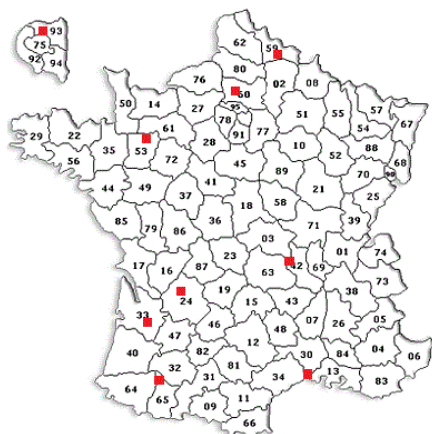


Synthèse des 3^e journées des COMMUNAUTÉS THERAPEUTIQUES 10 et 11 octobre 2013 à LE CATEAU-CAMBRESIS



En 2013, on dénombre **11 Communautés Thérapeutiques en France**. Ce dispositif expérimental, bien qu'encore en train de se construire, commence à réfléchir sur son fonctionnement et ses pratiques.



Pour la **troisième 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 demandes : plusieurs centaines chaque années, bien au-delà de ce que l'ensemble de ces établissements peut absorber...

Complémentaires, elles se distinguent des Centres Thérapeutiques Résidentiels (CTR) et des Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) addictologique par leur **cahier des charges spécifiques** ; mais originales, car chacune a développé des pratiques, des outils, des spécificités, 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 sont retrouvés 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	2
PLENIERE D'INTRODUCTION – Roger FLEURET, psychiatre.....	2
ATELIER 1 - La place des anciens résidents	8
ATELIER 2 - La gestion des repas et le rapport à la nourriture.....	11
ATELIER 3 - Les outils thérapeutiques : standards et inventions	12
ATELIER 4 - La place du travail	13
ATELIER 5 - Les comorbidités psychiatriques	17
ATELIER 6 - En amont et en aval de la Communauté : les liens avec les partenaires.....	18
ATELIER 7 - La transdisciplinarité au sein de l'équipe.....	19
ATELIER 8 - Problématiques alcool vs problématiques toxicomanie : spécificités et articulations.....	21
ATELIER 9 - Avec ou sans traitement : des résidents aux projets individuels divers.....	24
ATELIER 10 - Les liens entre la Communauté et son environnement local.....	24
MISE EN PERSPECTIVE ET CLOTURE par François HERVE	27

OUVERTURES

- ▶ **Monsieur Jean Marie BRUNNIN, Directeur du Pôle Addictologie de la Sauvegarde du Nord**
- ▶ **Monsieur Marc DUFRENNE, Maire de Le Pommereuil, vice-président de la communauté de communes « la 4C » en charge du Bois L'évêque**
- ▶ **Monsieur Serge SIMEON, Maire de Le Cateau-Cambrésis, vice-président de la communauté de communes « la 4C » en charge des actions de santé sur le territoire**
- ▶ **Mme Cécile BETTENDORFF, Chargée du recueil et de la diffusion de l'information à la Fédération Addiction**

PLENIERE D'INTRODUCTION – Roger FLEURET, psychiatre

La psychothérapie institutionnelle

L'objet de cette plénière d'introduction est de présenter l'un des courants qui irriguent le « modèle français » de la Communauté Thérapeutique : la psychothérapie institutionnelle. Pour ce faire, nous avons invité M. Roger Fleuret, psychiatre, qui a longtemps travaillé à la clinique de La Borde.

1) Présentation personnelle de Roger FLEURET

Roger Fleuret est originaire du nord de la France, il a fait ses études à Paris. Il a effectué son service militaire à Blois, puis s'est installé comme médecin généraliste. Il a commencé à se poser des questions sur le sens de son travail, la question du psychisme, il a participé et participe actuellement au mouvement Balint, il a suivi une psychanalyse. Ensuite, il a repris ses études pour travailler en tant que psychiatre à la clinique de La Borde, lieu où a été développée la psychothérapie institutionnelle autour de son fondateur, Jean Oury.

C'est là qu'il découvre une autre façon d'appréhender le psychisme, différente des lieux d'absences, des lieux vides, des lieux morts...

Il partage les destinées de la psychothérapie institutionnelle et sa pratique pendant 30 ans, tout en poursuivant ses activités de médecin généraliste en ville durant quelques années. Il fait aussi l'expérience de la Croix Marine et est ensuite praticien hospitalier à Valenciennes et Denain avec son épouse, psychiatre.

Il travaille aussi pour la Fondation John Bost, anciennement les Asiles de La Force : il s'agit d'un établissement multi-accueil autour des situations d'exclusion, de précarité et de maladies mentales.

Il est aujourd'hui à la retraite.

2) Questions/réponses

M. Fleuret n'a pas souhaité faire un exposé théorique classique, comme le font habituellement les intervenants. Il a préféré proposer à son auditoire de lui poser des questions et d'entamer un dialogue, au lieu de rester dans une position de « consommateur de discours ». Il s'agissait également de proposer un partage de pratique.

Quelle est la différence entre « établissement » et « institution » ?

Réponse de Roger Fleuret :

L'établissement, c'est l'État, le cadre légal, c'est la loi, l'économie... le cadre formel dans lequel on va pouvoir faire quelque chose. Avec un même cadre, des personnes différentes dans des lieux différents, avec des enjeux différents, ne feront pas la même chose. Dans ce cadre défini par l'établissement, il s'agit de fabriquer de l'institution, des instituants qui traduisent le fonctionnement dans le quotidien. L'établissement secrète donc l'institution. Exemple : l'établissement c'est le mariage, l'institution c'est le couple marié.

Ce qui est primordial dans l'institution, c'est la quotidienneté.

- Il y a du conflit dans le quotidien, et c'est ce conflit qui est le plus intéressant
- Il existe des règles de fonctionnement de l'institution

Attention, la gestion du quotidien peut être autoritaire, voire totalitaire.

Il n'y a pas d'humanisation sans institution...

L'institution c'est ce qui est « entre ». On peut dire que c'est un objet intermédiaire ou transitionnel au sens de Winnicott. C'est un levier entre l'établissement et la personne.

L'institution est-elle de l'ordre du lien social ? Est-elle ce qui permet de faire société ?

En quelques sortes, oui. Initialement la psychothérapie institutionnelle était destinée aux « malades mentaux ». Son principe est de recréer du lien social.

Nous sommes tous des « aliénés sociaux », au sens où nous sommes tous en rapport aux autres. Or l'aliénation sociale peut amplifier la pathologie psychique. La société (ou l'environnement social) ne rend pas l'homme fou, car la folie vient d'abord d'une structuration psychique, mais elle peut amplifier cet aspect.

Qu'est-ce que la psychose ?

Prenons l'exemple de la phase de réveil : tous les matins, au réveil, on se reconstruit psychiquement et corporellement. C'est un travail énorme réalisé très rapidement, qui exige de se resituer dans un espace-temps, à l'opposé de la dissociation. Un « malade mental » n'arrive pas à effectuer cette opération facilement :

- o Il peut avoir l'impression que certaines parties de son corps ne lui appartiennent pas
- o Il peut être parasité par des bruits, des hallucinations
- o Il peut ne pas reconnaître son environnement, etc.

La psychothérapie institutionnelle doit permettre de se rassembler, de refaire son unité psychocorporelle. L'institution favorise et est indispensable pour ce travail, en offrant un cadre facilitant. Chaque institution vit, se transforme au fil du temps et participe à l'histoire de la personne. Elle donne la possibilité à chacun de refabriquer l'histoire individuelle.

Quel rapport entre la psychothérapie institutionnelle en psychiatrie et le soin de l'addiction en Communautés Thérapeutiques ?

La façon d'être dans le soin psychiatrique peut être appliquée ailleurs. D'ailleurs, la pédagogie institutionnelle fonctionne sur le même principe que la psychothérapie institutionnelle.

Par exemple, Célestin Freinet a changé la façon d'organiser une salle de classe : il a mis les élèves autour de lui, en cercle, car il avait du mal à parler fort et voulait que tous les enfants l'entendent. Ses élèves à cette époque étaient principalement issus de la main-d'œuvre agricole. Il a donc voulu leur transmettre un savoir sans passer par les méthodes d'apprentissage traditionnelles. C'est pour cette raison qu'il est parti de la réalisation de choses concrètes pour mettre en place les enseignements ; comme par exemple la création d'un journal scolaire, permettant d'apprendre l'écriture, la lecture, la production d'électricité, la production du papier, et les échanges avec d'autres classes. Il a expérimenté un enseignement pratico-théorique ; il s'agit de partir de la pratique pour fabriquer de la théorie.

Dans le soin, c'est la même chose : la théorie seule ne fonctionne pas souvent. Il faut partir de la pratique, du patient. Une Communauté Thérapeutique, c'est un collectif, comme une classe ou une entreprise.

Chez un grand constructeur automobile, un test a été fait : confier la construction d'un véhicule à une équipe qui réalise tout de A à Z, en comparant le résultat à la réalisation d'un véhicule à la chaîne. Le véhicule issu du travail d'équipe a été mieux réalisé que celui fait à la chaîne. L'effectivité de l'entraide permet de produire mieux.

Il est intéressant de transposer cette métaphore dans une institution : la société actuelle promet des individus identiques, interchangeables... des objets. Or même avec un diplôme et des compétences métier identiques, les résultats du travail des deux personnes sont différents.

Il est important de réintroduire de la subjectivité dans la société.

Quid du rôle politique de la psychothérapie institutionnelle hier et aujourd'hui ? La psychothérapie institutionnelle est-elle devenue une simple technique ? Est-elle plus proche de l'établissement que de l'institution, comme c'est le cas aujourd'hui en Belgique ?

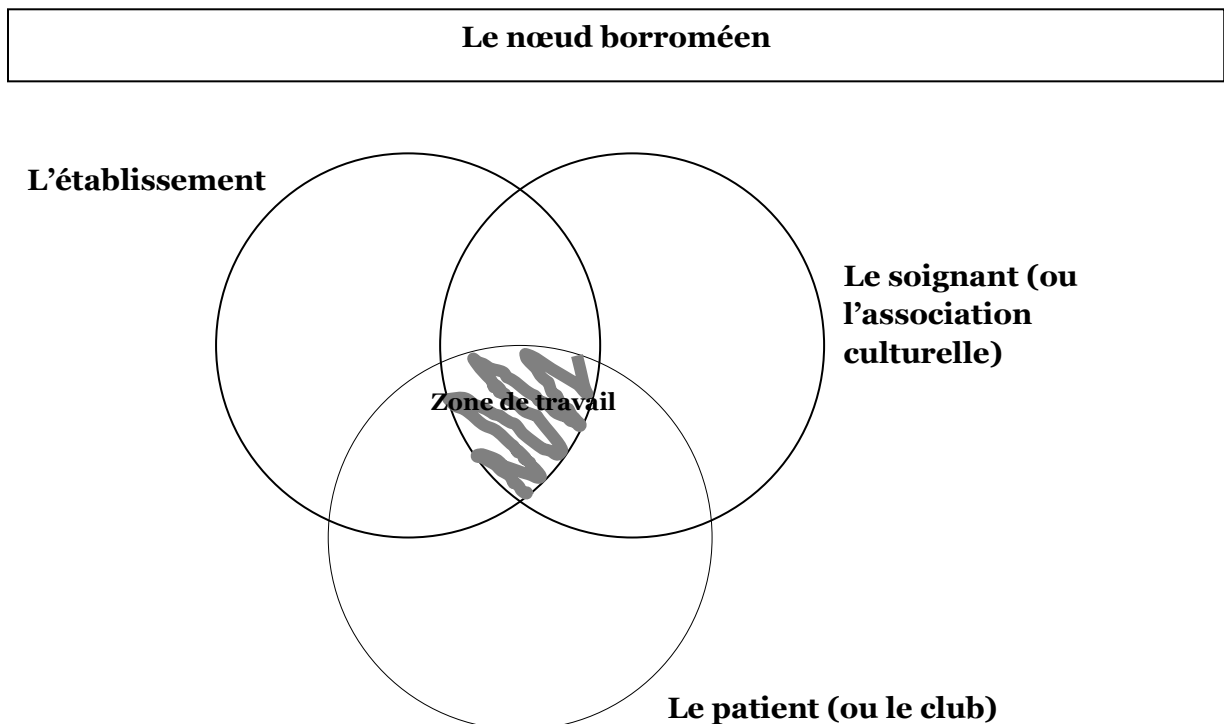
La psychothérapie institutionnelle n'existe pas en soi. C'est une construction qui dépend des applications pratiques. Elle n'a pas d'âge, elle se crée en permanence. Ce n'est pas non plus un système extraordinaire qui marcherait à tous les coups.

La psychothérapie institutionnelle est plus un outil qu'une technique ; elle utilise par exemple :

- les clubs thérapeutiques : où les gens sont mis en situation de responsabilité
- les réunions
- les constellations
- la mise en question des statuts, fonctions, rôles
- la mise en question de la façon dont on accueille les gens
- le questionnement de la prétention à aider les personnes

La psychothérapie institutionnelle se base principalement sur Freud pour la partie psychanalytique et sur Marx pour les aspects philosophiques, sociaux, économiques. Le projet politique fait l'articulation entre les deux.

La psychothérapie institutionnelle promeut le fait qu'il y a toujours quelque chose qui vient faire tiers, comme l'explique ce schéma :



Établissement => Société

Institution => Lien social

Individu => Personne

Comment accepter d'apprendre des personnes que l'on accompagne ? C'est une question de posture. C'est ce qu'a fait Freud au début de la psychanalyse. On peut prendre l'exemple de cette petite fille dans une institution qui reste en permanence dans un coin de la pièce. Le soignant est venu prendre sa place pour ressentir la même chose qu'elle, pour comprendre comment elle maîtrise l'espace de cet endroit-là. Cela a permis de lancer le dialogue. La difficulté, c'est le temps que prennent ces petits pas.

La psychothérapie institutionnelle s'appuie sur la psychanalyse. Aujourd'hui celle-ci est critiquée parce qu'elle prend du temps, qu'elle n'est pas rentable, ni palpable...

La psychothérapie institutionnelle :

- a pour objectif de maintenir ou de créer une structuration, de donner le sentiment de continuité d'existence
- mais, doit tenir compte de la culture locale et de l'histoire collective qui interviennent dans les choix de chaque institution (l'idée n'est pas de faire partout pareil)
- cherche l'accompagnement humain : rendre vivable l'espace entre la naissance et la mort par l'accompagnement, l'empathie, la compassion
- est toujours critiquable, à remodeler

La question de l'engagement et de l'adhésion des usagers d'une CT se pose. Il y a souvent des résistances, des oppositions, des remises en cause du fonctionnement de l'institution...

Cela rejoint la question de l'accueil : celui-ci doit être une mise en possibilité de rencontre. L'accueil, c'est ce qui permet à un nouveau résident de trouver sa place au sein du groupe : il a la même fonction que le travail psychique au réveil. Il s'agit de reconstruire le groupe en intégrant le nouveau venu.

L'accueil participe à la construction de la relation. La façon dont une personne est accueillie doit faire tomber l'angoisse de l'inconnu. Il ne faut pas considérer l'autre comme un objet. Il s'agit de construire des lieux humanisés, humanitaires, et ils sont peu nombreux. Dans un hôpital par exemple, on est considéré comme un objet de soin, pas comme un sujet. Il faudrait emmener l'autre avec soi dans l'imaginaire, c'est-à-dire ne pas exclure l'autre de sa vie psychique, lui faire une place... et se mettre à sa place pour construire des réponses individualisées.

Ce qui compte, ce n'est pas tant l'action réalisée que ce qui s'est tissé entre les personnes en faisant cette action.

C'est donc la dynamique d'ensemble des activités qui a un effet, pas juste l'une d'entre elles. La bienveillance sans complaisance est la colonne vertébrale de l'action.

Les mouvements de psychothérapie institutionnelle abordent l'humain, veulent introduire de l'humain dans des systèmes qui se veulent humains mais ne le sont pas.

On doit s'interroger sur comment instaurer une dynamique de vie et non pas une protocolisation, synonyme de mort. Il y a quelquefois de l'insu dans les institutions. C'est le travail de l'institution qui se poursuit sans nous !

Il faut faire appel à l'originalité de l'individu dans le collectif en maintenant la capacité de la différence et le conflit. L'existence est dans la différence, le conflit est la seule opportunité

d'avancer. La psychothérapie institutionnelle crée du conflit. Quand l'activité « roule », elle ne sert plus à rien car il ne se passe plus rien entre les gens.

Le diagnostic n'est pas une étiquette : c'est quelque chose de dynamique, d'évolutif. Il permet d'accéder à la personne et à une possibilité relationnelle. Les usagers ne sont pas des caméléons, ils ne se fondent pas au paysage. Par contre, ils changent dans le temps.

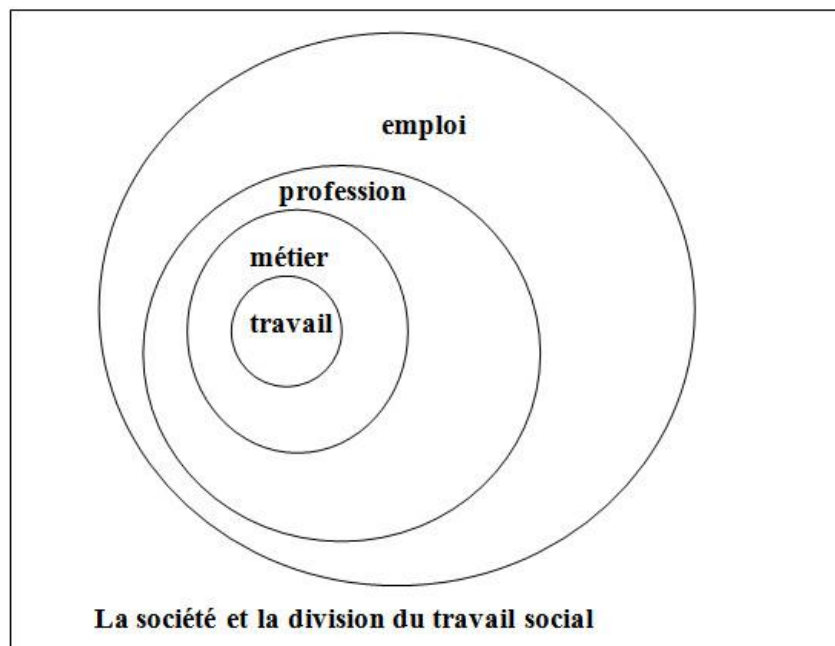
Quelle est la place du dispositif dans la psychothérapie institutionnelle ? Quel est l'avenir de cette approche ?

Ce qui est bien, c'est justement que l'on ne sait pas où l'on va... La psychothérapie institutionnelle recherche les espaces du possible : elle essaie de faire émerger l'inattendu, permet la mise en responsabilité de chaque personne.

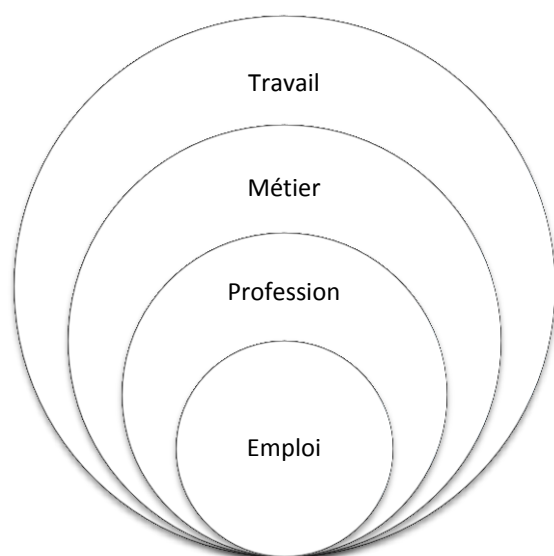
Un dispositif, c'est « ce qui empêche ». Dans un dispositif, il n'y a pas place pour l'inattendu, donc pas de vie. Il faudrait pouvoir en sortir.

Le travail est indispensable pour vivre, pas le travail au sens de l'emploi, mais le travail psychique, la compréhension, l'articulation, le plaisir de faire, d'apprendre, de regarder une émission de télévision avec un esprit critique... Deux personnes qui font le même métier n'ont pas le même tour de main, et celui-ci ne peut pas se transmettre, il est unique et original.

Il s'agit d'articuler le métier, le travail et l'emploi. La représentation sociale actuelle du travail est la suivante :



En outre, le schéma réel est inversé puisque l'emploi est au centre :



Les valeurs communes des intervenants sont mises à l'épreuve dans une communauté thérapeutique. Jusqu'où peut-on « embarquer » un usager dans l'aventure ?

On « n'embarque » pas de force quelqu'un. L'utopie collective, c'est faire en sorte qu'on vive le moins mal possible. Ce qui est important, c'est l'envie de vivre.

Il ne faut pas imposer un mode de vie, quelques soient les perspectives d'avenir. Voir le travail de Michel Balat, psychanalyste et sémiologue : il travaille depuis plus de 20 ans dans une clinique pour patients en état « végétatif ». Même si les personnes sont dans le coma, la journée est organisée autour d'activités telles que les vivent les personnes conscientes : petit-déjeuner, toilette, mise en verticalité du corps par de la kiné, etc. Les soignants parlent aux patients pour les maintenir dans un statut d'êtres humains. Et au bout de plusieurs années, les comas évoluent, les gens peuvent parfois émerger.

ATELIER 1 - La place des anciens résidents

Les anciens résidents peuvent vouloir s'investir dans la structure de différentes manières : venir témoigner lors de journées thématiques, devenir conseillers en addictologie... Cela soulève différentes questions : quelle professionnalisation est envisageable dans ce cadre ? Qu'est-ce qui se joue dans le lien entre les anciens et les nouveaux résidents ?

Présentation conjointe par les CT du SATO Picardie et du CEID

1) Présentation de la CT de Barsac

Les résidents s'organisent de manière hiérarchique. Le programme se déroule en 12 étapes réparties sur quatre phases : phase 1, phase 2-1, phase 2-2, phase 3. Il y a eu 26 sorties positives sur 100 depuis 2007. Les anciens résidents constituent une présence physique mais également symbolique : ils font partie de l'histoire de la CT. Les retours après une rechute sont possibles.

2) Témoignage d'anciens résidents

James

- 44 ans, a fait un parcours de 15 mois dans un premier temps
- De la phase 1 à la phase 3, puis départ de la CT abstinent
- A rechuté avec des consommations d'alcool et de cannabis
- A eu des difficultés à couper avec la CT, des difficultés à se retrouver seul
- N'a pas trouvé de travail à sa sortie ce qui a entraîné la consommation d'alcool
- A eu des contacts téléphoniques avec la CT qui l'ont aidé
- A fait une nouvelle demande

Stéphane

- Parcours de 18 mois jusqu'en phase 3
- Est arrivé en CT après un contrôle positif en centre méthadone
- Était plutôt angoissé mais se sentait protégé par la CT
- À la sortie, a fait du bénévolat aux Restos du cœur mais a rechuté au bout de quelques mois
- A reproduit sa vie d'avant tout en pensant à son passage à la CT
- Questionnement existentiel important
- Était toujours en lien avec la CT qui prend des nouvelles des anciens résidents
- Est revenu à la CT
- A arrêté la méthadone
- Fait du bénévolat à Partage sans frontières
- Abstinent actuellement après ce deuxième passage
- Regrette que ce ne soit pas le référent qui appelle pour prendre de ses nouvelles
- Regrette la suppression du service de visite à domicile pendant les trois mois suivant la sortie, faute de moyens

⇒ **Discussion**

Les anciens résidents assurent une présence symbolique dans la CT. Ils sont la preuve qu'une sortie positive est possible. Leur expérience et leur témoignage sont sources de motivation pour les résidents en cours de soin : mariage, travail, logement, autant d'expériences réussies qui peuvent les inspirer.

Mais il y a aussi les anciens résidents qui rechutent. Il ne faut pas méconnaître cet impact négatif. Cela peut prendre la forme d'un décès. C'est une source d'angoisse potentielle pour les résidents en soin.

Les anciens résidents ont cet avantage qu'ils peuvent se mettre facilement à la place du résident en soin.

3) Les Counsellors à l'association Aurore d'Aubervilliers

Témoignages des résidents :

- Des rapports humains très forts
- Proximité, conseils
- Ça m'a beaucoup aidé
- Il y a une certaine fraternité
- L'aide d'un dépendant à un autre dépendant est sans égal
- Il y a aussi un système de parrain

Un article paru le 18 juin 2013 dans Global (le magazine de la slow-info) est consultable en ligne. Il s'agit du témoignage d'un ancien usager devenu conseiller à la CT d'Aubervilliers : <http://www.globalmagazine.info/le-shoot-permanent/2013/06/18/portrait-la-voix-de-labstinence-1371539212>

4) La CT de Flambermont

Présentation par Nicolas Bourry, chef de service

- Il y a dans l'équipe des anciens résidents
- Quel vécu ? Par exemple lors de la baisse de l'intensité du travail des phases 2, il y a une intervention des anciens. En phase 3, près de la sortie : demande d'être investi dans la CT tout en ayant des projets à l'extérieur.
- Identification positive possible => rappel des étapes
- Sorties ludiques encadrées par d'anciens résidents
- Participation des anciens résidents au voyage en Slovaquie

Parcours d'un ancien résident (diplômé aide-soignant et AMP)

- Sortie en phase 3 pour travailler sur un dispositif Lits Halte Soins Santé (LHSS) pendant 2 ans
- Puis retour en CT
- Aujourd'hui en formation Validation des Acquis de l'Expérience (VAE) Éducateur spécialisé
 - ✓ Il y a tous les jours quelque chose à prouver
 - ✓ L'empathie permet le transfert
- C'est compliqué mais faisable et même souhaitable !

Autre témoignage d'un ancien résident de 2010 à 2011

- Formation d'encadrant technique d'insertion
- A fait un Contrat Unique d'Insertion-Contrat Initiative Emploi (CUI-CIE) et une formation à la sortie de la CT
- Aujourd'hui encadre un chantier d'insertion dans le château. Objectifs :
 - ✓ rendre apte professionnellement
 - ✓ reprendre confiance
- Il y a un fort intérêt à avoir dans la CT d'autres interlocuteurs
- Cela permet aussi de préparer la sortie des phases 3

Le comité

- Groupe de 2 ou 3 : ce groupe est constitué de résidents en fin de parcours. Il s'agit d'un lien entre l'institution et le groupe de résidents. Les membres de ce comité sont force de propositions par rapport à la vie quotidienne dans la CT
- Apporte un témoignage sur le groupe
- Fonction de régulation, confrontation, suggestion
- Exemplarité des phases 3
- Les responsabilités sont données en fonction du parcours et pas seulement en raison d'avoir suivi les consignes

⇒ **Discussion**

- À partir de quel moment cesse-t-on d'être un ancien résident pour devenir un vrai professionnel ?
- Finalement on ne peut pas s'abstraire de la condition d'ancien résident
- Quel parcours de vie ? Incidence sur le parcours professionnel ?
- Quel positionnement des collègues ?
- Le chef de service doit travailler avec l'ancien résident pour l'aider à trouver la bonne posture

Plusieurs expertises peuvent cohabiter :

- Expertise d'usage, l'expérience de l'utilisateur
- Expertise d'un parcours réussi, l'expérience de résident
- Par la formation et la professionnalisation, l'expertise de l'accompagnement dans la position de Counsellor

5) Les groupes d'entraide : témoignage de la CT de Montjoie

Un ancien résident sorti de la CT après un parcours de 24 mois est aujourd'hui installé à 30 km de la CT. Il a un appartement et un travail en chantier d'insertion.

En septembre, ce résident est venu à la CT pour une soirée d'échanges avec les résidents de la CT. Il a fait part de son expérience, de son parcours et de ses projets actuels.

Cette démarche a été accompagnée au départ par une éducatrice de l'équipe de la CT.

Cela pourrait être le début d'un groupe d'entraide si cette expérience se consolide et s'organise autour d'une association d'anciens résidents par exemple.

6) La place des résidents lors des journées des CT

Il y a un crescendo de la présence des résidents depuis 2 ans mais il y a aussi encore du travail à faire. Il faut aussi repenser la finalité de ces journées qui, initialement, sont plutôt réservées aux professionnels.

ATELIER 2 - La gestion des repas et le rapport à la nourriture

Un certain nombre de résidents sont confrontés à une prise de poids durant leur séjour. Avec l'arrêt de la consommation du ou des produits, des déplacements vers l'alimentation peuvent être observés (consommation excessive de bonbons, de sodas sucrés par exemple). Comment gérer les repas ? Comment promouvoir une alimentation diététique ? Quelles limites poser en la matière ? Comment faire pour que le repas constitue un véritable temps convivial ?

Animé par les équipes des Communautés Thérapeutiques de la CT Guyane, de la Maison d'André Le Gorrec et du Val d'Adour

Le groupe a échangé sur les questions de la prise de poids, la gestion des repas, la promotion de repas diététiques, la convivialité durant les repas.

Chaque CT a des manières de réguler ces questions : en Guyane, le multiculturalisme questionne les trois repas car ce n'est pas la norme. La préparation d'un repas à l'extérieur

par l'ensemble du groupe permet le partage et la convivialité. Au Val d'Adour, le repas est servi à l'assiette avec une recherche de qualité dans la présentation, qui limite les excès.

Cependant, au-delà des préoccupations autour de la prise de poids, il y a l'apparition du glissement dans l'addiction et le sens de ce « remplissage » en termes de souffrance. La question est donc : comment on accompagne cela en CT ?

Le symptôme se déplace et se heurte à l'oralité qui vient signifier où cela fait mal. Dans les CT, il s'agit d'accompagner dans les groupes de parole où l'on tente avec le résident d'identifier la signification de cette consommation alimentaire excessive.

Pour le résident, le lien peut également se faire avec autrui, notamment :

- en travaillant en individuel avec le thérapeute
- en mettant le groupe a contribution car le problème vient dire quelque chose du lien à autrui
- en aidant le résident à lutter contre l'envahissement psychique en nourrissant les côtés positifs, ses investissements... alors, cette reconnaissance d'une capacité va limiter le besoin de combler par un produit, par la nourriture en l'occurrence ou autre.

Pour la CT de Brantôme : « quand on cuisine, on parle. ».

ATELIER 3 - Les outils thérapeutiques : standards et inventions

L'objectif de cet atelier est de faire le point sur les techniques utilisées dans les différentes équipes : entretien motivationnel, éducation thérapeutique du patient, EMDR... Quels sont les outils les plus répandus ? Quels sont ceux en expérimentation ? Approche groupale, approche individuelle ? Plus largement, il s'agit également d'interroger le fantasme qui peut se créer chez les intervenants professionnels autour de ces outils.

Animé par les équipes des Communautés Thérapeutiques du Pré en Pail et d'Aubervilliers

1. Témoignage de la Communauté Thérapeutique d'Aubervilliers

Le rôle de la « counsellor » en addictologie

Le counselling est issu du modèle du Minnesota. C'est une approche d'accompagnement, d'aide, au croisement entre le thérapeutique et l'éducatif. Elle est basée sur :

- la croyance dans le potentiel de l'individu et dans l'environnement qui l'entoure
- l'idée qu'un changement peut se produire sur une durée brève

Il est important de se focaliser sur un problème à la fois, problème qui n'a pas directement trait à la consommation de substance. Par exemple, si l'individu a des problèmes de ponctualité, on essaiera de lui fixer les objectifs pour son prochain rendez-vous.

La CT d'Aubervilliers fonctionne sur l'approche groupale.

Le séjour est découpé en 3 phases :

- 1) phase d'accueil (1-4 semaines) centrée sur la prévention de la rechute
- 2) phase 2 sur la construction du projet professionnel
- 3) phase 3 qui a directement trait à l'insertion par l'emploi

De fait, beaucoup de résidents restent en phase 2.

Tout au long du séjour, l'accompagnement propose différents groupes de counselling, d'échanges sur des thèmes (réduction des risques, réflexions sur diverses thématiques

comme le plaisir) et des rendez-vous individuels. Bientôt vont être mis en place des groupes en fonction des « stades d'avancement ».

A noter

- La présence d'une counsellor en addictologie questionne la pertinence de la place des éducateurs, des psychologues.
- Possibilité pour les résidents de partir en WE du vendredi soir 18h au dimanche soir 18h.

Focus sur le rôle de l'éducateur sportif

Des sports d'équipes et individuels sont proposés, mais aussi et surtout un aspect plus calme et interne via la méditation, le Qi Gong, les massages (avec des temps de parole avant et après). Pour beaucoup de résidents, c'est une réelle découverte que de pouvoir ressentir autant de plaisir sans produit. Cela permet également de changer les mémoires du corps (car le toucher est assimilé pour beaucoup à la violence).

Ces activités sont mises en parallèle avec le counselling :

- réels progrès (notamment avec le Chi Gong)
- possibilité de travailler sans esprit de compétition

L'un des résidents témoigne de ses réticences initiales à faire cette gymnastique (« parce qu'on est un homme avant tout »), mais qu'après, « je ne me sentais pas plus mal, et même un petit peu mieux ». Cependant, cette médecine douce qui peut entrer en conflit/concurrence avec les psychiatres et psychologues.

2. Témoignage de la Communauté Thérapeutique du Pré en Pail

Focus sur l'éducation thérapeutique (présentation de la CT de la Montjoie)

L'éducation thérapeutique ne s'applique pas uniquement au patient, mais à tous, de la secrétaire au directeur, à la différence de l'éducation à la santé. Il s'agit de partir du patient malade et de son ressenti et de faire un travail à partir des représentations.

Exercer l'éducation thérapeutique est contraignant car cette manière de travailler n'est pas toujours comprise par les tutelles (par exemple, les ARS demandent de rédiger un plan d'action, de procéder à des évaluations du travail effectué).

ATELIER 4 - La place du travail

Certaines activités au sein de la communauté sont apparentées à du « travail » : elles ont un objectif thérapeutique de renarcissisation. Ainsi des résidents qui ne peuvent travailler à l'extérieur, voire sont parfois reconnus travailleurs handicapés, peuvent renouer avec un « travail » au sein de la structure. Ils ont pourtant peu de chances de retrouver une activité en sortant. Comment gérer ce paradoxe ? Le cahier des charges impose aux Communautés de travailler sur l'insertion économique. Comment aborder cette question ? Quelles sont réellement les chances d'insertion professionnelles à la sortie pour les résidents, qui vivent dans des contextes de précarité souvent importants ?

Animé par les équipes des Communautés Thérapeutiques des Portes de l'Imaginaire et d'Aubervilliers

1. Témoignage de la Communauté Thérapeutique d'Aubervilliers

L'intervention est réalisée par un résident et une Conseillère en Insertion Professionnelle (CIP) et psychologue du travail.

Ils soulignent d'emblée que la problématique telle qu'elle est présentée dans le programme est proposée de manière assez négative : les résidents ont des ressources !

Tout d'abord, le travail n'est pas équivalent à l'emploi. Il est effectivement difficile de trouver un emploi, même en région parisienne.

Dans la Communauté, il y a des postes à responsabilité qui sont attribués aux résidents, de manière temporaire (quelques semaines), comme par exemple :

- responsable de l'entretien
- responsable de la cuisine
- responsable de la communication
- coordinateur : personne qui gère la discipline, interface entre les résidents et l'équipe professionnelle intervenante

Souvent, le coordinateur a été responsable de plusieurs pôles avant d'occuper le poste. Ces différentes responsabilités augmentent les compétences des résidents en la matière. Elles donnent un rythme à la vie quotidienne, permettent une narcissisation individuelle forte.

La Conseillère en Insertion Professionnelle (CIP) travaille avec les résidents sur leur(s) métier(s) passé(s) :

- préparation d'un projet professionnel avec du sens
- préparation des entretiens d'embauche
- utilisation d'outils spécifiques comme la liste des ressources et des freins

S'il n'est pas possible de trouver un emploi dans un premier temps, on cherche une formation, un stage, un Contrat Unique d'Insertion (CUI)... Cela permet une remobilisation, de revivre le lien avec la hiérarchie, avec une nouvelle équipe... Beaucoup de contrats d'insertion sont proposés dans les secteurs public et associatif.

L'accompagnement a lieu sous forme d'entretiens individuels et de groupes « emploi » où les participants (tous les résidents de la phase 2) s'entraident, se donnent mutuellement des pistes et des objectifs. Une description des métiers de la famille est réalisée sous forme de génogramme.

En conclusion : le retour à l'emploi n'est pas évident mais les ressources existent. Si la personne ne peut retrouver une place par l'emploi, trouver des activités annexes qui redonnent de l'estime de soi.

Lorsqu'un résident a trouvé un emploi, il continue à participer aux réunions de phase, à la vie collective le soir... Il n'est pas totalement déconnecté de la vie de la structure.

Un atelier bureautique est organisé au sein de la CT, grâce à la récupération d'ordinateurs. Il permet de remplir des dossiers en ligne, de mettre à jour son CV... Un tiers des résidents ne s'est jamais servi d'un ordinateur : l'atelier aborde le plus souvent le B.A.BA de l'informatique.

Les tâches effectuées au sein de la CT peuvent être valorisées dans le CV, sous forme de description des compétences par exemple.

La CT de Guyane témoigne : les femmes accueillies n'ont souvent pas été à l'école et n'ont pas de diplôme. Elles ne savent ni lire, ni écrire, voire ne parlent pas français. En revanche, elles ont des compétences à valoriser, liées à des passe-temps, ou bien à des petits boulots effectués (ménage, couture, garde d'enfants...).

2. Témoignage de la Communauté Thérapeutique des Portes de l'Imaginaire

L'intervention est réalisée par deux éducateurs.

Les Portes de l'imaginaire est une CT récente qui a accueillies ces premiers résidents en février 2012. Le lieu actuel permet d'héberger 14 personnes mais la construction d'un nouveau bâtiment d'ici trois à quatre années permettra d'ouvrir l'accueil à 25 personnes sur site et cinq en extérieur (maison communautaire ou appartement thérapeutique). Voilà donc un an et demi que la CT est ouverte et que l'équipe et les résidents ne cessent de construire et d'inventer le projet.

Les lundi, mardi, jeudi et vendredi sont réservés aux différents chantiers encadrés par un poste et demi d'éducateur technique.

Les résidents se répartissent entre :

- le jardin, qui assure une grande partie de la consommation de légumes durant le printemps et l'été.
- le site des Portes de l'Imaginaire, un ancien corps de ferme rénové par les résidents et qui abrite les ateliers de travail
- les chantiers extérieurs, en collaboration avec des associations de réhabilitation du patrimoine local ou sur demande de particuliers ou de collectivités locales.

L'intervention en atelier a été co-construite avec les 13 résidents alors accueillis à la CT : d'abord une réunion avec l'ensemble du groupe, dans laquelle chacun a pu exposer son point de vue, puis deux ateliers, en présence des résidents et résidentes volontaires, d'un éducateur technique et de membres du personnel éducatif.

Le texte de présentation de l'atelier figurant sur le programme a gêné voire choqué certains résidents. La phrase disant « ils ont pourtant peu de chances de retrouver une activité en sortant » les a heurté. L'idée de se réinsérer professionnellement est avancée comme l'objectif ultime de leur projet de soin et comme la condition indispensable à toute forme de réinsertion sociale.

De plus, des remarques ont été faites sur l'implication des résidents à l'élaboration de ces journées. Le programme est clairement adressé aux professionnels et certains ont posé la question du sens de leur présence ici, ainsi que de leur place dans la construction du projet communautaire.

Les différents regards que les personnes accueillies posent sur le travail :

- Il a beaucoup été question dans les échanges de la question du rythme. Le travail impose un rythme nouveau pour tous. Même si certains d'entre eux l'ont déjà connu par le passé, cela fait de nombreuses années que leur quotidien a été rythmé par leurs consommations. Pour certains c'est une vraie difficulté. Il s'agit de se faire violence, se forcer, se bouger. Lorsque pendant 15 à 20 ans, ils ont vécu en dehors de toute forme

de travail, il est question de réapprendre, et ce n'est pas évident. Les mots « réadaptation » voire même « rééducation » ont pu être prononcés.

- Le travail impose un cadre. Celui des horaires et donc du rythme, dont on vient de parler précédemment, mais aussi celui des consignes à respecter, du projet à mener, des attentes, des commandes. Il faut qu'ils mobilisent des choses en eux pour réapprendre à tenir ce cadre, à s'impliquer, à assumer les engagements qu'ils prennent pour avancer sur des objectifs précis.
- Le travail demande aussi de se mettre en position d'écoute pour pouvoir apprendre. Il n'y a que comme cela que l'on peut avancer, en s'appuyant sur l'autre, celui qui nous montre et qui sait. Le don, l'échange ont aussi été mis plusieurs fois en avant.
- La fierté est aussi largement évoquée. C'est l'objectif thérapeutique de renarcissisation dont parle le texte de présentation de cet atelier. Il y a la fierté de voir ce qu'il ou elle a été capable de faire, la fierté de conseiller ou de montrer à un autre.
- Le plaisir que procure le travail a été abordé : des temps où l'on se sent bien, concentré.

Pour certains, la préparation de cet atelier a fait ressortir que la CT n'investit pas assez cette question de l'activité professionnelle. Ceci dit, les ressources humaines ne sont pas assez fournies pour pouvoir le faire de manière optimum.

Les éducateurs insistent sur le fait qu'il est nécessaire d'avoir des exigences, mais réduites. Si une personne réussit à se concentrer sur sa tâche pendant 1h30 à 2h dans la journée, c'est déjà bien.

3. Echanges entre les participants de l'atelier

La CIP de la CT d'Aubervilliers souligne que si le travail est un élément qui a mené à la consommation de produits, il vaut mieux éviter de poursuivre le même métier. A l'inverse, précise le résident, les consommations étaient les plus élevées dans les périodes d'inactivité. Un autre risque de rechute peut être le fait de taire son passé à la nouvelle équipe dans laquelle on travaille.

Les éducateurs de la CT des Portes de l'Imaginaire expliquent que le premier but des activités, c'est la prise de responsabilité, pas la recherche d'un métier. Un bon exemple est le jardin : les résidents ont pris beaucoup de plaisir à s'en occuper, mais ne comptent pas en faire un métier par la suite. Il n'y a pas de lien évident entre le chantier au sein de la CT et un projet professionnel, d'ailleurs la CT ne se revendique pas comme un tremplin professionnel. A noter également : l'alternance entre les temps d'ennui et de travail. Pour certains résidents, le rythme n'est pas assez soutenu, pour d'autres c'est suffisant.

La CT est très isolée, à l'opposé de la CT d'Aubervilliers : le commerce le plus proche est à 6 km. Le problème de mobilité est très présent. Pour y faire face, il y a de la solidarité et de l'entraide, notamment avec les villageois. Mais un équilibre doit être trouvé avec les artisans du territoire, pour ne pas entrer en concurrence avec eux. La question du travail demande la construction d'un réseau local.

Différents types d'activités sont évoquées par la salle :

- Au Cateau Cambrésis, le football et la piscine fonctionnent bien, contrairement à la relaxation ou au théâtre. Un tournoi de type billard, belote, baby-foot... est organisé

une fois par mois et sert de temps d'intégration pour les nouveaux venus : il est organisé à l'initiative des résidents.

- A Aubervilliers, certains ateliers comme la musique ou le qi gong fonctionnent bien.

4. Conclusion

Des résidents souhaiteraient s'impliquer davantage dans l'élaboration des journées des Communautés Thérapeutiques.

En fonction du territoire, les complexités sont différentes :

- A Aubervilliers, on fait des projets adaptés individuellement, pas trop ambitieux, en s'appuyant sur un maillage territorial développé et sur les compétences et ressources de la personne.
- Aux Portes de l'Imaginaire, le présent atelier a permis d'aborder ce sujet avec les résidents et de mettre en exergue la nécessité de travailler davantage ces aspects.

ATELIER 5 - Les comorbidités psychiatriques

Les Communautés ont une étiquette « lieu de la dernière chance », à laquelle adhèrent souvent les partenaires et les résidents eux-mêmes. Elles se retrouvent confrontées à des situations de résidents avec des troubles psychiatriques, souvent en situations de précarité. Comment assurer une harmonie entre ce public avec des difficultés spécifiques importantes et les autres résidents ? Au final, beaucoup de personnes accueillies montrent un double diagnostic addictions/troubles psychiatriques : quelles pratiques ont été mises en place autour de cette spécificité ?

Animé par les équipes des Communautés Thérapeutiques de l'Espace du Possible et de la structure La Piece (Bruxelles)

Les troubles addictifs sont intégrés aux troubles psychiatriques. D'après le DSM 4, chez les patients dépendants, 30 à 60 % présentent des pathologies psy, et chez les patients psy, 40 % présentent des troubles addictifs.

Dans les CT, on accueille des personnes censées être stabilisées par rapport aux troubles psychiatriques (facteur marginalisant) : comment interroger l'accompagnement en prenant en compte ces troubles psychiatriques ? Comment faire pour le travail en groupe ? La pathologie d'un autre résident peut renvoyer des choses complexes à gérer. Nous ne pouvons pas demander aux autres résidents de se mettre à la place des soignants concernant les résidents ayant des troubles psychiatriques.

Le groupe est un étayage, est vecteur d'identification, cela pose la question de la limite par rapport à la subjectivité. Cet étayage permet de faire l'apprentissage de la singularité : le rôle de la CT est de permettre au résident d'assumer ses actes. La guérison est le bien-être psychique et physique, pas seulement l'abstinence. La CT « La place » s'est créée à partir d'un constat clinique. Durant les années 1990, les personnes utilisaient des produits dans la rue, les institutions « se renvoyaient la balle » : on les renvoyait vers les cliniques psychiatriques ou vers les structures de soins en addictologie... ils n'avaient pas leur place. D'où l'idée d'une CT à double diagnostic.

Cela pose la question suivante : la toxicomanie est-elle une maladie ?

Les psychoses mettent en échec le côté « phase ».

Quel cadre sécurisant peut-on offrir aux résidents ? Il est nécessaire d'être respectueux de ses propres limites, de ne pas entrer dans cette « danse relationnelle », de savoir dans quel cadre nous sommes à l'aise, dans quel cadre nous pouvons travailler avec le résident.

Il n'apparaît pas impossible d'accueillir des résidents avec certains troubles psychiatriques en CT, il n'est pas indispensable d'avoir un psychiatre au sein de la structure, en revanche, pour ces personnes, il est obligatoire de faire le lien avec un psychiatre à l'extérieur pour permettre une évaluation, l'ajustement du traitement...

En effet, l'équipe entière est psychothérapeutique au sein d'une CT, ainsi que les liens avec le groupe, cela peut suffire pour accompagner les résidents ayant des problèmes psychiatriques. L'expérience montre que la structure est contenante, l'absence de prise de substances diminue le risque de décompensation, d'actes délirants...

Seule la paranoïa très forte empêche totalement ce type de travail en groupe en général, la personne serait en souffrance. La perversion peut aussi mettre à mal le groupe. Ces deux troubles psychiatriques apparaissent inadaptés aux CT, mais les autres pathologies peuvent être admises en CT.

ATELIER 6 - En amont et en aval de la Communauté : les liens avec les partenaires

Les liens en amont et en aval se font notamment autour des questions de santé (avec l'hôpital par exemple) et des problématiques d'insertion professionnelle. En amont : comment faire, si la période d'essai du résident dans la Communauté n'est pas concluante, pour que la personne n'ait pas à refaire le parcours de soins dans son ensemble ? La Communauté peut-elle demander des garanties à ses partenaires, et sous quelle forme ? En aval : quels dispositifs pour les résidents en phase 3 (résidences à part, préparation à la sortie du communautaire...) ? Comment gérer les demandes de garanties des partenaires, notamment ceux de l'insertion ?

Animé par les équipes des Communautés Thérapeutiques du CEID et de l'Espace du Possible

Le directeur **de la CT du Fleuve** explique que sa communauté a instauré un chantier d'insertion professionnelle. Toutefois, grande difficulté à trouver des logements pour les résidents après leur séjour. L'établissement et les résidents renvoient une image négative car ils sont méconnus de leur environnement. Les partenariats se nouent difficilement, et le directeur se doit de toujours rassurer les partenaires.

Le partenariat avec le secteur psychiatrique est assez difficile car ce secteur a peur que la CT lui envoie toutes les personnes en situation particulièrement difficile et complexe.

La **CT du Cateau-Cambrésis** a développé de nombreux partenariats avec différents praticiens en hôpitaux et en ambulatoire, avec le pôle emploi, la justice.

Au-delà d'une convention, c'est la construction d'un lien de confiance. Chose originale et étonnante, un cabinet d'infirmières vient vérifier hebdomadairement tous les traitements médicaux.

Il existe une convention de placement extérieur avec la justice : si une peine tombe pendant que la personne est à la CT, il est possible d'effectuer la peine à la CT. Un accord a été conclu avec le SPIP, qui assure le suivi des situations. Cette situation n'est pas sans poser de difficultés : certains résidents peuvent venir à la CT dans la perspective « d'échapper à la justice » par exemple.

Plus généralement, la question de l'hétérogénéité des patients se pose : le plus souvent, elle n'entraîne pourtant pas de problème de cohabitation, grâce à une grande solidarité. Toutefois, certains peuvent devenir boucs émissaires dans le groupe : se pose alors la question de la pertinence de poursuivre le soin dans la structure, du risque de maltraitance à la fois pour la personne accueillie et pour le personnel intervenant.

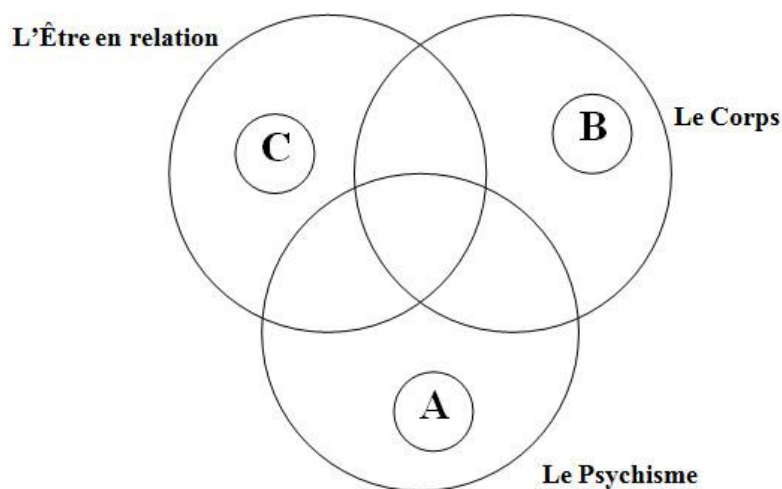
Les CT sont souvent perçues comme le dernier recours pour les personnes en situation difficile et les institutions ont tendance à les y envoyer régulièrement.

ATELIER 7 - La transdisciplinarité au sein de l'équipe

Les Communautés fonctionnent avec des équipes transdisciplinaires. Quels sont les champs d'intervention des différents métiers ? Quelle place et quelle spécificité pour la fonction éducative ? Quelle articulation entre les acteurs socio-éducatifs et les acteurs médicaux ? De fait, les modalités d'intervention d'un métier peuvent être hybrides : l'éducateur peut intervenir aussi sur du médical par exemple. Comment aborder cette spécificité ?

Animé par les équipes des Communautés Thérapeutiques d'Aubervilliers et de la Maison d'André Le Gorrec

L'approche transdisciplinaire est dite psycho-bio-sociale.



L'approche transdisciplinaire est une conséquence logique de la volonté de mettre en place une prise en charge globale. C'est aussi partir du constat de la complexité de l'être humain qui ne peut se laisser enfermer dans une définition, une discipline, une pratique. Une prise en charge globale s'articule nécessairement autour du concept de complexité développé par Edgard Morin.

Un métier ne peut rendre compte de la totalité d'un être humain. Ni plusieurs métiers. C'est dans les entre-deux que se situe l'essentiel. C'est donc en faisant dialoguer les approches que la complexité peut être approchée. Une approche psycho-bio-sociale tendrait à réaliser une prise en charge globale.

1) Champs disciplinaires

Champ	Discipline	Métier
A - Psychologique	Psychologie Psychanalyse Psychiatrie	Psychologue Psychanalyste Psychiatre
B - Somatique	Médecine classique Médecine « douce » Sport Bien-être	Médecin Thérapeutes en tout genre Professeurs de techniques du corps diverses (orientales, arts martiaux...) Infirmier Esthéticienne Coiffeuse
C - Social	Travail social	Assistant social Conseiller en économie sociale et familiale (CESF) Éducateur

Naturellement, chaque champ pris séparément peut être représenté par plusieurs métiers. De même que chaque « discipline » peut produire différents métiers.

2) L'interdisciplinarité

Les Communautés Thérapeutiques regroupent des professionnels qui agissent dans des champs théoriques distincts. On parle alors d'équipe pluridisciplinaire.

La pluridisciplinarité (ou multidisciplinarité), consiste à aborder un objet d'étude selon les différents points de vue de regards spécialisés en dépassant la simple juxtaposition. L'objectif de la pluridisciplinarité est d'utiliser la complémentarité intrinsèque des disciplines pour la résolution d'un problème.

Si on considère l'accompagnement global de la personne dans une Communauté Thérapeutique, celle-ci bénéficie d'un accompagnement triple : un accompagnement psychologique, un accompagnement médical (santé) et un accompagnement social. Toute la difficulté consiste à faire dialoguer ces accompagnements. Ce dialogue trouve sa concrétisation dans la notion d'accompagnement global et dans sa forme pratique : il est à la base du projet individuel personnalisé.

Chacun des professionnels participe à la construction du projet personnalisé par son approche professionnelle propre : psychologue, animateur, assistante sociale, encadrant technique, médecin et infirmière. Il s'agirait donc à partir d'une approche pluridisciplinaire des équipes, de produire un accompagnement qui serait de l'ordre de l'interdisciplinarité.

Le *nexialisme* (de nexus, nœud, méthode scientifique consistant à articuler les savoirs de manière composite pour trouver des solutions originales aux problèmes posés et dégager de nouvelles pistes) caractérise cette démarche d'intégration. Le problème principal de la démarche interdisciplinaire réside dans la nécessité d'un niveau de connaissance générale suffisant de tous les acteurs ce qui suppose un niveau de formation minimal.

Ceci nous introduit à la pensée complexe. Ce concept exprime une forme de pensée acceptant les imbrications de chaque domaine de la pensée et la transdisciplinarité. Le terme de complexité est ainsi pris au sens de son étymologie « complexus » qui signifie « ce qui est tissé ensemble » dans un enchevêtrement d'entrelacements (plexus).

3) Approche transdisciplinaire

Si l'approche interdisciplinaire peut qualifier le dialogue des professionnels pour aboutir à une prise en charge globale, l'approche transdisciplinaire constitue une innovation dans la recherche de réponse à un problème complexe.

Cette réponse est construite dans les interstices. Sur le schéma, il s'agit des intersections AB, AC et BC.

Intersection	Discipline	Métier ou pratique
AB	Psychosomatique	Psychologue mettant en place des séances de relaxation : soin de l'esprit à travers une technique du corps Infirmier animant des groupes de paroles autour des conséquences physiques de la consommation de produits : réflexion sur le corps, paroles et thérapie de groupe
AC	Le corps et l'être en relation	Activités de théâtre Sports collectifs Les ateliers techniques qui produisent des choses à partir d'une transformation de la matière ou de l'environnement : la cuisine, les tâches quotidiennes...
BC	Le psychisme et l'être en relation	Les groupes de parole L'approche communautaire ou le groupe vecteur thérapeutique

Le tableau n'est pas exhaustif.

4) Quelques points de vigilance

- Veiller à ne pas entretenir de confusion de place : tout le monde n'est pas psychologue, ni infirmier, ni éducateur technique... Ne pas entretenir l'idée de la confusion des métiers. À propos, qu'est-ce qu'un métier ?
- Polyvalence n'est pas transdisciplinarité : ici on est sur deux plans différents, le plan de la pratique et le plan de la discipline.
- Partage des tâches n'est pas transdisciplinarité.

ATELIER 8 - Problématiques alcool vs problématiques toxicomanie : spécificités et articulations

Comment prendre en compte les problématiques alcool au sein des structures spécialisées dans le champ de la toxicomanie ? Quelles sont les spécificités cliniques de l'accompagnement des problématiques alcool ?

Animé par les équipes des Communautés Thérapeutiques du Mas Saint-Gilles et du Val d'Adour

1. Témoignage de la CT du Mas Saint-Gilles

La CT accueillait initialement des personnes toxicomanes, sous forme de séjours courts. Puis les séjours se sont allongés, jusqu'à passer à 1 an renouvelable. En parallèle, les post-cures spécialisée alcool sont restées sur des séjours courts (2 mois renouvelables). Le Mas a donc accueilli de plus en plus de personnes à problématique alcool qui souhaitaient un long séjour. Par ailleurs, le Mas observe parmi les personnes accueillies une augmentation des anciens toxicomanes qui ont des problématiques alcool. Les personnes en difficulté avec l'alcool ont des aptitudes physiques très amoindries, des difficultés à se repérer dans l'espace. Elles sont plus épuisées que les toxicomanes.

Au démarrage de la structure, il n'y avait pas de traitement de substitution pour les personnes toxicomanes. Le Mas proposait des activités en autonomie, comme 10 jours en canoë sur la Dordogne ou des randonnées en Camargue. L'arrivée des traitements et l'épuisement physique de certaines personnes a obligé la structure à supprimer ce type d'activité.

La structure a aussi dû revoir certaines de ses pratiques : par exemple, la structure proposait du vin à table, du champagne à l'occasion de certaines fêtes. Aujourd'hui, ces pratiques ont disparu car elles mettent certaines personnes en difficulté.

Suite au reportage diffusé sur M6, le Mas a reçu un nombre considérable de demandes, dont beaucoup de personnes en problématique alcool. A un moment donné, l'équilibre entre les problématiques a été rompu et la structure est entrée dans une forme d'immobilisme, avec beaucoup de siestes, de soins de type kiné, ergothérapie... Pour pouvoir continuer à accueillir des personnes toxicomanes, il a fallu retrouver un équilibre dans le groupe.

2. Témoignage de la CT du Val d'Adour

La représentation sociale des personnes toxicomanes et alcooliques n'est pas la même et les publics sont différents. Avec l'alcool, la vie familiale et professionnelle s'effondrent souvent.

Le Val d'Adour a mis en place des sorties thérapeutiques à trois personnes, deux fois par mois, parfois plus. Objectif : être dans la réalité de la cité le plus rapidement possible, face aux bars, à l'alcool disponible. L'idée est de vivre des choses à l'extérieur pour pouvoir les travailler ensuite. Il y a un briefing au départ et au retour. Jusqu'à 3 ou 4 groupes sortent par semaine.

La structure mène actuellement une réflexion sur les consommations contrôlées. Certaines personnes accueillies sont des gens âgés, physiquement abîmés. Pourquoi les priver de ce seul dernier plaisir qu'est l'alcool ? Un test est en cours dans des familles qui n'ont aucun rapport avec la CT : la personne en difficulté avec l'alcool continue à consommer, un à deux verres par jour, avec l'accord et le soutien de sa famille.

Pourquoi tester la consommation contrôlée ? Le servage total n'est pas toujours réalisable, il ne correspond pas toujours à la réalité du résident. Les bénéfices de ces consommations contrôlées sont des temps courts sur lesquels les personnes ont réussi à se réinscrire

socialement. L'idée est donc d'éviter un isolement total lié à l'abstinence d'alcool. C'est compliqué car la famille a souvent peur d'un retour à l'excès dès que la personne boit à nouveau un verre.

Tout cela pose la question du plaisir, de la contrainte...

3. Echanges avec les participants

L'abstinence n'est-elle pas aussi une forme de maladie imposée ?

Quand l'automédication par le produit reste contrôlée, en quelque sorte l'addiction est contrôlée. Chaque société a ses produits pour soulager ses maux. La consommation est fréquemment liée à la psychose : pour échapper à l'enfer de sa propre déstructuration.

Les toxicomanes utilisent souvent l'alcool et la médication comme substitution.

Mais pour pouvoir travailler avec la personne, il faut d'abord que celle-ci soit posée, en-dehors de la souffrance, d'où l'importance de réduire les consommations au moins temporairement. Un SSRA témoigne de l'importance de la demande d'être abstinent pendant quelques temps, un temps de pause.

Dans quelle mesure le plaisir lié à la consommation de produit n'est-il pas une souffrance ? A quel moment peut-on parler d'excès ? Le plaisir lié à la consommation peut être anesthésiant. L'abstinence, à un certain moment, n'est plus pour arrêter le plaisir mais pour arrêter la souffrance. Cette souffrance réapparaît dans les premiers temps de l'arrêt des consommations : les activités au sein de la structure ont justement pour rôle de passer à autre chose. Par ailleurs, dans les situations masochistes, se faire du mal fait plaisir.

A quel moment intervenir donc ?

- Quand la personne demande à sortir de son mode de fonctionnement
- Quand elle est en danger

Si la personne ne veut pas arrêter de consommer, il faut pouvoir lui proposer une alternative de type réduction des risques et ne pas juger.

Il semblerait que l'alcool soit lié à une plus grande dévalorisation de soi et à un abandonisme plus profond qu'avec les autres produits.

Il faut faire attention à la dynamique institutionnelle qui se crée entre les deux types de publics. Il n'y a pas une formule qui serait la même pour tous, il faut s'adapter à chaque situation. L'alcool peut être un plaisir pour les anciens toxicomanes : il est compliqué de le leur interdire s'ils ne sont pas alcoolo-dépendants... Cela signifie que le produit est interdit pour certains et pas pour d'autres ?

Chaque lieu a établi ses règles/son contrat. Par exemple :

- Au Sato, pas de consommation à l'intérieur ou à l'extérieur de l'établissement, forme de solidarité entre les résidents pour se soutenir
- Au Val d'Adour, la consommation à l'extérieur est autorisée

Quand et pourquoi faire des tests ? Tout doit-il être transparent ? Pourquoi objectiver le déni, mettre en doute la parole de l'autre ?

Dans le domaine des addictions, il est important de pouvoir travailler sur les re consommations, c'est aussi important de rassurer en mettant un cadre. Toutefois, tout le monde a le droit de mentir... la confiance n'est pas placée dans la parole de la personne lorsqu'elle nie avoir consommé alors que le test prouve le contraire. Elle est placée dans la capacité qu'a la personne de sortir de son addiction.

ATELIER 9 - Avec ou sans traitement : des résidents aux projets individuels divers

La Communauté Thérapeutique accueil des résidents avec ou sans traitements. Comment gérer cette pluralité de projets individuels ?

Animé par l'équipe de la Communauté Thérapeutique du Mas Saint-Gilles

La CT du Mas Saint Gilles accueille 30 résidents en chambre individuelle, actuellement 7 femmes et 23 hommes. La prise en charge médicale est assurée par le médecin de la structure, des spécialistes à l'extérieur (CHU de Nîmes et cabinets privés), une infirmière à mi-temps et une infirmière à temps complet. Dès le bilan d'entrée, et tout au long du séjour, le projet individuel est discuté par rapport aux traitements. Actuellement, 9 personnes sont sous TSO, 24 sous traitement (neuroleptiques, antidépresseurs...) et 6 n'ont aucun traitement.

Globalement, pour les TSO, les CT soulignent l'importance de l'accompagnement individuel, au rythme du patient mais également par rapport à son projet, pour faire l'expérience de l'abstinence suffisamment de temps avant de quitter la structure. Une résidente présente à l'atelier évoque combien un accompagnement individuel lui a permis de porter un autre regard sur son rapport aux médicaments.

Au sein de la CT de Guyane, les résidents préparent eux-mêmes leur pilulier. La prise des traitements à heure fixe est importante, sur un créneau horaire suffisamment long pour un accompagnement réel qui va au-delà d'une distribution systématique. La possibilité au cours d'un séjour long de la mise en place d'un traitement VHC représente la condition optimale pour vivre ce traitement lourd. La vie communautaire (activités, ouverture aux autres, projets...) influence le rapport des résidents au(x) traitement(s).

ATELIER 10 - Les liens entre la Communauté et son environnement local

La Communauté participe à la vie de la cité : développement de liens avec les habitants, participation à l'économie locale... Qu'est-ce que cela apporte aux résidents, à l'équipe ? Quelles sont les difficultés de ces interactions ? Quelle place pour les sorties obligatoires, comme outil de confrontation à l'extérieur ?

Animé par les équipes des Communautés Thérapeutiques du Pré en Pail et des Portes de l'Imaginaire

Témoignage de la Communauté Thérapeutique du Pré en Pail

La Communauté Thérapeutique du Pré en Pail est venue présenter la manière dont elle a développé un partenariat au sein de la commune où elle est installée. Il s'agit d'un village de 2500 habitants dans lequel l'installation de la CT a provoqué probablement quelques réticences de la part de la population. En revanche, la CT a toujours bénéficié du soutien de la municipalité pour son installation.

Au moment des journées des Communautés Thérapeutiques 2013, la CT était particulièrement vigilante à se faire connaître de façon positive auprès des habitants. Pour ce faire, elle a participé à des travaux au bénéfice de la commune. La CT a donc été sollicitée par les services municipaux en 2012 pour repeindre la piscine avant l'été. Ce premier partenariat local a donné lieu à un bilan positif. D'une part, le travail effectué par les résidents a permis à la commune de rattraper son retard et d'ouvrir la piscine dans les temps, d'autre part, cela a contribué à valoriser les résidents, qui ont même pu s'y rendre sans professionnel. Aussi, un article paru dans la presse a informé les habitants de cette démarche, ce qui a contribué à percevoir les résidents de manière plus positive.

A la suite de cette première expérience, la CT a été sollicitée à plusieurs reprises pour des chantiers d'entretiens d'espaces verts et de désencombrements, notamment sur la commune. Désormais, la CT semble identifiée par la Mairie comme un partenaire récurrent.

En outre, certains habitants montrent encore quelques réticences dans la mesure où les délais de réalisations sont parfois longs, mais l'intégration dans le village progresse.

Dans ce contexte, l'équipe de la CT a également fait connaissance avec un collectif local d'associations « 2-4 » avec lequel elle a noué un partenariat intéressant mais qui suscite encore des réflexions par rapport aux pratiques.

Il existe de nombreuses associations au Pré-en-Pail. Trois des plus importantes se sont vus proposer la mise à disposition, par la Mairie, d'un local de 1000 m² pour développer leurs activités. Il s'agit des associations suivantes :

- Secours Populaire
- Etudes et chantiers (qui consiste dans des chantiers d'insertion)
- Payaso Loco (qui vise au développement des liens sociaux à travers le jeu)

Lorsque ces associations ont pu investir cet espace, elles ont organisé un vide grenier pour le faire découvrir au public. Les professionnels et les résidents de la CT s'y sont rendus afin de mieux connaître ces associations et de faire connaître la CT. Les échanges ont permis la mise en œuvre d'un nouveau chantier.

Ce collectif d'associations « 2-4 » a organisé une quinzaine d'animations sur le thème « Habiter là » : il s'agissait de faire participer les personnes qui le souhaitent à l'aménagement du local.

La première semaine a consisté en la création d'un jardin ouvert à tous. Le but était d'en faire un lieu de rencontre pour les habitants de la commune. La seconde semaine était consacrée à l'isolation du bâtiment avec du chanvre. La quinzaine était également ponctuée de projections de films, d'expositions photos et s'est clôturée par un repas.

La CT s'est investie sur le chantier du jardin. Le bilan de cette semaine a été très positif. Les résidents ont à nouveau été valorisés, ils ont pu en tirer de la fierté et expérimenter leur adaptation au travail, ainsi que leurs capacités relationnelles. La présence de la CT a permis au « 2-4 » d'avoir une main d'œuvre supplémentaire et de terminer le jardin dans les temps.

A l'issue de cette semaine certains résidents ont gardé contact avec les associations présentes et en particulier Payaso Loco. Ce point questionne la CT aujourd'hui :

- Que doit-on comprendre d'un résident qui construit tout son réseau autour des relations de la structure ?
- Sachant que les membres de Payaso Loco sont connus pour leur festivité et leurs consommations d'alcool et de cannabis, dans quelle mesure peut-on encourager ou freiner ces relations ?
- Quid de la part d'autonomie des résidents ?
- Quid de leur capacité à transposer ailleurs et seuls ce type d'expériences ?
- Comment positionner la CT par rapport aux consommations du « 2-4 » ?

Témoignage de la Communauté Thérapeutique des Portes de l'Imaginaire

Les Portes de l'imaginaire est une CT récente qui a accueilli les premiers résidents en février 2012. L'espace actuel permet d'héberger 14 personnes mais la construction d'un nouveau bâtiment dans 3 à 4 ans permettra d'ouvrir l'accueil à 25 personnes sur site et cinq en extérieur (maison communautaire ou appartement thérapeutique). La CT a donc ouvert ses portes depuis un an et demi, l'équipe et les résidents ne cessent de construire et d'inventer le projet communautaire.

Le souhait prégnant est de créer le maximum de liens avec des personnes extérieures à la Communauté, afin d'éviter la stigmatisation de l'institution. En effet, il semble exister de nombreux préjugés sur la CT, mais l'investissement des résidents et des professionnels dans la vie locale de Saint Didier sur Rochefort peut éventuellement faire changer les regards. Il paraît important pour les résidents de se sentir utile mais également de pouvoir compter sur les autres et de chercher du soutien si besoin, afin de retrouver une confiance en eux.

Lors de la présentation du projet de la Communauté, située au cœur d'un village de 100 habitants dans les Monts du Forez à 700 mètres d'altitude et à une heure de Saint Etienne, les habitants ont exprimé des réticences. Depuis, l'implantation de la CT permet de s'adapter à la vie locale à travers différentes actions pour répondre aux attentes de création de liens avec des personnes extérieures.

Dans ce cadre, plusieurs actions / services sont mis en place :

- Participation au déneigement du village pendant l'hiver
- Débroussaillage des chemins de randonnée autour du village
- Aide pour fleurir le village avec l'employé municipal
- Disponibilité vis à vis des habitants pour des services (par exemple, déménagement, débroussaillage de terrains personnels...)
- Aide à Aqua Petra à travers divers chantiers, comme le lavoir par exemple (association pour l'entretien et la restauration du patrimoine)
- Participation au montage des chapiteaux pour la fête du village

Des échanges se sont également mis en place. Au fil du temps, les liens créés avec les habitants ont permis l'utilisation de certains espaces :

- Jardin pour faire un potager
- Parcelle de bois en échange de bois
- Terrain de tennis
- Gymnase

Des personnes bénévoles ont sollicité la CT pour participer à des ateliers (par exemple, des percussions) et en proposer (par exemple : poterie, Mme Olive, pétanque...).

La participation à la vie économique locale passe aussi par :

- Les commerces du village (bar-tabac, coiffeur, boulangerie)
- Les producteurs locaux (fromage, yaourt, œuf, viande, miel)
- Le secteur médical (kinésithérapeute, pharmacien, médecin)
- Les transports en commun (TIL)
- La grande et moyenne distribution

Ces relations avec les différents acteurs locaux permettent à la CT de s'ouvrir aux autres et d'être mieux acceptée sans préjugés, même si cela n'est pas toujours simple. La CT a créé de bonnes relations qui ont facilité son intégration dans le village et qui ont fait changer les mentalités. Les résidents et les professionnels sont fiers d'avoir instauré un climat de confiance, d'attention et de bienveillance réciproque. Toutes ces actions ont permis de répondre aux attentes des résidents et des professionnels, et ont aidé les résidents à reprendre confiance en eux. En outre, la CT doit rester vigilante pour entretenir les relations avec le village.

Finalement, l'équipe constate, malgré l'isolement géographique, qu'il y a beaucoup d'interactions avec l'environnement local grâce notamment à une implantation au cœur du village. Cela contribue au souhait des résidents à se resocialiser. La CT est de mieux en mieux intégrée car elle participe activement à la vie locale. Cette ouverture aux autres participe à l'enrichissement personnel des résidents, des professionnels et donc de la Communauté.

MISE EN PERSPECTIVE ET CLOTURE par François HERVE

M. François Hervé conclut les journées en réaffirmant sa confiance dans le modèle des CT. Il souligne que le clivage entre les « anciens » et les « nouveaux » semblait moins important cette année que les précédentes.

La réflexion autour des pratiques progresse. Des résidents participent aux interventions en atelier. Certains sont même devenus intervenants dans les structures qui les ont accueillis quelques années plus tôt. L'évolution de la professionnalisation des résidents est importante et rapide.

Les interventions en plénière lors des trois sessions de journées témoignent d'une évolution de la réflexion :

- 1ères journées : l'histoire des CT
- 2^e journées : le modèle belge
- 3^e journées : la psychothérapie institutionnelle et son influence sur les CT françaises

Il se construit donc quelque chose d'un « modèle » français des CT, non pas comme l'utopie d'un modèle parfait, inatteignable, mais comme un modèle de solidarité nouvelle. Pendant longtemps, on a visé l'autonomie, finalement, aujourd'hui, on se demande s'il ne serait pas mieux de repenser le « vivre ensemble ».

Ce qui ressort des échanges, c'est justement l'importance de construire l'après-CT. L'entraide qui s'est créée entre les résidents doit perdurer à l'extérieur.

La question de faire participer les CTR aux journées a été posée : cela semble toutefois un peu prématuré. Ce modèle des CT a encore besoin d'être consolidé. Les structures doivent pour cela faire valoir ce qu'elles savent faire, notamment auprès des pouvoirs publics.