression que les gens ils sont obligés,
349 ils étaient obligés de venir ici. Je suis venu la première fois en touriste et la deuxième fois par
350 pure conviction, parce que j'avais vraiment envie d'arrêter, mais y a plein de gens qui
351 viennent ici par... parce qu'ils... mais beaucoup de gens ici me disaient ouais on se sent bien
352 ici et tout ça... quand je discutait de ça avec le psychiatre, il me disait « ouais mais vous êtes
353 dans un cocon ici, on vous fait tout ici, on vous lève, on vous apporte le café, on vous donne à
354 manger, les médicaments, enfin, vous pensez à rien » enfin c'est euh
355 C : Vous êtes d'accord avec ça ?
356 P : Ouais, ah ouais, c'est vrai, complètement vrai, ouais, mais c'est ça aussi que les gens ont
357 besoin pour... c'est une cure, c'est pas une post-cure, c'est pas la même chose comme
358 démarche. Dans la cure c'est vraiment arrêter tous produits et essayer de... que physiquement
359 et psychologiquement vous retrouviez euh hum, comment dire, vous retrouviez vos marques
360 quoi, c'est uniquement le but de ça, après, la post cure, c'est autre chose. J'ai été faire ma post
361 cure ailleurs, dans un autre hôpital à (*nom de l'hôpital*).
362 C : Un lieu différent ...
363 P : Ouais différent, mais avec un parc qui est encore plus énorme et encore... mais, par
364 contre, beaucoup mieux, enfin l'endroit où j'étais ailleurs, c'était beaucoup mieux parce que
365 beaucoup plus grand, parce que beaucoup de verdure, parce que beaucoup d'activités à côté,
366 parce que... voilà c'était ouais
367 C : A (*lieu de post-cure*) le parc aussi c'était un lieu important?
368 P : Ouais, mais c'est toujours important les parcs, enfin moi j'aime bien la nature, tant que
369 vous pouvez marcher, pas trop de bruit, voir des oiseaux, des fleurs et des choses comme ça,
370 des arbres c'est vrai que c'est agréable, et de la verdure, c'est agréable, ouais ça aide, c'est sûr
371 C : Et qu'est ce qui pour vous rendait l'hôpital, pour vous, l'hôpital un peu comme un cocon ?
372 pour vous qu'est-ce qui était le plus... le plus important ?
373 P : La présence du corps soignant à chaque instant quoi
374 C : Ouais
375 P : A chaque fois qu'on en avait besoin, ouais dès qu'on n'allait pas très bien, on allait les
376 voir et les infirmières, d'ailleurs y'en a une qui est ici là, qui discutait avec nous, qui prenait
377 du temps pour discuter avec nous, ça, c'était agréable, parce que, souvent, les psychiatres on
378 les voit comme ça hop on les voit dans un bureau un peu comme ça, on les voit dix minutes,
379 un quart d'heure, ils vous disent pas grand-chose, ils notent des plein de notes comme vous
380 sur un papier et puis après ils... vous dites plus grand-chose et après « merci au revoir » et
381 puis on se revoit dans trois jours... par contre, les infirmières, y avait des stagiaires aussi,
382 étaient très à l'écoute, c'était super important, elles étaient toutes très sympas, toutes
383 adorables, ouais ouais et on pouvait discuter comme ça vingt minutes, elles essayaient de nous
384 calmer, des fois moi j'avais des... enfin, pas des crises de nerfs, des crises d'angoisse, alors,
385 elles me donnaient des médicaments et elles discutaient avec moi pendant vingt minutes, ça
386 me permettait de, de redescendre cette crise d'angoisse et de me dire mais non ça va aller
387 (*s'interpelle*), elles continuaient à discuter avec moi jusqu' à ce que ça redescende un tout
388 petit peu, ouais, mais y a pas mal de stagiaires et c'est vrai que les stagiaires aussi jouaient le
389 jeu, c'est agréable quoi
390 C : Oui ils pouvaient avoir une place aussi les stagiaires dans le soin...

391 P : Oui bien sûr, pour discuter avec elles, ouais bien sûr, tu sais, quand vous êtes enfermés
392 pendant quinze jours, y a des gens avec qui discuter et puis au début on discutait de... plus
393 pour qu'elles me calment et puis après, ça pouvait dériver sur des discussions personnelles,
394 plein de choses, sur la pluie et le beau temps, plein de choses quoi
395 C : Parler d'autre chose...
396 P : Parler d'autre chose, ouais, c'était bien ça, c'était agréable
397 C : D'accord
398 C : est-ce que vous vous souvenez la première fois où vous êtes venu ici dans ces lieux ?
399 P : Ouais euh la première fois ? enfin ici là ou à, ou à l'hôpital ? La première fois euh ici non
400 c'était en 96 comme je vous ai dit mais ...
401 C : Vous vous souvenez pas du moment...
402 P : Non, je me souviens pas du moment, je me souviens pourquoi je...
403 C : Vous vous souvenez de la raison, mais vous vous souvenez pas du moment
404 P : C'était... ouais ouais, je me souviens exactement du jour précis à laquelle j'ai senti que ça
405 basculait, que je basculais du côté obscur
406 C : Donc c'est plutôt une date pour vous ?
407 P : Ouais, c'est une date, ouais, ouais
408 C : Le premier contact...
409 P : C'est la fin de mon service militaire
410 C : D'accord, alors que pour l'hospitalisation vous vous souvenez de l'endroit, du moment...
411 P : L'hospitalisation bah on m'en a parlé plusieurs fois et puis, à un moment, la psychiatre
412 m'a dit « ça serait bien que vous vous fassiez hospitaliser », j'ai dit « ouais », « ok ah » (*voix*
413 *marquant la surprise*) elle m'a dit « ah bah écoutez ok super on va faire les papiers » et puis
414 elle m'a fait visiter l'hôpital, les locaux là, où je devais être... y avait le rez-de-chaussée
415 qu'elle m'a fait visiter, j'ai trouvé ça assez glauque, un grand couloir avec des chambres,
416 enfin des dortoirs, le cabinet des infirmières, elle m'avait fait visiter le deuxième étage, que je
417 trouvais plus sympa mais qui était pour des pathologies un tout petit peu plus sévères et elle
418 m'avait fait visiter le fond du deuxième étage qu'était vraiment, alors là, pour les grosses
419 pathologies, où c'était un endroit fermé à clef, mais complètement cloisonné, où les gens
420 avaient vraiment pas le droit de sortir quoi, dans les chambres qui pouvaient être
421 éventuellement fermées à clef et, dans ce cas là, les gens ils restaient de (*peu compréhensible*)
422 enfin c'était un endroit pour quatre ou cinq personnes, ohh quand j'ai vu ça, j'étais
423 complètement horrifié j'ai dit « non je veux pas aller là, je veux pas aller là, je veux pas aller
424 là... » (*parle vite, voix de panique*)
425 C : Ca vous a fait peur ?
426 P : Ouais, ça m'a fait carrément peur, je me suis dit on est vraiment chez les fous, et puis
427 l'hôpital psychiatrique c'est quand même... Enfin, ça a quand même une connotation, quand
428 on dit qu'on va en hôpital psychiatrique, moi je me rappelle, je me rappelle des Tintin, c'est
429 on va chez les fous quand même, c'était on va chez les fous quoi, c'est pas simple, mais pour
430 beaucoup de gens, l'hôpital psychiatrique c'est... enfin c'est...
431 C : Enfin c'était pas simple quoi, venir dans un hôpital psychiatrique
432 P : Non c'est jamais simple, mais j'ai eu peur de l'endroit et puis après euh, comment dire,
433 j'étais dans une... j'étais avec une... je me souviens, dans une chambre avec un vieux
434 monsieur et ça s'est très bien passé, je me souviens dès le début quoi, tout de suite on est pris
435 en charge quoi, et puis on discute avec plein de gens, parce que, forcément, y a que ça à faire
436 C : Vous partagiez votre chambre...
437 P : Ouais je partageais ma chambre, mais c'était sympa, c'était plutôt...
438 C : Le fait de partager votre chambre c'était plutôt un support ?
439 P : Surtout avec des gens âgés qu'avaient pas la même pathologie que moi. Y'en a un il était
440 bipolaire, ils avaient des AVC plus ou moins l'autre il avait fait une TS, ils allaient bien quoi,

441 c'était des vieilles personnes quoi donc euh c'était agréable de discuter avec ces vieilles
442 personnes, c'était pas aussi comme avec un jeune
443 C : Le fait qu'elles étaient plus âgées qu'est-ce que ça vous apportait ?
444 P : Bah je sais pas (*pause*) une discussion plus facile avec eux on pouvait parler de tout et de
445 rien je pouvais me permettre y en a une qui était artiste et puis on disc...(coupé) je me
446 souviens plus trop de quoi on discutait sûrement de la pluie et du beau temps mais euh je sais
447 pas puis euh au moins c'était des gens qui me parlaient pas de drogues ça me ça me changeait
448 déjà en plus des gens agréables très agréables mais euh je pense qu'il faudrait pas mélanger
449 les gens qui ont plus ou moins les mêmes pathologies parce que pour les toxicomanes je veux
450 dire c'est pas comme pour quelqu'un qu'a fait un AVC qui... pour les toxicomanes vous êtes
451 accroc à quelque chose si on vous parle que... en cure si on vous parle encore de cette drogue
452 forcément ça c'est vous avez plus de mal à vous en ah comment dire à vous en défaire à vous
453 défaire de l'idée de la drogue que si on vous en parle pas quoi donc moi j'étais plus ou moins
454 content j'étais avec un ou deux toxicomanes mais avec qui je discutais mais qui me parlaient
455 tout le temps de drogue donc ça m'énervait donc je m'entendais pas trop avec eux sauf un
456 jeune qui avait exactement le même âge que moi avec qui je me suis super bien entendu avec
457 qui, artiste aussi, comédien et on parlait de tout sauf de ça quoi et à chaque fois qu'on parlait
458 de drogue je me sentais mal à l'aise tandis qu'avec des vieux enfin avec des vieux des gens
459 plus âgés ça me permettait de parler d'autre chose euh je sais pas et puis les gens âgés ont la
460 compagnie facile sont de compagnie agréable, plus que les jeunes c'est j'y trouvais mon
461 compte en tout cas en tout cas j'y ai trouvé mon compte en tout cas donc euh peut être que
462 tous les gens ne sont pas comme ça mais moi oui
463 C : mm vous imaginez que la cohabitation avec quelqu'un, un autre jeune toxicomane peut
464 être comme vous ça aurait été trop... ?
465 C : Trop proche ? / P : plus difficile (*en même temps*)
466 P : Ouais peut être que je me serais pas entendu avec la personne oui enfin
467 C : Et que ça vous aurait trop renvoyé à la drogue en permanence ?
468 P : Exactement ouais mais ils sont pas tous comme ça j'en ai rencontré un comme je vous dit
469 un comédien qui était génial on en discutait un tout petit peu mais il m'a vachement aidé
470 parce qu'il était vachement enfin j'avais l'impression qu'il avait beaucoup d'expérience vis-
471 à-vis de ça et il m'a vachement aidé quoi on en a beaucoup discuté on se soutenait plus ou
472 moins mutuellement c'est vrai que c'était pas tous les jours facile non faut pas croire que
473 c'était un club de vacances mais bon c'était agréable
474 C : Et l'âge des soignants parfois c'est... ça vous renvoie à... ? Des soignants plus âgés, des
475 soignants plus jeunes, ça change quelque chose dans la relation ?
476 P : Non j'étais avec une psychiatre que j'avais ici ici c'était une femme assez âgée puisque
477 qu'elle est à la retraite aujourd'hui toujours souriante et oui ça ça jouait bien sûr alors
478 bizarrement j'ai eu que des femmes en tant que en tant que médecin traitant
479 C : mm
480 P : Est-ce que je m'entends mieux avec les femmes qu'avec les hommes ? Je sais pas j'ai
481 jamais eu affaire à des hommes ici la première fois que j'ai vu un psychologue c'était un
482 homme ça m'avait pas convenu et là j'ai eu que des femmes ici et à chaque fois ça m'a très
483 bien convenu les femmes sont plus... Je sais pas, plus à l'écoute, le psychologue, c'est pas
484 pareil, j'ai trouvé dans le psychologue que j'ai ici quelque chose de très bien
485 C : mm
486 P : quelqu'un d'assez droit, je sais pas moi c'est, c'est difficile à expliquer mais ça marche
487 vraiment au feeling quoi c'est euh je changerais de psychologue pour rien au monde quoi
488 C : mm
489 P : et la psychiatre c'était pareil. A l'hôpital par contre j'avais une interne, une petite
490 psychiatre, toute petite, (*cite son nom*) qu'elle s'appelait, elle était très mignonne, ça a peut

491 être joué aussi dans la relation (*sourire*) parce que c'est euh, comment dire, dans la relation
492 médecin-patient, vous essayez toujours de plaire à votre médecin
493 C : mm
494 P : et c'est vrai que le fait qu'elle soit mignonne et gentille et machin ça aidait, ça m'a peut
495 être aidé, et quand je suis revenu en deuxième hospitalisation je me suis dit du coup je vais
496 avoir le même médecin, j'ai pas eu le même médecin au au départ
497 C : Ouais
498 P : Ohh ça m'a un peu perturbé
499 C : mm
500 P : et finalement le docteur (*nom*) est revenu et après je sais plus quoi enfin je sais pas
501 comment ça se passe au niveau de ces enfin elle était interne elle est revenue elle m'a dit que
502 je vais le reprendre avec moi c'était ohh (*voix de soulagement*) c'était la libération c'était je
503 tombe sur le docteur (*nom*) quelle chance ! Enfin j'ai beaucoup de chance quoi j'avais le
504 feeling qui passait bien avec elle donc euh mais vous savez après c'est un jeu de la séduction
505 c'est euh vous essayez de plaire à votre médecin vous essayez de vous montrer sous votre
506 meilleur jour et pis voilà mais en plus elle était agréable quoi elle avait une voix douce et...
507 donc ouais ça joue ouais
508 C : Et parfois est ce que vous avez le sentiment que ça complique les choses de se dire que
509 peut être qu' il faut plaire à son médecin ?
510 P : Non non après faut jouer le jeu quoi faut dire la vérité quoi
511 C : C'est à la fois c'est un jeu et à la fois dire la vérité... ?
512 P : Mais faut dire faut dire toute la vérité faut dire... c'est-à-dire il y a plein de gens qui qui
513 mentent à leur médecin ça sert à quoi de mentir enfin ça sert à quoi de se soigner après si on
514 ment à son psychologue y a des gens qui mentent à leur psychologue je vois pas le rapport...
515 ou la peur de se faire battre, la peur de se faire punir ou de se faire faire la morale quoi même
516 si... desfois je me suis fait faire la morale par le docteur par le psy que j'avais ici qui qui dès
517 que je faisais pas d'efforts et tout ça qu' il faudrait que quand même fallait je me bouge un
518 peu les fesses non c'est pas enfin euh c'est pas gênant non
519 C : D'accord
520 P : Ca facilitait les relations en tout cas ouais, pour moi
521 C : Ok, et vous dites ce qui vous plaît avec votre psychologue c'est que c'est quelqu'un
522 d'assez droit ? entre autres...
523 P : Oui, quelqu'un qui me rappelait mon père en fait je vous avouerais ouais mon père est
524 mort mais il me rappelait mon père un peu quelqu'un d'assez imposant qui dit rien qui sourit
525 parfois qui sourit pas qui sourit peu qui parle peu qui euh j'étais je il m'a beaucoup
526 impressionné en fait la première fois que je l'ai vu quoi et euh pourquoi j'ai accroché je sais
527 pas... (*pause*) Je sais pas, c'est difficile à décrire, c'est difficile à définir... Ouais je je sais
528 pas, j'arrivais à parler, j'ai pas eu de psychologue ici à part lui, le Dr que j'ai ici, enfin il est
529 pas docteur, c'est un psychologue, à part Mr (*nom de son psychologue*) donc euh ouais je sais
530 pas... C'est... Mais je pense qu'on a tous une raison pour laquelle on accroche à une
531 personne plus qu'à une autre et je pense que ces raisons sont très per... enfin sont
532 personnelles et desfois on a du mal à définir pourquoi on choisit tel ou tel médecin ou tel ou
533 tel psychologue : vous accrochez c'est tout
534 C : mm
535 P : question de feeling c'est tout
536 C : mm, et là vous avez dit peut être qu'il vous rappelle votre père, enfin... ?
537 P : Ouais
538 C : mm
539 P : Mais euh ouais ouais quelqu'un d'impressionnant ouais quelqu'un qui m'intimide un peu
540 même il était même un peu intimidant c'est vrai que quand vous le connai... c'est vrai que la

541 psychiatre était d'accord avec moi « oui Mr (*nom de son psychologue*) qu'est quelqu'un
542 quand même assez... » moi j'ai dit « oui il m'intimide, il m'impressionne », il
543 m'impressionne, ouais
544 C : Ouais
545 P : Du coup, je me dis, je me suis pas dit « c'est un bon ou un mauvais psychologue » mais
546 c'est vrai que... et puis à chaque fois, il voulait me revoir, il me dit « alors à la semaine
547 prochaine » « à la semaine prochaine » parce que vous savez, au début, vous avez peur, vous
548 vous dites « est ce qu'il va vouloir me revoir ? » enfin c'est... y a plein de choses qui se
549 passent comme ça, la peur de faire des bêtises, de se faire gronder, de se faire... bon c'est pas
550 l'école non plus ici mais voilà des relations euh
551 C : Est ce qu'il va vouloir me revoir ?
552 P : Ouais y avait ça aussi et à chaque fois, il me revoyait. Il parlait jamais beaucoup Mr (*nom*
553 *de son psychologue*)
554 C : Et ça vous convenait ?
555 P : Ouais ça me convenait. Bah le fait qu'il parle pas beaucoup, j'aurais préféré quelqu'un qui
556 me parle, mais j'y trouvais mon compte au départ, et puis là il me parle un peu plus parce
557 que... et pis il commence à me connaître maintenant aussi c'est qu'il commence à me
558 connaître et là je me vois mal recommencer avec un autre psychologue à raconter toute ma
559 vie... Lui, il me voit depuis des années donc euh donc il sait ce que je fais dans la vie, il sait
560 ma relation avec ma femme, il connaît un peu tout de ma vie donc c'est euh je vais pas dire
561 une relation de confiance mais... (*pause*) si peut être... si, on a toujours une relation de
562 confiance avec son médecin ou avec les personnes qui nous suivent donc ouais une relation de
563 confiance oui j'ai confiance en lui et euh et ça se passe bien
564 C : Qu'est-ce qui vous fait évoquer la confiance, peut-être hésiter un petit peu ?
565 P : Qu'est ce qui, qu'est ce qui me fait... ? pardon excusez-moi j'ai pas... ?
566 C : Vous vous êtes dit oui c'est une relation de confiance et puis après vous avez hésité un
567 petit peu... peut-être ça dépend ce que vous mettez derrière le mot confiance ?
568 P : Euh, c'est pas évident
569 C : Vous vous posiez cette question un peu, est-ce que finalement pour vous c'est une relation
570 de confiance ?
571 P : De confiance ouais ouais j'hésite pas là-dessus mais oh et puis c'est agréable de voir des
572 gens qu'on connaît enfin de voir des gens qu'on connaît et puis c'est agréable aussi de voir
573 toujours les mêmes même si c'est que des infirmiers d'ailleurs elles voient toujours les mêmes
574 têtes même ça... (*pause*) c'est dans la continuité c'est-à-dire que (*pause*) enfin les gens ils
575 changent pas, c'est-à-dire que donc on voit toujours les mêmes têtes donc ils nous connaissent
576 même si ils nous connaissent pas personnellement ils connaissent mon prénom c'est comme
577 dans un hôtel hein vous savez c'est comme dans la reconnaissance du client la pyramide
578 comme on dit le système de la pyramide quoi dans les hôtels de luxe le summum c'est de
579 reconnaître le client et de savoir et de connaître tous ces besoins et tout ça et ben c'est un peu
580 pareil dans un hôpital c'est-à-dire que quand vous venez c'est agréable d'être appelé par votre
581 prénom c'est agréable qu'on vous reconnaisse c'est agréable qu'on que le psychologue je lui
582 raconte pas à chaque fois ma vie parce qu'il la connaît plus ou moins et que voilà c'est un peu
583 pareil, c'est une relation privilégiée quoi et mais c'est agréable mais les gens ont peut-être pas
584 besoin de ça non plus moi en tout cas ça me...
585 C : Pour vous c'est important
586 P : Oui pour moi c'est important ouais, de voir toujours les mêmes gens, ouais bien sûr
587 C : et c'est un petit peu comme dans un hôtel, l'image de l'hôtel ça vous... ?
588 P : (*rires*) ouais c'est pas un hôtel ici mais...
589 C : mais au sens de...
590 P : de la pyramide

591 C : mm, un hôtel où on revient ?

592 P : Oui pourquoi revenir au même endroit pour tout ça quoi parce que c'est toujours les

593 mêmes gens c'est exactement ouais ouais on va dans un hôtel parce qu'on y est bien accueilli

594 j'ai été très bien accueilli ici très bien encadré bien soigné donc j'ai confiance en cet endroit

595 quoi

596 C : Y a un petit peu l'idée on pourrait aller ailleurs mais c'est là qu'on revient... ?

597 P : Hum je pourrais aller ailleurs, même un jour, j'ai vraiment pété les plombs j'ai... il y a 4-5

598 ans et ma famille, branle-bas de combat, faut pas que tu viennes ici, ça marche pas, tu seras

599 peut-être mieux dans un endroit privé et ohh non, là j'ai pété les plombs, non je veux pas

600 aller, surtout pas aller dans un endroit privé, payer pour ça enfin... c'est pas parce que c'est

601 gratuit ici, c'est pas ça mais je me voyais mal dans un endroit privé, c'est pas la même chose,

602 un cadre privé, je suis pas sûr que je sois si bien traité que je le suis ici, ça m'avait fait très

603 peur et je me suis dit là, ils veulent m'enfermer, là j'avais appelé un copain complètement

604 affolé « ils veulent m'enfermer, ils veulent m'enfermer, c'est pas possible, fais quelque chose

605 pour moi, ils veulent m'enfermer, ma famille veut m'enfermer ! » j'ai dit « non non je veux

606 continuer ici même si il faut que je me fasse hospitaliser ici », tout le monde m'a dit « mais

607 non ce serait mieux que t'ailles ailleurs » et tout mais non, j'ai persévéré, donc, y a un

608 moment où j'ai failli décroché pour aller ailleurs tu vois, vu que ma famille voulait, mais moi

609 j'ai dit non, que je voulais revenir ici, parce que j'avais une relation de confiance ici, parce

610 que je j'avais confiance en ce lieu

611 C : mm

612 P : donc euh voilà

613 C : mm

614 P : donc c'est important que je revienne ici voilà

615 C : mm

616 P : mais j'ai appris que les jours étaient comptés ici (*nom de la structure*) vous savez pas ?

617 C : non je ne sais pas, ça vous inquiéterait ?

618 P : Oui ça m'inquiéterait c'est quand même c'est quand même un lieu connu et reconnu quand

619 même (*nom de la structure*) ils sont quand même spécialisés dans la question et puis ça fait

620 des années que ça dure ouais ça m'embêterait franchement ouais je suis pas sûr que je

621 continuerai autre chose ailleurs en fait, même si je vois plus que le psychologue ici, ouais, je

622 serais très chagriné.

623 C : ailleurs dans d'autres lieux ou par rapport à l'équipe de soin ?

624 P : par rapport à l'équipe

625 C : si ils déménageaient dans un autre lieu mais que l'équipe restait la même... ?

626 P : Ah vous vous attachez quand même aux lieux même si vous vous attachez au corps

627 soignant c'est... aussi aux lieux parce que vous connaissez les lieux quoi c'est pareil c'est

628 comme au travail quand vous allez travailler vous connaissez les lieux vous connaissez par

629 cœur les lieux c'est facile pour vous mais c'est vrai que pour quelqu'un qui vient ici la

630 première fois dans une petite cage comme ça enfin ça... c'est pas évident

631 C : Le trajet c'est quelque chose d'important ?

632 P : C'est près de chez moi c'est pas très loin de chez moi (*sourire*) moi j'habite (*nom d'une*

633 *commune*) j'ai le (*nom des transports*) qu'est pas loin je vais à (*nom de l'arrêt*) et c'est vrai

634 que c'est pas loin de la sortie non je pense que le trajet n'a pas grand-chose à faire, plusieurs

635 changements pour venir ici ouais quand même, non le trajet a peu d'importance

636 C : D'accord, ok, je reviens juste pour terminer avec cette photo y a la question de l'hôpital

637 psychiatrique que vous aviez évoqué au départ venir dans un hôpital psychiatrique c'est pas

638 évident et puis vous avez parlé d'autres lieux et ou y avait une table deux chaises tout blanc

639 tout vide qui vous avait renvoyé à être chez les fous peut être même plus qu'ici qui est un

640 hôpital psychiatrique mais qui vous renvoyait pas à ça...

641 P : Ouais ouais tout à fait
642 C : Est-ce que vous pourriez en dire un peu plus ?
643 P : Sur le lieu que j'avais vu avant?
644 C : Sur cette différence, le fait qu'un lieu signifiait plus la folie ou pas ?
645 P : Enfin c'était dénué de mobilier enfin, très blanc... là ici y a un peu de couleur c'est jaune
646 c'est bleu c'est vrai y a quand même quelques couleurs donc c'est vrai que ça ça serait tout
647 blanc sans rien du tout mais c'est vrai qu'en lui-même (*nom du lieu*) n'est pas très... il est
648 peut être fonctionnel mais il est pas très accueillant non plus on peut pas dire que ce soit
649 un...c'est pas un hôtel non plus mais hein c'est vrai que la salle d'attente est un peu bizarre et
650 puis vous êtes en face, pile-poil en face des infirmiers, vous êtes à côté des autres patients
651 enfin y a pas beaucoup de chaises pour s'asseoir, les bureaux sont petits, mais je sais pas
652 c'est...
653 C : Vous êtes à l'aise quand vous attendez comme ça pour un rendez-vous?
654 P : Ouais ça me dérange pas parce que je connais les gens visuellement parce que je connais
655 l'endroit et ouais ça me... pourtant, même s'il est pas très accueillant, il me déplait pas quoi,
656 j'y suis bien, je m'y sens bien quoi, mais je me sens en sécurité ici, parce que j'ai été soigné
657 ici donc euh ça me v... maintenant, même quoi qu'il arrive, je me sentirais bien ici, j'ai
658 l'impression quoi et c'est vrai que même changer de lieu, ce serait difficile, même avec le
659 même corps soignant, ce serait difficile, même si l'endroit est super accueillant et tout ça, ce
660 serait difficile, même s'il était fleuri, très coloré tout ça, on s'attache à des lieux quand même,
661 même si peu accueillants soient-ils, on s'attache à certains endroits
662 C : D'accord
663 P : Et qu'est ce qui me fait penser que chez les fous... (*sourire, réfléchit*) parce que c'était
664 l'endroit avant c'était tout blanc c'était affreux bah ce qui me fait penser aux fous c'est le mot
665 psychiatrique c'est le souvenir de Tintin, Tintin chez les fous, je sais plus quel Tintin c'est, je
666 suis désolé je me rapporte à une BD (*sourire*)
667 C : bah vous pouvez
668 P : où une personne était en hôpital psychiatrique on voit des gens avec des chapeaux comme
669 ça (*mime*) qui se promènent dans un grand parc et qu'ils parlent tous seuls c'est un peu ça
670 quoi ça me fait penser un peu à ça c'est vrai que le parc il est un peu il pourrait faire penser
671 aussi un peu à ça des asiles des asiles psychiatriques
672 C : mm
673 P : On voit des sortes de grandes bâtisses avec des grands parcs où les gens ils se promènent
674 ils sont à moitié fous et ils font un peu ce qu'ils veulent c'est pour ça que ça me faisait penser
675 à ç... c'est vrai que ça peut faire penser à ça quand même quand on y repense maintenant
676 mais bon après faire plus accueillant que ça faut faut pas non plus...
677 C : mm
678 P :Cc'est pas non plus un hôtel, on est là pour être soignés, on n'est pas là non plus pour aussi
679 pour s'amuser par contre
680 C : mm
681 P : par contre y avait à (*nom d'un autre lieu de soin*) un cadre plus agréable, plus étendu,
682 c'était un vrai parc immense, avec des arbres immenses aussi
683 C : Y avait la question de marcher aussi dans le parc ça c'était important
684 P : Oui c'est important de marcher
685 C : Là l'espace est pas très très grand
686 P : Non mais en fait
687 C : Vous vous déplaciez quand même
688 P : Non mais je sais pas si vous avez fait le tour de l'hôpital mais
689 C : Un petit peu

690 P : Y a des grands couloirs, c'est des routes. Là, vous passez par derrière, ça fait penser un
691 peu à des coupe-gorges quand même le soir mais ça peut permettre de faire tout le tour de
692 l'hôpital et marcher pendant dix minutes et comme vous avez besoin, comme vous faites rien
693 de vos journées et que vous avez besoin de vous défouler, et que c'est un endroit où marcher,
694 je faisais trois fois le tour de l'hôpital comme ça le matin, ça me permettait de me défouler un
695 peu quoi, même si c'était un peu, c'était pas très accueillant quoi, pas très joli ouais euh ça
696 faisait toujours du bien ouais ça fait du bien quand même de pouvoir marcher...

697 C : mm

698 P : C'est important en tout cas, je trouve que c'est important

699 C : mm

700 P : Et hum y avait un ou deux patients qui marchaient comme ça, les autres en général ils
701 marchaient pas, ils aimaient pas marcher, ils restaient dans le parc, comme ça, moi j'étais
702 j'aime pas trop rester statique

703 C : ouais

704 P : donc j'avais besoin de marcher

705 C : d'accord

706 P : mais euh on n'étaient pas nombreux à marcher, mais mais, souvent, on partait comme ça et
707 les autres patients quand j'allais pas bien ils venaient me dire allez on va marcher enfin tu
708 vois à chaque fois que y a une personne qu'allait pas très bien et ben on disait bah viens on va
709 marcher ça va te faire du bien et puis souffler un peu quoi ou alors sortir un peu aussi du parc
710 parce que c'est vrai quand vous êtes confiné dans un endroit, vous avez besoin de sortir un
711 peu pour aller mieux quoi voilà

712 C : parfois besoin de changer d'endroit... ok, d'accord. Cette photo, au départ, vous la
713 trouviez un petit peu floue...

714 P : Un peu oui

715 C : Finalement elle vous convient comme ça ou vous auriez aimé qu'elle soit un peu plus
716 nette ?

717 P : Non c'est juste l'endroit derrière qui est un peu flou, c'est peut-être qu' on aurait pu voir là
718 où on squattait vraiment tout le temps là et puis, j'ai un souvenir de la pelouse ici parce que
719 j'y trainais. Une fois, ma femme est venue me voir, elle a... et puis j'étais pas là, ou j'étais en
720 entretien avec la psychiatre, et elle avait discuté avec le patient, le toxicomane jeune avec qui
721 je m'entendais bien et puis ils se sont bien rencontrés, enfin ils ont bien discuté aussi les deux
722 et puis on s'est retrouvés tous les trois assis dans la pelouse à boire un coca, ça faisait un peu
723 pique-nique en fait, je me souvenais que ça faisait un peu pique-nique ouais ouais et puis on
724 étaient bien quoi, on passait l'après-midi là puisqu'on n'avait rien à faire que... enfin, c'était
725 agréable

726 C : C'était un rien à faire agréable ?

727 P : Ouais

728 C : Est-ce que vous changeriez d'autres choses sur la photo ? Imaginez que vous pourriez la
729 retoucher où... est-ce que vous changeriez quelque chose?

730 P : (*silence*) Non, non. Peut être voir plus la cafèt mais non, même pas, puisque là, elle est à
731 l'ombre donc on l'a verrait pas plus, mais non, puisque les autres, les autres endroits... en fait
732 on a une belle vue d'ici, les autres endroits, c'est pas une aussi belle vue je crois que c'est la
733 plus belle vue qu'on n'ait du parc en fait, je vous avouerais

734 C : Là en regardant la photo, c'est ce que vous vous dites ?

735 P : Ouais parce que de l'autre côté c'est pas très joli quand on se met là-bas au fond c'est à
736 l'ombre c'est pas très joli non plus et c'est vrai que l'immeuble est plutôt joli, j'aime bien
737 le... ouais le bloc était joli là ouais donc euh

738 C : D'accord

739 P : J'aurais pu prendre une photo aussi devant le bloc mais non c'est pas...

740 C : C'est ça qui vous a plu
741 P : Ouais ouais c'est ça en fait je me suis j'ai pris la photo de là où je sortais donc euh c'était
742 la vue qu'on avait quand on sortait
743 C : La sortie aussi l'idée de la sortie
744 P : De la sortie oui
745 C : Est-ce que vous mettriez un titre à cette photo ou une légende ou pas, ou est ce qu'elle se
746 suffit à elle-même ?
747 P : C'est pas évident de mettre un titre là-dessus quoi
748 C : Mm
749 P : C'est pas non plus... non, j'aurais du mal franchement, j'aurais du mal à lui donner un
750 nom, une légende à part souvenir mais pfff (*pas convaincu*) non, j'aurais du mal... c'est juste
751 les souvenirs que ça me rappelle
752 C : Mm
753 P : Je pourrais l'appeler souvenir ouais mais euh
754 C : Enfin c'est souvenir qui vous vient éventuellement ce serait pas forcément le parc c'est
755 souvenir pour donner une dimension...
756 P : Tout à fait
757 C : Je passe à la suivante. Donc celle-ci on en a parlé aussi tout à l'heure. Sur le bureau vous
758 préférez laquelle ? (*on regarde les deux photos*) Y a celle-ci et puis y a celle-ci
759 P : Celle-ci (*photo n°3*)
760 C : Celle-ci plutôt, d'accord, vous pouvez me la décrire un petit peu ?
761 P : Bah c'est pas très accueillant quoi... mais c'est pas fait pour être accueillant non plus on
762 n'est pas pour être là non plus (*pause*) c'est pt' être propice à la parole aussi ces lieux comme
763 ça
764 C : De quelle manière ça pourrait être propice à la parole ?
765 P : Bah c'est-à-dire qu'on n'est pas emmerd... hum pardon on n'est pas (*pause*) interpellé par
766 des tableaux
767 C : Ouais
768 P : Par des couleurs particulières, même pas par l'extérieur pare que je crois que les les vitres
769 sont floutées... enf... je sais plus
770 C : Là on voit pas la fenêtre effectivement sur votre photo hum (*en même temps*)
771 P : Mais y a rien qui permet de perturber l'esprit ou autre que la personne qui est en face de
772 vous pas de tableaux enfin à part ces deux petits tableaux (*désigne les tableaux présents dans*
773 *le bureau dans lequel nous sommes installés*) et dans les autres pièces y en a pas du tout y a
774 juste un radiateur au fond et une table et deux chaises c'est vraiment propice à la parole parce
775 qu'on est là pour ça et puis donc et je pense que elle se suffit à elle-même cette pièce il
776 faudrait rien d'autre quoi il faut rien rajouter d'autre parce que sinon on pourrait avoir l'esprit
777 perturbé par ou accroché par quelque chose et ce serait enfin bon
778 C : Comme si on pouvait rêvasser ou être...
779 P : Exactement, ouais
780 C : distrait de la conversation qu'on a...
781 P : On est là pour discuter avec quelqu'un, même si on n'a pas envie de discuter quoi, on a du
782 mal à à ce que l'esprit s'échappe parce que on a rien à faire enfin on n'a rien d'autre à faire
783 que de faire ça
784 C : ouais , mm, y a quelque chose où il faut capter l'attention quoi ?
785 P : Ouais, accessoirement
786 C : Et ça pourrait s'échapper quoi...
787 P : Et y a la personne en face qui vous regarde alors moi, quand je parle, généralement, je
788 regarde peu ou pas les personnes parce que...
789 C : Vous vous mettez un peu de biais ?

790 P : Ouais, euh comme je fais un peu avec vous
791 C : comme là aussi
792 P : Euh non pas que je sois (*sourire*) je sais pas pourquoi je fais ça mais euh la timidité
793 surement mais euh y a pas d'autre choix quoi à part regarder par terre ou là
794 C : C'est plus naturel pour vous, vous vous sentez mieux comme ça, un petit peu de biais
795 P : Mieux comme ça je le regarde pas trop je le regarde de temps en temps dans les yeux mais
796 parce que lui il me fixe aussi mais lui il est quand même aussi... desfois il regarde ailleurs
797 aussi mais non pour moi c'est euh même s'il est si peu accueillant soit-il il est très fonctionnel
798 comme ça et utile comme ça parce que petit parce que on sent que on nous entend pas... J'ai
799 l'impression qu'on nous entend pas à l'extérieur. C'est important quand même, vous racontez
800 votre vie quand même, c'est pas pour que les gens ailleurs vous entendent, et j'ai l'impression
801 que les gens... que c'est plutôt bien isolé phoniquement
802 C : mm
803 P : Là, vous voyez pas aussi le couloir, vous voyez rien, juste une porte fermée non c'est c'est
804 vrai que c'est pas accueillant mais voilà c'est on est là pour ça aussi, on n'est pas... mais c'est
805 moi je trouve ça très bien comme ça quoi... Ouais c'est propice à la parole, à parler (*chuchote*
806 *pour les deux derniers mots*)
807 C : Donc ça capte l'attention
808 P : Ouais l'attention du médecin qu'est là ouais, on nous entend pas de l'extérieur enfin
809 C : Y a cette notion qui est importante de la confidentialité de ce qui peut se dire
810 P : Tout à fait hum
811 C : mm, euh et là effectivement, on voit même pas la fenêtre sur la photo, enfin on la devine
812 P : Ouais je vois un bout d'arbre et un bâtiment derrière, alors desfois je regarde dehors quoi
813 mais euh, ouais parce que j'aime bien la nature en plus j'aime bien (*sourire*) tout ça donc euh
814 C : Mais là on voit pas trop
815 P : Non on voit pas trop
816 C : D'accord
817 P : Ce que je voulais montrer en pl... c'était le rapport du face à face en fait, c'est vraiment un
818 face à face ouais
819 C : ouais
820 P : Alors y a deux chaises à chaque fois (*interrogatif*) (*pause*) j'suis déjà venu une fois avec
821 ma femme voir la psychiatre, pourquoi deux chaises ? Je sais pas, pt'être que y a des gens qui
822 viennent en couple ou des choses comme ça...
823 C : Ouais ? ça vous interpelle un peu, d'arriver et de voir deux chaises ?
824 P : Deux chaises bah quand vous venez voir un psychologue c'est quand même... c'est
825 carrément priv... enfin c'est de l'ordre du privé enfin, complètement privé alors le fait de
826 venir avec quelqu'un je comprends pas trop la démarche même si je l'ai déjà faite avec ma
827 femme
828 C : Ouais
829 P : mais voir un psychologue, moi, il est hors de question que je vois un psychologue avec qui
830 que ce soit, même ma femme aussi
831 C : Même votre femme, d'accord
832 P : Mais bon y a deux chaises ça permet de s'appuyer sur l'autre chaise puisque vous êtes...
833 C : oui comme là, vous utilisez les... (*rires*)
834 P : ou de choisir la chaise qu'on veut pt'être qu'on a un meilleur angle sur la chaise peut être
835 mais voilà
836 C : et quand vous arrivez en consultation vous pouvez avoir une hésitation sur quelle chaise
837 prendre ?
838 P : Non, je prends toujours la même
839 C : Laquelle ?

840 P : Là, celle-ci (*montre la chaise sur la photo*)
841 C : Celle-ci, celle qui est plus près du mur
842 P : ouais, je m'appuis un peu contre le mur je crois ouais, je suis toujours en train de
843 trifouiller mon jean comme ça et...
844 C : D'accord
845 P : comme ça je regarde un peu en biais comme ça ça me permet de pas trop le voir aussi alors
846 du coup lui il se met de l'autre côté quoi desfois
847 C : Alors lui il se met plus, il va se décaler alors, sa chaise plus... ?
848 P : Il se décale là, même si je regarde, ouais
849 C : D'accord, toujours là, c'est une évidence, c'est ?
850 P : Bah ouais, c'est les habitudes enfin ouais je suis assez (*pause*) enfin les habitudes ça rend
851 con comme on dit, mais ouais je devrais essayer l'autre chaise, je sais pas (*rires*) mais c'est
852 vrai que je prends toujours la même quoi
853 C : D'accord, et y a cette notion d'essayer de réduire un peu le face à face ? en tout cas peut
854 être en se décalant, en se mettant un peu en biais, ça réduit un peu l'impression de face à
855 face ?
856 P : Ouais j'ai jamais aimé les faces à faces c'est vrai que ça fait un peu (*pause*) réquisitoire
857 c'est-à-dire vous êtes en face de quelqu'un, un peu oral d'examen vous savez quoi
858 C : Ouais
859 P : Vous êtes pile-poil en face de la personne on vous demande de vous tenir droit et de
860 regarder les gens dans les yeux là personne vous oblige de faire quoi que ce soit donc euh je
861 préfère me mettre à l'aise voire même quitte à m'avachir un peu quoi mais euh du moment
862 qu'on est à l'aise après on parle plus facilement donc euh
863 C : Ouais, d'accord
864 P : et puis y a ce grand bureau tout blanc parce que le psychologue d'façon il note jamais rien
865 donc c'est vrai que ça fait...
866 C : mm, on se demande à quoi il sert ? (*rires*)
867 P : ouais on se demande à quoi il sert mais, il permet de maintenir une certaine distance, vous
868 savez il y a toujours une certaine distance personnelle on dit la distance la longueur d'un bras
869 qui faut toujours avoir
870 C : la longueur d'un ?
871 P : la longueur d'un bras (*pose son bras sur le bureau*)
872 C : d'un bras d'accord
873 P : tout ce qui est aux alentours d'un bras c'est votre distance euh privée ou personnelle
874 C : ouais
875 P : vous pouvez pas avoir de bonnes relations avec les gens si la personne est trop près ou trop
876 loin justement de cette longueur
877 C : d'accord
878 P : et c'est vrai que c'est la bonne distance parce qu'on a la bonne distance pour
879 communiquer, pour qu'il nous entende correctement, pour que je puisse l'entendre
880 correctement
881 C : vous faites la comparaison à peu près en effet entre la largeur du bureau et la distance d'un
882 bras, effectivement ça...
883 P : C'est ça ouais
884 C : C'est plutôt quelque chose de sécurisant, la distance comme ça... ?
885 P : du bureau, ouais
886 C : mm
887 P : Oh oui y aurais pas de bureau ce serait j'aimerais pas
888 C : Vous aimeriez pas si y avait pas de bureau

889 P : Non. Non, je sais pas, c'est pas une sécurité mais j'aurais l'impression d'être euh (*pause*)
890 je sais pas c'est le fait de parler face à face sur une chaise, j'aurais pas aimé
891 C : Ouais
892 P : On peut imaginer... là le soignant est toujours de l'autre côté du bureau ?
893 C : Ouais, ça vous est arrivé de, d'être de l'autre côté du bureau ?
894 P : Non, toujours de l'autre côté
895 C : D'accord
896 P : Toujours cette distance, de sécurité ou je sais pas pourquoi, de sécurité, je sais pas
897 C : Qu'est-ce qu'on pourrait dire d'autre, une distance de... ?
898 P : (*silence*) de de confort
899 C : De confort ?
900 P : Ouais, confort hum
901 C : Ouais, mm, Pour chacun ?
902 P : Oui enfin j'imagine, pour lui, enfin (*sourire*) j'imagine aussi pour lui que ça doit être mais
903 lui aussi lui aussi peut se permettre d'avoir aussi des positions, il est pas non plus droit
904 comme un piquet sur sa chaise en fait, faut se mettre à l'aise pour pouvoir parler librement et
905 que lui aussi puisse m'écouter librement, faut se mettre à l'aise et être dans la meilleure
906 disposition possible donc après les chaises je sais plus comment elles sont (*regarde la photo*)
907 ah oui les chaises elles sont comme celle-ci (*touche sa chaise*) on est plutôt bien dans ces
908 chaises d'ailleurs
909 C : Elles sont confortables ?
910 P : Ouais ouais c'est important aussi
911 C : Ouais
912 P : On aurait des chaises de classe ce serait moins...
913 C : D'accord
914 P : Ouais lui il a une chaise à dossier il a de la chance (*rires*) il a une chaise à dossier qui doit
915 se baisser aussi mais si j'avais un truc comme ça je pense que je serais amené à jouer avec
916 C : Ah oui et ça vous aiderait ou ça serait perturbant ?
917 P : Non ça serait perturbant du coup je serais toujours en train de jouer avec en train de
918 baisser de la baisser donc c'est plutôt très bien qu'on ait une chaise comme ça donc c'est les
919 chaises euh ouais
920 C : En tout cas y a une différence de chaise euh vous notez qu'il y a une différence de chaise
921 hum
922 P : C'est normal, je sais pas, il est assis toute la journée là-dessus
923 C : Ouais, il est là plus longtemps hum
924 P : C'est normal, comme le professeur ou le chef il a toujours des meilleures chaises que les
925 employés (*rires*)
926 C : Ouais, d'accord, ok
927 C : Euh vous avez pris un bureau en particulier ? parce que y a plusieurs bureaux, juste
928 comment vous avez choisi le bureau ?
929 P : Je les ai tous fait
930 C : Vous êtes rentré dans chaque ?
931 P : Non non je les ai tous fait non mais
932 C : Vous les avez tous connus
933 P : Ouais je les ai tous connus
934 C : Vous allez pas toujours dans le même bureau ? Est-ce que en fonction des... ?
935 P : Bah y a touj... pas ouais y a celui-là un, deux, trois et pis la grande salle de réunion là
936 derrière ça fait quatre, je les ai tous fait, j'ai pris celui-là parce qu'il était libre et j'ai pas voulu
937 déranger, je voulais pas déranger les autres les portes étaient fermées je voulais pas
938 C : C'était le seul qui était ouvert ?

939 P : Ouais la porte était entr'ouverte j'ai regardé et puis comme j'ai vu que y avait personne
940 mais c'est là où j'étais un peu je me suis-je me serais pas permis de prendre une porte fermée
941 de frapper pour entrer si y a des gens en consultation ça se fait pas
942 C : D'accord
943 P : Surtout pour le patient, encore se serait le médecin je dis pas
944 C : Si tous les bureaux avaient été disponibles vous auriez choisi un autre peut-être ?
945 P : Non, je pense que j'aurais choisi de là où je venais ou choisit éventuellement celui-là mais
946 euh j'ai pas d'attachement particulier à un bureau ou à un autre
947 C : Mm
948 P : C'est le seul bureau qui est dans l'autre sens et qui n'a pas de fenêtre si je me souviens
949 bien celui-ci les autres sont dans l'autre sens et
950 C : Ouais
951 P : Une fenêtre par ici
952 C : Hum, la fenêtre c'est important ?
953 P : Ouais, bien sûr
954 P : Avoir la lumière du jour oui c'est mieux ouais c'est important ouais mais si y en a pas ici
955 c'est pas très grave mais si y en a c'est quand même plus agréable c'est le côté agréable de la
956 chose quand même ça permet de regarder dehors de temps en temps quand on n'a pas envie
957 de parler quand on n'est pas... on peut regarder dehors et penser que bientôt on est dehors
958 (rises)
959 C : C'est un échappatoire aussi
960 P : Ouais un peu ouais aussi
961 C : Euh et vous savez dans quel bureau vous aurez rendez vous ou pas en fonction de la
962 personne que vous allez voir ou du jour où vous venez ou pas ?
963 P : Je viens plus ou moins tous les jours le même jour parce que c'est mes jours de repos est
964 ce que je devine dans quel bureau on va être non le médecin prend le premier enfin le docteur,
965 il est pas médecin, le psychologue, prend toujours le premier bureau disponible
966 P : Et vous parfois c'est important ou pas ?
967 P : Ça m'est égal même moi qu'aime les habitudes ils se ressemblent vachement, à part la
968 salle de réunion qu'est au fond
969 C : Y en a où vous vous sentez mieux que dans d'autres ou pas ?
970 P : Non
971 P : Ici même le fait qu'il y est pas de fenêtre ici ça me dérange pas plus que ça quoi
972 C : D'accord
973 P : Sauf c'est plus agréable c'est juste pour le côté agréable de la chose. Ici on n'a pas
974 d'échappatoire en fait quand on veut regarder ailleurs
975 C : Ouais on est un peu coincé ?
976 P : Juste un grand mur et puis la petite fenêtre derrière là
977 C : Qu'est pas trop accessible du regard quoi, Et au début vous compariez l'espace du parc
978 qui renvoie à une certaine liberté et les bureaux qui sont un peu des cages ?
979 P : Bah il faut si on avait un grand bureau on perdrait du temps à regarder autour enfin tout ce
980 qu'il y a dans le bureau là et puis c'est enfin j'imagine qu'il faut là c'est petit parce que y a
981 pas beaucoup de place ici peut-être aussi mais franchement y a pas besoin d'avoir beaucoup
982 plus grand pour ce qu'on fait ici quoi on fait que parler faut pas non plus c'est comme un
983 parloir quoi faut pas non plus des grands espaces et des grandes d'accord Non non ça suffit
984 largement un bureau, deux chaises ou trois chaises c'est juste ça ça suffit amplement
985 C : C'est suffisant
986 P : Ouais c'est suffisant ouais même si c'est pas accueillant quand vous regardez cette pièce
987 vous avez pas envie d'y passer votre journée non plus mais bah ouais moi je non non pas plus

988 ça va c'est très bien comme ça et pis, comme je disais, c'est vraiment propice à la parole et je
989 trouve ça très très bien comme ça

990 C : Vous avez évoqué que dans certains y a des illustrations ?

991 P : Bah dans celui-là apparemment

992 C : Par exemple dans celui-là, vous les aviez déjà remarqué ?

993 P : Non, la preuve que non parce que je les découvre

994 C : Vous les découvrez en même temps

995 P : Pas beaucoup de bon goût mais... c'est un peu spécial (*rires*) ça agrmente un peu la pièce
996 mais je les ai pas plus regardé que ça d'ailleurs pt'être que dans d'autres temps et dans
997 d'autres circonstances quand j'ai fait mon hospitalisation pt être que c'aurait été différent,
998 j'avais le regard qui fuyait vachement plus comme ça, j'étais plus déstabilisé que ça quoi donc
999 euh mais là non

1000 C : Mm

1001 P : Ça n'a pas d'importance

1002 C : Ok

1003 C : Est-ce que vous voudriez rajouter quelque chose sur cette photo ?

1004 P : (*Silence*) Non

1005 C : Peut-être qu'il y a des questions que je n'ai pas posées qui vous sembleraient importantes
1006 pour comprendre votre photo ?

1007 P : Non franchement je vois pas grand-chose à rajouter elle est assez simple aussi. C'est dur
1008 de parler d'une photo d'un bureau avec deux chaises (*rires*)

1009 C : Ouais

1010 P : C'est pas évident non plus quoi

1011 C : Est-ce que de la même manière que l'autre vous pourriez lui donner un nom, une légende

1012 P : (*Pause*) Parloir

1013 C : Parloir ?

1014 P : Ouais parce que c'est bien le terme parce qu'on y fait que ça parce que pourtant même si
1015 je viens depuis longtemps ici j'ai un euh (*pause*) ça reste un endroit quand même assez
1016 particulier où on dévoile toute sa vie quand même c'est

1017 C : Ouais

1018 P : C'est quand même comme un confessionnal

1019 C : Parloir, confessionnal ?

1020 P : C'est plus confessionnal quoi c'est-à-dire que vous êtes entre quatre murs et vous racontez
1021 mais vraiment toute votre vie même les trucs les plus intimes et tout ça donc c'est vrai que les
1022 murs si ils pouvaient parler doivent contenir des secrets

1023 C : Mm

1024 P : Et c'est pour ça c'est très bien que la pièce soit pas plus grande qu'elle soit petite aussi ça
1025 permet d'avoir une certaine confi euh certaine confidentialité je pense

1026 C : Ouais

1027 P : C'est plus intime pour parler que des grandes pièces où ça peut résonner un peu et tout ça.
1028 Là, c'est très bien.

1029 C : Ouais, on a besoin de parler un peu moins fort ou

1030 P : Ouais je trouve ça je préfère que ce soit petit comme ça que trop grand

1031 C : Un bureau plus grand ce serait ?

1032 P : Ce serait moins agréable on aurait l'impression de parler plus fort on n'aurait moins
1033 l'impression d'une isolation phonique, ça ferait moins confessionnal (*sourire*)

1034 C : D'accord, parloir confessionnal y a dans parloir y a une référence un peu à la prison dans
1035 confessionnal y a

1036 P : Ouais alors confessionnal plutôt

1037 C : une référence à l'église, je sais pas

1038 P : Ouais j'ai jamais fait de prison non plus donc confessionnal
1039 C : Le parloir, c'est pas... vous avez pas pratiqué les parloirs, c'est plutôt avec l'image qu'on
1040 peut en avoir ?
1041 P : Ouais
1042 C : et confessionnal avec l'idée de l'intimité ?
1043 P : de raconter sa vie
1044 P : de ouais, enfin, j'étais allé... enfin, je suis catholique, non pratiquant, mais j'y ai été
1045 comme tout le monde, euh enfin non, pas comme tout le monde, j'ai eu ma première
1046 communion et tout ça, enfin toutes ces choses-là, mais le confessionnal, vous vous confessez
1047 toutes les semaines au prêtre et c'est un peu la même chose avec le psychologue finalement
1048 excusez-moi mon père parce que j'ai pêché et puis on raconte sa vie, toutes les choses pas
1049 bien que j'ai faites c'est un peu pareil avec le psychologue j'ai l'impression que c'est un peu
1050 pareil
1051 C : toutes les choses pas bien que j'ai faites
1052 P : Oui, c'est ça, après, y a pas de repentance possible mais bon (*rires*) mais ouais c'est ça
1053 confessionnal, ça ira très bien, voilà
1054 C : C'est une image qui correspond pour vous, avec ce rapport un peu à la vérité et au
1055 mensonge enfin dans le confessionnal il y a ?
1056 P : Y a que de la vérité pas mensonge non pourquoi vous dites mensonge non pas mensonge
1057 C : Qu'est-ce que vous diriez à la place ?
1058 P : On dit pas de mensonges
1059 C : parce qu'on n'est pas non plus obligé de dire toujours de se dévoiler forcément après y a
1060 toujours...
1061 P : On dit ce qu'on veut justement, c'est ça qu'est bien, si on n'a pas envie de parler, on parle
1062 pas, il m'est arrivé desfois de pratiquement rien dire pendant un quart d'heure et
1063 C : mm mais c'est possible aussi
1064 P : C'est possible aussi, tout à fait possible aussi et c'est pas non plus dénué d'intérêt non plus
1065 c'est... même si on dit rien, le fait de rester un quart d'heure face à un psychologue sans rien
1066 dire, c'est... même si on dit rien, il en ressort quelque chose quand même
1067 C : Un moment partagé, même en silence, c'est important
1068 P : ouais les non-dits aussi ont une signification quoi ce qu'on dit pas a aussi une
1069 signification, le silence a aussi une signification
1070 C : mm et dans l'idée qu'il y a une communication qui passe aussi par d'autres choses que ce
1071 qu'on dit que le langage ?
1072 P : Par les signes, par les... et ben ouais ouais parce que avant les médecins avaient remarqué
1073 que j'étais très nerveux et tout ça ils ont décelé chez moi une hyperactivité j'étais tout le
1074 temps en train de trifouiller quelque chose le ... le briquet le papier je l'aurais déjà plié en
1075 mille morceaux je l'aurais plié en mille morceaux à une époque et c'est vrai que le psychiatre
1076 a remarqué au fur et à mesure de mes soins que plus ça allait plus, je devenais calme et moins
1077 agité et c'est vrai qu'elle m'a dit « à chaque fois que je vous voyais vous étiez comme ça en
1078 train de trifouiller quelque chose et puis aujourd'hui vous voyez vous êtes plus calme et tout
1079 ça » donc ouais, les gestes ont aussi une signification après tout, a une signification même la
1080 façon dont on le regarde, la façon dont on s'assied donc euh
1081 C : Je vais pour terminer j'aimerais qu'on puisse mettre un petit peu en relation les deux
1082 images euh rapidement parce qu'après les locaux vont fermer
1083 P : Ah d'accord
1084 C : Comme j'ai quelques questions à vous poser à la fin de l'entretien
1085 P : Je vous en prie
1086 C : euh les deux photos ensemble vous les reliriez comment ?

1087 P : C'est bizarre parce que elles ont rien à voir l'une de l'autre l'une autant là c'est un endroit
1088 clos fermé oui fermé et l'autre c'est un parc où c'est complètement ouvert et je crois qu'il y a
1089 besoin de ces deux choses-là pour pouvoir... enfin, moi, j'ai eu besoin de ces deux choses-là
1090 pour pouvoir guérir, enfin guérir entre guillemets
1091 C : Que les deux ont leur utilité
1092 P : Oui les deux ont leur utilité
1093 C : Le clos et l'ouvert et qu'il faut les deux
1094 P : Oui je pense qu'il faut les deux ouais
1095 C : D'accord, c'est complémentaire quoi ?
1096 P : C'est complémentaire tout à fait oui. C'est bien de passer ici parce qu'on a besoin de
1097 parler, qu'il faut parler des endroits comme cette pièce mais il faut en même temps qu'à côté
1098 on puisse parallèlement un grand parc où les gens puissent sortir respirer et voir autre chose
1099 que
1100 C : C'est l'association des deux qui soigne ?
1101 P : Enfin qui soigne je sais pas mais qui aide oui
1102 C : Qui aide
1103 P : Oui ça c'est sur
1104 C : Ok
1105 P : Je me souviens en hospitalisation les médecins ils recevaient dans la chambre et j'avais
1106 horreur de ça
1107 C : Le fait que ce soit un lieu distinct pour l'entretien c'est mieux ?
1108 P : Ouais
1109 C : Parce que dans la chambre c'est ?
1110 P : Bah dans la chambre, c'est être déjà dans votre intimité parce que c'est votre chambre
1111 mais pis plein de... parce que y a des fenêtres parce que y a des choses à regarder. Là, comme
1112 je vous disais, y a rien à regarder autre que de parler donc euh bon et que parler donc c'est
1113 mieux
1114 C : Un lieu distinct pour l'entretien
1115 P : Hum et même je me souviens que quand j'étais arrivé de l'hôpital j'avais voir l'autre
1116 psychiatre ici c'était dans son bureau et dans son bureau y avait plein de choses, ça perturbait
1117 aussi l'attention, ça pouvait être gênant ça aussi. J'aime bien moi les endroits clos, où mon
1118 esprit va pas bloquer sur quelque chose, un tableau, une fenêtre ou quelque chose comme ça
1119 C : Ok, on va s'arrêter là, je vous remercie

Entretien 2 : Kouam

- 1 C : Y a celle-ci, celle-ci et celle-ci, de laquelle vous voulez qu'on parle en premier ?
2 P : Celle-ci
3 C : D'accord, est ce que vous voulez bien me la décrire ?
4 P : J'ai pris l'accueil parce que tout se passe à l'accueil de toute façon
5 C : Ouais
6 P : C'est le départ de (*pause*) tout. Là, y a l'entrée (*désigne la porte d'entrée sur la photo*),
7 vous devez vous adressez à quelqu'un à l'entrée, bon c'est (*pause*) pour vous guider quoi,
8 c'est le centrage, comment je peux m'exprimer, ça, c'est, c'est eux qui contrôlent tout quoi
9 C : D'accord
10 P : Ils orientent par là
11 C : Y a l'idée que c'est le départ de tout
12 P : Ouais c'est ça
13 C : On arrive là, on est accueilli là, on nous oriente
14 P : Ouais
15 C : on nous guide
16 P : oui
17 C : et puis on nous contrôle un peu aussi
18 P : ouais, bon, y a tout le temps des personnalités qui changent
19 C : ouais, parmi les patients, parmi les soignants ?
20 P : non, parmi les soignants
21 C : parmi les soignants vous trouvez que le personnel change ?
22 P : chaque jour y a une personne, y a des stagiaires qui arrivent, je sais pas trop, bon, y a tout
23 le temps des nouvelles têtes quoi
24 C : Y a souvent des nouvelles têtes
25 P : Ouais
26 C : et y a des têtes qui restent ?
27 P : Oui, par exemple le monsieur (*désigne la personne à l'accueil sur la photo*), ce monsieur
28 C : Ce monsieur, d'accord
29 P : Depuis que je suis là, il était toujours là, depuis 2006
30 C : D'accord, il est là toujours à l'accueil depuis que vous venez
31 P : Ouais
32 C : Et c'est important ça pour vous ?
33 P : Ouais c'est (*pause*) on s'habitue, bon, en effet, on les voit tout le temps, on se met à l'aise,
34 il y a une certaine complicité qui s'installe et tout ça
35 C : D'accord, une certaine complicité
36 P : Ouais
37 C : Est-ce que vous pourriez m'en dire un petit peu plus sur cette complicité, comment vous
38 pouvez ressentir... ?
39 P : c'est vous êtes à l'aise de de de dire les choses
40 C : mm
41 P : de expliquer les choses, tout ça quoi
42 C : mm, vous discutez souvent avec lui ?
43 P : oui
44 C : oui ?
45 P : bon, tout le personnel ici est très gentil, je, moi je n'ai jamais de problèmes avec le
46 personnel
47 C : mm
48 P : tout se passe bien

49 C : d'accord, à quoi vous remarquez cette complicité ? Vous dites ça met à l'aise...

50 P : ouais

51 C : à quoi vous ressentez que vous êtes plus à l'aise ?

52 P : des pis, desfois, les mêmes têtes tout le temps, bon, ça vous familiarise, ça crée, ça vous met à l'aise quoi, de poser toutes les questions que vous voulez, vous êtes sûr d'avoir une

53 bonne réponse

54 C : vous posez souvent des questions aux personnes de l'accueil ?

55 P : oui, surtout, je suis un timide, mais bon, si y a un problème, j'hésite pas

56 C : d'accord, s'il y a un problème ?

57 P : ouais

58 C : d'accord

59 P : pas des problèmes, des petits soucis quoi

60 C : ouais ?

61 P : par rapport aux rendez-vous

62 C : ouais

63 P : à l'ordonnance, tout ça

64 C : d'accord, ok, peut être que vous êtes un peu timide mais, en tout cas, si il y a un problème

65 vous vous sentez à l'aise pour aller leur demander, ça c'est important

66 P : ouais c'est ça ouais

67 C : d'accord, et c'est devenu presque un lieu familier ?

68 P : ouais

69 C : mm

70 P : quand vous venez dans un endroit plus de sept ans d'affilée ça

71 C : mm

72 P : ça vous familiarise hein

73 C : mm, d'accord, ok, par rapport à cette photo, quand vous avez voulu prendre cette photo de

74 l'accueil, vous avez pris cette photo tout de suite vous avez hésité un petit peu, sur l'angle que

75 vous preniez... ?

76 P : non, c'était l'angle où y avait la porte d'entrée (*montre du doigt la porte d'entrée et le*

77 *bureau sur la photo*)

78 C : d'accord vous vouliez qu'on voie la porte d'entrée

79 P : ouais

80 C : et puis le bureau de l'accueil

81 P : le bureau ouais, j'étais tout juste là, en face de

82 C : mm, vous étiez un petit peu contre le mur là

83 P : ouais

84 C : mm, d'accord, ok, ouais la porte d'entrée c'est important qu'elle figure ?

85 P : ouais

86 C : ouais

87 C : ok, c'est le départ de tout, si je reviens sur votre première expression ?

88 P : mm (*silence*)

89 C : est-ce qu'il y a d'autres points importants sur cette photo, d'autres choses que vous

90 voudriez mettre un petit peu en relief, mentionner, montrer des choses qu'on voie sur la

91 photo ?

92 P : mm, bah elle est particulière

93 C : elle est particulière ?

94 P : mm ça va

95 C : donc la porte elle est souvent fermée ?

96 P : ouais

97 C : elle reste pas ouverte, elle est...

98

99 P : oui

100 *En même temps* P : tout le temps fermée ouais / C : on la rouvre, on la ferme

101 C : parfois, quand on attend, on peut attendre dedans ou devant aussi peut-être, je sais pas,

102 vous, vous attendez en général où ?

103 P : on attend en général là, il y a des chaises par là

104 C : les chaises là

105 P : ouais

106 C : où vous étiez installé quand je suis venue vous voir ?

107 P : vous pouvez vous mettre dehors, bon, dans le couloir, y a pas de problème mais v' pouvez

108 attendre que partout où vous voulez, y a pas de, mais ce côté-là (*montre l'espace usagers de*

109 *l'accueil par opposition à l'espace du personnel délimité par le bureau*), y a pas de

110 restrictions

111 C : Est-ce que vous avez tendance à vous installer toujours au même endroit pour attendre ou

112 pas ?

113 P : Ouais, tout juste en face, ouais

114 C : Toujours en face de... ? de l'accueil ?

115 *En même temps* P : Ouais en face de l'accueil / C : de l'accueil d'accord

116 C : Pourquoi cette place là plutôt qu'une autre ?

117 P : Ohh c'est comme ça, y a (*pause*) comme ça, j'entrais, je me mets assis là où il y a du

118 monde

119 C : Oui tout de suite en arrivant quoi

120 P : Ouais, c'est les réflexes de l'habitude

121 C : Les habitudes, mm, d'accord, ok, donc la personne là elle est au téléphone ?

122 P : Ouais c'est bien structuré. Là, il y a pas beaucoup de monde.

123 *En même temps* C : C'est bien quand il y a pas beaucoup de monde ? c'est assez petit mm / P :

124 c'est bien organisé quoi

125 C : D'accord, vous avez le sentiment que c'est bien organisé tout ça, l'accueil ?

126 P : Ouais, tout se passe bien

127 C : D'accord, ok (*Silence*) Est-ce que vous pourriez donner un titre un nom à cette photo une

128 légende ou pas ? qu'est-ce que vous pourriez dire ?

129 P : Hum

130 C : Comment vous l'appelleriez ?

131 P : Et vous par exemple comment vous l'appelleriez la photo ? et je dirais quoi moi ? pfff

132 mm, je trouve pas

133 C : Prenez le temps de réfléchir, de bien regarder, de...

134 P : Mmm (*silence*) Mais ça se voit pas que on est à l'hôpital, c'est comme si on était dans un

135 hôtel, y a des (*pause*) y a des hôtels qui ont une même configuration à l'entrée, à l'accueil,

136 comme ça, à l'entrée là, le mec qu'est...

137 C : Ouais

138 P : A l'accueil le mec qu'est à côté du téléphone tout le temps

139 C : Ça fait penser à l'hôtel aussi ?

140 P : Oui

141 C : Vous auriez envie de l'appeler comme ça cette photo ?

142 P : Ouais si on me pose la question subitement je je saurais pas dire que c'est à l'hôpital ou

143 bien (*pause*) ça peut être (*pause*)

144 C : D'accord on peut pas forcément deviner que

145 C/P : C'est l'hôpital (*en même temps*)

146 C : Presque on pourrait penser que c'est un hôtel ou... ? Ou un autre lieu ?

147 P : Salle de classe, je sais pas

148 C : Est-ce que le fait que ça se voit pas forcément que c'est un hôpital, pour vous c'est plutôt
149 quelque chose de ? d'agréable ? ou plutôt un peu dérangent ?
150 P : Non non ça va, c'est bien
151 C : C'est bien comme ça, mm mm d'accord. En tout cas peut-être y aurait besoin d'une
152 légende pour, en tout cas, montrer à la personne qui regarde la photo que c'est un hôpital ?
153 P : Ouais
154 C : Alors c'est vrai que la personne elle porte une blouse
155 P : Mm mais ça se voit pas trop hein
156 C : Mm ça se voit pas trop c'est vrai mm d'accord ok
157 P : Mm y a dans beaucoup de métiers qu'on porte des blouses
158 C : dans beaucoup de métiers on porte des blouses. Lesquels par exemple ?
159 P : L'alimentation par exemple, tout ce qui est agro-alimentaire y a des (*pause*)
160 C : Y a des blouses aussi mm
161 P : Ouais
162 C : Pour vous la blouse c'est pas synonyme de soignant ?
163 P : Non
164 C : ça peut être plein d'autres métiers mm d'accord
165 P : c'est synonyme de propreté, je sais pas, la blouse blanche, à mon avis, c'est la propreté
166 C : la propreté ?
167 P : ouais mm (*pause*) je sais pas
168 C : mm c'est plutôt synonyme de propreté que
169 P : ouais
170 C : mm c'est pour ça que vous dites l'alimentaire aussi ok ok et puis vous dites c'est
171 important la personne aussi elle peut répondre aux questions elle peut vous orienter vous
172 guider
173 P : ouais
174 C : dans les lieux ici ou dans les démarches ailleurs ou ?
175 P : non dans toute, dans l'hôpital
176 C : dans l'hôpital en général qui lui est plus grand ?
177 P : ouais
178 C : parfois ils vous accompagnent ou ?
179 P : non
180 C : ils vous expliquent ?
181 P : ils savent que... ils expliquent
182 C : ils vous expliquent
183 P : aller par là et après y a tel bâtiment
184 C : ok, autant vous connaissez bien les lieux ici, autant l'hôpital est encore... on peut se
185 perdre quoi
186 P : mm
187 C : d'accord, si vous pouviez faire des retouches sur cette photo, vous changeriez des choses
188 ou pas ?
189 P : ouais je changerais (*pause*) ahh rien
190 C : rien ?
191 P : mm je sais pas, y a rien à changer
192 C : ok, la personne elle a vu quand vous preniez la photo ?
193 P : non, c'est dans la salle de soins là
194 *en même temps* C : après ? / P : là où on donne
195 C : d'accord ok on passe à la suivante ?
196 P : ouais
197 C : alors y a celle-ci et puis celle-ci, laquelle vous ? (*en faisant défiler les 2 photos*)

198 P : oui je préfère celle là
199 C : plutôt celle-ci, d'accord. Donc là, c'est la salle de soins ?
200 P : ouais
201 C : et là vous avez discuté un peu avec l'infirmière avant de prendre la photo ?
202 P : ouais, elle voulait pas apparaître sur la photo
203 C : ah oui
204 P : elle s'est mise à l'écart
205 C : vous lui avez demandé ? si vous pouviez la prendre aussi ?
206 P : ouais oui
207 C : d'accord
208 P : là on voit directement là
209 C : mm, montrez moi
210 P : y a les dossiers y a (*désigne les dossiers sur la photo*)
211 C : les dossiers là ouais
212 P : y a les placards derrière pour les... où ils mettent les médicaments
213 C : y a les médicaments
214 P : bon y a quoi (*pause*) y a la chaise, l'ordinateur
215 C : ouais tout ça c'est des objets euh
216 P : ouais
217 C : importants ?
218 P : c'est des objets sont très importants, quand vous entrez, vous vous asseyez, elle tire les
219 documents tout juste là (*montre sur la photo*)
220 C : donc l'infirmière elle s'assoit là, elle prend le dossier, votre dossier
221 P : le dossier juste à côté
222 C : votre dossier vous savez où il est rangé ?
223 P : ouais là (*montre le tiroir coulissant sur la photo*), quelque part là
224 C : quelque part là d'accord. Il est de quelle couleur vous savez ?
225 P : euh rose, c'est par ordre alphabétique quoi
226 C : d'accord, c'est par ordre alphabétique que c'est rangé, donc l'infirmière elle s'assoit là
227 P : ouais
228 C : elle prend votre dossier et comment ça se passe après ?
229 P : après elle mentionne le traitement dans le dossier, après elle fait des petits mouvements,
230 elle ouvre le placard
231 C : le placard
232 P : elle récupère le médicament, la méthadone, subutex, ça dépend, après elle vous livre les
233 médicaments, après c'est bon hein
234 C : vous les prenez ici les médicaments, avec elle ?
235 P : oui, ah moi je les prends plus ici, je les prends à la pharmacie à côté là
236 C : d'accord, à un moment vous êtes venu ici pour les prendre et ensuite ça a été une
237 pharmacie à l'extérieur ?
238 P : comme y avait beaucoup de monde qui prenait les médicaments, ça commençait à
239 embouteiller un peu bon
240 C : ah oui, y avait de l'attente, y avait du monde
241 P : mm
242 C : pendant combien de temps vous êtes venu les prendre tous les jours ?
243 P : mm c'est en... à peu près depuis 2006, je suis allé à la pharmacie, on m'a envoyé à la
244 pharmacie il y a six mois à peu près
245 C : c'est récent la pharmacie euh
246 P : ouais
247 C : mm

248 P : bon je sais que j'étais pas (*pause*) un patient à problèmes, je pouvais me procurer les
249 médicaments à la pharmacie
250 C : vous aimiez bien vous venir chercher les médicaments ici ou c'était une contrainte ?
251 P : non, pas une contrainte, c'est pareil, c'est sur mon chemin de retour, ça me dérange pas de
252 C : et depuis que vous allez à la pharmacie c'est différent ?
253 P : non, c'est pas différent, bon, au départ, à la pharmacie ouais c'est quand vous présentez
254 l'ordonnance, la méthadone, la pharmacienne vous regarde comme ça d'un coup (*pause*) mais
255 bizarre quoi bon après (*pause*) c'est bon
256 C : vous avez le sentiment au début que la pharmacienne elle peut vous regarder de façon un
257 peu bizarre ?
258 P : ouais
259 C : et puis à force de venir après
260 P : ouais c'est parti, après ça revient plus
261 C : ça revient plus ce regard là ?
262 P : mm
263 C : mais au début, quand même, c'était pas facile ?
264 P : bon au début, la toxicomanie, bon enfin tout ça quoi, c'est pas bien vu hein (*pause*)
265 C : d'accord, est ce qu'il y a d'autres choses sur cette photo qui vous semblent importantes ?
266 Vous avez mentionné aussi bah l'ordinateur
267 P : mm
268 C : au moment des traitements, elle regarde sur l'ordinateur, l'infirmière ?
269 P : ouais
270 C : mm
271 P : elle marque sur les dossiers papier et sur l'ordinateur, les deux, les deux supports quoi
272 C : mm elle note que vous êtes venu
273 P : oui tel jour, tel date
274 C : oui d'accord
275 P : combien de traitements, combien de comprimés, tout ça
276 C : ah le nombre et c'est toujours la même infirmière, ça change ?
277 P : non ça change tout le temps hein
278 C : et le fait que ça change vous ça vous ?
279 P : non ça me dérange pas c'est (*pause*) c'est une personne de plus, c'est... ça change un peu
280 quoi, c'est tout
281 C : mm d'accord (*silence*) je vais vous poser la même question de si vous lui donniez un nom
282 à cette photo, enfin un titre, est ce que ?
283 P : ça
284 C : celle-ci, est ce qu'il y a quelque chose qui... ?
285 P : euh ça a plutôt l'air d'un commissariat moi
286 C : un commissariat ?
287 P : ouais
288 C : qu'est-ce qui vous fait penser à un commissariat ?
289 P : ahh la disposition, la chaise, l'ordinateur ... c'est un peu exigü
290 C : c'est un peu exigü ?
291 P : ouais
292 C : et la disposition de la chaise, expliquez-moi j'ai pas bien compris
293 P : y a la chaise là, derrière y a la fenêtre
294 C : d'accord
295 P : le placard et tout ça
296 C : ouais
297 P : c'est comme un petit bureau comme ça

298 C : mm

299 P : commissariat, je sais pas, je peux me tromper, mais

300 *En même temps* C : ça vous fait penser à ça/ P : bon

301 C : à un commissariat d'accord. Je rebondis aussi un peu sur la notion de contrôle que vous

302 aviez évoqué aussi à l'accueil...

303 P : ouais

304 C : vous avez l'impression que parfois y a du contrôle ici, que ?

305 P : non non y a pas de contrôle

306 C : d'accord c'est les lieux qui vous font penser à ça mais ?

307 P : ils font ça pour que tout se passe bien, y a pas de contrôle particulier, non

308 C : mais c'est plus le mobilier, la disposition de la pièce qui peut renvoyer à un commissariat

309 d'accord ok de même est ce que vous la retoucheriez cette photo ? Imaginez que vous aviez

310 un logiciel et que vous pourriez... ?

311 P : c'est un peu fade, que y ait personne sur la photo

312 C : ah le fait qu'il n'y ait personne sur la photo

313 P : c'est un peu

314 C : c'est un peu quoi ?

315 P : (*silence*) bon, c'est comme ça hum

316 C : vous étiez un peu déçu qu'elle ne...

317 *En même temps* P : ouais / C : n'ait pas souhaité apparaître sur la photo ?

318 P : le fait qu'elle n'apparaisse sur la photo, bah c'est son choix hum

319 C : d'accord bon là c'est un peu vide quoi

320 P : mm

321 C : ça vous renvoie à un peu vide quoi ? ok on regarde la dernière celle-ci c'est la même

322 pièce ? c'est le même bureau ?

323 P : oui, là y a le lavabo

324 C : le lavabo

325 P : y a des petits placards en haut

326 C : ouais y a la fenêtre, là l'armoire elle est ouverte

327 P : ouais

328 C : qu'est-ce que..., le fait que vous ayez pris ces deux angles puis choisi la première ? celle-

329 ci, qu'est-ce que qu'est-ce que vous cherchiez plus à montrer ?

330 P : je voulais montrer l'éclairage, la fenêtre bon

331 C : l'éclairage, la lumière

332 P : ouais bon je voulais prendre un peu tout quoi, y a le lavabo à côté, y a le bureau

333 C : y a une vue assez gé..., globale de la pièce, ben le bureau, on voit la chaise mais on voit,

334 on voit pas vraiment le bureau

335 P : non

336 C : mais par contre on voit vraiment le carré de la pièce quoi

337 P : ouais c'est ça

338 C : mm

339 C : le lavabo euh c'est ?

340 P : mm c'est important

341 C : il est utilisé quand ?

342 P : ouais il est utilisé

343 C : c'est la propreté aussi là, comme la blouse ?

344 P : ouais c'est comme dans tous les hôpitaux y faut que la propreté soit irréprochable

345 C : ouais, et la lumière est ce que vous pouvez m'en dire un peu plus sur le fait que vous

346 vouliez prendre la fenêtre ?

347 P : ouais la lumière c'est bien comme y a

348 C : mm

349 P : mm y a pas de rideaux, bon, y a la lumière qui entre, qui pénètre comme ça

350 C : effectivement y a pas de rideaux/ P : ça fait

351 C : je sais pas si on voit à travers la fenêtre ou si elle est opaque ?

352 P : hum ici y a des problèmes, y a trop de bureaux, y a... c'est un peu le bazar quoi

353 C : ça change souvent de bureau ?

354 P : tout le temps ouais

355 C : celle là, au moins, la salle de soins c'est toujours la même, l'accueil aussi

356 P : ouais ça ça change pas

357 C : d'accord

358 P : depuis longtemps, c'est pareil, les bureaux, une fois je suis là, la semaine d'après, je suis

359 là.

360 C : dans un autre

361 P : au bout là-bas

362 C : mm

363 P : pfff ça change tout le temps

364 C : d'accord, là ce sont des lieux qui ne changent pas, ceux que vous avez choisi pour la photo

365 P : ouais

366 C : ok, est-ce que vous voudriez rajouter quelque chose sur cette photo-ci ?

367 P : moi à mon avis, si on me pose une question comme ça, je trouve la photo comme un petit

368 studio, un petit appart, comme ça ça me viendra pas que de dire c'est dans un hôpital, comme

369 ça directement non

370 C : ouais d'accord celle-ci elle fait plus penser à un petit studio, à un petit appartement ?

371 P : ouais, petite chambre de bonne, tout ça quoi

372 C : mm, un lieu de vie quoi ?

373 P : c'est ça

374 C : d'accord

375 P : bon si y avait une présence humaine ça pourrait changer un peu le (*pause*)

376 C : là ça manque la présence humaine là sur la photo ?

377 P : ouais

378 C : pour vous ouais ça c'est très important, que ces lieux ils sont habités quoi

379 P : ouais c'est ça (*voix chuchotée*)

380 C : d'accord, est ce que vous voulez lui donner un nom ?

381 P : un nom ?

382 C : mm

383 P : non, un petit studio

384 C : un petit studio mm

385 P : bah chambre de bonne si vous voulez

386 C : qu'est-ce que vous préférez vous : un petit studio ou chambre de bonne?

387 P : Ouais un petit studio, un petit studio c'est, c'est mieux quoi

388 C : Ouais d'accord. Est-ce que les photos, si on les mettait un petit peu les unes à côté des

389 autres...

390 P : Ouais

391 C : euh quel lien vous faites entre les trois photos ? ou entre les deux principales déjà, entre

392 celle-ci et puis celle-ci ?

393 P : ouais au moins

394 C : Est-ce qu'il y a quelque chose qui les réunie ou qui les différencie ?

395 P : Non c'est quelque chose qui les réunit, c'est, c'est un lieu de vie quoi, y a l'entrée,

396 l'accueil, après c'est comme dans un hôtel, dans un appart, y a l'entrée, y a le concierge en

397 bas de l'immeuble qui vous guide y a, tout ça c'est un lieu de vie tout court

398 C : Donc ce qui les réunit c'est que c'est un lieu de vie ?
399 P : Ouais
400 C : D'accord ok (*Silence*) Est-ce que y a peut-être une question que je vous ai pas posée qui
401 serait importante pour bien comprendre vos photos ?
402 P : Vous, par exemple, comment vous jugez la configuration de de de l'endroit ?
403 C : Ça vous vous dites ça manque un peu
404 P : Ça manque un peu quoi
405 C : A quoi ça vous renvoie la configuration de l'endroit ? Peut-être si on prend plus dans son
406 ensemble à ce moment là, euh ?
407 P : C'est plutôt d'être vu comme une école
408 C : A une école, ça vous fait penser à une école ?
409 P : Ouais
410 C : Qu'est-ce qui vous fait penser à une école ?
411 P : y a l'entrée, y a le surveillant qui vous regarde, qui vous oriente, y a les salles à côté, pfff
412 je sais pas
413 C : donc la personne qui vous oriente, les différentes salles, changer de salle aussi
414 P : Ouais
415 C : Est-ce qu'il y a d'autres choses qui peuvent faire penser à une école ici ?
416 P : Euh (*pause*) à part les salles, y a les salles qui (*pause*) je sais pas je sais pas quoi dire (*voix*
417 *de plus en plus faible*)
418 C : D'accord, c'est une autre image en tout cas pour les lieux ici, ça peut aussi faire penser à
419 une école

Entretien 3 : Séverine

- 1 C : Donc voilà, vous avez pris celle-là et puis la seconde, on commence par laquelle ?
2 P : Bah par celle là
3 C : Plutôt par celle-là. Est-ce que vous pouvez me la décrire ?
4 P : Euh... c'est la salle d'attente
5 C : Ouais
6 P : Et la salle de prise de rendez-vous et quelque fois... non, salle d'attente et prise de rendez-
7 vous, c'est ça
8 C : D'accord, l'attente d'abord et puis, vous faites référence au deuxième temps après le
9 rendez-vous, où vous prenez le prochain rendez-vous ?
10 P : Voilà c'est ça
11 C : D'accord, ok. Ce moment de l'attente c'est un moment... ?
12 P : Bah euh moi ça fait longtemps que je connais le Dr (*nom du médecin*) donc, quand il me
13 voit, il me fait un signe (*mime de la main en souriant*) comme ça euh donc bah... c'est vrai
14 qu'il me prend rarement à l'heure, mais je le comprends très bien parce que, quelque fois, il y
15 a des personnages assez spécifiques, pis il est surbooké et non, j'attends, mais c'est vrai, je
16 regarde souvent l'heure, donc voilà
17 C : Donc il vous prend souvent avec un petit peu de retard mais vous, vous venez toujours à
18 l'heure ?
19 P : Moi je suis toujours à l'heure ouais oui oui, je suis toujours à l'heure, sachant que il va pas
20 me prendre à l'heure mais bon...
21 C : D'accord
22 P : Et si à la limite, parce que là je viens en semaine parce que je suis au chômage mais,
23 quand je vais reprendre un travail, et quand j'avais un travail, je venais le samedi matin donc
24 là, c'était déjà différent, y avait déjà moins de monde, donc là il me prenait plus à l'heure
25 C : Donc, ce temps d'attente, vous pouvez l'anticiper un peu, vous savez qu'il y aura un peu
26 d'attente et, en général, comment ça se passe pour vous le temps d'attente ?
27 P : Bah euh rien, je vois les gens qui passent euh je regarde... quelque fois il y a des cas ou
28 euh mais bon euh rien de spécial... si je vois que c'est vraiment trop long, je vais me fumer
29 une cigarette dehors, mais enfin c'est rare
30 C : D'accord
31 P : Sinon non, j'attends
32 C : Donc ça va être souvent entre cet espace là (*je montre l'endroit sur la photo*), les chaises
33 là, et puis dehors une cigarette, revenir ?
34 P : Ouais, mais c'est rare, c'est franchement rare, sinon j'attends là souvent (*montre sur la*
35 *photo*)
36 C : Souvent à la même place ?
37 P : Desfois c'est ici, mais c'est souvent face au bureau, et pis quand lui arrive, là, comme ça
38 (*montre par où arrive le médecin*), voilà
39 C : Il arrive toujours de là votre médecin, c'est ça ?
40 P : Voilà bah de ce côté (*montre sur la photo*), par là et par là
41 C : Et d'être face à l'accueil c'est ?
42 P : C'est... non, je vois qu'ils ont beaucoup de coups de fil, je vois qu'ils renseignent bien,
43 qu'ils sont... quand y a des gens, comme la dernière fois, y a eu, y avait une personne qui
44 était ivre mais euh, elle arrivait à peine à tenir debout quoi, et ils le connaissaient
45 apparemment, donc ils l'ont calmé, ils l'ont... parce qu'il essayait d'aller partout mais enfin
46 bon mais jamais ils ont haussé le ton, jamais euh bon on voit ce genre de choses quoi, pis
47 sinon non on attend quoi, voilà

48 C : En général c'est calme mais il y a des moments d'agitation comme ça dont vous pouvez
49 être témoin ?

50 P : Bon, c'est pas régulier mais, la fois où y avait ce monsieur là euh la première fois c'était
51 vraiment... d'ailleurs il m'a pris une heure après, il l'a pris en premier, et il est revenu.
52 L'autre fois, je fais « ooh putain il va revenir, ooh il est encore là » et puis, en définitive, il l'a
53 pris et puis il lui a fait juste une prescription et puis il était un peu moins euh un peu moins
54 alcoolisé, je dirais

55 C : Dans ces moments éventuellement d'agitation, vous vous sentez comment vous ?

56 P : Non, parce que je sais que le personnel est habilité et formé justement à ce genre de...

57 C : Ça vous inquiète pas ?

58 P : Ça m'inquiète absolument pas, non

59 C : D'accord

60 P : Hum

61 C : Vous faisiez référence, en tout cas c'est important aussi que, quand vous pouvez voir votre
62 médecin, qu'il vous fasse un signe de reconnaissance ?

63 P : Ah ça oui !

64 C : Un signe de la main

65 P : Parce qu'il me connaît depuis longtemps et pis, quelque fois, il me raconte des choses euh
66 qui n'ont pas forcément à voir avec mon problème quoi, mais bon

67 C : Des choses comme quoi par exemple ?

68 P : Bah euh j'ai une addiction à l'alcool donc euh on parle de l'alcool et tout et pis, là je suis
69 abstinente déjà depuis plusieurs mois, donc il est très content mais quand il me dit il me dit
70 « c'est bien », il est content de moi quoi, voilà

71 C : Mm

72 P : Donc euh

73 C : Mais vous dites, desfois il peut y avoir un moment même avant le rendez-vous où on parle
74 d'autre chose, pas de votre problème d'alcool...

75 P : Non non non non/ C : une petite discussion informelle ?

76 P : Bah là par exemple, vu que je suis au chômage, je suis, j'étais un peu, je commençais à en
77 avoir un petit peu marre, j'étais... euh alors il l'a marqué, parce que bon, ah, ça fait un an et
78 demi donc là euh ça commence à... donc je lui raconte un petit peu mes misères quoi

79 C : Vous remarquez quand il note des choses, quand il marque des choses ?

80 P : Oui oui oui oui il marque, alors je sais pas ce qu'il marque mais, euh, mais bon, disons
81 que on parle pas spécialement... dès que j'arrive, il me parle pas tout de suite de l'alcool, au
82 début oui, c'était normal, et pis maintenant comme il sait que maintenant j'ai arrêté, bon, je
83 lui ai expliqué que, de temps en temps, j'avais besoin, mais enfin que je tenais etcetera
84 etcetera, donc il est plus axé sur ma façon de voir les choses euh

85 C : D'accord

86 P : Comment je les ressens etcetera quoi

87 C : Ça, vous le ressentez dans les discussions que vous pouvez avoir avec lui ou dans son
88 dans d'autres choses, qu'il est plus ouvert à ?

89 P : Non ah je sens que... de toute façon c'est quelqu'un de... il est super apprécié et on sent
90 que c'est quelqu'un de simple, de...et... il est docteur mais on pourrait dire qu'il est... c'est
91 comme un ami quoi, vous pouvez vous confier quoi, voilà

92 C : D'accord

93 P : Donc euh

94 C : A la fois docteur et à la fois ami au sens de la confiance ?

95 P : voilà tout à fait ah tout à fait, on peut lui faire confiance

96 C : et de la confiance aussi

97 P : un max, un maximum hum mm

98 C : d'accord et vous disiez aussi ces derniers temps je suis abstinente, voilà j'ai fait des choses
99 et il est content de moi
100 P : Oui, il me fait « bravo ! »
101 C : c'est dans ce qu'il vous dit que vous remarquez qu'il est content de vous ?
102 P : ah oui et d'ailleurs je vous dit il parle presque plus d'alcool, c'est moi qui lui en reparle à
103 la limite
104 C : d'accord
105 P : donc euh... bon, peut-être que si il voit que je lui en parlais plus du tout, peut être que il il
106 agirait là-dessus mais enfin disons que, on parle tout à fait d'autre chose, de ma manière
107 d'être, de, d'être comme je suis en ce moment euh voilà euh sur mon comportement voilà
108 C : d'accord, et donc vous venez ici depuis, depuis plusieurs années ?
109 P : ah oui, j'ai fait une cure ici en 2010, c'est comme ça que j'ai... je l'ai connu et puis, bon
110 bah j'ai pas tenu, et puis je suis revenue le voir euh, en vrai, après j'ai été faire une cure en...
111 bah c'est par rapport à la cure de 2010, ils m'ont envoyée en post cure dans les Yvelines, et à
112 la post cure ils m'ont dit « ce serait bien que vous soyez suivie par quelqu'un » et quand je
113 suis revenue ici, c'est tout à fait naturellement que je suis venue le voir
114 C : reprendre le suivi
115 P : voilà et donc depuis là je le vois tous les mois quoi
116 C : régulièrement
117 P : mm voilà
118 C : vous vous souvenez de la première fois où vous êtes venue dans ces lieux ou pas ?
119 P : c'était pas... alors la toute première fois, non, c'était pas ici, c'était euh attendez si, c'était
120 ici, puisque que c'était dans un des bureaux qu'est là, si si je me rappelle
121 C : mm
122 P : puisque j'avais bu à l'époque, il m'a dit hum il m'a dit « on on peut s'arranger » et c'est là
123 qu'il a décidé de me faire, de me faire une cure quoi, donc si, c'était quand même ici
124 C : c'était quand même ici, la première rencontre avec ce médecin, et puis rapidement la cure
125 et puis vous êtes revenue en fait la post cure et puis vous êtes revenue
126 P : voilà tout à fait voilà (*silence*)
127 C : ok, qu'est-ce qu'est important pour vous sur cette photo ?
128 P : euh pfff je peux pas, je peux pas vous dire euh
129 C : au niveau de l'angle de prise de la photo vous avez hésité ?
130 P : non, c'est parce que j'ai pas voulu trop entrer... le monsieur là, déjà, il m'a regardée, il
131 s'est demandé ce que je faisais (*rires*) donc euh
132 C : vous étiez un peu gênée
133 P : oui voilà c'est simplement pour ça quoi
134 C : ok
135 P : et puis c'est vraiment l'endroit où je me mets et franchement
136 C : et puis on voit la place où vous êtes installée
137 P : voilà
138 C : d'habitude, d'accord, globalement c'est un lieu où vous vous sentez comment cette pièce
139 en général ?
140 P : bien, à l'aise, à l'aise, voilà, je dirais à l'aise
141 C : et à quoi vous le sentez que vous êtes à l'aise ?
142 P : bah c'est parce que en plus je verrai pt'être un nouveau médecin
143 C : mm
144 P : par exemple, y a eu une fois où il était absent, où il s'est absenté et j'ai été reçu par
145 quelqu'un d'autre et là, c'était pas pareil, quoi déjà le rapport n'était pas du tout le même
146 parce que lui ne me connaissait pas, ne connaissait pas mon dossier et puis quand je lui
147 demandais certaines choses, il me disait « non je peux pas parce que faut que je fasse

148 référence au docteur (*nom*) qui vous suit » etcetera donc là, j'ai senti, c'était un petit plus
149 tendu je dirais, mais sinon, je suis à l'aise parce que... sinon je suis... en plus, je le vois qui
150 me fait un signe, qui... bon, voilà quoi
151 C : d'accord, c'est un lieu où vous pouvez avoir des discussions avec d'autres patients dans
152 cette pièce d'accueil ou ?
153 P : Non, par contre non, je suis pas d'un naturel à aller entamer la discussion avec les voisins
154 ou ya que si ils m'adressent la parole où... mais de moi-même, non
155 C : Non, vous allez pas chercher à...
156 P : Non non non
157 C : Ni avec les personnes qui sont, qui sont à l'accueil ?
158 P : Bah si ils sont là et que j'ai quelque chose à leur demander
159 C : D'accord
160 P : mais autrement non, toute façon ils me connaissent euh parce qu'une fois y a une des
161 personnes qu'est là et y a une dame qu'est venue, qu'était en retard et apparemment c'était
162 pas la première fois, elle a inventé, enfin elle a inventé parce que je l'ai su après, encore un
163 truc et quand le docteur (*nom du médecin*) est venu « ah je veux vous voir » et la personne,
164 enfin l'infirmière, elle a dit « non non non non non c'est Mme (*nom de la patiente*) qu'était là
165 avant » et pis après elle m'a dit qu'elle raconte toujours la même chose, elle arrive toujours en
166 retard, donc elle dit c'est « je sais que vous, vous êtes toujours là »
167 C : donc parfois ils peuvent être garants de... ?
168 P : oui voilà
169 C : un petit peu de / P : oui oui
170 C : d'accord ok
171 C : est ce que... imaginez que vous pourriez faire des retouches sur cette photo, changer des
172 choses ?
173 P : bah peut être peut être agrandir la pièce
174 C : agrandir la pièce ?
175 P : l'agrandir, que ce soit un petit peu plus un petit peu plus spacieux quoi, par exemple, là
176 tout à l'heure je suis arrivée, toutes les chaises étaient prises bon bah là, là ça fait... disons
177 que, quand les gens ils rentrent euh là ça fait tout de suite beaucoup de monde, on se sent un
178 peu... (*pause*)
179 C : comme une oppression un peu
180 P : voilà donc, là, je suis restée debout, après y a quelqu'un qui s'est levé, j'ai réussi à
181 m'asseoir, mais bon
182 C : d'accord, pas forcément de place pour s'asseoir donc
183 P : donc là, ça serait peut-être un peu plus agrandi, un peu plus spacieux, ça serait peut-être
184 bien quoi
185 C : d'accord, ok, donc ça c'est plus sur les lieux, et sur la photo en elle-même ?
186 P : non, c'est la photo que je voulais faire, dans la mesure où c'est l'espace... que les deux
187 espaces des deux photos que j'ai prises, c'est les deux espaces euh, à qui, pour lesquels je suis
188 confrontée quand je viens ici
189 C : je vais vous poser aussi une question, parce que vous me disiez que vous étiez pas
190 forcément à l'aise avec la consigne de prendre une photo, peut-être vous auriez imaginé faire
191 autrement si personne n'avait été présent ou si ?
192 P : non non non, si je voulais pas trop m'avancer parce que je savais pas si y avait d'autres
193 gens mais...
194 C : mais finalement elle vous convient cette photo ?
195 P : oui
196 C : elle traduit bien votre expérience du lieu ?
197 P : oui oui, tout à fait

198 C : est-ce que vous pourriez lui donner un nom, un titre à cette photo ou une légende ?
199 (*silence*)
200 C : est-ce que vous pensez que, pour quelqu'un qui la regarde, y aurait besoin de... ?
201 P : euh bah y a pas...
202 C : quelque chose pour traduire ?
203 P : euh
204 C : prenez le temps de
205 P : attente, je vois que ça hein, attente
206 C : attente, ok
207 P : est-ce que vous voulez rajouter quelque chose sur celle-ci, avant qu'on passe à l'autre ?
208 (*silence*)
209 C : donc celle-ci, c'est la deuxième, que vous avez prise en premier, on était ensemble
210 P : alors celle-ci, c'est celle où je discute avec le docteur (*nom du médecin*) donc euh
211 C : c'est ce bureau-ci en général ?
212 P : euh non, ça peut être celui-là, ça peut être celui-ci, en général, c'est celui-là mais ça peut
213 être celui d'à côté, et puis il y a eu des fois où il m'a, il m'a reçue mais euh par contre il était
214 pas ici, il était à l'autre bout, quand vous continuez à marcher
215 C : oui
216 P : il était à l'autre bout
217 C : oui, il y a un bureau qui est près du secrétariat c'est ça ?
218 P : oui, voilà, mais la majorité du temps c'est ici qu'il me reçoit ou quoi donc euh donc c'est
219 pour ça, c'est la deuxième euh la deuxième phase quoi euh
220 C : après l'attente
221 P : après l'attente oui voilà où, là je lui parle de tout, comme je vous ai expliqué tout à
222 l'heure, voilà
223 C : qu'est-ce que vous pourriez dire au sujet de ce bureau, à travers cette photo ?
224 P : bah euh c'est vrai que c'est un peu (*pause*) pas moderne quoi
225 C : pas moderne
226 P : (*rires*) ça c'est clair, c'est clair que c'est vraiment basique quoi, bon, c'est sûr que y a
227 pt'être pas besoin de plein de trucs mais bon, c'est vrai que y a rien sur les murs, y a... enfin
228 bon, à part deux trucs euh enfin voilà quoi je veux dire c'est... et là, on sent que c'est le
229 docteur avec le patient, voilà, même si moi, je le considère comme un peu plus que docteur...
230 ça n'empêche que la salle en elle-même est simple, mais quelque part ça peut aussi euh euh ça
231 peut justement... d'avoir un dialogue plus profond, plutôt que d'être absorbé par regarder ça,
232 ça et ça et d'oublier l'essentiel. C'est vraiment une salle temps de parole, si je devais donner
233 un nom à celle-ci, je dirais temps de parole
234 C : Mm, c'est un lieu mais ça fait référence à un temps finalement ?
235 P : Voilà, exactement
236 C : Et à cette activité de la parole
237 P : Voilà
238 C : Qui monopolise toute l'attention de chacun quoi
239 P : Voilà tout à fait
240 C : D'accord, vous dites c'est un lieu simple, c'est aussi la façon dont vous avez décrit votre
241 médecin, il est simple...
242 C : Oh oui, il est simple très sympa, simple et d'ailleurs, je vous dis, il y a beaucoup de gens
243 qui demandent le docteur (*nom du médecin*) hein beaucoup de gens hum je me rappellerais
244 tout le temps la première fois que que j'ai demandé j'ai dit « ça sera le docteur...? » « (*nom*),
245 (*syllabe*) et (*mot*) » (*rires*)
246 C : Ça vous a fait sourire ?
247 P : Ahhh et c'est vrai que il est...il est génial

248 C : Et simple pour vous c'est quoi, qu'est-ce que vous mettez derrière le mot simple ?

249 P : Bah je vous dit il est pas guindé il est pas euh il est sérieux dans son boulot mais il se

250 prend pas au sérieux il se prend pas au sérieux et c'est pour ça que là j'ai été prendre rendez-

251 vous j'ai vu qu'il avait un stylo là un autre là je lui ai dit la prochaine fois va falloir en mettre

252 un là on peut on peut se permettre de de d'avoir...

253 C : On peut se permettre certaines choses ?

254 P : Voilà

255 C : De faire des blagues

256 P : Que avec d'autres, peut-être pas quoi, mais les autres, je peux pas en parler, parce que je

257 les connais pas alors donc euh parce que

258 C : Mais on peut rire ensemble

259 P : Voilà, oui tout à fait, avec lui c'est souvent que... d'ailleurs, y a des moments, même je

260 vais vous dire, y a plus de moments où on sourit et on rit que de moments sérieux, tout en

261 parlant sérieusement des problèmes, mais y a toujours un p'tit quelque chose où il va se

262 marrer, où il va faire une blague ou voilà

263 C : Vous avez l'impression qu'on n'est pas dans l'évitement des problèmes parce qu'on en

264 parle mais en même temps on peut en parler avec une certaine légèreté ou enfin en tout

265 cas... ?

266 P : Voilà, tout à fait, tout à fait

267 C : Et que ça, c'est quelque chose que vous appréciez ?

268 P : Voilà, tout à fait ah oui oui parce que sinon, si j'avais un médecin qu'était... parce que,

269 par exemple, je vois, mon médecin généraliste à (*commune*) lui euh, pourtant je le connais

270 depuis longtemps, hein lui c'est vraiment « bon alors qu'est ce que vous avez ? » (*voix grave*

271 *et ton détaché*), on sent à la limite que ça le fait chier quoi

272 C : Mm

273 P : Il a tant de minutes, c'est allongez-vous, bon, mais on sent que, je peux pas rire avec lui, je

274 peux pas faire de blagues, c'est c'est vraiment, c'est docteur-patient (*voix appuyée, geste de la*

275 *main pour montrer la séparation*), voilà

276 C : C'est plus rigide ? c'est plus différencié... ?

277 P : Tout à fait, d'ailleurs, une fois, il est venu à la maison parce que j'avais, j'étais tombée et,

278 au moment de faire l'ordonnance, j'ai un chat et pis il avait mis sa veste sur le, sur une chaise

279 quoi bon euh mon chat il est venu, il a touché à la veste, il a fait « eh eh toi ! » (*mime une*

280 *réaction vive*) tout de suite, ça dénote le, l'espace qu'il y a entre chacun

281 C : Entre chacun, là le fait que le chat s'approche de la veste...

282 P : Ouais, surtout qu'elle a senti quoi, elle a rien fait de spécial... bon, il aime peut-être pas

283 les chats, c'est peut être possible mais bon hein, la façon qu'il l'a dit, on avait l'impression

284 qu'elle allait lui dépouiller sa veste quoi, c'était mm voilà donc c'est pour ça que c'est... pour

285 ça que le docteur (*nom du médecin ici*) euh

286 C : A travers cette expérience il y a eu un petit vécu de rejet même si ça vous était pas

287 adressé, c'était votre chat mais

288 P : Tout à fait

289 C : C'était un peu

290 P : Oui tout à fait

291 C : D'accord

292 P : Par exemple il a... c'est un espèce de cabinet où ils sont deux. C'est une femme, l'autre.

293 Quand il a fallu choisir, vous savez, il a fallu qu'on choisisse un médecin référent, je l'ai

294 choisit, parce que je l'avais avant, mais, ce serait à refaire, je choisirais la femme, parce

295 qu'elle met plus longtemps. Ah vous attendez plus longtemps, mais elle est très... elle est

296 beaucoup plus sensible, on le sent parce que, mon ami il s'est cassé l'épaule y a pas

297 longtemps et, comme le docteur qu'on avait d'habitude il était pas là, il a été en urgence et

298 c'est elle qui l'a reçu. Elle m'a appelée, elle m'a dit de venir, qu'il fallait qu'on aille à
299 l'hôpital et tout (*voix douce, lente*), elle m'a appelé elle-même (*accentué*), enfin on sentait que
300 c'était pas du tout le même rapport quoi, que qu'on a avec le docteur, l'autre docteur quoi
301 voilà
302 C : D'accord, est-ce que vous avez d'autres expériences, alors peut-être même ici dans ce
303 centre, avec d'autres soignants ?
304 P : Non
305 C : Vous venez essentiellement pour des rendez-vous médicaux ?
306 P : A part la seule fois où je vous ai dit que c'était un remplacement
307 C : Un autre médecin
308 P : C'est tout
309 C : Avec sinon les autres personnels, les infirmiers... ?
310 P : Non non non, j'ai pas...
311 C : C'est une personne, ce lieu c'est une personne
312 Voilà
313 D'accord
314 Voilà
315 Et donc cette photo vous avez pensé à temps de parole qui lui conviendrait bien ?
316 Hem ? ah Oui tout à fait et puis c'est souvent qu'il me dit ahh j'ai oublié un truc et il repart il
317 revient enfin bon
318 Il peut y avoir des aller-retours, des sorties et retours, au sein d'une même consultation ?
319 Tout à fait tout à l'heure il a commencé à ahh j'ai pas pris la bonne ordonnance et il est
320 reparti bah il a tellement de monde c'est vrai que euh
321 C'est comme une fois il était absent il était en vacances il m'avait dit je vous laisserai
322 l'ordonnance et puis total il a complètement zappé, il m'a pas laissé l'ordonnance (*contrariée*)
323 c'est cette fois-là où le remplaçant
324 Où vous avez vu un remplaçant
325 Et le remplaçant n'a pas voulu me donner certains médicaments que docteur (*nom du*
326 *médecin*) me donne, voilà, mais c'est tout autrement j'ai pas de rapports avec les autres
327 Donc parfois les consultations peuvent être entrecoupées mais sans que ça gêne pour vous le
328 déroulement de la consultation
329 Ces moments là où il part et il revient vous faites quoi vous ?
330 Ah non non non c'est même lui quelque fois il me fait ohh là là là voyez, il est d'un naturel,
331 d'un naturel, voilà il est naturel, voilà
332 De même comme pour l'autre photo l'angle que vous avez choisi ?
333 Je l'ai prise un petit peu par hasard quoi là je l'ai prise un peu par hasard j'aurais pu me
334 mettre là mais
335 Un peu machinal
336 Non je me suis mis dans le coin pour non j'ai pas fait exprès de la prendre
337 Comme ça
338 Comme ça
339 Vous auriez pu prendre comment sinon ?/ y a le fauteuil, y a le bureau voilà quoi
340 Mm
341 Et le fauteuil à la limite c'est le plus important parce que c'est celui sur lequel le docteur est
342 Mm
343 C'est son fauteuil, comme c'est cette personne qui est importante
344 C'est son, voilà
345 Ça signifie sa présence quoi
346 Voilà tout à fait
347 D'accord (*silence*)

348 Si vous aviez eu peut être le temps de la prendre autrement là c'était peut-être un peu dans la
349 précipitation...
350 Ou alors je l'aurais prise peut être de la porte pour faire un ensemble quoi
351 D'accord (*silence*)
352 Est-ce que vous voulez rajouter quelque chose ?
353 Mmm non non rien de spécial franchement j'ai dit l'essentiel
354 L'essentiel c'est revenu aussi vous avez parlé du fait que c'était un peu vide mais que c'était
355 la parole qui était importante et qu'il fallait pas oublier l'essentiel... l'essentiel c'est quoi,
356 qu'est-ce que vous mettez derrière, dans ce temps-là ?
357 L'essentiel bah c'est la parole c'est ça la parole, de pouvoir s'exprimer sans réticence quoi,
358 voilà
359 Le temps de parole quoi mais pas un temps de parole en mauvais, un temps de parole en bien
360 C'est-à-dire ?
361 Bah quand on dit vous avez un temps de parole, moi, j'imagine ça par rapport à des
362 jugements, enfin à des choses comme ça
363 Presque un temps pour se défendre ?
364 Voilà exactement alors que là c'est un temps de parole mais un temps de parole très bénéfique
365 voilà
366 D'accord
367 Voilà sinon
368 Qu'est-ce que vous diriez au sujet du bénéfice de la parole pour vous ? qu'est-ce que ça peut
369 apporter ?
370 Bah on repart ça nous fait repartir bien quoi
371 On repart différent de quand on est arrivé ?
372 Oui voilà
373 Bien dans quel sens ?
374 Bien dans quel sens, ça fait du bien de dire quelque chose, enfin de raconter un petit peu des
375 choses qu'on ne peut pas dire par exemple je vois moi mon conjoint il me dit « alors qu'est-ce
376 que tu lui a dit ? » (*empressé, curieux*) « j'te dirais pas, ce sont des choses qui sont
377 personnelles, qui ... » il me dit « crois pas que c'est des secrets hein ! » je lui dit « c'est
378 comment, c'est entre lui et moi »
379 Mm
380 C'est pas euh alors quelque fois il me fait enfin au début maintenant il le fait plus je viendrais
381 avec toi je lui dis non toute façon tu seras pas admis déjà tu seras obligé d'attendre et puis je
382 lui dis j'ai pas envie que tu sois avec moi pis c'est tout voilà quoi
383 Mm il est jamais venu avec vous en rendez-vous ?
384 Non parce que je lui ai toujours dit non alors
385 D'accord
386 Y a l'idée que c'est quelque chose d'unique et de partagé entre deux personnes
387 Bah là c'est mes problèmes c'est des problèmes j'ai déjà du mal à parler j'ai été dans le déni
388 euh au niveau de l'alcool avant ça maintenant j'ai l'impression de plus l'être quand je suis en
389 face de lui parce que je peux lui parler de tout mais par exemple à ma famille à mon conjoint
390 j'en parle un peu mais c'est pas tout quoi
391 C'est différent
392 C'est différent
393 Est-ce que vous avez le sentiment que la parole c'est quelque chose qu'on dépose, qui
394 transforme ? Enfin, c'était pour reprendre le fait vous dites « on repart on est bien », ou
395 quelque chose en plus ou quelque chose d'autre encore ?
396 Quelque chose euh quelque chose qui fait du bien, je pourrais pas vous l'expliquer ça m'a pas
397 transformée parce qu'après la vie reprend mais, ça m'a fait une coupure si vous voulez

398 D'accord
399 Ça fait une coupure et ça et je suis contente de l'avoir vu. Je raterais pas ses rendez-vous, à
400 part si je travaille, je redemanderais à ce qu'il me prenne le samedi
401 c'est un temps important un peu suspendu euh ?
402 Voilà, tout à fait
403 Qui permet ensuite de revenir dans la vie normale mais on a ça qu'on garde...et comme vous
404 parlez d'un temps de parole je me demandais si la durée de la consultation c'est toujours un
405 peu la même ou est-ce que ça dépend ?
406 Bah au début c'était un peu plus long parce que je parlais de l'alcool mais maintenant vu que
407 c'est devenu un petit peu secondaire euh je parle un peu de moi et tout donc le temps c'est un
408 peu un peu raccourci mais si par exemple j'avais besoin de parler plus longtemps et tout il
409 resterait il m'écouterait il serait pas là à me dire bon voilà
410 C'est en fonction de ce que vous avez besoin
411 Voilà tout à fait
412 D'accord (*Silence*)
413 Est-ce que vous avez des images qui vous viennent pour ces lieux, de les comparer à d'autres
414 endroits, pour vous ou pas ? dans les locaux, dans leur fonction ?
415 Bah l'aspect des murs déjà étant donné que j'ai été hospitalisée c'est à peu près pareil quoi
416 C'est à peu près pareil, les murs ça fait penser à l'hôpital ?
417 Tout à fait donc voilà là c'est
418 Et est ce qu'il y a d'autres aspects ici qui vous font penser à d'autres types de lieux ?
419 Silence non l'hôpital une chambre d'hôpital non je peux pas vous dire franchement
420 L'hôpital, c'est vraiment l'hôpital
421 Et encore ici quand je suis avec lui pour moi c'est pas vraiment l'hôpital
422 D'accord qu'est-ce que
423 L'hôpital c'est là bas
424 l'accueil
425 C'est quand on rentre
426 Et ici ça devient quoi alors ? c'est vraiment avec votre imagination, a quoi vous pouvez
427 comparer ?
428 Ici c'est un lieu à part alors que l'hôpital pour moi c'est vraiment le bâtiment le bâtiment avec
429 des lits voilà
430 Les services d'hospitalisation
431 Alors qu'ici moi je dis que c'est un lieu à part. Déjà, ici, c'est que les addictions et puis c'est
432 un petit peu comme je considérerais comme un dispensaire, sauf que là c'est pour une raison
433 particulière
434 Hum, d'accord
435 Voilà alors que dans un dispensaire y a toutes les personnes qui sont traitées
436 Un dispensaire spécialisé quoi
437 Voilà
438 Un dispensaire. Pour vous, c'est quoi un dispensaire ?
439 Bah c'est pas c'est médical mais c'est médical comment je pourrais vous dire... j'ai
440 l'impression, c'est certainement une impression, mais ça survole les problèmes, c'est-à-dire
441 que c'est pas en profondeur, c'est vous avez un problème d'accord mais après faudra aller
442 voir ailleurs
443 Ce sera pas suffisant
444 Ce sera pas suffisant les comment les le survol d'un problème au début
445 Pour débrouiller pour orienter y a un peu cette notion là ?
446 Voilà tout à fait
447 Ou pour les problèmes pas sévères

448 Voilà
449 Et vous pensez qu'ici il y a un peu une fonction de dispensaire que ?
450 Ah non ici non
451 Parce que vous avez comparé au dispensaire mais spécialisé alors je
452 Oui c'est quand même spécialisé alors qu'un dispensaire c'est plus général/ Plus général
453 Mais dispensaire et hôpital c'est ?
454 C'est pas pareil
455 Sur cette notion de que ça survole ou sur autre chose ?
456 Non sur la question que c'est plus profond à l' hôpital que au dispensaire
457 Donc là c'est quand même pas tout à fait à l'hôpital pour vous par contre c'est spécialisé
458 Voilà
459 Et sur ce quand vous dites pour moi ici c'est un lieu à part est ce que vous avez d'autres
460 exemples pour vous de lieux à part est ce que vous avez des images des exemples même si ça
461 correspond pas au lieu ici ?
462 Mm
463 Pour que je comprenne ce que ça veut dire pour vous un lieu à part
464 Oh alors là euh non bah j'ai pas en tête (*pause*)
465 Prenez le temps de réfléchir
466 Bah je vous dirais que un lieu à part c'est quand j'ai été en post cure c'est fermé
467 C'est fermé y a l'idée de quelque chose de clôturé ?
468 Voilà
469 Est-ce que ça peut être un lieu à part au sens de comment dire un lieu fermé, un lieu marginal,
470 un lieu original ou ?
471 Je dirais plutôt un lieu marginal, enfin pour la post cure, marginal. D'ailleurs, il est à quelques
472 km du centre-ville, on n'est pas... mais par exemple, à partir de telle heure, on ferme les
473 grilles et puis y a beaucoup de... y a beaucoup de, de... comment... jalousie de choses, c'est
474 la vie en communauté mais euh un peu diff...
475 Entre les personnes qui vivent ensemble dans ce lieu ou entre celles qui sont dans ce lieu et
476 celles qui sont à l'extérieur ?
477 Non non entre celles qui sont dans ce lieu
478 Beaucoup de jalousie
479 Oui de jalousie, de méchanceté, bon y en a d'autres qui sont hyper sympas, c'est un lieu où il
480 faut s'imposer si vous vous imposez pas, vous êtes mangé
481 D'accord
482 Voilà
483 mm
484 Si vous êtes gentil si vous êtes... il faut être sympa et tout, mais, faut aussi avoir son caractère
485 quoi, sinon, vous vous faites bouffer
486 On revient à la question de se défendre de tout à l'heure ?
487 Voilà, tout à fait
488 Donc plutôt dans ce sens là un lieu à part, même si ici, c'est en plein milieu de la ville
489 Oui tandis que là c'est à la campagne et je vous dit on a le droit le mercredi d'aller en ville,
490 faut qu'on soit rentrés pour telle heure, ça fait un peu... c'est pas prison, mais ça fait un peu
491 carcéral quoi
492 Et ici ?
493 Ici non du tout ici si on dit non j'ai pas envie d'attendre et ben je m'en vais quoi c'est pas du
494 tout non ça n'a rien à voir
495 Plus de liberté ici ?
496 Oui et puis là bas y a des activités euh euh il faut faut y être quoi
497 Ici y a plus le choix de venir ou de ne pas venir ?

498 Voilà, tout à fait, si par exemple je téléphonais pour dire, par exemple, je viens pas, y aurait...
499 je sais qu'une fois, je suis pas venue, mais je suis pas venue parce que je voulais pas venir,
500 mais je m'étais gourée dans les dates, et il m'a appelée directement chez moi
501 Qu'est ce que ça vous a fait ?
502 Bah ça m'a... sur le coup « excusez-moi » je lui dis « c'est pas mon habitude mais moi j'avais
503 noté telle date et voilà », mais il m'a appelée ...
504 Le fait qu'il vous ait appelée...
505 Bah ça m'a fait super plaisir, je me suis dit il s'intéresse à moi, il s'intéresse à mon cas quoi
506 C'est un signe d'attention ?
507 Un signe d'attention oui, tout à fait
508 Donc, pour vous, finalement, qu'il y ait ce choix de venir ou de ne pas venir, que c'est plus
509 libre, c'est pas un frein pour venir, au contraire, vous dites « je rate jamais un rendez-vous »
510 Voilà, au contraire
511 Ça vous semble pas plus compliqué de venir régulièrement parce que c'est libre, mais au
512 contraire
513 Mm
514 Donc, ici, finalement, quand vous reprenez l'image du lieu à part, ça correspond plus ou
515 moins pour ici... un petit peu au sens de la spécialité mais pas au sens des murs et pas dans
516 d'autres sens
517 Non non surtout ce fait que ce sont des gens... on est tous au niveau addictologie, on est tous
518 pareil quoi, je dirais, même si c'est pas les mêmes drogues
519 Une similitude d'expériences
520 Quel lien vous feriez entre les deux photos ? euh qu'est-ce qui les réunie, qu'est-ce qui les
521 différencie ? Enfin, on en a un petit peu parlé hein mais...
522 Alors là, je pourrais pas vous dire...
523 Vous avez fait un lien chronologique, d'abord c'est l'attente, après c'est...
524 Oui, d'abord c'est l'attente
525 Est-ce que vous feriez d'autres liens ?
526 Après, je reviens ici pour fixer le rendez-vous
527 Il y a une boucle ?
528 Un peu, la boucle, après je reviens ici pour le rendez-vous et après je pars, voilà c'est tout
529 Et ce temps de reprise de rendez-vous, vous voudriez en parler un peu ?
530 Non, parce que je sors ma feuille, ou c'est lui qui regarde, ou il a pas le temps et c'est une... il
531 dit « à peu près telle date » mais là, c'est lui qui me l'a donné, et puis après il va voir d'autres
532 D'accord
533 Donc un lien chronologique plutôt
534 Peut-être il y a des questions que je n'ai pas posées mais qui vous sembleraient importantes
535 pour bien comprendre les photos que vous avez prises ?
536 Non
537 Vous pensez que là on...
538 Oui je pense que ça suffit là, y a rien d'autre...
539 Ça vous semble fidèle à, à votre expérience des lieux ?
540 Oui, tout à fait, c'est simple là, voilà

Entretien 4 : Fabrice

- 1 C : Donc elles doivent être là, oui c'est ça, y'en a huit, on va les regarder déjà une par une ?
2 Alors la première (*photo n°1*)
3 P : Celle-là, tout le monde va la faire
4 C : Au nom de ? (*mal entendu*)
5 P : Tout le monde va la faire, moi je l'ai faite pour une raison particulière
6 C : D'accord, mm, on les visualise toutes d'abord et puis après vous me direz ?
7 P : Allez-y
8 C : Celle-ci c'est un autre angle de vue (*photo n°2*)
9 P : Mm
10 C : Celle-ci (*photo n°3*)
11 P : Elle est floue
12 C : Elle est un petit peu floue, après elle est plus zoomée mm celle-ci (*photo n°4*) celle-ci
13 (*photo n°5*) celle-ci, donc là d'un peu plus près (*photo n°6*), de nouveau là (*photos n°7 et 8*)
14 vous avez..., vous me direz laquelle vous choisissez
15 P : Le... avec le... comment dire, avec l'écran, on voit ce que ça va donn..., pas le résultat
16 que ça va avoir, donc c'est pour ça que je les ai triplées / C : oui c'est pour ça
17 C : et donc là on revient sur la première je pense (*photo n°1*)
18 P : donc entre les trois / C : donc pour les trois qui sont un peu sur le même thème (*photos*
19 *n°1, 2 et 3*)
20 P : Celle là, elle est floue (*photo n°3*), donc on l'élimine, donc y a celle là ouais (*photo n°2*)
21 C : Celle là (*photo n°2*), y en a une qui est un peu plus de face (*photo n°1*), allez-y hein dites
22 moi
23 P : Non allez-y, celle là, oui elle est bien exposée
24 C : Laquelle ?
25 P : celle là elle est bien exposée et y a tous les éléments (*photo n°2*)
26 C : D'accord, donc on va prendre celle-ci, ok. Et la deuxième en particulier, après, on pourra
27 parler de chacune, mais on va s'axer vraiment sur deux
28 P : Je sais laquelle ouais alors c'est soit
29 C : Entre les deux là ? (*photos n° 6 et 7*)
30 P : Oui celle là (*photo n°6*), non, oui, celle là (*photo n°7*)
31 C : Plutôt celle là, d'accord (*photo n°7*)
32 P : Oui, parce qu'on voit un peu le tableau et faites voir celle d'avant (*photo n°6*). Soit celle là
33 (*photo n°6*), celle là est pas mal (*photo n°7*), ouais celle là (*photo n°7*)
34 C : Celle là (*photo n°7*)
35 P : ouais
36 C : d'accord ok. On commence par laquelle ?
37 P : Par la première, celle que j'ai faite en premier (*photo n°2*)
38 C : oui en effet c'est logique, celle-ci (*photo n°2*)
39 P : mm
40 C : ok. Est-ce que vous pouvez me la décrire ?
41 P : Ce qu'elle représente, ce qu'il y a, les éléments ?
42 C : oui
43 P : Donc on est dans la cour de l'hôpital (*nom du lieu A*), c'est là que je suis venu il y a, je sais
44 pas, à peu près une dizaine d'années la première fois
45 C : D'accord
46 P : Euh l'élément important dans la photo en dehors du fait qu'on voie l'entrée de (*nom de la*
47 *structure*), qu'on aperçoit derrière la colonne
48 C : Hum la porte là

49 P : C'est cet élément là (*désigne la moto sur la photo*), la moto
50 C : La moto que vous avez prise...
51 P : Parce que sans la moto, moi j'ai un scooter, mais sans la moto, je pense pas que je
52 viendrais ici, venir en métro euh même si j'habite pas très loin, c'est une contrainte
53 C : Mm
54 P : Et pis la moto ça représente la liberté, enfin la liberté de déplacement, de mouvement
55 C : Mm
56 P : Donc c'est le vecteur, le véhicule qui me permet de venir ici
57 C : Donc c'est votre moto ?
58 P : Non
59 C : Non ?
60 P : Non non, mais ma moto est pas là. C'est une moto que j'aime bien, que j'aimerais bien
61 m'acheter d'ailleurs, mais bon, c'est autre chose, ma moto, moi, je la gare de l'autre côté
62 C : Vous la garez à un autre endroit ?
63 P : Je la gare de l'autre côté (*montre la direction sur la photo*)
64 C : D'accord. Et celle-ci, vous la voyez souvent là ou c'est parce que c'est une moto ?
65 Pourquoi celle-ci en particulier ?
66 P : Oh bah je connais ce modèle, j'aimerais bien m'acheter une moto comme ça. Et pis y a
67 cette voiture aussi qui représente l' (*lieu B*) parce qu'ici on est dans les hôpitaux de (*lieu B*)
68 c'est une voiture euh je sais pas de soins à domicile et euh en plus il se trouve que c'est la
69 même voiture que celle de mes parents, enfin bon, mon père travaillait dans le groupe
70 hospitalier (*lieu C*) il travaillait à (*lieu C*)
71 C : D'accord
72 P : mais quand je suis venu pour la première fois, je savais pas que ça dépendait de (*lieu*
73 *C*) et pis c'est un jour, quelqu'un à l'accueil en voyant mon nom m'a dit « ah mais c'est euh
74 ? » « oui c'est »
75 C : quelqu'un a fait référence à votre père ?
76 P : oui et pis j'ai déjà été hospitalisé une fois ici pendant une dizaine de jours, enfin bon, de
77 l'autre côté, j'aurais bien pris la cafétéria en photo mais la cafétéria c'est un lieu où on va
78 après les entretiens et ça fait pas complètement partie du processus
79 C : d'accord
80 P : et pis j'aime bien ce bâtiment enfin l'hôpital (*lieu A*) et pis parait que ça va être détruit, ça
81 va être transformé, vendu et tout, je trouve que c'est dommage quoi euh un témoignage du
82 passé qui va disparaître pour laisser place à je sais pas quoi, un promoteur, des immeubles ou
83 je ne sais quoi, un lieu de soins de plus qui ferme ou qui va être déplacé et pis c'est souvent,
84 c'est sous ce porche là, quand il fait froid ou quand il pleut, que les gens vont pour fumer
85 C : mm
86 P : et j'ai vu que là ça faisait longtemps que j'étais pas venu j'ai vu qu' ils avaient déplacé les
87 cendriers pour pas que les gens restent devant la porte. Très importants, les cendriers !
88 C : mm, ils sont où les cendriers alors maintenant ?
89 P : je sais pas il y en a un là-bas (*montre sur la photo*) et pis sinon ils sont de l'autre côté
90 C : donc ils sont plus éloignés de la porte d'entrée du centre ?
91 P : ouais, bien que ce soit un hôpital, on tolère que les gens fument dans la cour, mais c'est
92 quand même mieux de pas tout balancer par terre, que ça reste propre, enfin bon, c'est des
93 détails, mais c'est des détails qui ont leur importance
94 C : mm, c'est important les cendriers, dans le sens faut que ça reste propre ou ? Est-ce que
95 vous pouvez en dire un peu plus ?
96 P : oui c'est important les cendriers dans le sens où faut que ça reste propre mais
97 C : ce que ça représente d'autre ?

98 P : non non rien, les cigarettes, c'est les clous du cercueil, comme disait Humphrey Bogart,
99 mais bon, les clous
100 C : vous-même parfois vous fumez devant le centre ou à côté ?
101 P : ouais. Tout à l'heure j'y suis allé, j'ai fumé dans la cour. Mais souvent, ce que je fais, c'est
102 après l'entretien, je vais à la cafétéria boire un café, lire le journal, écrire, enfin deux trois
103 trucs quoi
104 C : ouais, écrire par rapport à ?
105 P : par rapport à moi
106 C : en lien avec votre rendez-vous ?
107 P : ouais, mais par rapport à moi
108 C : d'accord
109 P : et euh j'ai toujours fait ça, que ce soit ici ou ailleurs
110 C : mm
111 P : quand je faisais une psychanalyse euh après j'allais écrire aussi
112 C : mm
113 P : plutôt écrire après qu'avant d'ailleurs, faut d'abord commencer par le verbal (*pause*) et pis
114 ouais pour se remémorer par la suite mais euh jeter sur le papier, pas rédiger
115 C : mm
116 P : mais jeter sur le papier et puis par la suite relire, mais c'est juste histoire de poser sa valise
117 quoi
118 C : poser sa valise ?
119 P : enfin sa valise, ses problèmes du moment
120 C : d'accord
121 P : enfin ses problèmes, ses
122 C : la valise, elle renferme les problèmes ?
123 P : non, y a pas de symbolique, quand je dis poser ses valises c'est une expression toute faite
124 hein
125 C : ouais, qui a quel sens pour vous ?
126 P : pff je sais pas, je l'ai pt'êtré, je l'ai employée comme ça
127 C : s'installer quelque part ?
128 P : non non, pas du tout, quand je dis écrire c'est euh c'est euh c'est jeter euh des des pensées
129 ou négatives ou des idées noires, c'est pas poser ses valises dans le sens s'installer, non, pas
130 du tout
131 C : pas du tout
132 P : non y a pas de la valise là... rien...
133 C : plutôt jeter des pensées négatives
134 P : ouais
135 C : y a cette idée là
136 P : exorciser
137 C : d'accord
138 P : mm, d'ailleurs, quand je relis mes écrits je dis souvent la même chose et... alors que dans
139 un entretien je vais pas forcément... sortir que des trucs négatifs quoi
140 C : d'accord
141 P : pis il fait soleil en plus sur cette photo, donc c'est agréable
142 C : mm d'accord ok donc cette photo elle fait à la fois référence à la façon dont vous arrivez
143 ici hein vous disiez le véhicule c'est
144 P : mm mm
145 C : elle fait un peu référence à votre père, par cette voiture là interposée
146 P : ouais
147 C : et puis

148 P : et puis l'hôpital (*lieu A*)
149 C : ouais
150 C : et puis vous avez fait référence à ce moment de la cigarette et puis à ce moment important
151 aussi toujours après l'entretien où vous allez à la cafétéria et où vous écrivez
152 P : voilà
153 C : d'accord
154 P : mm
155 (*silence*)
156 P : ouais c'est tout
157 C : vous avez mentionné le porche
158 P : oui mais ça c'est pour une question d'architecture, de... de
159 C : d'architecture
160 P : oui de construction, d'époque de construction. J'aurais bien intégré dans le photo le le
161 buste...qu'il y a..., il y a un buste
162 C : quel buste ?
163 P : mais on le voit pas il est...
164 C : il est plus loin
165 P : oui
166 C : c'est un buste de ?
167 P : de (*personnage dont le lieu A porte le nom*) il me semble hein ou d'un professeur de
168 médecine
169 C : vous avez fait référence en tout cas aussi au passé que portent les lieux ?
170 P : ouais, tout à fait, c'est important, les gens qui sont passés par ici, qui y ont vécu, qui, qui
171 sont venus se soigner, qui y sont morts, les gens qui y ont travaillé, c'est un passé, enfin
172 pardon c'est un lieu... plein de symbolique
173 C : plein de symbolique
174 P : y a d'autres endroits, j'avais déjà fait des photos dans l'hôpital, y a d'autres endroits qui...
175 euh c'est un hôpital qui a été utilisé aussi pendant la guerre, qu'a été occupé enfin y a plein
176 plein de choses quoi c'est pas c'est pas un centre de soins (*pause*) quelconque
177 C : mm
178 P : il représente quelque chose pour moi.
179 C : Mm
180 P : C'est peut être d'ailleurs pour ça que... bon, il se trouve que je m'entends bien avec la
181 personne que je viens voir ici, mais c'est peut être aussi ce qui m'a, dans les premiers temps,
182 amené à revenir ici c'est que j'aime bien l'endroit. J'aime bien la rue, là, avec les commerces
183 C : Mm
184 P : Indiens, sri-lankais et tout
185 C : Mm
186 P : J'aime bien ce quartier là. J'aime pas trop la (*cite un lieu de transit*) mais ce quartier là
187 j'aime bien
188 C : Vous aimez le quartier, vous aimez l'endroit
189 P : Ouais
190 C : L'histoire euh
191 P : J'aime (*nom de la ville*)
192 C : Mm
193 P : J'aime (*nom de la ville*) et pis j'aime tous les quartiers de (*nom de la ville*) mais celui là
194 j'aime bien quoi c'est pas très très loin de chez moi
195 C : Qu'est-ce que vous aimez bien dans ce quartier ? vous avez dit les com...
196 P : Le côté cosmopolite, le fait qu'il y ait des communautés différentes
197 C : Mm

198 P : C'est pas le (*cite un autre quartier*), c'est pas comme là où j'habite euh, c'est différent et
199 pis les gens sont sympathiques, enfin sont sympathiques, les commerçants sont sympathiques,
200 sont aimables et tout, et puis j'aime bien la population indienne et sri-lankaise
201 C : Quand vous venez, est-ce que, comme vous faites référence aux commerces sur le trajet,
202 est-ce que, vous allez acheter quelque chose sur le trajet ou manger quelque chose ou aller
203 dans un café ?
204 P : Toujours, enfin toujours, souvent, chez le coiffeur aussi
205 C : Chez le coiffeur ?
206 P : Ouais et pis dans les épiceries indiennes aussi
207 C : Souvent, toujours, qu'est-ce qui... ?
208 P : Non pas toujours, souvent, souvent, souvent, la cafétéria toujours, le coiffeur quand y en a
209 besoin et pis l'épicerie de temps en temps, enfin l'épicerie, le bazar tout ça
210 C : D'accord et vous allez chercher des choses précises à l'épicerie ou ?
211 P : (*Rires*) oui des produits indiens, non j'y vais pas pour acheter ma brique de lait ou
212 ou ma plaquette de beurre !
213 C : D'accord (*sourire*) Vous dites que vous aimez bien les commerces indiens et sri-lankais,
214 vous avez un lien particulier avec cette culture là ou ?
215 P : Non j'ai connu ça ici parce parce que je connaissais pas avant de venir quand je venais
216 avant à (*lieu C*) je connaissais pas euh je connaissais pas ce cette partie du (*nom de la rue/*
217 *quartier*) je traversais pas (*lieu de transit*) donc je connaissais pas cette partie euh extérieure
218 au centre historique de (*nom de la ville*) du (*nom de la rue/quartier*) euh et j'aime bien
219 C : Mm, donc c'est vraiment en venant ici que vous avez découvert et apprécié ce quartier,
220 c'est vraiment lié
221 P : Ce qu'il y a entre (*lieu*) et (*lieu*)
222 C : D'accord
223 P : mais c'est aussi
224 C : hem
225 P : si on doit aller jusqu'au bout, c'est aussi pas très loin du lieu où, à une époque, je
226 consommais, y a longtemps euh (*cite un arrêt de métro, puis le quartier*) et compagnie mais
227 bon, mais ça, je je comment vous dire j'ai (*rires*) ça me dérange pas du tout de venir ici même
228 si euh j'ai j'ai j'ai trainé par ici quoi
229 C : mm
230 P : d'façon c'est pas pour rien qu'il est installé ici ce lieu
231 C : ouais ?
232 P : il est à côté des lieux de consommation et de vente
233 C : donc cet endroit il est à la fois associé aux lieux de consommation et de vente
234 P : ouais
235 C : et puis du soin
236 P : ouais
237 C : et c'est pas pour rien qu'ils sont un peu au même endroit vous dites
238 P : c'est pas que c'est pas pour rien, c'est que c'est c'est voulu
239 C : c'est voulu mm
240 P : je sais pas si ils ont si quand ils ont imaginé (*nom de la structure*) c'était déjà comme ça
241 mais je pense
242 C : mm
243 P : c'est-à-dire, c'est comme quand j'allais à des réunions de Narcotiques Anonymes, les
244 réunions ont toujours lieu dans des endroits qui sont proches des lieux de consommation
245 C : mm, proche géographiquement
246 P : tout à fait
247 C : qu'est ce que ça peut apporter cette proximité à votre avis ?

248 P : c'est que les gens qui ont le désir ou je sais pas les gens qui ont le désir de... de tirer un
249 trait là-dessus enfin de d'arrêter de consommer ah ben c'est plus facile et puis c'est des lieux
250 qu'ils connaissent (*quelqu'un ouvre la porte du bureau*) et c'est des endroits qu'ils
251 fréquentent donc c'est plus facile pour eux de venir même si ça leur rappelle des souvenirs
252 pour eux c'est pas, on passe outre
253 C : c'est plutôt plus facile de, qu'il y ait cette proximité géographique entre le soin et...
254 P : ah ouais ah ouais
255 C : et puis parce que parfois est ce que ?
256 P : si on parle de (*nom de la structure*) ouais
257 C : est-ce que parfois ça peut présenter des difficultés, de se faire soigner dans un endroit
258 où... ?
259 P : non, enfin pas pour moi, non, c'est pas parce que je vais ici que (*rires*), même au début
260 quand je venais ici, que je consommait encore, c'est pas parce que je venais ici que, avant ou
261 après, j'allais acheter quelque chose, non
262 C : non
263 P : non non
264 C : d'accord ok
265 (*silence*)
266 P : si du café, je consommait du café et des cigarettes
267 C : d'accord ok. Vous vous souvenez la première fois où vous êtes venu ici, il y a à peu près
268 dix ans vous me disiez ?
269 P : Euh quatre vingt... je me souviens pas des circonstances exactes mais euh c'était dans les
270 années euh 98 à peu près
271 C : Mm, Est-ce que vous vous souvenez un petit peu du moment, des ressentis ?
272 P : Non, je me souviens des gens
273 C : Des gens ouais, de qui vous vous souvenez en particulier ?
274 P : Bah des premières personnes que j'ai rencontrées, du thérapeute que je vois toujours, que
275 j'ai rencontré la deuxième fois, par hasard, parce que je suis arrivé à l'improviste, j'avais pas
276 de rendez-vous et il m'a pris tout de suite
277 C : Ça ça a été la première rencontre avec votre thérapeute, un peu par hasard et « il m'a pris
278 tout de suite »
279 P : Ouais ouais ouais, genre j'ai vu une première fois une personne et puis je suis venu une
280 autre fois, 2, 3 fois sans rendez-vous et lui, toujours là, et là 98 à 2013 il est toujours là, ouais
281 ça fait 15 ans, ça fait 15 ans, oh pt'être c'était plus tard mais il est toujours là, donc
282 maintenant je téléphone et puis j'ai un rendez-vous
283 C : Donc maintenant c'est sur rendez-vous ?
284 P : Ah ça a toujours été sur rendez-vous, y a que cette fois là
285 C : Sauf au départ
286 P : Ouais y a que cette fois là ouais
287 C : La première fois mm d'accord
288 C : C'est important qu'il soit toujours là ?
289 P : Pour moi ouais bon bah il serait pas là il enfin il travaillerait ailleurs ou il aurait pris sa
290 retraite et ben je me débrouillerais autrement, je serais pas perdu pour autant mais (*sourire*)
291 C : Mm d'accord donc vous avez rencontré quelques thérapeutes différents au tout début,
292 deux thérapeutes différents et puis ensuite vous êtes toujours venu pour
293 P : Un p'tit jeun's, un p'tit jeun's comportementaliste qui revenait des Etats-unis et puis euh
294 je l'ai vu deux fois et pis c'est tout et une fois, où mon thérapeute était pas là, j'ai vu une
295 psychiatre de (*lieu C*) mais je l'ai vu une fois, une fois ou deux fois
296 C : Qu'est ce... ?

297 P : J'ai jamais eu affaire à d'autres personnes et on m'a bien expliqué que justement une
298 thérapie-une personne
299 C : Une thérapie-une personne... d'accord
300 C : Qu'est-ce qui vous a, qu'est-ce qui vous a plu en tout cas avec ce thérapeute là avec qui
301 vous avez continué ?
302 P : (*rires*) comment s'est fait le le transfert ? ou comment on le ... bah je sais pas c'est
303 quelqu'un qui est plus âgé que moi, c'est quelqu'un qui est pondéré, qu'est... qu'est carré,
304 c'est quelqu'un de carré
305 C : Carré
306 P : Ouais
307 C : Qu'est-ce que vous entendez par carré, qu'est-ce ?
308 P : Bah c'est une référent, enfin c'est une référence, quand je dis quelqu'un de carré ça veut
309 dire quelqu'un qui (*pause*) tergiverse pas, si moi j'ai tendance à tergiverser, à digresser ou...
310 C : Mm
311 P : et pis c'est quelqu'un qui a de la mémoire, qu'a pas besoin de prendre de notes pour savoir
312 euh qui je suis
313 C : mm
314 P : et qui fait partie de mon entourage même si je viens pas régulièrement si je viens ça faisait
315 un an que j'étais pas venu là parce que je suis aussi... enfin bon, et euh
316 C : mm, le fait qu'il porte une mémoire de ce qui a pu se dire ?
317 P : ouais, un feed back, et pis c'est quelqu'un que j'apprécie quoi, pour sa personnalité, pour
318 sa manière de s'exprimer, de
319 C : mm
320 P : de parler et tout
321 C : mm
322 (*silence*)
323 C : est-ce que vous avez des liens parfois avec les autres soignants du centre ?
324 P : non je vous ai dit aucun
325 C : à l'accueil peut être ?
326 (*silence*)
327 C : et d'autres patients ?
328 P : non, non, pas les autres patients, surtout pas les autres patients, non, non, non. Les gens de
329 l'accueil c'est bonjour, prendre rendez-vous, c'est tout
330 C : d'accord
331 P : non, justement j'essaye, quand je viens ici, je viens voir une personne, je viens voir cette
332 personne, et j'ai pas envie d'être parasité par quelqu'un qui me demande une clope, par une
333 discussion, c'est pour ça que je m'installe dans le couloir, là où j'ai fait la deuxième photo
334 C : mm
335 P : pour être isolé de... c'est normal, c'est un centre de soin ici donc les gens ils sont pas
336 toujours clairs
337 C : vous vous préférez attendre dans le couloir ici, ici que vers l'accueil ?
338 P : ah ouais, oui, oui, c'est une salle d'attente, là-bas c'est un lieu de passage
339 C : ouais ?
340 P : et quand vous allez voir un thérapeute, même si c'est pas de la psychanalyse, vous avez
341 besoin d'être un minimum concentré, et pas parasité par autre chose par
342 C : y a un temps préalable peut-être qui est important ?
343 P : exactement, de conditionnement, et de déconditionnement
344 P : donc de concentration
345 C : mm
346 C : qu'est-ce qu'il y a d'autre, dans ce temps là, d'important pour vous ?

347 P : non de vide, de vide, je lis le journal
348 C : de vide en lisant le journal ?
349 P : (*rires*) je sais pas là vous interprétez, de vide, un moment de vide, comment dire... je
350 prévois pas ce (*accentué*) que je vais dire euh ça je l'ai fait avant, la veille au soir euh
351 C : Vous y pensez la veille, avant votre rendez-vous ?
352 P : Ouais bien sûr, au moment où je prends rendez-vous, je sais pourquoi j'y vais
353 C : Vous prenez rendez-vous pour une raison précise ? (*regarde la bouteille d'eau*) oui allez-y
354 (*se sert à boire*)
355 P : Je prends rendez-vous parce que j'ai besoin de parler, j'ai besoin de faire le point, si
356 j'avais pas besoin, je viendrais pas
357 C : Mais est-ce que ce besoin, finalement, est-ce que vous avez rendez-vous quand même à
358 une fréquence régulière etcetera ou est-ce que ça va être plus sur le coup ah là j'aurais besoin
359 dans dans quinze jours
360 P : C'est par période
361 C : peut-être qu'à un moment j'aurais plus besoin ?
362 P : C'est pas que j'ai plus besoin
363 C : Moins besoin
364 P : c'est que j'ai pas la volonté de revenir
365 C : D'accord/ P : c'est pas la...
366 C : Quelle différence vous faites ?
367 P : La procrastination, remettre à demain ce qu'on peut faire aujourd'hui
368 C : Ouais
369 P : Et euh
370 C : C'est-à-dire, pour prendre rendez-vous, c'est vous qui appelez, plutôt de chez vous, c'est
371 pas forcément d'un rendez-vous sur l'autre que vous refixez ? comment vous faites ?
372 P : Bah si là, là c'est d'un rendez-vous sur l'autre mais il m'arrive, au bout d'un moment, je
373 prends des rendez-vous et je les honore pas ou je les annule
374 C : D'accord
375 P : Mais ça a toujours été comme ça avec moi, c'est pas d'aujourd'hui
376 C : Mm et c'est à ce moment là parfois y des rendez-vous annulés et
377 P : Je parle par rapport à la thérapie en général
378 C : Ouais ouais
379 P : Je vais voir des psychologues et des psychiatres depuis... des psychanalystes voire même
380 depuis que j'ai euh 18 ans à peu près
381 C : D'accord, vous avez eu plusieurs thérapeutes, plusieurs lieux comme ça que vous avez pu
382 P : , beaucoup, mais je suis jamais réellement rentré en thérapie sauf une fois où ça a duré 6
383 mois
384 C : D'accord
385 P : Mais sinon je suis jamais rentré en thérapie et je souhaite pas entrer en thérapie en fait
386 C : C'est un petit peu différent en fait ici ?
387 P : Ah c'est complètement différent
388 C : Ouais ?
389 P : On n'est pas sur un divan, y a pas le cérémonial, Freud et Lacan on s'en fout quoi on est là
390 pour un truc concret on parle d'ici et maintenant, c'est très important de parler d'ici et
391 maintenant, et pas d'essayer de trouver dans dans un passé ou dans une interprétation du
392 passé, de l'enfance, des explications à votre comportement actuel
393 C : mm
394 P : peut-être pour des gens ça marche mais pour moi ça marche pas
395 C : Y a l'idée que vous avez essayé ça un moment pis que pour vous ça vous marchait pas et
396 que ça ça vous convient mieux maintenant, vous faites pas les 2 en ... ?

397 P : Oui et pis je vais vous dire un truc important, c'est que c'est un lieu d'accueil ouvert,
398 comme je vous ai dit, que vous prenez rendez-vous facilement, que c'est anonyme, que c'est
399 gratuit, que... si vous allez voir un psychanalyste, si vous allez pas à la séance on vous la fait
400 payer, donc y a toujours ce rapport à l'argent, que, cette symbolique ce cérémonial et ce
401 jargon incompréhensible pour le péquin moyen, et... ce jargon de métier qui vous bloque en
402 fait, parce que vous êtes en train d'exprimer quelque chose et on vous sort enfin on vous redit
403 ce que vous avez dit la dernière fois ou on vous sort un terme que vous allez pas forcément
404 maîtriser

405 C : Qui vous parle pas quoi

406 P : Si vous devez sortir votre dictionnaire pour comprendre de quoi on parle, y a quelque
407 chose qui parasite la séance

408 C : D'accord, y a l'idée de quelque chose qu'est pas toujours accessible, dans le langage ?

409 P : Ben si c'est accessible, mais à condition d'avoir les clefs, c'est comme si moi je vous
410 parlais de mon métier et pis je vous apportais des termes techniques, (*rires*) ça n'a aucun
411 intérêt

412 C : Y a cette asymétrie là de quelqu'un qui sait, c'est son langage, il a l'habitude

413 P : Mm

414 C : et puis de quelqu'un qui vient, et qui va pas comprendre

415 P : mm, on jargonne beaucoup en France, on jargonne beaucoup

416 C : d'accord, euh vous avez évoqué, c'est un lieu donc ouvert, anonyme, gratuit... je reviens
417 sur anonyme aussi parce que au départ vous me disiez est ce que je mets mon vrai nom, mon
418 autre nom...

419 P : non, j'ai toujours donné mon vrai nom, c'est comme dans les réunions de Narcotiques
420 Anonymes, on donne pas nos noms de famille mais si on me le demande je le donne, j'ai pas
421 de méfiance...

422 C : mm et par quoi ça passe plus pour vous l'anonymat alors ici ?

423 P : (*rires*)

424 C : Non mais ça peut passer par d'autres choses ?

425 P : Non mais j'ai un dossier qui contient des informations qui me concernent ici et j'ai pas
426 envie que ce soit accessible par n'importe qui et que ce soit, que ça se retrouve sur une base
427 de données informatique bon c'est peut-être mon dossier médical, mais c'est pas mon dossier
428 médical comme quand je me casse la jambe, et euh vous voyez ce que je veux dire

429 C : C'est un dossier médical un peu particulier

430 P : Oui, que mon médecin traitant se, comment dire euh, puisse demander, parce que c'est
431 arrivé qu'un de mes médecins téléphone ici pour demander à parler à mon thérapeute, mon
432 thérapeute il lui a rien dit

433 C : Mm

434 P : (*Rires*)

435 C : Ça c'est important ?

436 P : Bah oui l'autre, je veux pas parler de l'autre mais l'autre il est un peu naïf parce que
437 desfois il me dit « il est très gentil » « oui oui, il est très gentil »

438 C : Mm

439 P : Ça m'a toujours fait rigoler les rapports entre les médecins, enfin bon

440 C : ouais ? mm, d'autres professionnels qui s'occupent de vous qui peuvent se mettre en
441 relation...

442 P : Non mais mon père, mon père était toubib

443 C : D'accord

444 P : Il était toubib, il était chef de service et tout

445 P : Donc j'en ai vu des médecins mais euh bah c'est comme toute profession, c'est comme les
446 avocats, c'est comme, je sais pas, comme les maçons, ils ont leur jargon, ils ont leurs

447 habitudes, ils se tutoient, même si ils se connaissent pas, mais les médecins y en a certains, y
448 en a beaucoup ils se prennent pas pour de la merde, enfin c'est leur problème, c'est pas le
449 mien, mais bon on s'éloigne
450 C : On s'éloigne... d'accord
451 P : On peut pt'être passer à l'autre photo ?
452 C : (*sourire*) Mm, Juste pour finir j'ai deux petites questions plus sur cette photo, à savoir si
453 vous pouviez faire des retouches, imaginez, avec un logiciel ?
454 P : Avec photoshop ?
455 C : est-ce que vous auriez envie de retoucher quelque chose ?
456 P : bah je coupe, pour que ce soit propre, je coupe...
457 C : comme ça ? (*en désignant sur la photo*)
458 P : ouais mais en laissant la fenêtre
459 C : Montrez-moi avec le (*en lui tendant un crayon*)
460 P : Un cache, enfin un cache, comme ça, peut être un petit bout de la voiture
461 C : Qu'est-ce que vous voulez... peut être un petit bout de la voiture là comme ça
462 P : Oui mais sinon le cadrage est bon euh
463 C : D'accord
464 P : Peut-être j'aurais pu cadrer un peu plus haut pour qu'on voit le toit mais sinon la
465 perspective est bonne
466 C : Ok
467 P : Et c'est tout
468 C : D'accord
469 P : Et puis bon sinon, d'un point de vue photo, technique, il faudrait assombrir là haut, là, il y
470 a le soleil, pour donner une homogénéité
471 C : D'accord
472 P : Donc je recadrerais juste ça, juste la twingo là
473 C : Ok euh est ce que vous pourriez lui donner un titre un nom une légende à cette photo est
474 ce que vous souhaitez vous ne souhaitez pas ?
475 P : Non j'ai tout dit hein
476 C : D'accord
477 P : C'est l'entrée de (*nom du CSAPA*), qu'est-ce qu' on peut dire de plus, que ça se, que c'est
478 c'est dans (*nom de l'hôpital*) non, y a pas de, non
479 C : Plutôt sur quelque chose d'assez descriptif c'est l'entrée de...
480 P : Non, c'est, jour de printemps, c'est jour de printemps euh, comment on dit, euh jour de
481 printemps à... (*nom du CSAPA*)
482 C : Jour de printemps à (*nom du CSAPA*), ça ça pourrait aller ?
483 P : Ouais
484 C : Ouais ?
485 P : Si je devais mettre une légende sur la photo, pour la classer
486 C : Ouais, peut-être vous mettriez ça, allez alors ensuite c'est celle-ci il me semble que vous
487 avez choisie (*photo n°8*), vous hésitez avec l'autre (*photo n°7*), non c'est celle-ci, plus près
488 (*photo n°8*)
489 P : Non, l'autre d'avant (*photo n°7*)
490 C : Ah
491 P : Celle-ci (*photo n°7*)
492 P : Ouais, ça m'a fait rigoler, c'est un dialogue entre deux extincteurs
493 C : Ah (*surprise*), ah oui ? (*sourire*)
494 P : Y en a un qui parle à l'autre
495 C : Lequel parle auquel ?
496 P : Le petit, le petit parle au grand

497 C : Qu'est-ce qui vous évoque ça ? (*rires*)
498 P : Ouais et pis c'est important parce que le tableau le fait que c'est la salle d'attente où je
499 m'installe qu'est le long des box, des bureaux et pis j'avais jamais regardé les extincteurs moi
500 je regarde les tableaux mais là je vois qu'il y a deux taches rouges
501 C : Mm
502 P : Donc euh, ben ça représente ce qu'on fait ici quoi
503 C : Ouais
504 P : y en a un qu'arrive avec un gros extincteur qu'est là qu'est bien posé et pis y a un petit
505 qu'arrive on peut imaginer qu'il est en train de lui parler et pis le petit truc bleu là je sais pas
506 ce que c'est ça doit être le feed back, la réponse
507 C : la réponse, mm
508 P : de t'façon j'ai toujours aimé le feu, les extincteurs, enfin le feu, pas le feu mais (*à voix*
509 *basse*) l'extincteur je sais pas ça me fait penser à une chanson de Gainsbourg
510 C : une chanson de ?
511 P : Gainsbourg
512 C : Gainsbourg, Laquelle ?
513 P : Dans Mélody Nelson
514 C : D'accord
515 P : Mais euh ah ouais on vient ici pour éteindre un peu l'incendie qu'on a en nous, enfin
516 l'incendie...
517 C : Ouais ?
518 P : Pas forcément, moi j'ai pas un incendie mais euh, on vient pour calmer ses angoisses, pour
519 calmer, enfin pour calmer ses angoisses, pour essayer de trouver une solution, pour donner un
520 sens à sa vie, pour reprendre sa vie en main quoi
521 C : Mm et vous pouvez faire un rapprochement entre l'image du feu et les angoisses
522 P : Le feu intérieur, le feu physique, l'extincteur qui peut être le le thérapeute, la thérapie ou
523 C : Mm
524 P : Ou je ne sais quoi euh
525 C : D'accord, donc là les extincteurs vous les avez découverts avec la consigne, vous les aviez
526 pas spécialement remarqués avant, vous faisiez plus attention aux tableaux
527 P : Exactement
528 C : Et là tout d'un coup en regardant les lieux un peu différemment vous avez remarqué euh
529 ces extincteurs
530 P : Bah je me suis dit qu'il fallait faire une photo je me suis dit bah je vais faire une photo plus
531 euh pfff pas humoristique mais euh moins symbolique que l'entrée quoi
532 C : D'accord
533 P : c'est c'est plus euh ouais c'est plus comment dire métaphore, métaphorique, c'est une
534 photo métaphorique
535 C : Y a une dimension humoristique et métaphorique ?
536 P : Ouais
537 C : D'accord (*pause*) Vous avez souligné la différence de taille euh des extincteurs qui fait
538 que du coup
539 P : Ouais exactement
540 C : y a eu la différence de taille et puis y a eu c'est un peu là-haut là j'ai l'impression qui
541 fait que du coup vous avez attribué...
542 P : Le diffuseur, le diffuseur
543 C : qui fait que vous avez attribué à l'un et à l'autre, patient et thérapeute...
544 P : Le diffuseur, comme un porte-voix
545 C : Ouais

546 P : Y en a un (*rires*) je sais pas si il crie, je sais pas si le petit crie, mais mais le gros ça le
547 dérange pas, il lui répond en bleu donc... il est là pour encaisser
548 C : D'accord donc y a l'idée d'un porte voix, donc on voit que la voix part de là
549 P : Mm
550 C : et se dirige vers l'autre
551 P : (*continue à rire*) Il est très énervé le petit extincteur rouge
552 C : Ouais il a l'air de crier ou il a l'air d'avoir quelque chose de... l'image du feu aussi ...
553 P : Ouais
554 C : Y a la colère
555 P : Ouais exactement
556 C : Y a quelque chose d'assez fort qui se passe en lui en fait
557 P : Mais c'est euh je dis ça mais moi quand je viens ici je suis jamais en colère, je viens pas
558 pour, c'est pas un exutoire
559 C : C'est plus l'image qui vous évoque ça
560 P : Par contre j'en vois des gens en colère ici, souvent j'en vois des gens en colère, parce que,
561 je sais pas, parce qu'ils ont pas eu leur traitement de méthadone ou parce qu'ils ont pas eu
562 leur rendez-vous
563 C : Mm
564 P : Pis je m'en fous, enfin je m'en fous (*rires*)
565 C : C'est quelque chose que vous pouvez observer euh...
566 P : Ouais
567 C : Ici, qu'il peut y avoir de la colère
568 P : Oui c'est important pour moi les gens qui viennent ça m'arrive aussi de dialoguer ici avec
569 des gens
570 C : Mm
571 P : Mais euh bah ici c'est quand même un lieu de soin mais pour certains c'est un lieu de
572 défouloir et tout donc faut que les gens qui soient à l'accueil assurent, faut qu'ils assurent euh
573 qu'ils soient dans leur rôle, faut pas mettre des stagiaires, faut qu'ils soient dans leur rôle,
574 pour canaliser toute cette violence qu'ils ont en eux et qui desfois ils la retournent contre eux
575 et desfois ils ont tendance à la retourner contre la personne qu'en face d'eux
576 C : Y a l'idée que les personnes de l'accueil effectivement elles sont garantes de en tout cas
577 elles doivent assurer de recevoir une certaine violence qui peut parfois arriver
578 P : En tout cas elles représentent la structure, elles font le lien entre le patient et l'équipe
579 soignante, et leur rôle justement c'est parfois, parfois (*accentué*) hein, pas souvent euh, ils ont
580 un rôle d'extincteur aussi
581 C : Mm
582 P : « monsieur calmez-vous » euh (*rires*)
583 C : Mm
584 P : Et c'est important pour les autres qu'ils ont être capables de gérer, de gérer la situation
585 P : Oui tout à fait et puis c'est un lieu c'est un lieu qui est calme et serein quand on arrive là
586 on n'est pas agressé
587 C : Ouais
588 P : Bon y a eu des époques où bon y a certains qui étaient un peu agressifs mais euh
589 C : C'est plutôt rare ?
590 P : Mm, ça s'est calmé mm enfin ça s'est calmé
591 P : Y a eu des fois bon de temps en temps ouais mais bon y a des gens en crise partout
592 C : Mm
593 P : Vous allez aux urgences, y a des gens en crise, vous allez à l'épicerie, y a des gens en
594 crise, vous allez au café, y a des gens qui geulent
595 C : Donc le feu et la crise aussi la notion de crise

596 P : Ouais ouais
597 C : D'accord donc ce petit donc y a à la fois euh effectivement à l'accueil un peu des
598 situations où il faut qu'ils puissent recevoir ce qui se passe et puis vous avez évoqué aussi que
599 là dans la situation plus duelle du thérapeute et son patient que là le gros extincteur il allait
600 falloir quand même qu' il encaisse, y avait cette notion aussi, vous avez employé le mot
601 d'encaisser...
602 P : Bah là il va falloir que le petit patient, le petit extincteur il se calme, qu'il enlève son
603 porte-voix et qu' il baisse d'un ton
604 C : Ouais
605 P : (*rires*) Non je rigole ouais mais bon faut bien rigoler
606 C : Oui bah oui
607 P : Le thérapeute il est pas là pour euh pour éponger sa sa il est là pour l'aider à trouver des
608 solutions il est pas là pour entendre sa si pour entendre colère mais pas pour l'encaisser enfin
609 bon il a l'habitude mais il est pas là pour
610 C : Mm, lui il est là pour apporter une réponse vous disiez, que vous symbolisiez par le petit
611 bout bleu
612 P : Il va le calmer, il va le calmer, il va le calmer, il va lui apporter des solutions
613 C : Des solutions
614 P : il va lui donner des pistes
615 C : des pistes, d'accord
616 (*silence*)
617 C : Des solutions, des pistes, au sens de guider un petit peu y a aussi peut être cette notion de
618 pouvoir euh?
619 P : Bah oui les gens qui viennent ici ils viennent pour ça et pis c'est une photo épurée quoi
620 j'aime bien
621 C : Ouais
622 P : Rouge sur fond blanc, on distingue vaguement un tableau mais on voit pas ce que c'est,
623 bon se trouve que le tableau était là, si y avait pas eu le tableau, j'aurais fait la photo de la
624 même manière
625 C : Mm, la présence du tableau, comment..., qu'est-ce qu'on peut en dire ?
626 P : Je sais pas parce que je l'ai même pas regardé le tableau, je l'ai pas vu
627 C : Le contenu du tableau n'avait pas d'importance c'est ça ?
628 P : Non
629 C : Est-ce que le cadre ou... ?/ P : Y avait un autre tableau à un autre endroit qui m'avait plus
630 plu qu'était un, je sais pas si c'est du (nom d'un artiste ?) ou un..., la promenade des anglais à
631 Nice qu'est là-bas, j'allais pas prendre un tableau en photo !
632 C : Oui parce que ?
633 P : Ben parce que les tableaux on les, un tableau c'est un tableau on va pas, bon, on peut le
634 prendre en photo mais
635 C : C'est une redite un peu
636 P : Oui si vous voulez avoir le tableau vous achetez la reproduction et vous le mettez chez
637 vous tandis qu'un extincteur on met rarement des extincteurs sur son mur
638 C : Oui et puis là y a l'idée d'une composition
639 P : Ouais, tout à fait, pis c'est dans le couloir où y a des box pour les entretiens
640 C : Ouais
641 P : Pis y a des forts contrastes, y a des lignes droites et y a des forts contrastes, et y a de la
642 surexposition à gauche et y a le flash qui se reflète sur les deux extincteurs ce qui fait que le
643 tableau est dans l'ombre, y a une cloison à droite qu'est pareille elle a absorbée la lumière et
644 ce qui est derrière l'a réfléchi

645 C : Qu'est-ce que vous pouvez dire de cette luminosité particulière qu'on voit sur cette
646 photo ?

647 P : Rien de particulier, c'est juste artistique, enfin esthétique euh non pour moi ça représente
648 rien,

649 C : D'accord

650 P : je vais pas de l'ombre à la lumière...

651 C : Mm d'accord. Je reviens juste sur ce que vous m'aviez dit tout à l'heure au départ quand
652 on réfléchissait sur les photos que vous pouviez prendre vous m'aviez dit si il avait été encore
653 là y a un tableau que j'aurais bien pris en photo, même si ça vous paraît un peu...

654 P : Ouais, c'est une espèce de de tableau chinois ou y avait euh une dizaine d'écoliers, de
655 petits chinois, assis en cercle autour d'un professeur, qui se trouvait dans le couloir. C'était un
656 tableau, d'ailleurs j'ai jamais acheté la reproduction faudrait absolument que je l'achète, c'est
657 un tableau rectangulaire

658 C : Vous aimeriez bien le retrouver ?

659 P : Ouais, ouais, parce qu'il représente l'enfance et l'apprentissage, l'acquisition du savoir par
660 le professeur

661 C : Donc là c'est le contenu du tableau, enfin à la fois sa place parce que c'est en face de là où
662 vous vous installez habituellement et puis

663 P : Non bah là c'est le contenu qui m'intéressait

664 C : C'est le contenu

665 P : C'est le tableau, l'image qui m'intéressait

666 C : Donc vous dites ça fait référence à l'enfance et à l'apprentissage, au savoir ?

667 P : Oui tout à fait

668 C : Et qu'est ce qui vous a interpellé ici ?

669 P : Ça m'a pas interpellé, ça m'a intéressé

670 C : Qu'est ce qui vous a intéressé ?

671 P : Ben ça, ce que je vous ai expliqué, le fait que ce soit les enfants assis par terre en cercle
672 que ce soit une autre civilisation on fait on fait pas la classe comme ça chez nous quoi oh je
673 sais pas si ils faisaient la classe c'est pas le les enfants s'assoient pas autour d'un adulte plus
674 âgé pour l'écouter

675 C : Un certain décalage de comment ils étaient assis en cercle autour du professeur c'est
676 différent de chez nous ?

677 P : Y en avaient qui écoutaient, d'autres qui écoutaient pas

678 C : D'accord

679 P : Enfin qui donnaient l'impression de ne pas écouter

680 C : Qu'est ce qui ?

681 P : Non mais ça remonte à

682 C : Dans votre souvenir

683 P : Non non mais c'est trop loin, je vais pas me rappeler les détails

684 C : C'est trop loin, vous sauriez pas le dire

685 P : C'est pas des tableaux qu'on voit au Louvre hein, c'est que des reproductions qu'on trouve
686 comme ça

687 C : Est-ce que pour vous ce rapport professeur-élève ça peut signifier quelque chose par
688 rapport au lieu, par rapport au soin ou... ?

689 P : Non, non non, non non non, c'est un truc perso

690 C : Ça renvoie plus à votre histoire personnelle

691 P : Non, pas mon histoire, c'est un truc perso, dans le sens c'est quelque chose qui me touche
692 parce que j'aime bien les enfants, si vous avez parlé d'histoire personnelle oui peut être tout le
693 monde aime bien enfin la plupart des gens ont bien une petite nostalgie de l'époque de
694 l'enfance, de l'insouciance, pas de l'école hein mais de l'époque de l'insouciance

695 C : De l'insouciance de l'enfance
696 P : Quand on n'a pas encore compris qu'on allait devenir adulte et qu'on aurait que quand on
697 deviendrait adulte on pourrait plus avoir
698 C : On peut dire que pour vous de voir ce tableau pouvait vous renvoyer à une certaine
699 nostalgie ?
700 P : Voilà
701 C : D'accord
702 P : Tout à fait
703 C : En tout cas celui là y avait une émotion associée alors que celui là il ne vous fait rien du
704 tout ?
705 P : Non et puis non voilà c'est juste décoratif y a pas de symbolique
706 C : D'accord ok
707 (*Silence*)
708 C : C'est vrai que cette image a une certaine puissance métaphorique...
709 P : (*Rires*) oui bah c'est moi, l'interprétation que je lui ai donnée ouais c'est métaphorique
710 ouais, peut être que quelqu'un d'autre aurait pris le plafond en photo, ou les bancs ou je sais
711 pas ou le comptoir
712 On peut imaginer plein de photos possibles
713 C : Ouais ouais, de même, pour cette photo, je vais vous poser un petit peu les mêmes
714 questions que pour l'autre à savoir est ce que vous feriez des retouches ?
715 P : Non
716 C : Non
717 C : Et est-ce que vous lui donneriez un nom ou une légende ?
718 P : Non non parce que non parce que il parle en lui-même donc non non on voit bien que c'est
719 des extincteurs donc on va pas accentuer la chose on voit que c'est des extincteurs sur un mur
720 blanc et bon euh comme y a deux photos on sait que c'est à (*nom de la structure*) et
721 C : Mm
722 P : C'est quoi euh c'est sécurité incendie hein c'est tout (*rires*)
723 C : Notion de sécurité aussi ?
724 P : Non non non
725 C : Non pas spécialement
726 P : Non c'est le terme technique, sécurité incendie
727 C : Ok (*sourire*) Donc par rapport aux couleurs mur blanc, extincteurs rouges, il y a un
728 contraste très fort de couleurs et
729 P : Oui j'aime bien les contrastes, j'aime beaucoup le rouge et le noir, j'aime bien les
730 contrastes forts, je suis quelqu'un, je suis un peu manichéen, je suis pas quelqu'un de, dans la
731 nuance
732 C : le contraste de force de couleur qui fait qu'ils ressortent bien et vous aussi mentionné le
733 côté des lignes droites, enfin des, de quelque chose qui est assez (*geste de la main*)
734 P : oui, comme dans la première photo, c'est important les les lignes, (*retour en arrière sur*
735 *les photos*) celle là était pas mal aussi
736 C : je reviens sur la première (*photo n°2*). Les lignes, lesquelles ?
737 P : non dans les photos que vous avez passées
738 C : celle là ? (*photo n°4*)
739 P : non, celle là, voilà (*photo n°5*)
740 C : quelles lignes ?
741 P : non je dis la photo était bien parce qu'on voit les deux extincteurs et on voit les portes des
742 box
743 C : oui ?
744 P : et puis elle est mieux exposée et le tableau n'existe pas. Ca c'est la sortie en fait.

745 C : Oui, la sortie de ?
746 P : De l'entretien
747 C : De l'entretien
748 P : En fait je m'en étais pas rendu compte mais l'extincteur avec son espèce de truc là il
749 indique la sortie
750 C : Il indique la sortie ?
751 P : Oui
752 C : Mm d'accord
753 P : Oui comme de la signalétique ils auraient pu le mettre dans l'autre sens mais la sortie elle
754 est par là
755 C : C'est orienté vers la sortie quoi
756 P : Ouais tout à fait
757 C : Ok. Vous avez fait référence effectivement au contexte plus large de la photo y a les
758 extincteurs, qui sont dans le couloir, où y a les box, les box d'entretiens et qu'il faut remettre
759 ça dans le contexte aussi pour donner le sens de la photo ?
760 P : tout à fait
761 C : Est-ce que vous voulez dire quelque chose sur ce lieu du couloir, des box ?
762 P : Hein ?
763 C : Est-ce que vous voulez rajouter quelque chose sur ce lieu du couloir, des box ?
764 P : Non, c'est des box, enfin c'est des box, c'est des salles d'entretien, ça doit être le plus
765 neutre possible, comme c'est le cas, c'est-à-dire que rien ne doit distraire votre attention de ce
766 dont vous êtes en train de parler
767 C : Mm
768 P : et pis euh ça doit être insonorisé, calme et tout
769 C : mm
770 P : et pas avec des gens qui ouvrent les portes toutes les cinq minutes
771 C : parfois ça arrive ?
772 P : Non c'est là c'est là
773 C : C'est là. Y a un peu cette idée que dans le couloir et dans la salle d'attente on peut être
774 distrait par des choses, qu'il y ait des tableaux, des choses qui se remarquent
775 P : C'est pas gênant puisque c'est dans la salle d'attente
776 C : Mais que par contre à l'intérieur là
777 P : Ouais
778 C : que ce soit neutre et
779 P : ouais complètement. Bon, ce box là est fermé mais y en a d'autres qui donnent sur
780 l'extérieur et y a la lumière du jour
781 C : ouais
782 C : et les box ça change pour vous, les box où vous avez vos rendez-vous ?
783 P : non non ça change rien c'est pas le lieu qui est important c'est ce qu'on y fait et ce qu'on y
784 dit
785 C : mm d'accord, et pour terminer je voudrais juste qu'on mette en relation les photos, les
786 deux photos que vous avez choisies, ou si vous voulez faire quelque chose de plus global c'est
787 possible, à savoir ce qui les réunie ou les distingue ou ?
788 *(demande à interrompre l'enregistrement, sort de la pièce quelques minutes puis revient, on*
789 *reprend)*
790 P : Je disais, je répète pour l'enregistreur, le lien entre la photo que j'ai prise dehors avec la
791 moto rouge c'est une moto euh en ce moment j'ai envie de changer de véhicule (*rires*) je le
792 prendrais pas forcément rouge mais et cette photo là les extincteurs sont rouges et la moto est
793 rouge c'est ça qui fait
794 C : Y a un lien de détail là avec cette couleur rouge là qui

795 P : Mm
796 C : Et le rouge en particulier ça vous renvoie à quelque chose ?
797 P : Non non, du rouge vif non j'ai pas de comment dire d'attirance particulière pour le rouge
798 hein en tant que tel
799 C : D'accord et puis y avait aussi au cours de l'entretien l'idée que y en a une qui permet de
800 situer un peu les choses voilà c'est l'entrée
801 P : Mm
802 C : C'est (*nom de la structure*)
803 P : Exactement
804 C : Et celle-ci euh elle a une dimension plus métaphorique de ce qui pouvait se passer ici
805 P : Calme et sérénité
806 C : Elle vous évoque ça cette photo ? (*photo n°7*)
807 P : Ouais
808 C : D'accord
809 P : Enfin le couloir (*photo n°4*)
810 C : Malgré les extincteurs ?
811 P : Non pas les extincteurs les extincteurs j'avais pas fait gaffe d'habitude les extincteurs bah
812 sont placés en bas ils sont pas toujours placés en décoration
813 C : En hauteur comme ça
814 P : Sur un mur, un extincteur faut qu'on puisse l'attraper donc il est souvent
815 C : Et à votre avis qu'est ce qui fait qu'il est plus haut ?
816 P : Non c'est surtout pourquoi y en a deux (*rires*)
817 C : Pourquoi y en a deux oui ?
818 P : Je sais pas
819 C : Mm d'accord
820 (*Silence, sort des choses à grignoter*)
821 P : Je sais pas, c'est peut-être, non mais je vais dire une bêtise
822 C : Vous pouvez
823 P : Non mais... c'est pour être plus efficace. En tous les cas, ils sont bien en vue, bien en
824 place et ils ont l'air d'être entretenus, donc... Bon, on a pas le droit de fumer à l'intérieur,
825 mais sait-on jamais hein c'est (*rires*) non mais de toute façon dans un lieu fréquenté par le
826 public il faut que les choses soient en place
827 C : Bon, est ce que vous pensez qu'il y a peut-être des choses qu'on n'a pas abordées pendant
828 l'entretien mais qui seraient importantes pour bien comprendre vos photographies ?
829 P : Non non non

Entretien 5 : Ludovic

- 1 C : Donc on va faire à partir des photos, on va regarder les trois, y a celle-ci
2 P : Qui est floue
3 Celle-ci est plus nette mm il n'y en a que deux, il me semble que vous avez pris la troisième
4 aussi, comment ça se fait qu'on la voit pas...ah... vous l'aviez prise celle que... ? oui bah oui
5 y en a trois
6 C'est un fichier vide
7 Ah elle est pas... mince
8 Ah c'est celle que vous aviez prise au niveau de la porte
9 Bah c'est pas grave on va s'abstenir elle avait pas grande val... elle rendait pas, elle rendait
10 pas très bien c'était je trouve que celle là est beaucoup plus euh
11 Ouais mais c'est pt'être important qu'on en ait deux pour...vous voulez bien réessayer de la
12 prendre ?
13 Oh j'ai horreur de me tenir comme ça debout ça me...
14 Ah d'accord bon bah on va faire avec celle-ci et puis l'autre plutôt de la façon dont vous
15 l'aviez imaginée alors
16 Oui comme ça ok
17 Oui comme ça on aura les deux
18 On garde la plus nette là plutôt hein ?
19 Ouais ouais
20 Alors
21 On peut même dire qu'elle est mieux cadrée
22 Est-ce que vous pouvez me la décrire ?
23 Et ben euh on voit une personne qui on voit une personne au premier plan qui est un médecin,
24 qui est de dos et qui est accoudée au au comptoir du standard probablement en attente d'une
25 information ou peut être qu'elle attend euh juste un patient qu'est pas encore arrivé ou peut
26 être qu'elle donne un rendez-vous à l'autre personne qu'on voit en arrière plan à gauche
27 Mm
28 Euh on voit aussi euh en arriere plan une des standardistes
29 Mm
30 qui est en train de chercher euh des informations elle aussi et on en devine une deuxième
31 derrière même si on la voit très très peu
32 mm
33 on voit derrière, derrière à gauche, on voit que les chaises sont vides
34 mm
35 et on devine que ça que la que ce qui est derrière c'est la porte
36 d'accord
37 voilà
38 ok donc la personne au premier plan donc vous dites a priori c'est un médecin parce que, vous
39 la reconnaissez ou par rapport à... à la blouse, à l'attitude ... ?
40 parce que, en règle générale, il y a toujours deux standardistes et euh et euh et c'est rare en
41 fait qu'ils soient trois enfin ou alors c'est dans les
42 qu'il y ait trois soignants à l'accueil ?
43 voilà oui oui c'est vrai c'est des soignants c'est des soignants mais... là a priori c'est un
44 médecin ou un stagiaire une interne ou peut être une externe mais je sais pas si y en a des
45 externes ici je j'en sais rien je sais qu'il y a des internes mais des externes je sais pas
46 d'accord donc un médecin ou une stagiaire
47 voilà
48 d'accord

49 et on peut on voit qu'elle est accoudée on peut imaginer soit qu'elle attende, soit qu'elle
50 donne un rendez-vous à la personne derrière ?
51 ou qu'elle passe juste du temps avec ses collègues
52 ouais
53 parce qu'elle peut être entre deux patients et que
54 mm
55 et que euh forcément y a un moment où on n'a pas grand-chose à faire c'est aussi bien de
56 discuter avec avec ses collègues et de voilà et de puisque c'est un groupe quand même et c'est
57 vachement important à l'hôpital que les personnes qui travaillent ensemble soient soient se
58 connaissent bien et s'entendent bien parce que parce que... moi dans mon cas c'est c'est pas
59 douloureux mais y a ils peuvent être amenés à à à cotoyer des personnes qui sont dans des
60 situations difficiles qui sont euh parfois désagréables parfois agressives quoi qu'ici c'est pas
61 vraiment le truc je sais pas en tout cas l'équipe ici elle est souvent très bien elle est souvent
62 très bonne parce que les vrais même y a des mecs qui sont parfois euh que je sais qu'ils sont
63 très très très bouillants et et j'ai jamais eu j'ai jamais vu de de ça fait longtemps que je viens
64 ici et j'ai jamais vu de clash ou de
65 d'accord
66 d'embrouilles
67 qu'est-ce que vous appelez bouillant ?
68 bah les mecs qui ont les mecs qui sont... moi je suis là pour des problèmes pour différents
69 problèmes mais dont de la violence euh parfois on peut partir un peu au quart de tour
70 mm
71 et y a des personnes qui ont cette capacité... ensuite y a le cadre aussi on est quand même
72 dans un hôpital donc forcément c'est quand même enfin c'est vraiment pas le lieu euh c'est un
73 peu ça se c'est totalement déplacé de se comporter de manière agressive dans un hôpital de
74 toute manière mais y a aussi même j'ai vu beaucoup de services d'urgences les urgences c'est
75 particulier parce qu'il y a aussi beaucoup de soulards euh mais euh euh y a des personnes y a
76 des équipes comme ça qui ont ce don de de d'apaiser (*insiste sur le mot*)
77 mm
78 et de tout de suite euh ça viendrait même pas à l'idée quoi à l'esprit de de de de de partir euh
79 jamais donc euh en soi c'est voilà donc c'est une bonne équipe ici
80 mm
81 comment ils peuvent apaiser à votre avis ? vous avez dit que...
82 bah je sais pas c'est une attitude c'est une attitude moi ma femme comme ma femme je suis
83 toujours très calme avec elle parce que parce que euh (*pause*) c'est (*sourire*) je sais pas c'est
84 c'est comme ça je sais pas trop l'expliquer et euh y a des personnes qui attirent la violence et
85 d'autres personnes qui sont comme des boucliers qui... voilà quoi
86 mm
87 c'est euh
88 quand vous comparez avec votre femme c'est par référence à son identité de médecin ou à
89 d'autres choses ?
90 non, non non non non c'est euh non c'est pareil moi j'ai mon petit enfin mon neveu de mon
91 petit frère qui est c'est euh y a je ça me viendrait pas à l'idée d'hausser le ton de euh ça me
92 ferait p... ça me viendrait pas à l'idée de lui faire du mal euh comme ça me viendrait pas à
93 l'idée de faire du mal à des personnes qui travaillent ici ça me viendrait pas à l'idée ça me
94 viendrait pas à l'idée de faire du mal à à ma femme ça me viendrait pas à l'idée de faire du
95 mal à à certains de mes potes euh
96 vous dites qu'à la fois y a le lieu, le fait que ce soit un hôpital en soi c'est un lieu où y a pas
97 de violence sauf cas particulier des urgences et puis il y a aussi une certaine capacité de
98 l'équipe

99 oui oui
100 ou en tout cas à désamorcer ou en tout cas faire que ça se présente pas...
101 oui, c'est pas toujours le cas y a des y a des je sais qu'il y a des médecins qui euh y a des
102 médecins parfois enfin je veux dire enfin les médecins ils sont quand même humains y a des
103 médecins qui sont exécrables à qui on a envie de casser la gueule moi j'en ai rencontré j'en ai
104 rencontré qu'un seul comme ça et c'était euh parce que mon père était hospitalisé à (*nom de*
105 *l'hôpital*) et je suis tombé sur un médecin absolument imbuvable qui qui répondait à aucune
106 question et qui euh de toute évidence j'emmerdais alors qu'il était en train de de boire son
107 café avec ses collègues et euh et euh mais je suis pas le seul cela étant je veux dire mon frère
108 et mes sœurs étaient pareils ils ont-ils l'ont trouvé... même ma copine d'ailleurs l'a trouvé
109 totalement insupportable et détestable mais ça c'est je veux dire ...
110 y avait le fait qu'il répondait pas à vos questions et que vous aviez l'impression de le déranger
111 et de l'emmerder, ces deux aspects là qui font que ça vous a un petit peu révolté
112 oui quand quand on est face à une personne qu'a plus sa tête qui de toute évidence souffre qui
113 peut pas s'exprimer euh et euh et qu'a failli y passer et on sait pas pourquoi en tout cas enfin
114 on a finit par savoir pourquoi mais euh enfin c'est important de savoir ce qui s'est passé
115 pourquoi qu'est ce qui s'est pass c'est ne serait ce que pour ne pas pour éviter ce qui a pu
116 déclencher une crise de de détresse respiratoire et et quand même un arrêt cardiaque c'est euh
117 c'est euh euh
118 y avait une situation en elle-même particulièrement angoissante hein de
119 voilà
120 et quand vous dites il répondait pas à mes questions c'est-à-dire vous aviez l'impression qu'il
121 évitait qu'il répondait à côté ou qu'il vous disait qu'il pouvait pas vous vous répondre enfin ?
122 c'était plutôt j'en sais rien c'était y a longtemps mais c'était c'était euh
123 dans votre souvenir ?
124 c'était « j'en sais rien » « je suis » euh je sais plus c'était mais c'était de toute évidence je suis
125 pas là pour euh je sui spas là pour euh c'est pas mon boulot quoi c'est pas mon boulot alors
126 que alors que et par exemple moi mon frère j'y vais-je vais reg enfin quand il vient à (*nom de*
127 *la ville*) pour aller à (*nom de l'hôpital*) à chaque fois enfin pas à chaque fois mais de temps en
128 temps j'y vais surtout quand il y est pour plusieurs jours quand c'est pour un examen de
129 routine non mais quand il y est pour plusieurs jours j'y vais et à chaque fois je tombe sur des
130 personnes qui me on va dire qui cherchent pas bon on va dire qu'on a un air de ressemblance
131 on a un air de ressemblance quand même frappant mais une fois qu'ils savent que je suis bien
132 son frère ils euh ils me donnent les informations que je demande quoi ils sont pas en train
133 d'essayer de me blablater est ce qu'il va bien c'est pas une question compliqué est ce qu'il va
134 se réveiller bientôt bah là c'est un peu plus compliqué parce que ça dépend de chacun et puis
135 ça dépend aussi de l'état de fatigue de toute manière comment l'opération s'est passé c'est
136 pas compliqué et moi
137 donc y a pu avoir des situations différentes dans différents hôpitaux pour votre père pour
138 votre frère des situations un peu différentes
139 ouais ouais
140 mais c'est pareil je veux dire quand ma mère était hospitalisée c'était pareil et pourtant à
141 l'époque je picolais vraiment vraiment fort donc j'étais souvent dans un état auquel j'étais
142 souvent chargé comme un porte avion donc euh vraiment ça devait être... mais j'arrivais
143 toujours à à j'arrivais toujours à savoir j'ai toujours considéré qu'il y avait des endroits où la
144 violence et l'agressivité n'avaient rien à faire c'étaient et les hôpitaux et l'école enfin en tout
145 cas enfin les médecins les professeurs les administratifs c'est euh enfin les administratifs les
146 je sais pas à quoi ça sert d'aller d'aller emmerder quelqu'un de l'ANPE euh à quoi c'est bon ?
147 qu'est-ce que ça va apporter à part lui pourrir sa journée et de bien s'énerver derrière ça sert à
148 rien

149 donc vous pensez à différents lieux comme ça où la violence n'a pas sa place, les hôpitaux
150 l'école et les administrations
151 les administrations mais même enfin aujourd'hui
152 ce qui rapproche ces trois lieux pour vous, ce qui fait que vous citez ces trois lieux les
153 hôpitaux l'école et les administrations quel lien vous pouvez faire entre?
154 Je sais pas c'est un peu euh enfin en règle générale en règle générale d'abord la violence c'est
155 euh ensuite je suis vraiment à des années de ce comment j'étais avant mais c'est euh ça doit
156 jamais être gratuit enfin moi j'ai jamais eu l'impression de faire de la violence gratuite bon
157 clairement j'avais un défaut de perception parce que je voyais des je voyais de l'agressivité là
158 où il n'y en avait pas euh j'avais l'impression que des gens voulaient m'embrouiller alors que
159 de toute évidence le le c'est le mec qu'est sur la parvis il est sur le parvis y a du soleil et il
160 plisse les yeux et moi je le regarde à ce moment là et j'ai l'impression qu'il est en train de me
161 défier ça c'est complètement ridicule je sais bien enfin c'était comme ça que j'étais avant
162 mais mais y a des le le je sais pas le y a des métiers qui sont vraiment difficiles et médecin
163 c'est pt être je pense que c'est le métier le plus difficile le moins correctement euh traité euh
164 de tous les métiers parce que enfin je veux dire quand on arrive à bac +12 et qu'on est payé
165 1500 brut par mois et qu'on fait 60h par semaine et que (pause) on va dire il faut un minimum
166 de respect c'est pas spécialement c'est pas spécialement la rémunération mais c'est quand
167 même que (pause) les patients soient respectueux c'est la moindre des choses quoi enfin c'est
168 euh c'est d'ja c'est d'ja c'est d'ja super pénible euh comme comme enfin je veux dire on on
169 moi j'ai brulé les les les moi j'ai brulé les chandelles par les 2 bouts pendant entre 17 et 27
170 ans, moi je sais que c'est... ma copine est médecin mais j'ai toujours connu des médecins
171 parce que je j'ai toujours eu des potes j' ai toujours eu des potes et y en a toujours un qui fait
172 médecine, y en a toujours un aussi qui fait qui fait droit et on va se dire pendant ce temps
173 pendant que moi je faisais n'importe quoi c'est des personnes qui sont out le temps à bosser
174 c'est comme quand on parle des fonctionnaires dans leur ensemble c'est pas une cinécure non
175 plus quoi enfi je veux dire les gens il suffit qu'ils reçoivent un tract euh et ca y est ils pensent
176 que les profs sont payés 10 000 euros par mois et qu'ils foutent rien de la journée il suffit
177 qu'il y ait un tract qui traîne et y en a beaucoup des tracts comme ça qui racontent n importe
178 quoi comme ça et je pense que l'hôpital l'hôpital c'est juste une évidence pour moi on va pas
179 emmerder des gens qui euh qui sont là pour nous soigner que ce soit les médecins ou le
180 personnel soignant un tout petit peu de courtoisie de toute manière les gens ils s'énervent
181 mais ils commencent d'abord par s'énervent ils se rendent pas forcément compte qu'ils ont en
182 face d'eux quelqu'un qui est debout depuis que ça fait 10 h qu'il est en train de bosser parfois
183 beaucoup plus et ils se rendent pas forcément compte que juste un sourire un bonjour un
184 excusez moi un euh je voudrais pas vous déranger juste de la courtoisie ça ouvre bien des
185 portes et puis ça fait plaisir moi maintenant je depuis des années je c'est comme ça que je vois
186 les choses c'est j'essaye toujours d'être gentil avec les gens ne serait ce que pour eux peut être
187 derrière soient plus aimables ou ça je jj je crois à l'effet boule de neige
188 Mm
189 Ensuite c'est très utopique mais
190 Vous dites qu'il peut y avoir une colère qui est là même au départ un peu initialement
191 Oui
192 ou qui se déclenche de façon très impulsive ou mais qui est en général désamorcé par la
193 situation soignante
194 oui ensuite ici c'est différent
195 qu'est ce qui est différent ?
196 parce qu'on est dans un service psychiatrique d'addictologie euh ici y a des personnes qui qui
197 ont des problèmes de pulsion, d'agressivité, parfois de manque, je connais bien le manque
198 c'est vrai que c' est c'est vrai que ça fait un peu péter les plombs

199 mm
200 euh voire carrément
201 y a ça de particulier ici mm
202 y a des mecs y avait un mec je me souviens qui était qui venait ici et euh alors je sais pas ce
203 qu'il m'a raconté je sais pas si il m'avait parlé ou si il parlait à un autre type et j'étais à côté
204 mais c'était un mec qui c'était un hooligan c'était un type qui qui allait justement dans les
205 rencontres de foot pour pour frapper euh parce que en face y avait d'autres mecs comme lui et
206 que c'était le défouloir parce que c'était vraiment une pulsion de mort totalement
207 insurmontable et donc euh y a des mecs comme ça qui venaient ici et ce mec là je l'ai vu
208 plusieurs fois et je l'ai jamais vu péter un plomb je l'ai jamais entendu ensuite le personnel
209 soignant ici ne vient pas me raconter leur vie forcément mais
210 vous n'avez pas été témoin de
211 voilà j'ai jamais eu l'impression... le Dr (*nom du médecin*) c'est elle qui me suit ici c'est
212 quelqu'un qui depuis le début elle m'a vraiment mis en confiance c'est une espèce de c'est
213 euh ça me fait plaisir ça me fait du bien de la voir parce que je me sens plus cool derrière ça
214 permet de relativiser les impressions d'être suivi d'être d'être surveillé tout ça ça permet de
215 faire beaucoup de choses
216 mm je vais juste parce que j'ai l'impression que c'est pas bien branché en fait je sais pas si
217 c'est (*pause, je me lève pour vérifier le branchement de l'ordinateur*)
218 et qu'est-ce qui vous a mis en confiance avec elle, avec votre médecin ?
219 bah c'est pareil c'est un enfin je suis bien placé pour savoir qu'on a tendance à à c'est c'est
220 vrai que c'est assez marrant comme je sais que par exemple ma copine depuis qu'elle a atteint
221 un certain niveau au niveau de ses études là elle va passer l'ECN dans quelques semaines
222 maintenant dans 6 semaines ça fait un moment ça fait 2/3 ans qu'en fait tous ses potes tous ses
223 potes qui sont pas en médecine lui parlent de manière assez automatique c'est un peu comme
224 j'ai un copain qui est avocat et bah on parle de droit on parle on parle de petites choses
225 comme ça de mais y a vraiment une autorité je pense d'abord parce que Dr (*nom du médecin*)
226 elle a une autorité naturelle mais pas écrasante en fait c'est cette capacité voilà d'avoir une
227 autorité sans que l'autre se sente la dernière des daubes quoi
228 une autorité qui n'écrase pas
229 ouais ouais et euh
230 qui dévalorise pas l'autre en face quoi
231 ah ça oui ça c'est vraiment je pense que qu'il faudrait qu'il y a beaucoup de cadres qui
232 devraient qu'il y a beaucoup de cadres dans le privé qui devraient s'inspirer de je pense qu'on
233 obtient beaucoup plus quand on n'écrase pas ses subalternes quand on n'écrase pas ceux qui
234 viennent nous voir moi j'ai été assimilé cadre j'ai été assimilé cadre et j'ai jamais eu besoin
235 de de taper sur le...
236 et qu'est ce qui traduit pour vous dans votre relation avec votre médecin cette autorité un peu
237 naturelle et qui vous fait pas vous sentir une daube en face ? ça passe par quoi comment vous
238 pourriez me décrire un peu les choses est ce que vous avez des exemples de situations ?
239 d'abord y a pas de jugement c'est pas forcément évident même si c'est un médecin c'est pas
240 forcément évident y a pas de jugement de valeur c'est toujours compliqué quand on met en
241 quand on met en question la logique de quelqu'un, ça c'est vraiment particulier à la
242 psychiatrie j'imagine je sais que Dr (*nom du médecin*) j'ai pas l'impression qu'elle me voit
243 comme quelqu'un d'illogique euh j'ai pas l'impression qu'elle me voit comme quelqu'un de
244 euh... je sais enfin je sais ça fait des années même depuis que je suis petit qu'on me dit que je
245 suis fou on a même considéré à un moment que c'était même mélioratif comme terme mais
246 justement j'ai pas cette impression d'être d'être... enfin je vois je vois je vois, je vois la folie
247 qui est en moi mais du coup le Dr (*nom du médecin*) en discutant avec elle j'ai l'impression
248 que en fait elle est cadrable, presque que je peux l'utiliser pour autre chose en fait

249 dans quel sens ?
250 c'est pas vraiment le jour parce que j'ai pas assez travaillé mais dans le sens où avant je
251 faisais essentiellement des choses négatives, j'apportais essentiellement de la négativité dans
252 le monde parce que j'étais dans un... j'étais dans un système qui me convenait pas, pas qui
253 me comprenait pas et même si je pouvais m'adapter au système je tombais toujours, je
254 finissais toujours, même en donnant de bons résultats par être... je je c'était y avait toujours un
255 moment où l'adaptabilité elle avait sa limite où je pouvais plus supporter le le carcan qui
256 qu'on prétendait, auquel on prétendait me soumettre, et aujourd'hui j'ai compris c'était peut-
257 être aussi que je... je faisais pas ce pourquoi je... ce pourquoi j'étais doué. Je me cachais
258 derrière des trucs et enfin c'est compliqué de résumer ça, ça fait je sais pas combien de temps,
259 ça fait plus de 3 ans que je la vois maintenant le Dr (*nom du médecin*) donc c'est compliqué,
260 aujourd'hui fallait que... j'ai découvert un problème, et qu' est pas résolu, et que... et je sais
261 que... je sais que c'est problématique parce que... parce que voilà
262 et cette relation de confiance à laquelle vous avez fait référence ça a mis combien de temps
263 pour s'installer ?
264 oh ça a été tout de suite, ça a été tout de suite
265 non, tout de suite
266 ça a été tout de suite
267 qu'est-ce qui vous fait dire que ça a été tout de suite alors ?
268 bah je sais pas en fait je voyais un autre médecin et euh pour les problèmes d'alcool, de
269 violence tout ça et euh de toute évidence ça collait pas bien, de toute évidence, parce que je
270 continuais à boire, je continuais à être violent et en fait il m'a envoyé ici et très vite en fait et
271 en fait j'ai arrêté j'avais envie en fait j'avais envie d'y arriver euh j'avais déjà envie d'y
272 arriver avant sauf que je voyais pas comment en fait et je comprenais pas je comprenais pas
273 bien à quoi ça rimerait d'y arriver arriver à faire quelque chose c'est arriver à ne plus boire
274 arriver à ne plus euh prendre de coke et de et de arriver à à ne plus à ne plus éclater un type
275 parce qu'il nous a bousculé moi je sais qu'à l' époque j'avais envie de ne plus être comme ça
276 mais je ne comprenais pas ce que j'allais... je comprenais pas d'abord comment j'allais y
277 arriver et je comprenais pas pourquoi il fallait vraiment que j'y arrive, c'était quoi vraiment le
278 sens je me voyais un peu comme un gobelin, comme une espèce d'esprit frappeur un truc un
279 peu la noirceur obligatoire je me voyais un peu comme la parcelle de noirceur obligatoire
280 dans toute société et je me suis rendu compte que c'était complètement absurde comme...
281 vous avez fait un lien en tout cas un petit peu entre l'efficacité sur vos symptômes et la qualité
282 de la relation en fait ça collait pas parce que je continuais à faire ce pourquoi... donc, la
283 relation fonctionnait pas bien et puis ensuite, vous dites, une fois que j'ai rencontré ce
284 médecin, j'ai eu envie de... la relation vous avez l'impression qu'elle vous a aidé en donnant
285 un sens, un autre sens... ?
286 c'est un peu comme un... c'est c'est c'est un peu... pas comme un mentor parce que c'est
287 particulier comme, c'est vraiment un terme...
288 mm
289 vraiment très... mais c'est un peu comme un été c'est c'est le docteur (*nom du médecin*) m'a
290 donné des outils pour étayer cette petite partie qui en moi voulait absolument, qui n'essayait
291 plus, en fait, de se battre contre l'autre partie en fait très négative et euh c'est c'est en fait la la
292 je ouais je vous dis, le docteur que je voyais avant, je croyais pas du tout à son discours, je
293 croyais pas du tout à sa à sa volonté de m'aider je voyais pas du tout en fait les médicaments
294 qui empêchent de boire, ça empêche pas de boire, c'est peut-être dangereux mais ça empêche
295 vraiment pas de se prendre une biture c'est faux et puis euh je sais pas le docteur (*nom du*
296 *médecin*) j'ai vraiment eu l'impression qu'elle me cernait en fait qu'elle me cernait, qu'elle
297 voyait, peut être de manière un peu confuse, mais qu'elle voyait en fait ce... quel était
298 vraiment mon problème et du coup, très rapidement, elle a mis le doigt, justement pas de

299 manière très précise, parce que c'était pas possible, elle a mis le doigt sur cette partie, cet
300 espèce de magma qu'il y avait en moi et...
301 c'est par des remarques qu'elle vous a faites, des choses qu'elle vous a proposées... comment
302 vous avez l'impression qu'elle a compris ça ?
303 ah vous êtes dure là parce que la mémoire c'est pas franchement mon
304 c'est difficile à
305 c'est plus vraiment mon domaine. En fait je pense que c'est vraiment c'est l'alliance subtile
306 entre le laisser parler et le (*pause*) et le fait d'amener vers ce qui pose problème ça y a des
307 psychiatres qui vous écoutent pendant une heure et vous sortez de là et vous dites super j'ai
308 fait exactement la même chose avec un type dans un bar hier soir qui m'a écouté raconter
309 n'importe quoi pendant une heure en fait c'est c'est oui c'est poser les questions pertinentes
310 c'est voilà le docteur (*nom du médecin*) elle est très pertinente, j'ai l'impression qu'elle pose
311 toujours les questions qui qu'il faut en fait et qui vont déboucher c'est comme si elle me
312 montrait une porte à chaque fois, qu'elle m'invitait à l'ouvrir et on passe sur une autre porte et
313 ainsi de suite
314 y a l'idée d'une écoute active qui pose des questions qui vous font entrouvrir des portes, qui
315 vous guide en tout cas
316 voilà sans et encore une fois sans jugement on arrive dans une pièce, de mon appart, c'est
317 peut-être le bordel mais y a pas de jugement y a pas de jugement vraiment « ah bah dis donc
318 c'est le bordel ici » « ah bah dis donc c'est le merdier dans votre tête ! » euh c'est y a pas de
319 jugement, vraiment euh
320 vous prenez une image un peu de lieu pour votre vie personnelle, votre intimité psychique,
321 c'est on ouvre des portes, c'est comme un appartement
322 voilà ce serait un appartement filant et on passe enfin pas filant mais on passe d'une pièce à
323 une autre et il faut bah au moins passer un coup d'aspi quoi, histoire que ce soit pas trop... et
324 aérer un peu euh si tant est qu'il y a une fenêtre on va dire que c'est un appartement filant
325 comme ça y aura des fenêtres partout
326 un appartement filant ?
327 vous savez c'est les appartements, les appartements qui sont toute en longueur là euh non
328 attendez je crois que je raconte n'importe quoi un appartement filant je crois que c'est un
329 appartement qui donne sur qui donne (*bip de téléphone portable*) excusez-moi attendez mais
330 euh un appartement filant c'est un appartement qui donne à la fois sur rue et sur cour ah non
331 ça c'est un appartement traversant
332 mais c'est pas l'image que vous aviez... vous aviez plutôt l'image d'un appartement où les
333 pièces donnent les unes sur les autres en longueur ?
334 voilà c'est oui c'est un peu ça d'ailleurs pas forcément les unes derrière les autres ça peut être
335 sur le côté mais c'est c'est en fait c'est un peu ça et... y en a qui disent on creuse on creuse
336 bah ça moi j'ai déjà horreur des psychanalyses donc euh parce que j'en ai vu aussi et euh
337 vraiment c'est vraiment des grosses grosses ficelles, c'est carrément des cordages qu'ils
338 utilisent
339 des cordages pour ?
340 oui pour dire que c'est pas des ficelles
341 c'est gros ?
342 c'est vraiment des cordes très grossiers, très grossières, je me souviens, quand j'étais
343 enfant... d'ailleurs (*change le ton de sa voix*) je ne suis que l'ombre de moi-même, de mon
344 enfance mais, mais c'est c'est c'est c'est voilà c'est...oui j'ai toujours trouvé ça absurde les
345 médecins qui ne font qu'écouter, ou qui sont toujours dans l'interruption, j'ai testé les TCC,
346 c'est pas une bonne idée, enfin pas pour moi en tout cas, ça marche pas bien, parce que ça ça
347 ça m'énerve, non, j'ai un grand respect pour le docteur (*nom du médecin*) je pense qu'elle est
348 très elle est très très... en tout cas elle est bien pour moi, c'est déjà b..., c'est déjà pas mal

349 d'accord
350 en reprenant un petit peu par rapport à la photo donc je sais que on a parlé du groupe là, alors
351 moi j'ai parlé de soignants, vous vous avez hésité un peu vous disiez standardiste mais
352 si si je sais que c'est de soignants parce que c'est parce que ils peuvent ils pratiquent des soins
353 ils sont a meme de de pratiquer certains examens de si si mais c'est juste que on sait jamais
354 vraiment bien pour le coup c'est pas tres clair y a peut etre un... c'est vrai que ca c'est un
355 truc, on sait jamais vraiment si on a affaire à un medecin ou si on a faffaire a un soignant on
356 sait pas vraiment je sais pas si c'est comme ça partout
357 à qui on a affaire dans l'équipe vous dites c'est pas évident de différencier la fonction
358 voilà et moi je suis j'aime bien les j'aime bien... même si je suis anarchiste j'aime bien la
359 hiérarchie afin qu'on sache toujours à qui on s'adresse je trouve ça important parce que
360 d'abord ça permet de savoir a qui on peut poser telle question
361 et qu'est ce qui pour vous différencie les gens ici ?
362 dans quels sens ?
363 bah peut etre la place ou ce qu'ils sont en train de faire qu'est-ce d'autre peut être qui va vous
364 indiquer ou par ce que vous les connaissez
365 bah en dehors du badge
366 mais vous allez regarder éventuellement si vous savez pas le badge de la personne
367 voilà
368 bah heureusement que les assistants sociaux ont pas non plus une blouse parce que sinon je
369 serais vraiment emmerdé ce serait encore plus, plus compliqué
370 dans la photo en tout cas y a la notion de différents plans
371 mm
372 donc au premier plan, arrière plan, donc au premier plan, la médecin ou la stagiaire et a
373 l'arrière plan les standardistes et un autre patient qui vous disiez probablement en train de
374 prendre un RDV on peut imaginer... par rapport à la place que vous avez choisi, vous vous
375 êtes assis
376 mm parce que parce que d'abord c'est souvent un endroit où on attend et pis je sais pas c'est
377 toujours c'est un peu c'est un moyen de qu'on soit assis là ou ailleurs on voit le personnel
378 soignant qui travaille si on est en face on voit pas ensuite c'est pas forcément bien qu'on voit
379 pare que le bureau enfin le comptoir est assez haut
380 voilà mais enfin c'est pas forcément faut pas moi je suis pas pour la transparence
381 mais quand vous attendez en général vous regardez un peu ce qui se passe, ce qu'ils font
382 ça depend
383 mais vous preferez vous assoir là que là
384 je préfère pas m'assoir, je préfère passer directement
385 que y ait pas d'attente ou rester debout
386 je prefere que y ai pas d'attente je suis comme tout le monde non j'ai horreur d'attendre
387 c'est pas un moment facile pour vous l'attente
388 pff non faut pas non plus j'aime pas ça j'ai horreur de ca ms c'est comme tout il c'est comme
389 tout il suffit de... on se débranche et pis on attend c'est pas non plus la mer à boire, forcement
390 on préfèrerait être en train de marcher ou faire autre chose
391 on se débranche, dans quel sens ?
392 je sais pas, moi je me débranche
393 est-ce que vous pouvez m'expliquer ?
394 ouais pour moi c'est pas très compliqué bah je pense que avec l'âge on acquiert cette faculté
395 de d'ailleurs y en a qui l'acquièrent pas et c'est dommage pour eux cette capacité
396 d'abstraction et de juste laisser couler le fil de ses pensées, si on en a, ou juste de faire le vide
397 et juste attendre et fixer un point et voilà

398 d'accord, l'idée de se détacher un petit peu de ce qui se passe dans le concret de la réalité et
399 soit de se vider un peu la tête soit de rêvasser un peu
400 bah pff moi j'ai des grosses migraines donc j'ai tendance à assez facilement à essayer de faire
401 le vide en moi
402 d'accord
403 pour supporter la pour supporter ces douleurs
404 c'est-à-dire qu'il y a une certain état de tension et un acte pour essayer de se vider un peu pour
405 supporter
406 voilà
407 ensuite ensuite faut pas non plus
408 ensuite ça va
409 c'est pas non plus c'est pas non plus
410 mais vous restez quand même là parce qu'on peut imaginer que vous sortiez un peu
411 ça m'arrive, c'est un endroit très ouvert ici donc c'est euh c'est relativement y a personne qui
412 nous flique c'est cool
413 je me demandais aussi, parce que, de la position que vous avez choisie ça là le comptoir
414 délimite vraiment la photo en deux je sais pas si c'est...
415 bah si bah c'est parce que c'est c'est un peu le principe de cette pièce y a une partie pour les
416 patients et une partie pour les soignants pour le personnel soignant c'est vraiment le principe
417 de cette salle je veux dire cette salle c'est c'est comme ça et c'est comme je veux dire c'est un
418 peu comme ça dans toutes les pièces où y a un bureau y a une personne d'un côté et une
419 personne de l'autre
420 ça fait frontière ?
421 ouais et c'est important parce que que les choses soient délimitées parce que sinon c'est le
422 bordel
423 et en même temps là c'est ouvert mais globalement ça délimite
424 il est incurvé
425 cette forme curve qu'est-ce que ça vous évoque ?
426 rien je pense que c'est bien pensé parce que ça permet un certain ça permet malgré tout un
427 certain anonymat
428 qu'est ce qui permet l'anonymat dans le forme curve ?
429 comme y a un creux euh ce qui est dans le creux on le voit pas
430 donc l'anonymat surtout pour les soignants ?
431 bah pour les soignants mais aussi pour ce qu'ils sont en train de faire et euh on n'a pas
432 forcément envie que notre nom soit soit visible
433 pour la confidentialité des documents, donc pour les patients indirectement
434 c'est important tout à l'heure je vous disais y a pas d'agressivité mais effectivement si y a un
435 type qui y en a d'ailleurs qui nous prend dans le nez on n'a pas forcément envie qu'il ait notre
436 nom et potentiellement avec notre internet notre adresse et tout c'est important
437 y a l'idée que ça cache ce qu'ils sont en train de faire et les documents qui peuvent être
438 utilisés
439 c'est normal en tout cas c'est bien, faut que ce soit comme ça
440 au niveau de la superficie c'est assez équivalent j'ai l'impression
441 ouais bah ça permet le passage ça permet de s'asseoir non c'est c'est une pièce c'est bien
442 utilisé
443 donc y avait les deux personnes avec une qu'on devine juste
444 ca c'est pas volontaire c'est le hasard
445 c'est le hasard du moment de la prise
446 comme celle qui est debout c'est le hasard il y aurait pu y avoir personne y aurait pu y avoir
447 vraiment personne d'ailleurs euh ça aurait pu être possible

448 et qu'est ce qui pour vous évoquait que les soignants fassent un peu groupe
449 bah y a la salle derrière y a la salle où tout le monde se retrouve où tout le monde discute y a
450 la salle du café et euh c... par conséquent ils sont entre deux patients et pour les discussions
451 ils se vont là
452 vous avez remarqué qu'il se regroupent là
453 et euh c'est moi j'aime bien d'ailleurs quand j'attends les voir parfois les entendre un peu
454 rigoler je trouve ça chouette ça ça apporte bah c'est toujours mieux de se faire bah quand on
455 arrive dans un endroit et qu'on fait face à une équipe qui se déteste bah ça se ressent et ça le
456 fait pas en règle générale ça l... la tension elle est palpable et donc c'est pas cool donc là ici
457 c'est plutôt assez sympa.
458 L'idée d'être parfois spectateur de moments de détente et de convivialité des soignants c'est
459 plutôt
460 C'est plutôt agréable, ensuite j'imagine que si on est dans un autre endroit et qu'on est en
461 train d'attendre un médecin qui est en train de boire son café et qu'on attend depuis une demi-
462 heure ça peut être moins agréable
463 Là c'est un peu différent
464 Voilà
465 Ça peut aussi être beaucoup moins agréable si on sait pas encore que c'est notre médecin
466 parce que on a tous une vie, moi peut être un peu moins mais chacun fait il peut avoir un truc
467 derrière à faire donc c'est mais bon quand même dans l'ensemble attendre une demi-heure ça
468 va en tout cas ça me paraît raisonnable
469 Par rapport à la photo que vous aviez imaginée prendre au départ, puisqu'on s'était dit
470 Ouais
471 Et par rapport à celle que vous avez finalement prises quelles sont les différences ?
472 Bah euh
473 Vous aviez imaginé la prendre comment ?
474 Bah la personne qu'est debout en blouse qui tourne le dos ça j'avais pas imaginé bêtement
475 d'ailleurs parce que le bout du comptoir est souvent occupé
476 Y a souvent quelqu'un à cette place là ?
477 Euh parce que ça parce que en fait c'est le lien quand on est à cette place à sa droite on a la
478 possibilité de fixer des RDV et à sa gauche de on a la possibilité de donner des RDV
479 Donc c'est une position assez stratégique au milieu
480 voilà
481 donc vous aviez pas imaginé qu'il y ait cette personne de dos comme ça sinon au niveau du
482 cadrage
483 non la cadrage ça va bah on a une vision plus large quand c'est nous qui voyons mais bon
484 par exemple dans votre regard vous incluez des choses qui sont plus sur les côtés de la photo ?
485 par exemple là y a une porte
486 ouais
487 ensuite là c'est le mur non mais euh
488 y a une autre porte là
489 oui y a une porte qui donne sur un ptit sur un ptit sur une petite pièce où on fait des examens,
490 où on pèse, je sais pas si on fait des électrocardiogrammes, je sais plus
491 vous y allez de temps en temps dans cette pièce
492 oh je crois que j'y suis allé qu'une seule fois, j'y suis allé qu'une seule fois, les examens, les
493 autres je les fais ailleurs
494 d'accord est-ce que si vous pouviez faire des retouches sur cette photo vous aurez envie de
495 retoucher d'une façon particulière ? ça peut être les couleurs, ça peut être les formes, enlever,
496 rajouter des choses...

497 non, non pourquoi, non c'est bien, c'est pas une photo de mode, mais tant mieux parce que
498 j'ai horreur des photos de mode, c'est pas non plus une photo à la Man Ray, mais tant mieux
499 parce que c'est pas le propos, c'est pas non plus une photo de reporter de guerre donc... non
500 c'est juste un instant de pris c'est du vif
501 y a de l'action, y a des choses qui se passent
502 bah oui parce qu'on y a une y a une attente une attention et de l'action
503 c'est assez complet
504 ça me paraît bien et pis même le contre-jour n'est pas gênant bah c'est sûr que ce serait ça
505 aurait été une photo plus sympa si elle avait été prise en fin de journée probablement
506 Qu'est-ce qui aurait été plus sympa ?
507 Bah les couleurs, la lumière derrière parce que là c'est un peu une lumière blanche mais bon
508 c'est parce que c'est couvert aujourd'hui
509 La lumière est vive
510 Non non j'ai... je fais un gros effort parce que vous savez d'habitude j'ai horreur des des
511 soirées photos c'est un truc qui me fait complètement pété les plombs et...
512 D'accord (*sourire*), là, ça va c'est supportable pour vous ?
513 Voilà (*rires*)
514 On a presque fini avec celle-ci. La dernière question que je voulais vous poser à son sujet
515 c'est si vous pouviez lui donner un nom ? ou sous forme d'une légende qui pourrait
516 accompagner votre expérience de ce lieu
517 (*réfléchi*) euh instant volé dans l'entrée de (*nom du lieu*) parce que c'est vrai que souvent on
518 s'en rend pas bien compte mais souvent les photos c'est quand même c'est des instants c'est
519 de la fugacité volée, de la fugacité figée et ça déforme là ça déforme pas trop, j'ai pas
520 l'impression que ce soit euh non j'ai pas trop l'impression... parfois on tombe sur des photos
521 de soi ou des personnes qu'on connaît et on se dit euh cette photo renvoie à une image de
522 cette personne que je reconnais pas et parfois aussi on voit des photos de personnes et pis
523 quand on les rencontre on se dit ben dis donc t'étais mieux en photo, t'avais l'air plus sympa,
524 t'avais l'air intelligent en photo parfois on se dit ça
525 L'idée d'un décalage parfois entre l'image sur la photo et la personne
526 Là c'est pas vraiment l'impression que ça me fait
527 L'idée de voler un moment, un instant
528 Ouais, moi je je, j'ai été comédien donc en fait je me suis rendu compte que j'ai horreur d'être
529 regardé j'ai horreur d'être photographié euh ce qui est quand même ballot quand on veut être
530 comédien donc j'ai horreur d'être filmé en fait
531 Sur la photo, chacun est à sa tâche, on a le regard de personne... donc l'autre on l'a pas mais
532 on va juste faire rapidement avec celle que vous aviez imaginé et celle que vous avez pensé
533 prendre. Vous vous êtes placé dans la même pièce mais plutôt au niveau de la porte. Ce choix
534 de se mettre au niveau de la porte correspond à ?
535 Bah c'est c'est l'arrivée c'est la découverte et c'est la redécouv... c'est l'aspect l'aspect pour
536 moi c'est dû on revit une même histoire plusieurs fois et c'est bien et c'est tant mieux ça
537 permet de recadrer, de mettre du, d'avoir des habitudes une question d'habitude mais c'est
538 aussi la découverte du lieu et oui cette impression en fait cette impression qu'on pourrait aller
539 tout droit de la porte au couloir euh en frôlant à peine le comptoir et c'est effectivement ça
540 donne à la fois le côté y a le le côté arrondi ne casse pas ne casse pas la dynamique et en
541 même temps il reste présent mais y a la possibilité d'aller en avant de pas s'arrêter
542 De traverser la pièce de bout en bout sans être arrêté
543 Oui parce qu'un arrondi ça n'arrête pas, on glisse sur un arrondi, c'est pas un bête bureau
544 carré qui dans lesquels on pourrait se prendre dans les pieds
545 Quelque chose qui soutient qui guide un peu le mouvement mais de façon assez douce ou ?
546 Voilà

547 D'accord
548 Le fait que vous l'ayez prise en deuxième, même si c'est la découverte l'entrée que vous avez
549 commencé par celle-ci et puis ensuite celle là
550 Ça c'est parce que je suis crevé donc je voulais m'asseoir en premier
551 Par contre la porte vous étiez debout, c'était vraiment l'idée de l'arrivée
552 Oui, c'est même pas une blague euh je (*sourire*) je suis fatigué c'est pour ça j'ai fait mon
553 fainéant
554 Est-ce que vous vous souvenez ce que vous avez privilégié en la prenant ?
555 Je l'ai prise je l'ai cadrée en hauteur
556 Oui
557 Ça permettait d'apercevoir, en tout cas je sais pas si ça se voyait mais rétrospectivement ce
558 que j'aurai voulu c'est voir à la fois la porte du local où les soignants se retrouvent deviner
559 aussi la porte du bureau des médecins et le couloir en fait l'arrivée du couloir avec l'arrondi
560 du bureau au milieu qu'on aurait vu au premier plan et ça aurait été comme une invite sur le
561 reste c'est un peu ça non mais elle est bien pensée cette pièce
562 Avec les portes...
563 Elles sont jamais fermées, enfin sauf celle qui est juste là qui est toujours fermée c'est un peu
564 normal
565 Ouais
566 Faudrait pas que quelqu'un qui soit vraiment crevé pff aille s'allonger sur...
567 Et celle de la salle de repos, elle est toujours ouverte (*baille*), j'ai pas le souvenir de l'avoir
568 déjà vu fermée en fait
569 Ensuite je peux me tromper mais
570 Dans votre souvenir elle est toujours ouverte
571 oui
572 on a vu que l'image des portes c'était important pour vous aussi dans l'idée du travail qu'on
573 fait ici en consultation, enfin c'est peut être un parallèle un peu rapide là
574 bah c'est les portes les ponts les fontaines bah c'est des symboliques qui travaillent euh
575 l'inconscient collectif not en occident
576 y a pas de fontaine à eau ici ?
577 non c'est bien dommage, même si c'est un peu bruyant faut bien l'admettre
578 et il y a quelque chose qui vous évoque des ponts ici ?
579 bah c'est un peu le pff c'est vraiment capilotracté mais c'est vrai que le standard, le
580 comptoir
581 si on le met dans l'autre sens on peut voir un pont
582 c'est ça y a à la fois il sépare mais il met en relation les gens c'est le principe d'un pont entre
583 deux rives donc oui si
584 ça peut être comme un pont
585 et euh ensuite bah c'est sûr que j'aurai préféré que la photo soit un peu vide qu'il y ait
586 personne ou une personne dessus
587 pourquoi ?
588 ahh bah j'aime bien le côté épuré même si là j'aime bien le côté vivant c'est quand même un
589 peu le bordel ça j'aime vraiment pas le bordel ça
590 vide pour le côté épuré ?
591 et c'est plus simple
592 plus simple au moment où on prend la photo vous voulez dire ou... ?
593 oui
594 ou pour la décrire ?
595 oui et puis parce que ça permet d'avoir moins de choses à gérer là c'était quand même une
596 photo prise vraiment sans... quand je pars quand je pars et que je dois faire des photos moi ça

597 peut me prendre 1 h, ma copine elle est capable de prendre 100 photos en 1h, mais moi c'est
598 pas le cas
599 là ça a été assez vite
600 oui parce que c'est un lieu que je connais bien c'est pas comme un endroit qu'on découvre
601 mais c'est une façon aussi de le redécouvrir,
602 ouais ?
603 de le regarder sous un angle un peu diff... enfin
604 un peu différent
605 mm
606 et vous m'aviez évoqué donc aussi pour le lieu là les ponts, les fontaines, les statues ? quelque
607 chose vous évoque les statues ?
608 bah ça c'est mes obsessions personnelles, faut pas non plus que je transpose les
609 d'accord ça vous semble pas
610 non c'était pour dire que c'est c'est pour moi le ce qui ce qui est un peu fond dans la culture
611 gréco-romaine auquel on appartient c'est vraiment ça quoi, les fontaines, les statues, les
612 portes, les ponts, les aqueducs, c'est à dire l'omniprésence vraiment de l'eau c'est euh c'est
613 vraiment
614 d'accord
615 important quoi et les gens se rendent pas bien compte c'est pour ça c'est dommage
616 y a pas forcément quelque chose qui vous évoque ça dans ce lieu ou dans l'hôpital un peu plus
617 large?
618 non faut pas non plus... je pense que tout le monde serait plus heureux si il y a avait un peu
619 plus de statues et de fontaines un peu partout d'ailleurs y a qu'à voir dans les quartiers les plus
620 les plus chiants de France bah y a pas de statues, y a pas de fontaines, et mais bon faut pas
621 non plus on va pas en foutre dans une salle d'attente faut pas déconner non plus sinon ce
622 serait vraiment le bordel (*rires*) on fout un pont alors là c'est vraiment le merdier... ah y a
623 déjà un pont c'est déjà pas mal... (*rires*)
624 je vais juste revenir aussi, euh, sur la comparaison avec l'école que vous avez faite
625 initialement
626 bah en dehors du bâtiment en règle générale qui est d'une époque où on construisait aussi des
627 écoles contrairement à aujourd'hui non rien de particulier non on sent quand même que
628 l'architecture de l'époque était relativement bien pensée quoi qu'on en dise
629 est-ce qu'il y a parfois des choses dans le rapport patient soignant qui peuvent faire penser au
630 rapport professeur élève ou pas ?
631 non parce que non mais c'est pareil le corps professoral est comme le corps des médecins
632 c'est des professions qui sont très maltraitées.... 1h02
633 non dans les rapports non bah les médecins ont naturellement une autorité
634 ça ça peut être une ressemblance
635 les médecins jouissent encore d'une autorité quand on vient voir un médecin c'est qu'on est
636 malade on attend quelque chose alors que quand on est élève on est plutôt invité par
637 l'ensemble de la société à dénigrer les profs et bah je veux dire quand on voit au cinéma y a
638 encore un énième film sur...c'est un dénigrement non stop et ça me j'ai horreur de cette
639 société cercle des poètes disparus mais c'était pas de leur faute tous les médias en parlaient
640 comme quoi il fallait monter sur les tables heureusement les médecins sont pas y a pas un film
641 qu'a fait les médecins ont encore l'autorité qu'avaient les profs avant
642 est ce que quand vous faites référence aux cinéma est ce qu'il y a des oeuvres qui vous
643 paraissent par rapport à la relation est ce que comme ça il y a qui vient
644 en tant que compagnon de je me suis tappé les 15 saisons d'urgence là on en est à la 3ème fois
645 c'est faut que j'en parle au Dr (om du médecin) parce qu'il y a un personnage qui parle de et
646 personne n'a réussi à m'expliquer pourquoi...

647 bah pas vraiment il aurait fallu que j'y réfléchisse un peu plus
648 est-ce que pour la 2ème photo, fictive est ce que vous pourriez lui donner un nom
649 éventuellement ou pas même si on l'a pas sous les yeux, l'idée c'est pour la mettre en relation
650 avec celle ci
651 non non...
652 là du coup c'est un peu trop flou
653 là je l'ai pas sur les yeux d'ailleurs vous m'avez trouvé dans un jour où je suis très où j'ai
654 l'impression que mon cerveau fonctionne je suis content
655 en tout cas pour les 2 photos je vais reprendre l'idée je pense d'un bout à l'autre de la pièce
656 ouais
657
658 là c'est une photo où on est un peu entre deux en fait là on est vraiment entre les... c'est une
659 photo qui est prise à un endroit où on est vraiment sur le point à la limite à la limite de la zone
660 ultra-sanctuaire
661 ultra... ?
662 sanctuaire
663 sanctuaire ?
664 oui les hôpitaux c'est des sanctuaires, c'est pas des lieux, c'est pas des bêtes lieux qu'on
665 fréquente comme ça, c'est on va pas à l'hôpital sans raison, on va pas à l'hôpital pour le
666 plaisir quoique parfois y a des hôpitaux qui sont sympas
667 qu'est ce qui vous fait penser à un sanctuaire ?
668 bah justement c'est un endroit où théoriquement on n'est pas sensé échanger des hurlements
669 on n'est pas sensé d'ailleurs maintenant il doit quand même y avoir des problèmes car il y a
670 des campagnes qui disent...
671 dans le sanctuaire y a la notion de sacré ?
672 non
673 c'est quoi pour vous un sanctuaire ?
674 un sanctuaire c'est un endroit où la violence est proscrite, où toute violence est proscrite
675 ça a strictement non j'ai pas le
676 c'est l'idée d'un lieu protégé de la violence
677 c'est un lieu c'est un peu comme les premières neiges c'est virginal c'est un lieu qu'on n'a
678 pas envie enfin moi quand je suis face à une étendue de neige je n'ai pas envie de la traverser
679 je n'ai pas envie de mettre ma marque dedans j'ai pas envie de mettre ma marque j'ai pas
680 envie de j'irai pas le tagger
681 y a l'idée de le laisser vierge et de ne pas le profaner ?
682 oui parce que c'est un endroit qui appartient vraiment enfin je veux dire qui est à la
683 disposition de chacun et que chacun doit trouver dans un état neutre c'est ça c'est la neutralité
684 enfin c'est pas la suisse mais c'est pas de violence pas de politique moi je suis mal placé pour,
685 parce que je suis un peu politique non stop mais on n'est pas là pour se taper dessus
686 comme un sanctuaire, l'image du sanctuaire vous parle pour le lieu ?
687 ouais pour moi le sanctuaire, c'est stone-age c'est ça je pense que si quelqu'un va tagger un
688 truc sur les pierres de stone age il va se faire ramasser et d'ailleurs je suis désolé de voir des
689 vigiles des vigiles des urgences dans les urgences maintenant parce que je le vois ça me
690 désole et en même temps je me dis que oui effectivement au moindre début de violence il
691 faut réprimer de manière hyper forte parce que un sanctuaire c'est pas un lieu lambda moi la
692 première fois que j'ai vu un vigile aux urgences ça m'a fait mal

Entretien 6 : Marc

- 1 C : Alors y en a 3
2 P : Euh oui enfin y en a une que j'ai refaite
3 Ouais vous allez me dire, donc la première (*photo n°1*)
4 Donc je l'ai refaite, voilà
5 Voilà, avec un cadrage un peu différent
6 voilà
7 Et puis la deuxième (*photo n°2*) ok. Par laquelle est-ce qu'on commence ?
8 Celle que vous voulez, ça m'est égal
9 C'est vous qui choisissez, dites-moi, est-ce que...
10 Euh par celle-là alors (*photo n°1*)
11 Celle-ci ?
12 Ouais, c'est la porte d'entrée
13 Donc c'est la porte d'entrée, est-ce que vous pouvez me décrire un petit pour vous cette
14 photo et...?
15 La décrire enfin euh ?
16 Oui, la décrire
17 La décrire juste... bêtement ?
18 Bah les éléments qui sont importants pour vous euh comment vous la décririez comme ça à
19 première vue...
20 Bah sinistre, triste et... et voilà
21 Sinistre et triste, ça c'est les ressentis en regardant la photo de cet endroit-là, d'accord...
22 qu'est ce qui rend sinistre et triste pour vous ?
23 Bah les affiches sont mal faites, elles sont mal collées, la porte est délabrée
24 Qu'est-ce qui évoque le délabrement un petit peu, montrez-moi
25 Sous la poignée la peinture qui enfin voilà qui
26 Qui s'écaille ?
27 Enfin je trouve que ça ressemble assez aux hôpitaux en fait des traces de peinture enfin voilà
28 et puis euh en fait c'est des infos qu'on voit pas...
29 Mm d'accord
30 ... très bien
31 D'accord
32 Entre sinistre et triste euh ?
33 Bah parce qu'on n'est pas super content d'être d'être là donc euh bah voilà ça a une image
34 qu'est par hyper euh
35 D'accord, ça fait écho un petit peu avec le sentiment qu'on peut avoir aussi quand on arrive
36 là ou ?
37 Euh ouais, bah le plus sinistre sinon... c'est les gens, j'aurais pu prendre les gens en photo,
38 car eux me marquent beaucoup
39 Mm, on verra effectivement au fur et à mesure si
40 Mm
41 ce dont on parle vous évoque d'autres photos que vous auriez pu prendre...
42 Mais voilà j'ai pas beaucoup plus à en dire sur pardon sur la porte mais
43 Donc sinistre et triste parce que c'est un peu délabré ?
44 Y a le côté assez glauque
45 Et vous avez associé le côté un peu glauque à l'hôpital ?
46 Ouais (*sourire*) oui, parce que j'y suis resté un moment, parce que j'ai été hospitalisé
47 longtemps, parce que j'ai fait un mois de coma, et ensuite je suis resté un mois en soins

48 intensifs, j'ai été hospitalisé dans une chambre plus sinistre que la porte, donc c'était pas
49 top...
50 Ok
51 donc je suis sensible aux détails maintenant comme ça
52 mm d'accord
53 Donc vous vous étiez déjà fait ces remarques auparavant ou c'est avec la consigne de la photo
54 que vous y avez pensé ?
55 Oui oui tout de suite
56 Assez rapidement, d'accord
57 Donc là c'est la porte, prise de l'extérieur ou de l'intérieur ?
58 De l'intérieur
59 De l'intérieur d'accord, la porte d'entrée, de l'intérieur... et, vous dites que les informations
60 finalement qui sont contenues sur ces affiches sont peut-être pas très lisibles ?
61 Bah je les ai pas lues en fait, enfin j'avais pas envie de les lire peut être aussi
62 Ça donne pas envie de les lire ?
63 Enfin on les voit pas, c'est c'est c'est mal foutu
64 Elles contiennent quels types d'informations ?
65 Bah je ne sais pas parce que du coup je les ai pas lues... c'est un truc, je crois que ça doit être
66 quotidien, ça doit être les horaires d'ouverture ou ce genre de trucs
67 Des choses comme ça
68 *(Silence)*
69 *D'accord*
70 Mais voilà enfin j'ai pas d'autres
71 Mm, vous avez souvent un sentiment de tristesse en venant ici ou pas ?
72 Non, non non, non plutôt positif, au contraire
73 D'accord
74 C'est-à-dire que malgré, parfois les lieux qui peuvent être glauques par endroit, là c'est un
75 aspect des lieux, d'autres choses font qu'on peut se sentir... ?
76 Bah oui enfin, la bonne entente déjà avec le praticien, mais euh mais euh (*pause*) non mais
77 c'est positif c'est euh venir au RDV c'est en tout cas pour moi que ça va plutôt bien quoi
78 Mm
79 Donc voilà mais y a quand même un sentiment de glauque quand même dans l'atmosphère
80 générale
81 Dans l'atmosphère générale
82 Comme cette pièce par exemple
83 Cette pièce aussi, on va revenir sur cette pièce aussi... le cadrage que vous avez choisi là par
84 rapport à la porte?
85 Il est totalement fortuit
86 Fortuit ?
87 Ouais
88 Par rapport à la distance que vous avez choisi de prendre ?
89 Non non
90 Vous avez pris en tout cas les 4 affiches, vous avez coupé un peu le haut et le bas de la porte,
91 et ça prend vraiment la largeur de la porte, et du coup ça prend la hauteur... et donc la porte
92 fermée pour qu'on voit les affiches ?
93 Oui mais elle est souvent fermée en fait
94 Vous avez hésité entre la prendre de l'intérieur ou de l'extérieur ?
95 Non
96 C'était évident ?
97 Ouais

98 Non parce que l'extérieur est plus serein
99 L'extérieur est plus serein ?
100 Ouais
101 On les voit les affiches de l'extérieur ?
102 Je sais pas du tout mais j'imagine que oui enfin en tout cas on doit les voir collées c'est une
103 vitre
104 C'est une vitre un peu opaque, on voit pas vraiment à travers
105 Oui oui oui
106 Et le fait que ce soit la porte d'entrée, qu'est-ce que vous pourriez en dire ?
107 Bah pas grand-chose
108 Parce que c'est pas n'importe quelle porte, c'est la porte d'entrée
109 Oui enfin c'est celle c'est celle de la salle d'attente celle qui voit le plus c'est la seule qu'est
110 bleue enfin pas là mais je veux dire dans l'entrée enfin voilà et puis oui il doit y avoir le
111 symbolisme de l'entrée tout ça etc ou de la sortie puisque je la prends de l'intérieur
112 Oui, donc on est soit dans l'attente soit
113 Soit dans la volonté de départ hein
114 Soit vers la sortie, d'accord ok est ce qu'il y a d'autres choses qui peuvent vous paraître un
115 peu glauque ici vous dites, comme ce bureau aussi, vous avez associé ?
116 Bah la deuxième photo
117 La deuxième photo, est ce qu'il y a d'autres choses, on s'attardera sur la deuxième photo
118 après, d'autres choses ici qui sont un peu sinistres pour vous ?
119 Les gens, enfin je parle pas du personnel hein, je parle des gens
120 Des autres patients ?
121 C'est c'est pas oui enfin c'est touchant
122 Ouais
123 donc euh
124 C'est touchant à quel niveau ?
125 Bah c'est des gens qui sont totalement détruits et délabrés donc... c'est...
126 Mm
127 J'ai pas de rapports, enfin j'ai un bon rapport aux gens, donc c'est pas des gens que je
128 méprise, bien au contraire quoi
129 Mais c'est touchant vous dites, on n'est pas indifférent à leur détresse ?
130 Bah ouais c'est des humains donc c'est touchant de les voir comme ça
131 Mm
132 Et c'est touchant de voir le personnel se bagarrer, parce que pas facile...
133 Mm
134 Vous avez des contacts un peu avec les autres patients ici ?
135 Non, non
136 Donc plutôt des situations dont vous pouvez être plutôt témoin en venant ici
137 Bah oui oui on voit toujours passer des gens à la limite donc euh
138 Mm
139 Ouais ouais
140 Peut être plus, c'est à cet endroit là que vous pouvez croiser les autres patients
141 C'est à cet endroit là qu'on les croise, c'est dans la salle d'attente
142 Mm d'accord
143 (*silence*)
144 Est-ce que ça vous fait penser à d'autres endroits ? en dehors d'ici
145 Ouais, les prisons, je suis avocat, donc j'ai, je fais pas mal de visites
146 Qu'est-ce qui vous évoque les prisons ?

147 Non mais c'est le même genre de... de papiers mal collés, administratifs, sur les portes, il y a
148 une espèce de représentation de petite administration assez médiocre mais je parle pas de
149 l'hôpital en soit parce qu'il y a un manque de moyens enfin etc
150 Un petit peu bricolé ?
151 Ouais ouais exactement, un peu de laissé aller quoi
152 Donc les affichettes, un peu laisser-aller, ça peut faire penser aussi euh aux prisons, on peut
153 trouver des choses un peu comme ça dans les prisons
154 Ça ça me vient oui ou à des palais de justice en mauvais état ou si vous allez au palais de
155 justice de (*nom de ville*) vous avez le même genre de porte enfin voilà qui sont pas très
156 accueillantes et très chaleureuses oui voilà c'est cet univers euh administratif
157 Des lieux administratifs
158 ouais quand même ou si vous allez dans certaines préfectures ouais ce genre de choses vous
159 voyez enfin c'est un peu, c'est assez représentatif quoi
160 d'accord
161 avec l'idée de quelque chose de bricolé, ou de quelque chose d'un peu laissé à l'abandon
162 ouais comme j'ai dit laissé aller quoi
163 laissé aller ça recouvre quoi pour vous ?
164 bah là en l'occurrence à mon avis c'est juste plus terre à terre si vous voulez un manque de
165 moyens, et qui est patent et cruel, donc c'est pas... y a personne à blâmer entre guillemets,
166 quoique les affiches on peut mieux les mettre quand même
167 mm, vous auriez envie de les mettre comment, vous les affichez ?
168 peut-être pas sur la porte, encore que y a pas beaucoup d'espace donc après y a une question
169 pratique et euh et voilà non je sais pas mais
170 et pourquoi peut être pas sur les portes ?
171 je sais pas je dis ça comme ça
172 ça vous surprend les affiches sur les portes, sur la vitre peut-être même aussi ?
173 bah non mais je repense à la pièce elle est assez mal foutue puisqu'elle est en, puisqu'elle est
174 biscornue donc euh y a pas beaucoup de place non plus pour mettre un tableau
175 si vous les déplaçiez les affiches, vous auriez été plus susceptible de le mettre où ?
176 bah écoutez je sais pas, je sais pas quelles informations il y a dessus mais euh je vois pas d'ici
177 les horaires, c'est les horaires d'ouverture, changements d'horaires, les jours de fermeture...
178 la troisième je lis pas bien mais
179 ouais non mais je sais pas bien, sur le tableau qu'il y a sur sur la droite, mais le tableau est
180 pris, bon j'aurai pu prendre le tableau aussi
181 le tableau qu'est sur la droite ?
182 quand vous entrez, en face, en fait, de la porte juste sur la droite y a un tableau avec des infos
183 aussi
184 y a un tableau avec un certain nombre d'informations
185 infos donc euh
186 vous l'avez déjà regardé le tableau ?
187 oui
188 vous vous souvenez de quelles types d'informations il y a ?
189 euh les dangers sur les MST c'est les trucs que j'ai vu et les dangers de l'alcool
190 d'accord
191 voilà mais c'est un peu confus, c'est assez brouillon aussi
192 sinon sans les déplacer qu'est-ce que vous ajusteriez ?
193 je referai la porte
194 oui, vous la referiez comment ?
195 je sais pas, juste bien peinte et pis avec une poignée pas dégeulasse et et je mettrai pas les
196 trucs d'affiches sous plastique, je sais pas c'est peut-être de la maniaquerie mais

197 pas sous plastique, vous les mettriez directement
198 ouais
199 d'accord
200 c'est vrai que là le plastique fait des reflets donc j'imagine qu'on voit pas toujours très bien
201 oui le plastique fait des reflets donc c'est pas toujours lisible
202 d'accord
203 *(silence)*
204 y a un côté bricolage *(insiste sur le mot)* voilà
205 oui, bricolage, ok
206 imaginez que vous pourriez faire des retouches sur la photo, au-delà du site et des retouches
207 que vous feriez en réalité, mais sur la photo est ce que ?
208 non je changerai rien ou je la mettrai sur instagram pour faire en sorte que ce soit un peu plus
209 joli mais c'est tout *(sourire)*
210 d'accord ok pour faire un contraste quoi un petit peu? parce que vous vouliez pas montrer du
211 joli là ?
212 je sais pas si vous connaissez le logiciel instagram ou si vous l'avez même sur votre téléphone
213 mais c'est un logiciel qu'est sympa et qui
214 qui permet de ?
215 qui permet de modifier les photos de façon instantanée et vous avez un côté un peu un peu
216 sympa parce que vous avez des trucs un peu teintés années 70-80
217 c'est dans les couleurs que vous changeriez ?
218 ouais
219 et vous mettriez quoi comme couleurs ?
220 quelque chose d'un peu plus chaud mais là c'est difficile quand même d'en faire quelque
221 chose de la photo
222 ouais d'accord *(pause)* le bleu c'est froid pour vous?
223 Bah à la base c'est ma couleur préférée mais euh
224 *(Silence)*
225 Mais voilà pas plus que... y a pas de délire non plus sur la porte, c'est juste qu'elle me semble
226 représentative de l'endroit quoi
227 D'accord
228 Est-ce qu'il y a d'autres choses qu'on n'a pas évoquées et qui font partie de ce dont elle peut
229 être représentative cette porte ?
230 Non, c'est pas mal déjà
231 D'accord
232 Est-ce que vous pourriez donner un nom ou une légende à cette photo ?
233 Je suis nul en titre
234 Prenez le temps de réfléchir, pour l'accompagner
235 La porte, tout simplement
236 La porte ?
237 *(Silence)*
238 C'est pas très original hein ? mais c'est bêtement ça, c'est juste une porte
239 C'est juste une porte
240 C'est pas une porte, c'est la porte ?
241 Oh non je l'appellerai pas la porte, non pff quoi, une porte
242 Une porte ?
243 *(Silence)*
244 Je vous dis, elle me marque pas, j'y pense pas
245 Ok
246 Donc la suivante c'est celle-là *(photo n°2)*

247 Non celle-là je l'ai ratée de toute façon l'autre n'est pas jolie non plus hein mais
248 Ah non c'est celle-ci (*photo n°3*)
249 Voilà
250 Mm
251 (*Silence*)
252 Qu'est-ce qui fait que vous avez préféré en refaire une ? vous me dites le cadrage est
253 différent ?
254 Oui parce qu'on voit pas le haut de la fenêtre et quand on est assis, on voit bien le haut de la
255 fenêtre en fait
256 On voit le haut de la fenêtre
257 Et je l'ai prise parce que c'était là où j'ai eu mon premier RDV après ma sortie de l'hôpital
258 C'était ce bureau là précisément ?
259 Ouais
260 Oui oui c'est pour ça que j'ai pas pris celui-là
261 Mm d'accord
262 Et donc là vous dites c'est ce qu'on voit quand nous même on est assis euh sur une des
263 chaises là à peu près ?
264 Bah là je suis debout mais
265 Là vous êtes debout mais
266 Oui en théorie c'est ce qui
267 vous avez le regard qui balaye
268 Mais oui c'est ce qui
269 toute la hauteur
270 d'accord
271 pareil comment vous la décririez comme ça celle-ci ?
272 austère, triste, moche, affreuse
273 mm
274 voilà, c'est un bon résumé je pense
275 mm d'accord triste comme la porte euh enfin y a une déclinaison un petit peu de ...
276 bah voilà ça reste... enfin c'est un univers assez glauque donc voilà je trouve que... ça vous
277 donne pas la pêche quoi, quand vous en avez besoin en plus donc y a un côté très lourd
278 très lourd ?
279 ouais
280 une ambiance, un environnement qui est un peu ?
281 Ouais mais qui va... en fait je pense que c'est le problème de ses pièces, qui sont
282 extrêmement sinistres et austères et puis quand vous venez là et en tout cas les premières fois
283 vous avez besoin d'un peu plus d'espace quoi c'est hyper étouffant donc euh... je pense pas
284 que ce soit le but recherché que ce soit étouffant d'ailleurs.../ c'est petit ?
285 Oui c'est petit et c'est très exigü c'est euh euh ça met mal à l'aise
286 D'accord, mal à l'aise comment ?
287 Bah mal à l'aise, on se sent pas bien
288 C'est étouffant
289 Bah ouais ça en fait ça c'est une photo qui pourrait ressembler à l'état de vos pensées donc
290 euh
291 D'accord
292 donc les murs sont jaunes, un peu salis, la table est cheap, les fauteuils sont affreux, euh enfin
293 voilà quoi
294 et quand vous faites le parallèle avec l'état de vos pensées, est ce que vous pouvez... ?

295 bah vous venez parce que vous êtes un peu cassé enfin en tout cas encore une fois au début
296 parce que c'est pour ça que je l'ai prise celle-là c'était le premier bureau et maintenant ça va
297 beaucoup mieux et...
298 ça fait référence au début ?
299 ouais ça fait référence au début ouais (*pause*) c'est-à-dire qu'il y a des choses que vous
300 supportez, enfin moi, il y a des choses que vous supportez beaucoup mieux quand ça va bien,
301 comme moi maintenant parce que je prends plus rien mais que euh quand vous êtes juste
302 après quelque chose d'un peu important et d'un peu lourd où euh où ça participe de
303 l'atmosphère un peu... enfin participe, pardon, de l'humeur, de votre humeur générale quoi
304 donc c'est triste ouais, c'est vachement triste
305 vous dites finalement quand on peut arriver au début on est déjà un peu triste
306 bah on n'est pas un peu triste on est... on est on est on est défoncé (*insiste sur le mot*)
307 on est défoncé et on rencontre un environnement finalement qui ressemble à
308 qui ressemble à votre cerveau
309 d'accord
310 ouais
311 (*silence*)
312 une collusion comme ça entre
313 non mais les lieux sont vachement importants parce que... y a... y avait une phrase comme ça
314 dans Zola qu'était vachement bien parce que... à un moment donné y a une héroïne qui veut
315 pas que la lumière soit allumée parce qu'elle a dit très joliment qu'elle a pas envie de voir la
316 couleur de ses idées et euh
317 mm
318 et c'est et cette phrase veut tout dire, c'est très juste quoi, très très juste donc ça ressemble,
319 pour faire du plagiat, ça ressemble à la couleur de vos idées en tout cas des miennes
320 vous avez fait référence à quel ouvrage ?
321 c'est Zola, c'est dans Germinal
322 (*silence*)
323 Donc oui ça ressemble à la couleur de ses idées
324 (*Silence*)
325 Ça serait mieux d'aller à l'hôtel Meurice (*hôtel de luxe*) par exemple mais c'est plus
326 compliqué (*sourire*)
327 Il y a l'idée du vide qu'on peut ressentir peut être ?
328 Bah oui c'est froid, impersonnel... ça fait (*pause*) oui c'est froid impersonnel y a pas
329 d'affiche y a rien... c'est comme ce truc là c'est quand même le cadre le plus absurde du
330 monde en tout cas sur un mur comme ça (*désigne le cadre présent dans la pièce*) je parle
331 même pas de celui-là qui a... (*désigne un autre cadre présent dans la pièce*) (*pause*) qui est...
332 étrange, mais
333 Donc un cadre absurde et un autre étrange, est-ce que vous pouvez m'en dire un petit peu plus
334 sur ce qui les rend... ?
335 Bah non mais y a un... non mais ils ressemblent à rien, autant ne rien mettre ! ça c'est une
336 tentative désespérée de... de décoration quoi mais euh...
337 D'accord
338 Mais je pense qu'il vaut sav... qu'il vaut mieux s'abstenir
339 Qu'est ce qui fait que... ?
340 Bah le mur est immense, le dessin en soit est affreux et et voilà celui-là c'est pas un dessin
341 c'est un
342 C'est y a un coté absurde enfin vous voyez ce que je veux dire comme ouais
343 Qu'est ce qui est affreux pour vous le thème les couleurs le dessin ?

344 Bah les couleurs y en a pas donc le pantalon bleu du mec ou la veste rouge... on le voit
345 presque pas ce truc
346 Un tout p'tit truc sur un grand mur
347 Oui, c'est... c'est obsolète quoi
348 D'accord. Et celui-là vous avez dit plutôt étrange parce que...?
349 Ah bah parce que je savais pas qu'on pouvait faire des trucs comme ça et euh et... alors là
350 c'est fond jaune c'est fleurs jaunes et marrons sur mur jaune sale donc c'est... c'est étonnant.
351 En plus j'ai conscience qu'il peut y avoir un manque de moyens mais je vous jure que prendre
352 une affiche à la con dans un journal ce serait vachement mieux quoi...
353 *(silence)*
354 je trouve
355 Et dans ce bureau là y a pas d'affiches
356 Je crois pas en tout cas, je suis pas sûr mais
357 Mm d'accord
358 Et les affiches qui sont dans le couloir et dans la salle d'attente vous les avez en tête ou pas
359 Non non je vous dis j'ai juste les 2-3 informations qu'il y a dessus mais c'est tout
360 Ok et quand vous disiez que pour vous cette pièce pouvait être étouffante aussi, lourd,
361 étouffant, parce que... c'est exigü, c'est... ?
362 C'est sinistre
363 D'accord
364 *(Silence)*
365 Et est-ce qu'ici ça vous fait penser à d'autres endroits, un petit peu comme pour la première
366 photo ?
367 Pff non euh non je trouve que ça fait très hôpital très euh *(pause)* je crois même que dans les
368 plus sordides palais de justice j'ai pas vu un cabinet d'instruction comme ça alors... donc non
369 non c'est quand même particulier comme bureau...
370 Mm
371 si, vous avez ce genre de bureau, et je vous assure que c'est vrai, si vous y allez, je vous le
372 conseille pas, mais si vous y allez un jour, euh si vous allez à Fresnes, à la prison de Fresnes,
373 vous avez des parloirs qui ressemblent qui ressemblent à ça
374 ça peut ressembler à un parloir ?
375 ouais, ouais carrément, même couleur, même type de chaises, même type de table... donc
376 c'est pas très gai la prison, c'est pas bien
377 mm d'accord donc ça peut ressembler à un parloir par la couleur le mobilier ?
378 oui
379 ok
380 *(silence)*
381 quand vous la regardez, là, même sentiment de sinistre, que la pièce vous évoque, la photo ?
382 bah j'ai plus d'ironie maintenant dessus
383 oui ?
384 parce que voilà mais... là, maintenant je trouve ça ju... juste moche
385 d'accord
386 enfin si, ça reste glauque, c'est un endroit glauque, enfin, moi, je suis très content quand je
387 pars d'ici mais voilà et puis comme j'ai... j'habite dans des quartiers qui sont à peu près cools
388 donc oui je retrouve pas le même univers à la maison quoi
389 *(quelqu'un crit dans le couloir et frappe sur une porte)*
390 Et l'idée de l'ironie, qu'on peut avoir peut être, le décalage avec la photo ?
391 Bah alors c'est pas un décalage c'est juste pff... je cr..., au départ, quand vous entrez pour la
392 première fois dans ce bureau, vous avez ce sentiment là parce que vous êtes pas très bien
393 etcetera, après maintenant vous entrez, c'est comme ça quoi, et c'est juste ouais c'est glauque

394 c'est juste une humeur un peu générale qui... c'est pas grave en soi enfin vous voyez ce que
395 je veux dire quoi enfin ça va on peut s'asseoir parler y a aucune difficulté
396 Vous dites c'est pas grave on n'y est pour un moment après on rentre chez soi vous avez
397 l'impression de ramener un peu avec vous de cette... ?
398 Non, non pas du tout parce que ce qui... quand vous restez à l'hôpital longtemps oui parce
399 que là vous ramenez tout l'hôpital avec vous un certain moment mais là ce qui... pour les
400 RDV non
401 Donc c'est plus l'ambiance sur le moment
402 Ouais
403 Vous évoquiez que ça c'était une collision forte entre un petit peu bon voilà les pensées et cet
404 univers sinistre surtout au début et que au fur et à mesure ça peut changer ?
405 Bah au fur et à mesure vous êtes un petit peu mieux donc voilà... mais pour les, pour mes
406 camarades qui vont pas très bien...
407 Et au fur à mesure vous dites en allant un peu mieux... comment vous expliqueriez que ça
408 vous touche un peu moins à ce moment là le site ?
409 Bah c'est pas que ça vous touche moins, c'est toujours aussi sinistre et triste mais quand vous
410 êtes mieux dans la vie vous prenez les choses sinistres et tristes avec... avec plus de hauteur
411 quoi tout simplement
412 Mm
413 Donc voilà donc effectivement une atmosphère aura moins d'impact ou un peu moins
414 d'impact ou pas du tout d'impact parce que ce qui compte après c'est ce qui se dit avec le
415 docteur etcetera c'est-à-dire vous êtes un peu moins sensible aux trucs un peu sinistres mais ça
416 c'est valable pour tout en général d'ailleurs
417 Mm
418 Donc y a l'importance ensuite de l'échange qui va s'instaurer ensuite dans ces lieux...
419 Bah après on est là que pour ça
420 On est là que pour ça
421 Vous avez l'impression que vous parfois l'ambiance comme ça va vous amener à parler de
422 choses plus tristes ou pas forcément ?
423 Non, pas nécessairement pas nécessairement parce que encore une fois si on mettait des murs
424 blancs et des affiches sympatoches ça empêcherait pas de parler de choses tristes donc
425 Mm
426 Mais, je veux dire, ça en rajoute et c'est pas la peine d'en rajouter...
427 C'est comme un obstacle un peu supplémentaire ?
428 C'est pas un obstacle mais ça rajoute au pathos, à la mélancolie
429 A la lourdeur
430 Bref, je pense encore une fois que si la pièce était moins glauque ça n'empêcherait pas d'avoir
431 le même suivi, les mêmes confidences
432 Mm
433 Donc vous évoquez le suivi, la notion de suivi et de confiance
434 Avec le pat.. ?
435 Ou dans l'échange avec les soignants
436 Bah oui enfin vous êtes là que pour ça
437 (*silence*)
438 Quelle est la fonction du soin, des entretiens pour vous ?
439 La fonction ?
440 Vous dites vous êtes là que pour ça, qu'est-ce que vous mettez dans « ça » ?
441 Bah de suivre mon addictologie
442 Mm
443 Donc euh donc de faire le job quoi enfin

444 (Pause)
445 Est-ce que par rapport à l'image du parloir que vous avez utilisée pour les lieux est-ce que
446 vous pouvez faire un parallèle, ou pas, avec la situation de soin ou d'échange entre soignant et
447 patient ?
448 C'est-à-dire ?
449 Est-ce que vous pouvez faire un lien éventuellement entre la fonction du parloir et ce qui peut
450 se passer dans le soin ?
451 Non (*sans hésitation*)
452 Qu'est-ce qu'est différent ?
453 Bah ce sont des situations qui n'ont rien à voir, la situation avocat client et pas patient est très
454 différente donc ouais ouais même si on a un côté psy parfois on n'est pas psy du tout et il faut
455 pas qu'on le soit sinon on devient un très mauvais avocat
456 Et qu'est ce que vous pensez de la ressemblance des lieux dans des univers qui ont des
457 fonctions très différentes ?
458 Bah je le pense pas mais je le constate c'est tout mais c'est juste le manque d'imagination
459 caractérisée de l'administration
460 Manque d'imagination ?
461 Bah oui et faut pas en avoir beaucoup parce que faire un mur blanc c'est pas hyper dur donc
462 euh ça demande pas non plus d'être un génie
463 Et est-ce qu'il y a d'autres choses ici qui pour vous seraient des sortes de témoignage
464 d'imagination dans le lieu ici ? des choses plus créatives ?
465 Comment dans le sens positif ?
466 Dans le sens de l'imagination là vous dites y a pas eu preuve d'imagination est ce que...
467 Mais y en a nulle part
468 Rien ? rien qui vous fait...
469 (*silence*)
470 Non mais c'est des lieux qui sont étonnamment pas pensés et réfléchis, mais je pense pas que
471 ce soit le cas, donc euh ou si c'est le cas alors c'est perverse, mais je pense pas, je pense que
472 c'est juste de la gestion comme ça
473 C'est pas vraiment pensé
474 Je pense que c'est pas du tout pensé on fout les trucs là et... ou alors si vraiment quelqu'un
475 choisit, en y pensant, au mobilier et en choisissant la couleur des murs faut changer de
476 personne mais je pense pas encore une fois je pense c'est pff
477 Mais vous pensez pas que la façon dont après les lieux sont utilisés habités ça les rende
478 plus... ?
479 Bah après y a le personnel qu'est là donc voilà et puis ici il y a de l'action quand même, on
480 vient de l'entendre
481 Mm
482 mais euh mais voilà heureusement que c'est habité si c'est pas habité vous faites un film
483 d'horreur à l'intérieur
484 donc c'est le personnel ensuite qui rend les choses... plus accueillantes, au moins ?
485 oui bah ici oui, c'est pas le cas dans tous les hôpitaux mais ici oui
486 qu'est-ce qui ici... ?
487 bah ici, comme on reçoit des gens compliqués... on sent... enfin ils savent faire quoi, ça se
488 passe plutôt pas mal je trouve
489 y a une confiance dans le fait qu'ils savent faire ?
490 une confiance... oui oui une confiance en tout cas on le voit donc parce qu'on quand je les
491 vois quand je vois d'autres patients qui sont en état de manque c'est hyper difficile à gérer
492 donc... ils savent traiter ils savent réagir

493 est-ce que vous... enfin, je sais pas, vous disiez, c'est important de voir la fenêtre, car quand
494 je suis assis...
495 non mais c'est-à-dire que même la fenêtre n'enlève pas le côté fermé de la pièce, c'est-à-dire
496 qu'il y a comme un malaise, c'est une fenêtre qui sert à r... à pas grand-chose
497 comme les tableaux (*sourire*) ?
498 à peu près
499 et qu'est ce qui fait que pour vous elle n'enlève pas le côté fermé de la pièce ?
500 je sais pas, elle a l'air un peu paumée, ou pas à sa place
501 d'accord, et qu'est-ce qui lui donne cet air-là ?
502 la pièce, l'atmosphère générale de la pièce quoi, ça pourrait s'ouvrir sur un mur donc...
503 ça ? d'accord, il pourrait y avoir un mur derrière quoi
504 ouais
505 presque incongrue ?
506 non pas incongrue mais la pièce est tellement confinée que c'est vraiment un univers hyper
507 fermé quoi
508 elle est toujours fermée la fenêtre ?
509 ou en tout cas je suis toujours venu l'hiver donc je pense qu'elle était fermée pour ça
510 ok euh est ce que vous feriez des retouches sur cette photo ?
511 sur les murs oui sur la photo non
512 sur les murs c'est plus la couleur
513 non juste du blanc c'est pas super...
514 est-ce que vous donneriez un nom ou une légende à cette photo ?
515 bah tiens le parloir
516 le parloir
517 et si on met en lien les deux photos, vous avez
518 c'est assez ressemblant, c'est assez proche
519 c'est plutôt quelque chose qui les relie dans le sinistre et dans... comment vous les reliriez
520 spécifiquement ces deux photos là...
521 non mais de par le coté froid et administration lieu administratif voilà un peu froid je trouve
522 qu'elles se ressemblent assez enfin elles évoquent le même type de sentiments
523 mm ok
524 est-ce que vous voudriez rajouter quelque chose par rapport à l'une ou l'autre qui vous
525 semblerait important ?
526 non
527 ok donc on va s'arrêter là...

Entretien 7 : Judith

1 voilà, ok, super, donc, la première, donc c'est celle-là qu'on avait choisi la troisième, ou la
2 quatrième ?
3 oui, l'une ou l'autre, elles sont bien
4 Et donc la dernière...
5 Voilà
6 Ok, par laquelle on commence ?
7 pff par ce que vous voulez, ouais celle-ci
8 par la première que vous avez prise, alors est-ce que vous pouvez me décrire la photo ?
9 euh oui alors c'est un lampadaire dans une pièce, un luminaire euh plafonnier euh rouge
10 mm
11 de couleur rouge qui éclaire donc les toilettes et qui donne bah une lumière douce et intime
12 d'accord
13 euh et donc après bah j'ai appris en fait (*se met à rire*) que cette couleur rouge en fait intime
14 et assez diffuse avait une utilité bien spécifique qui était euh d'empêcher les gens de se piquer
15 euh à l'intérieur des toilettes
16 d'accord
17 voilà et euh... mais, moi, je trouve ça tellement reposant, agréable et intime, c'est vrai, euh ça
18 m'a ça ça me... ça me plaît vraiment, enfin, je prends un plaisir d'aller faire un... d'aller aux
19 toilettes (*continue à rire*) alors que, d'habitude, les toilettes publiques j'ai horreur de ça, je les
20 évite par-dessus tout, mais là euh non même desfois j'y vais juste pour me laver les mains
21 parce que euh je trouve ça génial quoi ! Alors je connaissais pas l'explication au début mais...
22 alors il y a un contraste entre vous, votre ressenti à vous, quand vous saviez pas forcément la
23 signification de cette lumière
24 oui y a un contraste je trouve que c'est génial et tout et bon après quand j'ai connu
25 l'explication bah j'étais un peu surprise mais bon c'est... j'étais plus surprise par le fait que
26 des gens puissent venir se piquer dans un endroit comme ça et donc qu'on soit obligé de
27 prévoir des choses pour les empêcher de... que par le fait de... même, mais c'est parce que
28 moi ça me viendrait pas à l'idée, j'aurai jamais pensé quoi à à (*les mots restent dans sa gorge,*
29 *interloquée*) de de venir me shooter dans des toilettes d'un endroit de soin!
30 Mm
31 D'ailleurs ça me vient pas à l'idée de me piquer en dehors de chez moi déjà, d'une, mais de
32 toute façon pas dans un lieu public et pas dans un endroit de soin
33 Mm, d'accord
34 Donc c'était une incompréhension totale de ma part (*rires*) mais bon, malgré tout, je demeure
35 euh euh adepte de ce luminaire rouge qui me... enfin qui relaxe, ça détend, ça apaise
36 Mm (*pause*) donc, vous dites, c'est plutôt doux et intime, ça détend, ça apaise, « je prends
37 même plaisir à aller aux toilettes et même juste pour me laver les mains » parce que
38 Oui mm
39 Parce que finalement c'est un endroit que vous aimez bien et une ambiance que vous aimez
40 bien dans ces toilettes ?
41 Voilà, tout à fait
42 D'accord et puis y a, associée, cette surprise du...
43 Du pourquoi/ du pourquoi, euh comment vous l'avez apprise du coup l'explication du... ?
44 Bah parce qu'un jour j'étais avec une amie bah que j'amenais pour qu'elle puisse prendre
45 contact avec euh avec l'équipe soignante pour avoir de la méthadone
46 Mm
47 et euh justement je vais me laver les mains et je lui dis « T'as vu ? c'est génial la lumière
48 qu'ils ont pensé à mettre dans les toilettes (*enthousiaste*) » mais elle me dit euh mais elle me

49 dit « mais euh mais tu sais pas à quoi, pourquoi , à quoi ça sert ? » bah je dis « non euh je vois
50 pas à quoi ça sert » « bah c'est pour empêcher de se piquer parce que tu vois pas tes veines
51 avec un luminaire comme ça » « ah bon (*étonnée*) » et c'était quelqu'un de beaucoup plus
52 jeune que moi, je lui dis « ah bah, tu vois, on en apprend tous les jours et ben, tu vois, non je
53 savais pas » et bon...
54 et qu'est-ce que vous avez ressenti sur le moment ?
55 bah j'étais surprise parce que moi ça me viendrait tellement pas à l'idée de... moi jamais
56 j'aurais pensé que cette lumière rouge elle était là pour ça ça me serait même jamais venu à
57 l'esprit j'aurais pensé à tout, sauf ça
58 qu'est-ce que vous pouviez imaginer, du pourquoi de cette lumière rouge?
59 Je sais pas que c'était pour mettre les gens plus à l'aise, plus détendus, qu'ils soient pas
60 stressés, qu'ils aient pas peur, qu'ils soient pas angoissés, plus une lutte contre l'angoisse et
61 l'anxiété que euh qu'autre chose
62 Est-ce que vous pouviez imaginer d'autres fonctions à cette lumière rouge ? Juste comme ça
63 ce qui vous vient à l'esprit...
64 Non, mettre les gens à l'aise quoi
65 Plutôt l'idée de mettre à l'aise
66 Et puis vous savez les toilettes sont toujours impeccablement propres pour des endroits, enfin
67 des toilettes publics, c'est rare, bon c'est vrai qu'ici on est dans un hôpital donc c'est...de fait
68 mais c'est vraiment euh toujours nickel moi c'est un plaisir d'aller aux toilettes, voilà, dans un
69 lieu public
70 Mm, les toilettes pour vous c'est un lieu... ? au sein d'un lieu de soin, c'est.. c'est une pièce
71 qui... ?
72 Bah c'est une pièce qui est utile
73 Utile
74 bien sûr oui
75 parce que moi desfois ça m'est arrivé desfois d'arriver ici, j'avais oublié d'aller aux toilettes
76 avant de partir de la maison donc, j'arrivais ici, la première chose que je faisais, c'était de
77 poser mon sac et d'aller aux toilettes quoi
78 ça peut même être la première pièce où on va en arrivant ?
79 tout à fait oui après euh faut faire attention parce que, desfois, ça m'est arrivé d'aller aux
80 toilettes et de devoir... faire un contrôle d'urine et d'être obligée d'avalier trois verres d'eau
81 pour (*rire partagé*) re-recommencer ,mais bon voilà, mais le fait est que c'est... pour moi
82 c'est pas du tout une pièce rhé-rhédibitoire, au contraire, c'est une pièce agréable
83 d'accord (*pause*) Les contrôles d'urine ça arrive souvent, vous en faites souvent ?
84 au début, au début oui
85 et puis moins avec le temps ?
86 plus, là, là on m'en demande plus. Là, je suis stabilisée. De toute façon, je pense que, vis-à-vis
87 de l'équipe soignante, autant, quand je, quand je consommais encore, et encore fréquemment
88 et quand je je je pense qu'ils ont confiance dans ce que je leur dis quoi, ils savent que, si je
89 leur dis que j'ai consommé une fois dans la semaine, ils savent que c'est la vérité, si je leur
90 dis que j'ai pas consommé, c'est également la vérité, c'est euh je leur raconte pas du... c'est,
91 si je si je dois raconter du baratin, je viens pas ici, c'est pas la peine
92 et à quoi vous pensez que les soignants vous font confiance à ce que vous dites à ce sujet ?
93 bah parce que la depuis que je suis passé au j... bah depuis que je suis stable on me demande
94 plus justement de tester mes urines euh mais si on me le demandais je m'y soumettrais,
95 mais...
96 pour vous, le test des urines c'est quand même une marque qu'on n'a pas forcément
97 confiance ?

98 pas qu'on n'a pas forcément confiance, on a compris que la personne n'est pas stabilisée et
99 donc qu'elle peut... dérailler, elle le dit pas forcément, ou avoir déraillé, elle le dit pas
100 forcément, ou alors elle l'a dit et on voit, mais c'est, de toute façon, c'est une façon de suivre
101 oui la sti... la stabilité de la personne, la non stabilité, et la stabilité après, de la personne
102 pour vous les tests urinaires c'est important quand on n'est pas stabilisé ?
103 ça va de soi quoi, enfin ça va de pair avec les soins faut les accepter tels qu'ils sont, tels qu'on
104 vous les demande sinon c'est pas la peine de venir se soigner
105 avec l'idée que quand on n'est pas stabilisé on est peut être fragilisé ou à risque, soit on l'a
106 pas dit ça permet peut être d'aider à le dire soit on l'a dit et ça permet de confirmer les choses
107 de toute façon oui de toute façon c'est sûr que quand vous savez que vous allez avoir un test
108 urinaire vaut mieux déjà l'annoncer au cours de l'entretien avec le toubib parce que bah il
109 vous dira de toute façon de faire le test mais il sera pas surpris du résultat qu'arrivera, moi, de
110 toute façon, c'est pour ça que je joue franc jeu, après, je sais pas y a peut-être des gens qui
111 ont d'autre euh d'autre comment dire d'autre façon de penser ou de voir les choses mais moi
112 pour moi c'est comme...
113 en général ils sont annoncés juste donc à l'entretien?
114 à l'entretien avec le médecin avant c'est
115 donc pas forcément, vous savez pas forcément vous me disiez vous pouvez arrivez vous me
116 disiez vous pouvez aller aux toilettes tout de suite en arrivant parce que vous êtes pressée et
117 après apprendre ensuite que vous avez un test urinaire, ça s'organisait comment en général ?
118 c'est-à-dire que si vous venez régulièrement, si vous venez aux dates... moi, au début, je
119 venais tous les jours donc euh si j'étais venue tous les jours, j'avais pris ma méthadone là on
120 savait qu'il y avait rarement de chance que pour que le soir j'ai pris parce que bon donc on me
121 le demandait pas, mais si j'étais pas venue la veille, le lendemain, fatalement, j'avais droit aux
122 tests urinaires mais si j'étais pas venue la veille effectivement où j'avais pris de la méthadone
123 ou j'en avais pas pris et dans ce cas là j'avais pris de l'héroïne mais dans ce cas là je le disais
124 à l'entretien donc le test urinaire bon, il allait avec mai, ils l'auraient pas fait ç'aurait été pareil
125 puisqu'ils savaient que j'avais pris de l'héroïne je leur disais lors de l'entretien
126 et c'était souvent après une absence, donc quand vous êtes pas venue et quand vous revenez, à
127 la fois, vous savez que vous savez que probablement ils vont vous demander de le faire et
128 vous savez implicitement si vous étiez absente c'est que probablement vous aviez
129 reconsumé c'est ça ?
130 oui voilà
131 et donc vous voyiez les infirmières tous les jours pour, et le médecin vous le voyiez tous les ?
132 une fois par semaine au départ, enfin, toujours une fois par semaine
133 et si vous étiez absente une fois, à ce moment là vous revoyiez systématiquement le
134 médecin ?
135 oui, quand vous êtes pas venue une fois, vous êtes obligé de revoir un médecin, parce que
136 c'est lui qui juge, en fonction de ce que vous allez lui dire, si il va vous donner ce que vous
137 avez, ce qu'on vous prescrit habituellement, ou si il va descendre un peu en fonction de...
138 alors, en général, ça descend plutôt qu'augmenter, ça va dans l'autre sens, c'est vrai que, tant
139 que vous êtes pas stabilisé, on vous descend un coup, on vous remonte, on vous descend, on
140 vous remonte, vous faites le yoyo
141 sur les dosages
142 jusqu'au moment où vous dites là j'en ai marre... moi c'était après l'hôpital, j'ai eu les
143 gélules, ça allait mieux, parce que moi le sirop c'était rhédibitoire
144 et est-ce que quand on vient pas une fois ou plusieurs fois c'est compliqué de revenir ? vous
145 savez en plus qu'il va y avoir ce test urinaire et...
146 bah moi je suis jamais restée euh, je suis jamais restée une semaine sans venir, quand je
147 venais pas c'était une journée, peut être maximum deux, tout au début, mais euh, desfois je

148 venais le matin et le soir malgré tout je consommais quand même parce que j'étais pas assez
149 dosée de toute façon euh donc euh c'est desfois ça n'empêchait pas non plus la
150 consommation, desfois par contre quand je venais pas c'est sûr que j'avais reconsommé mais
151 je le disais « bon hier je suis pas venue mais je me sentais pas de venir et... »
152 en général c'étaient des ruptures brèves, une journée, deux journées maximum
153 ouais, je crois pas que j'ai fait plus longtemps que ça ouais par contre j'ai eu beaucoup de
154 petites euh d'une journée comme ça c'est pour ça que j'ai fait le yoyo comme ça deux trois
155 mois jusqu'à ce que jusqu'au mois de janvier où j'ai été hospitalisée et là je suis passée aux
156 gélules directement en hospitalisation c'était ma demande vis-à-vis de mon médecin qui me
157 suit
158 mm
159 et qu'est ce qui vous permettait de revenir facilement, qu'est ce qui fait que vous n'aviez pas
160 d'appréhension à revenir ?
161 bah parce que je voulais me soigner. Et puis un jour d'ailleurs je me suis fait remettre les
162 points sur les i par le Dr (*nom du médecin*) parce que j'étais pas venue, et puis j...j'avais pas
163 appelé rien j'avais pas prévenu et je me suis pointée le lendemain comme une fleur et tout il
164 m'a dit « ah non non ça marche pas comme ça, non non au moins vous prévenez, vous
165 appelez, vous dites à l'équipe soignante bon voilà je viens pas ou je pourrai pas venir
166 aujourd'hui parce que voilà nanana nanana mais pas vous venez pas et vous arrivez le
167 lendemain comme une fleur euh non ça c'est pas possible »
168 et comment vous avez réagit ? qu'est ce que vous avez ressenti quand il vous a dit ça ?
169 bah effectivement ça allait de soi que sur ce coup là j'avais failli (*insiste sur le mot*) quoi et
170 que oui le programme voulait que au moins on donne des nouvelles pour dire bon bah je vais
171 pas passer aujourd'hui mais voilà, je vous donne quand même des nouvelles, je viendrai
172 demain quoi
173 mm
174 vous aviez le sentiment d'avoir failli quand même, quelque chose d'assez fort.../c'est
175 important quand même
176 par rapport à l'engagement que j'avais pris par rapport à l'équipe soignante et par rapport à
177 moi-même
178 mm
179 parce que eux ne peuvent ne peuvent savoir si vous allez à peu près bien que si ils ont des
180 nouvelles, si ils ont pas de nouvelles ils sont dans le dans le ils sont dans le... ils savent pas
181 quoi euh
182 mm
183 euh parce que moi ça m'est arrivé euh aussi d'avoir de la méthadone euh parce que... j'ai
184 plein d'amis qui sont sous méthadone et qui ont de la méthadone d'avance et qui m'ont
185 dépann... (*coupé*) ça m'est arrivé aussi de pas venir et c'est pas pour ça que j'avais
186 consommé et desfois de venir de prendre ma méthadone et de consommer le soir
187 c'était pas forcément un...
188 l'un va pas forcément avec l'autre (*coupé*)... donc c'est important de dire ce qu'on a fait
189 comment on l'a fait euh
190 de pouvoir expliquer cette absence et
191 voilà, pour que eux sachent où ils en sont et où on en est
192 d'accord, mm, parce que peut être eux ils peuvent avoir peur pour vous ou... ?
193 oui et pis parce que le médecin il a besoin... euh parce que le les infirmières elles elles
194 réfèrent au médecin et lui le médecin, pour faire ce suivi avec vous, il a besoin de de de la
195 parole, hors les infirmières ne peuvent dire on l'a vue régulièrement ou elle a sauté une
196 journée mais elle nous a appelée ninninninnin que si vous le faites, si vous le faites pas elles
197 sont dans le brouillard complet quoi

198 mm
199 et donc a ce moment bon elle est pas venue mais on sait pas
200 donc il y a cette possibilité intermédiaire d'appeler ?
201 oui de dire au moins que euh voilà je viens pas
202 avant ou apres peut etre, parce que parfois c'est peut etre compliqué sur le moment ?
203 en tout cas de dire voilà vous m'avez pas ou vous m'avez pas vue tout à l'heure mais je serai
204 là demain euh je viendrai demain
205 ce qui est important c'est de dire que vous serez là demain, à ce moment là ?
206 euh je pense oui oui
207 quand vous les avez appelé comme ça, quand vous êtes pas venue
208 oui parce que ça leur permet de donner carrément un RDV tout de suite pour le lendemain
209 avec un médecin bloquer tout de suite un RDV alors que si vous arrivez comme ça le
210 lendemain il faut qu'ils vous trouvent un des médecins alors qu'ils ont déjà tout leur
211 programme, leur planning qu'est plein alors bon déjà vous ça vous fait attendre 2 fois plus
212 longtemps, puisque vous attendez que y en ai un qui aie un, si le votre n'est pas là, que y en
213 ait un qui aie un créneau, que desfois ça vous fait rester bon une bonne heure moi desfois je
214 passais la matinée ici quoi
215 donc ça vous permettait de raccrocher un peu les wagons
216 ouais
217 et pis de euh ce qui était important c'était de dire plus ou moins le pourquoi vous étiez pas
218 venue mais surtout assurer que vous serez là le lendemain
219 oui ou alors par exemple quand bah même quand desfois j'avais un ptit quart d'heure, une
220 petite demi heure de retard, d'appeler bah voilà je suis dans le métro je suis en retard mais je
221 suis là mais je viens quoi c'est important parce que le médecin il a son planning il a une
222 personne toutes les demi heures vous fatalement vous allez venir dans... vous insérer dans un
223 autre RDV que lui avait prévu mais donc c'est peut être important pour eux ça leur permet
224 peut être de mieux gérer le le truc savoir si la personne elle vient ou elle vient pas quoi
225 y a l'idée de d'avoir votre place et puis et puis y a l'idée vous avez parlé quand même aussi
226 d'une notion forte d'engagement
227 mm
228 aussi de votre part dans les soins et que ça parle de ça aussi, le fait de venir ou ne pas venir,
229 d'appeler ou de pas appeler, peut-être que de pas venir mais d'appeler c'est montrer un peu
230 son engagement quand même dans les soins ?
231 ouais ouais enfin moi c'est comme ça que je vois le truc quoi
232 mm d'accord je reviens aussi sur donc vous avez dit la surprise finalement quand vous avez
233 appris la fonction théorique de cette lumière et ce que ça renvoyait pour vous c'est pas
234 imaginable enfin de
235 non non
236 d'aller se piquer dans les toilettes, que des patients puissent penser venir se shooter dans les
237 toilettes
238 d'un endroit de soin en plus
239 d'un endroit de soin
240 et est-ce que comment vous pensez le fait que ça ai pu être pensé au niveau de je sais pas au
241 niveau de l'administration, ou même des soignants ?
242 si ils l'ont pensé c'est que ça a un... ça a son utilité forc(*coupé*), enfin, ça a du avoir son
243 utilité ou ça l'a encore ou... forcément, je pense même que ça doit faire partie d'une
244 procédure de..., enfin moi c'est la première fois que je voie ça, parce que j'ai été dans
245 d'autres endroits...
246 est ce que dans d'autres endroits ?
247 non, j'ai jamais vu ça.

248 D'accord
 249 D'ailleurs c'est aussi bah ça me renvoie à la même chose, à la propreté de l'endroit euh c'est
 250 vrai qu'ici on est dans un hôpital et l'autre endroit de soins était pas un hôpital, c'était un
 251 endroit de soins (*nom et ville du lieu de soins*)
 252 C'est un CSAPA comme ça ou autre chose ?
 253 Je sais pas si c'est CSAPA ou
 254 Un autre type de structure
 255 Si c'est pas... ça fait partie peut-être de... non, c'est pas (*nom d'une ONG*), je sais plus...
 256 Donc un autre centre dans un autre lieu que vous avez fréquenté un moment
 257 Oui
 258 Et vous avez souvenir que là-bas les toilettes y avait pas pas de lumière rouge ?
 259 Y avait pas de lumière rouge et y avait pas la propreté non plus
 260 D'accord, c'était plus sale, d'accord
 261 y a d'autres lieux que vous avez fréquenté pour les soins vis-à-vis de... ?
 262 euh si (*nom d'un centre*), quand c'était (*nom d'une ONG*), tout au début, hum, en 98, 97, 97
 263 et là bas ils étaient comment les toilettes ?
 264 mm je m'en rappelle plus... c'étaient des toilettes normaux
 265 vous en avez pas de souvenir particulier. Donc vous avez soit le souvenir de toilettes normaux
 266 ou un peu sales, ou pas de souvenir des toilettes, ici par contre c'est marquant, du fait de la
 267 propreté, de l'hygiène et de la lumière
 268 ouais, ouais
 269 d'accord. Donc, vous vous dites, bon, cette lumière si elle est là, c'est que... elle doit avoir
 270 une utilité
 271 mm, enfin moi je voyais pas son utilité, je voyais pas son utilité première mais bon !
 272 enfin, vous, vous en aviez trouvé une autre
 273 voilà, j'en avais trouvé une autre (*rit un peu jaune*), mais bon ok
 274 ça vous fait rire un petit peu ?
 275 oui, non, parce que je suis naïve, je... j'veux dire j'aurai jamais imaginé cette raison là,
 276 vraiment ! mais... par contre ça je vous le laisse parce que moi je l'ai dans mon sac alors
 277 et vous avez pu en reparler avec d'autres patients ici ?
 278 euh non j'ai jamais abordé le sujet à part que non non bah je vais aux toilettes je je sors je me
 279 lave les m(*coupé*) enfin bon voilà quoi
 280 parce que je me rappelle d'une conversation informelle qu'on avait eu dans le couloir où
 281 justement un autre patient avait mentionné cette lumière des toilettes et c'est vous qui lui
 282 aviez répondu au sujet de... je me rappelle de ça
 283 ouais ouais c'est possible bah ouais parce qu'après quand on a appris quelque chose on
 284 partage quoi (*rire partagé*)
 285 quand on a appris quelque chose, on transmet
 286 après, vous vous dites finalement j'étais un peu naïve ?
 287 oui
 288 est ce que ça peut avoir une dimension inquiétante pour vous cette lumière ?
 289 non (*sans hésitation*)
 290 de part sa fonction, non ?
 291 non, ça m'a pas stressée du tout, ça n'a pas changé mon point de vue, comme quoi c'était bien
 292 agréable quoi
 293 d'accord (*Silence*) Et donc y a l'idée qu'on verrait pas ces veines avec la lumière rouge ?
 294 je crois que c'est ça l'idée ouais mais je sais pas moi j'ai pas essayé hein (*rires*) je sais pas /
 295 vous avez pas essayé
 296 de toute façon j'ai plus de veines alors c'est pas une bonne... mais si c'est la raison qu'on m'a
 297 donnée, c'est... enfin ça doit être la bonne, je vois pas pourquoi ce serait un...enfin la

298 personne m'aurait raconté des... parce qu'elle avait bien l'air sûre d'elle et de..., non, en plus
299 c'est quelqu'un qui a une certaine instruction, une certaine culture, donc je pense que c'est
300 c'est la vraie raison, effectivement
301 qui a une certaine instruction, une certaine culture, vous disiez quelqu'un de plus âgé ?
302 elle est plus jeune que moi mais bon je doute pas de ce qu'elle me dit, je doute pas de ce
303 qu'elle me dit, parce que, quand elle me dit des choses, en général, c'est ça, c'est pas
304 quelqu'un qui a des délires euh comme ça... / ah non c'est l'inverse
305 non non c'est quelqu'un qui a les pieds bien sur terre
306 d'accord, c'était une amie qui était venue avec vous a un RDV ?
307 oui, que j'avais amenée pour qu'elle puisse s'inscrire et voir un médecin
308 vous avez pu comme ça
309 bah je sais pas si elle a continué à venir parce que moi après j'ai... on s'est fâchées mais pour
310 une raison enfin complètement donc du coup je la vois plus mais j'espère... je l'ai croisée une
311 fois une fois et euh donc je suppose que si elle a besoin elle doit continuer à venir quoi
312 j'espère pour elle en tout cas
313 mm
314 moi j'ai fait le enfin ce que je pouvais faire c'était l'amener pour qu'elle prenne contact après
315 c'est à elle de faire le reste
316 mais vous avez pu a un moment sentir que peut-être elle aurait besoin et et comme vous
317 connaissiez ici, l'amener ici, faire connaître le centre et peut être permettre initier quelque
318 chose ?
319 oui oui oui bah oui comme moi je suis pas arrivée ici
320 et qu'est-ce qui vous avait inquiété, suffisamment inquiété pour amener votre amie ici ?
321 c'est parce qu'elle était malade elle était mal et elle avait pas d'autre solution quand on n'a
322 pas d'argent, pas de produit, qu'est-ce qu'on fait bah il faut se soigner voilà y a pas d'autres
323 solutions c'est peut-être le moment de ?
324 et ça a été compliqué pour qu'elle vienne avec vous ici ou ça a été simple
325 non ça a été assez simple euh bah après je vous dit je sais pas si elle a continué mais moi je
326 suis pas arrivée ici par hasard, c'est quelqu'un qui venait ici qui m'a dit « mais
327 tu sais moi je vais dans un endroit où ils sont vachement bien et tout » et, du coup, comme
328 c'était au mois d'août, ils prenaient pas de nouveaux arrivants au mois d'août, ils m'ont
329 envoyée sur le bus, le bus qu'est a (*lieu*) euh qui fait csapa je crois aussi
330 le le bus mobile là ?
331 ouais, le bus mobile là, donc, moi, je les voyais, je crois que c'était le 1er truc là à côté de
332 (*lieu*)
333 vous avez commencé par le bus donc ici
334 et en septembre ils ont dit « non mais elle correspond pas » parce que, les gens qui vont au
335 bus, c'est plutôt des gens SDF qui ont p(*coupé*)... moi, j'ai une maison, j'ai des enfants, bon,
336 je correspondais pas tellement...
337 au profil des patients du bus
338 donc ils m'ont réadressée vers ici
339 d'accord
340 parce que c'est ici qu'ils m'avaient envoyée vers le bus, et ils m'ont re-adressé et là, au mois
341 de septembre, on m'a inscrite, on m'a fait voir un médecin et voilà, c'est comme ça que ça a
342 commencé...
343 donc, en fait, y a avait quelqu'un que vous connaissiez, qui vous avait indiqué plutôt ici, vous
344 étiez venue ici, on vous avait renvoyé vers le bus
345 j'ai appelé, j'ai appelé, on m'a envoyé vers le bus
346 vous avez fréquenté le bus un moment quelques mois l'été et
347 un mois, un mois le bus

348 un mois et on vous a réorientée ici
349 ouais
350 donc c'était un ami à vous, « c'est pas par hasard » que vous êtes venue ici
351 oui, qui est suivi par (*nom du médecin*)
352 on vous avait dit qu'ici que c'était... ?
353 ouais enfin qu'il y avait des gens
354 comment on vous avait parlé d'ici au départ ?
355 non qu'il y avait des gens, des soignants qui étaient très euh très au point que c'était un
356 endroit où on connaissait bien la toxicomanie ou on la soignait bien on la prenait en charge
357 que c'est pas un truc qu'allait durer 8 jours 10 jours que c'était un truc qui allait durer quoi
358 dans le temps mais où y aurait que du positif au bout quoi (*raclement de gorge*) mais comme
359 j'étais dans la situation la pire euh bah j'ai... je suis venue
360 et c'était à peu près au moment où il vous en a parlé ou est ce qu'il vous a parlé de ça un
361 moment et c'est plus tard quand vous avez été dans la situation la pire que vous êtes venue ?
362 ça a pas mis longtemps après non
363 ça a pas mis longtemps
364 une quinzaine de jours je crois
365 je sais même pas si c'est pas la semaine d'après que j'ai pris contact
366 et vous êtes venue avec cet ami ou seule ?
367 non toute seule par téléphone d'abord
368 d'accord
369 et puis après donc je suis partie au bus pendant 4 semaines et puis après on m'a redit
370 d'appeler ici parce qu'ils avaient reparlé de moi ici aux médecins donc j'ai appelé on m'a
371 donné RDV avec un médecin
372 et (*2 autres lieux de soins cités*) c'était avant ?
373 c'était bien avant
374 mais avec des suivis plus courts peut-être, vous dites qu'ici ça va durer longtemps ?
375 non (*lieu de soin*) ça a duré des années mais là-bas vous allez ils vous donnent votre
376 traitement pour 8 jours hum hum vous prenez votre traitement 8 j après vous revenez vous
377 reprenez votre traitement vous le prenez, vous le prenez pas vous vous shootez vous vous
378 shootez pas si vous voulez le dire vous le dites mais si vous voulez pas le dire vous le dites
379 pas si vous venez tous les 8 jours des contrôles d'urine on vous en fait pas y a que si vous
380 venez pas mettons pendant 2-3 semaines qu'on vous fait un contrôle d'urine
381 et ça vous le compreniez comment que peut être il y ait moins de contrôles d'urines ?
382 non, qu'ils sont, qu'ils ont beaucoup beaucoup de monde ils ont pas je pense qu'ils ont pas...
383 c'est pas... du tout la même chose qu'ici, ici, ils sont beaucoup plus... là-bas c'est un peu...
384 c'est peut-être plus rigoureux ici, quelque chose de plus solide ?
385 ouais
386 mais c'est-à-dire que, parfois les contrôles d'urine, ça pouvait être aussi une façon, du coup,
387 d'être vigilant, peut-être de ne pas le faire pouvait être connoté, de délaissement... ?
388 je sais pas, je sais pas comment là-bas ils évoluent, d'après ce que je vois, enfin, je sais pas,
389 au niveau des médecins c'est, moi, y avait un médecin là-bas mais je crois qu'il est
390 part(*coupé*) qu'il y est plus, qu'était hyper hyper sérieux, mais sinon, les autres médecins,
391 pour moi, c'était une catastrophe, alors qu'ici j'ai pas ce sentiment là
392 ici, vous êtes suivi par le même médecin depuis le début ?
393 Ouais j'en ai vu d'autres quand
394 Vous venez ici depuis combien de temps ?
395 Septembre et j'ai été hospitalisée ici à (*nom d'un lieu*) en salle (*répète le nom du lieu*) ici en
396 psychiatrie 8 jours au mois de janvier
397 Donc ça fait moins d'un an

398 Ça va faire un an au mois de septembre
399 Mm ok je reviens un petit peu à la photo, par rapport au choix de cet angle de vue là, vous
400 aviez l'idée des toilettes et de la lumière, donc vous avez bien centré sur sur la lumière, est-ce
401 que vous pouvez me dire d'autres choses éventuellement par rapport au cadrage ? Par rapport
402 à d'autres aspects de la photo ?
403 Bah c'est c'est joli comme ça, on dirait presque un so(*coupé*) on dirait presque un soleil
404 C'est un peu un soleil ouais
405 un soleil de nuit quoi
406 Un soleil de nuit ?
407 C'est... c'est joli je trouve, oui, j'ai voulu prendre vraiment, parce que c'est vrai que j'aurai
408 pu prendre le mur, légèrement rosé, non mais euh j'ai vraiment voulu prendre le luminaire
409 quoi parce que c'était... pis je trouve que... et pis c'est vraiment, en le voulant et sans le
410 vouloir, la photo, elle rend vraiment l'impression que j'avais quoi
411 Alors il y a cette forme ronde
412 Mm
413 Qui vous évoque le soleil, la forme ronde le soleil et de nuit parce que
414 Parce que c'est sombre autour, on dirait presque une planète dans la stratosphère
415 Ça vous fait penser un peu à une planète ?
416 Ouais
417 Et qu'est-ce que ça vous évoque l'image d'une planète, dans ce contexte là ?
418 Bah c'est du vivant ouais, c'est du vivant, donc... oui, non, moi ça me... ça m'apaise, ça me
419 plaît bien, ça me...
420 Même en la regardant là ça a cet effet un peu apaisant que vous ressentez aussi ?
421 Mm ouais ouais, tout à fait.
422 D'accord, là vous avez...
423 C'est pour ça que je l'ai pris comme ça et j'ai pas parce que d'abord je l'avais orienté sur les
424 murs et puis après j'ai dit non tiens je vais prendre, je vais la prendre comme ça
425 Donc vous avez essayé un petit peu, vous avez orienté sur les murs voir ce que ça donnait et
426 puis ensuite l'idée de prendre du coup un petit peu, je sais pas comment vous étiez
427 Comme ça
428 un petit peu en décalé comme ça
429 et là vous aviez fermé la porte des toilettes ou c'est ouvert?
430 C' était entrouvert
431 Parce qu'effectivement en tout cas celle-là vous a tout de suite plus plu que les premières, qui
432 rendaient pas l'effet euh avec le flash qui s'est déclenché là effectivement euh bah ça fait pas
433 la même chose !
434 Je trouve que la dernière et l'avant dernière elles sont plus proches de la réalité que celle-là en
435 fait
436 Celle-là qui peut être un peu... qu'est-ce que ça vous évoque celle-ci ?
437 Bah je sais pas je trouve que ça a pas le rendu véritable qu'a l'autre, les deux dernières, les
438 deux dernières sont
439 (*Visualisation des photos*)
440 Donc là on devine les murs sur les côtés on voit le plafond aussi et c'est bien centré sur
441 l'ovale de la lumière on voit un halo ici et... donc on avait discuté des autres centres de soin
442 qui n'avaient pas forcément ce type de lumière dans les toilettes est ce que cette lumière
443 éventuellement ça vous fait penser à d'autres endroits en dehors des lieux de soins a d'autres
444 situations ? est-ce que vous avez pu voir des choses un peu équivalentes ailleurs ?
445 Non non jamais... enfin si j'ai vu des lumières de couleur mais en boîte
446 En boîte de nuit
447 Oui la nuit mais dans des bars ou dans des clubs mais non jamais non dans des lieux de soin

448 Ça peut faire penser au monde de la nuit
449 Oui peut-être
450 Les bars, les boites de nuit, pas forcément les toilettes mais la luminosité
451 (*rires*) Oui oui tout à fait
452 Et les bars, les boites de nuit c'est des endroits qui peuvent être apaisants ou pas
453 spécialement ?
454 Si normalement c'est pas des endroits qui doivent être angoissants parce que si on y va on y
455 va avec des amis ou euh ou même si on est seul c'est en tout cas pour être bien sinon on reste
456 chez soi sortir pour aller dans des endroits qui vous angoissent c'est pas la peine autant rester
457 chez soi dans ce cas là enfin moi je suis comme ça je suis pas maso donc je sais pas j'irai pas
458 dans des endroits qui me font peur où y a des gens qui me font peur où je redoute quelque
459 chose euh non
460 Mm d'accord
461 Je sais pas euh (*pause*) je suis pas une risque tout quoi
462 Ça vous fait pas penser à la notion de risque ou de ?
463 Le rouge ?
464 Mm
465 Peut-être
466 Ça vous fait penser à quoi vous plus le rouge ?
467 Non moi c'est une couleur que j'aime bien donc j'ai pas d'a priori pour le rouge bon c'est vrai
468 que vous réfléchissez dans l'inconscient de tout le monde bon les camions de pompiers sont
469 rouges par exemple euh bon ça peut faire penser à des tas de choses qui sont assez
470 angoissantes finalement mais non moi c'est pas comme ça que j'ai abordé le truc j'ai pas du
471 tout vu cet aspect là non
472 Les camions de pompiers sont rouges, notion un peu d'urgence ou de ?
473 Mm, ou de truc un peu dangereux
474 De truc un peu dangereux ?
475 comme bah par exemple les trucs euh les... pour la neige carbonique là je sais pas comment
476 on dit
477 Les extincteurs ?
478 Les extincteurs, c'est vrai que ça rappelle...mais non, moi c'est pas ça que j'ai vu quand j'ai
479 vu cette couleur rouge, c'est pas du tout ça, au contraire, j'ai vu tout l'inverse
480 Et là vous évoquiez les extincteurs d'ici ou ?
481 En général, ils sont rouges en général, j'en ai jamais vu d'autre couleur
482 Mm les pompiers, les extincteurs, c'est un peu la même chose
483 C'est un peu la même chose
484 Enfin le rouge c'est aussi la couleur du sang
485 Mm
486 donc euh bon mais non moi je suis passée à côté de tout ça (*rires*) quand j'ai vu cette couleur
487 c'te lumière j'ai pas du tout pensé à ça
488 donc c'est aussi la couleur du sang, quand vous parlez de se piquer, on peut faire des
489 analogies un peu comme ça, mais vous, personnellement, ça vous renvoie pas à ces notions là
490 Pas du tout
491 le rouge c'est plutôt une couleur que vous aimez, une couleur agréable, ça vous renvoie plus
492 au soleil, le feu au sens de la planète et de la vie, quelque chose comme ça ?
493 la vie, mm
494 D'accord ok euh 2 questions par rapport à cette photo la première imaginez que vous puissiez
495 faire des retouches imaginez avec un logiciel est-ce que vous auriez envie de ?
496 Non non non elle est très bien comme ça je trouve
497 (*demande à interrompre l'entretien pour aller chercher son traitement*)

498 J'ai une dernière question par rapport à cette photo, à savoir est-ce que vous pourriez mettre
499 un nom ou une légende pour l'accompagner ?
500 *(Pause)* je sais pas, apaisement
501 Apaisement, le ressenti, ça convient apaisement ?
502 Oui
503 D'accord, donc on passe à la suivante, celle-ci
504 Ouais
505 Est-ce que vous pouvez me la décrire ?
506 Donc ça ce sont les toilettes qui sont dans le poste de soins qui n'ont donc pas de porte
507 Dans le poste de soins, euh là où on distribue les traitements ?
508 Voilà
509 Ils n'ont pas de porte ?
510 Ouais alors il y a deux postes de soins mais celui de droite donc quand vous rentrez bah vous
511 avez le bureau
512 Y a une différence entre les deux postes de soins pour vous ?
513 alors je crois que l'un distribue les psychotropes et les cachets pour je crois les bipolaires ou
514 trucs comme ça il me semble
515 mm c'est les types de de traitements de médicaments ?
516 ouais je crois que c'est différent et de l'autre côté c'est la méthadone je crois que c'est
517 subutex et l'autre c'est méthadone
518 donc un subutex et méthadone
519 ouais c'est ça
520 ou un médicament psychiatrique et un méthadone
521 quoi que ouais y en a un c'est subutex et l'autre c'est méthadone
522 d'accord, cette distinction là et donc celui-ci c'est celui où l'on distribue
523 la méthadone
524 la méthadone
525 et donc il y a des toilettes encastrés sans porte
526 sans porte, c'est-à-dire que là il y a la pièce de soins et puis là donc là y a le, là y a la porte
527 d'entrée
528 donc on les voit pas de l'extérieur mais on les voit de l'intérieur
529 oui
530 d'accord
531 donc y a des toilettes dans dans le poste de soins euh
532 je vous dis la plupart du temps quand les gens vous font faire un test d'urine en général ils
533 sortent, ils vont dans le couloir ils vous laissent donc qu'il n'y ait pas de porte ça sert à quoi ?
534 c'est vraiment le fait qu'il y ait pas de porte qui vous questionne ?
535 bah oui parce que euh dans ce cas là si c'est pour faire une vérification que les gens urinent
536 bien que c'est bien leur urine qu'ils donnent bah dans ce cas là les soignants devraient rester
537 si ils restent pas c'est doc qu'ils font confiance aux personnes qui sont là, ou pour pas les
538 gêner, et donc bah à ce moment là pourquoi y a pas de porte ? je vois pas là pour moi y a un...
539 quelque part y a une contradiction quoi
540 y a une contradiction, mm ?
541 et puis bon, la contradiction elle est aussi que, si vous venez et, vous venez vous soigner vous
542 donnez vos urines, vous allez pas donner les urines de quelqu'un d'autre !
543 il y a quelque chose de dérangeant, d'absurde comme ça de ?
544 bah c'est absurde de venir se soigner et de pas jouer franc jeu parce que si on veut le faire et
545 on veut que ça marche, il faut jouer franc jeu, sinon c'est pas...
546 mm donc y a à la fois l'existence de cet endroit qui peut questionner la confiance
547 ouais

548 ou l'engagement du patient dans ses soins, à partir du moment où il vient là c'est
549 oui
550 que quand même et pourquoi on pourrait penser que en même les choses ne sont faites qu'à
551 moitié parce que le soignant n'est pas présent donc voilà
552 ouais
553 et puis j'entends peut être derrière il y a le rapport à l'intimité parce que les toilettes c'est
554 quand même quelque chose d'intime
555 ouais
556 des toilettes sans porte, effectivement
557 c'est choquant
558 ça peut être même choquant
559 il y a une exposition comme ça de l'intimité
560 c'est pour ça d'ailleurs que les soignants sortent il y a peut-être des gens que ça bloque qui
561 n'arrivent pas à uriner, ça peut être bloquant quoi de bon moi ça ça c'est de soignants donc ça
562 va mais moi je pourrai pas uriner devant une tierce personne que je conn(*coupé*) enfin hein je
563 vois pas quelle utilité elle a à être là dans
564 et devant des soignants ça va ?
565 bah parce que pour moi ils sont je vois pas la dame ou le monsieur je vois le soi(*coupé*) le
566 médecin, l'infirmière c'est la fonction que je vois pas l'individu
567 ça rendrait les choses supportable même si
568 de déplacer
569 vous vous sentez comment dans ces situations ?
570 je vous dis à chaque fois les gens sont sortis donc j'étais pas gênée plus que ça
571 qu'ils soient sortis vous avez considéré ça comme
572 bienveillance
573 c'est une marque de bienveillance d'être sorti et donc ça facilite les choses
574 fatalement oui
575 quand vous regardez la photo vous la trouvez choquante ?
576 bah je la trouve pas spécialement jolie quoi ça fait un peu... d'ailleurs on pourrait peut-être
577 penser qu'il y a une porte
578 on pourrait peut-être penser qu'il y a une porte
579 ça m'a choqué du premier jour je me suis dit tiens des toilettes où y a pas de porte, c'est
580 bizarre, mais bon, voilà, des choses il faut faire avec
581 il faut faire avec ?
582 bah ouais
583 est-ce que vous remarquez d'autres choses sur cette photo que vous voudriez signaler ?
584 non bah je constate qu'il y a du papier toilette (*rires*) et moi souvent y en avait pas donc là
585 c'est bien je suis tombée le bon jour mais moi souvent je me suis retrouvée
586 y en avait pas
587 (*silence*) non je sais pas j'ai rien pas beaucoup de choses plus à dire sur... elle a des gants, ça
588 sent pas spécialement bon y a des urines qui sentent plus fortes que d'autres, pt'être des jours
589 ou bon ça dépend, donc c'est vrai que cette porte cette porte qui n'y est pas pour moi je vous
590 dis ça me gêne pas parce que les soignants sortent mais c'est déjà pas quelque chose qui est
591 agréable quand je veux dire mais bon on est obligés de le faire parce que ça fait partie du
592 traitement
593 On est obligés
594 C'est des obligations
595 Mais elle est intéressante cette photo parce que finalement c'est une photo mais qui vient
596 montrer pour vous l'absence de quelque chose, l'absence de porte, finalement c'est ça qui
597 pour vous est significatif sur cette photo

598 Ouais
599 C'est ce qui n'y est pas qui parle
600 Voilà
601 D'accord, donc vous avez choisi deux photos de toilettes
602 Oui (*rires*) c'est bizarre
603 La relation entre les deux toilettes ?
604 Les tests urinaires c'est toujours là
605 Les autres c'est plus pour quand on attend ou
606 Voilà
607 Y a une distinction de fonction
608 Bah y en a une qui est bien agréable et l'autre qui est désagréable
609 A la fois de part le contexte qui est différent et la configuration des lieux
610 Oui aussi, surtout même
611 Y a de la lumière ?
612 Non c'est dans le poste de soins qu'il y a de la lumière ouais, en fait y a même pas de lumière
613 c'est parce que y a la fenêtre, face au poste de soin y a une fenêtre qui est à verre euh...
614 Opaque là un peu, parce qu'on oit pas à l'extérieur
615 Non, y a une grande grande fenêtre donc y a la lumière du jour
616 Y a la lumière du jour, et, cette fenêtre, opaque, vous pourriez en dire quelque chose ?
617 non c'est pas ça moi ce qui me gêne c'est ce fait qu'il y ait pas de porte, c'est ça qui m'a
618 gênée surtout mais bon d'autant plus que je vois pas tellement c'est pas c'est pour forcer les
619 soignants à sortir tant qu'ils restent là qu'il y ait une porte je veux dire c'est un peu et je
620 comprends qu'ils sortent qu'ils veulent pas mettre les gens mal à l'aise mais y a des moments
621 y a 3, 4 personnes qui attendent faut quand même arriver à faire partir parce que les gens sont
622 pas sensés passer une demi-heure là à attendre un traitement c'est sensé se faire relativement
623 vite si ils ont pas de RDV
624 donc il faut aller vite en plus on est bloqué par le contexte
625 voilà
626 et vous en avez déjà parlé avec les soignants de la gêne que vous pouvez éventuellement
627 ressentir?
628 Euh bah je j'en ai jamais parlé puisqu'ils sont toujours sortis donc j'ai bah la première fois
629 qu'on m'a dit bah tiens allez j'ai euh
630 Vous avez eu un moment d'hésitation
631 Oui j'ai dit c'est bizarre quoi
632 Et puis parfois il peut y avoir l'urgence de la situation, du monde qui attend qui peut être un
633 peu bloquant, un peu inhibant, c'est pas évident
634 Ouais
635 Et pourtant on est sensé pouvoir discuter aussi avec les infirmières et en même temps on a pas
636 trop de temps quand même
637 Les 2 mêmes questions que pour l'autre, si vous aviez des retouches à faire ?
638 Bah j'aurai mis une porte (*rires*)
639 Vous auriez mis une porte
640 Et est-ce que vous pourriez donner un nom ou une légende à cette photo ?
641 Les toilettes sans porte, les toilettes publiques sans porte (*rires*)
642 Ça peut vous faire rire là ?
643 Ouais c'est un peu après faut pas non plus trop, faut relativiser
644 Et si on remet les deux photos en relation, comment vous les mettriez les 2 en relation
645 En relation
646 Bon alors c'est deux toilettes...
647 Bah tout en étant deux toilettes c'est l'inverse

648 Sur le ressenti qu'on a quand on est dedans ou sur la fonction
649 Sur le ressenti qu'on a dedans y en a un où on est complètement bien déstressé et tout y en a
650 un on est plutôt...
651 Tendue euh
652 Surtout quand vous avez pas trop envie d'uriner et que vous devez absolument uriner, alors là,
653 il s'agit de se concentrer bien pour y arriver, mais euh donc c'est pas agréable quoi c'est
654 vraiment le
655 Donc agréable/pas agréable, détente/tension, calme/pressé...
656 Oui c'est vraiment les deux côtés d'un même... d'un même truc quoi, l'inverse d'un... je sais
657 pas comment dire avec des mots
658 Avec une image ?
659 Mais je situe bien l'impression que ça me fait, c'est vraiment le contraire... le jour et la nuit
660 quoi, presque
661 Le jour et la nuit ? Donc, 2 toilettes mais le jour et la nuit
662 Ouais parce que un dans lequel on est bien et l'autre dans lequel on n'est pas bien, parce que
663 la configuration des lieux, voilà
664 On va s'arrêter là

Entretien 7 : Isabelle

- 1 C : Les 3, donc la première qu'on a faite ensemble
2 P : Bah comme vous parliez de contacts humains bah c'en est un.
3 D'accord
4 Donc en plus vous êtes les stars, bon les stars c'est peut-être un bien grand mot, pour cette
5 étude là
6 Donc on visualise les 3 et puis on voit un petit peu comment on commence
7 Oui
8 Ensuite la deuxième bah alors elle est un peu sombre donc c'est dommage ça c'est parce que
9 c'est fait par un patient ici donc voilà. Et la 3ème bah Mr (*nom d'un médecin qui a donné son*
10 *nom à l'hôpital*)
11 Bon bah super on va utiliser les 3 je pense. Par laquelle vous voulez qu'on commence ?
12 Euh, dans l'ordre.
13 Dans l'ordre ?
14 mm. je ne sais pas quoi dire.
15 Peut-être celle-là juste pour introduire vous aurez sans doute plus de chose à dire sur les
16 autres mais y avait le sens que c'est du contact humain, c'est ça que vous vouliez... ?
17 Voilà, c'est cela même
18 Qu'est-ce que vous pouvez dire sur cette notion de contact humain qui vous semblait
19 important pour parler des lieux ici ?
20 Bah c'est un métier... pour toutes les professions, bah c'est pas un métier facile, le contact
21 avec des addicts qui sont bien souvent mal dans leur peau
22 Mm
23 Et qui font rejaillir leur colère, leur mal-être
24 Donc vous dites que le métier de soignant c'est pas un métier facile, en particulier avec les
25 personnes addictes ?
26 Oui y en a qui sont pas faciles, effectivement
27 Et que parfois on peut être confronté à de la colère ?
28 Oui, de la colère et parfois de la brutalité aussi, voilà
29 D'accord
30 Et alors le contact humain, qu'est-ce que vous mettez derrière ce mot là, qu'est-ce que vous
31 englobez ?
32 Le contact humain, sans contact humain, c'est ça qui est le moteur de la vie, en partie...
33 Et est-ce que vous pouvez me donner des exemples d'expériences de ce qui signifie du
34 contact humain ici, des petites choses ?
35 Bah quand ça va mal que vous avez le blues ils sont toujours là pour vous écouter voir si on
36 peut trouver une solution ensemble
37 De remarquer que ça va pas, d'écouter et de trouver une solution ensemble. Est-ce que vous
38 avez un souvenir de moment comme ça ?
39 Ah bah y en a eu souvent
40 Est-ce que y en a qui vous reviendrait plus particulièrement en mémoire ?
41 (*pause*) oui, par exemple (*parle lentement*) c'est pas si vieux j'avais des documents
42 administratifs à remplir et euh j'étais tellement anéantie psychologiquement que euh je savais
43 plus pas par où commencer donc on m'a dit « (*prénom de la patiente*) vous avez besoin
44 d'aide ? » on va vous la donner pour des RDV avec telle personne. (*regarde le dictaphone*)
45 Ça vous intimide un peu l'enregistrement ?
46 Oui, un peu
47 Donc celle-ci c'était plus pour introduire notre rencontre dans le cadre de la recherche
48 Complètement

49 Alors, la seconde
50 Là bah c'est une peinture faite par un patient
51 Comment vous la décririez cette photo, cette peinture ? (*silence*) les mots qui vous viennent
52 pour la décrire...
53 Y a une tentative de... ça ressemble aux sculptures africaines avec deux têtes les tipis indiens
54 y a une accumulation de choses c'est délicat ce que vous me demandez là donc oui ça montre
55 des gens ils... en étant pas bien dans leur peau ils ont des moments où ils arrivent à créer
56 La notion de création, de créativité
57 donc le fait de changer ses habitudes, ça ouvre de nouvelles perspectives (*prononce le mot en*
58 *détachant les syllabes*)
59 un lien entre le soin et la création
60 voilà y en a qui sont artistes sans le savoir (*rires*)
61 cette peinture ça fait longtemps qu'elle est là ?
62 oui, ça fait des années
63 ça fait des années
64 vous l'avez toujours connue ici ou vous l'avez vue arriver sur les murs ?
65 non je peux pas dire à quel moment
66 vous pourriez pas...
67 non non
68 vous l'aviez remarquée avant ou c'est plus là avec... ?
69 ah non non je l'avais remarquée bien avant (*insiste sur les deux derniers mots*) voilà
70 d'accord
71 vous l'aviez remarquée parce que... ?
72 parce que ça a été un travail peint par un patient
73 vous connaissez le patient qui a peint ce... ?
74 non je ne le connais pas
75 d'accord et qu'es ce qui fait que vous savez que c'est un patient qui l'a fait ?
76 parce que c'est forcément un patient parce que souvent dans les hôpitaux euh y a des
77 peintures parce que y a des activités donc voilà
78 donc vous supposez que c'est le fruit d'une activité
79 sûre, je suis à peu près sûre
80 vous êtes presque sûre que c'est le fruit du travail d'un patient
81 je pense hein ! on peut demander à Mr (*nom d'un médecin*) qui est ancien dans la maison et à
82 Mr (*nom d'un psychologue*) aussi d'ailleurs
83 y en a plusieurs comme ça ou c'est la seule peinture ?
84 non c'est la seule qui est là, ici, à ma connaissance, sauf dans des bureaux où je ne suis pas
85 allée peut être mais
86 c'est ce qui la distingue des autres
87 oui oui complètement
88 des autres affiches
89 oui les autres ce sont des lithos, des lithographies, c'est fait en série quoi c'est pas unique
90 là y a quelque chose d'unique
91 vous-même est-ce que vous avez participé à des ateliers ici ?
92 non, ici, non
93 peut-être dans d'autres endroits ?
94 mmm oui sans doute
95 d'accord
96 et par rapport au lieu ici qu'est-ce qu'elle vous évoque cette photo, par rapport à ce lieu ci ?
97 bah ça me rappelle les 1ères années parce que ça fait malheureusement des années que je
98 fréquente l'hôpital le service (*nom du lieu de soins*)

99 ça fait combien de temps à peu près ?
100 30 ans
101 Vous connaissez très bien
102 Voilà
103 Et qu'est-ce que ça vous évoque ?
104 Et bien ça m'évoque la période expérimentale, où c'était un peu bohème en quelque sorte et
105 ça me rappelle euh ça me rappelle cette période où... j'ai souvenir qu'il y avait plus de choses
106 de patients avant...
107 Vous avez souvenir d'autres choses de patients ?
108 A part les peintures, non
109 Plus de peintures
110 Oui il me semble mais pas depuis qu'ils ont refait les nouveaux locaux mais il faudra
111 demander, parce que desfois on a des souvenirs... c'est très curieux la mémoire hein ?
112 Mais y a l'idée, effectivement qui est importante, que ce lieu il porte des objets qui viennent
113 des patients
114 Voilà, voilà tout à fait voilà
115 Donc là cette peinture et est-ce qu'il y a d'autres objets qui peuvent venir des patients, vous
116 m'avez dit qu'il n'y a pas d'autres peintures mais est-ce qu'il y a d'autres objets ?
117 Oui ça peut être peut être des petites sculptures, des bricoles comme ça peut être
118 Et donc elle fait référence aussi cette peinture plutôt au début de la structure, quelque chose
119 d'innovant, d'expérimental, où on a essayé de créer quelque chose ensemble
120 Oui et non seulement ça les couleurs de peau y a une couleur foncée ça me c'est pour montrer
121 que tous les êtres humains sont les mêmes on a tous du sang rouge sous notre peau et j'aime
122 bien aussi ça
123 Mm
124 Cette notion à la fois de différence et
125 D'universalité
126 Et d'universalité
127 Et vous dites y a quelque chose un peu vie de la vie de bohème, c'est... ?
128 Bah oui parce qu'avant c'était une grande salle, imaginez une grande salle, avec bon bah des
129 sièges, hors tout alors que là c'est cloisonné, donc ça crée une autre ambiance
130 Qu'est-ce qui est différent
131 Bah maintenant c'est plus structuré... ben voilà
132 Plus structuré
133 Bah maintenant c'est pratique des petits box comme ça, parce qu'il y a beaucoup de gens qui
134 consultent
135 Vous avez connu une modification des lieux ?
136 Oui, on entrait sous le porche là, on n'entrait pas comme ça, voilà
137 Et ça change quelque chose dans votre expérience des soins ici ?
138 Non au niveau des soins ça change rien du tout
139 Et plus structuré, c'est, ni positif ni négatif ?
140 Non mais c'est sympa comme ça y a eu des nouvelles peintures c'est plus clair c'est plus
141 agréable
142 D'accord. Vous la trouviez un petit sombre cette photo au début
143 Oui un petit projecteur ça aurait été bien
144 Parce que là elle est très colorée cette peinture. Quand vous la regardez vous ressentez plus,
145 en terme de tonalité émotionnelle ?
146 La gaieté, la gaieté, euh, oui
147 Une image assez gaie mm ?
148 Oui oui oui (*silence*) cela vous convient-il docteur ? (*rires*)

149 (*sourire*) est ce que ça vous convient à vous pour l'instant comment ça se déroule ?
150 Ah moi pour l'instant c'est parfait, on passe à la troisième ?
151 D'accord
152 Ah non y en avait que deux
153 J'ai quelques questions plus précises sur la photo, à savoir le cadrage
154 Je voulais faire pareil tac tac et quand j'ai vu je me suis dit c'est pas plus mal ça donne
155 l'impression de quelqu'un qui rentre par une porte
156 Mm, vous vouliez faire comment au départ, j'ai pas compris?
157 Je voulais faire comme un tableau c'est-à-dire bien le même espace blanc de chaque côté
158 D'accord, pas avoir ah oui le même espace
159 Et pis après quand je l'ai vue je me suis dit non c'est bien c'est comme si cette personne
160 entrait par une porte
161 Y a la notion de porte aussi, c'est comme une porte au niveau de la longueur
162 Oui voilà
163 Et la porte ça vous évoque quelque chose par rapport... ?
164 Ah bah oui, la porte, ça ouvre la porte, la porte ça ouvre bah plein de choses quand on ouvre
165 une porte, qu'est-ce qu'il y a derrière la porte ? on n'arrête pas d'ouvrir des portes
166 Y a la notion d'ouverture, de curiosité... ?
167 Oui et de la connaissance aussi des expériences y a des bonnes et des mauvaises mais ça veut
168 rien dire ça parce qu'il y a toujours un revers donc d'un négatif de quelque chose qui paraît
169 négatif on en retire forcément du positif
170 Les deux sont intriqués
171 c'est comme ça partout
172 et quand vous parlez de la connaissance à quoi vous faites référence ?
173 Une certaine sagesse
174 La connaissance, la sagesse
175 Une petite sagesse
176 A quoi vous pourriez l'appliquer par rapport à ici, la sagesse dans quel sens par rapport à ici ?
177 Bah mieux se connaître
178 Mieux se connaître entre... ?
179 Mieux se connaître soi-même
180 Une sagesse par rapport à la connaissance de soi
181 Oui d'essayer de là où il y a des choses qui nous plaisent moins faire en sorte que ça nous
182 plaise plus
183 Vous avez le sentiment que le soin vous a permis de mieux vous connaître
184 Oui parce que on discute on donc on a des gens qui ont la connaissance de leur métier ce sont
185 des fins psychologues donc c'est très enrichissant
186 Donc des gens qui ont la connaissance de leur métier, de la psychologie et qui permettent de
187 d'avoir d'augmenter sa propre connaissance de soi, donc la porte ça vous évoque ça une
188 ouverture vers la connaissance de soi
189 Mais pas toujours la porte ça peut mener sur des choses aussi pas très bonnes hein, voilà
190 Est-ce que vous avez un exemple appliqué à ici ?
191 Alors applique a ici bah oui l'addiction, addiction, sans préciser
192 L'addiction, c'est une expérience difficile
193 Oui mais quand on s'en sort aussi c'est bien
194 Mm par rapport à cette image, à cette photo est-ce que vous pourriez lui donner un nom ou
195 une légende pour l'accompagner, par rapport au sens que vous lui donnez
196 (*Silence*) tu portes sur la tête point d'interrogation... non non c'est pas (*pause*)
197 Sous forme d'une question ?
198 Non c'est pas (*silence*)

199 Allez y hein vous pouvez la dire, la reformuler, y avait l'idée d'une question
 200 Si tu portais sur ta propre tête ?
 201 D'accord, si tu portais sur ta propre tête, sous forme interrogative comme ça
 202 Oui oui oui oui
 203 Vous l'accompagneriez par cette phrase là
 204 Et elle s'adresserait à qui cette question ?
 205 A tout le monde
 206 Donc à tout public devant cette image
 207 Avec ouvrez les guillemets et fermez les guillemets
 208 Citation quoi. Je reviens juste sur la vie de bohème, qu'est-ce que vous savez de l'origine du
 209 nom ici ?
 210 De (*nom du lieu de soin*) ?
 211 Oui
 212 Bah ça devait être un professeur ou quelque chose comme ça, hein ? professeur (*nom du lieu*
 213 *de soin*)
 214 Oui et alors qu'est-ce que c'est ? je vais tomber sur ma chaise (*rires*)
 215 Il me semble que c'est le nom d'un écrivain
 216 Ahh d'accord
 217 Qui a écrit « »
 218 Ah tiens comme c'est curieux, « ... »
 219 Alors ça serait mieux, ça serait mieux !
 220 Mais non, votre accompagnement est parfait
 221 D'accord « ... » ça rappellerait .. hein
 222 Alors la dernière
 223 Donc là c'est (*nom d'un médecin*), d'où le nom qui est donné ici
 224 Du coup à l'hôpital
 225 il a sa statue et il le mérite bien
 226 D'accord
 227 Je n'en dirai pas plus
 228 Elle est où cette statue ?
 229 Ohh ! Quand vous entrez tout de suite sur la gauche y a de la verdure
 230 Mm
 231 vous regardez, vous tournez la tête, vous la verrez
 232 Elle est un peu cachée on a l'impression?
 233 Elle est oui parce que c'est complètement à gauche comme ça et généralement les gens qui
 234 rentrent ils vont tout droit ou alors ils vont comme ça comme ça et donc sur la droite
 235 effectivement elle est un petit peu cachée
 236 Oui y a longtemps quand je sors d'ici j'aime bien je pose mon sac là sous le préau et je fume
 237 ma petite cigarette ou je me remets un peu de...
 238 Vous vous remaquillez (*rires*)
 239 (*murmure quelque chose*) donc j'ai un petit peu le temps et pis y a les oiseaux les moineaux
 240 qui se battent dans les fourrés j'aime bien regarder ça, voilà
 241 Donc à l'extérieur, ou au niveau du porche juste sur le côté-là ou est-ce que vous vous baladez
 242 dans l'hôpital ?
 243 juste là au coin là juste au coin là hop hop je fais les cent pas parce que souvent y a le soleil
 244 qui donne aux heures où... mais aujourd'hui c'est râpé (*rires*)
 245 et c'est plutôt après votre rdv ? que vous prenez ce temps là
 246 et c'est un moment ou vous vous sentez comment ?
 247 bah je me sens bien
 248 c'est un moment un peu agréable, de détente

249 et puis je sais que si ça va pas je peux revenir là c'est une façon un peu d'occuper les lieux un
250 bref instant en quelque sorte je sais pas comment expliquer ça
251 d'accord
252 et donc parfois quand vous flânez comme ça, vous êtes pas loin de la statue, comment vous
253 savez que c'est (*nom du médecin*) ?
254 parce que c'est marqué en dessous mais malheureusement je voulais qu'on voie son nom mais
255 y a beaucoup de verdure et vous savez quand c'est juste taillé dans la pierre avec le temps on
256 voit mal il me semble que ou alors si il me semble que c'est sur la pierre ou si c'est en bas
257 c'est caché par la végétation
258 donc là c'est pas forcément visible mais vous vous l'aviez déjà vous le saviez d'avant ?
259 oui voilà
260 elle est assez on a l'impression elle est assez polie cette statue ?
261 oui la pluie la pluie
262 vous avez dit il a sa statue et il le mérite
263 bah oui parce qu'il a donné son nom à cet hôpital
264 le nom de cet hôpital ça vous, ça a de l'importance pour vous ?
265 non mais euh comme il a sa statue mais comme... pas la richesse mais les bons soins que je
266 reçois
267 mm
268 donc automatiquement je fais un lien positif donc je vois la statue de Mr (*nom du médecin*)
269 qu'a donné son nom à cet hôpital, ça coule de source
270 y a presque quelque chose de... presque une façon un peu détournée de remercier des bons
271 soins que vous recevez ici ?
272 oui comme il y a ... d'ailleurs oui j'y pensais pas comme il y a un mémorial aux médecins
273 internes et autres qui ont été tués pendant la guerre
274 donc y a une dimension de mémoire ?
275 oui absolument
276 dans les lieux ici et que vous pouvez vous réappropriez vous aussi par rapport à votre
277 mémoire à vous des soins que vous avez reçu ici ?
278 je comprends pas la question
279 je me disais que finalement ce lieu ici il a une mémoire collective vous disiez il y a un
280 mémorial de la guerre et y a cette statue de (*nom du médecin*) mais pour vous aussi il y a un
281 sens un peu différent qui est ça me rappelle les bons soins que j'ai reçu ici...
282 oui c'est un tout
283 c'est ça un petit peu que je voulais dire
284 ouais ouais
285 c'est pas forcément par rapport à la guerre que vous allez être sensible...
286 non non rien du tout c'est par rapport aux êtres humains
287 oui des êtres humains
288 on revient sur l'humain, la fondation
289 du respect, de... du non-oubli puisque on oublie tout hein regardez l'être humain on sait plus,
290 les civilisations
291 est-ce que, pour cette photo ou la précédente...
292 tout s'efface
293 est-ce que ça vous évoque...
294 qu'est-ce que vous voulez me faire dire (*rires*)
295 est-ce que ça vous évoque d'autres endroits ?
296 oui ça m'évoque d'autres post-cures enfin des centres où y a des psys qui sont là pour essayer
297 de vous aider
298 pas vraiment c'est pas le terme post cure mais les endroits où rencontre des psys gratuits

299 c'est important pour vous la notion de soins gratuits
300 ah oui complètement, surtout un psy
301 mm ?
302 parce que un psy à partir du moment où y a un profit qui entre en jeu moi j'ai méfiance donc
303 là ici y a pas d'ambiguïté et en plus ils ont l'expérience, une grande expérience bah oui
304 donc ça concourt pour vous à diminuer la méfiance voire à
305 non seulement ça mais quand on a une grande connaissance du sujet on est plus à même
306 d'aider le patient
307 donc y a une certaine confiance dans leur capacité à vous aider ?
308 ah oui complètement, complètement
309 et comment ça se traduit ?
310 beaucoup de respect
311 du respect ?
312 ouais ouais ouais
313 est-ce qu'il y a d'autres choses ?
314 non c'est bon je pense que vous avez compris
315 et le respect qu'est ce qui pour vous témoigne de respect ?
316 parce que ça fait de nombreuses années que je les connais donc voilà voilà y a un lien qui se
317 crée, qu'on le veuille ou non, voilà
318 et donc juste je vais bientôt vous libérer
319 c'est tout
320 est-ce que ça vous évoque d'autres lieux ?
321 oui dans les jardins
322 est-ce que vous pourriez lui donner un nom ou une légende ?
323 (*silence*) on se rappelle de toi, voilà
324 La dernière chose c'est ce qui relie ou différencie vos photos vous avez parlé du contact
325 humain qui
326 Non c'est lié à (*nom du lieu de soins*)
327 Le lieu bien sûr
328 Le lieu et la notion de contact humain
329 Oui
330 Est-ce que vous voulez dire autre chose sur ce qui relie vos photos ? y a la notion de mémoire
331 Ah bah oui toujours la notion de mémoire, le non-oubli, le non-oubli comme le non-dit, c'est
332 pour faire un pied de nez au non-dit, parce que bien souvent le non dit (*silence*) bah oui le
333 non-dit, si on dit pas ce qu'on pense, qu'on a envie de le dire mais qu'on le dit pas, ça
334 s'accumule, ça s'accumule moi je vois ça comme ça je pense pas il faut quand on le sent dire
335 les choses
336 Qu'est ce qui peut empêcher de dire les choses par moment ?
337 Bah pour pas blesser
338 Pas blesser ?
339 Par exemple, parce que on n'a pas trop le courage aussi, le non-dit, faut avoir du courage pour
340 dire les choses qui sont pas toujours sympas à entendre
341 Vous pouvez dire ça par rapport à la relation entre patient et soignant parfois
342 Non c'est surtout les proches enfin même des non proches mais plus les proches
343 C'est plutôt la famille, les amis, c'est plutôt dans ce cadre là
344 Oui même parfois des gens que vous rencontrez dans la rue lors de n'importe quel événement
345 qui peut se passer
346 Donc la place de la parole, du non dit, ce qui peut permettre d'avoir le courage de parler et
347 comment éviter l'accumulation
348 Oui et pis faut sentir aussi quand on sent faut pas hésiter faut dire

349 Et dans le soin ?
350 Parfois le patient il sait pas y a un non-dit il le trouve pas il n'en a pas conscience tout de suite
351 hein ? Parfois même tout être humain on n'a pas conscience de certaines choses parfois
352 Et qu'est-ce que ça peut créer dans le soin ?
353 Le fait de non dire de pas dire bah on n'avance plus
354 De stagner ?
355 Voilà

Entretien 8 : Guillaume

- 1 P : J'en ai fait trois je crois de l'accueil
2 C : Celle-ci
3 Oui y en a une de flash, ou après c'est plus floue, ou après j'ai changé juste d'angle
4 Après c'est le bureau
5 Là vous avez dû en prendre deux
6 Alors on commence par la photo de l'accueil peut être plutôt ?
7 Ouais
8 vous choisissez plutôt laquelle, entre... ?
9 ça a une importance ?
10 Bah oui, parce qu'on va la décrire un petit peu en détail
11 Bah celle qu'est plus large
12 la première ?
13 ouais, même si elle est floue, ouais
14 Ok donc plutôt celle-là et puis sur celle du bureau
15 Bah la deuxième, celle qu'est la moins moche (*rires*)
16 Au niveau des couleurs ?
17 c'est juste pour ça (*continue à rire*)
18 ok, ça marche, donc celle-ci
19 mm à priori
20 alors, allez-y, décrivez-moi un peu la photo, comme elle se présente pour vous
21 mm bah on voit le bureau d'accueil, les sièges, donc l'endroit d'attente pour nous, l'endroit où
22 on va se présenter si on a quelque chose à demander
23 Mm
24 Et comme tout se règle là et les prises de RDV et les attentes et bah tout ce qui peut y avoir ...
25 bah l'interface d'façon du centre bah c'est ça c'est ce desk, c'est pour ça que je l'ai pris en
26 photo, enfin je voyais pas quoi prendre d'autre, pour moi tout se passe ici et dans le bureau
27 Donc ici c'est un espace d'attente
28 C'est un espace d'attente, c'est un espace de discussion, de prise de RDV, vous pouvez
29 prendre, vous pouvez régler des problèmes quand y a pas de RDV possible, selon les
30 infirmiers après c'est toujours, ça dépend du niveau d'expérience de l'infirmier
31 Mm
32 Ceux qui savent enfin c'est toujours plus facile que ceux qui sont pas formés enfin ceux qui
33 sortent de l'école d'infirmier, qu'arrivent en stage, en général ils ont un peu plus de mal...
34 moi desfois j'avais pas percuté que quand y en a qui sortent de l'école y a des choses faut pas
35 leur demander ils comprennent pas (*rires*)
36 Donc avec les soignants
37 Mais globalement avec les soignants ouais
38 ceux qui ont plus d'expérience c'est plus facile
39 Disons qu'ils savent que si vous voyez pas votre médecin à temps pour avoir une ordonnance
40 vous allez reprendre de la drogue donc c'est pt être bien qu'ils s'arrangent pour vous en
41 mettre, même si y a pas de place en RDV, un, pour que vous puissiez avoir une ordonnance,
42 c'est aussi bête que...
43 Ils vous font ...
44 Ils savent comment s'adapter
45 Ils savent comment il faut s'adapter pour que ça puisse marcher quoi
46 Et ils savent peut être un peu plus à quelles types d'expériences vous pouvez être confronté et
47 Je pense ouais je pense que ils ont une expérience ouais
48 Et du coup ils vont être plus vigilant par rapport

49 Je l'ai vu sans le calculer quoi une fois je vais ici je prends RDV et pas de RDV possible trois
50 semaines après la date et j'avais pas vu mon non plus mon psychologue donc pas
51 d'ordonnance et euh bah trois semaines sans ordonnance c'était pas possible j'ai dit bah euh y
52 a pas moyen de me mettre une ordonnance ? ce qu'elle a oublié de faire et pis le lendemain
53 j'ai appelé et là j'ai eu un RDV pour le lendemain alors que tout était plein
54 Mm
55 Y a une flexibilité qui fait partie aussi du du
56 Bah ouais
57 Du cadre d'accueil ici quoi
58 Ah bah c'est obligé sinon ça marche pas enfin sinon voilà c'est obligatoire qu'on puisse avoir
59 la méthadone sinon voilà
60 Et dans tous ces moments, tous ces imprévus, l'interface comme vous dites c'est les soignants
61 qui sont à l'accueil
62 C'est les soignants qui gèrent, bah d'façon toute la première phase, de ceux qui vont pêter les
63 plombs c'est va se passer à l'accueil (*rires*) si y a un problème ça peut aussi se passer dans le
64 bureau c'est sûr que si un médecin refuse un truc à un patient il risque de s'énerver (*rires*)
65 donc voilà mais oui mais pour moi pour revenir oui quand on est un tox lambda tout se passe
66 à l'accueil ouais
67 D'accord, c'est quand même un lieu, c'est vraiment le lieu où on est reçu d'abord et puis
68 Exactement
69 et qui concentre quand même un certain nombre d'expériences. Et puis là on est peut-être plus
70 aussi avec les autres patients ?
71 Oui y a un trois sièges et deux sièges et pis y a dehors pour fumer des clopes voilà bah c'est
72 pas un espace très convivial parce qu'il est tout en longueur donc on peut pas dire que c'est
73 adapté mais bon je pense pas que ce soit le but non plus que les gens discutent enfin moi je
74 cherche pas spécialement à discuter avec les autres patients je m'en fous, enfin (*pause*) le but
75 c'est pas de se faire des amis toxicomanes personnellement (*rires*)
76 Donc y a un relatif isolement peut être aussi
77 Non j'aime bien parler avec des gens mais je cherche pas à parler avec eux s'ils cherchent pas
78 à me parler je leur parlerai pas
79 D'accord
80 Après y a ceux qui ont besoin de parler donc je vais pas non plus refuser de leur parler quoi
81 c'est tout mais après je ne vais pas rentrer dans une relation amicale avec des gens du centre
82 ça m'intéresse pas du tout, c'est juste une façon de se protéger quoi
83 Mm, D'accord
84 Bah moins vous avez de toxicomanes autour de vous, moins vous avez d'occasion de vous
85 droguer, c'est aussi simple que ça
86 Donc ici c'est aussi un peu un lieu un peu d'exposition, avec d'autres personnes toxicomanes,
87 notion un peu de... ?
88 Bah c'est... le fait d'y venir me gêne pas c'est je je je cherche pas à entrer en relation après je
89 dis pas que je peux pas me faire un ami au centre mais je cherche pas particulièrement mais
90 pour moi c'est plus oui c'est un danger de me faire un ami dans un lieu comme ça, c'est
91 dangereux (*tousse*)
92 D'accord
93 Enfin c'est ma vision voilà
94 Donc là au niveau des détails un peu plus de la photo donc vous avez mentionné les chaises,
95 le lieu d'attente, le desk
96 Les chaises et le desk c'est surtout ça que je voulais attraper, l'entrée c'était pas spécialement,
97 j'aurais pu me mettre de l'autre, dans l'autre angle...
98 Le choix oui de la place ?

99 c'est pas un choix
100 C'est pas un choix, c'est... ?
101 Je voulais qu'on voit voilà comment ça se présentait, comment était organisé le lieu d'accueil
102 mais
103 c'est de là où vous aviez une vue plus globale de la configuration
104 je pense oui si je me mets là je vois plus le desk, si je me mets là, ça peut être pas mal aussi
105 quoi
106 et puis y a l'effet peut être en longueur que vous disiez
107 oui qu'on voit mieux
108 là on voit un peu l'effet couloir
109 on doit voir aussi de là
110 ce qu'est pas gênant parce qu'on n'est jamais très nombreux moi je critique pas l'endroit je le
111 trouve très bien je le trouve très... c'est un centre... on n'est pas mal reçu ici
112 mm
113 on n'est pas mal considéré non plus, on nous prend pas pour de la merde, ça se sent
114 ça passe par quoi la considération dont vous parlez ? dans ce lieu là ?
115 je pense c'est parce que les infirmiers sont humains avec les gens c'est tout ils les prennent
116 pas pour des sous hommes c'est tout, alors qu'il y a quand même des gens abîmés ici
117 hein mais
118 et ça passe par quoi ?
119 pfff
120 les paroles, les attitudes...
121 oui je pense les paroles enfin oui ça dans le dialogue, quand vous parlez avec les gens vous
122 vous apercevez si ils vous prennent pour de la merde ou si ça va, ou si... y a du répondant là
123 enfin toute l'équipe j'ai jamais vu de gens désagréables enfin y a des caractères voilà
124 quand vous dites y a du répondant vous faites référence à... ?
125 euh bah que les gens connaissent leur métier euh je trouve que les gens sont bien ici
126 du répondant au sens d'une réponse
127 professionnelle, d'une réponse adaptée enfin moi je parle à mon niveau, de ce que je vois
128 quand je suis assis sur une chaise là
129 c'est-à-dire du répondant pour vous quand vous posez une question et de vous en tant
130 qu'observateur
131 de ce que je vois des autres
132 avec les autres patients ou vous considérez que y avait du répondant et que
133 oui je pense pas que les gens puissent se plaindre ici d'être mal accueilli ce qui peut arriver je
134 crois dans d'autres endroits enfin pas d'autres centres, j'en connais pas, et pis je crois que ça
135 va, bah c'est dans les endroits autres que les csapa quoi, enfin autres que les endroits pour
136 toxicomanes voilà de toute les manières déjà quand y a du personnel pro qui vient travailler
137 dans un centre comme ça bah faut avoir envie déjà c'est une vocation
138 et ça se sent ?
139 bah je crois
140 l'envie des professionnels de travailler ici, dans les relations ?
141 bah je sais pas si oui je me dis ça se sent bah je me dis que oui ça se sent parce que quand les
142 gens font bien leur métier c'est qu'il doit leur plaire faut avoir envie de le faire sinon bah on
143 doit se faire chier quoi si on n'a pas envie de voir des toxicomanes toute la journée c'est un
144 peu chiant de se retrouver face à des toxicos, y en a des plus ou moins cons quoi quand même
145 (*rires*) y en a qu'ont des pathologies plus ou moins lourdes, des problèmes, qu'arrivent pas à
146 vivre seuls, y en a qui viennent tous les jours... je passe souvent et je vois toujours les mêmes
147 têtes donc on se dit tiens ceux là ils viennent quasiment tous les jours, tous les matins à 8h30

148 ça y est ils sont plantés à l'hôpital voilà donc je pense que pour certains pt'être qu'il y a un
149 côté pas famille mais communauté pour eux communauté
150 je parle surtout bah après y en a qui ont des relations, mais c'est plus des relations de
151 galériens, je sais pas quelles relations ils cherchent avec le corps médical mais ça doit se
152 rapprocher d'une relation qu'ils doivent pas avoir avec leur famille ou de d'amis qui sont pas
153 présents ou
154 donc de famille, de substitut familial ?
155 ça pallie
156 de palliatif
157 j'ai l'impression, enfin c'est ma vision
158 mm
159 à mon avis je dois me tromper, faut demander à un psy mais
160 bah je me dis quand on vient tous les jours c'est voilà
161 c'est qu'ils en ont besoin, c'est que la drogue c'est le centre (*rires*) après si ils viennent
162 prendre leur traitement tous les jours là ils ont pas le choix mais
163 vous, vous fréquentez le centre à quelle fréquence ?
164 j'ai deux RDV toutes les deux semaines
165 ça a toujours été ce rythme là à peu près ?
166 ça a toujours été, sauf au début du traitement où on vous dit de venir tous les jours
167 et de venir tous les jours ?
168 euh 15 jours 3 semaines 1 mois
169 donc vous avez eu cette expérience aussi de venir tous les jours mais pendant un temps
170 court
171 délimité quoi
172 bah fallait parce que c'est très énervant (*rires*) / c'était comment pour vous de venir tous les
173 jours ?
174 bah ça va c'est juste que c'est une contrainte énorme
175 c'est énervant vous dites ?
176 bah déjà faut pas bosser si vous bossez c'est un peu embêtant
177 et vous travailliez à l'époque ?
178 à ce moment je travaillais pas je pouvais pas trop travailler
179 donc y a des conditions de possibilité quoi, faut pouvoir venir tous les jours
180 pour moi ouais
181 et au delà de ça qu'est-ce qui peut être contraignant, énervant ?
182 a part le fait de venir tous les jours ?
183 bah ou dans le fait de venir tous les jours ?
184 c'est juste le fait de venir tous les jours demain vous voulez partir en week end, voir de la
185 famille, vous mettre au vert, vous pouvez pas (*rires*) c'est archi-contraignant, c'est comme si,
186 pour moi c'est comme si je devais aller pointer chez les flics, c'est la même chose
187 presque un commissariat ?
188 bah oui venir tous les jours au même endroit pour moi c'est une contrainte, c'est juste
189 invivable
190 mm
191 j'ai déjà pointé moi deux fois par semaine chez les flics c'est déjà chiant. Là, aller à l'hôpital
192 tous les jours, c'est pareil
193 donc c'est une contrainte très forte
194 et pour peu qu'il y ait de l'attente, la queue, vous arrivez au moment de la distribution y a
195 cinq personnes allez là c'est bon vous avez perdu une demi-heure
196 et qu'est-ce qui fait que ça a été possible pour vous qu'est-ce qui vous a permis de... ?
197 bah je travaillais pas, je suis intermittent donc je travaillais par intermittence

198 de pas travailler et... ?
199 j'avais pas le choix mais ouais si j'avais pas pu j'aurais pas pris de méthadone, ça aurait pt'
200 être pas été un mauvais choix non plus (*rires*) mais
201 qu'est-ce qui vous a aidé d'autre ?
202 bah j'étais, j'avais pas le choix, j'étais forcé
203 mais pas le choix dans quel sens ?
204 par la justice, j'avais vraiment pas le choix non mais sinon je sais pas si je serais venu tous les
205 jours parce que c'était la seule façon d'avoir de la méthadone mais euh (pause) mais euh si
206 c'était à refaire avec l'expérience que j'ai de la méthadone maintenant je referai pas je
207 continuerai à fonctionner comme je fonctionnais avant plutôt que me mettre sous méthadone
208 j'ai l'impression que ça m'a rien apporté
209 mm
210 ouais, ça me permet pas de mieux gérer ma consommation ni pause et ça me permet pas de
211 mieux gérer les descentes non plus
212 donc y avait une forte contrainte judiciaire
213 une forte contrainte judiciaire disons enfin j'étais pas obligé de prendre la méthadone, j'étais
214 obligé de venir ici
215 là il y avait quelque chose de négociable
216 c'est moi qui ait voulu prendre de la méthadone voilà c'était une erreur de ma part, je me suis
217 dit que ce serait plus facile de décrocher et en fait en fait vous devenez complètement accroc
218 et le passage ensuite de tous les jours à la fréquence actuelle ?
219 bah ça ça va vite je crois que c'est quinze jours tous les jours et après c'est tous les deux jours
220 et après c'était tous les trois jours et après c'était toutes les semaines, toutes les semaines ça
221 reste supportable
222 c'est moins contraignant, mais c'est dans la durée
223 bah voilà mais c'est toujours que vous perdez une demi-heure et comme moi faut que je
224 dépose mon fils à l'école et après faut que j'aille le chercher, les heures de travail elles sont
225 déjà limitées par le temps scolaire donc perdre une demi-heure bah je perds une demi-heure
226 quoi, faut que je rattrape un moment ou un autre
227 donc y a un petit peu l'idée que quand même venir dans le lieu de soin c'est aussi perdre du
228 temps ?
229 bah c'est que le traitement est contraignant voilà c'est pareil si vous voulez vous pouvez avoir
230 que 15 jours de traitement si vous voulez partir plus de 15 jours c'est compliqué faut
231 s'organiser
232 y a une perte de liberté
233 bah clairement oui bah après je comprends c'est un traitement qu'est contraignant mais il est
234 hyper sécurisé donc si encore y avait des morts tous les ans y en a même pas bah justement
235 parce que c'est hyper sécurisé mais en même temps y a du marché noir mais bon de toute
236 façon je vois pas l'intérêt de prendre de la méthadone sur le marché noir on va être malade,
237 subutex pourquoi pas mais pas de la méthadone
238 donc à travers en tout cas cette idée de la contrainte à venir vous avez fait la comparaison
239 avec un commissariat où faut venir pointer, vous avez fait le parallèle entre ces deux
240 situations vécues
241 est-ce que vous pourriez comparer ce lieu à partir de la photo est ce que ça vous fait penser à
242 d'autres lieux ?
243 je sais pas ça pourrait m'évoquer un collège, une école
244 un collège, une école, qu'est-ce qui pourrait vous évoquer un collège ou une école ?
245 c'est le mobilier, c'est le look après c'est l'architecture
246 d'accord

247 après voilà y a toujours soit un gardien soit un lieu d'accueil quelqu'un qui vous ouvre la
248 porte
249 ouais
250 y a un contrôle des portes
251 là c'est un peu pareil là voilà la porte
252 c'est-à-dire un accès un petit peu contrôlé ?
253 mm
254 un contrôle des portes
255 bah le desk ça donne cette impression là bon là y a du monde derrière sinon à quoi d'autre à
256 l'administratif on peut se croire en mairie ou chez les flics hein ça pourrait ressembler à ça
257 aussi hein, un truc de flics c'est presque pareil, un peu plus grand (*rires*), y a plus de monde
258 qu'attend (*continue à rire*) mais c'est un peu ça, celui du (*quartier*) en plus c'est la même
259 couleur c'est bleu, jaune comme ça, c'est dans le même esprit ouais qu'est-ce que ça pourrait
260 ouais ça a un côté administratif de toute manière l'hôpital, la fonction publique tout se
261 ressemble quoi, vous allez chez les impôts ça ressemble aussi à ça y a une table d'accueil avec
262 votre numéro pareil par contre une grande salle d'attente
263 et est-ce qu'il y a des choses qui sont pour vous plus spécifiques du lieu ici, qu'on ne retrouve
264 pas dans ces autres lieux, qui lui donne son identité ?
265 ah bah c'est dans ce qu'il y a marqué partout (*rires*)
266 les affichettes
267 les affichettes qui sont là et derrière là je les ai pas photographiées mais après dans un
268 présentoir y a des trucs donc ça parle que d'addictions c'est sensé être là
269 c'est que sur les addictions oh là là les affichettes je me souviens plus c'est sur les ouvertures
270 des trucs comme ça
271 et y en a sur les vitres
272 c'est juste pour dire quand est-ce que c'est ouvert, les vacances les machins
273 les informations pratiques et là c'est lus des affiches de prévention
274 et après y a surtout la derrière
275 le panneau qu'on voit pas là
276 oui que j'aurais pu prendre en photo du coup
277 c'est des affiches que vous regardez ?
278 ouais un peu ils les changent pas souvent y en a une pour je sais pas quoi bah voilà et puis des
279 soit des thérapies de groupe soit des y a un truc sur l'hôpital le comportement qu'on doit avoir
280 au sein de l'hôpital bah tous les trucs qui y a dans les autres hôpitaux aussi quoi non ce qui est
281 vraiment spécifique c'est quoi... ce qui est spécifique, pas à d'autres endroits, euh qu'est ce
282 qui pourrait être vraiment spécifique ? à part moi je trouve que y a rien qui enfin si vous
283 connaissez pas vous allez pour vous c'est l'accueil de n'importe quel centre de soin moi ça
284 pourrait être oui
285 y a une identité soin quand même ou ?
286 mm bah c'est la blouse blanche
287 la blouse blanche
288 mais à part la blouse blanche euh le reste pour moi reste administratif quoi si on enlève les
289 blouses blanches on pourrait pas (*peu compréhensible*)
290 c'est la blouse blanche, le personnel qui
291 oui c'est plus le personnel qui montre qu'on est dans un lieu de soin et voilà les affichettes
292 hôpital
293 voilà service public blablabla qu'est-ce que c'est bah y en a une là
294 mm d'accord mais sinon on peut pas imaginer
295 mais sinon pour moi c'est pas... mais je pense que c'est volontaire que le lieu soit neutre
296 aussi

297 et vous en pensez quoi de cette forme de neutralité, le fait qu'on voit pas forcément que c'est
298 l'hôpital, que c'est un lieu de soin ?
299 bah je pense que c'est bien parce que si vous venez avec vos gamins c'est... vaut mieux que
300 déjà qu'il va voir des gens un peu freaky, que tout soit pas à l'image ou que
301 que ce soit plus rassurant
302 je crois que c'est rassurant oui
303 ça vous est déjà arrivé de venir avec votre enfant ?
304 oui
305 et y a un stress un peu à l'amener dans un lieu comme ça ?
306 mm pas quand il était plus jeune mais maintenant j'aurais du mal plus ça veut dire qu'il faut
307 en parler
308 comment vous lui aviez décrit les lieux, il était peut-être tout petit alors ?
309 il avait 4-5ans donc j'ai dit que c'était l'hôpital quoi voilà que je vais voir le médecin il s'est
310 pas posé de questions pis tout allait bien
311 donc un lieu comme ça qui n'a pas des signes ostentatoires de son identité
312 oui je trouve que c'est plutôt mieux bah c'est plutôt je pense que c'est bien pour les gens de
313 pas être marqué de pas être marqué en gros déjà que c'est marqué pour certains sur leur visage
314 faut pas exagérer en plus, pas marquer toxicomane en rouge vif
315 donc une discrétion, que ce soit pas stigmatisant
316 je pense que ça fait partie de l'objectif, j'imagine
317 mm
318 sinon je pense pas que les gens soient stressés parce qu'au départ y a la contrainte des
319 ordonnances mais voilà sinon
320 les ordonnances c'est stressant ?
321 bah si vous ratez un RDV, que vous avez du mal à reprendre un RDV oui, tout toxicomane
322 bien avisé doit toujours avoir entre 1 et 3 mois d'avance de traitement
323 y a toujours un stress de est-ce qu'on va avoir suffisamment de traitement
324 c'est pour ça que vous avez toujours moi perso j'ai 3 mois d'avance à l'aise voire 4 ou 5 peut
325 être 6
326 de se faire comme ça une sécurité, la peur d'être en situation de manque ?
327 c'est surtout juste pour si un jour j'ai un souci d'organisation dans ma vie que j'ai un
328 décrochement pas trop rapide
329 l'idée d'avoir un temps de répit
330 bah si je peux pas reprendre de RDV n'importe quoi que je sois pas obligé d'aller prendre de
331 l'héroïne
332 si y a pas de marge vous pouvez vous retrouver un peu acculé
333 oui c'est la merde
334 une journée sans bah on peut mais deux ça devient...
335 donc y a l'idée de stratégies personnelles pour se créer cette marge
336 c'est très facile (*rires*) ouais c'est très facile oui bah il suffit de baisser soi-même sa
337 consommation avant de la faire baisser officiellement, c'est pas très compliqué
338 et cette facilité ça vous fait sourire parce que... c'est presque trop facile de tricher ?
339 non non c'est pas trop facile de..., c'est déjà assez chiant, c'est juste que on est toujours
340 réduit à la même chose bon parce qu'après vous pouvez faire confiance aux gens mais déjà, si
341 on était pas con, on soignerait pas les toxicomanes avec de la méthadone qui est de la merde,
342 déjà on serait moins con, on leur donnerait de l'héroïne, enfin quand on regarde les
343 programmes d'héroïne, de substitution à l'héroïne par l'héroïne c'est ce qui marche le mieux
344 en vrai aujourd'hui faut regarder les programmes qui se font en Suisse ou en Hollande, les
345 résultats sont étonnants parce qu'ils prennent le plus d'échec et ça marche, alors
346 donc vous avez un avis plutôt critique par rapport aux soins qui sont proposés

347 moi je suis j'ai tendance à m'injecter le subutex c'est super en injection, pourquoi on n' en
348 donne pas ? enfin pour un toxicomane qui a du mal à décrocher du geste enfin de passer par
349 du subutex en injection plutôt que de lui filer des cachets qui sont absolument impossibles à
350 injecter, qui vous niquent les veines, moi j'ai bousillé mes veines grâce à ça, c'est là que j'ai
351 arrêté le subutex pour passer à la méthadone parce que justement ça devenait pas possible,
352 mais on veut pas vous donner du subutex en intra-veineuse, moi ça me convenait très bien,
353 j'avais trouvé le dosage qui m'allait et j'avais pas besoin de bouger et je vivais bien et j'avais
354 plus besoin de prendre d'héroïne, j'en ai pas pris pendant tout le temps où j'ai pris du subutex
355 en intra-veineuse donc c'était exactement de la substitution mais voilà c'est pas la bonne ah
356 ben merde alors et elle est faite en plus pour que vous vous abimiez, pour que vous vous
357 abimiez le corps, c'est super ah c'est vraiment un truc bon que la méthadone soit pas
358 injectable je comprends pis d'façon l'intérêt d'injecter la méthadone est moyen, ça assomme
359 vraiment et pis ça a aucun effet euphorisant
360 donc y avait une forme de dévier un peu l'utilisation de la forme prescrite ça vous allait mais
361 ça vous a abimé quand même
362 moi l'héroïne c'est un antidépresseur donc si on me donne pas l'équivalent qu'a l' effet
363 antidépresseur, l'effet antidépresseur de l'héroïne c'est le seul truc qui m'intéresse en fait
364 mm
365 c'est pas l'effet d'être défoncé
366 mais la méthadone n'a pas l'effet antidépresseur du tout de l'héroïne donc on me dit c'est pas
367 grave tu vas prendre la méthadone avec un antidépresseur mais ça va pas la tête , je remplace
368 un produit par deux produits dont je sais même pas si c'est pas plus dangereux, tellement
369 qu'ils ont été faits chimiquement par des gros connards dont on a aucun contrôle sur eux et
370 que eux font des marges juste énormes donc j'ai pas confiance du tout dans ces gens là ouais
371 vous avez pas confiance dans
372 les médicaments
373 dans l'industrie pharmaceutique
374 alors là absolument pas, à zéro pour cent
375 et ça vient s'immiscer un peu dans la relation de soin j'imagine, puisque vous n'avez pas
376 confiance dans ce qu'on vous propose et dans ce qu'on vous prescrit ?
377 oui disons oui bah disons que je sais que les médecins, par leur formation, ils sont biaisés oui,
378 eux, forcément ils y croient, sinon ils sont pas médecins, enfin si vous croyez pas... mais moi
379 je crois pas aux médicaments oui, disons je crois qu'on n'a pas besoin d'en faire autant qu'on
380 en fait aujourd'hui, et y a pas autant de nouvelles molécules à mettre sur le marché en vrai il y
381 a pas autant de brevets qui devraient exister je comprends pas euh le fait qu'on n'ait plus le
382 droit même nous de faire quoi que ce soit avec les plantes, les machins, enfin ça devient juste
383 du délire enfin quand on regarde comment la communauté européenne elle dit de faire moi si
384 demain moi je veux vendre de la vitamine C à haute dose, j'ai pas le droit, c'est interdit, c'est
385 pas normal, on a le droit de rien faire quoi
386 et tous ces interdits
387 tous ces interdits, voilà, tout ce qu'est... alors, les graines, pareil, vous avez pas le droit
388 d'acheter des graines, quand on se retrouve et des amis et voilà parce que ces gens là je sais
389 que c'est pas mes amis enfin ils sont pas là pour nous faire du bien
390 est -ce que vous pouvez en parler des fois avec votre médecin de ces doutes, de ces... ?
391 Ils s'en foutent, ça les fait rigoler
392 Ça les fait rire, dans le sens ça leur paraît... ? comment vous interprétez... ?
393 Bah je trouve ça normal, si vous avez passé six ans dans un système éducatif qui vous a qu'est
394 pas là pour vous faire douter vous allez pas vous-même aller regarder ce qu'il se passe et les
395 trucs un peu alternatifs, les problèmes mais j'attends, moi, de savoir ce qui va se passer sur les
396 antidépresseurs de 2eme et 3eme génération quand on va commencer à sortir les trucs on va

397 rigoler enfin je pense qu'on va rigoler parce qu'on nous dit aujourd'hui c'est quand même
398 bizarre aux états unis y a vachement d'enfants autistes y a vachement d'enfants ils ont quoi
399 combien de cas de bipolaires par an enfin un truc du style c'est du délire c'est pas possible
400 qu'ils aient autant de monde bipolaire alors soit ils c'est pas le bon diagnostic, ou je
401 comprends pas, soit les parents ils prenaient des antidépresseurs, on sait pas lesquels, ce serait
402 peut-être bien de s'intéresser à ce que prenaient les parents, pour voir si les enfants ils ont pas
403 des problèmes après, puisque qu'on dit oui le premier antidépresseur c'est l'héroïne hein et
404 c'est pas les grosses merdes qu'ont atterri dans les années 40 qui sont des espèces d'avions,
405 c'est comme soigner le cancer avec des... entre choisir la mort et pis d'aller faire brûler la
406 gorge, si j'ai un cancer de la gorge, je sais pas si j'irai me faire faire des rayons
407 Donc y a un doute, au-delà du traitement des addictions, sur le soin en général
408 C'est pas que j'ai un doute, je sais que ça marche, mais si vous voulez moi j'ai un doute sur la
409 méthode c'est pour gagner la guerre d'aller faire Hiroshima-Nagasaki je pense pas que c'est
410 nécessaire, enfin pour le corps c'est un peu pareil, à un moment, je préfère perdre moi si vous
411 voulez la guerre plutôt que d'être brûlé à vie et de plus rien sentir
412 Vous avez l'impression que ce sont de trop gros moyens avec des dangers ?
413 Je trouve que le l'enjeu le jeu n'en vaut pas la chandelle sur les cancers on est sur des
414 traitements à 1700 euros jour ça me pose un problème moi je vois pas comment on peut aller
415 donner à un laboratoire 1700 euros de médicament c'est pas juste le médicament je parle
416 même pas des soins voilà je parle même pas de la lourdeur thérapeutique de la chimio enfin si
417 là c'est de la chimio parce que justement la chimio c'est très cher bah je trouve que juste
418 surtout pour vous brûler au maximum avec des trucs super ciblés ah ouais ça détruit mais ça
419 détruit quand même tout ce qui il y a autour donc c'est pas non plus
420 Et le soin qui détruit, ça on revient un peu sur ces images là
421 Bah c'est ça
422 La chirurgie on détruit
423 La chimio, les rayons, tout ça c'est des soins agressifs quoi
424 Ah bah carrément
425 Et vous comparez avec la situation des soins ici aussi, le subutex, qu'on s'injecte, c'est un
426 soin agressif
427 Bah c'est un soin agressif parce que c'est un choix de....
428 quand c'est détourné
429 C'est un choix de santé publique, ouais, on a choisi de... que dans le cachet, on mettrait des
430 produits qu'il fallait pas exprès pour que ça foute la merde, c'est quand même... enfin c'est
431 volontaire, c'est pas moi qui l'invente, c'est quand même marqué euh sur la notice, on a tout
432 fait pour vous empêcher, alors ce serait bien que ce soit comme dans l'héroïne, comme dans
433 la méthadone, ou c'est vraiment imposs... enfin si y a un moyen chimique j'en suis sûr, mais
434 je le connais pas, là y aurait peut être un moyen de filtrer ou de nettoyer ou de machin, je le
435 connais pas, ouais faut être chimiste pour dans ces cas là soit baser soit machin
436 Ce que vous dites c'est que c'est pensé pour qu'effectivement on s'injecte pas
437 Bah bien sûr
438 Et donc avec cet effet nocif si on s'injecte mais en même temps on peut se l'injecter
439 Disons que avec le subutex, là où c'est vicieux, c'est qu'on peut en même temps, facilement,
440 pis alors pour peu que le mec il soit complètement con il prend une plus grande seringue pis
441 en plus il a moins de problème pour faire passer les petits bouts et alors là il se nique
442 complètement les veines
443 Donc là vous trouvez qu'il y a un effet un peu vicieux
444 Bah je trouve qu'il y a un effet vicieux, pour ceux qui ont des vrais problèmes d'addiction
445 là... et moi je l'ai enfin quand j'ai pris le subutex j'ai... tout de suite je suis tombé dedans j'ai
446 j'ai... c'est trop tentant

447 Mm
448 Parce que ça se rapproche de l'effet de l'héroïne, on n'est pas défoncé donc c'est super bien,
449 enfin moi j'avais pas besoin non plus, j'aimais pas prendre des doses de cheval, donc
450 Et comment ça s'est négocié avec votre médecin
451 Bah je lui est dit que je voulais repartir, que je repartais sur méthadone tout simplement, je lui
452 ai dit on va arrêter le subutex ça marche pas (*rires*) oui parce que bon après mais ça existait
453 quand ça a commencé comme substitut mais que c'était pas officiel ça existait en intra-
454 veineuse, on donnait comme ça aux tox enfin je veux dire les médecins qui étaient un peu
455 libéraux et voilà qui
456 Et qu'est ce qui a pu se négocier dans votre relation de soin finalement ?
457 Bah rien
458 Vous dites la fréquence c'est contraint
459 Bah après c'est contraint c'est 15 jours
460 Et après le traitement vous avez choisi la substitution et
461 Bah j'ai choisi
462 Et après par rapport aux désaccords ou positions un peu différentes que vous pouvez avoir
463 bah d'façon moi je suis obligé de m'accorder avec ce que veut le système. C'est plutôt moi
464 qui me rapproche de ce qu'on me demande parce que c'est pas très souple enfin c'est souple
465 si ce sont des hommes y a pas de enfin je les connais pas tous les médecins mais la plupart
466 sont, ont l'air, très, très, humains, c'est pas des gros cons, donc
467 et la souplesse elle est où ?
468 bah la souplesse elle est dans le cadre autorisé par la loi, voilà ils vont essayer de pousser un
469 peu aux encornures pour que ça passe un peu mieux voilà il font comme ça ils font cet effort
470 là mais c'est pas énorme enfin je veux dire pour moi
471 et pousser aux encornures ?
472 ça veut dire ben vous laisser une ordonnance sans vous voir, alors qu'ils sont obligés de vous
473 voir pour faire l'ordonnance normalement, ce genre de choses, sinon voilà parce que quand
474 vous travaillez, que vous avez des difficultés pour venir au RDV ça peut très vite devenir
475 compliqué
476 d'accord
477 moi je pense juste que ouais de toute façon voilà on a mis quand même 30 ans en France pour
478 distribuer de la méthadone aux toxicomanes, 30 ans par rapport aux Etats-Unis, oui c'est 30,
479 pas loin, c'est arrivé dans les années 60 la méthadone, pff, subutex c'est vieux aussi enfin
480 c'est pas d'hier, et la méthad..., l'héroïne sous contrôle médical c'est beaucoup plus récent,
481 ça fait 10 ans, mais ça marche terrible, et je comprends pas qu'on se jette pas dedans, ben
482 c'est sûr on va faire gagner moins d'argent aux labos parce que y a rien à faire, en réalité ça
483 coûte moins cher que un antidépresseur et de la méthadone
484 d'accord, euh, par rapport à la photo, est-ce que vous pourriez lui donner un titre ou une
485 légende, est-ce que vous l'accompagneriez de...
486 bah l'accueil (*rires*)
487 ouais
488 très original (*rires*)
489 d'accord, l'accueil
490 est-ce que si vous pouviez la modifier, la retoucher, voilà l'appréhender de façon un peu plus
491 dynamique comme ça, vous... ?
492 qu'est-ce que vous voulez dire par là ?
493 imaginez par exemple avec comme si vous aviez un logiciel, que vous puissiez
494 éventuellement
495 ah qu'on puisse la toucher ?
496 ouais

497 moi je la rendrais un peu plus lumineuse, les couleurs, que ce soit un peu moins triste sinon
498 plus lumineuse, c'est-à-dire, est-ce que c'est une question d'exposition de lumière
499 ouais je pense
500 ou la couleur des murs ou du sol ou des... ?
501 non non bah non la couleur des murs elle est neutre, le sol est très moche, le vert avec le jaune
502 enfin bon c'est pas très joli mais on s'en fout un peu, pour moi c'est pas là pour être un lieu
503 qui soit beau déjà, non je le rendrais juste plus clair parce que là c'est sombre
504 c'est pas un lieu fait pour être beau mais par contre il est sombre, et du coup il est un peu
505 triste ?
506 de toute façon la vraie exposition c'est un peu plus, c'est moins triste
507 mm
508 quand vous regardez comme ça vous trouvez que le lieu est un peu triste ?
509 là je me dis que ma photo est un peu triste, ouais (*rires*)
510 ouais ?
511 elle est pas franchement gaie, mais c'est pas voulu, je pense, je l'ai fait vite, mais oui voilà, si
512 j'étais un bon photographe j'aurais fait peut-être un peu plus de... que là ce soit un peu plus
513 exposé (*montre l'espace de la fenêtre sur la photo*), que ce soit un peu plus exposé au second
514 plan
515 ouais
516 ça... de façon à ce que ce soit moins triste, après là il y a le fait d'avoir les blouses, les
517 machins, ça fait hôpital donc ça peut faire flipper aussi hein, inconsciemment quand on voit
518 une blouse blanche je pense pas qu'on soit rassuré
519 ça fait flipper la blouse blanche ?
520 je sais pas, moi pas trop, mais oui je pense
521 c'est un gage de sérieux bah si vous êtes à l'hôpital c'est toujours un peu inquiétant, pourquoi
522 vous êtes à l'hôpital, qu'est-ce qui vous arrive... ah c'est grave, c'est pas grave, enfin j'ai déjà
523 fait des rayons donc, quand vous voyez des gens qui ont le cancer qui sont soigner par rayons
524 en plus, c'est... ça m'a pas vraiment très plu quoi
525 mm d'accord, donc l'exposition, et notamment quand vous dites second plan c'est vers
526 l'arrière un peu, du coup plus près de la porte
527 ouais
528 plus près de la porte
529 d'accord
530 ok mais c'est vraiment que la lumière rentre pas tant que ça
531 pis là c'est le flash
532 mm ok
533 est-ce que vous voulez rajouter quelque chose sur celle-ci ?
534 non, j'ai tellement digresser que (*rires*) que ça va
535 donc alors
536 je pensais pas que je parlerai comme ça
537 vous voyez finalement, alors ensuite c'est celle-ci mm
538 ouais
539 le bureau parce que c'est là qu'ont lieu les fameux entretiens avec les psychologues et les
540 psychiatres je pense pas que et après pour ceux qui voient des assistants social assistants ou
541 assistantes voilà
542 donc là c'est le lieu des entretiens, des consultations
543 en décrivant déjà la photo
544 alors là, plus neutre tu meurs. Alors là y a votre ordinateur mais normalement y a pas
545 d'ordinateur voilà une table deux chaises un peu de lumière par le haut, mais on pourrait être

546 dans une salle d'interrogation, d'interrogatoire chez les flics ou... alors la c'est pareil, c'est
547 très administratif
548 plus neutre, tu meurs ?
549 oui plus neutre ouais ou plus administratif entre guillemets mais c'est pareil c'est pas un truc
550 qui me touche pas moi ce genre de truc bah y a des gens que ça doit toucher le lieu
551 vous y êtes pas spécialement sensible ?
552 pas de prime abord, plus maintenant peut être, j'y fais plus attention maintenant, mais c'est
553 vrai qu'avant, je m'en foutais du lieu ou, je m'attachais pl..., j'étais plus intéressé par la
554 propreté que...
555 ouais c'est un critère important aussi ?
556 bah pour moi c'est un critère plus important que l'aspect esthétique
557 d'accord, donc là y a pas de recherche esthétique particulière hein c'est épuré
558 ouais mais je m'en fous. Après c'est vrai qu'on vient discuter avec quelqu'un, on voit la
559 personne,
560 que les murs soient jaunes ou...
561 ça n'influence pas
562 non, d'ailleurs on voit pas que les murs sont jaunes, ils sont blancs, alors qu'ils sont jaunes
563 mais vous préféreriez la photo avec la couleur plus blanche
564 c'est vrai que c'est plus joli comme ça que jaune mais l'autre c'est vrai que la couleur... et
565 elle est floue
566 mm
567 et elle est floue aussi
568 en même temps on s'imagine pas qu'elle soit floue, c'est vrai qu'elle est plus réaliste
569 mm celle-ci ou l'autre
570 bah celle qui est toute floue
571 celle-ci mm
572 mais c'est pareil c'est super terne du coup sans flash là ça donne un côté... bah gardez l'autre
573 parce que c'est net mais bon moi je m'en fous en même temps
574 donc y a à la fois la couleur et la lumière
575 donc vous dites y a quand même quelque chose autour... d'un peu mortifère
576 plus là dans le vrai que dans le... là, ça fait plus école, avec le côté blanc du mur et le fait...
577 ouais,
578 c'est pas mortifère mais c'est pas très gai
579 triste, aussi
580 peut être, mais c'est vrai que ça me gêne pas
581 qu'est-ce qui rend ce lieu là plus vivant ?
582 bah après c'est la discussion que vous aurez avec le praticien
583 mm
584 parce que le lieu voilà, le lieu en lui-même, il s'oublie quoi, ça devient un... qu'un cadre
585 le lieu il s'oublie...
586 bah vaut mieux
587 la relation la discussion permet que le lieu s'efface et c'est aussi bien
588 je pense
589 donc vous compariez au départ le lieu à la salle d'interrogatoire chez les flics, quelque chose
590 d'assez oppressant comme ça
591 là ça peut rappeler ça ouais, bah de façon les bureaux de flics ressemblent ce sont des
592 bâtiments qui datent de la même époque, XIXème, XVIIIème, vieux on va dire, donc peu
593 adaptés à ce qu'on en attend aujourd'hui
594 et par rapport à la relation avec le praticien ?
595 bah le lieu n'a rien à voir avec la relation, je pense

596 qu'est-ce qu'est différent dans la relation que ce que le lieu peut renvoyer ?
597 bah après ça dépend du praticien, c'est celui qu'est plus ou moins euh je sais pas
598 dans votre expérience ?
599 dans mon expérience, c'est une relation professionnelle, voilà, d'un psy à un patient, je sais
600 pas, c'est toujours la même chose, on parle beaucoup
601 mm
602 c'est des relations où on parle beaucoup, c'est une relation... on passe son temps à parler quoi
603 ouais ?
604 je sais pas
605 à quoi vous pourriez comparer les entretiens ?
606 bah, un psychiatre, un psychanalyste c'est la même chose, quoi voilà
607 donc la place en tout cas centrale de la parole, de la discussion, de la parole
608 vous voulez dire l'entretien ?
609 mm
610 ouais
611 qu'est ce qui se joue pour vous dans ces moments d'entretien ?
612 bah c'est de trouver des voies pour se soigner, si on est là pour se soigner, sinon... bah je
613 viendrais pas toutes les deux semaines
614 mm
615 des voies au sens des chemins, des solutions, des... ?
616 ouais, ouais, oui, oui, c'est un peu à vous de les trouver donc, bah avec le psychologue c'est le
617 traitement, on va prendre un traitement, il va y avoir des rechutes ben voilà, avec le
618 psychologue, le psychiatre, le psychiatre c'est pas celui qui... non psychologue, c'est le
619 méd..., le psychiatre, c'est le médecin, à chaque fois, j'ai un doute, psychiatre c'est le
620 traitement, et psychologue c'est
621 c'est pas simple au niveau des (*rires*)
622 non j'ai toujours un problème avec le psychologue et le psychiatre, je sais jamais lequel est le
623 médecin, et l'est pas, et avec le psychologue, bah voilà, enfin c'est plutôt plus... ça ressemble
624 plus à une thérapie chez un analyste, c'est la même chose
625 mm
626 il parle un peu plus le psychologue que, que le psychanalyste
627 et les lieux sont différents ?
628 chez le psychanalyse oui, c'est souvent un cabinet privé sauf si c'est dans l'hôpital, c'est plus
629 cosy, ça va être une chambre d'appartement, ou dans une maison, selon le niveau social de la
630 personne, et avec un lit ou un fauteuil plus confortable ouais que le fauteuil de bureau, genre
631 classe, genre bureau qu'y a ici, ouais, sinon c'est la même chose
632 y a un certain flou des identités soignantes ici, « je sais pas trop qui est le psychiatre, qui est
633 le psychologue » ou pas ?
634 mm par rapport à ceux que je connais ou pas ?
635 mm
636 bah c'est marqué sur leur blouse
637 mais pour vous finalement par rapport à votre expérience, c'est pas si distinct que ça ?
638 ah non ah non, ils ont une blouse blanche, si vous regardez pas ce qu'il y a marqué, vous
639 savez pas qui est psychiatre, psychologue ou infirmière
640 et c'est plutôt quelque chose que... qui vous dérange pas
641 ah non
642 que vous appréciez, qui vous dérange ?
643 bah d'façon si on veut savoir, suffit de se rapprocher de la personne pour savoir, de lui dire
644 bonjour et de lire son badge donc non, ça me dérange pas, c'est bien que ce soit affiché, c'est

645 bien que ça soit pas trop voyant, pas qu'y ait marqué docteur sur le front voyez, infirmière, ou
646 psychologue (*rires*)
647 comme le patient ?
648 c'est pareil
649 même si après voilà, les médecins ont toujours ce côté un peu je suis médecin, docteur, bah
650 ouais tout le monde fait pas docteur
651 bah c'est ce que disent les psychologues moi je suis pas psychologue mais eux ils parlent de
652 la différence, donc c'est qu'il y en a une, de toute manière y a pas un conflit mais euh, y a une
653 différence sociale clairement. C'est moi qui suis en thérapie mais c'est mon psychologue il
654 m'en parle (*rires*)
655 desfois
656 ça se croise un peu ouais (*continue à rire*)
657 comment vous vous sentez en général pendant les entretiens, c'est plutôt des moments... ?
658 bah ça dépend si on a envie d'y aller à ce moment là ou pas, comme le RDV on le prend en
659 avance
660 ouais, y a des choses qui vont se jouer même avant même... selon l'état d'esprit dans lequel
661 on est en arrivant
662 ça joue pas selon l'état d'esprit mais... le fait d'avoir l'entretien, je veux dire, mais c'est l'état
663 d'esprit qui joue sur l'entretien
664 oui, c'est dans ce sens là
665 oui, si vous avez pas envie de parler ce jour là c'est un peu chiant, vaut mieux l'annuler et dire
666 tiens je reviens dans quinze jours
667 oui, y a un moment où on se sent pas disponible pour...
668 bah y a des jours on n'a pas envie de parler quoi, juste...
669 ça peut, à ce moment là, vécu de façon contraignante, vaut presque mieux l'annuler
670 avec le psychiatre, le médecin, c'est pas gênant parce que on peut aller vite, comme il est
671 souvent en retard, le mien il est souvent en retard, si vous faites un truc de trois minutes il est
672 content, il va récupérer un peu de retard (*rires*), donc ça va pas le gêner quoi
673 donc vous dites avec le médecin, si vous avez pas envie de parler, vous pouvez venir et à ce
674 moment là, bah voilà vous allez pouvoir vous même...
675 prendre l'ordonnance et
676 donc l'entretien peut être court et
677 l'entretien peut être assez court, d'habitude en général ils prévoient un quart d'heure, si il double
678 un RDV il aura plus que sept minutes
679 par contre avec le psychologue si vous êtes pas disponible
680 bah c'est pareil, vous annuler votre RDV ou lui dire j'ai pas envie de parler aujourd'hui mais
681 voilà et pis on arrête là
682 ça vous arrive souvent ça d'annuler un RDV parce que vous avez pas envie de parler?
683 Euh non, ça m'est déjà arrivé mais j'ai plutôt tendance à pas venir quand j'ai vraiment pas
684 envie de venir ou j'appelle si... ça m'arrive mais pas excessivement, une fois tous les dix
685 RDV allez on va dire, une fois sur dix
686 Ouais
687 C'est peut être normal je pense, mais ça m'arrive aussi de venir et de pas avoir trop envie de
688 venir, de me forcer à venir desfois
689 Qu'est-ce qui fait que desfois vous allez vous forcer à venir et desfois vous allez plutôt
690 annuler ?
691 Euh mon état psychologique
692 Mm, et qu'est-ce qui va faire là, la frontière ?
693 Bah c'est ma motivation, ma capacité à se lever (*rires*)
694 Ouais

695 à mettre un pied en dehors de son lit ou
696 ouais, qu'est ce qui peut influencer là-dessus ? ça va dépendre de quoi ?
697 euh d'être dans cet état là ? bah de plein de choses, la vie, si vous avez pris de la drogue, pas
698 de drogue
699 Mm
700 Ou si c'est après, que vous avez pris de la drogue et que... pendant trois jours, moi je mets
701 trois jours à m'en remettre
702 Mm
703 Bah voilà pendant trois jours c'est juste je déprime
704 Donc la prise de drogue, qui fait déprimer, qui fait perdre la motivation
705 Non la prise de drogue ça va ça ça dure deux-trois jours, ça ça va, à part que bon que vous
706 maîtrisez pas tout de votre vie de tous les jours mais sinon vous êtes bien mais c'est les trois
707 jours après qui sont difficiles
708 Une descente un peu
709 Bah c'est le fait de pas repasser sous méthadone y a plus du tout d'effet somatique quoi
710 Donc la capacité à se lever, à aller au RDV c'est en fonction de...
711 Bah quand vous déprimez c'est même pas possible, je vais mettre mon fils à l'école, je vais
712 me recoucher, c'est déjà le max que je peux faire
713 Mm
714 Déjà c'est important d'amener votre fils à l'école
715 Mm, j'ai pas le choix
716 et puis ensuite si il vous reste un peu d'énergie ou pas de venir ou pas
717 oui, voilà (*rires*)
718 donc ça c'est ce qui se passe arrive à vous et à votre vais, quand vous annulez, votre
719 thérapeute, qu'est-ce qu'il sait ou perçoit de ce qui vous arrive dans ces moments là, comment
720 vous reprenez ça avec lui ?
721 je sais pas, je lui ai jamais demandé
722 bah comme ça arrive rarement, ça a dû arrivé trois-quatre fois et ces trois-quatre fois j'ai...
723 desfois j'y vais déjà parce que je veux pas venir et parce que je j'ai oublié d'appeler pour
724 annuler donc il sait juste que je suis pas venu mais soit pour une raison professionnelle soit
725 parce que j'ai pas eu envie de venir mais on en reparle pas trop non
726 en général vous en reparlez pas trop ?
727 non, parce que moi j'ai jamais mis le sujet sur le... lui non plus hein
728 mm
729 je suis pas non plus absent....
730 Ça n'arrive pas souvent
731 Non
732 Donc suffisamment pour ne pas spécialement être parlé ?
733 Ouais, c'est ça
734 Que du coup
735 Ça me gênerai pas d'en parler mais c'est vrai que j'ai jamais repensé à en parlé
736 Mm, mais ça n'altère pas la suite
737 Mm je pense pas,
738 Et pour vous c'est peut être...
739 ça me gêne pas que ce soit verbalisé, c'est juste que j'ai même pas pensé à en parler ouais
740 D'accord
741 Disons que je vois pas l'intérêt, peut-être qu'il y a un intérêt dans la thérapie mais comme ça
742 n'a pas de relation pour moi avec la thérapie, le fait d'avoir envie ou pas envie de venir, bah
743 après oui si y a le sujet ça me gênerai pas d'en parler mais je l'ai pas amené et le l'amènerai
744 peut être pas spécialement sur le tapis

745 Mm y a la question qu'en entretien les sujets abordés c'est souvent ce que vous décidez
746 d'amener sur le tapis
747 Oui souvent oui quand même bah comme avec un psychanalyste y a ce côté c'est à vous de
748 faire la discussion
749 C'est à vous d'initier et d'alimenter la discussion ?
750 Bah le psy il si il voit que vous parlez pas il va commencer à lancer la discussion mais dans ce
751 cas y a des chances pour que la discussion lancée n'ait pas de valeur, qui à vous... va vous
752 amener rien
753 Mm
754 Vous faites que répondre et discuter
755 Et qu'est ce qui va en général se jouer au début comme ça, à savoir est-ce que vous allez
756 amener quelque chose ou attendre?
757 Bah ça dépend des jours, y a des jours, je vais dire ce que j'ai envie de dire mais ça va très
758 vite, quand vous voyez quelqu'un tous les quinze jours, y a pas non plus, en quinze jours il se
759 passe pas non plus trois tonnes de choses
760 Mm
761 Ouais parfois vous pouvez être un peu en panne de choses à dire ?
762 Ouais ouais ouais de quoi raconter oui, dans ce cas on parle de n'importe quoi c'est (*rires*) ça
763 vire sur le temps ou je sais pas quoi y a toujours un truc à raconter non pis celui que je vois ici
764 y a toujours un bon truc... voilà il sait rebondir quoi
765 Il sait rebondir
766 Bah si il voit que vous avez pas envie de parler, il va parler d'autre chose et voilà qui je pense
767 qu'il passe un bon moment plutôt que de se regarder en chien de faïence et rien à se dire, si il
768 voit que vous avez pas envie de parler de trucs sérieux...
769 Mm
770 en même temps j'arrive pas à percevoir l'intérêt, excusez-moi, l'intérêt réel de la thérapie
771 enfin c'est bien de parler mais je vois pas le but réel, à part que c'est une espèce d'aide mais
772 je (*pause*)
773 desfois vous le prenez un peu avec légèreté ?
774 je le prends comme un moment, comme si j'allais prendre un café avec un copain ou...
775 mm
776 au moins je vais pouvoir parler et dire ce que j'ai à dire et pis si j'ai rien à dire discuter avec
777 quelqu'un c'est juste pas désagréable quoi
778 donc vous choisissez d'utiliser ce moment d'une certaine manière ou pas en fonction de l'état
779 d'esprit
780 bah après je sens bien aussi que j'ai envie de parler de trucs et que je vois que le thérapeute il
781 est sur autre chose et
782 que desfois ça se rencontre pas ?
783 desfois ça se rencontre pas ouais
784 et à ce moment là vous faites comment ?
785 bah je laisse faire je vais pas revenir sur un truc où y a pas d'accroche ou
786 vous insistez pas ?
787 non, si je vois que le thérapeute part sur autre chose c'est soit qu'il a pas compris soit que ça
788 l'intéressait pas
789 donc il va partir sur autre chose et quand il va vous interpeller sur cette autre chose qui vous
790 intéresse peut être pas ce jour là ?
791 bah je peux répondre, c'est comme un changement de sujet dans une conversation
792 et à votre avis à quoi il va percevoir que vous avez envie de parler ou pas ?
793 je sais pas après c'est les psys, ils ont peut-être des outils (*rires*)
794 à votre avis hein je... ?

795 je sais pas, votre façon de vous tenir, le regard fuyant, pas fuyant, je sais pas, plein de choses
796 de psy quoi, je sais pas
797 d'accord
798 mais je pense qu'il y a moyen oui, après y a moyen de le tromper aussi, y a des gens qui sont
799 très bons pour tromper des psys, tout dépend de votre degré de... enfin de manipulation des
800 gens ou pas
801 mm
802 moi ça m'intéresse pas, mais y a des gens qui manipulent, même un psy, ils font ce qu'ils
803 veulent après
804 mais vous ça vous intéresse pas ?
805 bah je vois pas l'intérêt d'aller voir un psy si c'est pour lui faire croire qu'on va bien, lui faire
806 croire qu'on est autre chose que ce qu'on est
807 mm
808 puisque justement si vous êtes pas con ben il suffit de faire bah l'état que vous prétendez
809 avoir et c'est facile de... d'arnaquer quelqu'un
810 moi je vois pas l'intérêt bah ou alors pour avoir des prescriptions (*rires*) éventuellement mais
811 sinon
812 c'est le seul domaine où parfois...
813 c'est le seul domaine... enfin même pas, j'ai même pas besoin. Si vous avez besoin de
814 quelque chose vous le demandez si c'est autorisé on vous le donne si c'est pas autorisé bah on
815 vous le donnera pas donc
816 y a une instance aussi supérieure que le praticien, c'est la loi, les conditions de délivrance
817 est-ce que vous pourriez lui donner un nom, une légende
818 (*rires*)
819 C'est la même question que...
820 Une légende, un nom... salle d'entretien, je sais pas, bureau, salle d'entretien
821 salle d'entretien plus que bureau ?
822 mm
823 (*pause*)
824 Est-ce que vous feriez des modifications particulières ?
825 Euh ben je m'en fous, en terme de confort pour les praticiens, les fauteuils sinon bah après
826 c'est pas ouais c'est juste une question de look après pour des gens c'est important, pour moi
827 c'est pas important, ouais, je comprends que pour d'autres... y a les bigots, y a des gens qui
828 aiment bien les bijoux, le maquillage, ou je sais pas, y a des filles et ben elles sont obligés de
829 se maquiller voilà, y en a d'autres elles se maquillent pas
830 La question de la parure appliquée au lieu quoi
831 Oui c'est un peu ça
832 Est-ce qu'on décore, est-ce qu'on décore pas
833 exactement ouais, dépouillé ça me gêne pas du tout, le côté spartiate m'a jamais gêné
834 ouais je pense qu'il y a un côté spartiate ouais ça ressemble à chez moi (*rires*) y a le minimum
835 voilà de... une table, deux chaises, des toilettes, rouges en plus, hein voilà
836 mm
837 ça ressemble à chez vous un peu ici, dans le côté spartiate alors ?
838 bah ouais moi je suis en HLM donc c'est côté fait par les mêmes ouvriers qui travaillent pas
839 très bien et avec des matériaux pas très chers, c'est pareil, dans ce côté-là ouais, comme une
840 école c'est toujours pareil on est toujours dans le même genre d'économies
841 des qui portent... à la fois ils sont simples, minimalistes, on sent qu'ils ont été faits d'une
842 façon un peu économe, ils sont fonctionnels
843 ouais ils sont fonctionnels, sans plus
844 Mm

845 Après moi je sais pas je suis pas praticien c'est les gens qui le vivent au quotidien qui peuvent
846 avoir... à part pour ceux qui viennent tous les jours mais eux oui je pense qu'ils ont des
847 choses à dire ouais mais moi je viens une fois tous les quinze jours et c'est pas très gênant que
848 le confort soit minimum
849 Je pense pas que ce soit un choix, c'est économique bah je pense pas que les frais de
850 fonctionnement ils privilégient les donations aux travaux assez conséquentes pour refaire les
851 lieux tous les cinq ou six ans je pense pas que ce soit un choix, je pense que c'est une
852 contrainte économique, que ce soit simple et pas cher
853 Donc c'est une contrainte imposée au lieu
854 Oui je pense, bah ça coûte cher déjà d'accueillir les toxicomanes, c'est un sacré poids pour la
855 société, y a quand même quoi dix personnes qui bossent pour en accueillir une centaine je sais
856 pas on est combien dans le centre ?
857 Je sais pas
858 Il doit bien en avoir une centaine ou deux cent
859 Bah c'est pas énorme par rapport au nombre de gens employés quoi parce que y a quand
860 même bien quinze personnes qui bossent
861 Parce que spartiate quelque chose comme ça dans le côté assez lourd euh comme dispositif ?
862 Euh pardon que... ?
863 Je sais pas, je fais un lien vous dites finalement ça remplit une mission assez assez lourde, ça
864 concerne beaucoup de gens peut être peu de personnel peut être que y a, ça...
865 Que ce soit spartiate ?
866 Je sais pas
867 Je pense que c'est juste une question de sous voilà et voilà comme c'est as un truc... on paye
868 pas nous donc y a pas de rentrée financière, sur un lieu comme ça c'est que des dépenses,
869 c'est une charge complète pour l'état ah c'est la santé publique donc l'état le fait après je
870 comprends qu'il le fasse en mettant le moins d'argent possible voilà ça me choque pas, après
871 c'est aux praticiens de dire ce qu'ils ont besoin, pour ceux qui savent
872 Donc c'est un lieu qui... en tout cas, les comparaisons que vous avez pu faire, c'est la salle
873 d'interrogatoire
874 Mm
875 et puis chez vous finalement, enfin pour des raisons différentes
876 Pour des raisons différentes ouais
877 Y a d'autres endroits que ça peut vous évoquer ?
878 Que ça pourrait m'évoquer
879 L'école aussi vous avez dit avec le mobilier
880 L'école aussi oui, on pourrait se croire dans le coin d'un bureau on voit juste voilà la place
881 d'un élève ou deux élèves
882 Ça ferait comme un zoom dans une salle de classe
883 Exactement ça ferait un peu comme si on avait zoomé dans une salle de classe, c'est pareil
884 c'est le côté administratif voilà HLM
885 L'école dans le côté administratif comme l'accueil, pas dans le côté symbolique
886 pour le côté look ce genre de revêtement on voit ça partout dans les écoles aussi les trucs à
887 peindre comme ça
888 mm d'accord
889 je sais pas ça m'évoque ça après c'est aussi parce que j'ai été dans des trucs qu'étaient vieux
890 et là comme cet hôpital
891 c'est un lieu qui est assez vieux
892 ici ? ouais je pense ça a un 500 ans, 600 ans un truc comme ça
893 et

894 bah ça veut juste dire qu'il est plus du tout adapté après desfois ils le réutilisent comme celui
895 dans le (*nom de quartier*) ils sont jolis c'est tout enfin c'est comme (*nom de la ville*) c'est
896 juste joli... de l'extérieur
897 mm
898 à l'extérieur c'est joli, à l'inverse peut être de la tristesse des lieux
899 bah c'est typiquement (*nom de la ville*) ça (*rires*) d'extérieur c'est toujours plus joli (*nom de*
900 *la ville*), à l'intérieur pff
901 donc ça vous rappelle la ville aussi
902 dans ce sens là
903 mais là, on le voit pas, qu'à l'extérieur c'est chouette, mais oui, c'est vrai, moi j'étais dans un
904 lycée qui était super chouette, ça ressemblait à ça à l'intérieur (*rires*)
905 d'accord, ce contraste là intérieur-extérieur
906 mais dans tous les lycées je pense, sauf ceux qui sont déjà moches
907 une façade qui peut être belle mais
908 une façade (*d'immeuble ancien*) voilà
909 mm
910 et pour finir je voulais juste qu'on puisse un petit peu mettre en relation les deux photos à
911 savoir vous comment les mettez en relation
912 c'est-à-dire ?
913 c'est-à-dire au début vous m'avez dit bon de toute façon je vois un peu que ces deux lieux là
914 qui sont significatifs, c'est la façon dont vous compareriez les deux photos dans leur
915 ressemblance ou dans leur différence ou dans le type de lien que vous pouvez faire entre les
916 deux ?
917 bon bah disons que pour aller là faut passer d'abord dans le premier lieu puisque y a un ordre
918 imposé
919 mm
920 y a forcément l'accueil en premier et puis le
921 voilà
922 la salle là en deuxième, d'entretien
923 et donc moi c'est toujours ça accueil- entretien- accueil, c'est toujours ça
924 une routine un peu
925 une routine
926 et en mettant les deux photos en parallèle ?
927 pause
928 en même temps moi dans la tête c'est le même lieu
929 y a une unité de lieu
930 oui c'est le fait qu' il y ait une unité de soin
931 vous sentez un peu l' unité de l'équipe de soin ?
932 on le voit dans le rapport quand ils discutent entre eux c'est une équipe, qu'il se fréquentent
933 tous les jours, bon, après, on voit qu'ils s'apprécient plus ou moins mais
934 donc y a une unité de lieu, une unité d'équipe
935 bah oui parce que comme leur salle de repos elle est juste derrière, y a aussi le fait comme ça
936 ils sont sûrs de passer par l'accueil pour aller en salle de repos ou pas loin en tout cas, je
937 pense que c'est aussi voulu ça doit être du management je sais pas
938 donc c'est le même lieu, euh donc on passe avant à l'accueil
939 mm
940 avant d'aller à la salle d'entretien
941 est-ce qu'il y a d'autres choses qui vous viennent ?

942 euh là non non à moins que vous ayez des idées dans ce genre d'associations d'idées mais
943 euh... moi je vois surtout le rapport chronologique par ce que c'est des lieux différents bah
944 voilà ça c'est
945 pour un entretien privatif quand vous êtes à l'accueil vous pouvez parler à tout le monde
946 public-privé, y a un peu ça ?
947 ouais, c'est surtout ça la différence, sinon pour moi c'est la même... voilà y a pas de grosse
948 différence entre ce lieu là et l'autre à part que là on vous assure que c'est un entretien privé...
949 et clos
950 et privé ça... ça englobe quoi pour vous ?
951 bah ce qui est sort dans l'entretien reste entre le praticien et
952 le secret ?
953 le secret professionnel, entre guillemets, bah je sais bien que les praticiens parlent de leurs
954 clients, de leurs patients mais, sans donner leur nom, c'est ça le secret (*rires*)
955 le secret et c'est clos vous dites
956 ouais
957 un lieu un peu plus ouvert, un lieu plus clos
958 mm
959 public-privé, pis c'est le même lieu

Entretien 10 : Maria

- 1 C : Vous voulez commencer par quelle photo, celle de la statue ou celle-ci ?
2 P : La statue
3 La statue
4 Est-ce que vous pouvez me décrire cette photo ?
5 Bah moi quand je vois cette statue, euh les fois où je suis mal, quand je viens ici c'est que
6 je... je... c'est quand même... c'est pour gérer mon angoisse
7 Mm
8 Euh donc, quand je vois la statue, c'est que je suis arrivée, c'est que je suis arrivée, je vais
9 avoir de l'aide
10 D'accord
11 voilà, parce que là, ça y est, je vais pas cesser le cap, ou ça y est, je vais pas partir, je vais pas
12 me sauver... Une fois que j'ai vu la statue, c'est comme si je suis rentrée, voilà
13 c'est le premier signe quand vous arrivez...
14 c'est le vrai signe
15 le vrai
16 le vrai signe pour moi, c'est pas l'hôpital de l'extérieur, le drapeau et tout certainement pas,
17 mais c'est à l'intérieur et ce côté-là parce que ce côté-là c'est pour aller vers (*nom du csapa*),
18 qui est ce qui m'intéresse ici
19 c'est un peu signe que vous arrivez à bon port ?
20 voilà pour moi c'est d'façon pour moi c'était (*nom de l'artiste qui a donné son nom au csapa*)
21 c'est-à-dire que vous êtes convaincue que le buste représente (*nom de l'artiste qui a donné*
22 *son nom au csapa*) ?
23 oui, je pensais que c'était (*nom de l'artiste qui a donné son nom au csapa*), mais si j'avais
24 vraiment cherché, j'aurais pu comprendre que c'était pas lui, mais
25 vous aviez imaginé que...
26 parce que lui il parlait de l'opium, de plein de choses, (*nom de l'artiste qui a donné son nom*
27 *au csapa*), c'est pas par hasard qu'ils l'ont nommé (*nom du csapa*), donc voilà, mais bon, bon
28 je m'en fichais un peu, je m'en fiche un peu que ce soit (*nom d'un médecin donné à l'hôpital*)
29 ou (*nom de l'artiste donné au csapa*), pour moi c'est (*nom de l'artiste donné au csapa*), parce
30 que je viens à (*nom du csapa*), voilà
31 d'accord
32 et donc pour vous c'est pas pour rien que le nom de (*nom de l'artiste donné au csapa*) ait pu
33 être choisi pour baptiser ce lieu ?
34 ah bah maintenant, parce qu'avant j'en savais rien du tout, je m'en fichais moi, mais une
35 statue, c'est toujours important parce que, souvent, on vous dit... quand vous commencez, par
36 exemple, dans la substitution, on vous dit euh (*pause*) « vous allez revenir, vous devez revenir
37 souvent » et bon, et donc, y a beaucoup de gens que ça gêne, parce que ils se disent que bon
38 bah ils sont obligés. Moi, ça ne m'a jamais gênée, parce que moi, je... moi, j'avais même dit
39 « moi, il faut venir à genoux et embrasser les pieds d'une statue tous les jours », vous voyez,
40 là, je m'en rappelle, « c'est tous les jours je le fais », parce que j'ai pas le choix, je dis « pour
41 moi c'est rien par rapport à aller chercher de la drogue tous les jours », alors l'argent, après, la
42 drogue, après... enfin bon, tout le temps... à la fin, quand ça me fait plus rien et que, de toute
43 façon, j'en ai marre, j'ai envie de faire autre chose de ma vie, mais j'y arrive pas euh pour moi
44 la substitution c'était une sortie, voilà, mais comme je suis parmi les 52 premiers, on va dire
45 que bon, je me suis moi-même chronicisée, je vais pas dire que ce sont les autres qui m'ont
46 chronicisée, faut quand même pas déconner non plus, mais euh, je...voilà, je...
47 vous évoquez, à travers la substitution, une dimension de contrainte, où y a pas le choix de
48 venir très souvent ?

49 bah y a que c'est une contrainte, et la statue elle est carrée celle-là en plus
 50 elle est vraiment carrée, elle peut symboliser cet aspect là
 51 voilà, c'est pour ça que celle-là, elle symbolise la substitution
 52 la substitution, c'est quelque chose de carré ?
 53 et c'est un cadre
 54 un cadre
 55 le cadre dont j'ai besoin
 56 un cadre utile ?
 57 le cadre, c'était pas la substitution, c'était (*nom du csapa*)
 58 c'était le lieu plutôt
 59 oui, (*nom du csapa*), c'était un grand utérus
 60 mm et puis vous dites il y a une dimension aussi de rituel qu'a pu s'installer quand vous
 61 faisiez référence à finalement c'est un petit peu comme si vous alliez honorer la statue tous les
 62 jours quelque chose comme ça
 63 oh non je vais pas l'honorer, non non, j'honore pas moi, je je je fais ce qu'elle veut, la statue,
 64 parce que après j'ai mon produit et on est tranquille, je mets pas de sentiments dans la statue
 65 hein donc euh même si j'avais embrassé les pieds, c'est pas pour de vrai que je les aurai
 66 embrassés
 67 dans quel sens vous disiez ça ?
 68 bah je dis ça pour de vrai, par les genoux j'aurais arrivée et je lui embrasse les pieds
 69 mm
 70 mais c'est pas pour ça que j'ai du sentiment dedans
 71 bien sûr
 72 voilà, je peux me dissocier, comme beaucoup de gens, je me dissocierai... Si on m'avait
 73 demandé ça, je l'aurais fait, j'avais pas le choix
 74 (*sonnerie de téléphone*)
 75 donc vous dites (*nom du csapa*) ça a été un moment le cadre dont vous aviez besoin ?
 76 ah bah oui, ça a été le cadre, ça, c'est, ça a été un cadre assez rigide et assez souple pour aussi
 77 faire en sorte que... que j'arrive à... à vivre quoi
 78 mm
 79 voyez, même là, trente ans après, bah j'arrive avec vingt minutes de retard, bon, bah mon psy
 80 me prend, parce qu'il sait que je fais le maximum, que c'est pas... voilà que je... d'ailleurs, la
 81 plupart du temps, je ne dis pas de raison, parce que je les ai toutes entendues les raisons, et pis
 82 je trouve que y a pas de bonne raison d'être en retard mais bon, c'est quelque chose où
 83 j'essaye, mais c'est vraiment plus fort que moi quoi donc euh parmi mes angoisses, je fais ce
 84 que je peux et, parfois, il me dit « on est dans un espace-temps personnel à nous deux », voilà
 85 ce qu'il me dit pour me pour me déculpabiliser, puisque quand j'arrive à midi et demi, c'est
 86 mon heure, là, je suis gênée parce que je me dis et comment il va manger ?
 87 mm
 88 et alors il me... c'est pour ça qu'il m'avait dit ça
 89 mm d'accord, vous dites, en tout cas, un cadre qui a pu être assez rigide et assez souple et
 90 vous me donnez une forme d'exemple de souplesse dans, par exemple, les horaires
 91 ah bah oui, de souplesse, un minimum, je dis pas trop longtemps, j'essaie d'être courtoise et
 92 ça, c'est vrai, je suis quelqu'un de très affable, de façon réelle, bon c'est pas une faiblesse,
 93 c'est une force, c'est quelque chose que je suis, j'aime l'être humain, j'aime l'autre, j'y fais
 94 attention, et je me dis pas le médecin doit me recevoir, je me dis j'espère qu'il pourra si
 95 jamais il peut pas bah tant pis ce sera bien fait pour moi quelque part ou comme ça ben , je
 96 suis toujours prête à ce qu'il ne me reçoive pas aussi
 97 donc il y a une petite incertitude quand vous arrivez, est-ce qu'il va vous recevoir ou pas ?

98 non, mais c'est rare, non non, parce que j'arrive toujours... alors, je suis très déterminée,
99 j'arrive toujours à mes RDV hein, mais l'incertitude, c'est rare, c'est parce que là c'était une
100 heure euh qu'était pas habituelle
101 est-ce que vous avez d'autres exemples de rigidité ou à l'inverse de souplesse ?
102 rigidité bah moi j'ai demandé... parce que, maintenant, certains le font mais dès le départ, en
103 84, euh j'ai demandé euh très très vite euh je pense, mais au bout de... je sais pas, 2-3 fois
104 qu'on m'avait donné la métha, une fois où j'étais sûre d'être à la métha, j'ai demandé si je
105 pouvais changer, je voyais (*nom du médecin*) et si je pouvais avoir (*nom du psychologue*) euh
106 comme psychologue et un autre pour la métha, parce que je voulais séparer les choses,
107 d'ailleurs je sais pas si je voyais (*nom du psychologue*) en premier, je me rappelle plus, qui je
108 voyais, mais je savais qu'il fallait que j'en vois un pour qu'il me donne la métha, donc j'ai
109 demandé à séparer parce que, comme ça, je me suis dit je serai tranquille, faut qu'avec mon
110 psy je puisse parler de ce que je veux sans que ça ait une incidence sur le produit que je vais
111 prendre parce que, si je mens quand je parle à mon psy, je me mens à moi-même donc ça sert
112 à rien, c'est pour moi, c'est pas pour le psy là, hein c'est pour moi, donc j'ai demandé dès le
113 départ à avoir deux pys différents quoi, j'ai eu la chance d'avoir la dream-team, donc j'en ai
114 bien profité, ça m'a aidé, j'avais un cadre d'un côté, et de l'autre côté bah la sublimation
115 possible, voilà
116 avec une complémentarité et une distinction des deux espaces qui vous permettait de...
117 ah oui, une distinction, même là, quand je lui parle à mon psy, il a bien fait exprès de
118 souligner, vous m'avez permis d'informer untel quand je lui ai dit « vous dites à Mr machin
119 que je suis là », il m'a dit « vous m'avez permis de le dire », puisque je les ai testés pendant
120 quinze ans pour voir si ils se disaient des trucs
121 au niveau des liens après qu'ils peuvent...
122 si ils se disaient des trucs sur moi entre eux, voilà, mais je les ai jamais... j'ai jamais réussi.
123 Ils me l'ont dit d'ailleurs ils m'ont dit « vous êtes parano dis (*prénom de la patiente*), ça fait
124 quinze ans que vous nous testez, vous n'avez pas encore confiance ? »
125 je lui ai dit « c'est pas moi ça, c'est... le côté tox quoi »... qu'ils aiment pas, d'ailleurs, parce
126 qu'ils disent « à (*nom du csapa*), y a pas de toxicos », je comprends, d'ailleurs, pourquoi ils
127 disent ça, mais toxico, pour moi, ça veut dire quelque chose
128 qu'est-ce que ça veut dire pour vous ?
129 bah ça veut dire prendre des produits et ça veut dire une histoire, une histoire commune avec
130 certains, pas avec certains, avec tous ceux qui prennent des produits
131 mm
132 et de quelle manière vous pouviez les tester ?
133 bah y a des choses que je disais... par exemple, si j'allais partir quelque part, je le disais, je
134 pouvais savoir, après, si l'autre le savait, mais j'étais pas non plus obnubilée, j'étais pas non
135 plus à préparer des plans tiens je vais dire ça pour voir... mais, après, je me rendais compte
136 que j'avais dit ça et que, tiens, c'est vrai, j'en parlais à l'autre mais c'était pas, normalement il
137 devait pas... il était pas sensé le savoir puisque, moi, j'avais pas dit et je me rendais compte
138 qu'il le savait pas d'ailleurs, j'étais très contente, mais ça n'avait aucune importance qu'ils se
139 le disent ou pas, ça n'avait aucune importance en réalité qu'ils se le disent ou pas, mais
140 c'était quelque chose qui me rassurait, un cadre qu'était quand même un peu euh assez solide
141 d'un côté, solide, mais avec une souplesse, ça veut dire que je sais qu'ici, normalement, ici,
142 on vous vire pas parce que vous avez euh pris un produit, on va pas vous virez parce que vous
143 avez pris un peu plus de votre substitution, c'est pas comme ça que ça marche, ça marche
144 avant tout sur la psychothérapie, moi, pour moi c'est ce que j'ai pensé, que j'ai ressenti, c'est
145 ce que j'ai cherché ici, ce que j'ai trouvé, et moi c'est ce que je cherche partout où je vais
146 donc un cadre assez solide, une distinction des espaces avec une forme d'étanchéité entre les
147 deux ?

148 voilà, si on peut pas, ça fait rien, euh que... je vais à (*nom d'une ville*), plusieurs fois par an,
149 parfois six mois par an, donc on m'envoie dans un autre centre. Pendant 4 ans, 5 ans, je
150 voulais pas dans un autre centre, je me débrouillais, je faisais mes provisions pour 2 mois et
151 puis revenir, ça fait rien, je parlais moins longtemps, je revenais, parce que je voulais pas voir
152 quelqu'un d'autre
153 y a, à la fois, vous disiez d'un lieu...
154 oui, mais maintenant j'ai trouvé, voilà, j'ai trouvé un lieu, ça veut dire un lieu qui fonctionne
155 un peu comme ici, ça veut dire qu'il y a une éthique comme ici, ça a une éthique qui pense au
156 patient d'abord, en sachant que les gens qui viennent ici, ils souffrent... C'est pas facile
157 d'arriver ici, c'est pas facile de passer la porte, c'est pour ça, je dis, quand je vois la statue, je
158 suis déjà arrivée dedans, c'est déjà très dur de venir, même si ça a l'air... moi, je dis, c'est
159 comme si j'allais au gymnasium, voilà, je vais toutes les semaines au gymnasium, faire ma
160 gymnastique psychologique, mais c'est comme ça, c'est quand même un effort quoi
161 qu'est-ce que vous pouvez mettre derrière cette comparaison de... il y a une dimension
162 d'effort ?
163 ah ça ! quand on a passé la porte et qu'on s'est assis euh c'est déjà beaucoup... mais faut pas
164 être assis juste à côté de la porte, vaut mieux s'asseoir le plus loin possible au début, parce
165 que, quand on est angoissé euh si quelqu'un ouvre la porte, on a tendance à ressortir, surtout
166 au début
167 on pourrait être tenté de sortir ?
168 au début on a ça, moi, maintenant je le connais, je connais ses fonctionnements donc je sais
169 que si j'ai... si je commence à détester mon psy c'est qu'il est en train de se passer quelque
170 chose, j'ai compris que c'est mes résistances psychologiques, j'ai... au début, je savais pas ça
171 au début, on est peut-être plus sur le seuil ?
172 au début, de toute façon, on est que avec l'infirmière dans l'endroit où on prend sa
173 substitution, c'est le seul truc important, le reste euh on fait tout pour arriver à ça, le seul truc
174 important... c'est pour ça qu'on parle beaucoup avec l'infirmière et qu'on dit des choses,
175 parce qu'on essaye de lui dire ce qu'on voudrait dire au médecin, qu'on n'a pas réussi à dire,
176 et aussi on teste avec... auprès d'elle si on peut dire quelque chose au médecin, l'infirmière,
177 enfin la personne qui va vous donner la substitution
178 donc l'infirmière parfois on peut lui dire des choses qu'on n'a pas réussi à dire à son médecin
179 ah ça, c'est sûr, c'est sûr ouais
180 qu'est-ce qui est plus facile avec l'infirmière, sur quels sujets ?
181 ah bah avec l'infirmière, c'est plus facile, l'infirmière, puisqu'on a le produit, faut pas oublier
182 que y a l'infirmière, y a le produit d'un côté, et nous ce qui nous intéresse tous, quand on
183 vient, c'est le produit, moi, si je suis venue ici pendant trente ans, c'est parce qu'il y a un
184 produit, sinon c'est pas sûr que je serais venue là tout ce temps là
185 et quand vous dites, du coup, que c'est plus facile avec l'infirmière, peut-être parce que, déjà,
186 y a le fait qu'on est rassuré déjà qu'on va avoir le produit, on l'a eu
187 oui, on est sûr de l'avoir, voilà, l'ordonnance est faite, le truc est fait, ça y est, y a plus à
188 discuter, y a plus à jouer pour avoir le produit, y a plus à se mettre en scène pour avoir le
189 produit
190 alors qu'il y a cet enjeu-là potentiellement avec le médecin prescripteur ?
191 oui, toujours avec le médecin prescripteur toujours toujours toujours même trente ans après, y
192 a toujours ça, alors c'est peu flatteur pour le médecin prescripteur parce que il a envie que ce
193 soit autre chose, même moi ça m'embête quand je dis ça, parce que bon (*nom du médecin*)
194 c'est bien d'autres choses parce que c'est quelqu'un qui est d'une intelligence vraiment bon
195 hors norme, et quand il vous dit des phrases, qu'il vous dit des mots, c'est un peu un cadeau
196 qu'il vous fait
197 mm

198 vous allez pouvoir réfléchir un peu pendant le mois, sur vous, c'est quelque chose qui va
199 rebondir sur vous, tout le monde le sait que quand (*nom du médecin*) dit quelque chose, c'est
200 quelque chose qui vous concerne, qui concerne le patient
201 c'est quelque chose de personnalisé
202 oui, de personnalisé, bah oui, bien sûr, voilà
203 et vous dites que c'est des mots que vous pouvez recevoir comme un cadeau
204 ah bah il vous fait cadeau d'un truc à réfléchir, après c'est à vous d'en... de réfléchir dessus
205 ou pas
206 et, vous dites, ça peut rebondir un peu à distance
207 bah oui, ça peut avoir des trucs, on peut en avoir marre, on peut dire mais il est con celui-là,
208 j'en ai marre, oh là là si je pouvais en avoir un autre, si je pouvais... mais bon, moi je sais que
209 ça c'est mes résistances psychologiques, donc je n'en tiens plus compte, mais ça se fait pas en
210 cinq minutes hein, je peux desfois donner un conseil à certains, qui vont quitter leur psy et où
211 je leur dis c'est peut-être pas ça la meilleure chose qui... qui voilà, la meilleure idée qu'ils
212 aient eue de la journée mais bon
213 donc des mots parfois en tout cas qui peuvent être reçus comme un cadeau, qui peuvent avoir
214 un impact, qui peuvent entraîner un travail après
215 ah bah oui bah tout est un travail psychique, si on vient ici parce que si, on travaille, de façon,
216 les psychologues cliniciens et les psychiatres, ils sont faits pour qu'on puisse travailler, si ils
217 connaissent pas leur boulot et qu'ils nous font pas travailler, je vois pas ça quoi ça sert de
218 venir là, c'est pour ça que je parle de gymnasium, comme un coach, vous voyez, il vous
219 oblige à aller plus loin, c'est pas par hasard cette comparaison
220 est-ce que vous pouvez m'en dire un petit peu plus sur cette comparaison ?
221 bah ça y est, je viens de vous le dire
222 la façon dont il soutient l'effort, il vous oblige à aller plus loin ?
223 bah soutient l'effort, non, si il le fait voir, on fait plus l'effort... enfin il a sa technique et il
224 sait où, il va savoir souligner quelque chose, pour que vous puissiez y réfléchir davantage
225 d'accord
226 mais c'est très très difficile parce que il suffit qu'il le souligne pour que vous ayez envie de
227 partir
228 [...]
229 ça, c'est à lui de savoir, moi j'ai déjà mon boulot à faire, je vais pas en plus, voilà
230 donc c'est quelqu'un qui a une certaine technique
231 ah bah une bonne technique, oui
232 et qui va pouvoir souligner des choses qui sont pertinentes pour vous
233 voilà
234 mais à la fois être conscient du moment où il faut souligner ou pas
235 voilà
236 ou lui foutre la paix pis toujours valoriser la personne, moi, je vois bien, à chaque fois, il me
237 dit, quand il me disait euh pendant des années, mon psy, quand je m'en allais, me faisait
238 « (*prénom de la patiente*), prenez soin de vous » et il me serrait ma main comme ça il me
239 regardait, je me disais mais de quoi il me parle ? moi je suis dans la galère complète, j'ai
240 même pas la dignité de moi-même je sais même pas ce que c'est et il me parle de prendre soin
241 de moi ? je me disais mais vraiment enfin je le disais c'était même pas conscient à ce point-là
242 mais c'était ça c'est-à-dire j'avais aucune notion de ce qu'il me disait je me disais mais de
243 quoi il me parle, de quoi il me parle ? hein bon, ça a mis très longtemps y a des choses comme
244 ça pareil quand il me faisait des vannes, il me fait des vannes comme ça je suis en entretien
245 hyper angoissée et puis il me raconte une histoire drôle, moi je me disais mais il est vraiment
246 con ce psy mais je me dis qu'est-ce que, qu'est-ce qu'il est en train de me raconter moi je suis
247 angoissée à mort il me fait des histoires drôles et tout ça c'était pour me faire voir que le ciel

248 allait pas me tomber sur la tête, que c'est souvent quand je c'est souvent au moment où on
249 sort de la pièce, où on sert la main du psy, là je me disais ah bah oui le ciel va pas me tomber
250 sur la tête, mais c'est ça qu'il devait vouloir me dire, voilà
251 d'accord, donc des choses déroutantes sur le moment
252 voilà
253 pas forcément syntones, je dirais, à l'angoisse que vous aviez
254 oui oui oui, bah de toute façon il faut pas que ce soit syntone avec l'angoisse parce que sinon
255 on en remet une couche, donc c'est pas ça
256 donc quelque chose qui décale un peu ?
257 bah il faut juste... le plus sûr, le moyen hein pour quelqu'un qui n'est pas psy comme moi,
258 mais qui a compris un petit peu des choses dans la psychologie, c'est... il faut souligner,
259 souligner, reprendre ce qu'a dit la personne desfois « c'est ça que vous avez dit ou excusez-
260 moi ou redire une chose » parce que, à ce moment-là, c'est quelque chose d'important, mais si
261 vous « dites ma mère est conne », le psy va pas dire « votre mère est conne », voilà, il va dire
262 « euh excusez-moi, pardon », ou pas excusez- moi il va dire « vous l'avez déjà dit » ou je sais
263 pas mais il peut pas dire ça, sinon ça va mal se terminer quoi, « t'as dit tu niques ma mère ? »
264 (*rires*)
265 et donc, vous disiez, parfois, après la fin de la consultation, ça avait fait un petit peu son
266 chemin et y avait une forme d'être un peu rassuré en se disant le ciel ne va pas me tomber sur
267 la tête... c'est pas la catastrophe
268 bah, à la fin, y a pas grand-chose qui se passe, c'est pendant, pendant, y a quelques
269 associations d'idées qui se font, y en a plusieurs, associations d'idées, qui vont après revenir
270 en différé et... mais le moment aussi... les moments où on entre et le moment où on sort,
271 c'est des moments aussi importants, moi je sais que mon psy il vient toujours après moi, il
272 essaie de me laisser entrer en premier, ce que j'aime pas d'ailleurs
273 parce que ?
274 bah parce que je trouve que c'est pas poli, je sais pas, c'est son endroit, alors quelque part ça
275 me gêne, mais euh desfois c'est lui qui rentre, desfois c'est moi, c'est, voilà, il s'adapte, il
276 s'adapte à moi
277 mais en général il fait attention à vous laisser entrer en premier, vous, ça vous gêne un petit
278 peu mais c'est quelque chose
279 ah bah, si ça me gêne, il le fait pas hein, tout de suite il arrête et pis il entre, hein, il réagit vite,
280 lui, mais bon... parce que surtout dans les toxicos on est toujours en train de tester le psy
281 qu'on a devant nous, parce qu'on cherche quelle est quelle personne il veut devant soi, qui
282 est-ce qu'il veut, quel est le rôle qu'il veut que je prenne, il veut que je soit quoi pour me
283 donner ce putain de produit
284 mm
285 hein, donc est-ce qu'il veut que je sois intello, est-ce qu'il veut que j'aime les tableaux, est-ce
286 qu'il veut... qu'est-ce qu'il veut que je fasse ? hein, et à ce moment-là, à un moment, on le
287 perce le psy, et on commence à lui parler de tableaux... moi, y en avait une à (*nom d'un*
288 *hôpital*), j'étais partie de moi-même, (*répète le nom de l'hôpital*), j'avais dit moi ça y est, la
289 métha, ça a réglé mon problème, ça y est, je m'en vais ! bon, je m'en vais, catastrophe : un
290 mois après, j'avais des chinois qui fabriquaient de la dope chez moi, j'avais une boîte à
291 chaussure plein de came, enfin une catastrophe quoi, alors bon, donc, fallait que je reprenne
292 la métha, elle m'a fait venir pendant neuf mois, le temps de faire un enfant, à 9h du matin le
293 lundi, j'étais dans un état... j'en pouvais plus de son truc, elle voulait pas me la redonner,
294 mais moi, je comprenais pas pourquoi elle allait pas me la redonner, j'essayais de
295 comprendre, et tant que j'essayais de comprendre, ça marchait pas... et après, je voyais
296 qu'elle avait des tableaux, elle avait des tableaux dans son truc, dans son cabinet, souvent, y
297 avait des tableaux et j'ai commencé à lui parler de tableaux, ça s'est un peu détendu, et la fois

298 d'après, j'ai pu lui demander « et vous allez me la donner ou pas cette métha ? » elle m'a dit
299 « non, mais je vais vous faire une lettre », elle m'a fait une lettre, elle m'a fait une lettre pour
300 ici, que j'ai mis un mois et demi à utiliser, parce que j'y croyais plus, mais j'avais enfin
301 compris qu'elle me faisait venir pour rien, parce que j'avais un copain qu'était là-bas, je pense
302 qu'elle voulait pas qu'on soit ensemble
303 Vous faites référence à...
304 A (*nom de l'hôpital*), année 83, 82
305 Et, finalement, à une grande capacité d'observation
306 Qu'ont les toxicos
307 Que vous mobilisez pour essayer de
308 Bah oui, parce que nous, c'est la survie, c'est une survie donc euh c'est pour ça, on observe
309 tout, c'est pour ça
310 Pour essayer de s'adapter
311 et c'est pour ça qu'on veut rien savoir sur nos psys, parce que si on sait des choses, ça nous
312 gêne
313 D'accord
314 Bah ça gêne n'importe qui, c'est connu qu'il faut pas savoir ce que fait son psy, sinon ça va
315 perturber... on peut pas parler tranquillement de sa petite copine, ses petits copains, ses
316 machins, enfin, à un moment ou un autre, ça va rebondir, donc il faut pas le savoir, moins on
317 en sait, le mieux on se porte... au bout d'un moment on peut hein là je lui ai demandé où est-
318 ce qu'il partait cet été, ça m'a étonné quand je lui ai demandé, qu'il m'a dit mais vous le savez
319 bien (*prénom de la patiente*) je lui ai dit oui, je lui ai dit où, parce que je le savais, mais parce
320 que c'est maintenant avant j'aurais jamais parce que je me serais dit que ça me porterait du
321 mal à moi mais pas pour avoir un produit, je n'ai aucun problème de produit, là, je n'y pense
322 même pas. Demain, je reviens encore vous voyez, demain, par exemple, je reviens pour avoir
323 mon Skénan, puisque moi je suis une des seules au Skénan, mais parce que c'était un truc de
324 maladie, et on a dû me donner ça parce que je suis VIH et bon j'ai eu un truc un moment qui
325 fait qu'on a dû me donner ça, donc j'y suis restée mais euh bah je fais pas toute une histoire
326 pour qu'aujourd'hui j'essaye de voir le médecin et ne pas venir demain
327 Mm
328 je trouve ça normal de me déplacer, voilà
329 et puis donc là vous vous êtes étonnée de poser une question personnelle à votre thérapeute,
330 parce qu'habituellement, vous êtes vigilante par rapport à ça ?
331 oui, enfin moins maintenant, parce que je vous dis ça fait très longtemps qu'on se voit, et puis
332 bon, on se parle aussi... euh, on a un truc d'amitié quoi, c'est un peu différent, c'est la fin de
333 ma thérapie de toute façon, c'est... on est terminé là voilà... on est on est on a... mais,
334 comme je suis quelqu'un, je suis borderline, pas quelqu'un... mais une vraie borderline, pas
335 une borderline comme on dit maintenant, comme bipolaire, y en a partout des borderline, ça
336 fleurit aussi, quelqu'un qu'est une vraie borderline comme Mary Barnes, vous avez jamais lu
337 Mary Barnes ?
338 vous pensez à quel ouvrage ?
339 bah ça s'appelle Mary Barnes, je vous dis, c'est son psy qu'a écrit, son psy et elle qu'ont écrit
340 son retour dans ses limbes
341 d'accord, et vous vous identifiez à cette...
342 ah bah avant c'était ça, mais elle c'est terrible, à la fin, elle se retrouve dans un lit comme
343 quelqu'un qu'a 4 ans, elle se chie dessus, enfin ça, c'est pas grave, de se chier dessus, desfois
344 vaut mieux au sens propre que au figuré, c'est peut-être moins lourd, ça sort d'un coup, on va
345 dire, mais bon, c'était une façon de faire, c'était à l'américaine... mais bon, j'avais lu ce livre
346 et c'est vrai que ça m'avait impressionnée mais c'est... bon, je m'y retrouvais un peu quoi
347 alors pour revenir un peu sur...

348 ça c'est pour moi, je peux le garder celui-là ?
349 oui, vous pouvez le garder
350 est-ce que vous pouvez me dire sur l'angle de la prise de vue, de s'être positionnée en face,
351 avec tel angle... ?
352 bah en face, parce que je me mets face à eux moi, pas de côté, parce que je m'écrase pas non
353 plus... je peux faire semblant de m'écraser, je vais manipuler à ce moment -, si je suis
354 complètement perdue ou si je vois que j'ai fait un truc... ou si le psy fait un truc con, par
355 exemple, mettons, le psy me dirait « levez-vous », me dirait quelque chose euh une
356 injonction, je me dirais mais il est taré celui-là ! ça va pas bien dans sa tête, mais je le ferais,
357 mais après, je lui ferais une manipulation, pour qu'on se remette au même niveau, mais je dis
358 ça comme ça hein enfin c'est... ça veut pas dire que je suis en train de réfléchir à ça à chaque
359 fois, mais je pense que ma tête ferait ça automatiquement
360 un vécu sous forme d'injonction et d'obéissance mais, à un moment, un rééquilibrage
361 bah je rééquilibre dès que je peux moi
362 ensuite pour...
363 voilà
364 rééquilibrer la relation
365 parce que j'ai pas envie d'être... je me suis jamais sentie moi en dessous. Je vous dis, je m'en
366 fous, moi, de venir à la statue méthadone ou substitution et de je vous dis se mettre à genoux
367 et l'embrasser les pieds tous les jours ça me dérange pas parce que, pour moi, c'est un
368 produit, c'est un médicament, donc je m'en fous, je peux faire ce qu'il faut pour ça, d'façon
369 je ferais n'importe quoi pour ça
370 mm, mais les rapports humains c'est différent ?
371 ah non, pas les rapports humains c'est différent, puisqu'à un moment, je me suis prostituée,
372 les rapports humains, maintenant, c'est différent, mais au début, ils pouvaient pas être
373 différents, il en était pas question au début. Quand vous... moi, il était question... moi, j'étais
374 là attendez euh je je quand il me... je suis venue un jour ici, je suis venue et ils m'ont dit de
375 venir le lendemain, le lendemain pour prendre ma méthadone, mais moi j'étais pas habituée,
376 j'allais dans l'autre endroit où on me faisait cracher sang et eau pour me redonner un truc
377 qu'on m'avait déjà donné, de pas me le donner, en me mettant des heures à la con, 9h du
378 matin exprès le lundi, ce qui faisait que ni je dormais... ce qui fait que j'arrivais ni à vivre, ni
379 à mourir, à la fin j'étais dans un état vraiment c'est comme ça que je suis arrivée c'est ce que
380 j'ai dit j'arrivais ni à vivre, ni à mourir, j'ai des choses à sortir de moi, j'ai pas dit j'ai envie
381 de m'en sortir, j'avais pas envie de m'en sortir, j'avais des choses à faire, j'avais mes enfants
382 à élever, j'avais des choses à faire, et j'ai dit j'ai besoin de de... d'un produit, parce que je
383 pense que ça va m'aider, et ils m'ont dit revenez demain et j'ai été me faire des bons shoots
384 en plus pour être à une bonne dose, que j'ai baissée très vite
385 finalement... vous me corrigez hein si je... vous décrivez que dans le soin, avec tout cet
386 enjeu pour pouvoir obtenir ce produit de substitution, pouvait se rejouer des choses
387 difficiles...
388 ah bah évidemment
389 comme dans le rapport avec la recherche de produit ?
390 [...]
391 voilà
392 et qu'on n'était pas complètement libéré de ça parce que...
393 et, en même temps, faut pas trop jouer non plus hein, faut quand même donner le produit
394 parce que jouer à donner le produit ça c'est... enfin, attendez, il faut que le médecin... il faut
395 que ce produit ait un signifiant
396 mm

397 donc, qu'on mette du temps ou qu'on fasse quelque chose, un espèce de rituel, pour avoir le
398 produit, ça, c'est normal. Moi, pendant 4 ans, j'ai passé 4 ou 7 ans, je suis venue 3 à 4 fois par
399 semaine
400 ça met du sens un peu autour de... ?
401 c'était comme ça, bah c'était comme ça, c'était comme ça, moi je me disais bah c'est mieux
402 ça que d'aller voir mon dealer, faut quand même euh être normal : je me dis, je vais bien
403 courir pour voir un dealer, avoir 4, 500 francs avant midi, euh je peux bien me débrouiller
404 pour arriver à un truc où ils vont me donner un truc qui m'est... qui est pour mon bien
405 mm
406 au début, on mélange un peu hein, faut quand même faire les comparaisons qui sont les
407 comparaisons avec le dealer, c'est obligé, même si c'est pas le même produit, mais c'est au
408 médecin de faire en sorte que ce soit pas le même produit, que ce soit pris comme un
409 médicament en disant que c'est une chance, que si on se trompe...
410 et vous dites, finalement, certains sacrifices qu'on pouvait faire pour le produit, on peut en
411 faire pour le médicament ?
412 enfin, mais faut pas trop dire médicament... pour le traitement
413 traitement, médicament ?
414 traitement, drogue, c'est mieux, parce que médicament c'est pas drogue ou alors ils vont se
415 mettre à prendre des cachets ça va les rendre polytoxiques, non mais l'entrée dans la
416 substitution, c'est un moment très important c'est un moment euh là, c'est d'autre chose que
417 je vous parle, c'est pas d'entrer dans le cabinet du psy, c'est le le rituel que le médecin va
418 mettre en jeu pour faire rentrer son patient dans la substitution
419 mm
420 et permettre à son patient d'y mettre quelque chose
421 d'y mettre quelque chose
422 parce que, si on met du signifiant dans son produit, et ben on va se dire c'est quelque chose
423 que je prends, donc ça vaut le coup, si on se dit c'est rien, j'en ai 100, 200, comme je veux...
424 mais qu'est-ce que c'est que ces conneries là, 100 de méthadone mais où est-ce qu'ils ont vu
425 jouer ça, eux ?
426 lui donner du signifiant lui donne une certaine valeur ?
427 bah oui, une valeur et faire attention, déjà y a des doses qui sont... qui ne servent à rien... on
428 peut faire la méthadonémie pour être sûr pour tout le monde, mais on peut le faire par ce
429 rituel, parce que c'est des gens que ça va rassurer, ça peut aussi faire l'effet contraire, mais
430 c'est bon, ça rassure tout le monde. Si on veut, moi, j'ai jamais fait, j'ai pas besoin, je sais que
431 ma dose de confort c'est 35, Skenan c'est 40, dès que je baisse de 10, je suis malade. Bon,
432 c'est pas grave, je vais pouvoir le supporter, mais je vais avoir un truc toxicomane dans
433 moi dans la journée, puisque je vais être malade un peu. Alors, bien sûr, je vais pouvoir le
434 supporter ce manque, mais pourquoi je serais en manque ? Il faut trouver sa dose de confort,
435 où on n'est pas en manque du tout parce que c'est complètement idiot quoi, mais c'est vrai
436 que c'est n'importe quoi, moi, là, j'avais baissé de 10 de Skénan un mois j'ai rien senti, le
437 2^{ème} mois mais j'étais vraiment malade, plusieurs fois, il a fallu que j'en prenne un peu plus,
438 je me retrouve à ma dose initiale, 10 de plus, parce que j'étais... mais, c'est-à-dire vraiment je
439 j'avais les yeux qui... le nez qui se mouchait, les yeux qui pleuraient, toute la journée, toute la
440 journée, et c'était pas très grave, mais ça me faisait... quand même, j'étais dans un truc
441 toxicomane, que je le veuille ou non, et ça c'était...
442 vous vouliez pas être dans cette emprise là...
443 ça m'embêtait parce que je voulais pas être là-dedans, moi
444 donc là, vous m'expliquiez le choix du face, de...
445 c'est d'ailleurs pour ça que je vais venir demain voir (*nom de son médecin*) et faire une
446 journée que pour lui c'est pas non plus seulement pour venir et... faire sympa

447 par rapport au au cadrage, et au choix peut être que, qu'on voie un peu...
448 bah un peu d'ombre parce qu'il y a toujours un peu d'ombre autour de moi, voilà, je fais un
449 peu la poulpe moi
450 la poulpe, dans le sens... ?
451 le poulpe, ça veut dire j'envoie de l'encre ... donc beaucoup comme ça, on sait pas, et de là
452 euh je vois moi où je suis, mais l'autre peut... l'autre me cherche, d'façon, je suis là pour ça,
453 je suis là pour qu'on se cherche, euh qu'on se cherche et qu'on me trouve, qu'on se cherche
454 pour me trouver hein, parce que je vais pas trouver l'autre, je m'en fous complètement moi et
455 je suis pas dans le transfert sexuel avec mon psy, enfin je pourrais mais... c'est pas ça mon
456 truc
457 donc de l'ombre en tout cas qui, qui fait écho à...
458 bah qui fait écho à mon intérieur
459 à l'ntérieur, d'accord, ok
460 est-ce qu'il y a d'autres, peut-être, détails importants sur cette photo ?
461 bah j'aime bien le pilier, aussi, que je vois
462 le pilier, là ?
463 ouais, le pilier (*type de pilier*), parce que je suis (*nationalité*), alors j'aime bien tout ce
464 qu'est... mais j'aime bien le pilier, parce que c'est un pilier
465 pour sa fonction de pilier aussi ?
466 voilà, bah oui pour sa fonction de pilier
467 ça vous évoque quoi la fonction de pilier ?
468 bah quelque chose qui tient bon
469 la solidité et...
470 voilà
471 et le soutènement, là comme ça ?
472 bah voilà, un truc qui tient bon
473 un truc qui tient bon, d'accord, est-ce qu'il y a d'autres choses ?
474 bah non, c'est bien les fenêtres, pour avoir des ouvertures
475 quelques ouvertures
476 quand même
477 est-ce que vous pourriez donner un nom ou accompagner d'une légende cette photo ?
478 (*silence*) celui que j'aime bien, celui que j'aime
479 Celui que j'aime bien ou celui que j'aime ?
480 Celui que j'aime, c'est un peu fort parce que c'est (*nom du csapa*) hein que je voie là-dedans
481 Ça vous surprend, de dire ça ?
482 Bah pas trop parce que je sais que j'aime la substitution mais bon je suis pas sortie de
483 l'auberge
484 (*silence*)
485 L'image de l'auberge ?
486 Ça fait rien, on est bien dans une auberge, moi je pense que j'arrêterai jamais
487 Mm
488 C'est pas grave, j'ai pas de tabou par rapport à ça, mais j'aimerais bien essayer, mais j'ai
489 tellement peur d'essayer et pis euh puisque là (*nom de son médecin*) va partir, d'essayer et
490 qu'on me la redonne pas, puisque j'ai eu quand même des expériences très très... les 52
491 premières personnes à... qui étaient parmi... on était plus que 52, puisqu'on a... y en a qu'ont
492 été virés, y en a qu'ont été repris, y en a... donc, ça fait quand même 150-200 personnes...
493 mais bon, quand on est dans ce cadre où il y avait que 52 places, je vous dis que votre place
494 elle était chère, elle coutait cher, alors, quand vous la laissiez et qu'on vous reprenait pas,
495 c'était une catastrophe... Aujourd'hui, c'est trop facile à avoir, c'est pour ça que... il faut
496 mettre du signifiant dans le truc, faut faire venir la personne au moins 3 fois et lui dire que

497 c'est parce que on va faire quelque chose, qu'on n'est pas là pour donner des cachets quoi, on
498 n'est pas là pour donner comme ça un médicament et c'est pas ça
499 Ça dépend de conditions
500 Voilà y a des conditions, c'est important
501 Ok
502 Et par rapport à cette photo, une dernière question, à savoir si vous pouviez la modifier,
503 éventuellement ?
504 Je lui mettrais des fleurs
505 Vous les mettriez où les fleurs ?
506 Bah là où elles vont pousser, là, puisqu'elles sont prévues
507 Et quelles fleurs vous mettriez ?
508 Bah des pensées (*rires*)
509 Quelle couleur ?
510 Mauve, mauve et jaune
511 Je passe à la suivante
512 Bah là c'est une infirmière que j'aime bien parce qu'elle se met au niveau des patients parce
513 qu'elle va à des formations et quand j'y allais moi aussi, elle était pas étonnée de me voir,
514 c'était une de celles qui même me disait quand il y avait la formation, que d'autres étaient
515 gênées quand je leur demandais les horaires de formation moi je leur donnais pas
516 spécialement je leur dis pas mes qualifications, mes trucs comme ça, mais (*nom de son*
517 *médecin*) me disait que je pouvais venir à ses formations, donc j'essayais... j'ai pas pu venir à
518 toutes, parce que desfois je suis malade, j'essaye de venir mais j'y arrive pas, mais c'est la
519 maladie qui m'empêche de venir, c'est pas un truc de résistance psychologique là, c'est que je
520 suis trop fatiguée, donc j'ai une incapacité physique à venir, mais elle elle me le disait et je
521 voyais quand on était en réunion elle était, oui, d'égal à égal avec moi quoi, elle faisait pas
522 comme si elle m'avait jamais vue ou...
523 Y avait une forme de reconnaissance naturelle ?
524 D'égalité quoi, d'égalité, parce que, toujours jouer sur sa supériorité de blouse blanche, c'est
525 très, ça rend agressif
526 Mm
527 Moi, personnellement, ça me rend agressive, j'ai déjà été agressive avec l'accueil, ils s'en
528 rappellent... la plupart ont démissionné, mais bon, après mon coup de gueule parce que je
529 leur fonce dedans, mais je fais mal, là où ça fait mal
530 Et c'est toujours à des moments où vous avez l'impression qu'on vous prend d'un air
531 supérieur ?
532 Qu'on me prend ou qu'on prend quelqu'un qui souffre pour de la merde, qu'on se rend pas
533 compte, par exemple, qu'un mec qu'est là depuis 8 h du matin, et qu'est très emmerdant,
534 parce qu'il est complètement fou, il est dans sa folie, il... c'est vrai qu'il est un mec qu'est
535 allé en psychiatrie, il est dans sa folie, il en peut plus, il est probablement sous cachets ou pas,
536 ça on s'en fout parce que d'façon et ben il souffre, il est dans une souffrance in-infernale et les
537 autres, ben les autres, tout ce qu'elles attendent, c'est l'heure de la bouffe : comment on va
538 faire pour s'en débarrasser avant l'heure de la bouffe ? alors ça, ça m'a rendue... j'ai pas pu le
539 supporter ce coup-là, il a fallu que le vigile arrive, parce que j'étais dans un état où... je leur
540 disais, j'ai pas fait de violence physique, mais une violence verbale certaine, sûre et certaine
541 Ça vous a révolté ?
542 Ça m'a révolté, je leur ai dit qu'elles étaient pas au Club Med, que la souffrance des gens
543 c'est avec ça qu'elles étaient payées
544 Par rapport à la formation, j'entendais peut être l'idée derrière qu'on peut partager le savoir
545 autour de...

546 Attention, parce que ça, c'est difficile hein, il faut un certain temps hein parce que, au début,
 547 faut quand même être le docteur parce que, sinon, ça n'a plus d'importance, le produit. Moi,
 548 je viens là parce que le produit, mais le produit, je pourrais l'avoir ailleurs si je voulais
 549 vraiment, donc voilà, mais je garde le cadre, parce que c'est un cadre qui était intelligent
 550 Et qu'est-ce qui était important, pour vous, dans ces formations ?
 551 Bah c'était d'écouter ce que (*nom de son médecin*) dit, parce que tout ce qu'il dit... c'est de la
 552 chance, quoi, d'avoir quelqu'un qui a une expertise comme ça, il est là depuis 69, donc il a
 553 une connaissance, il a une expertise certaine, voilà, donc moi, ça m'intéresse quand il
 554 explique l'histoire de la drogue, ça m'intéresse... moi j'aurais aimé entendre plus son avis sur
 555 la méthadone mais j'ai loupé ces formations, c'est pas grave. Il me dit que je sais, mais je lui
 556 dis « je suis pas assez con encore pour croire que je sais, docteur » (*rires*) je suis comme Jean
 557 Gabin, je sais pas (*pause*) voilà, pis c'est l'accueil aussi, alors bon, j'ai essayé de prendre le
 558 moins possible le bar, parce que je trouve que ça a l'air d'un bar, mais là, non, on le voit pas
 559 comme un bar, tant mieux, parce que je trouve que c'est terrible, pour les gens qui ont l'alcool
 560 avec, parce que, maintenant, l'alcool est lié avec la drogue, euh c'est terrible ce bar, avoir mis
 561 un bar pour accueillir, enfin...
 562 Qu'est-ce qui vous fait penser à un bar ?
 563 Bah c'est un bar, vous avez qu'à regarder... je sais pas, moi, n'importe quelle personne voit
 564 un bar, bon, moi je le vois pas comme un bar, j'essaie de pas le voir comme un bar, donc là je
 565 l'ai pris...
 566 Mais ça s'impose un peu quand même ?
 567 Bah ça s'impose que c'est un bar, après, chacun voit ce qu'il veut. Moi, je vois pas de bar
 568 parce que je suis capable de distordre la réalité pour m'arranger
 569 D'accord
 570 Puisqu'elle m'a déjà dérangée cette réalité en se distordant toute seule sans que je le veuille,
 571 maintenant, j'arrive à jouer avec... j'arrive à sublimer
 572 Donc vous avez volontairement zoomé pour que le bar n'apparaisse pas ?
 573 Ah oui, pour moi, c'est plus une table d'accueil, un bureau d'accueil quoi. J'ai fait exprès
 574 qu'on voit pas l'infirmière d'à côté parce qu'elle voulait pas qu'on voit sa tête, elle hésitait,
 575 donc moi, j'ai pas hésité longtemps, j'ai dit tant pis
 576 Donc, c'est l'accueil, avec le bar, le bureau, la table d'accueil, une infirmière que vous aimez
 577 bien...
 578 Une infirmière qui est là, elle est là, la preuve, regardez, elle regarde, parce que y en a qui
 579 sont là, mais on dirait qu'elles sont pas là
 580 Elle a une présence ?
 581 Ben oui, elle est là, elle a une présence qui n'est pas anxieuse, parce que, y en a, ils ont...
 582 voilà, elle est là, et de façon voilà humaine quoi, elle est là, c'est tout, puisque, non seulement,
 583 c'est dur de passer la porte, mais après il faut pouvoir demander à l'accueil ce qu'on veut
 584 C'est une difficulté supplémentaire ?
 585 Ah bah oui, c'est une sacré difficulté, et alors, on sait pas, on s'assoit, on demande pas, on
 586 attend qu'on nous le demande, donc là, ça devient compliqué... pareil, y a des choses qui se
 587 jouent, et cette infirmière qui va être tellement importante après, c'est là qu'elle a des choses à
 588 jouer, des cartes à jouer
 589 Mm
 590 Dans l'accueil
 591 Bah oui puisque elle peut... elle va s'occuper de la personne ou pas, faut pas qu'elle s'en
 592 occupe trop, non plus (*rires*)
 593 Faut trouver une juste...
 594 Voilà voilà, parce que...

595 mais parfois, on peut arriver et ne pas aller demander tout de suite, plutôt s'installer et
596 attendre
597 Voilà oui, mais on a quand même envie que quelqu'un vous demande... quand vous arrivez
598 quelque part, écoutez, imaginez que vous arrivez quelque part, vous vous asseyez, y a des
599 gens, normalement, on vous demande ce que vous faites là, enfin euh pourquoi vous venez
600 L'idée qu'on vous accueille, qu'on vous...
601 si on vous demande pas pourquoi vous venez, ça veut dire que vous existez pas quoi
602 Mm
603 D'ailleurs, ceux qui sont là depuis longtemps, vous avez vu, ils vont et ils restent debout à
604 côté du truc, ils restent pas loin assis, ils y vont et ils restent debout, puisqu'ils ont compris
605 que c'est ça qu'il faut faire
606 Ça permet d'échanger ?
607 Bah, ça oblige à échanger, si je me mets tout près de vous debout vous pouvez faire trop
608 longtemps semblant de pas me voir
609 ils peuvent pas ignorer
610 enfin ils ignorent quand même des fois, ils sont trois à ignorer mais ça fait rien, moi ça me
611 regarde pas je le remarque c'est tout je le remarque et je trouve ça terrible je trouve ça terrible
612 parce que tous les gens qui viennent ici ils sont en grande souffrance et déjà faire le pas de
613 venir c'est beaucoup, c'est comme le téléphone quand on dit attendez attendez mais l'autre
614 est-ce qu'il a des unités ? est-ce que c'est son téléphone ? est-ce que...
615 est-ce qu'il va pouvoir rappeler ?
616 voilà, alors il faut quand même aller très vite, faut tout de suite prendre son nom pour au
617 moins... parce que la personne qu'est-ce qu'elle veut ? elle veut dire qu'elle... faut tout de
618 suite l'ancrer dans l'endroit, puisqu'elle veut venir, faut tout de suite l'ancrer, donc son nom,
619 au moins son nom
620 le nom, ça ancre ?
621 bah oui ça ancre, malheureusement, avant c'était anonyme, on rigolait avec les anonymes
622 est-ce qu'il y a d'autres formes d'ancres ?
623 bah y a tout ce que je vous ai dit, je pense que je vous en ai dit pas mal
624 est-ce qu'il a d'autres choses importantes qui vous viennent comme formes d'ancre dans la
625 fonction d'accueil ?
626 ah non, c'est-à-dire, ne pas laisser les gens dans le rien, on dit bien ne pas laisser les ados dans
627 le rien, donc ne pas laisser les gens dans le rien, c'est-à-dire, assis là, on sait pas ce qu'ils font,
628 on sait pas pourquoi... bon bah ça, c'est un manque de respect, mais si on n'est pas sûr de soi,
629 faut le faire à plusieurs, faut être à deux infirmières ou on s'en fout, aide-soignantes ou ce
630 qu'on veut, stagiaire, on s'en fiche, on demande un truc au mec ou à la nana, mais pas
631 longtemps non plus parce que, sinon, il va vous mener par le bout du nez... y a des crises,
632 mais y a quand même beaucoup moins de crises qu'avant, mais les crises sont d'autant plus
633 fortes que ce sont des crises purement psychologiques, parce que la substitution permet un
634 confort, un confort au niveau de ce manque physique, physique et angoissant, physique et
635 psychique parce que, souvent, le psychique il est là, ça permet aussi... ça permet aussi, mais
636 pas tant que ça... on croit toujours, par exemple, on croit toujours que la méthadone, ça
637 enlève la douleur, la méthadone n'enlève pas la douleur, la morphine enlève la douleur, mais
638 la méthadone permet un petit peu de masquer ça, masque un tout petit peu, un tout petit peu la
639 douleur, alors vous allez supporter... Moi, j'ai fait l'expérience de la douleur à l'hôpital, les
640 gens croyaient que comme j'avais de la méthadone, j'avais pas mal, alors bonjour hein, donc
641 je préviens que ça ne marche pas
642 est-ce qu'il y a d'autres détails importants sur cette photo ?
643 non
644 est-ce que vous pourriez lui donner un nom ou une légende ?

645 (silence) peur et prise de contact
646 Peur et prise de contact
647 Ou prise de contact en premier et peur parce que là, j'ai passé la statue, y a rien à voir
648 Expliquez-moi...
649 Pour moi, c'était la statue qui était le plus difficile à passer que ça, mais parce que moi je suis
650 quelqu'un d'exubérant donc, c'est plus facile pour moi d'interpeller les gens, enfin quand
651 j'arrive, j'interpelle personne, parce que j'observe, comme tous les toxicos, j'observe
652 énormément pour voir par où je vais pouvoir m'introduire, où c'est que je vais pouvoir... quel
653 passage...
654 Quelles issues ?
655 Non, pas quelles issues, moi je veux rentrer dans l'endroit
656 Quelles portes alors ?
657 Oui, quelles portes
658 Donc une fois entrée, la peur est quand même au second plan
659 Oui, au second plan oui, pour moi, pour moi et je dis pas ça pour les autres parce que les
660 autres, je pense que c'est le même temps... d' façon, c'est une ligne, c'est sur la même ligne
661 *(Interruption de l'entretien par la patiente car veut voir si la personne qu'elle attend est*
662 *arrivée)*
663 Est-ce que vous modifieriez des choses si vous... ?
664 Ah ben je la mettrais plus claire, plus claire oui, pour qu'on voie plus sa tête quoi
665 La première c'était sombre, celle-ci plus claire
666 Là, pour moi, elle est mal prise parce qu'elle est sombre, on bah justement c'est le contraire
667 qu'il faut
668 Donc plus clair
669 Pas d'ombre là-dedans
670 Autour du visage ... qu'est-ce que vous feriez d'autre ?
671 Non bah non je je j'aimerai bien qu'on voie qu'il y ait d'autres soignants [...] en même
672 temps, c'est ambigü, parce qu'ils sont assis là-dedans, en même temps ils sont assis un peu
673 tranquilles dans leur coin, c'est toujours... enfin, ce qui est très douloureux, enfin le plus
674 douloureux, le plus douloureux, le truc impossible, c'est quand les gens parlent, vous savez,
675 de leurs congés, c'est pour ça que j'avais dit c'est pas le club med, de leurs congés de leurs
676 trucs devant des gens qui sont super mal, hein, qui sont dans la rue et qui n'ont rien et qui sont
677 super mal, qui s'en foutent d'ailleurs c'est pas un truc de jalousie ça veut dire que c'est
678 comme si ils sont dans un autre monde quoi
679 Pas le même monde ?
680 Non, mais vraiment de quoi ils parlent ? ils pourraient être un peu polis et faire attention, leur
681 planning, leurs vacances, leur planning d'accord, mais leurs vacances, leurs machins, tout le
682 monde s'en fout, c'est plus important la personne, et attention aussi à leur truc de regarder
683 l'heure pour quand est-ce qu'on va être libérés de ces gens qui viennent ? parce que ça, les
684 gens qui viennent ici, les toxicos, le ressentent très forts et je vais vous dire ils vont jouer sur
685 l'heure, ça va être pas mal ça, pour fermer, ça va être bien, bah comme là, maintenant, elles
686 ferment à 1h, bon ça c'est des trucs qu'on n'aurait pas pu faire avant
687 *(on frappe à la porte, entrée du médecin, échange entre le médecin et la patiente, celui-ci*
688 *s'est arrangé pour qu'elle n'ait pas besoin de revenir le lendemain)*
689 Non, quand je disais voir des soignants en plus, y avait une infirmière en plus et un stagiaire,
690 ils étaient 3, voilà, c'est pas mal qu'ils étaient 3 parce que celui qu'est là, il est là, il est pas à
691 la tête parce que y en a qui sont la tête toujours dans leur... je sais pas ce qu'ils regardent,
692 mais ça, c'est pas bon, ils regardent en bas
693 L'idée que les mondes se rejoignent par moment ?

694 Alors, imaginez, est-ce que c'est normal si vous êtes là, de l'autre côté de la table, que moi je
695 sois comme ça (*regarde par terre*) ?
696 Etre regardé, c'est une preuve d'existence ?
697 C'est quand même... c'est un manque de politesse, c'est un truc... je dis non plus regarder les
698 gens comme ça (*me regarde fixement*), les rendre parano
699 L' idée que ce bureau peut être aussi une façon de se cacher ?
700 Non, mais ils se protègent, ils se protègent... Ils ont intérêt à se protéger, voilà, ils ont raison,
701 ils s'enferment même (*rires*) je rigole mais, nous, on n'aurait jamais accepté des trucs comme
702 ça, mais là, maintenant, c'est un autre trip
703 L'enfermement, au sens de fermer le centre à certains horaires ?
704 Ah bah là bah oui, bah moi quand j'ai vu un vigile ici pour la première fois, j'ai piqué une
705 crise, j'ai engueulé le vigile mais maintenant je comprends, enfin, je comprends, je m'en fous,
706 tout ce que je souhaite c'est à (*nom de l'hôpital*) de pas fermer, je sais qu'on veut le fermer,
707 c'est tout, le reste...
708 Ça vous rendrait triste que ce lieu soit fermé ?
709 Bah ça me rendrait triste, parce que l'hôpital en général, parce qu'il sert à beaucoup de gens :
710 l'alcoologie, la toxicomanie, tout ce qu'est toxicologie... mais bon, je pourrais passer outre...
711 maintenant, la dernière fois, je suis partie 7 mois, à (*nom d'une ville*) je suis partie, j'ai pas vu
712 mes pys alors je leur ai dit « je suis en train de faire le deuil de vous » on m'a dit « mais
713 (*nom du médecin*) n'est pas mort encore ! » (*rires*) j'ai dit « oui, c'est vrai, je suis un peu
714 présomptueuse mais bon, comme il va partir, je commence à en faire le deuil », mais bon, je
715 verrais comment je ferai après...
716 Et comme dernière question, à partir des photos, comment vous les reliez, les deux photos ?
717 Bah je les relie pas, dans le sens où je les ai prises mais dans le sens inverse : celle-là c'est
718 l'entrée, après, c'est l'arrivée
719 L'entrée et l'arrivée
720 Voilà
721 Mm
722 L'entrée dans l'hôpital
723 On avait vu un endroit qu'a plus d'ombre et un qui a plus de lumière ?
724 Oui bah l'entrée dans l'hôpital, l'ombre elle est là parce que moi, j'arrive avec mon angoisse
725 hein, je suis chargée, j'ai mon baluchon avec moi... après, une fois que je suis là, c'est clair,
726 pour moi, c'est clair
727 La distinction entre l'entrée et l'arrivée ?
728 Ah bah oui bah moi je la fais avec ces deux étapes bah oui faut... y a plein de trucs pour
729 passer, y a des portes en verre, tout un...
730 Ça montre toute la difficulté à arriver ?
731 Oui, y a un chemin, c'est difficile, c'est même fermé, là
732 Y a des embûches ?
733 Oui, mais il faut qu'il y ait des choses comme ça pour qu'il y ait du signifiant, mais c'est bien
734 de le souligner quoi, que... de faire en sorte que les médecins puissent le souligner aux
735 patients plutôt qu'ils mettent dix ans à le trouver
736 Est-ce que vous auriez une image, une comparaison d'un lieu comme ça, peut-être pas
737 facilement accessible...
738 La montagne, un glacier ouais
739 Ce serait comme une randonnée vers un glacier ?
740 Bah oui, là, c'est la randonnée vers un glacier... bon, une fois qu'on arrive, ça va, c'est pas un
741 glacier en vrai mais il faut le savoir, on le sait pas avant... oui oui, c'est comme une
742 randonnée vers un glacier, une randonnée là, comment on appelle ça, la via... (*silence*,

743 *réfléchit*) pas la via montana mais un truc comme ça, vous savez, dans la montagne, y a un
744 moment où on monte plus qu'avec des crans comme ça...
745 D'accord
746 Je sais pas
747 Via ferrata?
748 Via verrata, oui c'est ça, c'est la via verrata là
749 Donc c'est vraiment abrupt ?
750 Ah bah
751 il faut des choses pour s'accrocher
752 Ah bah oui, il faut... oui oui, on s'accroche à ce qu'il y a, parce que y en a dans la via ferrata,
753 via ferrata voilà c'est ça, bah voilà y a des trucs en fer pour s'accrocher, mais y en a dans tous
754 ces centres, y a bien des trucs pour y arriver
755 Et puis, vous dites, en tout cas, on imagine qu'on va vers un glacier, peut-être, finalement,
756 c'est pas tout à fait un glacier quand on arrive...
757 Ben voilà, c'est avant, de toute façon, moi, je sais qu'avant, par exemple, y a pas que moi hein
758 qui fait ça euh quand je venais, je prenais un espèce de bouquin, mais alors le truc le plus con,
759 je sais pas moi, mettons Voici ou n'importe quoi, et je faisais comme si je lisais un truc et
760 comme si... je disais pas « je vais à (*nom du csapa*) voir mon psy », je disais « je vais vers
761 (*nom d'un lieu du quartier du CSAPA*) »
762 Y a un certain flou
763 Voilà, je laisse le flou. Quand y a un truc qui m'angoisse, je vais vers là [...] je vais vers le
764 jardin de la mairie voilà et maintenant je peux sublimer tout (*rires*), c'est mes 30 ans
765 Finalement, le lieu aussi peut un petit peu disperser, diffuser au niveau de l'angoisse... ?
766 Non l'angoisse elle est dans nous, l'angoisse, elle est dans moi donc en fin de compte c'est
767 pas le lieu, c'est moi qui l'ait, mais je l'emmène avec moi, mais mon angoisse elle sait que
768 quand je viens là je vais peut-être y toucher là, parce que l'angoisse, c'est comme une
769 dynamo : plus vous luttez, plus vous vous battez contre, plus vous la renforcez, donc, il faut
770 pas lutter contre l'angoisse, il faut ruser... c'est pour ça qu'il faut dire je vais vers [...] En
771 rusant, on a une chance, si on va en force, on fait une dynamo, on a un truc tellement fort
772 après que vous êtes euh écrasé sous les chenilles de...
773 L'angoisse faut la ruser un peu, faut la tromper un peu ?
774 Faut la ruser, parce que y a des gens qui croient que c'est être intelligent, mais c'est être con,
775 être rusé, mais ça permet d'arriver à des choses assez intelligentes desfois... mais c'est pas
776 être très intelligent que d'être rusé

Contenance et soin psychique : réflexions théorico-cliniques à partir d'une étude qualitative par la photo-élicitation d'un lieu de soins ambulatoires en addictologie**Résumé**

La prise en charge thérapeutique des addictions au sein de lieux de soins spécialisés comme les CSAPA fait particulièrement appel à la capacité contenante de l'institution. L'objet de cette étude a été de préciser le regard porté par les patients sur leur lieu de soin à travers une méthode de photo-élicitation. L'analyse des résultats a été menée selon l'Interpretative Phenomenological Analysis, en décrivant les phénomènes de contenance et d'enveloppement à l'œuvre dans leur lieu de soin chez les sujets addictés : leurs qualités et leurs défaillances. Dix entretiens ont été réalisés, basés sur la discussion de deux photographies par patient, prises sur leur lieu de soin. Les résultats rendent compte de la portée symbolique du lieu et de ses objets et de sa capacité à tisser des enveloppes. Les thèmes retrouvés s'organisent autour des pôles de protection et de menace. L'abord par les lieux s'avère être une méthode de recherche pertinente par ses qualités projectives : projection des représentations de l'altération des propres enveloppes psychique et corporelle des patients et support d'expression de conflits psychiques des sujets addictés reliés aux enjeux spécifiques de la relation de soin en addictologie.

Mots clés

Addictions, recherche qualitative, photo-élicitation, lieu de soin, relation de soin, contenance, enveloppes psychiques