

Les dépendances

N°51 - JANVIER 2023

DÉPENDANCES



Sommaire

03

Edito



04

Découvertes

Les dépendances chez le sujet âgé

Equipe de l'hôpital de jour HODOS - Pôle Psychiatrie de la Personne Agée

Brèves réflexions sur la dépendance à l'Institution

Marilyn BAZIN, Le service d'addictologie, Marie-Florence PELISSIER

Lila HANNANI - Docteur Céline DUC GONINAZ

Les pendants de la dépendance, *L'équipe de la SOCIO/CAFET*

14

Chemin de la connaissance

Le service des tutelles, vers une sortie de la dépendance

Dépendance au soin et parentalité soignante, HDJ l'Oasis,

Morgane BRU, Aurélie Cormier GUERRY, Uranie MICHET

Malaise dans l'institution - *Benjamin HASSELHAN*

22

Portrait

L'addiction inoffensive à l'assistante sociale

Pasqualine MANEJA

30

Lire - Écouter - Voir

Sophie KARAVOKYROS

31

Instantanés

Du côté de chez Max

32

Brèves

Théâtre La Cité - Opéra Mundi -

Abjoy Productions

34

Panorama social

Odile ALLEGRE

Valérie THEVENEAU

36

Congrès & Colloques

Sophie KARAVOKYROS

23

La parole aux patients

Témoignages patients

Gilles S., Lior

25

Question juridique

Le droit, arbitre de dépendance

Audrey VALERO-FAUSTINI

26

Point concept

Addictions et traitement de la jouissance

Elisabeth PONTIER

29

Hommage

Le flot pousse le flot,

les ombres les lumières

L'équipe du secteur 8

Éditeur : Centre Hospitalier VALVERT | Directrice de la Publication : Laurence MILLIAT *Directrice du CH VALVERT* | Rédacteurs en Chef : Morgane GUIEU

Praticien Hospitalier et Thibault LEMONDE Psychologue

Éditorialistes : Morgane GUIEU et Thibault LEMONDE

Secrétaire de Rédaction : Lise COUZINIER *Attachée à la Communication et à la Culture* | Photographe : Lise COUZINIER

Comité de Rédaction : Audrey VALERO-FAUSTINI *Directrice Adjointe* - Coralie GAUBERT *Cadre de santé* - Emilie QUÉCHON-LABBÉ *Psychologue* - Pasqualine

MANEJA *Assistante Sociale* - Karine ALLARD *Assistante Sociale* - Isabelle KOMSA *Assistante Médico Administrative* - Morgane BRU *Éducatrice spécialisée* - Maxime

LAFONT *Dietéticien* - Anne PLESNAR *Assistante Sociale* - Morgane GUIEU *Praticien Hospitalier* - Maxence BRAS *Praticien Hospitalier* - Thibault LEMONDE *Psychologue* -

Uranie MICHET *Psychologue*

Conception et impression : ADEOcom - Tél. 04 91 63 74 80 | N° ISSN : 1271-1209 | Centre Hospitalier VALVERT - 78, bd des Libérateurs - 13391 Marseille

Cedex 11 - Tél. 04 91 87 67 00 - <http://www.ch-valvert.fr>

Vagabondages s'étoffe, prend de l'ampleur.

Plus de pages, un comité de rédaction élargi, cependant un virage à quelques degrés seulement car les fondamentaux restent.

Ce magazine se veut le reflet de l'actualité qualitative de notre établissement et cherche en cela des articles qui témoignent de nos pratiques auprès de tous les patients.

Ces deux dernières années, malgré le ralentissement dû à la crise sanitaire et ses conséquences, nous avons gardé le souhait de faire vivre le magazine.

Nous avons fait le choix sur les derniers numéros d'articuler les articles autour d'un thème et, chemin faisant, d'opter pour un magazine plus étoffé avec une parution biannuelle.

En septembre, nous vous avons conviés à un café gourmand très positif puisque plusieurs professionnels se sont engagés dans le Comité de rédaction à cette occasion.

Cette rencontre annuelle sera renouvelée afin que celles et ceux qui le souhaitent puissent venir nous rencontrer avant de s'engager.

Cela a été déjà dit dans le passé, ce magazine est le vôtre ; y contribuer, quels que soient votre profession ou votre statut, sera un enrichissement personnel et collectif. Mais il faut bien vous l'avouer : après, vous ne pourrez plus vous en passer ! En deviendrez-vous « dépendant » ?

Par cette boutade, nous introduisons le thème pluriel de ce numéro. La dépendance est un concept complexe qui, à l'image de l'être mythologique en couverture du magazine, peut se décliner positivement et négativement. La sirène, créature au chant à la fois séduisant et mortifère, possède en effet un pouvoir d'attraction irrésistible. Sa rencontre, toujours décisive, peut parfois aider le marin à s'accomplir. Ainsi, pour Ulysse la rencontre des sirènes est une épreuve subjectivante à mi-parcours de son Odyssée. Elle l'engage à quitter l'anonymat et à se révéler, passant du « *je m'appelle Personne* » lancé au Cyclope au début de son voyage, à la pleine possession de son nom qu'il dévoile pour la première fois quelques chants plus tard à Nausicaa.

Certaines sirènes/dépendances font donc grandir. Leur chant envoutant s'avère alors déterminant dans la structuration du sujet. Ainsi, les mères avec le « *mamanais* », ce parlendo mélodieux par lequel elles s'adressent à leur bébé, viennent se situer à la place des sirènes, posant alors pour leur enfant les conditions d'une inscription dans la relation à l'autre, les conditions d'un attachement et d'une première dépendance hautement nécessaires. Néanmoins, il existe évidemment d'autres sirènes gardiennes de jouissances interdites, de celles qui rendent « addict » et assujettissent celui qui s'oublie trop longtemps dans leur expérience. Alors la menace de l'abîme engloutissant apparaît. Le marin illusionné, attaché par le chant de la sirène, devenu totalement dépendant d'un charme auquel il est tout entier soumis, s'égare et se condamne à l'errance ou au naufrage...

Nous vous convions donc à la découverte des différentes voix qui ont pris la plume pour ce numéro. Inspiré ou pas par le chant des sirènes, puisse ce *Vagabondages* d'un nouveau format avoir ce même pouvoir enthousiasmant que le chant de la créature romantique à sa couverture et vous donner autant de plaisir à le lire que nous en avons eu pendant sa construction.

Les dépendances chez le sujet vieillissant

« C'est merveilleux la vieillesse,
dommage que ça finisse si mal »

Albert Camus

Pour introduire...

La dépendance du sujet âgé est un enjeu de santé publique, les projections de l'Insee montrent que le nombre de personnes de plus de 75 ans sera multiplié par 2.5 en 40 ans, pour atteindre 10 millions en 2040. Ainsi, parmi elles, se pose la question de la dépendance et de la « gestion » sociale de cet état. En effet, les études mettent en évidence que le nombre d'aidant naturel par personne tendra à diminuer laissant plus de place à la solidarité collective.

En gériatrie, le concept de fragilité a été développé depuis plusieurs années. On définit ainsi trois types de personnes âgées : les totalement « autonomes » (les plus nombreuses environ 75 %), les « dépendantes » (environ 5 %) et les « fragiles » (pour 20 %). Cette dernière catégorie est celle qui est susceptible de devenir dépendante du fait d'une pathologie somatique ou psychique ou d'une problématique sociale. Cet état peut être réversible et c'est là que s'appliquent les mesures de prévention afin d'éviter une évolution vers la dépendance. De fait, une grande partie des personnes prises en charge en psychiatrie de la personne âgée appartiennent à cette catégorie.

Notion de dépendance : une affaire médico-sociale...

La question de la « dépendance » est bien un enjeu majeur de notre Société en perpétuelle évolution. Notre rôle en psychiatrie de la personne âgée est donc de les « rendre capable », de définir le projet du reste de leur Vie. Pour les aider à cela et à pallier à cette dépendance, nous mettons en place un dossier A.P.A (Aide Pour l'Autonomie) et non plus la prestation spécifique de la dépendance comme cela s'appelait en 1997.

Considéré auparavant comme une conséquence normale du processus du vieillissement, la dépendance est désormais liée à la notion de la maladie, de risque de mort, de risque social. De fatalité, la dépendance est devenue un risque lié au poids du vieillissement sur la société. Un état similaire chez l'adulte est considéré comme un handicap. La dépendance se mesure avec une grille AGGIR et est utilisée pour évaluer la perte d'autonomie chez la personne âgée dans les gestes de la vie courante. Est classée GIR 6 une personne considérée autonome, et GIR 1 une personne dite totalement dépendante, ce qui va déterminer l'APA.

En effet, nous mettons l'accès davantage sur les capacités existantes, restantes de la personne et sa valorisation plutôt que de pointer l'état de dépendance. Et de la même manière, nous

nous soucions de travailler sur les ressources des patients tant d'un point de vie physique, psychique que social.

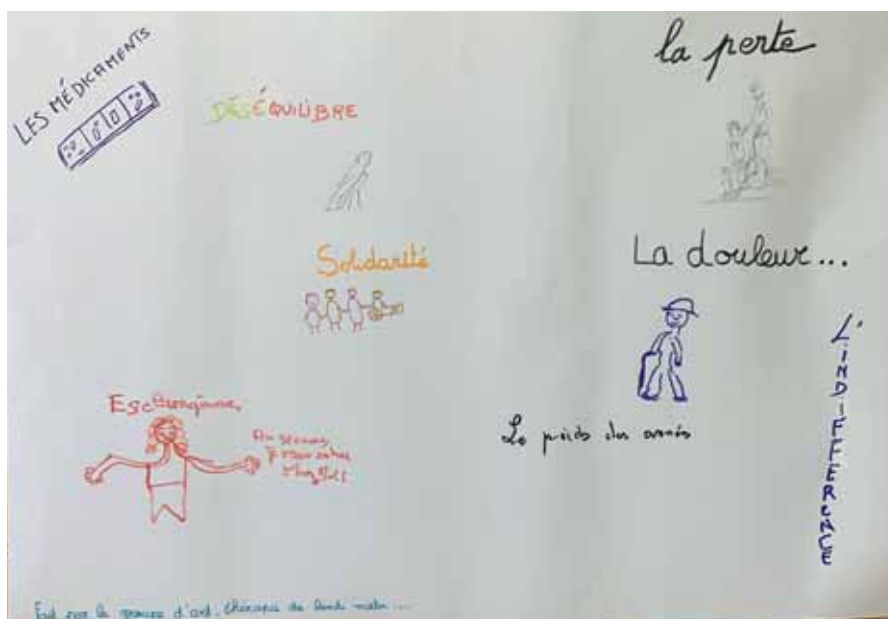
L'acceptation des aides n'est pas toujours évidente. Cet *autre* (famille, professionnel, matériel) renvoie à la notion de perte, de manque et donc de l'incapacité de ce faire qui les mène à être dépendants de cet *autre*. Des réactions de refus, d'évitement, d'agressivité peuvent apparaître pour lutter contre des angoisses, face à ces manques et pertes inévitables et parfois irrémédiables.

Processus de vieillissement...

S'intéresser au vieillissement, c'est avant tout regarder vers un processus

bien plus que vers un état. Ce processus nous concerne tous et implique des trajectoires et des histoires de vie individuelles et subjectives. Il existe une continuité de vie, débutant avant la naissance, marquée par des étapes du développement, d'évolution, d'invololution, avec des crises, des ruptures et des remaniements de reconstruction avec une issue incontournable, redoutée ou désirée : la mort.

Au cours de ce processus, le sujet traverse des remaniements identitaires face aux pertes considérables, qu'elles soient physiques, cognitives, environnementales, sociales. Des pertes en lien avec le statut socio-professionnel par la retraite (actif, utile, rôle, statut et fonction sociale), sa place dans la famille à



redéfinir avec le départ des enfants, l'arrivée des petits enfants, mais aussi la confrontation avec la perte d'être chers (parents, fratrie, amis), une maladie somatique ou neurologique. Des répercussions psychiques consécutives viennent faire rupture avec le passé et amènent une modification, un ajustement des ressources des personnes et de leurs capacités à maintenir les actes de la vie quotidienne. Un des risques étant la décompensation psychique tardive et/ou des risques suicidaires. Comment maintenir le sujet désirant, le maintien du sentiment d'existence et de continuité chez le sujet vieillissant ?

L'autonomie psychique et la dépendance...

L'étymologie grecque du mot autonomie « αυτο » et « νομο » qui se gouverne par lui-même, s'utilisait initialement pour évoquer un état qui possédait ses propres lois. Nous pourrions aussi étendre notre réflexion sur la capacité à faire ses choix, de penser par soi-même, à désirer, à être acteur de sa vie.

La dépendance est un concept polysémique, elle peut être en lien avec une maladie physique, mentale, économique, sociale, ou dans le lien affectif à l'autre. Elle concerne toutes les catégories d'âge. La dépendance peut être connotée positivement quand elle qualifie le lien à l'autre dans une relation, un échange, un partage. La dépendance devient péjorative quand elle représente la subordination, la soumission, l'asservissement ou quand elle s'applique à la personne âgée. En effet, dans les représentations sociales, penser à l'âge peut être pour certains en étroite relation avec la notion de dépendance. Lorsque la maladie physique engendre une situation de handicap et de dépendance, la personne entre dans un processus propice à l'élaboration de deuils et un cheminement vers l'acceptation de son état qui se modifie progressivement. Très souvent, une confusion ou une généralité peut être faite en associant la vieillesse et la dépendance au

sens d'une altération des fonctions cognitives, physiologiques ou motrices. De plus, pouvons-nous maintenir une autonomie psychique en situation de dépendance/handicap ou au cours de vieillissement ?

Représentations sociales...

Les représentations sociales du vieillissement nous conduisent vers des réflexions variées. Actuellement, être vieillissant est porté dans une connotation plutôt négative, à l'encontre de l'idéal de la jeunesse, de la beauté, de l'immortalité supposée, du monde actif et utile à la société. Elles se confondent avec l'idée d'un vieillissement sous le spectre de la dépendance au sens d'un corps détérioré, de maladies engen-

drant douleurs et souffrances, et des états démentiels avec l'idée que la délivrance pourrait n'être que la mort.

Or, le vieillissement n'est pas que cela. Sans pour autant être bercé d'illusion ou d'un leurre idéal où la vie durant ce stade du développement est sans tumulte, le vieillissement est véritablement un processus avec des remaniements identitaires.

Un travail de déconstruction des représentations sociales saturées nous semble opportun, afin d'accompagner les personnes vers l'acceptation de soi dans ce processus. Une acceptation n'est pas toujours évidente durant ces péripéties qui risquent d'amener le sujet à renoncer, à s'enfermer ou à se condamner dans cette représentation et pouvant



amener des états dépressifs, des deuils impossibles à faire et s'imaginer être dépendant avant l'heure.

Culturellement, à travers l'histoire et les civilisations, dans d'autres espaces-temps, le vieillard est considéré comme le chef de la famille, il est respecté, écouté, c'est celui qui est sage et sachant.

Pour certains de nos aînés au prisme d'une dépendance physique, la mort peut prendre une tournure d'effroi, de peur, d'angoisse mais aussi d'une solution comme des soins palliatifs, l'euthanasie et pourquoi pas le suicide. Ces solutions viennent les apaiser dans l'ici et maintenant, une population qui se sent exclue aujourd'hui de cet état final

des actes de la vie quotidienne, comme la gestion administrative par exemple. Parfois ce sentiment d'incapacité se cristallise chez nos patients, vécu comme encore une perte et un signe de vieillesse. Le vieillissement : un processus de pertes multiples, parfois réelles, parfois supposées...

Accepter de l'aide ou de l'assistance, n'est pas donné à tout le monde, et rarement au commencement. Accepter les aides sans accepter les causes qui nécessitent les aides nous semble être difficile. Luc nous témoigne : « *Quand on dépend des autres, on est assujéti à leurs organisations* », « *on a le sentiment de passer son temps à attendre, à se mettre à la merci d'un autre* ».

La notion de dépendance à un autre au cours du vieillissement peut être vécue positivement, sur le plan des bénéfices secondaires qu'une situation ou relation de dépendance peut procurer, que ce soit dans le contact avec autrui ou dans l'aide sur les gestes du quotidien. Paule nous en parle comme d'une « *joie de la dépendance : tout le monde s'occupe de nous, je suis sujette à ce genre de plaisir, c'est la dépendance affective* ».

Marie dira : « *cela me décharge de certains soucis* ». René nous dira : « *L'autre prend soin de nous, nous chouchoute, on est au centre de leur préoccupation* ». Ce qui vient amener une présence régulière de l'autre, un autre qui est à notre chevet. « *Les autres me servent beaucoup et ça me va* ».

La dépendance à un objet d'addiction (toxiques, alcool, cigarette, médicaments, institution) a également été évoquée.

Des personnes en situation de handicap qui traversent un processus de deuil houleux vers l'acceptation de ce nouveau corps, déplorent l'attitude et le manque de considération d'autrui. L'environnement social ou familial a tendance à les mettre à une place de personne fragile et vulnérable au point où ils oublient que leur raisonnement, leur jugement et leur capacité de penser ou de désirer est intact. Certains de nos patients revendiquent leur besoin d'autonomie psychique, avec la possibilité de prendre des décisions pour leur propre vie.



© sabinevanerp

La parole des patients...

À l'occasion de l'écriture de cet article, nous avons donné la parole aux patients à travers différents ateliers thérapeutiques à l'hôpital de jour HODOS. Lorsque nous abordons le signifiant « dépendance », Pierre répond spontanément « La dépendance : mais laquelle ? ».

Il en ressort que la notion de dépendance est associée au premier plan à la dépendance physique qui suppose une altération physique et un recours nécessaire voire vital à une dépendance à un autre. Celle-ci est nommée par certains comme « la grande dépendance » et qui est située à un âge bien avancé. Elle est imaginée par d'horribles douleurs physiques où la question du sens de la vie se pose et s'impose à eux. Vivre et souffrir, « à quoi bon ? » Dans leur imaginaire, les deux notions les mènent à la question de la vie et à la qualité de la vie mais aussi à la mort, comme issue salvatrice pour arrêter de souffrir, d'avoir mal.

de souffrance, de « grande » dépendance mais si cet état arrive, la solution de fin les apaise aujourd'hui. Cependant, ils rajouteront aussi, que lorsque ce moment arrive (s'il arrive), il se pourrait qu'ils pensent autrement.

Être ou devenir dépendant à un autre prend des formes différentes chez nos aînés. Pour certains, le sentiment de liberté, d'indépendance et d'autonomie est au premier plan et lutte contre la dépendance associée au signifié « assujéti », avec privation de liberté et une notion de soumission. Et alors que pour d'autres personnes accueillies, la dépendance est plutôt bien vécue avec beaucoup de soulagement ou de plaisir.

Au cours du vieillissement, nous rencontrons des personnes qui étaient autonomes et indépendantes. Arrive la dépression ou l'anxiété généralisée, des troubles cognitifs débutants, un trouble ou une maladie physique. Tout d'un coup, la personne peine à mobiliser les ressources nécessaires pour effectuer

Et encore, pour certaines personnes ayant pris la parole durant cette semaine consacrée à la notion de dépendance, nos patients se sont sentis dans la compassion ou l'empathie avec d'autres qui souffrent de dépendance, ils y abordent comme valeur la solidarité, l'entraide, le non-jugement, l'humanité et le respect de leur intégrité, être là pour ceux qui ont besoin.

Il y a à prendre en compte également la notion de dépendance à l'Institution, qui amène une chronicisation des soins, aux soignants, à l'institution. On peut aussi imaginer une notion d'interdépendance, les soignants sont là pour les patients, s'attachent parfois aussi. Comment l'équipe pluridisciplinaire maintient ou autorise la possibilité d'être autonome et de se séparer de nous ?

La famille et la dépendance...

La vieillesse rend parfois le sujet vulnérable ou fragilisé au niveau du corps ou au niveau de l'esprit, ce qui amène une modification des places et des liens intra-familiaux. Cela amène le sujet à entrer dans une relation de dépendance à autrui. Cet autre s'appelle « l'aidant familial naturel » ou encore « l'aidant naturel ». Ce temps est parfois nécessaire et adapté mais peut perdurer dans le temps et venir créer un déséquilibre dans la relation. Le sujet s'appuie sur l'autre pour exister, pour l'aider à pallier aux difficultés rencontrées qu'elles soient limitées dans le temps ou bien alors le début d'un long processus.

Comment la famille accueille la dépendance d'une personne âgée liée à des troubles psychiques ? Et du côté du patient, comment le sujet vit cette dépendance à sa famille ?

Certaines familles se retirent de la vie du patient, d'autres font appel aux professionnels et pour d'autres, un dévouement ou une dévotion s'inscrit dans la relation. Aller régulièrement chez le parent dépendant, au risque de sacrifier sa propre famille. L'interdépendance s'installe dans le système familial. Cette place d'aidant quand elle est prise, peut

amener des effets bénéfiques pour tout le système, mais pas uniquement. Du côté de la famille, ce dévouement peut amener les personnes à s'épuiser, à devenir autoritaires et on peut constater aussi un inversement des rôles parents-enfants. Ce désordre de place au sein du système familial peut mener vers un mal-être pour chacun d'eux, et parfois même vers une attitude maltraitante.

Quand le patient va mieux psychologiquement, il remet en cause cette relation de dépendance, qui prend une forme d'ambivalence : « j'ai besoin d'eux » et à la fois s'amorce une quête d'autonomie, de rester maître de ses choix. Un nouvel équilibre familial est à réajuster, il se fait volontiers pour certains, alors que pour d'autres, une résistance se met en place. Quels seraient alors les bénéfices, les

avantages et les pertes de redevenir à un état initial ?

Chez certains, la place de la culture et des schémas familiaux passés anciens sont encore un modèle du contexte de vie au cours du vieillissement. Nos aînés avaient pour habitude de s'occuper chez eux des parents/beaux-parents et ont des souvenirs où les grands-parents vivaient avec eux et partageaient leur quotidien. Ce schéma familial est très rare de nos jours, et pourtant le désir est encore là chez certains de nos aînés.

Pour conclure...

Et finalement, peut-il y avoir dépendance sans interdépendance ? Comment se construisent les relations entre le patient et ses personnes ressources, celles qui vont l'aider, qu'il s'agisse de la famille, des intervenants au domicile ou d'une Institution ? Cette interdépendance ne mènerait-elle pas vers une chronicité et une entrave au processus d'autonomisation ?

Équipe de l'hôpital de jour HODOS
Pôle Psychiatrie de la Personne Âgée



© sabinevanerp

Brèves réflexions sur la dépendance à l'institution

Exerçant au sein d'un service d'hospitalisation temps plein, la question des dépendances y est présente et multiple. Toutefois, je me bornerai à circonscrire mon propos autour de la question posée de nombreuses reprises en service d'intra : « Quand est-ce qu'il/elle sort ? ».

C'est en effet une question récurrente que l'on entend et qui revient régulièrement à l'endroit des patients hospitalisés depuis « un peu trop longtemps ». Cette question indique évidemment plusieurs éléments sous-jacents : la question du sens de la prise en soin, celle de la temporalité de l'hospitalisation, mais aussi la crainte de l'institutionnalisation du patient.

La crainte, légitime, de l'institutionnalisation renvoie à la dépendance du patient à l'égard de l'institution, mais de quoi cette crainte est-elle le nom ?

Pour commencer si l'on reprend stricto sensu la définition de l'institutionnalisation, le Robert nous dit que c'est « le fait d'institutionnaliser, de donner le caractère d'une institution sociale ». Une institution sociale désigne donc une structure sociale, collective qui serait stable et durable.

Nous savons qu'une des raisons déterminantes d'une hospitalisation est l'isolement social. Cette dernière est alors un moyen de replonger dans un bain social indispensable aux liens et aux soins. Il est d'ailleurs courant que des équipes s'inquiètent du peu de lien qu'ils aient réussi à établir avec un patient.

On se retrouve donc devant un paradoxe : le besoin de créer du lien entre le patient et l'institution et la nécessaire fin de l'hospitalisation. Vient se loger à l'interstice de ces nécessités la crainte de dépendance du patient à l'égard de l'institution.

Tout d'abord nous devons définir la dépendance dont il serait question. Nous pouvons faire l'hypothèse qu'une des choses à laquelle le patient pourrait être dépendant serait la contenance que l'institution peut lui apporter. Celle-ci se matérialiserait par le cadre quotidien, les horaires des prises de traitements, les repas, les lieux de rassemblement mais également par la dimension relationnelle. Le fait de pouvoir solliciter l'autre, d'être entendu, écouté, compris, respecté, protégé. Autant d'éléments qui ont pu manquer au patient dans son histoire.

La contenance ne veut pas dire pour autant toute-puissance qui renverrait à une représentation idéalisée de la fonction soignante. Comme le dit Melanie Klein dans son texte de 1957 *Envie et gratitude* : « L'idéalisation découle du sentiment inné qu'il existe un sein maternel "extrêmement bon", sentiment qui aboutit à désirer intensément un bon objet et à être capable de l'aimer »¹. Celle-ci est à la fois normale et risquée. A désirer trop intensément un bon objet on en viendrait à le fantasmer. Aussi, l'institution s'entêtant à être une trop bonne mère contenante et soignante pour le patient, peut s'idéaliser et finir par devenir persécutrice.

Le cœur de la pratique est donc de penser la fonction soignante. La *good enough mother* (mère suffisamment bonne, Donald Winnicott) que représenterait l'institution doit pouvoir penser son action ainsi que ses limites afin de déconstruire une fonction soignante idéalisée.

Penser son action passe par le fait de penser le transfert, à savoir observer, étudier et analyser les processus de répétitions à l'œuvre dans la relation avec

le patient. C'est ce travail qui permet par la suite les prises de décisions collectives, s'il doit y en avoir.

Cette idée reprend la logique assertive proposée par Jacques Lacan : *l'instant de voir, le temps pour comprendre, le moment de conclure*.

Les décisions interviennent donc comme des coupures, qui ne seraient pas de l'ordre de l'abandon ou du passage à l'acte mais de l'ordre de la séparation et permettant de ponctuer et de rythmer le temps de l'hospitalisation.

Pour faire de ces décisions des actes symboliques, il faut qu'il puisse y avoir ces trois temps logiques dont parle Lacan, qui peuvent représenter le chemin parcouru collectivement avec le patient durant l'hospitalisation.

Ainsi, l'hospitalisation et l'institutionnalisation permettraient d'introjecter des modalités de relations différentes à l'objet.

Viendrait alors le moment du sevrage et de la séparation. Melanie Klein affirme qu'il faut pour cela « *que toute la gamme de l'amour et de la haine, de l'angoisse, de l'affliction et de la culpabilité en relation avec les objets primaires a été vécue maintes et maintes fois* »².

Cela suppose finalement que l'équipe et le patient aient pu traverser ensemble la position schizo-paranoïde puis la position dépressive. Ce qui implique le partage d'une temporalité permettant le dépassement des angoisses persécutives et dépressives.

Mais peut-être cette brève réflexion représente-t-elle à son tour une part d'idéal ?

Marilyn BAZIN

Psychologue clinicienne – Les tilleuls

1. Melanie Klein, *Envie et gratitude*, 1957, p. 35.

2. Melanie Klein, *Sur les critères de terminaison d'une analyse*, 1950, p. 5.

Le service d'addictologie du Centre hospitalier Valvert

PRÉSENTATION DU SERVICE

Par Lila Hannani, Infirmière

Le service d'addictologie du Centre Hospitalier Valvert a ouvert en novembre 2021. Ce service n'est pas soumis à la règle de la sectorisation, il peut accueillir toute personne à partir de 15 ans, habitant le grand Marseille ou les villes avoisinantes.

Il propose des soins individuels, pour tous types d'addictions, avec ou sans substances, par le biais d'une prise en charge spécialisée, selon le modèle de la Réduction des Risques et des dommages (somatique, psychiatrique, psychologique et sociale).

Il se compose de deux unités qui offrent :

- **Des consultations** sur rendez-vous programmé : un premier rendez-vous d'accueil est prévu avec l'infirmière qui permet d'orienter selon le besoin éventuellement vers un médecin et/ou une psychologue.
- **Une activité de liaison** qui peut proposer aux patients hospitalisés au sein de notre hôpital, un premier contact qui permettra de donner un avis addictologique, de proposer une aide au sevrage si besoin, d'induire une accroche aux soins, afin de maintenir le suivi ambulatoire voire orienter vers d'autres structures adaptées. Cette activité permet également d'aller vers les équipes soignantes, créer du lien, favoriser les échanges afin de promouvoir une culture addictologique.

POURQUOI PARLER D'ADDICTION ?

Par le docteur Duc Goninaz Céline, PH

Dans son étymologie, le terme addiction, « addictus », signifie « adonné à ». En droit romain puis en droit moyenâgeux, l'addicte ou « l'addicté » était, après ordonnance du tribunal, la personne débitrice contrainte par corps à rembourser son suzerain ou son créancier. Elle en devenait ainsi esclave, elle ou tout membre de sa famille si la dette s'éternisait.

Le concept d'addiction comporte l'idée d'une perte de liberté, d'une perte de contrôle. La perte de liberté de s'abstenir d'avoir recours à l'objet addictif. Mais attention de ne pas confondre addiction et dépendance. En effet, la dépendance, au sens large, est un phénomène naturel et n'est pas forcément pathologique. Il s'agit donc de réfléchir à quoi la dépendance se réfère. De l'autre côté, tout consommateur de substance n'est pas forcément dépendant. La consommation dite « récréative » reflète aussi la capacité de l'être humain à

En pratique : pour faire une demande, une fiche de recueil de données est à remplir et à adresser par mail à :

addictologie@ch-valvert.fr (joindre le modèle)

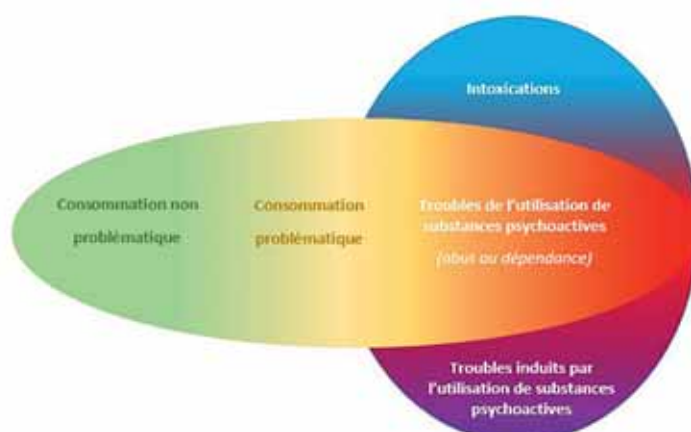
A réception du mail, l'infirmière planifiera le rdv et une réponse sera apportée dans les 48 h. Ensuite, elle contactera le service demandeur, leur communiquera la date de sa venue, seule ou accompagnée d'un médecin.

L'équipe pluridisciplinaire est composée

- d'un temps plein médical, partagé entre le Dr Pariggi Mathieu (chef de service/psychiatre/addictologue) et le Dr Duc Goninaz Céline (psychiatre/ capacité addictologie en cours),
- d'un mi-temps psychologue : M^{me} Pélissier Marie-Florence, spécialisée en addictologie/sexologie/hypnose,
- d'un mi-temps AMA : M^{me} Fillol Elsa,
- d'un temps plein infirmier : M^{me} Hannani Lila.

Il n'existe pas d'équipe mobile et nous ne réalisons pas de visite à domicile. L'infirmière a un rôle pivot et de coordination au sein de l'équipe pluridisciplinaire. Elle assume un travail de liaison et de relai avec les différents partenaires du réseau (les CSAPA, les ELSA, les infirmiers libéraux, les cliniques de post cure.) ainsi qu'avec les structures extra et intra hospitalière du CH VALVERT. Nos missions s'élargissent autour d'actions transversales : la prévention « journée mondiale sans tabac 31 Mai 2022 », le dépistage (VIH/VHB/VHC), la communication avec le réseau de partenaires et de la formation.

rechercher des objets de plaisir. Il est préférable de l'envisager comme un usage ou un comportement « à risque » qui peut évoluer vers un état de dépendance.



Schématiquement, on peut considérer que le processus addictif se déroule en trois étapes :

- La première phase est non pathologique avec un usage récréatif et sporadique.
- La deuxième phase concerne un usage intensif avec augmentation de la fréquence, quantité et motivation pour la conduite addictive. Des problèmes à l'usage apparaissent mais ne sont suffisamment pas importants pour susciter des tentatives de changement.
- En continuant ce comportement, cet usage, certains patients deviendront dépendants avec une installation progressive et de plus en plus impérieuse de la dépendance.

Progressivement, la conduite répétée entraîne des modifications cérébrales fonctionnelles et structurales de plusieurs circuits neurologiques, dont celui « de la récompense » et ce, quelle que soit la substance. Ces modifications peuvent aussi arriver dans les addictions sans substances ou comportementales (jeux, sexe, alimentation...).

C'est le parti pris de l'addictologie, discipline médicale récente, qui émerge dans le milieu des années 1990 et qui rassemble sous une même bannière les addictions, quel que soit l'objet de l'addiction.

En effet, à partir des années 90', le terme « addiction » s'installe doucement en France, d'abord pour cerner les dépendances à l'alcool puis plus largement aux substances psychoactives, licites comme illicites, puis aux addictions sans substance dites addictions comportementales.

Le concept d'addiction se définit aujourd'hui comme une modalité pathologique d'utilisation d'une substance ou d'un comportement de gratification qui se caractérise par son aspect compulsif : la perte de contrôle du comportement et le maintien involontaire de ce comportement en dépit de l'accumulation de dommages dans de nombreux domaines : santé physique, psychologique, relationnel, sociale, professionnel...

Les soins en addictologie sont de fait proposés en fonction de la demande du patient. Il ne s'agit pas forcément d'arrêter totalement ces conduites et encore moins dans l'immédiat mais d'abord de créer un espace de réflexion sur « comment cette addiction peut-elle avoir moins d'impact négatif dans la vie du sujet ? » afin de préserver sa qualité de vie. Cette façon d'envisager le soin est dénommée « la réduction des risques et des dommages ».



L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL : LE RESPECT ET LA COLLABORATION AU CENTRE DE LA RELATION THÉRAPEUTIQUE

Par Marie-Florence Pélissier, psychologue

En addictologie, le respect de la personne est primordial. Les représentations des addictions véhiculées par la société sont encore aujourd'hui stigmatisantes entre le rejet de ce qui est perçu comme un "vice" et la réprobation sociale de ce qui est considéré comme un "manque de volonté". Le vieil adage "quand on veut, on peut" accompagne tristement le parcours de nombreux addicts. Cependant, force est de constater que les mécanismes des addictions sont complexes et que la motivation joue un rôle bien plus important que la volonté.

En effet, en addictologie, la motivation prime : elle est au cœur de la démarche de soin. Elle est considérée comme un processus interpersonnel en développement et non comme un "simple état d'esprit". Et comme celle-ci se développe, "l'objectif du thérapeute est de faire émerger cette motivation intrinsèque du patient en l'aidant à l'identifier et à la nommer avec ses termes propres en lien avec ses buts et ses valeurs personnels"⁽¹⁾. Miller et Rollnick, les auteurs à l'origine de l'entretien motivationnel (EM), le définissent comme "*une méthode de communication directive centrée sur le client visant*

à l'augmentation de la motivation intrinsèque par l'exploration et la résolution de l'ambivalence"⁽²⁾. La relation thérapeutique telle qu'elle est pensée dans l'EM se construit en collaboration avec le patient. Il n'y a pas de relation patient/expert : l'esprit même de l'EM s'appuie sur le fait que le patient est l'expert de sa propre histoire et le respect de son expertise est essentielle.

Pour mener à bien un entretien motivationnel, ce dernier se doit d'être considéré comme un style d'intervention, un positionnement spécifique plutôt qu'un simple assemblage de techniques. Cette spécificité de l'EM repose ainsi sur 4 stratégies générales d'intervention.

Premièrement, il s'agit de faire preuve d'empathie. Classique et évident pensez-vous ? Et pourtant... Les auteurs de l'EM revendiquent clairement leur filiation avec Carl ROGERS et ses méthodes d'entretiens centrées sur le patient. L'écoute active qui est mobilisée lors de l'entretien implique le respect de la personne d'une part mais aussi l'acceptation par le thérapeute de la personne telle qu'elle se présente, dans toute son ambivalence et ses contradictions.

Deuxièmement, et de façon concomitante, il s'agira d'explorer l'ambivalence, de mettre en évidence les divergences et de les développer. En effet, les différences exprimées par le sujet entre la situation actuelle et la situation désirée peuvent laisser place à une anxiété bénéfique au changement. Ainsi, cette divergence est développée et amplifiée jusqu'à ce qu'elle incite la personne à changer son état actuel. Il est toutefois nécessaire de doser l'inconfort chez le patient afin que ce dernier conserve sa capacité de changement. A défaut, le risque est de renforcer le sentiment d'impuissance.

Troisièmement, le thérapeute se doit de "composer avec les résistances" et d'éviter ainsi toute argumentation. En effet, argumenter risque de provoquer la résistance du sujet. Cette résistance doit alors être perçue comme un signal pour l'intervenant : il se doit de modifier son attitude car, en l'état, celle-ci est inefficace dans la relation thérapeutique. L'entretien motivationnel n'est pas un combat avec la personne : il n'y a pas de vainqueur ni de vaincu, c'est avant tout la collaboration de deux experts.

Enfin, le quatrième principe important s'appuie sur le concept d'efficacité personnelle de Bandura (1977). Il réfère à la croyance qu'a un individu en sa capacité de réaliser une tâche. Il s'agit donc de renforcer cette efficacité personnelle afin que le sujet initie le changement. En effet, même si la

personne perçoit l'importance du changement, si elle ne se sent pas capable de le faire, elle risque de ne pas entreprendre ce changement. Un des objectifs importants de l'entretien motivationnel est d'augmenter la confiance du sujet dans ses capacités à dépasser les obstacles et à réussir dans son processus de changement.

Pour conclure, si l'entretien motivationnel majore la capacité au changement, il ne doit pas se réduire à un simple assemblage de techniques ou de stratégies. La nature même de l'entretien se situe dans la relation collaborative liant le thérapeute et le sujet. En addictologie plus qu'ailleurs, l'efficacité thérapeutique repose sur le respect de la personne. Et puisque le respect valorise l'autonomie, agissons alors d'accueillir le sujet dépendant tel qu'il se présente avec l'ensemble de ses mécanismes d'opposition afin de l'accompagner au mieux vers l'accomplissement de son objectif.

**le service d'addictologie, Lila HANNANI, infirmière,
Dr Céline DUC GONINAZ, psychiatre,
Marie-Florence PÉLISSIER, psychologue.**

(1) Rossignol V. *L'entretien motivationnel : un guide de formation*. 2001.

(2) Miller WR., Rollnick S. *Motivational interviewing: preparing people for change*. 2nd edition. New York : Guilford Press, 2002.

Bibliographie

LECALLIER D., MICHAUD Ph. *L'entretien motivationnel, une évolution radicale de la relation thérapeutique. Alcoolologie et addictologie*, 2004 ; 26(2) : 129-134.

LAQUEILLE X., RICHA S. *Le positionnement thérapeutique en addictologie : Quelques réflexions à partir de la pratique*. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-laennec-2019-2-page-30.html>

ROGERS C. *Le développement de la personne*. 2^e éd. Paris : Broché, 2018, 296 pages.



© Alain TOUBIANA

Les pendants de la dépendance

Nicolas : « *Bonjour la Socio, on nous propose d'écrire quelques lignes sur la dépendance, qu'en pensez-vous ?* »

L'équipe : « – *La dépendance ??? pourquoi nous ? pourquoi pas ? et l'indépendance alors, on en parle ?* »
– *Et si on en discutait aussi avec les patients ?* »

Nicolas : « *Oui, vous pouvez adopter l'angle d'écriture que vous souhaitez* »

L'équipe : « – *Ok, ça marche. Quels regards de notre place de sociothérapie avons-nous sur la notion de dépendance ? Notre quotidien soignant autour de cette thématique ?*
– *Et la dépendance à la socio ? à la structure, à son accueil, à son espace socialisant ?*
– *C'est parti ! Écrivons sur la dépendance et l'indépendance* »



La dépendance est selon Virginia Henderson « l'incapacité où se trouve la personne d'adopter des comportements appropriés ou d'accomplir elle-même sans aide les actions qui lui permettraient en fonction de son état d'atteindre un niveau acceptable de satisfaction de ses besoins », *The Nature of Nursing* (1966).

« *Vaste sujet, j'ai été confronté aux dépendances et co-dépendances affectives* » nous dit Cyrille S.

La dépendance est plurielle, les patients qui fréquentent la socio nous exposent

de nombreuses dépendances. Il peut être question de dépendances affectives, de dépendances aux toxiques, au lieu, à l'argent, au jeu ou au remplissage alimentaire...

« *La Cafet est une dépendance de l'Hôpital Valvert* » selon Frédérique M.

Notre unité est un lieu de soins spécifique qui possède plusieurs particularités. Nous répondons à une mission intersectorielle. L'unité est ouverte à toutes et tous, elle n'est pas détentrice du projet de soins. Elle se différencie

également par une absence de suivi médical et d'administration de traitement médicamenteux. Les soins sont exclusivement axés sur la médiation et la relation à la fois groupale et individuelle. C'est un lieu libre de circulation, pensé et construit comme tel.

Malgré notre dépendance à l'institution, nos missions et notre fonctionnement nous poussent, de fait, à adopter une forme d'indépendance dans le soin et à observer une autonomie essentiellement axée sur le rôle propre infirmier.

L'indépendance est selon Virginia Henderson, « *un niveau de satisfaction des besoins de la personne qui adopte, en fonction de son état, des comportements appropriés ou qui accomplit elle-même des actions sans l'aide d'autrui* ».

« *Je me réfugie donc derrière (lieu-dit l'Escapade), mon côté privilégié que je nomme jardin d'Eden* » exprime Cyrille S. Les patients nous montrent que, majoritairement, l'unité n'a pas d'indication directe mais plutôt une auto-indication des patients pour eux-mêmes et pour leurs pairs.

La prise en charge du patient commence ainsi par une forme d'indépendance dans son cheminement aux soins, reposant essentiellement sur son désir. Le premier espace de soins est un groupe ouvert, généraliste, auto-induit par le lieu et l'accueil soignant. Ce groupe a suffisamment de souplesse et de liberté pour y trouver une place de manière autonome.

Ensuite s'imbriquent les sous-groupes qui en découlent, nécessitant plus de désir du patient dans la démarche inclusive. Ces sous-groupes, tout en étant ouverts, sont spécifiques ; ils ont une thématique, un média et un cadre de soins structuré.

Ce groupe et ses sous-groupes ont pour fil conducteur une action portée sur l'autonomisation et l'indépendance d'action de chacun. Elle s'appuie sur la mise en avant des compétences, connaissances, désirs, projets de tous les acteurs, soignants comme soignés. L'unité est une interface entre le dedans et le dehors, une parenthèse.

La spécificité soignante dans ces groupes est un positionnement où le soignant n'est pas le sachant mais celui qui permet que les choses se passent. Il est le porteur du sens et des possibles, qui tente d'identifier, de faire émerger, de potentialiser les ressources de l'individu pour évoluer au sein du groupe.

Dépendance et indépendance sont deux mots imbriqués en chacun de nous, porteurs de valeurs différentes : l'indépendance est recherchée par tous, renvoyant à une image plutôt positive ; la dépendance est souvent connotée plus négativement, pouvant évoquer la souffrance, notamment si celle-ci n'est pas librement consentie.

Ainsi nous évoluons à l'interface de ces deux notions : d'un côté, notre dépendance à l'institution et les dépendances de chacun ; de l'autre, l'indépendance du fonctionnement de la sociothérapie et l'indépendance des usagers à être acteur de leurs choix et de leur vie.

L'équipe de la Socio/Cafet



Illustrations de Benoît Guillaume, artiste invité en résidence au CH Valvert au mois de septembre 2022 dans le cadre du programme "Culture et Santé" de la DRAC et ARS.

Le service des tutelles, vers la sortie de la dépendance

Questionné sur « la dépendance », notre service des tutelles, composé de deux mandataires judiciaires et d'une assistante à temps partiel, a souhaité s'associer à une forme de réponse.

La dépendance revêtant de nombreux contours, nous avons choisi d'évoquer la dépendance existante entre le majeur protégé et son mandataire.

Bien entendu, nous pourrions également envisager la forme de dépendance liée aux différents acteurs et partenaires qui gravitent autour des patients.

Il nous a paru plus judicieux d'exprimer le lien de dépendance qui va naître entre un mandataire et son majeur protégé lorsqu'un mandat est jugé.

Toute mesure de protection s'impose à un mandataire professionnel qui a prêté serment de défendre les intérêts d'une personne jugée en incapacité temporaire d'agir seule pour son compte.

Dès lors qu'un mandat est confié, nous allons devoir tenter de nous immiscer dans la vie privée d'une personne, évaluer son patrimoine, ses ressources, ses dettes, son environnement social. Un simple mandat va faire basculer la personne qui en bénéficie dans une dépendance relative.

Relative, en effet. Une mesure de protection est un bénéfice pour toute personne qui s'en sert pour avancer. Lorsque le métier de mandataire judiciaire s'est professionnalisé en

2007, la loi a prévu que le majeur protégé devrait être accompagné vers une logique d'autonomie. Cette dépendance est donc organisée pour ne pas durer. L'idée d'origine est donc de laisser un professionnel prendre la main sur une situation patrimoniale et administrative, stabiliser la situation et la faire évoluer pour garantir au bénéficiaire une sécurité, une sérénité et surtout un accompagnement éducatif du budget. A l'issue, le majeur protégé devrait s'intéresser à ses ressources, à ses dépenses et savoir choisir ses priorités.

Dans un premier temps, le majeur protégé peut s'appuyer sur son mandataire qui peut régler, à sa place, toutes démarches administratives favorisant ses intérêts patrimoniaux. Ainsi, une personne qui subit une phobie administrative au point de ne plus ouvrir un courrier, est déchargée de cette obligation qui incombe à son mandataire.

En pratique, nous observons que les personnes protégées trouvent un tel confort à se décharger sur leur mandataire de leurs obligations, qu'ils finissent par en perdre tout intérêt. Ce lien de dépendance peut donc s'aggraver avec le temps.

L'idéal consiste à associer le majeur protégé au maximum dans les démarches et le faire participer aux choix et aux incidences de ces choix pour l'avenir ; ainsi, un majeur qui a des demandes récurrentes d'achat et pour lesquelles nous mettons notre veto devra être informé et comprendre notre choix qui s'impose à lui. Il

en va de notre crédibilité de l'associer à des propositions différentes, à des stratégies pour satisfaire sa demande en tentant au mieux d'éviter que sa frustration mette à mal le lien de confiance, nécessaire à la mesure de protection.

Le public dépendant de ses addictions (jeu, alcool, substances diverses), jeune principalement, soumis à une mesure de protection est le plus compliqué à orienter vers l'autonomie. Ce public subit sa mesure comme une punition sans y voir l'intérêt d'un nouveau départ. La dépendance est alors conflictuelle, non constructive si le majeur, également patient, ne souhaite pas envisager de prendre en charge ses soins.

C'est ainsi que nous sollicitons nos partenaires professionnels afin de tenter, de concert, d'amener le patient à orienter ses projets vers la sortie de sa dépendance addictive avant d'envisager son autonomie budgétaire.

Pour bénéficier d'une main levée, un majeur protégé doit prouver qu'il est autonome dans ses choix budgétaires notamment. En 2021, nous avons recensé 3 mains levées. Nous avons également deux curatelles simples en cours pour lesquelles une main levée devrait s'ensuivre. Certaines personnes retrouvent donc l'autonomie et perdent progressivement ce lien de dépendance qui nous unissait en reprenant confiance en elles.

Dépendance au soin et parentalité soignante : de l'émotion au jeu de la rencontre

Ces pages sont le fruit de quelques réflexions douces-amères nées de l'accompagnement de patients souffrant d'autisme sévère sur l'Hôpital de jour pour adolescents L'Oasis. Elles nous offrent également l'opportunité de partager ici l'inquiétant constat que nous faisons quant à la raréfaction des structures sanitaires et médico-sociales susceptibles d'accueillir et de poursuivre la prise en charge de ces patients vulnérables et environnement-dépendants.

La clinique de l'autisme peut en effet à bien des égards s'apparenter à une clinique de l'extrême. Accompagner des patients tels que ceux reçus à l'Oasis c'est accepter de faire avec l'archaïque, avec l'en-deçà des mots, avec les angoisses massives qui les traversent, et qu'il faut bien accepter d'accueillir en nous au moins en partie.

Malgré tout, chaque jour nous sommes là et nous offrons notre appareil à désirer, notre instrument à penser. Nous tentons de nous accorder. Cela est coûteux, certes, mais dans ce service où l'on peut vivre des instants difficiles, de véritables moments de grâce sont aussi au rendez-vous. Et alors nous avons le sentiment que les patients sont un peu moins loin de nous, que l'abîme qui nous sépare d'eux est moins grand, et qu'une rencontre authentique a pu avoir lieu.

L'autiste, coincé dans un fonctionnement auto-érotique, envahi par un impératif de solitude et d'immobilité, ne laisse en effet que peu de place à l'altérité. Tout l'enjeu semble alors s'organiser du côté d'une bascule de ce monde auto-érotique fermé vers celui plus ouvert de l'intersubjectivité¹. Par l'accompagnement que nous offrons, nous tentons alors d'introduire avec délicatesse de l'autre et de la différence. Nous espérons ainsi que ce monde de la « mêmété » puisse s'ouvrir sur celui de l'altérité.

En effet, l'autisme comme mode d'être au monde constitue aussi une défense pour celui qui continue de s'éprouver à la merci de l'environnement qui l'entoure. La bulle autistique, la « forteresse » autisme (Bettelheim) viennent comme des tentatives désespérées du sujet pour survivre à cet état de détresse fondamentale dans lequel il peut rebasculer lors des moments d'angoisses les plus déstructurants. Ces réactions de détresse existentielle semblent directement faire écho à l'état d'angoisse originaire du nourrisson que Freud nomme « Hiflosigkeit », littéralement « être sans secours », et que Jean Laplanche traduit par « l'état de "désaide" ».

Dans sa néoténie², le bébé s'éprouve dans l'incapacité à se venir lui-même en aide et ressent alors, non sans angoisse, son absolue dépendance à un environnement auquel il est tout entier soumis. Or c'est aussi depuis cet état de désaide, depuis cette dépendance primordiale du petit d'homme à l'environnement, que de la relation, du lien peuvent ensuite se créer. Le monde autistique pourrait se laisser pénétrer par celui de l'altérité, si tant est que l'on accepte d'occuper, pendant un temps plus ou moins long, une place proche de celle que Freud appelle le « Nebenmensch », « l'autre secourable », celui qui vient justement apporter son aide à « l'être sans secours »³.

Le psychanalyste François Richard écrit : « *Le Nebenmensch, c'est la personne qui entend de façon adéquate l'appel de l'enfant (la mère bien sûr, mais, au-delà de celle-ci, toute personne exerçant cette fonction) ; il ne doit pas être trop proche : il attend l'autre le temps qu'il faut. Il étaye mais, surtout, il est l'interlocuteur qui accompagne l'infans, celui qui ne sait pas encore parler, dans son acquisition de la parole, du langage et de la compétence intersubjective.* »⁴.

Pour permettre que la forteresse autisme baisse sa garde et ouvre son pont-levis, encore faut-il qu'un autre (plusieurs en réalité !) sécurise cette



1. Du grec « autos », « soi-même », l'auto-érotisme dont la contraction est à l'origine même du mot « autisme » désigne une étape du développement de l'enfant durant laquelle le plaisir et la recherche de satisfaction sont éprouvés dans un rapport au corps propre uniquement, sans tenir compte d'un quelconque objet extérieur.

2. La néoténie désigne pour Bernard Golse l'état de prématurité et de vulnérabilité avec lequel le bébé humain vient au monde, même à terme ! « *Le bébé humain est sans aucun doute le plus immature, à la naissance, de tous les bébés mammifères <...> Cet inachèvement premier de l'être humain, qui a pour nom la néoténie, rend le bébé humain très fragile, vulnérable et environnement-dépendant* ». Cf. Bernard Golse, « *Le temps du bébé, une culture à part entière* », Erès : Spirale, 2015/3 N° 75 | pages 55 à 63.

3. Cf. Sigmund Freud, *Esquisse d'une psychologie scientifique* (1895) et *Inhibition, symptôme et angoisse* (1926).

© Alice au pays des merveilles, Georges Dunlop Leslie.



que lui imposent les aléas de son histoire de vie. [...] La parentalité est toujours une parentalité soignante. Elle consiste à "prendre soin" de l'enfant en soi ou des aspects infantiles des sujets dont on s'occupe »⁶.

De ce point de vue, la relation soignante semblerait presque rejoindre une relation parent-enfant, tant l'impression de détresse que nous renvoient les jeunes autistes peut être massive, pouvant alors faire naître en retour le désir tout aussi massif de les contenir au mieux. En effet, cette parentalité-condition-au-soin ne peut advenir sans que le soignant ne soit présent authentiquement dans la relation, ce qui implique aussi une part d'identification au patient accueilli.

Cette parentalité soignante constitue donc bien un appui pour les jeunes autistes que nous accompagnons, appui qu'il peut alors devenir difficile de lâcher, pour eux comme pour nous, nous y reviendrons plus loin. L'absence des « soignants repères » peut vite conduire le patient souffrant d'une pathologie archaïque à un important sentiment d'insécurité, l'amenant à témoigner de sa souffrance face à un manque parfois vécu comme intolérable (par le repli ou au contraire par des crises clastiques). Face à un tel investissement transférentiel, il apparaît comme une absolue nécessité que les soignants puissent eux-mêmes s'étayer sur un collectif, se sentir « *soutenus loyalement et pour de vrai* » pour reprendre des mots de Pierre Delion⁷. L'autisme dans une certaine mesure « autistise », confronte parfois à une différence presque médusante. Le risque que l'archaïque court-circuite nos capacités à penser et donc à soigner existe : alors c'est le soignant qui se découvrirait presque être à la place de l'Hiflosigkeit, l'être sans secours, éprouvant un sentiment

transition pour que cette ouverture sur le monde ne rime pas avec anéantissement mais bien plutôt avec enrichissement, apprentissage, croissance, et peut-être, plus tard indépendance ? Lorsque le bébé vient au monde et passe du milieu aqueux au milieu aérien, il est dans un premier temps écrasé par son propre poids. A cette sensation de tomber à laquelle il est encore trop faible pour opposer une réponse musculaire, c'est bien le portage par la mère qui va constituer la première réponse à cette angoisse d'effondrement originelle. Le portage de l'enfant par sa mère semble être le paradigme par excellence de ce qui soigne et apaise l'angoisse. L'importance de ce « holding » a été affirmé en son temps par Winnicott

lorsqu'il décrivait la préoccupation maternelle primaire (1956). Albert Ciccone s'appuie sur ce modèle pour définir le souci particulier que les soignants développent pour les patients dont ils ont la responsabilité, et qu'il nomme « *préoccupation soignante primaire* »⁵. Cette attention est indispensable selon lui à la construction d'une certaine forme de parentalité qui constitue aussi le cœur de notre métier de soignant. « *La parentalité concerne une expérience subjective, ou une fonction psychique mobilisée chez tout sujet qui doit prendre soin d'un autre, l'aider à grandir, à se développer, à découvrir le monde, à prendre en compte sa vie émotionnelle, à tolérer les turbulences que génère sa rencontre avec le monde, avec la réalité, à surmonter les tourments*

4. François Richard, « Le paradigme du Nebenmensch et la fonction maternelle », Presses Universitaires de France : Revue française de psychanalyse, 2011/5 Vol. 75 | pages 1539 à 1544 (p.1539).

5 Albert Ciccone, « La parentalité soignante » dans l'ouvrage collectif sous sa direction *Violences dans la parentalité*, Dunod, 2016, p.20.

6 A. Ciccone in *Ibid*, p.17 et 20.

7 Pierre Delion, *Fonction phorique, holding et institution*, Erès, 2018, p.17.

d'impuissance que seuls le partage et l'élaboration dans un collectif pourront alléger.

En effet, si chaque soignant pris individuellement dans une relation particulière aux jeunes qu'il accompagne constitue en quelque sorte une première enveloppe contenant et sécurisante, les éléments transférentiels bruts qui viennent alors transiter en chacun se doivent à leur tour d'être accueillis, digérés, transformés, « détoxifiés » aurait dit Bion, avant d'être renvoyés à l'autiste. C'est là qu'apparaît comme indispensable un réel travail d'équipe, ce que Delion nomme aussi la « constellation transférentielle » : « *Définie comme l'ensemble des soignants qui sont au contact du patient présentant une pathologie archaïque, elle résulte d'un travail collectif au long cours, effectué par l'équipe qui accueille et soigne le patient en question.* »⁸.

La question du « long cours » apparaît là aussi comme inévitable dans le suivi et l'accompagnement des personnes autistes, particulièrement celles qui présentent les formes les plus sévères de cette pathologie. On voit bien au travers de tout ce nous venons de déployer à quel point la présence presque permanente de personnes exerçant une parentalité soignante, en lien les unes avec les autres, est primordiale pour articuler et mettre en récit ce qui se joue pour la personne accueillie. Pierre Delion l'affirme : « *Un enfant qui présente un autisme (...) a besoin d'une institution pour l'accueillir et l'aider à grandir* »⁹.

C'est sur ce point que nous nous heurtons alors à notre impuissance la plus grande, la plus douloureuse peut-être : la raréfaction dans le paysage français de telles institutions susceptibles d'accueillir les patients autistes jeunes adultes, à l'heure où doit justement s'organiser la fin de leur prise en charge

dans notre hôpital de jour pour adolescents.

Lorsque Delion parle de la nécessité d'une institution pour les personnes autistes, il s'inscrit bien évidemment dans la différence posée par Tosquelles entre « l'établissement », les locaux mis à disposition pour une certaine mission, et « l'institution », les équipes, les subjectivités qui travaillent ensemble à faire vivre ces locaux et à donner un sens à leur mission de base. L'institution détermine le style d'un établissement et son potentiel thérapeutique. Sans une institution bien vivante qui pense l'accueil et le soin, un établissement soignant peut n'être qu'une coquille vide, un rejeton du système asilaire uniquement apte à satisfaire les besoins primaires des personnes accueillies. Nos patients ont pour la plupart tous *besoin*, non seulement d'une institution mais déjà d'un établissement avec lequel poursuivre leur chemin. Rares sont ceux qui pourront laisser derrière eux ce rapport de dépendance à un environnement suffisamment bon (à une « institution » donc) pour se sentir dans la possibilité

d'exister. Or, non seulement parmi nos patients, le nombre de ceux qui n'ont pas eu la chance d'intégrer un Institut médico-éducatif (IME), faute de place disponible durant leur enfance, est de plus en plus alarmant, mais en plus, la probabilité pour eux de pouvoir accéder à leur majorité à une « structure adulte » semble aussi de plus en plus limitée. Les patients peuvent alors se voir sélectionnés « sur dossier », chaque place ouverte en Foyer d'accueil Médicalisé (FAM) ou en Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) semblant donner lieu à une véritable mise en compétition de « candidatures » étudiées à la manière des entretiens d'embauche¹⁰. Or dans ce processus de sélection, c'est justement ceux qui ont le plus de difficultés et apparaissent comme les plus vulnérables qui sont le plus souvent écartés ou mis en liste d'attente... ceux donc qui ont le plus besoin d'une institution !

L'Oasis en tant qu'hôpital de jour pour adolescents ne peut être qu'un tremplin vers autre chose, un lieu transitoire pour accompagner et soulager les souffrances qui parcourent un passage



© La danse, Henri Matisse.

8 Pierre Delion, *La constellation transférentielle*, Erès, 2022, p.71.

9 Pierre Delion, « *Autisme et institution* », *Enfances & Psy*, 2010/1 n° 46 | pages 43 à 52.

adolescent rendu encore plus délicat par la présence des angoisses autistiques. L'Oasis a une fin et c'est constitutif de notre travail de faire en sorte que le patient puisse continuer ailleurs ce qu'il aura commencé à consolider ici. Néanmoins il arrive qu'il n'y ait pas « d'ailleurs », que nous soyons sans solution adaptée. Ce n'est alors plus une séparation qu'il nous faut organiser mais une rupture, ce qui est bien plus difficile. La séparation, si elle est suffisamment préparée, fait grandir : le patient se retrouve alors porté par deux institutions, celle qui passe le relais et lui dit au revoir tout en continuant à le porter psychiquement, et celle nouvelle qui l'accueille et organise son inscription dans un nouvel environnement où il a une place. La rupture au contraire, la plupart du temps, augure de grandes difficultés pour le patient et sa famille et peut aussi sur le plan institutionnel amener de grands mouvements dans la dynamique des équipes (mouvements dépressifs, clivages...). En effet, rompre la prise en charge ébranle la parentalité soignante qui constitue le nœud de la relation soignant-soigné : malgré tout notre désir nous sommes alors contraints de lâcher, parfois non sans culpabilité, sen-

timent d'abandon et d'échec. Ces limites nous dépassent et convoquent des questions hautement politiques. Nous ne pouvons que faire avec, non sans éprouver l'envie de résister et d'œuvrer pour que ce système évolue. C'est d'abord pour les patients que nous tenons, avec la certitude que notre accompagnement, tout en étant limité, n'est pas vain. Ce qu'ils auront appris, traité, construit, élaboré avec nous pourra – on l'espère – continuer de les porter lorsque nous ne serons plus présents. Et nous gardons en mémoire ces petits détails, ces instants de pure poésie partagés brièvement mais intensément, le temps d'un regard, d'un sourire, d'un geste... Au milieu de l'abîme autistique, de la beauté peut surgir, indice que d'une relation de dépendance une authentique rencontre peut advenir.

Alors, si le patient est dépendant au moins pendant un temps du portage que lui propose les soignants qui l'accueillent, ces derniers aussi, s'inscriraient dans une forme de dépendance au soin, dans une dépendance au fait même de soigner. Tous ici nous accueillons et accompagnons des êtres en souffrance. Ce désir de soigner l'autre, de l'aider à traverser ses difficultés,

signerait également un aspect hautement subjectif et même narcissique qui nous permet de tenir dans nos fonctions, aussi difficiles qu'elles peuvent l'être parfois. On ne devient pas soignant et qui plus est soignant en psychiatrie par hasard !

Si nous devenons soignants c'est d'abord pour nous. Devenir infirmier, éducateur spécialisé, assistant social, psychologue, psychiatre... bref devenir soignant, pour reprendre les mots de Ciccone, « *c'est passer sa vie à réparer chez les autres ce qu'on n'a pas pu réparer chez soi* »¹¹.

HDJ l'Oasis, Morgane BRU,
éducatrice spécialisée
Aurélien Cormier GUERRY,
assistante de service social
Uranie MICHET,
psychologue clinicienne

Bibliographie

- Albert Ciccone, « *La parentalité soignante* » dans l'ouvrage collectif sous sa direction *Violences dans la parentalité*, Dunod, 2016.
Pierre Delion, « *Autisme et institution* », *Enfances & Psy* 2010/1 n° 46 | pages 43 à 52.
Pierre Delion, « *Fonction phorique, holding et institution* », Erès, 2018.
Pierre Delion, « *La constellation transférentielle* », Erès, 2022.
Sigmund Freud (1895), « *Esquisse d'une psychologie scientifique* », in *La naissance de la psychanalyse*, PUF, 1956.
Sigmund Freud (1926), « *Inhibition, symptôme et angoisse* », PUF, 2016.
Bernard Golse, « *Le temps du bébé, une culture à part entière* », Erès, *Spirale*, 2015/3 N° 75 | pages 55 à 63.
François Richard, « *Le paradigme du Nebenmensch et la fonction maternelle* », Presses Universitaires de France, « *Revue française de psychanalyse* » 2011/5 Vol. 75 | pages 1539 à 1544.

10 Il est parfois demandé aux parents d'écrire une « lettre de motivation » pour appuyer l'inscription « sur liste d'attente » de leur enfant en MAS ou FAM.

11 Ciccone, A. « *La parentalité soignante* » dans *Violences dans la parentalité*, Dunod, 2016, p. 16.

Malaise dans l'Institution

La dépendance aux toxiques, puisque c'est essentiellement de celle-là que nous allons parler, est un immense défi qui se pose aux soignants et à l'Institution. Evidemment, ce sont d'abord les innombrables conséquences sur la santé globale de nos patients qui doivent nous préoccuper.

En effet, l'addiction peut envahir dans les cas les plus sévères, toutes les sphères de la vie d'un individu: somatique, psychique et sociale. C'est encore plus vrai en psychiatrie puisque nous savons que les patients souffrant de pathologies mentales sont davantage exposés, du fait de leurs troubles, de leur situation de précarité etc., au glissement parfois très surnois d'une consommation dite "simple" vers une véritable addiction. Nous connaissons tous des patients en proie à ces difficultés. Prenons un patient schizophrène, alcoolique et SDF par exemple...Ce n'est pas rare et dans ce cas les problèmes ne se cumulent pas, ils se potentialisent. Mais qu'en est-il des conséquences sur les soignants? Sur l'Institution? Face à ces situations de détresse, il semble qu'un sentiment d'impuissance, voire de découragement s'empare régulièrement des équipes. Essayons d'élaborer quelques éléments de réflexion autour de ce que l'on pourrait appeler un "affect soignant" très répandu.

A l'instar des pathologies psychiatriques, la dépendance revêt les habits de la chronicité. Passons, si vous le voulez bien, sur l'épineuse question de savoir si l'addiction est un symptôme ou une pathologie en soi. Le débat est bien sûr passionnant mais il nous éloigne de l'analyse de l'impact sur les soignants, l'Institution et nos prises de charge qu'entraîne la consommation de toxiques à l'hôpital.

Chronicité donc, que dans une langue plus psychanalytique l'on appellerait volontiers "répétition". Morbide en l'occurrence.

L'addiction repose massivement sur la répétition d'un comportement et/ou d'une situation. C'est sans doute en partie pour cela que les soignants se sentent si démunis. Et très vite le spectre de l'incurabilité de ces troubles nous traverse l'esprit...On tente de lutter contre, mais l'implacable réalité nous impose souvent de revoir à la baisse nos prétentions soignantes.

Parfois, nous avons tendance à rationaliser ces comportements au travers de discours du type : "il ou elle n'a aucune volonté", "il ou elle ne veut pas s'en sortir" etc. On se persuade qu'il suffit de vouloir pour pouvoir et cette idée nous rassure. Lors d'une session de formation

dispensée par un de nos collègues, ce dernier nous a fait la remarque suivante: il est tout aussi incongru de considérer qu'un patient serait responsable de ses idées délirantes ou de ses hallucinations que de sa consommation de stupéfiants. En effet, comment peut-on lui reprocher sa pathologie et/ou ses symptômes? Et pourtant nous avons spontanément l'intuition qu'il ne s'agit pas de la même chose.

Utilisons encore les outils que la psychanalyse nous offre: il s'agit bien là d'un mécanisme de défense des soignants contre ce sentiment vécu comme contre-nature: la perte d'espoir. Constatons que ce mécanisme est tout autant



La mort l'attend L'amour l'attend - Publicité de prévention antialcoolique, 1901.
Source : Gallica-BnF.

individuel que collectif: les réunions cliniques et les relèves en font parfois la démonstration. Nous avons tous vécus, au moins une fois, une prise en charge qui semble s'enliser. On a pourtant essayé plein de choses: traitements, activités socio, entretiens réguliers... Rien n'y fait. Le patient paraît toujours symptomatique et toujours en souffrance. Certains patients "s'aggravent" même en cours d'hospitalisation et là, c'est un sentiment d'échec qui nous accable. Alors on accuse les toxiques : si il ou elle ne

va pas mieux c'est parce qu'il ou elle se "défonce" tout le temps.

Il y a par ailleurs un parallèle à opérer avec les traitements que nous prescrivons ou administrons. Ici, le discours est inversé, si le ou la patiente ne va pas mieux c'est qu'on a pas trouvé le bon médicament... C'est-à-dire la "bonne drogue". Qu'elle soit divinisée ou diabolisée, la substance chimique est souvent

invoquée comme l'explication numéro une.

Encore une défense? Ne soyons pas trop durs avec nous-mêmes. Les difficultés de positionnement qui se posent aux soignants et à l'Institution sont nombreuses. Parmi les principaux obstacles qui se dressent sur notre chemin, il y a en premier lieu celui de nos représentations. Nos formations (médicales, paramédicales ou autres) ne nous transforment pas en machine à soigner parfaitement neutre et objective. Le soin n'est jamais neutre. Sa nature profonde est politique, n'ayons pas peur des mots. Politique, car nos représentations viennent du champ social dans lequel nous avons évolué depuis notre enfance. Le soin révèle en partie la manière dont la société est organisée, c'est-à-dire comment le corps social s'organise pour vivre ensemble. Bien malgré nous, nous distillons notre histoire dans l'Institution.

Dans le cas des toxiques (sauf peut-être pour l'alcool et encore...) et des consommateurs, le discours ambiant est dur voire autoritaire même si, il faut bien l'avouer, il a évolué positivement ces dernières années: parce qu'il a évolué dans le sens des soins et non plus de la morale. Malgré ce changement, l'idée que le "toxico" est "fourbe, menteur, manipulateur etc." demeure malgré tout tenace. Ce discours contribue sans doute à notre découragement.

Outre les considérations sociales, il y a des déterminants plus personnels qui peuvent entrer en ligne de compte. Qui n'a pas connu une tante alcoolique, un copain accro à l'héroïne, un frère un peu trop branché cocaïne? Parfois (et statistiquement plus que la moyenne des autres métiers), l'addiction concerne les soignants eux-mêmes. C'est là que les notions de transfert/contre-transfert prennent tout leur sens. Le patient est soit rejeté car il nous renvoie à nous-mêmes (ou à un proche), soit il est l'objet d'un surcroît d'empathie de notre part.

Dans les deux situations, c'est le transfert qui est à l'œuvre de manière plus ou moins consciente/ inconsciente. Une dimension affective s'invite inmanquablement dans la situation de soins et nous ne pouvons la nier à moins de nier le transfert lui-même...

En deuxième lieu, le déficit de formation et de connaissance semble généralisé, professions médicales comprises. On tâtonne, on improvise. On se sent souvent incompetents sur ce sujet alors on délègue à d'autres: cliniques spécialisées, équipes addictos etc. Heureusement qu'ils sont là! Pourtant, à l'origine de la politique du secteur, la mission de prise en charge des addictions est clairement affirmée comme relevant du rôle de la psychiatrie...

En dernier lieu, l'Institution elle-même ne semble pas mieux armée face à ce sujet. Elle est gênée face à la situation. Entre trafics en tous genres, conflits entre patients (y compris dans l'enceinte de l'hôpital) et mission de protection et d'accueil, le dilemme est de taille. Il nous saisit, il nous fige parfois dans des postures rigides. Le patient surpris à



© DR



consommer à l'hôpital, surtout s'il s'est engagé à ne pas le faire, doit-il aussitôt subir une sortie dite "disciplinaire" ? Arrêtons-nous un instant sur ce terme. Il renvoie à l'idée qu'il s'agit d'une question de discipline que le patient n'aurait pas été capable de s'appliquer. Ou bien l'on pourrait considérer que c'est l'Institution qui doit faire preuve de discipline, d'autorité envers le patient...

A l'inverse, nous faisons parfois preuve d'une tolérance que l'on pourrait considérer comme injuste ou contre-productive. On ferme les yeux sur la consommation de certains alors que l'on ne laisse rien passer à d'autres... Notre rôle n'est-il pas aussi de "poser la limite", de "faire bord" ? Nous avons tous des exemples de désaccords sur ce point au sein des équipes lors de nos nombreuses réunions. Désaccords qui vont parfois jusqu'au clivage. Jusqu'au malaise dans l'Institution ? Ainsi, comment pouvons-nous nous orienter ? Quelles boussoles peut-on utiliser ? Nous l'avons déjà dit, l'ouverture il y a environ un an d'un service d'addictologie au sein de Valvert est une excellente nouvelle. Ce sont des collègues précieux sur lesquels on peut s'appuyer. A condition, bien évi-

demment, de travailler de concert et non de se "défausser" sur eux.

Au pavillon les Cèdres, nous avons choisi de redonner un second souffle à un groupe de parole ouvert aux patients. Comme le disait François Tosquelles, le soin est poétique (de "*poiesis*", création) avant d'être à proprement parler thérapeutique. Nous l'avons renommé groupe de parole en référence à un poème de Baudelaire dont nous vous recommandons chaudement la lecture, "Enivrez-vous".

Au-delà du nom, on ne prétend pas faire dans l'originalité. On en revient encore et toujours aux fondamentaux : le discours du patient et le matériel clinique auquel il nous permet d'avoir accès. Comment vit-il sa consommation ? Quel discours tient-il autour de celle-ci ? Quels liens opère-t-il avec son histoire personnelle etc. Ce nouveau groupe, animé en duo par un infirmier et la psychologue du service, n'a que quelques mois d'existence et ne tient pas encore une place "incontournable" dans le pavillon. Il semble cependant prometteur car il permet l'existence d'un lieu de parole décomplexé et sans jugement en même temps qu'il permet aux soignants de

remettre en question leurs propres représentations.

Nous l'avons dit, nous ne pouvons pas réellement faire de psychiatrie sans considérer notre propre histoire et sans certains apports théoriques. En parallèle, nous devons aussi nous en méfier car ils peuvent comporter des biais et nous égarer. C'est pourquoi nous devons faire le pari, somme toute assez raisonnable, qu'une des clefs principales de la compréhension de ce phénomène tient dans le récit que fait lui-même le sujet de son vécu. L'attention soutenue à ce récit singulier nous permettra sans doute de mettre à distance certaines conceptions qui nous éloignent du soin. Terminons par une citation de Sigmund Freud qui nous concerne tous, quel que soit notre rapport personnel et professionnel à ce sujet : "*La vie telle qu'elle nous est imposée est trop dure pour nous, elle nous apporte trop de douleurs, de déceptions, de tâches insolubles. Pour la supporter, nous ne pouvons pas nous passer de remèdes sédatifs.*" Et vous ? Quel est votre remède sédatif ?

Benjamin HASSELHAN,
Infirmier aux Cèdres

L'addiction inoffensive à l'assistante sociale

Écrire au sujet de la dépendance m'a donné du fil à retordre. J'ai recommencé une dizaine de fois la rédaction de ces quelques lignes car il m'a été difficile de trouver comment écrire à ce sujet.

Cette notion, si lourde de sens, nous concerne tous et toutes à des degrés différents. Souvent, la notion de dépendance est associée à celle d'addiction. Une addiction à un toxique est quantifiable, une addiction à un service social l'est moins. Enfin c'est ce que je pensais avant de prendre du recul sur ma pratique et de constater que, même si cette forme de dépendance est plus subtile, celle-ci est bien présente.

Pour imaginer mes propos, j'ai fouillé dans ma boîte à souvenirs d'assistante sociale. J'ai changé quelques fois de postes depuis que j'exerce et j'ai toujours entendu la même phrase lors de mes prises de poste (à quelques variantes près) : « *bon tu vas voir, tu as un entretien avec ce Monsieur, il vient souvent mais ça le rassure de voir l'assistante sociale* ». Ce premier entretien se termine, nous n'en comprenons pas trop l'utilité mais le patient est ravi.

Il y a aussi ceux qui prennent rendez-vous avec nous car ils ont reçu un courrier avec l'entête « République Française »

et sont tétanisés, ceux qui remplissent un dossier MDPH avant de venir nous voir et nous demandent de vérifier la moindre virgule et enfin, ceux qui nous repèrent dès que l'on passe la porte d'entrée « *ah c'est vous l'assistante sociale ? Faut que je vous vois* ». Ces situations ont un point commun : un nombre élevé de sollicitations certes, mais surtout un besoin de sécurité, d'être rassuré. La dépendance au service social, lorsque l'on regarde la pyramide de Maslow, prend tout son sens. Sur cette pyramide, la dépendance appartient à la catégorie « besoin de sécurité ». Heureusement, la dépendance « à l'assistante sociale » rassure sans être nocive pour la santé (celle des patients à minima). La dépendance qu'ont les patients auprès de ce que représente l'assistante sociale, permet souvent de désamorcer une situation qui leur semble insurmontable.

Dès les premières minutes d'entretien, la pression redescend dès lors que le patient a déposé ce qu'il avait à nous dire ou à nous amener.

Sécuriser, rassurer, finalement c'est selon moi le cœur de notre métier et de la relation d'aide que nous établissons avec ceux que nous accompagnons. L'accompagnement social, pour beaucoup, est contenant et amène à une forme de dépendance qui permet, dans la majorité des cas, de surmonter des moments générateurs de stress.

La dimension administrative de notre métier a sa part d'importance concernant le besoin de sécurité et la notion de dépendance qui peut en résulter. Nos connaissances dans des domaines très variés rassurent les personnes que nous accompagnons, et pas seulement. Nos collègues de travail nous sollicitent avec cette phrase magique que nous entendons tous et toutes : « *ah faudra que je vienne*

te voir, j'ai reçu un truc j'ai rien compris et toi tu t'y connais ». Finalement, j'ai le sentiment que la « phobie administrative » dont souffrent beaucoup de patients mais aussi de collègues de travail, génère un stress que seule une personne peut arriver à désamorcer : l'assistante sociale !

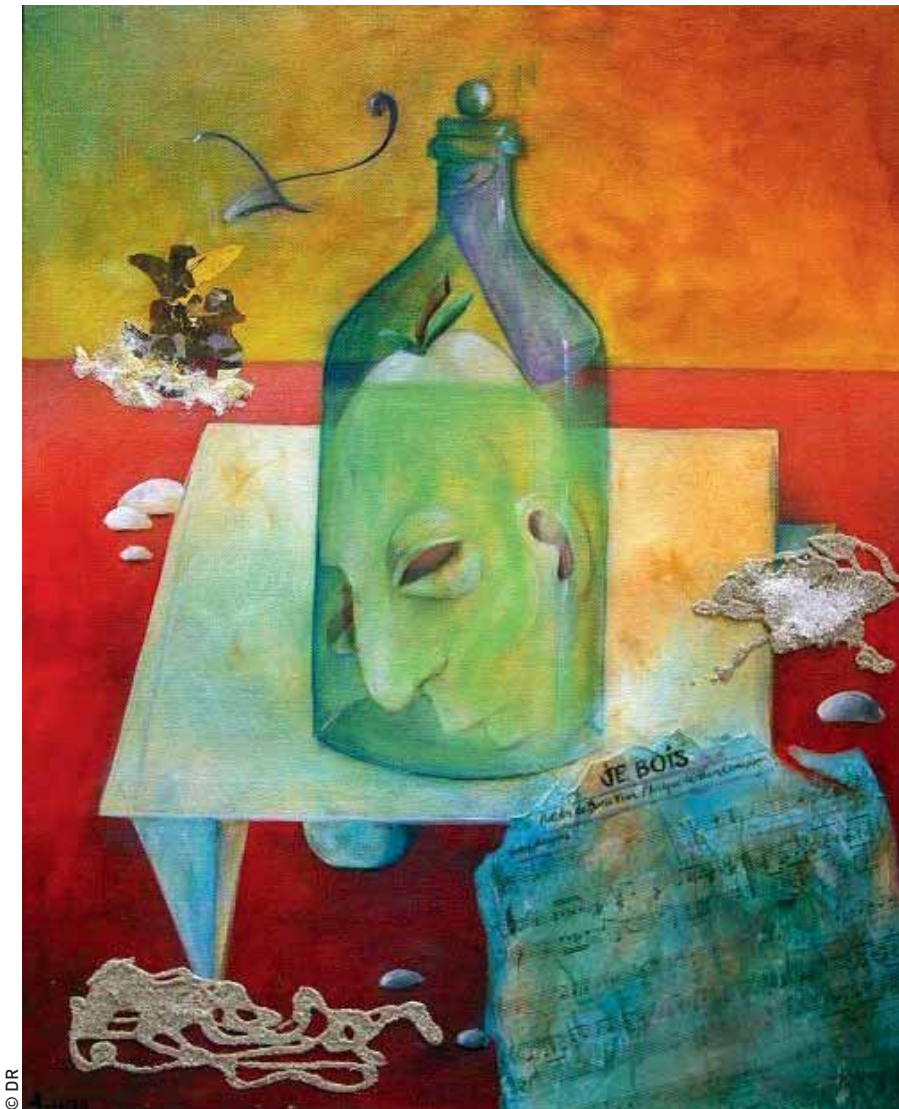
Dépendance, besoin de sécurité, phobie administrative...

finallement tout est lié. Tout cela peut être lourd à porter pour nous et il nous arrive de ruser pour nous protéger (et surtout éviter de nous rajouter du travail en toute situation). En effet, demandez aux collègues ce qu'elles répondent, dans un cadre privé, à la fameuse question « Et toi tu fais quoi dans la vie ? ».

La dépendance qu'ont les patients auprès de ce que représente l'assistante sociale, permet souvent de désamorcer une situation qui leur semble insurmontable.

Pasqualine MANEJA,
Assistante de service social
Hôpital de jour Gasquy / CMP
Allauch - Plan de Cuques

Sers moi. Sers moi.



ouvert, file moi un pack de bières, j'vais m'enfiler ça avec quelques rastas, la nuit est trop courte, j'voudrais qu'le jour n'existe plus, et qu'la bière coule à flots, je chante du Sinatra, ça fait marrer les rastas, ils sont bonnards, ces rastas, ils en ont rien à foutre de tout, moi, je bois, c'est tout, buveur invétéré, m'faut mon ivresse jusqu'à n'plus rien sentir, m'outrepasser de mon corps, m'en r'mettre à un je n'sais quoi d'infini, d'absolu, sept heures du matin, c'foutu jour me torture la tronche, j'essaie d'retrouver ma caisse, au bout d'deux heures, j'y parviens, j'm'y endors, j'rentre chez moi, jusqu'au soir, la nuit tombe, j'suis pas bien, j'ai des putains d'angoisses qui m'rongent le système nerveux, faut calmer ça, j'me fais livrer deux bouteilles de vin blanc, j'débouchonne, j'engloutis, j'ai envie d'insulter la terre entière, ceux qu'j'aime en premier lieu, c'est toujours eux qui trinquent les premiers, d'ailleurs je trinque à la misère humaine, aux bars miteux, à Bukowski, j'suis complètement bourré, j'écris, enfin, je sais pas c'que j'écris, des salop'ries d'ivrogne, j'm'endors sur l'clavier, j'me réveille, j'ai un mal de crâne à m'flinguer, j'ai rien, même pas un doliprane, j'me fais vomir, j'reste assis dans les chiottes des heures durant, j'vomis à côté, y'en a partout, j'patauge dans ma gerbe, les angoisses reprennent, le corps qui tremble, la sensation d'mourir, faut que j'fasse taire tout ça, j'commande une bouteille de whisky, avec du coca, et j'bois, misérablement, pour oublier les démons de mon crâne, santé Boris, je rote, je bois, je pisse, j'voudrais m'branler, impossible de bander, j'm'endors, cycle infernal, vaste vie d'immolation par l'alcool.

Gilles S.

Sers moi. Sers moi encore, où est l'piano, j'veux jouer la valse de l'adieu, Chopin, mon verre de vin rouge posé sur l'piano, jouons, jouons, mes doigts s'entravent dans les notes, j'me souviens plus de l'air, je n'joue plus, je bois, ressers moi, prends mon fric, et sers moi encore, toujours, j'oublie mon piano, j'le laisse à Chopin, lui, il buvait pas, il était tuberculeux, j'veux parler à quelqu'un, un homme, une femme, peu importe, qui pourrait avaler ma détresse, parle moi, connasse, t'es polie, convenue, mignonne, mais j'suis un poivrot, j'pue

la vinasse, j'parle fort, des poètes, de littérature, t'en as rien à foutre, dégage, pourriture, je sors, j'ai pris une bouteille, j'déambule à travers ces maudites rues pétries de rats, santé aux rats, aux millions de rats qui peuplent nos sous sols, gloire à l'animalité des tréfonds, mes yeux sont injectés de sang, je vacille, titube, j'm'arrête un instant, j'harangue un groupe de punks, j'leur parle de Debussy, ils m'envoient chier, gauchos de merde, j'vous encule, ma bouteille est vide, bordel, quelle heure est il, trois heures du matin, y'a l'rebeu du coin qui est

« Je dis toujours oui au café »

Au-delà du goût, j'aime vraiment ça. Je ne parviens pas à me mesurer. Je ne dirai jamais non au café. Mon petit paradis est à Aix-en-Provence, à la Brûlerie, parce qu'ils ont une carte de café exceptionnelle. C'est finalement aussi une passion. Ce n'est pas facile de connaître la limite entre addiction et passion. Je suis addictive au café parce que j'aime le café. Si ce n'était qu'une passion, je pense que je n'en prendrais pas le soir. Or, il m'en faut aussi le soir. Et j'ai hélas des problèmes de sommeil très importants. Je suis obligée de prendre des cachets pour dormir. C'est une addiction parce que c'est une dépendance. Par passion, je connais de très bons cafés, mais je peux boire n'importe quel café (hormis le « bonne maman » qui n'est pas du café pour moi ! Il me fait vomir !) Il y a

cette recherche du très bon café, mais j'accepte n'importe quel autre café. Je dis toujours oui à une tasse de café ! Que m'évoque le mot café ? le plaisir. Et le plus grand plaisir que l'on puisse me faire, c'est de m'offrir du café. Je ne dis pas que j'ai goûté à tous les cafés mais j'en ai expérimentés beaucoup.

D'autres ont la passion du vin. Je n'ai jamais fait la démarche auprès d'un professionnel pour arrêter. J'ai arrêté la cigarette sans douleur. D'ailleurs, j'ai arrêté de fumer l'été, suite à un problème cardiaque et des complications de respiration avec les fortes chaleurs. Mais le café non, je n'ai jamais eu envie d'arrêter. Peut-être diminuer ma consommation, et encore...

Lior



Le droit, arbitre de dépendance

La rubrique de la question juridique propose au lecteur une réflexion autour de la thématique du numéro de Vagabondage, exposée d'un point de vue du droit. Il est donc question pour mon premier exercice, d'explorer la notion de dépendance en regard du droit. Le champ considéré dépasse de loin les 800 mots et quelques jours accordés tant les deux définitions envisagées se répondent.

En effet, le droit peut être défini comme « l'ensemble des dispositions interprétatives ou directives qui, à un moment et dans un Etat déterminé, règlent le statut des personnes et des biens, ainsi que les rapports que les personnes publiques ou privées entretiennent. »¹ En résumé, le droit sert à déterminer la norme des relations applicables à tous les membres d'une société et de fixer les règles de leur interdépendance. Ainsi, il détermine la faculté, la possibilité, l'autorisation et la prérogative légitime de régler des relations de dépendances.

Passé ces premières définitions et ce cadre formaté de candidat aux concours administratifs, il semblerait approprié de réduire ce vaste vagabondage théorique au cadre de l'hôpital et, plus particulièrement, à la manière dont il remplit sa mission de service public dépendant des règles applicables dans ses relations administratives.

Afin de conférer un caractère synthétique à mon propos, ce paradigme mérite d'être rapproché des définitions de la dépendance de manière pratique. Ainsi, selon le Larousse la dépendance est défini selon les 5 acceptions suivantes :

Dépendance, nom féminin

1. Rapport de liaison étroite entre quelque chose et ce qui le conditionne, le régit.

L'hôpital public dépend d'un droit spécifique à l'ensemble du service public, à savoir le droit public qui se distingue du droit privé. Pour cela il lui est reconnu un statut de « personne morale de droit public », dont les interactions avec son environnement dépendent notamment de l'application d'un droit jurisprudentiel, le droit administratif. Il est de coutume de faire

remonter les origines du droit administratif à un arrêt du Tribunal des conflits rendu le 8 février 1873 : le célèbre arrêt Blanco. Le 3 novembre 1871, une fillette de 5 ans, Agnès Blanco, est victime d'un accident avec un wagonnet de la manufacture des tabacs de Bordeaux, société exploitée en régie par l'Etat. Cette courte histoire nous permet de nous interroger : « que faisait une enfant de 5 ans seule à proximité des rails ? » ou encore « quel rôle assume l'Etat dans la dépendance tabagique à travers l'histoire ? » mais je m'égare ! La véritable relation de dépendance instituée à cette occasion fût celle de l'action publique à la juridiction administrative. Cette décision a consacré la responsabilité de l'Etat dans les dommages commis dans le cadre de services publics, tout en soumettant cette responsabilité à un régime juridique dérogatoire au Code Civil. La nécessité d'appliquer un régime spécial, justifié par les besoins du service public, est ainsi affirmée.

2. Etat de quelqu'un qui est soumis à l'autorité d'autrui ; sujétion, subordination.

L'hôpital public fait partie de cette vaste famille du service public et interagit avec d'autres administrations en charge de contrôler la régularité de son action. Ainsi, l'établissement est dépendant d'un régime d'autorisation de ses activités, d'une planification territoriale des soins, de règles de financement, de règles applicables à ses achats et à ses investissements etc. A ce titre il se soumet, entre-autre, au contrôle de l'Agence Régionale de Santé, de la Chambre Régionale des Comptes ou encore de la Trésorerie pour ce qui est de son fonctionnement.

3. Etat, situation de quelqu'un, d'un groupe, qui n'a pas son autonomie par rapport à un autre, qui n'est pas libre d'agir à sa guise.

Par ailleurs, les actions de l'hôpital entrent en relations avec les actions d'autres services publics, qu'ils relèvent de la fonction publique d'Etat ou de la fonction publique territoriale. Le Centre hospitalier Spécialisé en psychiatrie entretient ainsi des relations particulièrement étroites avec les

fonctions régaliennes : justice, police, ordre public et sécurité. A ce titre, son action est contrainte par ces fonctions inaliénables de l'Etat et dont les relations nécessitent régulièrement des ajustements.

Cependant la dépendance entre administrations peut également s'entendre comme complémentarité d'action, dans le but d'enrichir mutuellement l'action publique. C'est le cas des travaux conjoints avec l'Education Nationale ou avec les services du handicap des départements par exemple. La notion de dépendance renvoie alors d'autorité à complémentarité.

4. Assujettissement à une drogue, à une substance toxicomanogène, se manifestant lors de la suppression de cette dernière par un ensemble de troubles physiques et/ou psychiques.

Le lecteur entendra sûrement cette définition comme inadaptée à notre réflexion, néanmoins, peut-être serait-il intéressant d'évaluer un jour la consommation de café de ces administrations dévolues au service public, assurément substance dont la consommation est commune à la majorité des fonctionnaires de tous horizons.

5. Bâtiment ou terre se rattachant accessoirement à un autre bâtiment ou à un autre domaine ; annexe, attenance.

L'hôpital bénéficie en quelque sorte de cette dépendance au sens patrimonial du terme, en disposant d'un Domaine Public, soumis à des règles de valorisation et de gestion particulières.

Finalement il est peut-être à considérer que nos relations de dépendances déterminent la valeur particulière de l'hôpital dans la société, à l'interface des autres forces publiques et lui configurant cette complexité protectrice de son action. Ces particularités participent également au panthéon des répliques cultes, lorsque, parfois, il est délicat de répondre à l'administration par oui ou par non, alors évidemment, « Ça dépend » ça dépasse² !

Audrey VALERO-FAUSTINI
Directrice adjointe

1. Dictionnaire juridique de Serge Braudo.

2. Le Père Noël est une ordure de Jean-Marie Poiré.

Addictions et traitement de la jouissance

« Je suis une alcoolique qui ne boit pas. »
Marguerite Duras

La L'addiction est un signifiant maître contemporain qui fait entendre la **dimension pulsionnelle** des symptômes de notre époque, un « c'est plus fort que moi ».

Comment la psychanalyse rend-elle compte de l'effet de la parole sur le circuit libidinal ? Celui-ci se manifeste dans un excès (ou un défaut) dont le sujet se plaint et devant lequel sa volonté est impuissante.

Lorsqu'un sujet se plaint d'une addiction, il est important de lui faire préciser s'il se sent impliqué dans la causalité de ce qu'il nomme son « addiction » ? Est-ce un penchant, une pente, dont il peut faire question et donc symptôme au sens analytique ? Si cela est le cas : un sens inconscient est sous-jacent, bien qu'opaque pour le sujet.

Mais le symptôme addictif n'est pas toujours du registre du sens, d'un message en souffrance en attente d'être délivré, interprété. Lorsque l'addiction dont le sujet se plaint est massive, envahissante, confronte le sujet à un illimité : c'est le registre pulsionnel qui est au premier plan et le sens n'opèrera pas sur le symptôme.

La première chose à considérer dans l'addiction c'est que **c'est un symptôme et qu'à ce titre, pour la psychanalyse, même s'il apporte des désagréments, il a une fonction.**

O. Ameisen le dit très simplement lorsqu'il écrit à propos de son alcoolisme, dont il ne méconnaît pourtant pas les effets ravageants : « *l'alcool, c'était pour aller bien, pour aller mieux, pour panser mes émotions à fleur de peau et une souffrance morale. Ce que j'ai toujours pensé,*

ce que je continue de penser, c'est que l'alcool, s'il a failli me tuer à d'innombrables reprises, m'a permis d'aller mieux, de me sentir mieux, de survivre. C'est l'alcool qui m'a permis de vivre et je pense que sans lui, je serai mort, ou bien fou. »¹

Si nous suivons Freud qui avance que le symptôme a pour fonction une satisfaction pulsionnelle, l'orientation du traitement visera en conséquence la recherche d'autres voies de satisfaction. L'orientation analytique soutiendra celles que les sujets éprouvent comme un appui. Elles nécessitent donc d'être évaluées au cas par cas et à l'aune de ce que le sujet en dit.

Quelles sont dans les addictions, les voies possibles de traitement de la pulsion ?

1/ Le traitement par l'objet.

Le déplacement sur de nouvelles voies de satisfaction étant souvent difficile dans les addictions, il peut être proposé, quand c'est possible, de substituer l'objet addictif. Des centres de soins dispensent un traitement substitutif à la méthadone à des sujets héroïnomanes. Celui-ci permet une réduction des risques. L'accès à ces traitements a fait chuter le nombre des overdoses mortelles qui suivait les cures de sevrage (effet dit « stop and go »).

L'ouvrage de Marie de Noailles, témoigne d'un traitement par l'objet tout à fait singulier, de sa poly-toxicomanie. Devenue abstinente elle voue désormais sa vie à l'accompagnement vers les soins de sujets addicts, elle dit se faire elle-même objet pour l'autre : « *je suis leur came* »², écrit-elle.



Edouard Manet. *Le buveur d'absinthe*.

1. O. Ameisen, *Le dernier verre*, Editions Denoël, 2008, p. 166.

2. M. de Noailles, *Addict*, Editions Grasset, 2016, p. 137.

2/ L'approche par la connaissance et le témoignage.

Il y a des dispositifs de soins qui intègrent tout un enseignement sur les addictions, avec des conférences et des témoignages. Certains sujets s'en saisissent.

Dans l'unité d'hospitalisation où je travaille nous avons mis en place un groupe de parole sur les addictions. Les sujets qui le souhaitent peuvent venir parler de leur consommation, nous enseigner sur leurs pratiques. Notre idée est de faire lien de parole autour de ces pratiques, pour leur faire contre poids : la parole contre la satisfaction toujours plus vorace et silencieuse de la pulsion.

3/ La voie de l'identification.

Les groupes des Alcooliques Anonymes ou des Narcotiques Anonymes intègrent le sujet dans une communauté que relie un même mode de jouissance. C'est un idéal d'abstinence qui est proposé aux sujets afin qu'ils s'identifient.

4/ Le traitement par l'écoute de la parole du sujet.

C'est notre orientation, mais elle ne contre-indique pas les autres traitements que nous venons d'énumérer. En particulier elle connaît la nécessité du symptôme, sa fonction de catalyseur de la jouissance. Il ne s'agit donc sûrement pas de faire la chasse à la jouissance, de vouloir l'éradiquer. Chaque sujet sera soutenu dans l'élaboration singulière de son expérience et dans sa recherche d'une solution sur-mesure.

Le travail par la parole vise à ce que chaque sujet invente des voies de traitement de sa jouissance qui soient



© Vincent Van Gogh

davantage vivables, en l'éloignant de la pente mortifère que peut prendre une addiction.

Freud développe deux voies possibles pour la satisfaction de la libido : **le symptôme ou la sublimation**. Il s'agit en effet que le sujet trouve à déplacer la jouissance sur des voies plus créatrices, voire à pluraliser celles-ci.

J.A. Miller parle d'inversion dans la mesure où le sujet, de manière décidée, prend à sa charge ce qui « pousse » dans le symptôme. Il n'est plus aliéné à un « c'est plus fort que moi ». Cette inversion a donc pour effet qu'il ne le subit plus. Ce changement de sens qui métamorphose le symptôme, rend possible qu'il l'assume.

Olivier Ameisen décrit très bien comment ses propres recherches sur la possibilité de trouver un médicament de substitution dans l'alcoolisme se sont mises à prendre de plus en plus de place dans sa vie, à tel point qu'il retrouvait le goût pour l'étude qui avait été le sien lorsqu'il était étudiant en médecine. « Cette quête intellectuelle me grisait »³ écrit-il. On entend ici comment le sujet trouve à « se griser » par une voie subli-

matoire qui fera lien social, voire qui lui permettra de se faire un nom avec sa « découverte » du Baclofène.

Un certain nombre de témoignages publiés donnent à penser que l'écriture peut participer de ce traitement sublimatoire de la jouissance.

Dans le livre de Marie de Noailles, on peut lire sa tentative de construire un roman familial ou comment Marie a déçu une deuxième fois, après sa sœur aînée, les attentes d'une famille aristocratique. Les soins, le confort, n'ont pas empêché que s'installe un vide dont elle écrit qu'il l'avale⁴ : « je manque. Je ne sais toujours pas de quoi. J'ai tout. Et je suis creuse, béante. »⁵ La drogue, qui ne lui fait « jamais défaut »⁶, sera la première réponse qu'elle trouvera pour faire face à l'expérience radicale de l'absence de garantie à laquelle elle est confrontée dès son plus jeune âge.

Dans la clinique des addictions il semble donc que le versant qui a trait à la jouissance soit au premier plan.

C'est ce que Freud a repéré lorsqu'il a rapproché les consommations de

3. *Op. cit.*, p. 23.

4. *Op. cit.*, p. 106.

5. *Ibid.*, p. 57.

6. *Ibid.*, p. 41.

drogues, de la masturbation comme forme de **satisfaction solitaire**. Il s'agit donc d'une satisfaction qui se substitue à la satisfaction sexuelle et qui fait l'économie du partenaire. Ou tout au moins celui-ci n'est pas au premier plan. Le mariage qualifié d'heureux par Freud⁷ concerne plutôt le lien du sujet à son objet addictif.

Olivier Ameisen le dit en des termes très éloquents : « *La bouteille apaisait immédiatement mon anxiété et mon angoisse. Je n'avais pas de compte à lui rendre, elle était toujours là quand j'avais besoin d'elle, ne réclamait jamais rien, n'avait pas de caprices, et surtout elle ne posait aucune condition. Je pouvais la lâcher quand je voulais sans qu'elle me le reproche. L'alliée idéale !* »⁸

Avec sa formule bien connue : « **la drogue rompt le mariage avec le petit pipi** » autrement dit avec le sens sexuel, Lacan confirme que ces symptômes que l'on qualifie d'addictions résistent à toute interprétation par le sens.

Le « petit pipi » qualifie le phallus, cet opérateur qui met du sens et de l'ordre dans le monde. Sans lui, c'est « le Règne de l'Injustice »⁹ comme l'écrit Duras dont Lacan précise qu'elle l'avait si bien comprise sans l'avoir lu. Elle dira de l'alcoolisme qu'il est lié à l'absence de Dieu : « *ça pallie un manque essentiel, qui n'est pas un manque de compagnie du tout, qui est un manque d'ordre essentiel.* »¹⁰

Éric Laurent ira jusqu'à parler, par contraste avec la définition du symptôme comme formation de compromis, de l'addiction comme « **symptôme de rupture** », rupture d'avec l'Autre, son trop de présence, son emprise.

L'objet addictif apparaît alors dans sa fonction séparatrice, comme traite-

ment en court circuit de la rencontre avec le désir de l'Autre. Ce n'est pas la parole qui est privilégiée mais le sujet, agi par la pulsion, est emporté par une **satisfaction réelle**. Ce circuit court doit nous faire nous interroger sur le rapport à l'Autre de chaque sujet et sur ses modalités particulières de traitement de la jouissance. En est-il séparé ? Ici le cas par cas s'impose dans le repérage de la fonction qu'occupe cet objet pour le sujet, la logique de sa survenue, de son usage, les effets qu'il en obtient.

Le film *My beautiful boy*¹¹ donne un exemple frappant de l'addiction comme symptôme de rupture. C'est un symptôme qui creuse un écart chez le fils dans la relation à son père. L'amour illimité du père ne laisse pas de place au désir du fils. Un peu à la manière de l'anorexie mentale, « addiction au rien », le symptôme vient opposer une résistance à l'Autre qui gave de nourriture ou d'amour.

Lacan nous apporte un éclairage supplémentaire en déplaçant la question du toxique sur le langage : il y a **des paroles toxiques**, elles marquent un sujet, le traumatisent, impriment une marque indélébile qui influe sur son mode de jouir. Ici le symptôme addictif n'est pas différent du symptôme au sens large en tant qu'il recèle ce noyau de jouissance auquel le sujet est « fixé ».

Dans le film *My beautiful boy*, on repère comment le père aliène son fils dans un amour absolu avec une formule qui scelle et scande régulièrement leur relation : « *Tu sais combien je t'aime ?* » interroge le père. Le fils connaît désormais la réponse par cœur et répond invariablement : « *plus que tout.* »

De cette jouissance, on l'a dit, la psychanalyse, ne cherche pas à nous guérir.



Elle sait que **la jouissance est nécessaire** et le symptôme, qui en est une résurgence, tout autant. Ce pourquoi elle peut très bien s'accorder avec les pratiques qui se basent sur une réduction des risques liés à l'usage des drogues. Ces pratiques ne s'opposent pas à la jouissance frontalement mais visent une régulation par des traitements substitutifs quand cela est possible. « *La perspective, à pu dire Eric Laurent, n'est pas de guérir l'humanité de ces substances, ni de l'abandonner à ces toxiques, mais de réduire les dégâts, ce qui consonne avec la psychanalyse.* »¹²

Ces traitements par l'objet, par la connaissance, par l'identification, ne contredisent aucunement de faire une offre de parole à ces sujets afin de se laisser enseigner par eux sur le réel auquel ils sont affrontés et leurs embrouilles pour y faire face. Accueillir leur expérience et leur témoignage nous laisse une chance de **se faire partenaire dans leur recherche d'autres voies de traitement et donc de traduction de leur jouissance**.

Elisabeth PONTIER
Psychologue clinicienne, secteur 7

7. S. Freud, *Sur le plus général des rabaissements de la vie amoureuse – Contribution à la psychologie de la vie amoureuse II* (1912), *La vie sexuelle*, PUF 1969, p. 64.

8. *Op. cit.*, p. 214-215.

9. M. Duras, *La vie matérielle*, Folio, p. 25.

10. Entretien avec Laure Adler, 02/06/87 sur *France culture*.

11. Film américain du belge Felix Van Groningen, sorti en 2018, avec Steve Carell et Timothée Chalamet.

12. E. Laurent, « Le traitement des choix forcés de la pulsion », entretien avec Fernanda Otoni, *Lacan Quotidien* n°204, mai 2012.

Le flot pousse le flot, les ombres les lumières

Jean-Jacques Astruc est décédé soudainement le 18 juillet 2022. Il avait été de 1989 à 2012 praticien hospitalier et chef de service du secteur 8 à Valvert.

Il était attendu comme le Père Noël aux Tilleuls et ça a été un beau cadeau... Nombreux sont les psychiatres qui laissent un nom en psychiatrie, rares sont ceux qui laissent une lumière. Car ce qui le caractérisait le plus était sa tranquillité reposante, sa bonne humeur et son sourire permanent, qualités peu fréquentes et précieuses pour un psychiatre.

Discret, Jean-Jacques nous a raconté quelques anecdotes sur ses

études au Lycée Thiers, ou sur sa tante Germaine, excentrique qui avait baladé ses jeunes années sur son side-car rouge et noir. Il évoquait souvent des situations cliniques de son internat, de son premier poste de PH à Rouen, puis de PH chef de service à Dieppe.

Depuis l'annonce de sa disparition, nombre de patients nous racontent des anecdotes sur Jean-Jacques, comme il le faisait lui-même quand on évoquait une situation avec son fameux « *ça me rappelle une nénette à Dieppe* ». On nous a rappelé ainsi la séance où ne voulant pas mettre un patient agité en chambre d'isolement, il avait eu un long entretien avec lui. A l'issue de 2 heures

d'entretien, c'est le patient, devenu calme, qui avait réveillé Jean-Jacques et l'infirmier qui s'étaient endormis, pour leur demander une chambre individuelle. A un autre patient qui lui demandait à genoux « *Docteur guérissez-moi* » il avait répondu « *pas maintenant, je n'ai pas le temps* ».

En concluant notre discours pour son départ à la retraite, nous disions « *le bonheur à Valvert c'était de travailler avec Jean-Jacques Astruc* ». Dans Othello, il y a une phrase qui nous a toujours fait penser à Jean-Jacques : « *le volé qui sourit dérobe quelque chose au voleur* », c'est sûrement son sourire, son rire, qui nous manquent déjà.

Équipe du secteur 8



L'inconscient toxique

Markos Zafropoulos Dir. ; Christine Condamin Dir. ; Olivier Nicolle Dir.
Economica Anthropos ; 2011, 229 p. (Psychanalyse et Pratique Sociales)



« Psychanalyse et pratiques sociales Talonné par les exigences énigmatiques du sur-moi et la relance pubertaire pulsionnelle, l'adolescent s'affronte à un remaniement douloureux de son être au monde. La solution toxique doit dans cette conjoncture être lue sur le fond d'une clinique psychanalytique de cet âge de la vie. Mais cette solution ruineuse se rencontre ailleurs, et à d'autres moments de l'existence, ce qui doit amener à construire une clinique de la "manie des toxiques" apte à rendre intelligible de manière plus générale les situations de dépendances dans leurs dimensions sociales et subjectives. C'est dans cette logique d'anthropologie freudienne faisant fond sur la clinique du cas comme des groupes sociaux, que se déploie cet ouvrage montrant comment et pourquoi la solution pathologique est ici congruente avec sa cause l'inconscient toxique ». [Résumé d'éditeur]

Écouter

Épisode 1/4 : Les processus de l'addiction

France culture – LSD - Série « L'usage des drogues », Lundi 14 mars 2022, 53 mn
À écouter en podcast.



« A la panoplie des psychotropes connus qui peuvent rendre dépendants – drogues, alcool, tabac – s'ajoutent également les comportements addictifs. Mais avec ou sans substances, sortir du piège de la dépendance est un délicat combat personnel comme le précise Mario Blaise : "Avant, on pensait l'alcool d'un côté, les drogues illicites d'un autre. Depuis les années 2000, il est apparu des points communs dans la clinique de ses problématiques et dans les manières de les traiter."

A chacun son paradis artificiel... Des volutes de fumée aux substances qui se boivent, se mangent, se sniffent, s'injectent, les engrenages de la dépendance prennent silencieusement le contrôle des corps et des esprits... Pas forcément besoin

de substance d'ailleurs, la psyché humaine peut trouver sa consolation au fond de l'assiette, dans les écrans, le sexe, le jeu, le sport... Mais alors à quoi reconnaît-on l'addiction ? "J'arrête quand je veux..." jure-t-on sauf que la béquille ou la récréation a pris insidieusement une place centrale dans sa vie et ses conséquences envahissantes sont devenues ingérables. » [Résumé d'auteur]

Voir

Heros(s)

Film documentaire - Réalisé par Emmanuel Vigier. France - Les Films du Tambour de Soie
2015 - 55 minutes



Il existe une histoire alternative de l'héroïne à Marseille, qui n'est pas celle des trafics. Mais des usagers. La plupart ont croisé l'héroïne au moment où elle tuait plus que jamais, pendant les années sida. Bruno est écrivain. Jean-Jacques peint dans sa longue mise au vert. Fanny fait des images avec ceux et celles qui sont aujourd'hui au bord du vide, comme elle l'a été elle aussi. Isabelle se soigne. Sur leurs pas, d'autres destins adviennent.

« Je défie quiconque de ne jamais avoir connu une quelconque dépendance. A une musique. A des mots. Un être. Ou un produit. Je n'ai pas voulu faire un film à thèse, un plaidoyer pour ou contre la poudre. Mais un film en marche avec des femmes et des hommes qui tous ont en commun le désir de transmettre une mémoire particulière, entre ombres et lumières. Une mémoire intime et collective qui colle à la peau de Marseille. » Emmanuel Vigier

Sophie KARAVOKYROS
Documentaliste



La dépendance

La dépendance est souvent associée au tabac, à l'alcool, aux drogues ; mais on omet les dépendances alimentaires. En 2013, le Time, selon une étude américaine du Connecticut College, titrait « Les biscuits Oreo peuvent être aussi addictifs que la cocaïne ».

Ces dépendances, ou encore addictions, se définissent comme une impossibilité ou une incapacité à contrôler son comportement alimentaire malgré la conscience des effets négatifs engendrés. Prenons l'exemple d'une addiction au sucre : manger un paquet de bonbons par jour n'est pas nécessaire à notre organisme et a même des effets néfastes sur notre santé, et pourtant on ne peut s'en empêcher : nous les savourons et nous en voulons chaque jour (ceux qui me connaissent bien devineront que j'ai pris mon propre exemple, eh oui les cordonniers sont les plus mal chaussés).

C'est ici que la dépendance alimentaire prend tout son sens, comme source de plaisir, et peut souvent être associée à d'autres dépendances similaires comme certaines conduites sexuelles.

C'est la libération de la dopamine et de sérotonine qui serait en jeu, impliquant le circuit de la récompense : je mange cela pour être heureux et serein.

De nombreuses études corrélient la dépendance à l'alimentation à d'autres addictions impliquant ce circuit.

Ce qu'il faut bien comprendre c'est que quand on est addict, on ne pense pas qu'à manger un carré de chocolat pour se reconforter. On a besoin d'avoir plusieurs tablettes d'avance dans son placard, on y pense beaucoup, on a besoin d'en avoir dans son sac...

Cette dépendance à l'alimentation est souvent associée aux aliments sucrés ou gras. C'est pour cela que nous la retrouvons le plus souvent chez des patients souffrant d'obésité et de dépression.

On peut retrouver comme symptôme une consommation excessive d'aliments malsains, une incapacité à résister à l'envie de manger, des désirs fréquents et irrésistibles...

Pour ma part, la dépendance à la nourriture devient un problème quand elle va de pair avec mensonges, secrets, isolement ou tentative pour combler un manque.

Il existe cependant chez certaines personnes l'effet inverse : la notion de plaisir sera inhibée pour ne laisser place qu'à du dégoût et à une relation conflictuelle avec la nourriture. Nous parlons alors de Troubles du Comportement Alimentaire et non de dépendance.

Le DSM V reconnaît trois troubles du comportement alimentaire : anorexie mentale, boulimie et hyperphagie boulimique ; il ne reconnaît pas les dépendances alimentaires, qui sont encore en étude. Seul le questionnaire du Yale Food Addiction Scale permet un auto diagnostic de ces addictions en se basant essentiellement sur des symptômes comportementaux.

La prise en charge de ces dépendances doit être pluridisciplinaire afin de poser un bon diagnostic, déculpabiliser le patient et entamer le sevrage.

Maxime LAFONT
Diététicien



THÉÂTRE LA CITÉ

Partenaire du dispositif culture et santé



ATELIER THÉÂTRE
TOUT PUBLIC

ce qui nous rend vivant

UN ATELIER DE THÉÂTRE DIRIGÉ PAR LA
METTEUSE EN SCÈNE **JULIE VILLENEUVE**

Participation libre et gratuite - au Centre Hospitalier Valvert
Inscriptions à publics@theatre lacite.com ou 04.91.53.95.61

L'ATELIER

Cet atelier de création et d'expérimentation pluridisciplinaire regroupera des patient-es et des soignant-es du Centre Hospitalier Valvert mais également des habitant-es du territoire. Dans cet atelier, Julie Villeneuve a choisi de travailler autour du mouvement. La vision, l'imaginaire, l'univers de chacun-e autour de cette thématique permettra au groupe de se constituer, en ne niant aucune de leurs différences, tout en créant du commun, pour pouvoir cheminer ensemble jusqu'à la création d'une exposition performative en juin 2023.

CALENDRIER

- Jeu 8 (10h-16h) et ven 9 (10h-13h) décembre 2022
 - Lun 16 et mar 17 janvier 2023 (10h-16h)
 - Lun 30, mar 31 janvier et mer 1^{er} février 2023 (10h-16h)
 - Jeu 2 (10h-16h) et ven 3 mars 2023 (10h-13h)
 - Jeu 27 et ven 28 avril 2023 (10h-16h)
 - Mar 2 et mer 3 mai 2023 (10h-16h)
 - Mar 6, mer 7, jeu 8 et ven 9 juin 2023 (10h-16h)
- Possibilité de découvrir la résidence de création de Julie Villeneuve à Valvert :
- Mar 28 février et mer 1^{er} mars 2023
 - Jeu 1^{er} et ven 2 juin 2023

Un atelier proposé par le Théâtre La Cité dans le cadre du programme Culture et santé de la ARS/DRAC
Plus d'informations sur www.theatre lacite.com

OPÉRA MUNDI

Partenaire du dispositif culture et santé

CONFÉRENCE DE RESTITUTION

VALVERT EN VERT : CUEILLIR, RECUEILLIR, PRENDRE SOIN DU MONDE

LE JEUDI 13 AVRIL 2023 à 18 h

Des patients, des soignants et des habitants du quartier du centre hospitalier Valvert exposent le fruit des réflexions élaborées dans le cadre des ateliers qui se sont déroulés durant l'hiver débats en présence de Katrin Solhdju, de Ramona Badescu, du Lica, des philosophes publics...

CONFÉRENCE SUIVIE D'UN APÉRO MUNDI

**« FAIRE L'AUTRUCHE » ?
REGARDS CRITIQUES SUR LA CATÉGORIE
DU « DÉNI » DANS LE MONDE DE LA SANTÉ**

LE JEUDI 13 AVRIL 2023 à 19 h

Katrin Solhdju, philosophe et anthropologue des sciences (Professeure à l'Université de Mons, Belgique)

Dire de quelqu'un qu'il est « dans le déni » instaure une relation de pouvoir sur « la » vérité. Quelles sont les effets d'une telle catégorisation des personnes ? Quels en sont les soubassements historiques et théoriques ?

Salle de spectacle du Centre Hospitalier Valvert, Marseille.

Reservation conseillée : info@operamundi.org



© Opéra mundi

ABJOY PRODUCTIONS

Partenaire du dispositif culture et santé

MURS-MURS - La perspective des portes

Collage urbain de photographies et de textes réalisés collectivement sur le motif du passage. Un atelier de création partagée proposé par Pilar ARCILA et Jean-Marc LAMOURE, les mardis matin de 9 h 45 à 11 h 45 de janvier à avril 2023.

Avec le soutien du programme "Culture et Santé" de la DRAC et ARS PACA

Cet atelier mêlant photographie, écriture et collage d'images en ville, est une invitation à explorer la notion de passage. Nous listerons ensemble les lieux du passage, accès, chemin, chenal, col, couloir, défilé, goulet, issue, ouverture, trouée, voie... ainsi que des lieux de passage, ville, hôtel, une contrée... ou encore des actions de passage, entrer, traverser, accéder, fuguer, s'évader, accueillir... Nous chercherons ensuite à faire frotter certains de ces mots avec des images que nous réaliserons ensemble en pensant la relation entre un lieu, quelques mots et une image. La réalisation des photographies nous entraînera sur le terrain ludique de la mise en scène d'objets ou des personnes avec objets: une porte, des clefs, des cigarettes, un livre, un haut parleur, un oreiller...



© BANKSY

Enfin, des impressions grand format de ces images et de ces textes feront l'objet d'un collage urbain au fil d'un chemin nous menant de Valvert au Centre ville de Marseille.

Une image surgit du mur et agrandit l'espace.

Affleurant de l'intérieur vers l'extérieur, elle prend le lieu ou la rue à témoin.

L'image est celle d'une porte entrouverte que des mains et des pieds semblent retenir, ou forcer, « Il ne suffit pas de l'ouvrir, il faut la franchir ».

Le mur a fait peau neuve, trompe l'œil lucide, il murmure à présent, élément temporaire d'une dramaturgie urbaine déplaçant et ouvrant les portes de l'hôpital.

Libellé Agent	Libellé Grade	Libellé Statut	Libellé UF	Libellé Mode d'entrée RH
ARRIVÉES				
MOUCHON, Frédéric				Pole managériale
HAMZA, Baptiste				Pole managériale
EL ALAMI, Amine				Pole managériale
SI MOHAMED, Fatiha				Pole managériale
PINSON, Guillaume				Pole managériale
MACCIOCU, Florian				Pole managériale
DIOMANDE, Nadia				SESA
DELFINO, Nathalie				SESA
BRETON, François				SESA
AUBLET, Carole				Secteur 03
MARQUIS, Alexandre				Secteur 03
MAI, Cécile				Secteur 03
TORREMOCHA, Stéphanie				Secteur 03
WEISS, Tiffany				Secteur 03
DEMICHELI, Coralie				Secteur 04
LIGNOT, Same				Secteur 04
MEZIR, Yasmina				Secteur 07
BOSCO, Laurent				Secteur 10
ZAGARI, Oana Susana				Secteur 10
BLANCHE BOUFFIER, Chloé				Secteur 10
DRUMONT, Maureen				Secteur 10
PIOCH, Ludovic				Secteur 10
VIDAL, Marine				Secteur 10
MARCAILLOU, Marion				Secteur 10
ROBLEDI, Lucie				Secteur 10
BENDJEBAR, Feryal				Secteur 09
ROSSAT MIGNOD, Laetitia				Secteur 09
MENAGE, Manon				Secteur 09
LEOTIER, Florence				Secteur 09
DRIF, Ines				Secteur 09
DONADIO, Sandrine				Secteur 08
MEZOUAR, Amina				Secteur 08
MORELLO SALVO, Marine				Secteur 08
GEZEN, Nesrin				Secteur 08
GONIN, Fabienne				Psychiatrie de la personne agée
CLARA, Christine				Psychiatrie de la personne agée
SANDER, Anne Loise				Pole managériale
BATTIE, Pascal				Pole managériale
CHASTEL, Jean-Claude				Pole managériale
CHAZAL, Helene				Secteur 04
MONTEIRO, Ingrid				Secteur 07
GOUJON, Jean Paul				Psychiatrie de la personne agée
THEROULDE, Monica				Psychiatrie de la personne agée
CAYROL, Patrick				Secteur 04
DESSAGNES, Laurence				Secteur 09

PROMOTIONS DE GRADE ANNÉE 2022

Nom, Prénom	Grade	Date
HANEN Sylvie	Cadre Socio-Educatif cl exceptionnelle	01/01/2022
BATIE Pascal	Adjoint des Cadres cl supérieure	01/01/2022
CHRESTEIL Corinne	Adjoint des Cadres cl supérieure	01/02/2022
AGIUS Céline	Attaché d'Administration Hospitalière	01/01/2021
SAINT ETIENNE Romain	Ingénieur Hospitalier	01/04/2022
CROCE Carine	Ingénieur Hospitalier	01/07/2022
KARAVOKYROS Sophie	Ingénieur Hospitalier	01/07/2022
MENTZER Mélanie	Ingénieur Hospitalier	01/07/2022
BERNARDO Joann	Adjoint des Cadres Cl normale	01/11/2022
BENHENIA Salim	Technicien Supérieur Hospitalier 2ème classe	01/12/2022
DALES BRES Laure	Psychologue Hors Classe	01/01/2022
FLOHIC Gael	Infirmier DE Cl Supérieure	01/01/2022
TESSON Sandrine	Assistant Médico-Administratif cl supérieure	01/01/2022
RUBECCHI Alain	Ouvrier Principal 1ère classe	01/01/2022
LARANGE Myriam	Adjoint Administratif Principal 1ère classe	01/01/2022
ZARROUGUI Sabrina	Agent des Services Hospitaliers cl supérieure	01/01/2022
RUIZ Véronique	Agent des Services Hospitaliers cl supérieure	01/01/2022
HOUIA Sarah	Agent des Services Hospitaliers cl supérieure	01/01/2022
MATTEI Michèle	Agent des Services Hospitaliers cl supérieure	01/01/2022
DINELLI Sonia	Infirmier en soins généraux 2ème grade	01/01/2022

DÉPARTS À LA RETRAITE

BENAZZOZ, Fatiha
LAURO, Jean-Jacques
VERNAGALLO, Muriel
BLANC, Marie-Dominique
HERAUDET, Yannick
COUFFIN-GUERIN, Georgia
CONTE, Hélène

Pole managériale
Pole managériale
Secteur 04
Secteur 04
Secteur 07
Secteur 09
Psychiatrie de la personne âgée

AUTRES DÉPARTS

CLEMENT, Claudine
REYNAUD, Magali
LAFORGUE, Celine
PONTRANDOLFI, Célia
REGAIG, Thomas
BAJEUX, Axel
NITIMIHARDJO, Dorothy
BERGIER, Aurélie
ERUDEL, Rebecca
DE CORDOVA, Nathalie
NITIMIHARDJO, Dorothy
RUIZ, VERONIQUE
ALI BAKIR, Alexandra
EL ALAMI, Amine
KOURANE, Lisa
ROBLED, Lucie
ZAGARI, Oana Susana
BENDJEBAR, Feryal
BENHAMED, Linda
OLIVA, Marianne
ROUAN, Stéphane
HABCHI, Kadda
ANDUGAR, Chloé
LATZKO, Sandy
BERNIER, Cyrille
MARCHAL, Mélanie
FAUQUET, Alexandra
CAZAUX, Isabelle
INTARTAGLIA, Steven
EL AKKARI, Samy
PERETTI, Philippe
BLONDEAU, Richard

Pole managériale
Psychiatrie de la personne âgée
Pole managériale
Secteur 10
Secteur 10
Secteur 10
Secteur 09
Secteur 08
Psychiatrie de la personne âgée
Pole managériale
Secteur 09
Psychiatrie de la personne âgée
Secteur 07
Pole managériale
Secteur 08
Secteur 10
Secteur 10
Secteur 09
Secteur 09
Secteur 08
Pole managériale
Pole managériale
SESA
SESA
SESA
Secteur 03
SESA
Secteur 09
Secteur 08
Secteur 08
Secteur 08
Psychiatrie de la personne âgée

11^e Rencontres de Valvert - Congrès Valfor

Jeudi 8 et vendredi 9 juin 2023

"Variations sur le mouvement"

Pour notre 11^e congrès, en deux temps trois mouvements, nous aborderons le mouvement sous toutes ses formes.

Qu'il soit à l'arrêt dans la mélancolie, stéréotypé dans l'autisme, accéléré dans la manie, qu'il soit interrogé dans les mouvements transférentiels, affirmé par la libre circulation dans l'institution, est-ce le mouvement qui soigne ? Dans son rapport au temps, à l'espace, au corps physique et social, pouvons-nous dire comme Edgar Allan Poe, « mouvement de quelque nature qu'il soit est créateur » ?

Congrès Colloques

Bipolarité, psychotropes, grossesse et allaitement

Conférence organisée par le Centre Hospitalier de Montfavet

26 janvier 2023 (de 17h15 à 20h30)

Montfavet

Contact :

Inscription gratuite et obligatoire auprès de :

M^{me} Stéphanie Escriva :

stephanie.escriva@ch-montfavet.fr

ou Docteur Catherine Saugues :

catherine.saugues@ch-montfavet.fr

Consentement et psychiatrie : enjeux éthiques

Colloque organisé par la Commission éthique et psychiatrie de l'Espace éthique Paca-Corse (Ee-Paca-Corse)

27 Janvier 2023

Marseille

Contact : 04 91 38 44 26 - secretariat-ee-paca-corse@ap-hm.fr

« Sexualité de l'enfant et de l'adolescent : quoi de neuf ? »

Colloque de la revue Enfances & psy organisé par Ères formations

27 Janvier 2023

Paris ou Distanciel

Contact : 05 61 75 40 81 - formations@editions-eres.com

Hair

Colloque de la Revue française de psychanalyse.

Distanciel

4 février 2023

Site : <https://www.spp.asso.fr/events/colloque-de-la-rfp-2023-hair>

Place des séniors dans le plan national de prévention du suicide : retour d'expérience

2^e conférence du Cycle de conférence 2023 : La clinique du suicide de la personne âgée, organisé par les Hôpitaux Paris est Val-de-Marne, le CPS Paris (Centre prévention du suicide) et le CHU de La Réunion

10 Février 2023

Paris

Contact : seminaire@cpsparis.fr,

www.bloginfosuicide.blogspot.com

Souffrances invisibles et poids du secret en psychogériatrie

Colloque organisé par l'Afar

9 mars 2023

Maison de la Chimie (Paris 7^e) - En présentiel ou en distanciel

Contact : 01 53 36 80 50 - colloques@afar.fr

Liens de filiation et d'affiliations. Identités parcours et narrativité dans le couple, les familles, les institutions et le lien social

Congrès international francophone de Hyères organisé par l'Institut de recherche en psychothérapie (IRP).

Du 9 mars 2023 au 10 mars 2023

Hyères - En présentiel et visioconférence (ZOOM)

Contact : congres.hyeres@rechercheenpsychotherapie.com

L'adolescence, ça fait mal

Colloque organisé par l'Afar

10 mars 2023

Maison de la Chimie (Paris 7^e) - En présentiel ou en distanciel

Contact : 01 53 36 80 50 - colloques@afar.fr

Actualités cliniques, de recherches thérapeutiques, éthiques et juridiques en psychiatrie chez l'enfant, l'adolescent, l'adulte et la personne âgée

8^e rencontre régionale de la Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale Occitanie (Ferrepsy)

15-16 Mars 2023

Toulouse

Contact : 05 61 43 78 52 - secretariat@ferrepsy.fr

Parents exaspérés. Enfants terribles

VII^e Journée d'étude de l'Institut psychanalytique de l'enfant du champ freudien.

18 mars 2023

Issy-les-Moulineaux

Contact : journée.IE7@gmail.com - www.institut-enfant.fr

Le travail clinique avec les réfugiés

4^e Rencontre du Séminaire de recherche « Les mardis de la clinique interculturelle », organisé par le Laboratoire clinique pathologique et interculturelle (LCPI) et l'Institut convergences et migrations

21 Mars 2023

Distanciel

Site : <https://urlz.fr/imPq>

Les métiers de l'approche systémique

Congrès annuel inter-universités et grandes écoles

23 Mars 2023

Distanciel

Contact : 01 48 07 40 40 - info@lact.fr

<http://internationalwebinar.org/>

Soigner aujourd'hui

Colloque organisé par S'Pass Formation

1^{er} avril 2023

Paris

Contact : contact@s-passformation.fr - 07 86 24 38 13

Transmettre et transformer les pratiques

Congrès français de psychiatrie et de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent 2023

Organisé par la Société Française de Psychiatrie de l'Enfant et des Disciplines Associées (SFPEDA)

1 et 2 juin 2023

Toulouse

Contact : abasolo.p@chu-toulouse.fr - 05 61 77 60 74

Psychiatres/Gériatres dans la prise en soins et l'accompagnement de la personne âgée

4^e Congrès SF3PA (Société Française de Psychogériatrie et de Psychiatrie de la Personne Âgée)

1 et 2 juin 2023

Limoges

Contact : <https://sf3pa-congres.com/>

Addiction : le renouveau ?

Congrès International d'addictologie de l'Albatros

6, 7, et 8 juin 2023

Paris

Contact : <https://congresalbatros.org/inscription/>

Variations sur le mouvement

Valfor - 11^e rencontres de VALVERT

Jeudi 8 et vendredi 9 juin 2023

Marseille - CH Valvert

Contact : 04 91 87 67 73

Résister à la destruction - Transmettre l'inestimable des soins psychiques

XVIII^e Rencontres de la Criée

9 et 10 juin 2023

Reims

Contact : <https://my.weezevent.com/xviii-rencontres-de-la-criee>

Colloque régional normand en réhabilitation psychosociale

Organisé par le crehpsy

15 juin 2023

Caen

Contact : contact@crehpsy-hdf.fr - 03 20 16 56 10

L'ambiance, à quoi ça tient ?

38^e Rencontres de Saint-Alban

16 et 17 juin 2023

Saint Alban sur Limagnole

Contact : 04 66 42 55 55 ou par courriel : assoculturelle@chft.fr