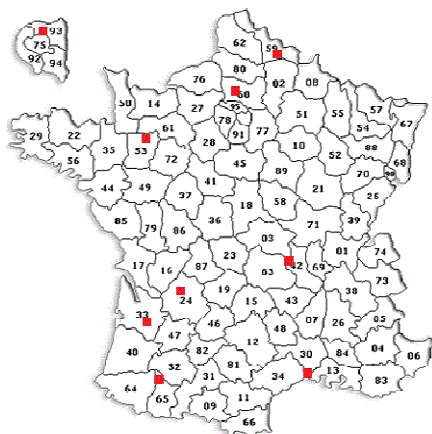




Synthèse des 2èmes journées des COMMUNAUTÉS THÉRAPEUTIQUES 8 et 9 novembre 2012 à BRANTOME



En 2012, on dénombre **11 Communautés Thérapeutiques en France**. Ce dispositif expérimental, bien qu'en pleine gestation, commence à se faire une histoire.

Pour la **deuxième année consécutive**, le groupe des représentants des Communautés Thérapeutiques françaises, créé en 2011 avec le soutien de la Fédération Addiction, organise **des journées d'échanges** destinées aux professionnels des communautés thérapeutiques.



Fondées sur les solidarités plus que sur les individualismes, les communautés thérapeutiques sont résolument **modernes** et s'intègrent pleinement dans le dispositif de soins, répondant à un fort besoin, comme en témoignent le nombre de candidatures : plusieurs centaines chaque années, bien au-delà de ce que l'ensemble de ces établissements ne peut absorber...

Complémentaires, elles se distinguent des Centres Thérapeutiques Résidentiels et des SSR addictologiques par leur **cahier des charges spécifiques** ; mais originales, car chacune a développé des pratiques, des outils, voire un style, dans l'interaction entre le projet initial, l'environnement, les usagers accueillis.

Quelles pratiques professionnelles ? Quels outils développer ? Les questionnements des anciennes et des nouvelles communautés se retrouveront lors de ces journées qui ont pour but de **mettre en synergie les expériences des professionnels des communautés pour consolider et valoriser des postures et pratiques professionnelles partagées**.

SOMMAIRE

Ouvertures	p.3
PLENIERE D'INTRODUCTION	p.5
<i>Etienne VENDY, Responsable clinique des Hautes Fagnes (Belgique)</i>	
ATELIER 2 - Les liens avec la famille et l'entourage, la parentalité	p.11
ATELIER 3 - Critères d'évaluation du parcours des résidents en CT... ..	p.13
ATELIER 4 - Maillage entre professionnels et résidents, la place de chacun	p.17
ATELIER 5 - Les professionnalisations, la formation des résidents	p.20
ATELIER 6 - Les interactions avec l'extérieur : un possible outil de soin ?	p.21
MISE EN PERSPECTIVE ET CLOTURE	p.23
<i>Jean-Michel DELILE, Directeur du CEID (Bordeaux)</i> <i>et vice-président de la Fédération Addiction</i>	

- ▶ Mme RATINAUD, Maire de Brantôme
- ▶ Mme TROUVAIN, Directrice de la DT Dordogne, ARS Aquitaine
- ▶ Dominique MEUNIER, responsable « Pratiques Professionnelles » à la Fédération Addiction
- ▶ François HERVE, Directeur du Pôle Santé Précarité Addictions d'AURORE
- ▶ Philippe VAN MELLE, Directeur de la CT d'AURORE à Brantôme

Intervention de Dominique Meunier

Bonjour à tous,

Je suis Dominique Meunier, responsable de projet à la Fédération Addiction. Je pilote, entre autres, la démarche participative sur le soin résidentiel en lien avec François Hervé, référent pour le Conseil d'administration. Je suis ravie d'ouvrir ces journées. Je représente Nathalie Latour, déléguée générale de la Fédération Addiction, qui regrette de ne pas avoir pu être parmi nous.

Nous voici réunis aujourd'hui et demain - pour les **secondes journées des communautés thérapeutiques**.

Après un passage à Nîmes en 2011, vous avez souhaité de nouveau en 2012 vous rencontrer - pour échanger en particulier - sur vos pratiques professionnelles.

Vous aviez décidé de porter à tour de rôle l'organisation de ces journées. Cette année, ces journées ont été mises en musique grâce au soutien de l'équipe de la Communauté Thérapeutique d'Aurore à Brantôme. Je leur adresse un grand merci pour leur accueil et leur mobilisation.

Le dispositif des communautés thérapeutiques bien que récent, s'enrichit peu à peu d'une histoire et de nombreuses évolutions : les besoins des publics évoluent, les programmes thérapeutiques s'adaptent - de nouvelles questions apparaissent, des pratiques s'affinent ou se créent.

C'est pour répondre au mieux à ce contexte et aux nécessaires évolutions, que la Fédération Addiction a mené une réflexion participative de 3 ans sur le **soin résidentiel**. Cette réflexion donnera lieu à un guide de la collection « Pratique(s) ».

Dans ce travail, le focus a été mis essentiellement sur le **collectif**, à savoir : sur les Centres Thérapeutiques Résidentiels, les Communautés Thérapeutiques et les Centres d'Accueil d'Urgence et de Transition.

Les objectifs visés sont :

- de rendre visible le **programme thérapeutique** proposé par ces 3 types de centres
- de décliner leurs **spécificités** pour mieux orienter les patients
- mais aussi de travailler sur l'**articulation** de ces centres avec les autres dispositifs spécialisés ou non.

Les communautés thérapeutiques ont participé activement à cette dynamique :

- Grâce à la mobilisation des 26 professionnels qui ont bénéficié des formations organisées par la Fédération Addiction, en lien avec la MILDT, en 2008,
- grâce à la représentation des CT dans le groupe de travail national sur le « soin résidentiel »,
- et grâce à la matière issue des journées de l'an dernier à Nîmes. La synthèse est sur le site de la Fédération Addiction : <http://www.federationaddiction.fr/synthese-des-journees-des-communauts-therapeutiques-nimes-2011/>

Tout cela alimente et contribue à **valoriser le dispositif**. Ainsi, on dénombre aujourd'hui **11 communautés thérapeutiques** sur le territoire français puisque fin 2011/début 2012, deux communautés thérapeutiques ont vu le jour :

- « Les Portes de l'Imaginaire » du Centre Rimbaud en région Rhône Alpes
- Et la communauté thérapeutique du centre AKAT'IJ en Guyane qui accueille des femmes avec enfants.

Pour ces secondes journées, toutes les communautés thérapeutiques sont représentées. Votre mobilisation est sans doute le signe qu'il y a encore à parler les pratiques, à les partager pour mieux accompagner les personnes dans leur parcours de soin.

Pour faciliter les échanges, un format en ateliers a été de nouveau privilégié cette année. Six thèmes d'ateliers vous sont proposés. Ils correspondent aux préoccupations et aux challenges qui sont les vôtres aujourd'hui et que vous avez souhaité partager :

- Atelier 1 : Avant, pendant, après. La temporalité et le rapport au temps en communauté thérapeutique
- Atelier 2 : Les liens avec la famille et l'entourage – La parentalité
- Atelier 3 : Les critères d'évaluation du parcours des résidents en CT – mieux être
- Atelier 4 : Le maillage entre professionnels et résidents – La place de chacun
- Atelier 5 : Les professionnalisations, la formation des résidents
- Atelier 6 : Les interactions avec l'extérieur : un possible outil de soin ?

Je remercie les intervenants en plénières qui nous permettront d'entrer en matière et de prendre du recul : Etienne Vendy venu de Belgique, le Pr Auriacombe ainsi que Jean Michel Delile venu en voisin.

Pour l'an prochain, il faudra que nous pensions bientôt au lieu où pourront se tenir les 3èmes journées des CT... sachant que cette année déjà, des professionnels de CTR ou de l'ambulatoire ont demandé à participer ! Je sais que certaines CT ont déjà manifesté leur souhait d'être organisatrices des journées 2013. Il faudra que nous décidions rapidement.

Pour finir, je voudrais que nous ayons une pensée pour notre collègue Christophe SIRET, directeur de la CT de Montjoie, décédé accidentellement en juin dernier.

Merci de votre attention. Bonnes journées de travail à tous

La communauté thérapeutique : à partir de l'expérience du centre de postcure les Hautes Fagnes

Etienne Vandy, Responsable thérapeutique, Centre des Hautes fagnes à Malmedy

080/79.98.30 - 0476/56.03.75

Licencié en psychologie (ULg84)

Troisième cycle en psychothérapie (UCL)

Certificat d'animateur de groupe (CDGAI)

SUPPORT D'INTERVENTION

1) La « communauté » comme concept.

1. Le concept d'une communauté signifie qu'au cœur du traitement se trouve le groupe et la notion d'échanges relationnels. Il s'agit de créer un lieu d'attache (« un nid ») pour des résidents (pas des patients !), un lieu d'une expérience forte, relationnelle et émotionnelle. Créer des relations, s'adapter à de nouvelles formes d'échanges, modifier certaines attitudes relationnelles. D'autres parleront de (re)créer une neuroplasticité au travers des échanges.

2. La communauté de soins aux personnes toxicomanes est un lieu « avec le moins de produits possibles », offrant ainsi une expérience forcément nouvelle pour un consommateur. Nous pensons que l'abstinence est possible pour après la cure. C'est un droit (pas une obligation) que de vouloir y parvenir. Il n'apparaît pas « honteux » aux yeux des membres du personnel d'une CT que de recommander cette abstinence ou que d'aider des résidents à y tendre.

3. Nous sommes un lieu ouvert sur l'extérieur et orienté vers la réinsertion ou la réadaptation socioprofessionnelle. Il s'agit de multiplier les expériences et les modifications de l'environnement extérieur.

2) Spécificités des communautés thérapeutiques.

1. La notion de « fonctions des produits » est un fil conducteur (quelles sont les fonctions adaptatives des consommations ; comment les remplacer ou les dépasser ?). Ce travail « sur le produit » nécessite que le produit ne soit pas (trop) « en acte ».

2. Les méthodes de confrontations par et avec le groupe ainsi que sur le comportement « ici et maintenant ». Si elles sont toujours à l'œuvre, elles peuvent prendre des tonalités très différentes d'une CT à l'autre.

3. La durée de cure est relativement longue.

4. L'ouverture vers l'extérieur est nécessaire mais plus ou moins rapide selon la CT.

5. Les plans de traitement individualisés dans un cadre communautaire structuré. Les plans de traitement ont un axe « introspectif » (sens de la consommation, expression de...) ET un axe « agir » (contrat relationnel, expérimentations sociales, jeux de rôles,...). Certaines CT ne privilégient pas l'axe individuel.

3) Public cible

1. La CT accueille des personnes dépendantes d'un ou de plusieurs produits psychotropes. Ces patients sont « au-delà » de la catégorie « abus » (cf DSM4). Cela veut dire que les mécanismes de tolérance et de sensibilité comportementale sont pratiquement toujours présents.

Le corps et le cerveau sont « impactés » par le produit ; le système biochimique de la récompense est modifié (mémoire cellulaire). La consommation est devenue non seulement l'unique réponse d'adaptation mais elle semble s'imposer au sujet, par-delà sa conscience ou sa volonté (conditionnements chimiques).

2. Les résidents doivent être sevrés. On utilise certains traitements psychotropes (antidépresseur, antipsychotique). Eventuellement des « queues » de sevrage à traiter en phase 1. L'offre médicamenteuse reste limitée à « ce qui est nécessaire ». Dans la meilleure des solutions, c'est notre « offre » groupale et relationnelle qui soutient le résident plutôt que l'offre médicale. Pas de diabolisation ou déification du médicament qui est une solution limitée à prendre en compte en se rappelant que la prise d'un produit est un acte « significatif » pour notre population.

La question de la substitution en CT est importante et semble possible quand le cadre est clair (notamment l'acceptation d'une dégressivité ou encore le consentement de l'ensemble du groupe).

3. Ces personnes dépendantes, idéalement, devraient avoir une intention d'abstinence (ou au minimum de réduction de consommation).

Si on se réfère au cycle Prochaska-Di clemente, nous dirons que ces personnes ont une motivation au changement par rapport aux produits.

4. Le futur résident a compris (au minimum entendu) la structure groupale et la méthode relationnelle de la prise en charge.

5. Il ne doit pas y avoir de contre-indications majeures à une prise en charge groupale ET privilégiant la confrontation. Donc, les profils impulsifs, border line doivent être soigneusement « équilibrés » et les profils psychopathiques (francs ou pervers) exclus.

4) Les hypothèses (A/B/C/D) sur la dépendance des résidents et liens entre ces hypothèses et les outils thérapeutiques de la CT

A. Première hypothèse : la piste psychosociale

* Les consommations sont avant tout des conduites d'adaptation qui « ont mal tourné » et qui sont réversibles.

* Si on augmente les « coûts » (= inconvénients par ex.) de la consommation alors les envies de consommer vont diminuer (S. Peele). Le but, c'est la diminution de la pulsion à consommer, son contrôle et enfin la réinsertion socio relationnelle.

* L'abstinence est un outil durant le séjour et une ligne d'horizon possible et souhaitable pour l'après cure. Nous l'exigeons durant le séjour et croyons qu'elle est à recommander pour la suite (cf hypothèse deux).

Liens entre cette hypothèse et les outils

Pour le travail sur les conduites d'adaptation, la CT utilise les notions de fonctions des produits/toxiques et celle de fonctions de la dépendance.

Fonctions produits = Consommer, c'est s'adapter à quelles difficultés/plaisirs/excitations, relations ?

Fonction toxicomanie = Etre « tox » ou « alcoolo » c'est avoir une position, un rôle social, familial. C'est aussi une adaptation et un renforçateur positif.

Tout le travail social, familial et professionnel traite cette dimension de rôle et d'adaptation puis de contre rôles (quelles nouvelles formules d'adaptation ?).

Pour le travail sur les coûts, il y a des prises de conscience à réaliser (par exemple grâce à la balance motivationnelle utilisée dans l'entretien motivationnel).

Dans les deux cas, nous utilisons le groupe et le laboratoire relationnel qu'est ce groupe pour repérer les coûts/bénéfices de la consommation et les conduites qui y sont liées (travail dès la phase 1). Ensuite (phase 2 et 3) le travail vise d'une part à augmenter les renforçateurs (bénéfices à contrôler sa consommation) et d'autre part à tenter de (re)trouver d'autres conduites adaptatives dans la sphère des relations (en cure et à l'extérieur). Il s'agit donc d'agir, de changer « des choses » dans sa manière d'être en relation.

B. Deuxième hypothèse : la piste « conditionnement biochimique »

* Notre population est composée de résidents classés en général au « top » dans l'utilisation de substances (dépendance).

* Cela implique que nous ne pouvons ignorer la question de tolérance inverse ou de sensibilité comportementale pour nos résidents. Les notions de craving (besoin physique et envie irrésistible de consommer), de cuite sèche (avoir des symptômes de sevrage sans avoir consommé préalablement), les expériences de « pré stimulations » qui enclenchent le comportement de recherche du produit à l'insu de la conscience (ex : le geste machinal du fumeur) sont à l'œuvre. Nos résidents sont soumis – longtemps après leur sevrage – à ce type de mécanismes. Le mot soumis n'est pas innocent. Il ne veut pas dire qu'il y a un déterminisme complet, ce qui annulerait l'hypothèse précédente mais que le mécanisme du circuit de la récompense est altéré et en partie régulé par des fonctionnements/conditionnements qui dépassent la simple conscience. Par contre, la conscience PEUT susciter des actions qui, à leur tour, régulent ce circuit.

Cela est de la responsabilité du résident que de « travailler » en amont de ces mécanismes...pour éviter qu'ils ne s'enclenchent.

Liens entre cette hypothèse et nos outils

Pour le travail sur ce circuit biochimique, nous utilisons :

- L'information : prévenir de ce mécanisme, rendre conscient. A la fois déculpabiliser et renforcer l'idée du changement possible.
- Le cadre de notre institution : « règles, anticipation et responsabilisation ». J'appelle aussi cela ordre et discipline dans la mesure où, pour anticiper, lutter, inverser, contrer de tels mécanismes de conditionnements ou biochimiques, il faut devenir très vigilant (= agir sur les situations), pleinement conscient... Il faut aussi y voir un intérêt (cf. hypothèse 1 des renforçateurs). A noter que ce cadre est aussi utile pour la bonne marche institutionnelle et la sérénité du personnel. Autant en profiter.
- Le travail relationnel à nouveau est là pour instaurer de nouvelles formes d'échanges (ex. : contrat relationnel, modification du scénario relationnel, injonctions

comportementales,...) et par-delà réduire la masse des affects/pensées/comportements qui sont à la source des appels à la consommation (sensibilité comportementale/ relationnelle). Le but est de rompre certaines habitudes dans l'échange, pour aussi rompre les habitudes de consommation et son cycle.

C. Troisième hypothèse : la piste éducative ou socio-éducative

Il y aurait un déficit d'apprentissage chez nos résidents. Soit parce que la consommation a empêché ce processus, soit parce qu'il en a bloqué l'évolution (ex : une seule manière de s'adapter, absence de créativité dans les mécanismes adaptatifs). La consommation excessive serait due à un mauvais apprentissage de l'autocontrôle pas uniquement des produits mais aussi des affects, de l'impulsivité, du vivre ensemble, etc.

Venir faire une cure en CT c'est dès lors faire des apprentissages de relations mais aussi :

- Apprendre des mécanismes d'autonomie et d'adaptation (sociale et affective).
- Développer de nouvelles habiletés sociales et de nouvelles attitudes.
- Apprendre des compétences (sociales et affectives)
- Réapprendre une insertion sociale (le savoir vivre ensemble).

Liens entre cette hypothèse et nos outils

Pour le travail sur cette pédagogie la CT utilise la confrontation et l'expérimentation (relationnelle, affective, corporelle, sociale...).

Ces mécanismes d'apprentissage se heurtent aux mécanismes psychologiques (déli, opposition, passivité, structure border Line,...) mais cette confrontation EST la thérapie. Il est fondamental que nous croyions en la capacité d'évolution et d'apprentissage de nos résidents, que nous les « heurtions » par nos exigences (« change quelque chose ! ») ou celles du groupe.

Confronter ne veut pas dire agresser. Il s'agit de moduler les interventions, de les rendre progressives et donc d'avoir une STRATEGIE de confrontation et un regard critique sur ce que nous faisons.

La thérapie au sens strict est donc de type éducatif et émotionnel (apprendre à contrôler et apprendre à ressentir). Ce concept s'apparente assez bien avec les approches les plus récentes en terme de propositions thérapeutiques aux patients souffrant de troubles de la personnalité (dont les fameux border-line). Cette approche se démarque de celle, plus analytique, proposée aux patients « névrosés ».

Amener peu à peu à la prise de conscience, avec une attitude d'écoute et empathique, n'est pas suffisant. Il ne faut toutefois pas oublier l'importance d'une sécurité affective pour pouvoir « soutenir » une confrontation.

D. Quatrième hypothèse : les croyances du staff, celles de nos résidents et la question des valeurs

- Un certain nombre de croyances ou valeurs sont actives implicitement ou explicitement dans les échanges que nous avons avec les résidents.
- Elles deviennent alors un référentiel pour nos actions sans être par ailleurs « étayées » par un fondement théorique. Il « rode » sans doute en communauté l'image du résident indépendant, autonome, responsable, actif, « correct » dans ses rapports sociaux, respectueux de la loi, de son corps, des autres, qui n'est soumis à aucun déterminisme, volontariste. On voit le piège. Pensons notamment aux reproches faits aux communautés

(sectes ? comporte-mentalisme primaire ?) mais il faut aussi voir la force de ces messages implicites (cohérence du groupe, repères,...).

- Derrière cette caricature très certainement à nuancer, il faut voir l'hypothèse. C'est parce que nous croyons à certaines choses pour nos résidents... qu'elles se produisent parfois. La croyance et l'optimisme du groupe sont de véritables leviers thérapeutiques. C'est aussi parce qu'il y a eu une expérience relationnelle particulière, forte, en ce compris avec le staff, que « parfois » cela marche.

NOTES COMPLEMENTAIRES

Les Hautes Fagnes et Tremplaine, deux dispositifs belges, ont 30 ans. Malgré l'avancée de leurs réflexions sur un certain nombre de thèmes, ces deux communautés se posent toujours la question de leurs fondements et de leur évolution.

Au départ, les dispositifs proposaient le choix entre « guérison ou répression » ; le fondement du soin était basé sur l'abstinence et le conditionnement de la personne par le produit. Aujourd'hui, une communauté ne se réduit pas à de l'hébergement ou à « faire une pause » : c'est prendre soin de l'autre, de son problème d'addiction, avec des objectifs.

On parle d'abstinence, mais abstinence à quel produit ? Il s'agit plutôt de travailler la maîtrise de la consommation, la pulsion à consommer. Pour cela, le professionnel doit lui-même sortir du conditionnement pour comprendre ce qui se passe dans la tête de celui qui veut consommer. On peut par exemple en parler en groupe, à partir des données de neurosciences de l'addiction. On peut aussi travailler en groupe sur la gestion des émotions ; pas besoin d'expert pour cela, juste d'un animateur qui lance les participants sur le sujet.

Le mouvement de « pleine conscience » (méditation, hypnose...) est une réponse inhabituelle face à un stress. La personne n'a pas forcément connu de traumatisme, mais des difficultés relationnelles. Dans ce cas, la consommation d'un produit peut être une réponse d'adaptation dans la relation, afin de surmonter ces difficultés. Lorsqu'il se sépare du produit, le résident doit alors trouver une autre manière de résoudre le problème. La difficulté est notamment de rompre avec ce « scénario relationnel », cette « petite musique » qui constitue notre mode d'entrée en relation. Des questions peuvent aider à analyser ce comportement : « quand tu rentres dans un groupe, à quoi tu penses ? » « Et avec tes amis ? Ta famille ? »

Dans une communauté, le fondement du soin est la relation. Ce qui est important, ce n'est pas QUI tu es mais COMMENT tu es. Il faut travailler sur ses modalités relationnelles, donc EN GROUPE. S'adapter aux règles, au langage, aux modalités, aux usages, c'est travailler sur la consommation. La structure ne réalise donc pas d'entretiens individuels. La communauté de Hautes Fagnes travaille surtout sur la confrontation, avec un pilote (psychologue, éducateur ou résident) identifié. Le but n'est pas de produire du contenu, mais de faciliter et de réguler l'affectif. L'animateur amène les personnes à parler mais ne fait pas d'analyse.

La confrontation est d'autant plus importante lors d'un incident communautaire. La personne mise en cause est alors sollicitée, même si elle est en cours d'entretien individuel. Une sorte de jeu de rôle est mis en place, que les résidents appellent « le tribunal » : les personnes mises en cause s'expriment devant tout le monde.

Un groupe « papotage » existe, très préparé, mais qui paraît informel, et dont les discussions démarrent sur des anecdotes, des rumeurs... Par exemple : « tu t'es mis à parler alors qu'on pensait que tu avais un problème mental... », « tu avais dit que tu repeindrais la porte, pourquoi ce n'est pas fait ? », etc. L'objectif de ce groupe est d'être à l'écoute des « faits divers ».

L'équipe fait un compte-rendu des réunions d'équipe au groupe : cela permet à la fois de faire réagir les résidents et d'être transparent. Il n'y a pas de secret professionnel, mais un secret partagé dans l'équipe. Tous les résidents sont concernés par le secret ; ils s'engagent à parler de tout ce qui concerne la communauté. L'équipe doit être la plus cohérente possible sur ce point.

Les anciens résidents sont invités à se réunir dans le « groupe des anciens ». On observe une certaine solidarité qui s'est installée à l'extérieur entre eux, même dans le cas où ils n'étaient pas ensemble à la communauté. Le « Projet coup de pouce » consiste en une aide des anciens, sous forme de bénévolat, auprès des nouveaux. Exemple : pour aller au tribunal. Il n'y a pas d'anciens qui travaillent dans la communauté, mais des ex-usagers qui animent des séquences.

Les journées familiales permettent d'inviter un proche. Il FAUT que quelqu'un vienne : l'interaction est exigée. Par ailleurs, les couples sont reçus tous les 15 jours en entretien, et la famille une fois par mois.

LE TRAVAIL AVEC LES FAMILLES A LA COMMUNAUTE THERAPEUTIQUE DU FLEUVE - Approche systémique

Intervention de **Xavier SOULAN**, psychologue clinicien au CEID (Bordeaux) et expert auprès la Cour d'Appel de Bordeaux

C.E.I.D. Communauté du Fleuve - 10-18, Place Franck Chassaingne - 33720 BARSAC
05 56 76 39 20 / 05 56 27 06 97 - ceid.barsac@orange.fr

« Qu'on l'aime ou qu'on la déteste, on est bien obligé de faire avec... La famille s'impose à nous pour le meilleur et pour le pire ! » Léon Tolstoï

PREAMBULE

- 2001: Ouverture du Centre de Soins en Addictologie de Bègles.
- Idée de proposer une aide, un travail avec la famille (ou les personnes ressources) déjà présente.
- Constat de la souffrance des familles, mais aussi de leur réelle bonne volonté à aider leur proche.
- Décembre 2007: Ouverture de la Communauté Thérapeutique du Fleuve de Barsac.
- Autre constat: de nombreuses études ont démontré l'importance et l'efficacité des approches familiales dans le domaine des addictions:
 - Thérapies familiales isolées
 - Approches psycho-éducatives familiales isolées
 - Approches multifamiliales

INTRODUCTION

- Circulaire DGS/MILDT/SD6B no 2006/462 du 24 octobre 2006 relative à la mise en place des communautés thérapeutiques
- Références : Article L. 312-1 alinéa 120 du code de l'action sociale et des familles ; Article L. 313-7 du code de l'action sociale et des familles.
- L'objet de cette circulaire est de préciser les missions de ces nouvelles structures et leur procédure d'autorisation.

2.8. Les familles

Les communautés thérapeutiques prévoient un travail thérapeutique sur le lien familial, en particulier pour les parents d'enfants ou d'adolescents. Le contrat de séjour des résidents précise les modalités d'un accompagnement associant des membres de la famille : conjoint, enfants ou parents.

CHOIX DE L'APPROCHE SYSTEMIQUE

- Les approches systémiques et les thérapies familiales: approche thérapeutique de choix pour l'abord des problématiques d'addiction (cf différents rapports et études sur les psychothérapies).
- Prise en considération de l'entourage en tant que ressource et comme partenaire de soins à part entière
- Miser sur la compétence des familles
- 2ème cybernétique: le professionnel fait partie intégrante du système thérapeutique
- Prise en compte de la puissance et la rigidité des interactions familiales
- Utilisation des approches motivationnelles et psycho-éducatives pour dépasser les réticences à joindre les proches aux prises en charge le plus tôt possible.

Les familles comme soutien pour le changement

- Si certains fonctionnements familiaux peuvent entretenir le problème, les familles peuvent être aussi un puissant facteur de protection ou de changement
- Soutien à la motivation

- Protection/pression à la rechute de la part des pairs ou de facteurs conditionnels
- Resocialisation
- Soutien aux approches thérapeutiques
- Rôle majeur dans la prévention de la rechute

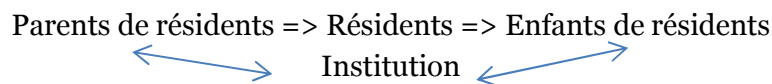
Les axes du travail de prise en charge

- Notre action s'organise autour de 3 axes essentiels:
 - Les personnes présentant une addiction à une substance psychoactive
 - Aide et soutien aux familles
 - L'environnement social

Le service famille

- Tout au long du séjour du résident
- Créer un lien thérapeutique :
 - entre le résident et sa famille
 - entre la famille et l'institution
- S'inscrire dans un réel projet commun co-élaboré avec l'institution

Rôle d'interface



Prise en charge familiale

- Faciliter les rencontres avec les membres de sa famille pour tenter de restaurer des liens et les contacts avec toute personne-ressource extérieure.
- Soutenir toutes les personnes concernées et les impliquer dans la prise en charge.
- Accueil de toutes les sollicitations familiales ou du résident par l'équipe de la vie communautaire (référént éducatif en particulier).
- Orientation vers le psychologue, référént du service famille.
- Entretiens individuels axés sur le travail de re-création de liens (génogramme).
- Entretiens familiaux (sur site ou téléphoniques).
- Entretiens individuels et familiaux axés sur la préparation des séjours familles.
- Entretiens individuels et/ou de groupes autour de la parentalité.
- Accompagnements à la parentalité (assistante sociale, psychologue et référént)

Accompagnement des familles

- Notre travail avec les familles est centré sur la compréhension de l'histoire du groupe et sur la capacité de la famille à retrouver ses possibilités auto-curatives.
- Il s'agira de:
 - Permettre la reconnaissance du trouble par l'ensemble des personnes concernées
 - Ouvrir la possibilité d'en parler et de le dénommer
 - Repérer les interactions qui sont des facteurs aggravants, pérennisants ou au contraire qui favorisent une évolution positive
 - Soutenir la réorganisation de la famille
- Sortir de la causalité linéaire:
 - Problème familial ⇔ Addiction
 - Parents/Enfants ⇔ Victimes ou coupables
- Alliance thérapeutique
 - Approches collaboratives
 - Travailler avec et non sur la famille

Accompagnement à la parentalité

- Notre action se veut d'abord préventive, pour éviter au mieux le passage transgénérationnel de problèmes de toxicomanie de parents à leurs enfants.
- Double problématique :
 - Protection de l'enfant imposant un regard sur les attitudes et comportements parentaux.
 - Soutien des parents en faisant surgir et en consolidant leurs compétences parentales propres.

- Réflexion en termes de bienveillance plutôt que de maltraitance, ce qui nous invite à prendre en compte les compétences parentales
- Travail en réseaux

PROJETS ET PERSPECTIVES

- Groupes multifamiliaux mais difficiles à mettre en œuvre du fait de l'origine géographique très variée des résidents.
- Organisation de plusieurs journées familles pendant l'année.
- Projet d'ouverture d'une unité de type « Kangourou ».

Projet d'accueil de femmes avec enfants CSAPA avec hébergement

- Réponse à un appel d'offre national.
- Projet qui se propose d'allier programmes de soins et d'éducation à la parentalité, en partenariat avec le réseau local de la petite enfance.
- Permettre à des femmes présentant une problématique addictive d'accéder à un soin de type résidentiel, tout en maintenant le lien avec leur enfant.
- Projet passé en CROSMS mais « reçu-collé » par manque de moyens disponibles pour le financer... mais prêt à être réactivé dès que les autorités sanitaires donneront le feu vert financier.

Quelques lectures...

- Solange Cook-Darzen, *Thérapies multifamiliales. Des groupes comme agents thérapeutiques*
- William R. Miller, *A collaborative approach to working with families* (Addiction, 2003, 98(1), 5-6)
- Mony Elkaïm, *Si tu m'aimes ne m'aime pas*
- Guy Ausloos, *La compétence des familles*

ATELIER 3 - Critères d'évaluation du parcours des résidents en CT, « le mieux-être »

INTERVENTION DE LA COMMUNAUTE THERAPEUTIQUE MONTJOIE DU PRE EN PAIL

Nous étant greffé sur cet atelier à partir de son intitulé, nous avons d'abord pensé traiter de l'évaluation du parcours des résidents sur la base des phases. Mais au fil de notre réflexion, nous avons établi que mieux-être et avancement dans le parcours n'étaient pas nécessairement en lien. Or si l'on considère la dépendance comme le symptôme d'un mal-être, nous devons nous interroger sur ce qui peut contribuer au mieux-être de la personne accueillie.

Nous présenterons donc les ateliers mis en place au sein de la CT dans ce sens. Puis nous expliquerons en quoi la vie quotidienne communautaire peut-être vecteur de mieux-être. Enfin, nous chercherons à identifier ce qui persiste de ces apports après la CT.

Les ateliers

Contrat Relationnel (phase 2.1 et 2.2.)

Il s'agit de réfléchir en petit groupe sur une attitude relationnelle (ou un comportement) évaluable qui pourrait aider le résident à avoir des relations plus harmonieuses ou à se sentir mieux dans la relation.

Cet objectif est réfléchi à partir des observations faites par le résident lui-même et le groupe. Il nécessite un accord et un engagement fermes du résident. Il lui demande un effort, et n'est donc pas spontanément acquis.

La durée moyenne fixée pour chaque objectif est de 8 semaines. Les évaluations intermédiaires et finales ont lieu en groupe, lors du temps consacré au groupe contrat relationnel, le mercredi de 13h30 à 15h maximum. Le résident connaît l'échéance et les modalités de l'évaluation.

Lors de la première séance, le résident propose un objectif à travailler ; l'animateur fait réagir les membres du groupe jusqu'à négociation entre ces derniers et un accord sur la formulation est affiché aux yeux de tous (avant d'être retranscrit sur informatique), avec des « sabotages » potentiels, c'est-à-dire les attitudes spontanées utilisées par le résident pour ne pas atteindre l'objectif.

Les autres résidents ont pour mission d'aider le résident concerné à atteindre son objectif en lui faisant des renvois positifs et/ou en l'alertant sur la réutilisation des sabotages habituels.

Exemple clinique

Un résident dont les objectifs à son entrée à la CT étaient de repasser son permis, de trouver du travail et de maintenir son abstinence, a perdu son permis lors d'une sortie au cours de laquelle il s'est fortement alcoolisé au volant et a eu un accident. Cet événement remettait en question l'ensemble de son projet. Pourtant, il restait impassible. Son objectif a donc été : « je dois arrêter de banaliser ce qui m'arrive ».

Atelier émotions (phase 2.1 -2.2) - 10 séances d'1h30

Etre attentif à ses propres émotions, et à la communication non verbale du corps dans les relations interpersonnelles.

Savoir différencier un sentiment et une émotion, savoir comment celle-ci peut se décrire physiquement. Cet atelier a pour objectif de pouvoir décrire avec des mots ce que l'on ressent, ses émotions, et d'être attentif à soi et aux autres. Cet atelier a pour support la « carte mentale » qui permet à chacun de pouvoir s'exprimer et de visualiser les adjectifs qui peuvent qualifier une émotion ou un sentiment, puis en groupe de pouvoir reprendre ce qui a été dit pour échanger et voir si cela relevait plus de l'émotion ou du sentiment. Le groupe donne une définition de chaque terme qui est ensuite vérifiée. Comment une émotion peut-elle être transcrite, par quelles caractéristiques physiques notamment ? Pour mettre l'accent dessus, nous utilisons comme support la photo et des mises en situation. Les résidents prennent eux-mêmes des photos et échangent en groupe sur ce que cela leur renvoie comme émotion et sur leurs accords et désaccords autour de ces réactions.

Exemple clinique

« Je comprends que quand je dis que tout va bien mais que j'ai une position de repli dans le canapé tête baissée regard vers le sol, je ne suis pas en adéquation entre mes paroles et mes gestes. »

Atelier d'expression (phase 1) - 1h30/semaine

A partir d'un thème ou d'un mot prédéfini, les résidents, à tour de rôle, donnent leur propre définition qu'ils peuvent illustrer d'exemples ; le débat s'engage entre les résidents avant de vérifier la définition dans le dictionnaire.

Objectif : favoriser l'expression, multiplier les interactions entre les résidents, prendre la parole et la laisser, s'accorder sur une définition, comprendre qu'un malentendu peut-être dû à un « abus de langage ».

Sport - phase 1 et 2.1 : deux fois 2h30/semaine, et une fois pour les phases 2.2 et 3

Objectif : mieux être, forme physique, découverte de certains sports, tester les limites, dépassement de soi, défi sportif (canal du midi sur 3 jours). Après le séjour en CT : inscription dans un club sportif ou sport individuel.

Atelier technique - deux demi-journées par semaine pour les phases 1 et 2.1, puis 2 journées et demi par semaine à partir de la phase 2.2

Des travaux physiques - tels que l'entretien d'espaces verts, le balisage de sentiers de randonnées ou encore le piquetage d'une façade - sont réalisés en reproduisant les exigences du monde du travail tout en les adaptant aux capacités de chacun. L'objectif est que les résidents n'en subissent pas les contraintes, mais plutôt qu'ils soient autonomes et responsables vis-à-vis de celles-ci. Il tend également à permettre à la personne de retrouver l'estime de soi à travers ces réalisations.

Atelier relaxation – toutes phases : 1h/semaine

Sur un fond sonore propice à la détente, différents exercices de respiration et de décontraction musculaire sont proposés. Cet atelier vise la libération des tensions en portant intérêt sur le vécu des difficultés et non sur la cause. Il permet également une meilleure prise de conscience du corps par rapport à soi, à l'autre ou au groupe. Enfin, il a pour but d'aider des consommateurs de produits psychoactifs à retrouver des sensations simples, primaires, qui ont bien souvent été anesthésiées par ces produits et la recherche de sensations toujours plus fortes.

Les groupes de parole, ateliers « prépa-retour week-end » et prévention rechute

Ce sont des temps d'échange entre les résidents sur des situations vécues afin d'identifier des comportements en cherchant à les mettre en lien avec les émotions. Le thème peut être amené par le professionnel mais certaines séances sont consacrées à la présentation des travaux psychologiques des résidents (récit de vie, courbe de consommation, conséquences de la consommation). Ces ateliers tendent à encourager les changements de comportement de personne dont l'ambivalence est une caractéristique récurrente.

Atelier thématique

Son but est d'informer, de prévenir et de sensibiliser les résidents aux différents problèmes de santé qu'ils pourraient rencontrer. Il favorise la prise de conscience des risques constatés ou pressentis afin d'y apporter une réponse médicale ou préventive. Au-delà des comorbidités liées à l'addiction, des thèmes plus généraux tels que l'hygiène permettent de faciliter la socialisation.

La vie quotidienne

L'autonomie (santé, administratif, temps libres, rythme)

Tout au long de leur parcours, les résidents sont des éléments essentiels de l'organisation de la structure. C'est à eux que reviennent les tâches ménagères, la cuisine, les courses. Ils peuvent pour certains apprendre la vie autonome et pour d'autres apporter leurs conseils. La plupart retrouvent progressivement un rythme de vie plus équilibré et plus sain mais aussi plus contraignant.

De même, ce sont eux qui proposent et organisent les sorties en fonction des envies de chacun et de leur budget. Des temps libres sont prévus régulièrement afin de leur permettre d'expérimenter la notion d'ennui et d'encourager l'organisation.

Sur le plan personnel, leurs capacités dans tous les domaines de la vie quotidienne sont évaluées afin de proposer au résident la mise en place d'un suivi adapté si cela s'avère nécessaire (SAVS, tutelle, curatelle, CMP...).

La relation aux autres

La vie en communauté est l'occasion de travailler sa relation aux autres et donc sa socialisation. La relation au cadre, les tensions ou la conciliation de ses intérêts personnels avec ceux du groupe sont autant d'éléments demandant de travailler sur soi-même. Certains apprennent à faire des compromis, d'autres à gérer la frustration, d'autres encore à se positionner.

C'est aussi le lieu où peuvent se développer des relations aidantes pour la suite du parcours.

Les responsabilités (à partir de la phase 2.1)

Dès la phase 2.1, les résidents sont responsables de certaines tâches (clés, cellier, buanderie, planning). Elles valorisent l'ancienneté dans le groupe, renforcent les prises de décision et l'affirmation de soi face au groupe. Le résident est également force de proposition dans l'amélioration du quotidien.

Les résidents de phases 2.2 sont également sollicités lors des réunions de fonctionnement au cours desquelles ils peuvent donner leur avis et faire des propositions sur l'organisation, les règles et les décisions de la structure.

Les entretiens

Ils sont proposés régulièrement aux résidents. C'est un moment privilégié d'écoute mais aussi l'occasion de faire le bilan de l'évolution de la personne, notamment sur la question du bien-être. Ce qu'il ressent ou nous dit ressentir est alors la base de l'accompagnement proposé. En effet, il est difficile de venir en aide à quelqu'un qui n'a pas conscience ou nie ses difficultés.

L'après-CT

Grace à l'ensemble de cette prise en charge, nous espérons que les usagers pourront retrouver une place, un statut dans la société et s'y sentir légitime. Tout l'enjeu est donc de permettre aux résidents de transposer leurs capacités de l'intérieur de la structure vers l'extérieur tout en les adaptant à leur nouveau milieu. Il ne s'agit pas de recréer une vie identique à celle de la CT avec les contraintes qu'elle engendre, mais bien de trouver un équilibre entre la vie « d'avant la CT » et celle de « pendant la CT », entre plaisir et contrainte. C'est pour expérimenter cela que dès la phase 2.1, les résidents ont la possibilité d'utiliser l'appartement. Toutefois, il arrive également que certains résidents, malgré un parcours de soin complet à la CT, rechutent à la sortie. Pour autant, n'ont-ils pas gagné un mieux-être dans leur vie ? Gestion des consommations, autonomie, hygiène de vie ou simplement expérience positive...

ATELIER 4 - Maillage entre professionnels et résidents, la place de chacun

Intervention de la Communauté Thérapeutique du Fleuve (CEID)

Présentation assurée par 2 éducateurs et 2 résidents : le responsable « Staff résident » (phase 2) et l'ancien responsable (phase 3)

Les communautés thérapeutiques, depuis leur création, donnent une place particulière aux résidents. Avec la professionnalisation des encadrants, chacun doit trouver sa place dans cette organisation à laquelle les uns et les autres ne sont pas habitués.

Comment se fait ce maillage entre professionnels et résidents, comment chacun peut trouver sa place ? Quels outils sont utilisés ? Cependant certains écueils restent présents : quels sont-ils, comment peuvent-ils être réduits et mieux vécus par les uns et les autres ?

Au vu de l'histoire des Communautés thérapeutiques, il s'agit de faire émerger une organisation du juste milieu : ni trop autoritaire, sous peine de dérives, ni trop laxiste. De plus, la professionnalisation des éducateurs spécialisés a permis de repenser la place de chacun et de faire revivre les CT en créant de nouveaux outils pour permettre à chacun de trouver sa place.

Les CT sont des structures expérimentales. Elles permettent un travail riche de création et de réflexion. Cependant une base solide est encore à créer pour éviter trop d'incertitude qui peut avoir l'effet contraire d'empêcher de penser et de trouver sa place.

Nous avons décidé pour cette rencontre de travailler étroitement avec des résidents. Pour ce faire nous avons élaboré cette intervention avec Jérôme : résident de phase 3 en phase de finaliser son parcours et son soin. Il a pris les différentes responsabilités. Il est sortant dans quelques semaines. Et Benjamin : résident de phase 2.2 à la tête de la hiérarchie des résidents avec sa fonction de coordinateur.

Les éducateurs

Pour permettre aux résidents d'évoluer dans les prises de responsabilités au sein de la CT, les éducateurs doivent être en capacité de laisser la place à l'autre tout en restant particulièrement vigilant au respect de l'individualité de chacun et des problématiques particulières.

Au final, ce positionnement correspond pleinement au rôle de l'éducateur. Il se trouve dans la position du passeur. Il doit être une béquille de plus en plus discrète pour permettre à l'autre de reprendre sa position de citoyen. Même si au départ, on peut avoir l'impression d'être dépossédé d'une partie de son savoir et de son autorité. Ce partage de responsabilité de savoir mais aussi de pouvoir le rend plus horizontal et peut être moins arbitraire car les décisions ne sont jamais prises par une seule personne.

Cette place est particulièrement intéressante car elle permet de garder un peu de distance avec le quotidien pour tenter de se réinterroger régulièrement. Notre rôle est d'être attentif à la dynamique de groupe qui doit permettre à chacun de trouver sa place, pour expérimenter de nouveaux types de rapport sociaux et ce, aussi bien avec nous qu'avec les autres personnes accueillies.

Les résidents

Au fur et à mesure de l'avancée dans le soin, les résidents ont de nouveaux objectifs. Ils progressent dans la pyramide des responsabilités. Ces tâches leur permettent de plus en plus

d'être en interaction avec le groupe et de devenir de plus en plus soutien pour les autres. Ainsi après avoir été gestionnaires des tâches, ils accèdent à des postes tels que chef de groupe, secrétaire, adjoint coordinateur et coordinateur. Ils font alors partie du staff résidents où le maillage entre professionnels et résidents devient plus efficient.

Ils sont des soutiens indéniables pour les professionnels en poste. Au vu du nombre de résidents dans une CT, la délégation des responsabilités est primordiale pour le bon fonctionnement autant que cela est important pour leur soin. Ils sont alors des ressources essentielles et permettent une diffusion des informations dans les deux sens : des encadrants vers les résidents et vice versa.

Pour beaucoup, la confiance est difficile à donner à des personnes garantes du cadre et de la loi. Le staff, dans cet entre-deux, permet à de nombreux résidents d'être accompagnés dans le dépôt de leur parole.

Pour permettre au staff et au parrain de prendre cette place particulière, il faut être en capacité de donner des responsabilités.

Ces étapes leur permettent de reprendre conscience des responsabilités et confiance en eux. Cette organisation très particulière les amène à être véritablement acteurs de leur soin, selon eux différemment des autres lieux de soin où ils se sentent passifs. La frontière est plus mince qu'avec les soignants et la confiance s'instaure.

Le fait d'être dans le staff amène un maillage différent car petit à petit, les résidents ont l'impression de se rapprocher du mode de fonctionnement des éducateurs, qui peuvent alors devenir identificatoires. Par le fonctionnement du staff, ils entretiennent des relations individuelles plus particulières, le temps passé ensemble est plus important. C'est un autre mode d'identification.

Les écueils

Le risque de perte de vue de son soin, de sa réflexion sur soi existe. Comment y remédier ?

Via les entretiens individuels avec son référent, l'assistante sociale, le/la psychologue...

Les discussions plus informelles avec les autres professionnels permettent de se recentrer.

Cependant, cet entre-deux fonctionne quand le staff fonctionne.

Cette double étiquette peut être lourde à porter.

Le problème qui se pose est un déséquilibre souvent important entre les différentes phases. Soit les postes du staff peuvent ne pas être tous pourvus, soit des personnes en phase 2.1 accèdent à des postes qui demandent un avancement important dans le soin. Ce déséquilibre peut créer des difficultés particulières à gérer ses responsabilités et son soin en même temps. Les résidents du staff peuvent être très envahis par les problématiques du groupe sans avoir la possibilité de prendre suffisamment de recul.

Pour que le maillage se fasse, nous accompagnons au maximum les personnes du staff dans leur prise de décision, qui nécessite parfois un simple soutien, parfois une véritable suppléance, quand les problèmes rencontrés sont trop importants. Il faut être attentif pour que le staff en tant que groupe, mais aussi chaque individualité, fonctionnent au plus juste.

Dès le début de leur soin, les résidents sont amenés à participer à des réunions, à prendre la parole en groupe. Le groupe étant auto-support du soin, ces temps collectifs de parole sont indispensables. La journée commence par une réunion où les résidents travaillent, avec leur chef de groupe et le soutien d'un éducateur, un objectif thérapeutique et un point du règlement. La réunion du soir revient sur la journée écoulée.

Au fur et à mesure de l'avancée dans le soin et dans la pyramide des responsabilités, les résidents du staff participent au conseil de direction. Ils ont alors un avis consultatif, comme

l'équipe pluridisciplinaire, sur les décisions à prendre : passage de phase, sanctions... Ces prises de décision peuvent être mal vécues par certains et cette position d'entre-deux peut être ressentie comme particulièrement difficile. Pour les professionnels, il s'agit d'être présents et de soutenir les résidents dans cette étape importante de l'exercice de prise de responsabilité. Les rencontres entre les staffs résidents et encadrants se font plus régulières (rencontre fin de semaine, confrontation, médiation, prise de décision).

Les résidents sont là pour expérimenter un nouveau rapport au monde et aux autres, c'est-à-dire essayer, tenter, apprendre par l'expérience. Comme les expériences peuvent échouer, nous devons leur permettre d'expérimenter dans une sécurité affective suffisante.

Le maillage

Dans une CT, plus que partout ailleurs, les équipes sont des supports à ces expérimentations d'allers-retours entre le collectif et l'individuel.

Pour que chacun trouve sa place, il faut envisager ce maillage comme indispensable dans la vie de la CT. Pour les professionnels, il faut se donner le temps de la réflexion. Il ne s'agit pas de déléguer totalement mais de permettre à l'autre d'avoir cet espace réflexion.

Par ce temps pris de réflexion, les professionnels permettent au niveau institutionnel de ne pas tout combler, d'introduire du manque et donc la dimension temporelle de l'attente et de tendre ainsi vers le désir.

Ce maillage peut être cependant plus compliqué à mettre en place aux vues des pathologies associées qui parfois freinent, voire rendent impossible cet exercice de la prise de décision et de responsabilisation. Il s'agit alors pour nous de continuer à inventer de nouvelles manières de fonctionner pour permettre à chacun de trouver une place.

La limite de ce maillage reste évidemment la notion de secret professionnel et de secret partagé, car chaque résident a droit au respect de sa vie privée. Ce maillage se fait principalement au niveau du collectif, puisque les professionnels restent les garants du projet individualisé de chacun.

Compléments issus des échanges de l'atelier

Deux communautés thérapeutiques, celle de Barsac et celle de Brantôme, ont témoigné dans cet atelier. Ces deux structures fonctionnent selon 3 phases de 4 mois renouvelables une fois. En revanche, les règles sont différentes entre les deux lieux.

- **CT de Barsac :**

Les résidents du staff expriment la difficulté de rester en soins et de gérer les responsabilités. Le responsable actuel exprime les tensions et le poids qui pèse sur ses épaules. L'effet de « grade » engendre des tensions, qui sont régulées par les professionnels en temps de groupe. Une fois par semaine les résidents se réunissent seuls avec le « staff résident ». Problème actuel : il y a trop peu de personnes en phase 2 actuellement pour avoir des adjoints.

Les professionnels doivent laisser la place sans laisser tout gérer. Le travail avec le staff permet l'échange, des décisions moins arbitraires, et aux professionnels de s'interroger sur leur pratique. L'organisation semble plutôt verticale, en pyramide hiérarchique.

- **CT de Brantôme :**

On y parle de « Conseil des Anciens », qui se réunit une fois par semaine.

Le résident y entre lorsqu'il est en phase 2 depuis plus de 6 mois et y reste jusqu'à la fin de son séjour. Le Conseil prend des décisions diverses, concernant le règlement, le parcours de

soins, les activités, les outils... Il évalue aussi les lettres de réadmission (demande écrites d'anciens qui ont quitté la CT prématurément et souhaitent revenir). Huit personnes du Conseil traitent les demandes de passage en phase 2. Elles votent à main levée et à l'unanimité. Si la personne est jugée non prête, le vote est justifié et reporté de 6 semaines. Les résidents votent, puis informent les professionnels de leur décision par lettre. Ces derniers ne statuent pas. Les professionnels par contre gèrent les admissions. L'organisation de Brantôme semble plus horizontale qu'à Barsac, avec un groupe qui s'autorégule.

ATELIER 5 - Les professionnalisations, la formation des résidents

Intervention d'Isabelle Adam, Conseillère en Insertion Professionnelle à l'Association Aurore Insertion

L'homme est plein à chaque minute de possibilités non réalisées.

On part du postulat que pour comprendre l'adulte, il faut regarder du côté du développement de l'enfant. Je me place du côté du Lev Vygotski, psychologue russe du début du XXe siècle, qui s'est intéressé au développement des enfants atteints de handicap.

La **première idée singulière** est de considérer que l'enfant se développe dans le social. C'est grâce à son environnement proche qu'il va pouvoir recevoir les soins nécessaires à sa survie dans un premier temps. Puis il passera par des stades de développements individuels et de socialisation.

Le **second apport** qui va nous intéresser ici, c'est ce qu'il nomme « la zone proximale de développement ». C'est-à-dire « ce que l'enfant sait faire avec l'aide d'autrui et qu'il ne sait pas faire tout seul ».

Je m'appuie sur ces concepts car il me semble que passer du plan de l'action à celui du langage exige une élaboration complexe. Une aide extérieure sera un appui à l'apprentissage.

La formation théorique passe par ce mouvement ; l'individu remarque en lui des compétences ; celles-ci sont mues par un désir, porté à son tour par la reconnaissance d'un professionnel, d'un « ancien », d'un « sage ».

L'apprentissage va passer par l'assimilation d'un savoir-faire, d'un geste, du maniement d'outils. Que le tuteur viendra corriger jusqu'à l'obtention du geste attendu. Le passage du pratique au théorique et vice versa installe un langage et une pensée qui vont permettre d'habiter son métier.

Installer un cadre de référence. Pour cela le temps, l'expérience, la reconnaissance et bien d'autres éléments feront leur œuvre.

En habitant sa fonction, l'individu installera une identité professionnelle.

En intégrant une formation, il bénéficiera d'apports théoriques, d'un sentiment d'appartenance, d'échanges de pratiques, de gestes de métier, de reconnaissance validé par un diplôme.

Deux exemples sont cités à l'appui de l'intervention :

- Exemple du chantier « Joe », ouvrier en bâtiment
- Exemple d'Alain sur un autre plan de formation

ATELIER 6 - Les interactions avec l'extérieur : un possible outil de soin ?

Exemple de la CT Les Portes de l'Imaginaire

La communauté se situe en Loire en milieu rural, au cœur d'un village de 400 habitants. Son installation a suscité beaucoup de peurs, d'hostilités. Il y a donc eu beaucoup de réunions, de rencontres publiques. La structure essaie de faire de ce contexte un atout. Et ça se passe plutôt bien.

Un professeur du village est bénévole et donne des cours gratuits, d'autres bénévoles peuvent venir aider. Ils ont créé un SEL (Service d'Echange Local) avec les villageois, ils font partie du comité des fêtes, participent à l'organisation des événements, gèrent l'association de boules lyonnaises. Un paysan leur a donné un terrain contre entretien, ils en ont fait un potager. La CT a créé de l'emploi dans le village, et s'approvisionne en produits locaux. Les résidents connaissent tout le monde. Les interactions avec l'extérieur créent donc du lien social et y mettent du sens.

Points positifs

Ces interactions sont un facteur de reconnaissance, de travail sur l'estime de soi et, au bout du processus, de citoyenneté.

Cela permet de se sentir un groupe dans le groupe.

Cela permet un changement total d'environnement.

La mairie est très présente et aidante.

Points négatifs

La communauté est très éloignée des villes, ce qui constitue un frein à la réinsertion (emploi, logement, administration), et n'offre pas d'occasions de confrontation à certains produits.

Les sorties peuvent être difficiles à gérer pour les résidents : le changement est brutal en cas de retour en milieu urbain.

La mairie a beaucoup d'attentes.

Il existe un risque de se créer son « cocon ».

Différents projets sont en cours : famille d'accueil, appartements en ville, partenariat avec les services de psychiatrie.

Exemple de la CT d'Aubervilliers

Elle se situe dans le Nord-est parisien, en Seine-Saint-Denis, département le plus pauvre de France, et où il y a le plus de consommation de produits. Les gens accueillis sont pour la plupart des natifs d'Ile-de-France. La mairie s'est engagée à l'acquisition des bâtiments. Ils se sont installés volontairement en milieu très urbain et de consommation.

Aubervilliers est la ville d'IDF où il y a le plus grand nombre de bars ; 40% des -de 16 ans sont déscolarisés ; il y a beaucoup de squats et de prostitution, et on peut trouver tous les produits possibles dans un rayon de 500 m autour de la CT. De plus, le bâtiment se trouve au bord du périphérique, il n'y a pas d'arbres, et il est entouré de chantiers : on peut donc se demander comment construire un projet thérapeutique dans ce cadre. Mais les CT à la campagne ne sont-elles pas trop protectrices ? Ne fragilisent-elles pas les résidents ?

En ville, les résidents sont déjà immergés, confrontés en permanence. Ils sortent à trois : il n'y a jamais eu de reconsommation dans ces conditions. C'est thérapeutique car le cadre est

très haut, et les résidents protègent la maison : ils prennent soin de l'institution et de ses valeurs.

Toutefois les personnes ont aussi besoin de sentir la nature. D'où un travail avec les [CIVAM](#) (Centres d'Initiatives pour Valoriser l'Agriculture et le Milieu rural) sous forme d'accueil rural dans une famille paysanne, et un partenariat avec la CT de Brantôme.

Le risque là aussi est de se sentir trop bien dans la structure, d'où l'intérêt de beaucoup de sorties, avec des objectifs thérapeutiques. Par exemple : utilisation d'appartements relais.

Echanges et conclusion

Attention à la séparation, qui doit être préparée dès le début. Le résident développe rapidement une dépendance à la CT, c'est une « famille ». Travailler sur des échéances précises de sortie.

Développer un réseau de CT permet de faire des échanges. Par exemple : un résident peut demander à être en rupture et aller à Rimbaud. Un résident de Brantôme natif d'Ile-de-France peut aller se confronter à son milieu tout en étant accueilli à la CT d'Aubervilliers.

Vers des communautés thérapeutiques réellement « communautaires »

Bien que les Communautés Thérapeutiques (CT) pour toxicomanes fussent une approche très largement répandue au plan international dans le traitement des addictions, leur développement est resté très limité en France jusqu'à une époque récente quand le plan gouvernemental 2004-2008 de lutte contre les drogues en a proposé la création, initiative prolongée par le Plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011 du Ministère de la Santé et par le plan Gouvernemental 2008-2011. La Circulaire du 24 octobre 2006 formalise ces communautés. Elles se définissent comme des "structures qui s'adressent à un public de consommateurs dépendants à une ou plusieurs substances psychoactives, dans un but d'abstinence, avec la spécificité de placer le groupe au cœur du projet thérapeutique et d'insertion sociale". A la différence des centres « traditionnels » de soins résidentiels (CSAPA résidentiels : Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie), les CT proposent un hébergement long (1 an, pouvant être prolongé jusqu'à 2 ans, contre 6 mois dans les centres habituels), des capacités d'accueil accrues (environ 30 places par CT contre 10 à 15 en général), un modèle thérapeutique axé sur « la communauté comme méthode » (participation au groupe, entraide par les pairs, seniors référents, par opposition à une approche thérapeutique fondée essentiellement sur l'intervention de professionnels) et sur l'objectif d'abstinence clairement énoncé. A l'heure actuelle, 11 communautés thérapeutiques sont en fonctionnement ou développement dans notre pays.

Comme on le voit et à la différence des CT créées ailleurs dans le monde essentiellement par essaimage (d'ex-toxicos, devenus encadrants, fondaient de nouveaux établissements), l'ouverture des CT en France s'inscrit dans une politique publique et a été mise en œuvre par des équipes de professionnels. Les premiers centres ont ainsi nécessairement fonctionné avec des résidents qui étaient tous nouvellement admis et n'avaient pas l'expérience de l'encadrement communautaire. Depuis, certains résidents ont souhaité s'engager dans le fonctionnement de la structure qui les a accueillis et parfois envisagent même un parcours à plus long terme où ils prendraient des responsabilités dans le fonctionnement communautaire d'établissements.

Le temps est donc venu de préparer ces développements qui signent l'évolution réellement communautaire des CT à la française, encore dominées par le modèle professionnel de leurs origines mais qui sont en recherche pour associer positivement ces deux approches, comme le montrent bien nos débats à Brantôme.

Et pourtant ces tensions ne sont pas originelles, l'approche communautaire était assez répandue chez les professionnels aux origines des premiers centres spécialisés en toxicomanie en France mais sous une forme « libertaire » assez différente de celle qui allait devenir dominante aux USA puis en Europe.

1. Contexte historique

Lorsque les toxicomanies commencèrent à se développer au début des années 1970, différentes réponses furent proposées dans notre pays pour tenter d'y faire face et de les juguler. Les premiers intervenants ouvrirent des centres d'accueil communautaires (l'Abbaye à Paris, la *free clinic* du CEID à Bordeaux en 1973) et des centres résidentiels (les centres de « post-cure » dont « l'hôtel thérapeutique » du CEID en 1978) fortement et explicitement inspirés des *free clinics* californiennes, dont celle de *Haight Ashbury* à San Francisco, qui tentaient de réaliser un rapprochement libérateur entre intervention professionnelle et l'approche communautaire *hippie* de l'époque.

L'ambiance générale était contestataire et rebelle : anti-institutionnelle, anti-médicale et antipsychiatrique, en réponse à une société et des institutions perçues comme figées et étouffantes. Les lieux d'accueil devaient être autant de microsociétés, libres et heureuses, qui répareraient les traumatismes provoqués par la Société. En psychiatrie, cela déboucha sur des expériences d'institutions alternatives et de psychothérapie institutionnelle, en France (Félix Guattari, François Tosquelles, Jean Oury...) et à l'étranger (Franco Basaglia, David Cooper, Ronald Laing, Momy Elkaïm...).

Ces projets de vie en communautés libérées exigeaient des professionnels d'être les moins distincts possible des « usagers », au sens d'une relation clivante et hiérarchisée « soignant-soigné », et donc les moins « institutionnels » ou « professionnels » possible. De fait, les intervenants en toxicomanie étaient très proches culturellement, idéologiquement et socialement des usagers de drogues dont ils s'occupaient, amateurs d'herbe, d'acide et de voyages, prônant la libération sexuelle et sociale, l'autogestion... Logiquement, le concept et la pratique des communautés thérapeutiques (CT) auraient donc dû se développer dans notre pays et pourtant, malgré un évident intérêt initial, il n'en fut rien. Il y avait en effet un écart croissant au plan international entre les différentes « communautés », entre celles plutôt libertaires/activistes qui séduisaient les français et les autoritaires/quasi-militaires qui allaient finir par l'emporter aux USA. C'est une des origines du quiproquo et de la séparation qu'achevèrent de précipiter dans notre pays les dérives totalitaires du Patriarce.

2. Les CT en Amérique du Nord

L'expérience des CT en Amérique du Nord comme celle du Patriarce en Europe renforça l'idée chez les intervenants français que l'approche communautaire malgré la noblesse de l'idéal risquait fort de conduire aux pires dérives.

Rappelons que le modèle fondateur des CT aux USA, *Synanon*, programme lancé en 1958 à Santa Monica (Californie) en filiation directe avec l'idéologie AA (Alcooliques Anonymes) mais sur un mode résidentiel et appliqué à des toxicomanes, pratiquait sur un mode paramilitaire des techniques violentes de rééducation et de contrôle permanents par le groupe et ses leaders et en tout premier lieu par son chef-fondateur charismatique Charles (Chuck) Dederich, un ancien des AA. Au cours des années 1970, *Synanon* en vint à utiliser des expédients de plus en plus radicaux pour assurer l'ordre communautaire et empêcher les « désertions ». L'institution, toujours plus fermée sur elle-même, commença à s'armer pour empêcher les résidents de quitter la communauté, les fugitifs, perçus comme des traîtres ou des déserteurs, pouvaient être maltraités, battus, séquestrés ou menacés de mort s'ils arrivaient à s'échapper. Selon David Deitch, un de ses lieutenants qui allait finir par rompre

avec lui, « Chuck » Dederich et sa fondation devinrent si « fous » qu'il en vint à insister pour que les mâles de Synanon se fissent stériliser.

Ces douloureuses expériences amenèrent à mieux évaluer le risque de dérive sectaire des CT en tant que système (Bourgeois, Delile *et al.*, 1987; Delile, 1988; Nadeau, 1992), abstraction faite des personnalités particulières du « Patriarche » ou de « Chuck » qui y trouvèrent un terrain fertile qui allait en retour favoriser leurs propres errements. Beaucoup a été dit depuis sur la vulnérabilité particulière des personnes dépendantes (de substances) vis-à-vis des sectes charismatiques ou des pratiques sectaires en général par recherche d'absolu et transfert de dépendance, recherche d'expiation et de renaissance, etc.

3. Des divergences culturelles

La prise de distance éthique des intervenants français par rapport à ces expériences nous amène à préciser qu'il ne s'agissait pas seulement de réticences techniques soulevées par des professionnels mais que la pratique des CT telle qu'elle était perçue en France se heurtait à des obstacles plus profonds d'ordre historique et culturel.

3.1 Le comportementalisme « guerrier » des CT d'origine

Dans le grand débat entre les CT démocratiques, anglaises et européennes, à la Maxwell Jones, assez proches de Ronald Laing et de la psychothérapie institutionnelle, et les CT hiérarchiques américaines, ce sont bien ces dernières qui avaient triomphé.

Les groupes dominants dans l'univers anglo-saxon, Daytop Village et Phoenix House, bien qu'ayant heureusement rompu avec le totalitarisme de Synanon et s'étant ouverts à des professionnels, restaient fondés sur un comportementalisme agressif, évoquant des camps de rééducation. Si celui-ci s'opposait radicalement à la vulgate psychanalytique alors dominante en France, plus fondamentalement il heurtait les modalités relationnelles « démocratiques » exigées dans notre société à la suite des horreurs totalitaires de l'expérience concentrationnaire ou de la rééducation soviétique ou maoïste. A cet égard, les hair cut (crânes rasés) des CT, les salopettes obligatoires, les panneaux humiliants accrochés autour du cou, les violences des séances de confrontation n'avaient pas choqué que la ministre Simone Veil et quelques intervenants, ils suscitaient trop d'analogies insupportables dans notre histoire récente.

3.2 La religion et la laïcité

Un autre élément allait poser problème : l'arrière-plan de religiosité de type AA (Alcooliques Anonymes) ou protestante dans les CT du Nord de l'Europe et la forte présence de l'Eglise Catholique dans les CT européennes du Sud (Italie, Espagne en particulier). Tout ceci s'articulait mal avec notre tradition culturelle de laïcité radicale qui renvoie le religieux au seul espace privé en l'excluant de l'espace public institutionnel et notamment des centres de soins financés par des fonds publics. Rappelons à ce propos que la WFTC (*World Federation of Therapeutic Communities*) est toujours présidée par un Evêque, Mgr William B. O'Brien, l'un des « pères-fondateurs » de Daytop en 1962. Les CT et globalement les systèmes de soutien communautaire apparaissent assez largement *culture specific* comme le rappelle Georges de Leon lui-même, liés à une certaine tradition de groupes religieux protestants anglo-saxons où le rejet des médecins et des professionnels semble être un avatar du rejet historique des prêtres. L'auto-accusation, la pénitence et l'avilissement publics sont, plus que la confession privée, la voie prescrite pour l'assomption de l'individu par la communauté, à la

fois accusatrice et rédemptrice (Bourgeois, Delile *et al.*, 1987; Delile, 1994; Delile e Bourgeois, 1994).

Frederick B. Glaser (Glaser, 1981) dans son important travail présenté lors de la 2^{ème} Conférence Mondiale des CT (Montréal, 1977) avait bien montré comment l'origine de toutes les CT pour toxicomanes, *Synanon*, se rattachait directement aux AA et comment ceux-ci par leur créateur, le célèbre Bill W., se rattachaient eux-mêmes explicitement aux préceptes du Groupe d'Oxford et de son fondateur, le Dr Frank Buchman, un prêtre Luthérien charismatique et prosélyte issu de la tradition évangéliste (conversion, *rebirth*, *newborn*) des groupes radicaux de la Pennsylvanie de ses origines (Quakers, Anabaptistes). La confession publique des péchés, la soumission totale au groupe des croyants et à ses chefs, la discipline, le respect absolu des valeurs enseignées devaient amener à une seconde naissance, une réelle conversion, souvent brutale et très émotionnelle lors d'une expérience mystique.

Cette tradition évangéliste, très présente aux USA, est très peu développée en France, à l'exception notable des Antilles-Guyane, et n'éveille guère d'écho dans un pays de très ancienne tradition catholique et de surcroît laïcisé de longue date. Les pays où le catholicisme restait bien présent ont pu néanmoins adapter le système des CT sous l'autorité de prêtres et de l'Eglise avec l'appui du Vatican (Vertongen, 1986) : *Progetto Uomo* issu du CeIS, fondé par le prêtre Don Mario Picchi, en Italie puis *Proyecto Hombre* en Espagne avec l'aide des italiens et de Daytop ; mais ce n'était pas envisageable dans notre pays pour les raisons politico-culturelles mentionnées plus haut.

Au total l'option CT « à l'américaine » fut donc repoussée par les intervenants français lors du congrès de Menton en 1978 malgré les efforts méritoires de Claude Orsel et de Louise Nadeau. Le Patriarche fit ensuite le nécessaire pour clore durablement la question dans notre pays, mais pas définitivement...

4. Evolution des CT au plan international

Les excès de *Synanon* avaient conduit certains de ses membres à s'en séparer tout en cherchant à conserver le modèle CT mais débarrassé de ses oripeaux totalitaires. Il convient ici de souligner le rôle essentiel de David Deitch, un ancien toxicomane et dirigeant de *Synanon*, puis exclu par C. Dederich et qui devint l'un des fondateurs de *Daytop Village* (New York) en 1963 avant de rejoindre *Phoenix House*. Il est devenu actuellement Professeur de Psychiatrie Clinique à l'Université de Californie (San Diego).

4.1 David Deitch

Deitch faisait partie du 1^{er} cercle de Dederich, il était un de ses « Jeunes Lions » (*Young Lions*) appelés à fonder de nouvelles CT de *Synanon*, hors de la maison-mère. Il ouvrit ainsi la première CT de *Synanon* sur la Côte Est à Westport (Connecticut) et devint Directeur Associé de la Fondation *Synanon* (Deitch, 1999). Mais il marqua son désaccord quand Dederich, choqué par la rechute d'anciens résidents de *Synanon*, une fois le programme achevé, en conclut que décidément la société était trop malade et qu'il convenait de... supprimer les sorties. Il n'y avait point d'issue hors de la CT, les admissions devenaient en quelque sorte définitives. Pour Deitch, le but restait au contraire le retour dans la société et il refusa d'obéir. Les sanctions tombèrent, lui, le Directeur de *Synanon* fut dégradé au sens

militaire du terme et revint à la base, occupé, comme lors de son admission, à nettoyer les sols et les toilettes. Au bout de quelques semaines, il décida de partir avec 2 dollars en poche.

4.2 Daytop Village, le concept de « Communauté thérapeutique » et la professionnalisation

De retour sur la Côte Est, il fut amené à la demande d'un psychiatre, Dan Casriel, à s'occuper de *Daytop Lodge*, un centre accueillant 35 condamnés passablement « ravagés » (*nutty*). Il introduisit les méthodes de *Synanon* (expiation collective, confrontations émotionnelles, crânes rasés...) mais aussi des approches nouvelles : accueil des épouses dans la Communauté, recrutement de professionnels (éducateurs)... Le modèle s'éloignait de la place exclusive réservée aux seuls ex-usagers pour s'ouvrir à la présence de familles et de professionnels.

C'est dans ce contexte qu'un autre psychiatre, Efren Ramirez, d'origine Porto Ricaine, fut nommé par le Maire de New York pour combattre « l'épidémie » d'héroïne qui commençait à faire des ravages (Ramirez, 1968). Dans cette tâche Ramirez put s'appuyer sur Deitch et *Daytop* qu'il influença en retour car il admirait Maxwell Jones et ses conceptions. C'est ainsi que Ramirez poussa Deitch à adopter le terme de « Communauté Thérapeutique », dû à Jones, en le convainquant que c'était le meilleur moyen de gagner quelque crédit dans le monde de la santé mentale (Deitch, 1999). Deitch renonça donc alors à l'appellation qualifiant *Daytop* jusqu'alors : « *Humanizing Community* », vocable plus large et ambitieux. Cela rappelle une discussion tenue cette année à Oxford lors de la 13^{ème} Conférence de l'EFTC et où certains intervenants, comme Naya Arbiter (*Amity Foundation*), préféraient qualifier les TC de *Teaching Communities* plutôt que de *Therapeutic Communities*. Dans cette perspective, il s'agit moins de réduire une maladie, l'addiction, que d'obtenir une transformation globale de la personne y compris au plan de ses valeurs éthiques grâce à des techniques rééducatives qui l'amènent à des comportements plus responsables. C'est donc en effet un phénomène plus proche d'une « conversion » que d'un « simple » traitement d'où l'importance dans l'univers des CT du terme « *recovery* » qui va au-delà d'une simple consolidation mais traduit un objectif de guérison totale et de réhabilitation, une sorte de *restitutio ad integrum* voire même de progression existentielle et sociale.

Daytop Village apporta donc deux innovations essentielles : le lien avec le concept de communauté thérapeutique et l'acceptation de professionnels, ces deux avancées rendaient le rapprochement plus aisé avec les professionnels du soin, y compris, à terme, en France. Cependant demeuraient encore des blocages qui amenèrent au départ à la fin des années 60 de nombreux responsables dont D. Deitch : ils étaient soupçonnés d'être des activistes remettant en cause le système social, d'être hostiles à la Guerre du Viet Nam, en contact avec Cuba ou les *Black Panthers* (Malcolm X fut effectivement influencé par l'idéologie CT), ou encore de vouloir faire monter dans l'appareil de *Daytop* des gens de couleur...

4.3 De Daytop à Phoenix House

Par la suite, Deitch (Deitch, 1999), à l'invitation de Mitchell Rosenthal, rejoignit *Phoenix House*, organisation qu'il avait fondée en 1967 à New York avec des anciens de *Synanon* et de *Daytop*. Mitch Rosenthal était un professionnel, un psychiatre, qui avait travaillé à l'Hôpital militaire d'Oakland (Californie). Observant que le fonctionnement de *Synanon* était compatible avec la discipline militaire, il avait ouvert une CT dans le cadre de cet hôpital de la

Marine américaine. A New York, il contribua à développer une approche encore plus professionnelle et ouverte, se réclamant de règles plus strictes au plan éthique notamment vis-à-vis de la violence et de la possibilité de quitter la CT... Rosenthal (Rosenthal, 1989) insistait également sur la polyvalence du concept CT (non limité aux addictions) et sur la nécessité de construire des relations de travail toujours plus étroites avec les professionnels et institutions de la médecine, de la santé mentale et des services sociaux.

Au total, ces évolutions des CT aux USA furent immédiatement transposées en Europe puisque ce sont bien *Daytop* et *Phoenix House* qui créèrent ou inspirèrent les premières CT européennes en Grande Bretagne même si Rosenthal lui-même rappela que pour implanter *Phoenix* à Londres il avait dû renoncer aux *shave heads* (raser les crânes).

5. La (re)naissance des CT en France

De nos jours, l'hypothèque Patriarcale a disparu, de même que les pires CT totalitaires. Celles qui ont le mieux résisté finalement sont celles qui ont su maîtriser ces risques de dérives sectaires et d'exploitation économique et qui se sont ouvertes aux professionnels. La mise en place progressive des actions de réduction des risques depuis 1987 et le développement des TSO après 1996 ont fini également de faire disparaître le modèle du standard unique de réponse. Il est donc redevenu possible d'étudier plus sereinement les différentes options de prise en charge dans une perspective de diversification et de graduation de l'offre de soins en ouvrant notamment, avec la dimension communautaire et *drug free*, un espace pour ceux qui ont le projet de « tout arrêter » : *Maintenance or recovery* ?

5.1 Un intérêt évident pour les cas sévères

Certaines études allaient contribuer à mieux préciser l'intérêt réel et spécifique des CT. En l'état actuel des données (Farges e Patel; De Leon, Wexler *et al.*, 1982; De Leon, 1984; Mac Lellan, 1984; De Leon e Rosenthal, 1989; Simpson e Sells, 1990; De Leon, 2000; **Therapeutic community.**, 2002), les communautés thérapeutiques se définissent comme des centres résidentiels de long séjour ouverts à des personnes dépendantes (opiacés, stimulants, alcool, polytoxicomanies...) qui leur procurent un environnement sûr et sans drogues (*drug free*) dans lequel la vie communautaire avec des pairs plus avancés dans leur réadaptation va fournir des éléments de restructuration par des modèles identificatoires positifs et la pression de groupe (*modeling*). Cette approche va aider les résidents à (ré) apprendre à gérer leurs stress et leur détresse, sans drogues, à reprendre confiance en leurs capacités et progressivement à avancer sur la voie de l'autonomie et de la resocialisation par une responsabilisation croissante, par étapes.

Ces programmes sont donc habituellement destinés à des patients trop difficiles pour être réellement en mesure de pouvoir bénéficier de programmes ambulatoires : par exemple des patients aux nombreux antécédents d'échecs de prise en charge antérieures ou présentant des troubles psychiatriques associés ou une désocialisation majeure (Mac Lellan, 1984).

Les CT sont organisées selon un modèle hiérarchique assez strict, les résidents accédant à des statuts et des niveaux de responsabilité croissants au fur et à mesure que leur attitude témoigne d'un réel respect des personnes et des règles collectives (notamment l'abstinence de produits), les *seniors* faisant ainsi figure de modèles. Le soutien communautaire vise, notamment par les réunions collectives permettant des échanges sur l'expérience de chacun,

à réduire les mécanismes de déni ou de projection qui relativisent l'impact négatif des usages de substances dans la vie du sujet et celle de ses proches. L'expérience commune des résidents les aide à mieux identifier leurs propres attitudes ou comportements négatifs facilitant la rechute et, à l'inverse, à mieux repérer et soutenir leurs aptitudes au changement. On parle volontiers de CT d'un troisième type, liant l'expérience européenne et démocratique de Maxwell Jones et l'expérience plus « militaire » des CT américaines dans un modèle certes hiérarchique mais respectueux des droits des personnes.

Les données internationales mettent en évidence une bonne efficacité de l'approche CT pour les personnes qui vont au bout du programme (De Leon, 2010) soit 15 à 25 % des personnes qui y entrent volontairement, la plupart des abandons ayant lieu dans les 3 premiers mois de séjour (Simpson e Sells, 1990). Les études de *follow up* indiquent qu'un minimum de 3 mois est nécessaire pour obtenir des premiers bénéfices et que la durée de séjour optimale est largement supérieure (6 ou plutôt 12 voire 24 mois) (Therapeutic community., 2002).

Dans ce cas, il est à noter que les programmes communautaires ont des taux de rechutes plus faibles et, globalement, obtiennent de meilleurs résultats que les programmes ambulatoires (De Leon, Wexler *et al.*, 1982; De Leon, 1984). Cela relativise d'ailleurs la croyance générale selon laquelle les analyses de coût/efficacité seraient toujours défavorables au traitement résidentiel en général et aux CT en particulier quand on les compare aux traitements ambulatoires (Yates, 2010).

Des travaux récents (Galanter, 2003) mettent en valeur l'utilité d'associer approche communautaire par les pairs et prise en charge psychiatrique comme étant une des meilleures options pour traiter les problèmes duels, addictologiques et psychiatriques, dont on sait qu'ils sont un élément majeur de mauvais pronostic et constituent le premier facteur de rechute. Ces bénéfices sont dus à 'effet global, éducatif, des CT non limité au seul « symptôme » addictif mais concernant la personne dans son entier. De même, l'évolution sensible des approches behavioristes et cognitivo-comportementales ces trente dernières années les a rendues non seulement plus efficaces qu'elles ne l'étaient dans le domaine des addictions mais aussi, et surtout, plus acceptables d'un point de vue éthique (Carroll e Onken, 2005).

5.2 Une mise en œuvre par des professionnels avec l'aide ces CT européennes

Néanmoins et sur la base de ces données internationales, tout restait à faire dans un contexte où n'existaient aucune tradition ni savoir-faire. Il fallait partir de (presque) zéro.

En effet à la différence des autres pays européens où les CT s'étaient préalablement développées, il ne s'agissait pas de créer des CT par essaimage d'une Maison-Mère grâce à un noyau préalable de « *graduates* » venus de *Daytop* ou de *Phoenix* exportant leur expérience dans un nouvel établissement affilié mais bien de créer des CT *ex nihilo* avec un groupe de professionnels et de résidents n'en ayant la moindre expérience, ni les uns ni les autres. D'autre part, à la différence des CT originelles (structures de premier recours), les CT nouvellement créées sont orientées vers l'accueil des situations les plus difficiles (souvent avec des comorbidités psychiatriques) et donc de personnes qu'il est plus délicat d'accompagner jusqu'à la graduation.

Une aide précieuse fut apportée par les collègues belges francophones notamment de *Trempline* (Georges van der Straten) et espagnols (*Proyecto Hombre*). La MILDT les intégra rapidement au groupe de travail sur les CT à Paris, organisa un voyage d'études en Espagne auprès de plusieurs CT et finança par la suite une formation nationale des nouveaux intervenants organisée au Cateau par l'ANIT en lien avec T3E (Jean-Pierre Demange) et qui fut aussi une occasion d'échanges avec des collègues européens.

Plus globalement, nous avons pu compter sur l'appui de l'EFTC (*European Federation of Therapeutic Communities*) qui offre un indispensable espace d'échanges et d'amélioration des pratiques. A cet égard, nous avons pu bénéficier du soutien actif de son président Anthony Slater, de Dirk Vandeveld, de Rowdy Yates et bien sûr de Georges van der Straten. Il est à noter que cette collaboration avec l'EFTC permet aussi aux jeunes CT françaises d'avoir un lien avec le courant mondial des CT organisé au sein de la WFTC (*World Federation of Therapeutic Communities*) et donc avec les institutions pionnières aux USA et de bénéficier de leur important travail d'évaluation et d'amélioration des pratiques (Georges de Leon) ainsi que de formalisation au plan de l'exigence éthique (*Staff Code of Ethics, Client Bill of Rights*).

De même l'intégration de certains d'entre nous (Aurore, CEID) dans le Réseau ECETT (*European Companionship in Education, training by travel*) nous a permis de développer une expérience professionnelle dans le champ des CT par échange de stages d'immersion : des professionnels français partant travailler dans des CT étrangères et expérimentées (notamment en Belgique, Irlande et Espagne) et étant remplacés dans leur CT d'origine par des professionnels européens bien entraînés. C'est ainsi que dorénavant, certains résidents sont proches de la *graduation* en France au bout de deux ans de séjour et d'implication et nombre de professionnels ont également été initiés à la spécificité du travail en CT, le travail réellement communautaire peut donc débiter avec le soutien et l'aide de nos amis européens et plus généralement du mouvement international des CT.

L'aventure commence.

6. Vers un vrai fonctionnement communautaire

Un des principaux défis qu'il nous reste à relever est celui de l'articulation entre professionnels et ex-usagers au sein d'une même équipe, pour un réel fonctionnement communautaire. C'est également un des points qui suscite des difficultés particulières du fait de nos spécificités socio-culturelles. Malgré la fin de l'Ancien Régime, il y a plus de deux siècles, et un discours dominant égalitaire, chacun s'accorde à reconnaître que les rigidités sociales restent massives dans notre pays. Au plan professionnel, le cursus lors de la formation initiale et les diplômes acquis sont des déterminants majeurs du devenir professionnel alors qu'aux USA par exemple on accordera souvent plus d'importance à la compétence ou à l'implication du professionnel qu'à ses diplômes d'origine, y compris en matière de responsabilités et de promotion.

C'est ainsi que lors de mon séjour d'études dans un service de psychiatrie-addictologie à l'hôpital universitaire de Minneapolis-St Paul (Minnesota, USA) en 1986, une de mes principales surprises en tant que jeune psychiatre fut de découvrir que mon supérieur hiérarchique direct était un travailleur social et, qui plus est, un ex-alcoolique (AA). Ce fut une expérience passionnante et extrêmement féconde (Delile, 1988) mais absolument

inconcevable en France où il demeure inenvisageable encore aujourd'hui qu'un travailleur social ou un psychologue puissent avoir autorité sur des médecins dans un hôpital, *a fortiori* des ex-usagers *graduates* ! Ce type de passerelles reste impossible et, pour en revenir à l'exemple de David Deitch, quelles que soient ses qualités personnelles, éminentes, un tel parcours : de « toxico » en CT à Professeur de psychiatrie clinique dans une université prestigieuse, reste absolument inconcevable dans notre société beaucoup plus figée.

Autant dire qu'il y a là une difficulté pour le fonctionnement des CT dans notre pays et qu'un des enjeux centraux sera de construire une articulation inventive entre professionnels et ex-usagers. La question est particulièrement prégnante pour les travailleurs sociaux, en particulier les éducateurs spécialisés, c'est-à-dire les professionnels dont le champ de compétence et le type d'intervention sont les plus proches de ceux du *staff* résidents dans un fonctionnement communautaire. Les autres professionnels (psychologues, médecins et même assistants de service social) ont en effet des interventions techniques plus spécifiques qui offrent moins de prises à des superpositions, des concurrences, des querelles de légitimité ou des questionnements sur leur identité professionnelle...

Le défi central est donc bien de faire de cette diversité d'intervenants une richesse en limitant les risques de confusion conflictuelle. Cela devra passer notamment par la construction avec les autorités d'un réel statut des *graduates* précisant les conditions de validation des acquis, de formation (les collaborations mises en œuvre avec le CNAM sont très intéressantes de ce point de vue), les organismes et modalités d'accréditation, etc. Nous en sommes encore loin mais c'est sans doute un chantier essentiel à ouvrir si l'on veut développer une approche réellement communautaire.

7. Conclusion

Les péripéties de l'expérience française et de ses relations tumultueuses avec le mouvement international des CT ont eu au moins le mérite de soulever dans notre pays des questions essentielles et de nous aider à dépasser d'apparentes solutions, simples mais erronées (le « tout CT » contre le « tout TSO »... ou le « tout professionnel » contre le « tout ex-usager »).

Les conditions particulières de leur création dans notre pays, appellent un travail important d'élaboration sur les questions-clefs de l'approche communautaire :

- la communauté, le groupe, comme méthode
- la place des professionnels, des ex-usagers et de l'utilisateur lui-même dans sa « guérison »
- les auto-solutions sans l'aide de professionnels
- la reconnaissance du statut de « *graduate* » et de sa qualification professionnelle
- les relations entre les « *graduates* » et les professionnels ; notamment les travailleurs sociaux
- l'addiction en tant qu'objet médical, maladie chronique, ou problématique globale du sujet
- la controverse *recovery/maintenance*

Les communautés thérapeutiques peuvent compter sur l'appui de la Fédération Addiction pour les accompagner et les soutenir dans cette démarche difficile mais passionnante.