

Mme Muriel Lascaux\*, M. Jean-Pierre Couteron\*\*, M. Georges Van Der Straten\*\*\*, Dr Jean-Michel Delile\*\*\*\*

\* Psychologue clinicienne, CEDAT, 122, boulevard Carnot, F-78200 Mantes-la-Jolie

\*\* Psychologue clinicien, Président de l'ANITeA, Paris, France

\*\*\* Licencié en communications sociales, Directeur de l'association Trempline (communauté thérapeutique en Belgique), Vice-président de la fédération européenne EFTC

\*\*\*\* Psychiatre, Directeur du CEID, Bordeaux, Vice-président de l'ANITeA, Paris, France

Reçu juillet 2009, accepté décembre 2009

# Les communautés thérapeutiques

## Les spécificités d'une expérience française

### Résumé

L'ouverture de communautés thérapeutiques (CT) en France est l'occasion de clarifier leurs spécificités dans le dispositif de soins résidentiels. L'inscription de ces structures dans ce dispositif dépend d'une bonne appréhension de l'intérêt du modèle, mais aussi des conditions de mise en œuvre. Ainsi, les principes fondamentaux qui définissent le modèle des CT, leur histoire en France comme à l'étranger et les études dont elles ont fait l'objet seront décrits et critiqués. Par ailleurs, face aux résistances françaises vis-à-vis de ce modèle, notamment les craintes sectaires, une formation des professionnels intervenant au sein des CT françaises expérimentales a été proposée pour favoriser la mise en place et le développement de ces structures. Les choix d'orientation de la formation – à savoir l'approche groupale centrée sur l'éducation du comportement considérée comme levier thérapeutique – et le décentrement de l'intervention du professionnel qui en découle seront présentés.

### Mots-clés

Communauté thérapeutique – Addiction – Soins résidentiels – Efficacité du traitement – Groupe – Psychopédagogie – Insertion – Culture.

En 2006, le Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool prévoyait la création de communautés thérapeutiques (CT). L'objectif annoncé était une diversification de l'offre de soins pour les personnes dépendantes des drogues et de l'alcool (circulaire du 24 octobre 2006) tant dans la finalité, avec l'évocation du sevrage et de l'abstinence, que dans les modalités. Mais ces CT, considérées comme une méthode nouvelle, devaient s'inscrire dans le droit commun de la Loi de santé publique du 2 janvier 2002.

### Summary

**Therapeutic communities. Specificities of a French experience**

The opening of therapeutic communities in France is an opportunity to clarify their specificities in residential health care services. Inclusion of these structures in residential health care must be based on a good understanding of the value of the model, and its practical modalities. The basic principles that define the therapeutic community model, their history in France and in other countries and studies of therapeutic communities are described and analysed. Furthermore, in view of the French resistance to this type of model, especially sectarian fears, training of health care professionals involved in French experimental therapeutic communities was proposed to facilitate the setting up and growth of these structures. The choice of the type of training, i.e. a group approach focused on behavioural education considered to be therapeutic lever, and the resulting off-centering of the health care professional's intervention are also described.

### Key words

Therapeutic community – Addiction – Residential care – Efficacy of treatment – Group – Educational psychology – Social rehabilitation – Culture.

Ce modèle des CT représente le traitement résidentiel le plus répandu dans le monde, mais il regroupe des pratiques différentes. En France, le débat sur le soin résidentiel et l'intérêt de compléter l'offre traditionnelle en addictologie (centres thérapeutiques résidentiels – CTR, réseaux de familles d'accueil, certains projets d'appartements thérapeutiques et services de soins de suite et de réadaptation – SSR) n'a jamais vraiment eu lieu. En effet, la CT Le Patriarche avait cristallisé les résistances à cette approche, avant que l'urgence du sida n'impose ensuite la nécessaire

introduction de la réduction des risques et des traitements de substitution aux opiacés (TSO), relativisant d'autant la part laissée aux approches fondées sur l'abstinence. Il est aujourd'hui temps d'ouvrir la réflexion sur un soin résidentiel conçu comme le complément indispensable de l'offre ambulatoire (1).

Dans cette perspective, une définition de la CT est nécessaire pour clarifier des représentations parfois éloignées de la réalité actuelle. À partir de cette définition, il sera intéressant de préciser ce que ce modèle apporte de nouveau pour justifier ou non son développement. Enfin, nous présenterons la formation organisée par l'ANITeA à l'attention des professionnels intervenant dans les communautés expérimentales françaises afin d'identifier ce qui pourrait faire une spécificité française de la CT.

## Qu'est ce qu'une communauté thérapeutique ?

---

### ***Tentative d'une définition***

Van der Straten propose une définition associant celles des termes communauté (groupes de personnes vivant ensemble et poursuivant des buts communs) et thérapeutique (relatif au traitement des malades). La CT est une "*institution thérapeutique qui privilégie l'intensification des relations entre soignants et soignés comme principal outil thérapeutique*" (2). Cette définition souligne l'importance accordée à la vie en communauté et au travail en groupe, perçus comme moyens essentiels pour permettre à chaque individu d'évoluer. Quant à l'objectif thérapeutique, il passe par un travail pédagogique au quotidien via l'intégration aux normes du groupe et l'adhésion au modèle fourni par les autres résidents plus avancés dans le programme, afin que l'individu apprenne progressivement à mieux se connaître lui-même, à mieux identifier ses vulnérabilités, facteurs de rechute, pour mieux y faire face par lui-même et avec le soutien du groupe (3). Reste la question de l'intensité du processus et de la liberté de l'interrompre, qui ne fut pas pour rien dans l'image négative de certaines expériences de CT à tendance totalitaire.

### ***Origine des communautés thérapeutiques***

Alors, qu'est-ce qu'une CT ? La CT pour toxicomanes est un modèle de traitement thérapeutique récent, à l'identité propre. Le terme a commencé à être utilisé aux alen-

tours de la Seconde Guerre mondiale par des auteurs tels Maxwell Jones et Harold Bridger pour définir un processus thérapeutique de groupe mis en œuvre auprès de patients psychiatriques. Au cours des années 1960, cette même expression est utilisée aux États-Unis pour qualifier un processus thérapeutique de groupe appliqué aux personnes toxicomanes, avec la création de Synanon par Charles Dederich (1958) (3). Ce modèle thérapeutique dont la réputation fut "*d'être dur mais pertinent*" (4) se développe aux États-Unis, puis s'implante dans d'autres continents notamment en Europe dans les années 1970.

En essayant, les programmes thérapeutiques vont faire preuve de souplesse, se différencier et s'adapter à la population d'usagers accueillis, ainsi qu'à la culture du pays. On observe dans des pays européens, tels que la Norvège, la Suède, la Suisse, la Grande-Bretagne, l'Italie, l'Espagne, l'Allemagne et la Belgique, le développement de modèles de CT spécifiques tout en ayant conservé les concepts fondamentaux des CT (5). Ils oscillent notamment entre modèle "hiérarchique" et modèle "démocratique", entre modèles communautaires stricts (uniquement des "ex-") et modèles mixtes (intégrant des professionnels) (2, 6). À plus grande échelle, le travail en réseau permettrait à la France de s'inscrire dans une mouvance internationale des CT fédérées au sein de l'EFTC (European Federation of Therapeutic Communities) et de la WFTC (World Federation of Therapeutic Communities).

### ***Définition empirique***

Il s'agit d'un lieu de vie s'adressant plus spécifiquement aux patients dont l'état ne justifie pas une hospitalisation, mais dont la vie et les interactions sociales se sont totalement centrées sur l'usage de substances. Ces personnes, munies d'une indication médicale, peuvent demander leur intégration au sein de l'établissement pour un temps de séjour relativement long (jusqu'à deux ans en France). Les critères d'admission reposent essentiellement sur la motivation du patient à changer, sur sa capacité à s'inscrire dans la vie communautaire de la CT et sur son sevrage préalable. Les principes fondamentaux de la CT sont la co-responsabilité, la progressivité de l'évolution et le cadre apporté par des règles claires et explicites.

Dans cet espace-temps structuré et sécurisant s'organisant autour de tâches, d'actions collectives, de loisirs et de groupes de parole, le résident rejoue ses difficultés à gérer son stress et les conflits, ses problèmes d'affirmation de soi et d'attachement, qui sont autant de facteurs de

rechute et qu'il rencontrait dans son quotidien, afin d'apprendre à y faire face. Des groupes se réunissent chaque jour pour aborder les comportements concrets observés et les émotions ressenties dans la vie communautaire (3). La CT fonctionne comme la communauté villageoise du Moyen-Âge, dont elle a les caractéristiques de proximité et stabilité, chacun étant sous le regard d'un autre de sa communauté, dès lors qu'il est dans l'exercice de ses compétences sociales (7). Elle en reprend la fonction "éducation du comportement" et vient se substituer à la perte de contenance sociale (8). Tous les participants sont les observateurs quotidiens du fonctionnement des autres et peuvent encourager la personne à expérimenter de nouvelles habilités relationnelles ou sociales. La confrontation des comportements et la proposition d'attitudes alternatives sont des leviers thérapeutiques. Ils deviennent habituels, presque routiniers car progressifs, répétés et soutenus dans le temps. La CT est donc à la fois un espace d'observation et un laboratoire d'expérimentation (2).

## Ce modèle a-t-il rendu compte de son efficacité ?

Quelle est l'efficacité de ce type de traitement ? Il existe peu d'études scientifiquement valides sur les CT et l'évaluation de l'efficacité représente un exercice complexe au vu de la diversité des modèles, de l'hétérogénéité des publics accueillis et du manque fréquent d'informations sur le devenir des patients après leur sortie de la CT.

### **Intérêt de cette approche par rapport aux autres modèles résidentiels**

Les données internationales mettent en évidence une bonne efficacité du modèle des CT dans le traitement des toxicomanies, parfois relevant des résultats spectaculaires, jusqu'à 100 % de succès (CT Synanon, Daytop, Phoenix), pour les personnes qui vont au bout du programme. Ces données sont à relativiser, notamment sur un plan méthodologique (9, 10), dans la mesure où seules 15 à 25 % des personnes qui entrent volontairement en CT iront au terme du programme, la plupart des abandons ayant lieu dans les trois premiers mois de séjour (11). Les études de suivi indiquent qu'un minimum de trois mois est nécessaire pour obtenir des premiers bénéfices et que la durée de séjour optimale est largement supérieure (six ou plutôt 12 voire 24 mois) (12). Dans ce cas, il est à noter que les programmes communautaires ont des taux de rechute

plus faibles et, globalement, obtiennent de meilleurs résultats que les programmes ambulatoires (13, 14).

Des travaux récents (15) mettent en valeur l'utilité d'associer approche communautaire par les pairs et prise en charge psychiatrique, comme étant l'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. De même, l'évolution sensible des approches behavioristes et cognitivo-comportementales ces 30 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 (16).

### **Limites du modèle des CT quant à l'evidence-based medicine**

Un grand nombre d'études scientifiques ont donc été réalisées ces 30 dernières années aux États-Unis et en Europe sur les CT. Il s'agit, cependant, "d'études de résultats" (*outcome studies*), non randomisées et relevant donc de la catégorie B, et qui ne répondent pas aux critères "golden standard" de type Cochrane (*evidence-based medicine*). La question des études randomisées (recherches de catégorie A) pose en effet des problèmes fondamentaux aux CT, et cela a été au cœur du débat du congrès EFTC de La Haye en 2009. De nombreux chercheurs universitaires – Martien Kooyman (Rotterdam), George De Leon (NIDA, New-York), Rowdy Yates (Stirling), Eric Broekaert (Gand) – y ont débattu de la quadrature du cercle que l'*evidence-based medicine* représente pour les CT.

En effet, les CT relèvent des traitements à "haut seuil d'exigence" parce qu'elles insistent sur la motivation des patients à changer leur mode de vie. Le fait que le questionnement sur les motivations fasse partie des entretiens d'admission en CT implique une autosélection des patients et une réorientation éventuelle vers des services proposant une autre forme d'exigence et d'engagement. Tout au long du traitement en CT, la pression du groupe et "l'inconfort pédagogique" mettent au pied du mur ceux qui ne souhaitent pas ou ne peuvent pas encore changer dans ces conditions, afin qu'ils se remettent en question et fassent l'expérience de nouvelles attitudes face au stress. Cet inconfort relationnel explique pourquoi certains optent pour d'autres types de traitement. Cette autosélection est incompatible avec la notion de "distribution aléatoire" des patients définissant la randomisation et donc le plus haut niveau de preuve.

Mais les CT ont d'autres spécificités incompatibles avec l'*evidence-based medicine* : leur approche globale ou holistique qui intègre un grand nombre d'interventions (émotionnelles, cognitives, comportementales, familiales, dynamique de groupe, système de valeurs...) et la dynamique du *self-help* par des patients qui ne respectent pas des protocoles de soins professionnels, spécifiques et mesurables, rendent toutes deux délicates des évaluations nécessitant des processus bien délimités. L'enchevêtrement des facteurs thérapeutiques du *self-help* et de l'approche holistique empêche qu'ils soient rigoureusement séquencés et les rend difficilement mesurables par des études de méta-analyse du type Cochrane. De Leon le déplore parce que, selon lui, la force des CT est dans les approches cognitives, émotionnelles et comportementales mises en œuvre par les participants de manière naturelle (17).

La complexité du dispositif CT et de sa dynamique propre en fait un objet d'étude qui ne peut répondre aisément aux critères des études "*evidence-based medicine*" qui ont été mises au point pour des recherches de type médical et non pour des approches psychosociales ou holistiques. Il s'agit d'un problème de forme qui empêche d'analyser le fond. Pourtant, comme nécessité fait loi, et bien que la distribution aléatoire des patients (attribution des traitements par jeu de dés) pose un problème éthique aux CT, l'Université d'Oxford vient de lancer en Grande-Bretagne une étude Cochrane sur la base d'une cohorte de patients toxicomanes qui se déclarent prêts à suivre un traitement attribué sur base aléatoire vers des CT ou vers d'autres types de soins. En attendant, il est possible de dire que les CT sont efficaces pour les patients qui s'inscrivent durablement dans ce dispositif, mais qu'il est difficile de conclure sur l'intérêt du dispositif des CT comparativement à d'autres sur la base des données actuelles (10).

### **Données incontestables**

Une approche plus qualitative et plus descriptive de quelques CT nous semble être d'un appui plus pertinent pour bien comprendre la singularité de cette approche, réfléchir à la place qu'elle peut tenir dans la palette des réponses proposées et la développer en France. Cette place devra s'estimer autant en termes de qualité de la réponse que de coût et d'orientation des usagers. La littérature internationale témoigne de trois données essentielles qui rendent compte de l'intérêt du modèle de communauté thérapeutique : la durée de séjour, le changement d'environnement et le programme thérapeutique (1, 9).

La corrélation entre la durée de séjour et l'efficacité du traitement, donnée incontestable des études, conduit surtout à prendre en compte le temps dont un résident a besoin pour construire une motivation intrinsèque de changement, pour rester abstinente dans des situations à risque, pour retrouver un entourage et un cadre de vie soutenant, ainsi que pour stabiliser d'éventuelles comorbidités médicales ou psychiatriques (1).

Le changement d'environnement convient aux patients dont le réseau social s'est centré uniquement sur les produits et qui ne bénéficient pas du soutien qu'il apporte dans le processus de rémission – voir les travaux de Klingeman et Sobel (15). "*L'offre résidentielle de soins procure un environnement sûr et sans drogues dans lequel les résidents peuvent développer leurs aptitudes personnelles et groupales à prévenir la rechute*" (1). Cette prise en charge intensive et durable permet un accompagnement socio-éducatif et un travail de réinsertion encadré.

Les objectifs de rétablissement d'un séjour ne se limitent pas à la réalisation et la stabilisation de l'abstinence. Il s'agit également de développer des changements de style de vie et des changements au niveau de l'identité sociale et personnelle. Du programme thérapeutique en 12 étapes des NA (Narcotic Anonymous) aux programmes spécifiques de telle ou telle CT, les propositions sont nombreuses (18). La consommation de substances d'un individu doit être considérée dans une approche multidimensionnelle, ainsi qu'associée à "*un contexte plus large de "désordre" de personnalité, de déviance sociale, de désaffiliation, et de dysfonctionnements personnels*" (2, 19). C'est ce travail d'apprentissage et de découverte de soi en lien avec la vie en société qui permettra une intégration sociale et un retour dans la vie "normale", à la différence de CT anciennes qui avaient tendance à enfermer durablement leurs résidents dans cet univers clos, considérant comme nécessairement dangereux le monde extérieur.

## **Inscription tardive mais nécessaire dans le dispositif de soins en France**

### **Résistances françaises**

En France, des résistances historiques et culturelles ont retardé la mise en place de CT. La principale fut la dérive sectaire de l'association Le Patriarce, fondée en France en 1972 par Lucien Engelmajer, en fuite depuis 1998 et condamné en 2007 (20). Fermée sur elle-même et ses

convictions, affirmant soigner des milliers de patients là où d'autres dilapidèrent l'argent public, elle arrivera à se faire cautionner par quelques rares professionnels, mais surtout par des députés et hommes politiques. Triste ironie de l'histoire, l'aventure se termine par des détournements d'argent et des abus sexuels (1). Aux États-Unis, dès 1963, à l'initiative de Daytop Village, un élément important d'évolution sera apporté par la professionnalisation qui permit que les CT ne soient plus exclusivement pilotées par d'anciens toxicomanes, cet équilibre des pouvoirs constituant, au-delà de son intérêt technique, un bon élément de prévention des dérives sectaires (6). Aujourd'hui, la majorité des CT sont au moins codirigées par des professionnels et doivent répondre à des règles et chartes éthiques. En France, le cahier des charges rédigé par la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie et la Direction générale de la santé, après consultation des professionnels des addictions, existe pour garantir ce cadre. Il rappelle la charte des droits des usagers prévue par les articles L311-3, L311-4, L311-6, etc. du Code de l'action sociale et des familles.

D'autres résistances furent liées à la crainte d'un conditionnement comportementaliste, au danger d'une obéissance aveugle et d'une rigidité du cadre proposé (20). Il existe à l'origine deux modèles distincts : le modèle "hiérarchique" américain avec ses symboles, sa discipline (exemple : les *hair cut*) et ses *encounter groups*, et le modèle "démocratique" européen attaché aux valeurs humanistes, influencé par le courant psychanalytique (3, 6). Marquées par la mémoire des images du nazisme et des camps de concentration, beaucoup de CT européennes ont été initialement "démocratiques". Leurs faibles taux de succès comparativement aux CT "hiérarchiques" les ont amenées à adopter ce modèle (6). Les déviations rencontrées dans le modèle "hiérarchique" ont eu l'effet inverse. Progressivement, grâce aux multiples échanges entre partisans des deux modèles et à la volonté d'étendre l'intérêt de cette approche communautaire, *"la tendance actuelle semble être de synthétiser les valeurs humanistes de la communauté démocratique sans rejeter l'héritage structurant de la communauté hiérarchique"* (2).

L'intégration de ces deux méthodes peut être décrite comme suit : l'aspect hiérarchique, qui par définition n'est pas un ordre fixe mais un ordre formel et informel donc flexible, organise la structure de la communauté (chacun a une fonction et des missions attribuées), alors que l'aspect démocratique dynamise le travail de groupe (dans le travail de confrontation, il n'y a pas de hiérarchie, c'est de personne à personne) (6). Maxwell Jones, à l'origine de

la thérapie démocratique, affirme lors d'une conférence mondiale des CT en 1976 : *"l'idéal qui veut que tous les membres d'un groupe soient égaux est un mythe qui ignore les réalités des processus de groupe"*. Quant à l'approche comportementaliste, elle a elle-même beaucoup évolué et travaille autant sur les émotions, les cognitions et le corps que sur le comportement (21). Ainsi, il ne paraît pas incohérent d'utiliser cette approche pour soigner des "comportements addictifs" (22). De plus, un travail psychothérapeutique individuel d'orientation psychodynamique ou autre, comme une prise en charge familiale, sont tout à fait possibles aujourd'hui, et même fortement encouragés en complémentarité à l'approche communautaire dans le but que le résident élabore ces changements et renforce sa réinsertion sociale grâce au soutien de la famille et non plus en rupture avec elle.

D'autres résistances sont culturelles. Là où la France est attachée à sa laïcité radicale, on ne peut oublier l'influence forte d'un courant protestant dans le développement des CT américaines et du catholicisme dans certaines CT européennes (6). Les communautés nouvellement créées sont adossées à des associations loi de 1901 qui fonctionnent dans le respect des règles nationales de la laïcité.

### ***Inscription du modèle des CT dans le dispositif de soins français***

En France, les CT ont dû trouver leur place dans un dispositif de soins résidentiels victime du fonctionnement en balancier des idéologies et des politiques de santé qui fait parfois dépasser le point d'équilibre. Le dispositif des années 1970 privilégiait le traitement résidentiel, le sevrage et l'abstinence. Du fait des résistances évoquées, il s'est orienté vers la création des postcures, de familles d'accueil et d'appartements thérapeutiques. Parallèlement aux lieux de soins en ville, s'ouvrent les centres de Sartrouville, puis Les Blannaves, Le Peyry, En Boulou, La Gentillade. L'idée dominante est la nécessité d'éloigner les usagers des lieux de consommation, pour construire de nouvelles habitudes de vie, puis mettre en œuvre son insertion. Ces établissements publics accueillent des personnes toxicomanes volontaires, pour un séjour d'un an au maximum, et offrent une présence professionnelle 24 heures sur 24. Les modalités d'accompagnement sont très différentes d'un lieu à un autre, mais tous fournissent un soutien psychologique, social et psychoéducatif individualisés dans un contexte collectif. Le dispositif se construit dans l'ignorance des questions médicales, quand ce n'est pas dans l'opposition avec le débat sur l'antipsychiatrie et les neuroleptiques. Il

se voit ballotté entre des finalités sociale et thérapeutique, ainsi qu'en témoignent les quatre circulaires qui scandent son histoire.

La circulaire du 29 mars 1972 souligne que *“les centres de postcure se divisent en deux catégories : les uns traitent pendant quelques mois en cure psychothérapeutique les toxicomanes ayant terminé une cure de sevrage, qui ont une personnalité très fragile. Les autres aident de six mois à deux ans environ le toxicomane à quitter définitivement l'univers de la drogue, c'est la réinsertion sociale”*. Si l'éloignement est bien proposé, tant du quartier que de la famille et même parfois des soignants qui ont orienté, les visites rares, les contacts avec l'extérieur réduits, la notion *“d'acquérir de nouvelles habitudes de vie”* va moins directement être prise en compte. Le séjour privilégie une approche thérapeutique individuelle dont la vie de groupe est un arrière-plan, toujours dans une crainte du formatage comportemental. Bien que correspondant au temps fort du parcours, ce dispositif ne va donner lieu à aucune étude, aucune évaluation clinique. Les acteurs, souvent plongés dans une insécurité budgétaire et rarement formés aux exigences de la recherche, n'en auront ni le temps ni les moyens.

La circulaire DGS/69/AS2 du 3 juillet 1979 affirme que *“l'efficacité [de la cure de désintoxication] ne saurait être réelle si elle n'est pas prolongée par une étape d'intense soutien psychologique permettant au toxicomane de prendre ou de reprendre son autonomie au sein de la société”*. On voit encore la persistance d'un modèle de thérapie individuel, appliqué dans un univers qui doit simplement être facilitant par l'isolement qu'il permet des deux environnements potentiellement interférents : le quartier et les pairs d'une part, la famille d'autre part.

En fusionnant sur une seule ligne les financements des *“actions sanitaires de prévention et de traitement des toxicomanies”* et les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) accueillant exclusivement des anciens toxicomanes en voie de réinsertion, la circulaire DGS/106/2D du 22 février 1984 signe la fin des CHRS *“spécialisés”*. Elle renvoie les centres vers le sanitaire : le séjour résidentiel est un temps de remaniement, de restructuration de la personne et une préparation à l'insertion dont les cadres se diversifient (hébergement en studio, hébergement d'urgence et de transition, hébergement des mineurs). La crise économique et la restructuration sociale renforcent les phénomènes d'exclusion sociale. Ils deviennent une préoccupation politique qu'illustre la loi de 1988 instaurant le revenu minimum d'insertion. La circulaire 72 du 9 novembre 1993 propose de doubler en trois ans

les capacités d'hébergement et continue d'encourager la diversification des réponses : création d'appartements thérapeutiques, prises en charge s'appuyant sur le groupe (les CT), réponses à l'urgence. Cette période voit le centre de gravité se déplacer vers la sortie du séjour, et notamment sur l'insertion.

La vraie révolution va venir de la politique de réduction des risques et du développement des TSO. Leur efficacité va valoriser et intensifier le travail ambulatoire, réinterroger la place de la médicalisation et du sevrage. La finalité des soins n'est plus uniquement l'abstinence, qui reste une finalité possible, et l'éloignement de l'environnement n'est plus indispensable. Enfin, la famille n'est plus vécue comme obligatoirement à écarter. Les CSST (centre spécialisé de soins aux toxicomanes) – futurs CSAPA (centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie) – se développent et proposent une approche globale aussi bien médicale, sociale que psychothérapeutique grâce à une équipe pluridisciplinaire. Les thérapies familiales ont aussi évolué dans les années 1980 à 1990 et se sont diffusées. Les thérapies cognitives prennent peu à peu place dans les réponses possibles. Le balancier repart dans l'autre sens : des thérapies brèves et ambulatoires seront suffisantes, et le soin résidentiel paraît une dépense excessive et inutile ; au moindre problème de gestion qu'il rencontre, un dispositif est fermé. Rien n'est fait pour aider ces équipes à évoluer, à adapter leurs projets thérapeutiques à un environnement changeant, aux évolutions sociétales d'une société de plus en plus addictogène. Toutes les demandes d'études, de recherches sont écartées. La réponse ambulatoire est proposée comme s'opposant à la démarche du soin résidentiel.

Dans cette période, on observe une évolution du public accueilli en centre de soins. Celui-ci est de plus en plus polyconsommateur, rencontrant des difficultés psychosociales, voire psychiatriques lourdes, et parfois avec un mésusage du traitement de substitution (23). En parallèle, la question de la *“contenance”* se repose de plus en plus vigoureusement et interroge le rôle de la médicalisation dans les réponses proposées (8). Ainsi, la proposition thérapeutique doit aussi tenir compte des variabilités des situations en étant plus ou moins structurée (24). La nécessité d'un pôle de soins résidentiels, précédemment contestée, en ressort confortée, mais toujours sans avoir pu bénéficier d'une vraie tradition d'évaluation, de recherche et d'aide conceptuelle. L'intérêt spécifique des CT peut résulter d'un système de vases communicants : *“au moment où la société devient de plus en plus individualiste, des solutions de soin apparaissent dans*

une dimension collective” (22). Elles apportent les moyens d’un modelage du comportement au fur et à mesure que nos sociétés d’hyperconsommation estompent les cadres et normes qui y contribuaient avant (8). C’est dans la même logique que Lindsay rappelle que “la profession du travail social se situe aux confins du personnel et du social, qu’elle est perméable aux mutations sociales, et que son objet et son intérêt ont oscillé entre les difficultés personnelles et les questions collectives” (25).

### **Intérêt de diversifier les propositions de soin**

Aujourd’hui, il convient de diversifier les propositions de soin dans le domaine de l’addictologie. Il ne s’agit plus de trouver le meilleur modèle de prise en charge pour un usager de produits, mais plutôt de disposer d’un panel de traitements pouvant être sollicité à différents moments de la trajectoire de soin de celui-ci (24). Cette proposition rejoint les travaux de De Leon qui décrit le rétablissement d’un usager selon un système intégré en dix étapes dont six phases de prétraitement (négation, ambivalence, motivation extrinsèque et intrinsèque, prêt pour le changement et pour le traitement) et quatre de traitement (désaccoutumance, abstinence, continuation, intégration et changement d’identité) (26). La durée des étapes est variable d’un individu à l’autre, ce qui témoigne des différences au niveau des capacités, de la socialisation et de l’état psychologique. Pour chaque phase de changement, il existe des stratégies thérapeutiques plus adaptées. Plus tard, Prochaska et DiClemente ont eux aussi décrit différents stades de changements : précontemplation, contemplation, prise de décision, mise en acte, rechute, etc. (27). La notion de rétablissement est large et correspond au processus continu de progression individuelle. Ainsi, un traitement est un facilitateur important, mais ce n’est pas le seul élément qui contribue au rétablissement.

Plus qu’un standard de prise en charge, il est intéressant de proposer à l’usager le traitement le plus adapté à ses besoins en fonction de la phase dans laquelle il se trouve. Il existe actuellement trois cadres de soins possibles : l’hospitalisation, les soins ambulatoires et les centres résidentiels de traitement. Ainsi, le travail en réseau, déjà existant, est à développer et à privilégier (1). Tout ceci renforce l’idée de ne pas reproduire une CT à son identique, mais bien de penser et de mettre en place des CT afin qu’elles s’intègrent comme un outil intéressant dans le dispositif de soin du pays et qui ne doit pas se limiter à cette réponse. Notamment, les évolutions sociétales et des modes de consommation (usages de stimulants) font

penser à l’intérêt d’introduire dans le soin résidentiel des dispositifs à intensité forte, sur des programmes diversifiés, en lien avec les acquis de la médicalisation et avec des durées de séjour plus courtes pour mieux correspondre aux standards de vie actuels (23).

## **Formation pour les professionnels**

### **Mise en place d’une formation pour des intervenants**

C’est avec cette volonté de diversifier l’offre résidentielle et de réactiver l’alternative sevrage que le Plan gouvernemental lance le projet d’ouverture de CT. L’ANITeA (Association nationale des intervenants en toxicomanie et en addictologie), dont les adhérents avaient répondu au cahier des charges, se voit confier la formation des personnels, tandis qu’échoit au réseau T3E (Toxicomanie Europe échange étude) l’organisation de stages. Enfin, le réseau européen de formation ECÉtt (European Companionship in Education, training by travel) développe avec l’EFTC un partenariat avec deux des promoteurs français de CT, le CEID (28) et Apte, pour organiser un échange par compagnonnage. L’ECÉtt, comptant près de 300 CT, est basé sur l’échange de savoirs et de stages, ainsi que sur la construction d’une base de “bonnes pratiques” concernant toutes les questions professionnelles gravitant autour de la “revalidation” et de la réinsertion sociale et professionnelle des personnes toxicomanes.

Fondamentalement, l’objectif est de soutenir l’originalité et la conformité de la pratique “CT”. Partant du constat qu’il n’existe que peu d’expériences de CT en France (Apte, Flambermont, et deux CT de SOS Drogue International), l’inquiétude de voir l’originalité de l’expérience être “absorbée” par un fonctionnement différent a conduit à cette formation. Pour la préparer, l’ANITeA s’est rapprochée de différentes CT européennes grâce à l’aide de Jean-Pierre Demange (responsable de la CT de Flambermont) et du réseau T3E. Les facilités linguistiques et de proximité géographique, les raisons culturelles et de pratique professionnelle ont abouti à privilégier une collaboration franco-belge avec Étienne Vendy et Georges Van Der Straten. Riche d’une expérience de plus de 20 ans et inscrits dans une volonté de formalisation de leur pratique, ces responsables belges de deux CT (les Hautes Fagnes et Tremplone) ont accepté d’accompagner le développement des CT et de transmettre leur expérience. Il était important de le faire en prenant en compte l’approche

empirique des CT tant pour l'évolution de la dynamique éducative proposée aux résidents que pour l'évolution de la structure. Van Der Straten l'explique très bien par cette phrase : "je ne te dis pas ce que tu dois faire mais je te dis comment moi j'ai fait" (2).

Deux spécificités de l'approche CT vont être privilégiées durant la formation :

- la place et le rôle du professionnel au sein d'une CT dans le travail avec le groupe, en se dégageant d'un modèle dominant de l'entretien clinique pour aller vers une posture d'accompagnement d'un travail groupal ;
- le groupe comme un espace-temps rendant possible le "modelage", dans le sens d'une expérimentation et d'un apprentissage de nouvelles compétences sociales.

### **Le groupe comme levier thérapeutique et la place du professionnel**

Comme le rappelle le cahier des charges, "le groupe des résidents est un support majeur de la démarche thérapeutique" (29). En effet, "le groupe n'est pas une simple addition d'individus : il possède des processus qui sont propres, des étapes de développement, une réalité externe avec laquelle il transige" (25). Le travail en groupe, sous ses différentes formes, c'est-à-dire les groupes organisant la vie quotidienne, les groupes de confrontation, les groupes psychothérapeutiques, les groupes à thème, etc., régit le séjour en CT (2). Le bon fonctionnement de ces groupes dépend de conditions indispensables, voire vitales au sein d'une CT. Il s'agit de la garantie d'un climat sûr et de l'intégration par tous du concept de "responsabilité". Outre l'importance des règles de base, soit "l'interdiction de consommer des substances psychotropes et l'interdiction de la violence ou de la menace de violence" (règles communes aux CT) et des règles quotidiennes (spécifiques à chaque CT) (2), l'intervenant doit fournir une structure et une direction, créer un climat de confiance afin de permettre "aux membres de vivre leur ambivalence et leurs craintes" (25).

Ainsi, intervenir au sein d'une CT suppose un bouleversement du cadre de référence et l'aménagement d'une nouvelle posture pour le professionnel. Toute la difficulté du travail de l'intervenant en CT est de représenter "une instance" du cadre, garantissant une sécurité, et de permettre au groupe de l'intérioriser, voire à plus long terme de l'internaliser naturellement pour qu'elle exerce sa fonction de régulation par la "responsabilité". Cette méthode de pressions exogènes, notamment exercées par le groupe, est un véritable travail stratégique et éducationnel. Elle

impulse une dynamique dans le processus de rétablissement du résident, elle est contenante et stimulante. Le cadre doit être rigoureux, cohérent et évolutif, sans se tromper d'objectif, la communauté n'est pas une finalité, mais un outil (2). Elle est au cœur des débats sur le déplacement du centre de gravité des thérapies sur le travail de construction d'un contenant du comportement.

Agissant dans une perspective groupale, l'intervenant ne délaisse pas pour autant toute attention à l'individu (25). Dans une CT, le résident avance dans le programme thérapeutique en faisant évoluer sa place dans le groupe, ce qui suppose des prises de responsabilité, l'apprentissage de nouvelles habilités sociales et une plus grande confiance en soi. Dès le début du programme, le résident est considéré comme responsable de son traitement, des difficultés rencontrées aux solutions trouvées, et ce, tout au long de son séjour. Ainsi, il sera obligé de faire l'expérience de la confrontation pour remplir ses missions et avancer dans son traitement. C'est en grande partie à travers le travail quotidien que le résident apprend à gérer ses responsabilités sans s'y dérober. Ce concept de responsabilité regroupe plusieurs aspects : une responsabilité individuelle, une responsabilité partagée et un engagement responsable ou co-responsabilité (2). Le concept de responsabilité partagée correspond à la transmission par les anciens aux nouveaux arrivants de la culture de la CT (valeurs, conventions et habitudes), ainsi qu'à la vérification de son maintien. Ces derniers représentent des modèles d'évolution pour les jeunes résidents, ce qui peut renforcer leur motivation et les rassurer (2).

Ottenberg parle de la notion "d'amour responsable" et écrit : "je prends soin de toi et de moi. Chacun de nous a besoin de l'aide de la communauté et nous avons tous besoin des uns et des autres. Je m'efforcerais d'être responsable de moi et j'attends la même chose de toi. Mais si l'un de nous est en difficulté, c'est aussi la responsabilité des autres de réagir. Ici, ce n'est ni la rue ni le monde. Nous sommes dans le même bateau, et la seule façon d'y arriver, c'est ensemble" (30). Les CT américaines insistent sur le *concern*, c'est-à-dire que les résidents se montrent attentifs, solidaires, soucieux de l'autre et qu'ils s'impliquent personnellement les uns envers les autres par des prises de position, des feedback et des confrontations. Les CT italiennes et espagnoles du courant Progetto Uomo ou Proyecto Hombre (Projet Homme) enseignent aux parents et aux résidents des CT que "l'amour responsable" sait dire "non", "tu dois", ainsi que "je te sanctionne parce que je te veux du bien", par opposition à un amour qui ne rend pas responsable à force de dire "oui" ou "je suis d'accord avec toi" (31).



Ce fonctionnement place le professionnel dans une position de retrait, en arrière-plan, mais avec une forte implication. Il accompagne, suit l'évolution, anime et guide le groupe. En fonction du degré d'autonomie, l'intervenant va plus ou moins faciliter l'émergence de l'aide mutuelle pour créer un tissu social (25). C'est à travers l'identification partagée des points communs, ainsi que des compétences de chacun, que le travailleur social peut mettre en place un cadre de travail adéquat, qui rend possible l'atteinte des objectifs individuels ou collectifs avec le groupe. L'intervenant aide à structurer, à soutenir les membres dans la poursuite de leurs objectifs, à évaluer l'atteinte des objectifs déterminés et la satisfaction des membres. Plus que la conviction des capacités et compétences de chacun, c'est la conviction des capacités et compétences du groupe : *“s'appuyant sur une confiance dans le potentiel des membres et dans les capacités d'aide mutuelle, le travailleur social joue un rôle qui se caractérise par une polyvalence des fonctions, par une communication ouverte et explicite, par une position qui s'éloigne de l'expert sur son piédestal, par un regard qui donne priorité au groupe dans son entier”* (25). L'objectif d'autonomie d'un séjour en CT passe par un processus d'individuation dans le sens : “je deviens une personne singulière dans le groupe” (d'abord famille ou CT puis société) en construisant “mon” propre système de valeurs par confrontation à celui des autres. C'est dans le groupe, cet espace-temps alliant sécurité et stimulation, que l'individu peut expérimenter et apprendre de nouvelles compétences (32). L'intervenant, lui, pourra faire preuve de créativité, et ce, dans une adaptation continue.

Ces conditions nécessaires au travail éducatif peuvent être synthétisées au travers des trois injonctions proposées par Couteron (8) :

- “fais attention”, cette première injonction instaure la confiance en l'autre dans le sens où “on peut compter sur son expérience pour construire son comportement” dans un espace-temps sécuritaire. L'individu devient capable d'être responsable de soi et de l'autre ;
- “c'est interdit” permet d'établir des limites pour contenir l'expérience dans un espace-temps adapté ;
- “ne te laisse pas influencer” répond au processus d'individuation, plus qu'à l'individualisation “qui écrase la singularité” et protège de l'indifférenciation de la masse tels des groupes de semblables comme les bandes.

L'approche psychopédagogique de ce travail d'apprentissage s'effectue différemment d'une CT à une autre. Pour Trempline, l'une des CT belges, le moteur du changement se situe dans l'évocation, l'expression et la gestion de

l'émotion. À partir de là, le résident est encouragé à s'approprier cette émotion, puis à l'intellectualiser dans le but qu'il réfléchisse en conséquence au comportement qu'il doit changer. Aux Hautes Fagnes, le travail est focalisé sur les fonctions du toxique dans les relations et sur les modifications relationnelles à opérer. Le résident est interpellé sur ce qu'il pense pouvoir changer et sur la manière d'y parvenir. Une fois l'expérimentation faite, le résident est invité, au sein des groupes, à décrire son expérience ainsi qu'à évoquer son vécu émotionnel.

Plusieurs auteurs se sont essayés à dresser une typologie des habiletés des interventions ; on retiendra les suivantes : *“celle de penser en termes de groupe et de voir celui-ci d'abord comme une entité, celle d'embrasser du regard le groupe dans son entier et, enfin, celle de favoriser la cohésion par un moyen aussi concret que de parler du groupe en termes de “nous” et de “notre” de façon à bien marquer l'entreprise d'aide mutuelle et sa propre position dans le groupe”* (25). Ce travail nécessite des connaissances et des compétences de la part du professionnel tant sur les techniques d'animation de groupe que sur les étapes de développement du groupe, pour proposer des interventions plus appropriées au vécu du groupe. C'est pourquoi, en plus des animations proposées par les équipes des CT belges, deux journées intensives sur l'apprentissage des techniques d'animation de groupe ont été programmées dans la formation et orchestrées par Anne Jacob et Joseph Fleron (consultants de la société Dimension Consultance, ainsi que collaborateurs à l'Université de Liège au Centre de dynamique des groupes et d'analyse institutionnelle). Au travers des jeux de rôle permettant une immersion très pratique et concrète, l'objectif était de démontrer en quoi l'utilisation du groupe et de la communauté est un puissant levier thérapeutique à condition qu'il soit régulé.

## Conclusion

La clarification des missions des CT ainsi que la mise en lumière de leur place dans le dispositif de soins français quant à la prise en charge des addictions ne laisse plus de doute sur l'intérêt de leur développement en France.

Le manque de contenant éducatif dans notre société individualiste, notre société de la performance, notre société du toujours plus et de l'excès rend parfois difficile l'évolution de l'individu vers l'autonomie, vers la responsabilité, vers l'intégration, vers le “jeu”... Les comportements addictifs viennent, souvent, atténuer les difficultés de ce passage et témoigner d'un déséquilibre. Ainsi, leur prise

en charge dans un cadre social, dans un réseau d'interactions telle que la propose les CT, représente une solution intéressante.

L'objectif d'un passage dans une telle structure, c'est l'autonomie au sens quasi étymologique du terme, "auto" renvoyant à ce qui "m'est propre", "nomos" aux valeurs, normes. Cette construction de l'autonomie passe par un processus d'individuation – différent d'individualisation qui signifie "je m'occupe de moi" ; individuation c'est "je deviens une personne singulière dans le groupe" (d'abord famille ou CT puis société) –. Elle doit donc associer un temps de confrontation aux valeurs des autres à un cadre sécurisant (32) : c'est le rôle des professionnels d'être garants des conditions d'échange et d'évolution pour que chacun joue le "jeu".

Ainsi, malgré la jeunesse de l'expérience des CT et la relative insuffisance de leur évaluation scientifique actuelle, il est intéressant de témoigner de la "redécouverte" de l'impact thérapeutique de l'éducation qu'elle a permis et de la richesse de la synthèse de la thérapie et de l'éducation, en lien avec les acquis de la médicalisation et de la réduction des risques. Gageons que les résultats de l'évaluation actuellement en cours du programme des CT en France (Université de Bordeaux) apporteront des éléments positifs et des pistes d'amélioration pour l'avenir. ■

M. Lascaux, J.-P. Couteron, G. Van Der Straten, J.-M. Delile  
**Les communautés thérapeutiques. Les spécificités d'une expérience française**

*Alcoologie et Addictologie* 2010 ; 32 (1) : 5-14

## Références bibliographiques

- 1 - Delile JM, Couteron JP. Réflexion sur le traitement résidentiel des addictions. *Alcoologie et Addictologie* 2009 ; 31 (1) : 27-35.
- 2 - Van Der Straten G, Broekaert E et al. La nouvelle communauté thérapeutique. Apprendre à vivre sans drogues n'est pas une utopie. Louvain-la-Neuve : Academia-Bruylant, 1997, 2008.
- 3 - Farges F, Patel P. Les communautés thérapeutiques pour toxicomanes. *Toxibase* 1996 ; (1) : 1-23.
- 4 - Roger C. Les groupes de rencontres. Paris : Dunod, 1970.
- 5 - Van Der Straten G. A TC on the border of two cultures. *International Journal of the Therapeutic Communities* 2007 ; 28 (1) : 17-23.

- 6 - Broekaert E, Vandeveld S, Soyez V, Yates R, Slater A. The third generation of therapeutic communities: the early development of the TC for addictions in Europe. *Eur Addict Res* 2006 ; 12 : 1-11.
- 7 - Bauman Z. La décadence des intellectuels. Des législateurs aux interprètes. Traduit de l'anglais par Manuel Tricottaux. Arles : Actes Sud, 2007.
- 8 - Couteron JP. Grandir parmi les addictions, quelle place pour l'éducation ? *Psychotropes* 2009 ; 15 (4) : 9-25.
- 9 - Bourgeois M, Delile JM, Rager P, Peyre F. Les "communautés thérapeutiques" pour toxicomanes. Bilan et évaluation des soins. *Ann Méd Psychol* 1987 ; 145 (8) : 699-704.
- 10 - Smith L. Les communautés thérapeutiques pour la prise en charge des troubles liés aux usages de drogues. In : Colloque européen d'experts scientifiques "Comment mieux traiter les addictions aux drogues ? Nouveaux défis scientifiques et cliniques pour l'Europe", Paris, 9 décembre 2008.
- 11 - Simpson DD, Sells SB. Opioid addiction and treatment: a 12-year follow-up. Melbourne : Robert E. Krieger, 1990.
- 12 - National Institute on Drug Abuse. Therapeutic community. NIDA Research Report Series NIH Publication No. 02-4877. Rockville, MD : NIDA, 2002.
- 13 - De Leon G, Wexler HK, Jainchill N. The therapeutic community: success and improvement rates 5 years after treatment. *Int J Addict* 1982 ; 17 : 703-747.
- 14 - Klingemann H, Sobell L. Promoting self-change from addictive behaviors, practical implications for policy, prevention and treatment. New-York : Springer, 2007.
- 15 - Galanter M. Self-help treatment for combined addiction and mental illness. *Focus* 2003 ; 1 (2) : 179-182.
- 16 - Carroll KM, Onken LS. Behavioral therapies for drug abuse. *Am J Psychiat* 2005 ; 162 : 1452-1460.
- 17 - De Leon G. The therapeutic community: study of effectiveness. NIDA Research Monograph Series DHHS Publication (ADM) 85-1286. Rockville, MD : NIDA, 1984.
- 18 - Delile JM. Narcotiques anonymes. *Interventions* 1994 ; 44 : 3-8.
- 19 - Morel A. Fondements historiques et cliniques d'un rapprochement. *Alcoologie et Addictologie* 2002 ; 24 (4 Suppl.) : 10-19.
- 20 - Nadeau L. Les enjeux éthiques dans le traitement des toxicomanes : la différence entre une communauté thérapeutique et une secte. *Psychotropes* 1992 ; 7 (3) : 55-58.
- 21 - Cottraux J. Thérapie cognitive et émotions. Médecine et psychothérapie. Paris : Masson, 2007.
- 22 - Couteron JP. Interview in *Libération*, vendredi 12 décembre 2008, n° 8584.
- 23 - McLellan AT. The psychiatrically severe drug abuse patients: methadone maintenance or therapeutic community? *Am J Drug Alcohol Abuse* 1984 ; 10 : 77-95.
- 24 - Morel A, Couteron JP. Les conduites addictives. Paris : Dunod, 2008.
- 25 - Lindsay J. Le service des groupes : concepts et pratique. In : Hurtubise Y, Deslauriers JP. Introduction au travail social : méthodologies et pratiques nord-américaines. Lyon : Chronique sociale, 2003 : 95-117.
- 26 - De Leon G. The therapeutic community: theory, model and method. New-York : Springer Publishing Company, 2000.
- 27 - Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and process of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol* 1983 ; 51 (3) : 390-395.
- 28 - Damade M. Participation du CEID aux congrès internationaux. Bordeaux : CEID (Archives Kressmann), 1978.
- 29 - Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie, Observatoire des Drogues et des Toxicomanies. Les communautés thérapeutiques : quelle mise en œuvre et pour quels résultats ? Cahier des charges visant la conduite d'une évaluation globale portant sur les communautés thérapeutiques. Paris : Mildt et OFDT, 2006.
- 30 - Ottenberg D. The TC essentials. International symposium on substance abuse treatment and special groups "Community as method". Den Haan, Vakgroep Orthopedagogiek Gent, 1999.
- 31 - Van Der Straten G. Éduquer face aux drogues et aux dépendances. "Je te dis non... car je t'aime". Bruxelles : Labor, Chronique Sociale, 2002.
- 32 - Winnicott DW. Jeu et réalité (1980). Paris : Gallimard, Folio, 2002.