

LES COMMUNAUTÉS THÉRAPEUTIQUES POUR TOXICOMANES

FARGES F.* , PATEL. P.**

Les communautés thérapeutiques (C. T.) ont, en France, mauvaise presse. Elles évoquent les institutions coercitives américaines et leurs dérivés sectaires ainsi que l'association Le Patriarce, si controversée. Pourtant les C. T. représentent, de par le monde, l'une des principales modalités de traitement des toxicomanes.

Des personnalités aussi différentes que C. Olievenstein et G. Nahas regrettent leur absence dans notre pays. Le rapport Henrion (mars 1995) recommande "qu'une place plus grande soit faite à cette modalité thérapeutique dans le dispositif de soins aux toxicomanes". Une circulaire du Ministère de la Santé (11 janvier 1995) encourage la création de centres de soins avec hébergement collectif axés sur la prise en charge par le groupe et la recherche d'autonomie sociale.

Le moment semble donc venu, en France, pour que leur création soit remise à l'ordre du jour comme solution alternative à la prise en charge des toxicomanes, pour des raisons d'efficacité et d'économie.

Critiquées et rejetées jusqu'à une date récente, les C. T. sont en fait mal connues dans notre pays, la littérature les concernant est très pauvre. Par "communautés thérapeutiques" on entend généralement des institutions bien particulières, différentes des programmes de soins plus médicalisés et plus intriqués dans le dispositif sanitaire. Ce sont des lieux de vie communautaire où les jeunes toxicomanes vivent avec des personnels d'encadrement qui essaient de les aider. La prise en charge se fait aussi bien par les éducateurs que par les pairs. C'est une thérapie par la communauté dans laquelle le mode de vie et les obligations sont partagés, dans le respect des individualités. La vie collective et ses lois étant considérées en elles même comme thérapeutiques, ces lieux de vie ont pour objectif de conduire le toxicomane vers la réinsertion sociale, professionnelle et affective.

Le terme de C. T. s'applique à la fois à l'institution et à une prise en charge de la toxicomanie faisant de l'environnement le facteur essentiel d'une modification du comportement et du maintien de l'abstinence.

UNE APPROCHE SOCIO-COMPORTEMENTALISTE

Le mouvement des communautés thérapeutiques représente un réseau de structure dont le modèle de prise en charge repose sur une dé-médicalisation et une dé-psychiatriation. La conception sous-jacente à l'activité des communautés thérapeutiques repose sur une inspiration éducative et vise à modifier les comportements. Les carences sociales ou éducatives ont conduit le sujet à consommer de la drogue pour échapper aux contraintes de la vie quotidienne, c'est un être émotionnellement immature et devenu déviant. La communauté des pairs, assimilée à une famille chaleureuse et exigeante, doit aider le toxicomane à éliminer la conduite toxicomaniaque, à apprendre, à répondre aux agressions, à réajuster son comportement aux exigences du monde extérieur. A l'entrée dans la communauté thérapeutique, le sujet est soustrait au milieu où il subit les tentations de la drogue et la pression des pairs, et doit rester un temps dans la communauté avec l'interdiction de sortir. Astreint à des tâches matérielles, il est sollicité individuellement et au sein du groupe pour analyser ses motivations et remettre en question ses comportements antérieurs. La preuve de ses progrès est inscrite dans ses comportements et son

* Interne des Hôpitaux (Hôpital Saint-Antoine 75012 Paris), Chargé de cours à l'Université de Paris VIII

** Interne des Hôpitaux. CHRU 59000 Lille

2 acceptation des règles de la communauté qui lors de transgression est assortie de sanctions négatives. Les sanctions consistent principalement en perte de privilèges ou de positions hiérarchiques, approbation ou désapprobation par le groupe (Lert et Fombonne 1989). En revanche, un comportement socialement adapté, respectant les normes collectives, permet d'accéder progressivement à toutes sortes de gratifications (travaux plus intéressants, escalade dans la hiérarchie) culminant un jour en une possible prise de responsabilité, l'intéressé pouvant à son tour devenir membre du staff.

Ce programme thérapeutique est souvent assorti d'un travail permettant l'acquisition d'une formation professionnelle, d'un programme scolaire, mais aussi de services sociaux, pour aider le sujet dans ses différends avec la justice et dans la recherche d'un emploi et d'un logement à la sortie.

Dans la lignée du mouvement des Alcooliques Anonymes (A. A.), la toxicomanie n'est pas considérée comme une "maladie" mais comme un comportement lié à la globalité de l'individu. Le problème n'est pas la drogue mais la personne (Bourgeois, 1987).

Les C. T. considèrent les toxicomanes comme des patients présentant des troubles de la socialisation et donc nécessitant un traitement social. Leur toxicomanie est un symptôme et non l'essence d'un désordre et la désintoxication est une condition d'admission et non le but du traitement. Cette re-socialisation ne peut s'opérer que dans une structure résidentielle de long-séjour, à l'abri de toutes influences externes compétitives, avec comme "thérapeute" et éducateur la communauté, composée de personnels médicaux, paramédicaux, et surtout d'anciens patients ayant la fonction de modèle, c'est-à-dire d'individus qui reflètent le comportement, l'attitude, et les attentes de la communauté. Ils sont des modèles identificatoires d'une réhabilitation personnelle réussie. Leurs succès les habilitent à enseigner, sanctionner, servir de guide et d'autorité rationnelle avec comme buts l'abstinence à vie, la correction de l'activité antisociale, l'adoption d'un comportement productif et d'une identité sociale responsable et mature.

Les résidents vivent vingt-quatre heures sur vingt-quatre dans la communauté thérapeutique. Ils ne sont jamais seuls. Ils sont constamment occupés. Leurs comportements sont observés en permanence et commentés par les autres. Les communautés thérapeutiques sont très structurées, hiérarchisées, organisées. Les résidents sont répartis en plusieurs groupes ayant différentes tâches comme le nettoyage, la cuisine, l'administration, le jardinage, l'entretien de la maison, les animaux. Chaque groupe a un responsable à sa tête avec parfois un assistant. Les travaux ménagers, cuisine, lessive, nettoyage sont exécutés sous la direction des chefs de section et répétés inlassablement jusqu'à la perfection, moins par souci de propreté que pour réapprendre à respecter des règles.

Cette vie au sein de la communauté thérapeutique est intense, elle se fait dans un contexte de confrontation et d'exigence de résultats, par des efforts de discipline, de travail. Les journées sont très structurées afin d'éviter les moments d'ennui et d'oisiveté, moments propices aux préoccupations négatives qui dans le passé étaient associées à la toxicomanie. Elles sont censées permettre d'obtenir les satisfactions et gratifications d'une journée bien chargée avec l'accomplissement des travaux quotidiens. Un comportement productif est supposé remplacer un comportement auto-destructeur associé à la drogue. Les valeurs à l'honneur pendant le traitement sont l'honnêteté, la famille, le travail.

HISTOIRE ET DEVELOPPEMENT DES COMMUNAUTES THERAPEUTIQUES AMERICAINES

Synanon fut la première structure résidentielle pour toxicomanes créée aux Etats-Unis et eut une influence majeure sur le mouvement des communautés thérapeutiques. Synanon a été fondée en 1958 en Californie par Chuck Dederich, un ancien businessman membre des Alcooliques Anonymes (A. A.).

3 Il modifia les réunions des Alcooliques Anonymes qui se tenaient chez lui, en des séances qu'il nomma "Game", consistant en un travail sur l'émotionnel par des confrontations verbales des membres entre eux. Suivi par plusieurs membres, Dederich se sépara des Alcooliques Anonymes et fonda une communauté qu'il voulait en rupture avec la société. Leur objectif était de créer une société idéale et donc de vivre le plus possible en autarcie. Synanon fut une expérience sociale marquante : pas de propriété privée, pas d'argent, travail de 7 jours, suivi de 7 jours de temps libre, "game" dès qu'un conflit se présentait. Se réinsérer dans la société était considéré comme une trahison.

D'autres influences que celles des Alcooliques Anonymes sous-tendent la démarche de cette communauté comme celle de la contre-société (hostilité au pouvoir médical et psychiatrique et aux institutions traditionnelles), le behaviorisme et l'approche de C. Rogers. L'expérience, à l'époque était révolutionnaire du fait même qu'elle était organisée et dirigée par d'anciens toxicomanes sans le recours aux spécialistes.

Dans les années 60, cette institution se développa considérablement mais dégénéra par la suite en secte hostile au monde extérieur : son leader C. Dederich en vint à pratiquer des mariages forcés, à imposer des stérilisations, et les fugitifs étaient rattrapés...

Les communautés thérapeutiques qui se sont développées par la suite se sont inspirées directement du modèle Synanon.

Daytop, créée en 1963 à New-York par D. Deitch, un ex-toxicomane de Synanon, propose des séjours s'étalant de 18 mois à 2 ans. Une de ses particularités est de n'admettre en ses centres que des gens très motivés et d'insister sur la réinsertion sociale. Sous l'influence du Docteur Casriel, le psychodrame de Moréno fut introduit comme psychothérapie de groupe. Le programme Daytop s'est considérablement étendu, tant aux USA qu'en Europe (notamment les communautés thérapeutiques italiennes s'en sont largement inspirées)

Phoenix House, ouverte en 1967 à New-York fait partie des communautés thérapeutiques américaines les plus importantes. Elle offre un éventail de services conduisant à la réinsertion avec soins médicaux, assistance juridique, guidance familiale, formation professionnelle et recherche d'emploi. Les séjours durent généralement deux ans.

Satori, communauté résidentielle californienne créée en 1970 par un psychiatre, V. Zarcone, a pour particularité, contrairement aux autres, d'avoir un encadrement fortement professionnel (psychiatres, psychologues, infirmiers). Le programme dure entre 18 mois et 2 ans.

Portage, installée au Québec fut créée par un ancien de Daytop, J. J. Devlin. Ce centre est placé sous le contrôle d'un conseil d'administration qui s'assure du bon fonctionnement du programme. Les thérapeutes sont constitués d'ex-toxicomanes mais aussi de professionnels. Portage accueille un bon nombre de sujets sous placement judiciaire.

Depuis trente ans, les USA sont un pays fertile pour les communautés thérapeutiques. En 1991 (O'Brien, 1991) plus de 350 communautés existaient aux Etats-Unis avec presque toutes les variétés de communautés conçues spécialement pour les groupes ethniques, les enfants délinquants, les adolescents, les criminels, les chômeurs, les mères toxicomanes. Le Canada en possède une douzaine.

HISTOIRE ET DEVELOPPEMENT DES COMMUNAUTES THERAPEUTIQUES EN EUROPE

La génération actuelle de communautés thérapeutiques en Europe prend ses racines dans deux modèles différents, l'un en Europe (théorisé par M. Jones) dites communautés thérapeutiques démocratiques et l'autre aux USA avec les communautés thérapeutiques types Synanon et Daytop dites hiérarchiques ou programmatiques.

Maxwell Jones a été, dans l'Angleterre des années 40 et 50, à l'origine de communautés thérapeutiques organisées à l'intérieur des institutions psychiatriques comme solutions alternatives à l'hospitalisation pour les malades mentaux. Ces communautés permettaient de

4 mettre en place des procédures de décisions participatives, des thérapies de groupe, ouvraient l'institution à des catégories nouvelles de personnel (thérapeutes sociaux qui se formèrent sur le tas) et tentaient de réduire le pouvoir des médecins (pas de hiérarchie dominée par les médecins, tout le monde s'appelait par son prénom). Il s'agissait d'ouvrir des espaces démocratiques dans le milieu fermé et hiérarchisé de l'hôpital psychiatrique. Jones part de l'hypothèse que le patient possède un potentiel thérapeutique aussi bien pour lui même que pour les autres malades. Bien qu'il demeure "objet de soin" la communauté thérapeutique le transforme en "sujet soignant". Les patients décident avec le staff (des soignants) de l'application du projet thérapeutique et des règles de fonctionnement de l'institution.

L'objectif de Jones est de transformer l'organisation de l'hôpital pour que chaque individu (soignant ou soigné) puisse s'engager dans l'entreprise thérapeutique commune. A la différence des communautés thérapeutiques américaines hiérarchiques, le patient ne peut devenir membre du personnel encadrant (staff) qui est donc professionnalisé.

Bien que souvent très critiqué, le mouvement des communautés thérapeutiques a profondément influencé la psychothérapie institutionnelle et a permis certains développements de la psychiatrie sociale.

Les deux modèles, européens et américains, malgré leurs points communs essentiels, l'apprentissage de l'autonomie par le self help et la vie de groupe, ont des caractéristiques qui diffèrent :

- La culture européenne et des patients des hôpitaux psychiatriques des années 50 ont fait naître la communauté thérapeutique démocratique où l'encadrement (staff) est uniquement professionnel mais qui laisse les patients être les protagonistes de l'organisation de la vie institutionnelle et quotidienne.

- La culture américaine et la population de toxicomanes ont forgé le modèle de la communauté thérapeutique hiérarchique de Synanon (Californie, 1958) et Daytop (New York, 1962), dont le concept repose, en plus du self help, sur l'encadrement par d'anciens toxicomanes, des groupes d'expressions émotionnelles, des aspects de discipline quasi pénitentiaire (port de la salopette pour tous, cheveux rasés, systèmes de punitions et privilèges).

Avec l'apparition des "nouveaux toxicomanes" dans les années 70, les thérapeutes durent innover, chercher de nouvelles formules de traitements et se tournèrent vers la formule des communautés thérapeutiques. Ils se rendirent aux Etats-Unis pour visiter les communautés thérapeutiques américaines, mais, marqués par les idées anti-autoritaires et communautaires de 1968, jugèrent préférable d'implanter en Europe des communautés thérapeutiques démocratiques, le modèle américain par ses aspects coercitifs et éthiques soulevant de nombreuses contestations (notamment de la part des politiques et des médecins). Ian Christie fonda Alpha House en 1970 à Portsmouth en Angleterre suivie quelques mois plus tard par G. Edwards qui fonda Phoenix House à Londres (un américain ex-toxicomane et ancien gradué de Phoenix House New York devint son premier directeur). Emiliehoeve fut fondée en 1972 à La Hague en Néerlande et Coolmine près de Dublin, en Irlande. Au départ, le personnel encadrant n'était constitué que de professionnels. Après plusieurs mois de fonctionnement, ou plutôt de dysfonctionnement de l'avis des dirigeants, ces communautés thérapeutiques abandonnèrent le modèle démocratique pour adopter le modèle hiérarchique. Selon M. Jones (1986) lui même : "Il est évident que les communautés thérapeutiques programmatiques (hiérarchiques) sont infiniment plus efficaces pour un toxicomane que les communautés thérapeutiques démocratiques...Il y a peu de doute que pour un toxicomane, une communauté thérapeutique programmatique est le traitement de choix, au moins pour en finir avec l'habitude."

Des échanges se firent alors avec les USA et le Canada, les européens introduisirent les « *encounter group* » et apprirent à utiliser les résidents en fin de programme comme modèle pour les autres. Le personnel encadrant devint semi-professionnalisé, un ancien toxicomane pouvant devenir membre du staff.

5 Les C. T. se multiplièrent en Europe de l'ouest dans les années 70. Avec l'aide de Emiliehoeve, à La Hague, à Essenlaan, à Rotterdam furent créées les communautés de De Kiem et De Sleutel en Belgique. Des communautés s'implantèrent en Suède et en Suisse à Berne.

En 1976, le Centre Italien de Solidarité (C.E.I.S), organisme religieux dépendant du Vatican visita Emiliehoeve, puis Daytop New-York. Le CEIS est à l'origine de l'ampleur considérable qu'ont prise les C. T. en Italie.

Elles reposent sur un modèle largement imprégné d'une dimension religieuse, tant par la prise en compte d'une demande spirituelle dans la cure, que par ses personnels d'encadrement qui sont des membres du clergé (prêtres, religieuses), des fidèles formés par la communauté religieuse (composée essentiellement de parents d'ex-usagers assurant des fonctions d'encadrement à titre bénévole, ainsi que d'anciens toxicomanes convertis). Si les structures italiennes reposent sur le modèle du self-help et l'encadrement par d'anciens toxicomanes comme ses consœurs américaines, elles s'en distinguent par l'importante implication de la structure familiale et de l'église. En effet, elles doivent leur développement au soutien du Vatican qui a cédé des propriétés de ses diocèses pour leur installation et qui, de plus, a largement contribué à leur financement.

Le modèle italien s'est implanté dans certains continents comme l'Amérique du Sud (Argentine, Colombie, Equateur, Bolivie) et dans le Sud-Est Asiatique. L'Italie compte approximativement 300 000 toxicomanes. La communauté thérapeutique est le principal outil de prise en charge des toxicomanes, comprenant 20 000 lits, sur tout le territoire italien. Les communautés diffèrent les unes des autres par leurs statuts (public ou privé), par les idéologies présidant à leur création (religieuse ou non), par leur fonctionnement (plus ou moins bénévole).

A partir des années 80 des communautés thérapeutiques furent fondées dans tous les pays, excepté la France et le Danemark qui pour des raisons éthiques s'opposèrent à cette modalité thérapeutique.

Selon Mgr O'Brien, président de la Fédération Mondiale des Communautés Thérapeutiques, des C. T. étaient implantées en 1991 en Allemagne (28 centres de traitement Daytop), Suisse (12), Autriche (3), Grande Bretagne, Suède, Belgique, Pays Bas, Italie, Norvège, Pologne, Russie (2 centres, l'un à Riga, l'autre à Saint Petersburg), Espagne (dont 4 communautés formées par le CEIS italien), Grèce.

La plupart de ces C. T. sont en contact entre elles et sont fédérées en réseaux par la Fédération Mondiale des Communautés Thérapeutiques (WFTC) et par la Fédération Européenne des Communautés Thérapeutiques (EFTC). Ces fédérations organisent des conférences pour confronter les idées et les expériences. La première conférence de l'EFTC s'est tenue en 1982 en Suède, la dernière a eu lieu en 1995 en Grèce. De nombreux débats eurent lieu autour des modèles de communautés thérapeutiques démocratiques et hiérarchiques, la cohabitation des deux versions du self help étant difficile. Certains Européens, attachés aux valeurs humanistes et ayant encore en mémoire les images des folies autoritaires du Nazisme s'inquiétaient du "respect des personnes", de "l'obéissance aveugle", de la violence et des bienfaits émotionnels des « *encounter group* » et craignaient un "conditionnement comportementaliste". D'année en année, sur la base de l'expérience et de l'apprentissage par essais et erreurs, beaucoup de communautés thérapeutiques européennes initialement "démocratiques" ont fini par adopter le modèle "hiérarchique" de Daytop, en l'adaptant au contexte culturel (plus de salopette, ni de crâne rasé, plus de contrats pancartes) et en introduisant des psychothérapies individuelles et des thérapies familiales. De nouvelles thérapies ont cours dans les programmes telles que l'analyse transactionnelle, le cri primal, la bio-énergie, le psychodrame et les *bonding groups*.

DIFFERENTES TECHNIQUES THERAPEUTIQUES

- Encounter group

6 Ils sont essentiels dans les communautés thérapeutiques. Les principes de bases des "encounter group" ont été formulés à Synanon :

Le Task Force de l'APA (American Psychiatric Association) sur les « encounter group » (1970) les décrivait ainsi : 6 à 20 membres au maximum, interactions intensives en face à face, focalisation sur l'ici et maintenant, encouragement à la franchise, l'honnêteté, la confrontation interpersonnelle, les aveux complets, la décharge émotionnelle totale...

L'objectif est de briser les défenses des participants. L'attaque d'un groupe sur le comportement d'une personne est un moyen pour l'atteindre, la destabiliser.

Le chiffre optimal des membres est de 10 personnes, de trop grands groupes ne permettent pas de s'impliquer. Dans la plupart des communautés thérapeutiques, le rythme des séances est de trois par semaine, dont une séance spéciale réunissant par exemple seulement des hommes ou des femmes ou seulement des résidents au même stade du programme. La durée de chaque séance varie de une heure trente à deux heures. Dans la plupart des communautés thérapeutiques, la composition des groupes varie à chaque séance, ce qui permet d'aborder les mêmes questions selon un angle différent et d'apporter ainsi une nouvelle dynamique. La composition du groupe est décidée par le staff, en fonction de suggestions anonymes déposées dans une boîte aux lettres. Il y a en général deux personnes responsables par groupe, désignées par le staff. Ces responsables sont membres du staff ou sont des résidents achevant le programme. Ils participent pleinement et peuvent être attaqués au même titre que tout membre.

Les personnes sont confrontées une à une par les autres membres du groupe, le groupe se focalise sur une personne à la fois. Les confrontations durent de quelques minutes à une heure. Le sujet doit se défendre lui même, sans l'aide de quiconque.

Un des objectifs est de provoquer chez le sujet une décharge émotionnelle faisant office de catharsis. Le sujet est invité à crier car en faisant cela, il perd le besoin de faire ressentir ses émotions dans son comportement. Les séances peuvent être très impressionnantes. On y voit des toxicomanes hurler, trépigner, crier leur désarroi, avant de s'effondrer en larmes. Selon la formule en vigueur à Portage, ces psychodrames servent de soupape aux conflits latents et permettent en "nommant les conflits" de les maîtriser.

La peur de la violence impulsive est la principale raison pour que les résidents soient supposés rester assis sur une chaise pendant le temps de la séance. Dans les communautés thérapeutiques européennes, la tradition est de s'asseoir par terre sur un coussin. Lors d'accès de colère, le sujet doit l'extérioriser en criant ou en battant le coussin avec un baton. Ces groupes sont en général très bruyants.

La personne attaquée laisse exprimer sa peur, ses peines. On lui demande d'avoir un objectif pour changer son comportement. La réunion se termine en s'entreignant mutuellement. La personne attaquée est entourée chaleureusement par le groupe qui lui apporte son réconfort.

- Morning meeting

Chaque matin après le petit déjeuner, tous les résidents se réunissent. La réunion commence avec l'annonce des occupations pour la journée. Un résident nouvellement arrivé lit un texte concernant le règlement de la communauté. Un autre apporte les nouvelles internes de la communauté et des informations générales. Une discussion s'installe alors où chacun confronte ses opinions, dans la bonne humeur. Ces réunions se veulent chaleureuses et très vivantes et apportent beaucoup d'informations au staff sur l'ambiance qui règne au sein du groupe.

A la fin de la réunion, les membres se rendent à l'extérieur, forment un cercle en mettant leurs bras les uns autour des autres et poussent le cri de la communauté.

- Exercices physiques

- 7 Des exercices physiques quotidiens ont lieu tôt le matin, avant le petit déjeuner. Ils consistent en un footing ou parfois en des exercices en musique, type aérobic. Le sport est valorisé et considéré comme important aussi bien pour le corps que l'esprit. De temps à autre, ces exercices physiques sont remplacés par des séances de méditations, accompagnées de musique et de mouvements corporels.

- Séminaires

Chaque jour des séminaires ont pour objectif de faire réfléchir sur des sujets donnés. Des invités extérieurs (la famille notamment) peuvent être conviés. Les thèmes les plus souvent abordés concernent la philosophie de la communauté, la confiance, l'amitié, les préjugés. D'autres sujets sont sans implications (ex. : pourquoi une craie marque-t-elle sur un tableau) afin de laisser la discussion la plus libre possible.

- Bonding group

Les "Bonding group" ou "New Identity Groups" développés par Casriel sont une méthode pour résoudre les difficultés émotionnelles du passé de l'individu.

Les participants apprennent à surmonter leurs inhibitions, à changer les vieilles habitudes négatives apprises dans leur enfance en des attitudes positives. Tandis que les *Enconter Group* ciblent les comportements, les *Bonding Group* se focalisent sur les émotions et cognitions. Ces groupes ont lieu une fois par semaine et durent une heure au maximum.

- Haircut

C'est une réprimande verbale ritualisée s'appliquant à un résident ayant un comportement jugé négatif. L'objectif est de faire prendre conscience au sujet de son comportement déviant et de lui montrer la relation avec ses attitudes antérieures. On signifie au sujet ce qu'on attend de lui et ce qu'il doit changer. La réprimande verbale est signifiée par deux ou trois autres résidents qui restent assis devant le sujet qui lui doit rester debout. Il n'est pas autorisé à répondre. On lui demande d'écouter, son seul droit est de dire merci à la fin de la séance.

Chaque Haircut commence avec les mots "*c'est un haircut et le droit de répondre t'a été enlevé*". Le ton de la réprimande peut-être agressif, avec une voix solennel. Le comportement jugé négatif peut être ridiculisé, le sujet est dans la position d'un enfant par rapport à ses parents.

Les modalités du Haircut peuvent différer : il peut être donné en silence ou bien consister pour le sujet à se regarder dans une glace. Le haircut peut être collectif. Il n'a pas à être perçu comme une punition mais comme une expérience corrective.

- Expériences d'apprentissage

Une autre façon de faire intérioriser aux résidents leurs comportements négatifs est de leur assigner des expériences d'apprentissage. Si une faute est commise, le sujet peut être condamner à porter autour du cou une pancarte indiquant les raisons de sa condamnation telles que "je résiste, je ne fais pas confiance aux autres, aidez-moi" ou "je suis sans valeur".

Cette sanction qui peut durer huit jours a deux objectifs : rappeler au fautif qu'il doit s'amender, mais aussi inciter les autres pensionnaires à l'aider. Chaque résident que le sujet rencontre doit lui demander chaque jour pourquoi il porte cette pancarte. Cette mesure est souvent perçue comme humiliante pour les visiteurs de la communauté qui n'en comprennent pas la signification. La plupart des communautés thérapeutiques l'ont abandonnée pour la remplacer par des moyens plus discrets tels le port de badge ou une enveloppe fermée avec une phrase à l'intérieur.

D'autres méthodes d'apprentissage avec sanctions sont utilisées par certaines communautés thérapeutiques comme mettre un résident en pyjama ou l'isoler pendant quelques temps en l'envoyant camper à l'extérieur de la communauté pendant une semaine.

- 8 Un autre type d'apprentissage est d'envoyer les résidents en fin de programme, qui pensent ne plus avoir rien à redouter, dans l'endroit où ils vivaient avant leur entrée dans la communauté. L'expérience dure plusieurs jours, le résident peut réintégrer la Communauté prématurément, plusieurs contacts téléphoniques sont prévus à l'avance avec l'un des référents du centre.

UN EXEMPLE DE FONCTIONNEMENT D'UNE COMMUNAUTE THERAPEUTIQUE : PORTAGE

La communauté thérapeutique "Portage" établie dans la province de Québec, fut créée en 1973 par J. J. Devlin, un ancien de Daytop. Ses principes de fonctionnement ont été également influencés par Maxwell Jones.

Les thérapeutes sont composés d'anciens toxicomanes issus de la communauté thérapeutique mais aussi d'autres cliniciens de formations diverses, infirmiers, psychologues, travailleurs sociaux. Historiquement, dès sa création, l'objectif était la réintégration sociale totale des toxicomanes.

Ce centre est placé sous le contrôle d'un conseil d'administration qui s'assure que les programmes mis en place répondent aux exigences requises et que les fonds disponibles sont gérés efficacement.

L'apprentissage social est au centre de ce modèle thérapeutique et les intervenants ont comme premier rôle de servir de modèle. Le soutien des pairs, le climat de type familial et la prise en charge individuelle sont censés créer un environnement permettant aux membres d'évoluer selon leur propre rythme. Le programme s'adresse essentiellement à des toxicomanes aux opiacés. Le centre accueille un grand nombre de sujets sous placement judiciaire (environ 50 %).

Le programme

a) Critères et procédures d'admission

C'est au toxicomane de faire sa propre demande d'admission. Dans un premier temps, avant de se présenter au centre de traitement proprement dit, les sujets sont rencontrés pour faire une première évaluation de leur motivation et des problèmes rencontrés avec la toxicomanie. L'évaluation juge alors si le candidat répond aux critères d'admission qui requièrent, outre la motivation, le fait de ne pas avoir de comportement agressif ou violent et de ne pas avoir besoin de soins psychiatriques sur une base continue.

Le candidat est ensuite admis en externe, période de quelques jours où il fréquentera le point d'accueil en attente d'un lit disponible. Il passera des examens médicaux pendant cette période.

b) La phase résidentielle

1) Phase d'intégration

Pour une période d'environ de deux à quatre semaines, le sujet sera mêlé à un groupe qui est en train de s'initier au programme thérapeutique. Selon les responsables c'est pendant cette période que les membres acquièrent une motivation d'abstinence plus personnelle, se dégageant d'une démarche contraignante (Rappelons que Portage accueille des détenus et des sujets sous contrainte judiciaire). Pendant cette phase, le résident participe à toutes les activités communautaires et n'est pas autorisé à quitter le centre. Les seuls contacts permis avec l'extérieur le sont par le biais du courrier (à volonté) du téléphone (à raison de 3 appels de 15 minutes par semaine) et des visites de personnes autorisées.

2) La phase d'implication

Les résidents de cette phase sont appelés membres responsables. Ils sont en résidence depuis plus de 30 jours et généralement moins de 5 mois. Le sujet voit se diversifier la nature des responsabilités qui lui sont confiées et les attentes placées en lui. Il a maintenant accès à de nouveaux postes au sein de la communauté et a acquis la confiance qui lui permet de circuler seul dans les limites de la propriété de Portage. Il devra toutefois être accompagné s'il quitte le centre. Chaque résident doit assumer une tâche quotidienne qui, au début du traitement, se

- 9 limitera à des responsabilités primaires, tel l'entretien à tous les niveaux : ménage, peinture, cuisine, tenue des stocks, entretien des bâtiments... Pour ce qui est de la thérapie elle-même, la dynamique de groupe en est le principal outil. L'essentiel des interventions porte sur les relations inter-personnelles générées par la vie communautaire et la résolution des conflits qui en émergent.

Différentes sessions de groupes sont organisées, visant à amener le sujet à exprimer ses émotions. Il en existe différentes modalités :

* "Encounter groups" qui consistent à réunir les membres, et à les faire s'exprimer à tour de rôle sur le comportement des uns des autres.

* groupes de "réprimande" qui consistent à ramasser des remarques individuelles écrites par les résidents sur les dysfonctionnements de la communauté. Ces écrits sont par la suite examinés par le staff et rediscutés par les membres de la communauté.

* le "probe" ou la prise de conscience. Chaque individu, en mini groupe, au cours d'une longue rencontre, fait à tour de rôle son examen de conscience par rapport à son vécu à l'intérieur de la communauté.

* Des rencontres de groupes de parents sont organisées par les membres du staff. Elles ont pour objet de mieux faire comprendre à la famille le problème de la toxicomanie, et préparent celle-ci à la phase de réinsertion.

3) La phase d'engagement

Les membres de cette phase sont appelés vieux membres. Ils sont responsables de la gestion des activités communautaires de l'équipe à laquelle ils appartiennent et de l'animation des assemblées. Ils servent de modèles aux autres résidents. Le Chef de la communauté fait partie de ce groupe de pairs et est nommé avec l'assentiment de ce groupe et du personnel.

Les membres jouissent alors d'une relation de confiance avec la communauté et peuvent sortir seuls. Ils prennent en charge la communauté en l'absence du personnel et assument, conjointement avec ce dernier, la sécurité du centre.

Les différents groupes sont bien sûr toujours organisés, les membres se livrent à une auto-évaluation quotidienne et sont évalués périodiquement par leurs pairs. Puisque la dynamique de groupe et les relations inter-personnelles générées par la vie communautaire constituent la toile de fond de la plupart des interventions, chacune des décisions et des actions prises par les usagers sont sujettes à être communiquées et confrontées. Donc du lever au coucher, chaque résident est responsable de son comportement et de celui d'autrui. Toute cette démarche s'oriente autour de la responsabilisation de l'individu et du développement des aptitudes sociales. Chaque participant peut, à tout moment, se voir promu, acquérir de nouveaux privilèges ou avancer à la phase suivante du programme. De la même façon il peut être démis de ses fonctions, rétrogradé à la phase précédente ou privé de l'exercice de certains privilèges qu'il avait acquis. Toutes les décisions sont rendues par le groupe des pairs, sous la supervision de l'intervenant responsable du groupe.

En général, les membres achèvent la phase résidentielle après avoir séjourné dans la communauté pendant environ 8 mois.

c) La phase de réinsertion sociale

Les démarches sont entreprises dès la fin de la période résidentielle. Les séjours varient de quelques jours à deux mois, selon les besoins spécifiques de chaque individu. Un sujet est dans cette phase tant qu'il n'a pas d'emploi ou de formation et qu'il n'a pas de logement.

d) La phase de suivi post-cure

Elle dure 8 mois minimum. Elle est organisée sous forme de groupe de soutien.

EVALUATION THERAPEUTIQUE

Tous les auteurs s'accordent pour penser que le facteur de succès le plus constant est la longueur du temps du traitement (Condelli, 1994).

Les études montrent logiquement de meilleurs résultats pour les sujets qui sont allés au terme du programme thérapeutique par rapport à ceux qui l'ont abandonné prématurément. Néanmoins, en ne considérant que les sujets qui n'achèvent pas le programme il existe une relation entre le temps passé en traitement et l'amélioration observée (De Leon, 1984-1985; Holland, 1983). Au fur et à mesure que le séjour en communauté thérapeutique s'allonge, on voit et on objective l'amélioration de l'humeur, du sentiment d'adéquation, de l'estime de soi et de l'adaptation sociale.

De nombreuses communautés thérapeutiques ont essayé de connaître le devenir de leurs sujets, soit qu'ils aient terminé le programme thérapeutique, soit qu'ils l'aient quitté prématurément. Ces études, portant sur des échantillons de taille variable et d'une durée de suivi inégal, ont en général utilisé comme indicateur la prise des toxiques, la délinquance et l'adaptation sociale (obtention d'un emploi). Holland (1983), en reprenant 19 études publiées entre 1972 et 1982, retrouve 85 % de résultats positifs pour ceux qui avaient achevé le programme contre 20 % pour ceux qui l'avaient abandonné. Pour le paramètre prise de drogue, l'amélioration observée parmi les "gradués" était de 85 à 90% contre 25 à 40 % pour ceux qui étaient partis prématurément. 95 % des "gradués" n'avaient plus de difficultés judiciaires et un grand nombre avaient retrouvé un emploi. De Leon a fait la synthèse des résultats de onze études montrant que l'état des patients s'améliorait nettement par rapport au moment de leur entrée dans la communauté thérapeutique, que ce soit immédiatement à la fin du programme ou bien plus tard encore. Ceux qui avaient quitté le programme avant son terme rechutaient fréquemment, étaient moins bien réinsérés et menaient davantage d'activités délictueuses. Notons que pour ce qui concerne l'obtention d'un emploi à temps plein, un net effet positif des communautés thérapeutiques et des traitements ambulatoires a été noté chez les patients qui les ont subis au moins trois mois. A Phoenix House, le taux de succès pour les séjours inférieurs à un mois n'est que de 5 % et n'atteint pas les 10 % à deux mois, sans qu'il soit d'ailleurs possible d'attribuer ces succès à la communauté thérapeutique elle-même (une durée minimum de deux mois de séjour est généralement retenue pour envisager l'impact thérapeutique propre à la communauté thérapeutique).

Le taux de rétention est intéressant à connaître. La plupart des départs s'effectuent le premier mois. Winick (1980) constate qu'à 3 mois, plus de la moitié des résidents sont partis. Cependant, il apparaît que pour les sujets qui atteignent le début du quatrième mois, la probabilité pour qu'ils terminent entièrement le programme est de 0,50 (De Leon, 1984). En définitive, sur un an, le taux de rétention varie entre 8 et 25 %, selon les communautés thérapeutiques. Celles dont la capacité d'accueil est de moins de 100 résidents auraient un meilleur taux. La communauté thérapeutique du Centre Italien de Solidarité à Rome atteint 90 %. Cela est dû à ses particularités : longue phase d'admission, groupe ambulatoire, approche familiale. A Phoenix House, la participation de la famille aux séminaires pendant les premiers temps du séjour a permis de réduire significativement le taux d'abandon.

La recherche de facteurs prédictifs de succès n'a pu dégager que quelques tendances statistiques : l'ensemble des facteurs étant moins prédictifs de l'amélioration après traitement que la simple durée du traitement elle-même. De meilleurs résultats seraient obtenus avec des sujets dont la santé et les conditions de vie s'étaient dégradées, qui ont connus de nombreuses tentatives de sevrage et d'autres modes de traitements. Les variables socio-démographiques, l'âge, le sexe, la race n'influent pas sur le pronostic, bien que certaines études se contredisent. La sévérité des troubles psychiatriques en début de traitement serait un facteur d'échec (Holland, 1987). De Leon (1973) constate au MMPI un dysfonctionnement psychologique pour les sujets restant moins de 6 mois. Foureman et Parks (1981) retrouvent un score différent au

- 11 MMPI entre ceux qui restent plus ou moins de 20 jours. De même, l'absence d'amélioration du bien être psychologique des patients est généralement associée à un abandon rapide du traitement. Dans une autre étude, une comparaison a été effectuée entre 118 sujets traités dans une communauté thérapeutique et 154 sujets traités dans un programme à la méthadone, et suivis six mois. Le groupe traité dans la communauté thérapeutique a vu son état s'aggraver avec des durées de traitement plus longues, suggérant ainsi une inversion de la relation durée du traitement-amélioration pour ces sujets, dans ce programme thérapeutique particulier. Les auteurs ont conclu à l'inadaptation de cette approche thérapeutique pour des sujets ayant des difficultés psychologiques (Mc Lellan, 1984).

Pour Ravndal (1991) la rétention serait en rapport avec les capacités du sujet à nouer des liens avec d'autres membres, d'exprimer publiquement ses sentiments, et de tolérer les confrontations hétéro-agressives. Les résidents considérant la toxicomanie comme une maladie resteraient moins longtemps. L'importance des activités délictueuses dans le passé est associée à un abandon rapide.

Les communautés thérapeutiques américaines ont accueilli dès leur début des sujets envoyés par la justice. A Phoenix House, près de 40 % des admis en 1970 étaient sous contrainte légale, cette proportion baissant à 20 % en 1985 (De Leon, 1987). En général les résidents sous contrainte légale restent plus longtemps en traitement.

En définitive, aucun profil caractéristique des sujets adhérant au programme thérapeutique n'a pu être dégagé. La question du savoir si le succès dépend de la durée du traitement ou vice-versa de la prédisposition des sujets à rester en traitement se présente jusqu'à maintenant sans solution (Gori, 1986). Lert et Fombonne (1989) constataient que quelque soit l'approche thérapeutique (communautés thérapeutiques, cure de maintenance à la méthadone, traitement ambulatoire) le temps passé en traitement apparaît associé aux meilleurs résultats, ce qui leur a permis de suggérer que la motivation du sujet à changer et à se soigner serait peut être le facteur le plus important.

LES GROUPES D'AUTO-SUPPORT : LES NARCOTIQUES ANONYMES

Ce modèle calqué sur le mouvement des **Alcooliques Anonymes**, présente de fortes parentés avec les communautés thérapeutiques : traitement prenant le comportement pathologique comme objet, soutien par le groupe des pairs. Mais alors que les communautés thérapeutiques s'appuient sur les ressources de l'espace clos et de la rupture avec la vie ordinaire, c'est dans la cité que les **Narcotiques Anonymes** déploient son réseau d'auto-soutien.

Les Narcotiques Anonymes ont été l'objet de très peu d'études, en France tout au moins. Une intéressante approche sociologique a été effectuée par R. Castel et Coll. (1992) dans leur rapport sur "Les sorties de la toxicomanie : types, trajectoires, tonalités"

1) Présentation

Les Narcotiques Anonymes ont été fondés en 1953 à Los Angeles en Californie. Quelques toxicomanes ayant trouvé de l'aide chez les Alcooliques Anonymes décidèrent d'adapter ce programme à leurs besoins spécifiques. Pendant plusieurs années, l'association s'est développée lentement, touchant les autres grandes villes américaines, puis l'Australie dans les années 1970.

Elle a pris son plein essor à partir des années 1980, plusieurs milliers de groupe fonctionnant aujourd'hui de par le monde (Brésil, Colombie, Allemagne, Inde, Irlande, Japon, Nouvelle-Zélande, Angleterre...)

En France, la première réunion Narcotiques Anonymes s'est tenue à Paris en 1984. Actuellement, en 1996 chaque semaine, quarante et une réunions se déroulent dans la région parisienne, dont quatre en langue anglaise. Elles sont fréquentées selon les estimations par 500 à 600 personnes. Des groupes se sont également créés dans plusieurs villes de province telles

- 12 Nice, Lille, Marseille, Schorbach, Nancy. Des permanences d'information sont régulièrement organisées dans les institutions spécialisées, surtout en milieu hospitalier.

Les Narcotiques Anonymes s'adressent à toute personne ayant un problème de drogue, quelles que soient la ou les drogues consommées. Le programme de rétablissement de Narcotiques Anonymes propose d'entreprendre une série de démarches personnelles. Pour cela sont organisées des réunions où chaque participant partage sa propre expérience de la toxicomanie et de son vécu avec les autres. Chaque réunion commence inmanquablement à une heure donnée et se termine une heure et demi après. Il est conseillé, durant les premiers temps de la cure, de participer à une réunion au moins par jour, et ceci pendant quatre-vingt dix jours.

Une réunion des Narcotiques Anonymes se déroule selon un rituel invariable : la séance commence par un très rapide tour de table où chacun se présente, selon une formule consacrée : "Bonjour, je m'appelle (prénom) et je suis dépendant". Puis, dans l'ordre, sont intégralement rappelées les "douze traditions" puis les "douze étapes". Un thème, généralement repris d'une des "douze étapes", est annoncé, celui sur lequel, en principe, les participants vont intervenir. Chacun peut alors prendre la parole. Tout paraît possible : l'intervention peut prendre la forme du témoignage personnel ou du commentaire. C'est le modérateur qui inscrit les demandes de parole et les donne aux participants. Lorsque quelqu'un intervient, personne ne le coupe ; la réunion ne se déroule pas toujours dans le silence total, au contraire, l'assemblée se manifeste par des rires ou des exclamations. Il s'agit de mettre en mot ses états d'âme, ses sentiments, ses échecs ou ses réussites, ses bonnes ou ses mauvaises volontés, et d'en faire partager l'assemblée. S'il y a lieu, le modérateur énumère ensuite les informations concernant l'activité de l'association. Puis il rappelle la "septième tradition" :

"Chaque groupe Narcotiques Anonymes devra subvenir entièrement à ses besoins et refuser toute contribution de l'extérieur".

Il invite, par la même, l'assemblée à donner son obole, ces fonds servant à payer les locations des salles qui sont généralement louées à des paroisses, lieux de cultes ou oeuvres caritatives. La séance est alors levée. L'assemblée se forme en chaîne, bras sur épaule, pour réciter la "prière de la Sérénité" :

« Mon Dieu, donnez-moi la Sérénité d'accepter les choses que je ne puis changer, le courage de changer les choses que je peux et la Sagesse d'en connaître la différence".

Ensuite tout le monde se déchaîne en criant avec enthousiasme un "*OK, ça marche.*"

Les réunions peuvent être "ouvertes", ce qui veut dire que n'importe qui peut y assister, ou "fermées", ce qui signifie que seules les personnes ayant un problème de drogue peuvent y participer. Ces réunions font un peu office de thérapie de groupe, mais qu'il faut qualifier de sauvages, dans la mesure où elles ne sont encadrées par aucun professionnel, médecin ou psychiatre.

Les Narcotiques Anonymes ne comportent aucune structure d'autorité hiérarchique. Chaque groupe est autonome mais fonctionne sur la base de traditions communes à tout le mouvement, principes qui sont stipulés dans les publications de l'association.

Les Narcotiques Anonymes ne prennent pas position en tant qu'association sur des sujets extérieurs à son activité. Narcotiques Anonymes n'expriment aucune opinion, qu'elles soient pour ou contre, sur des problèmes civils, sociaux, médicaux, légaux ou religieux. L'association ne prend même aucune position sur des sujets en rapport avec la consommation de drogue tels que la légalisation ou la pénalisation de la drogue, la prostitution, le sida ou la distribution gratuite de seringues.

Les Narcotiques Anonymes s'adressent aussi bien aux sujets consommateurs d'héroïnes, de haschich ou de médicaments. Il n'y a aucun droit d'inscription ni de cotisation à Narcotiques Anonymes. La plupart des membres contribuent régulièrement, par de petites sommes, dans les réunions de chaque groupe, mais les contributions ne sont pas obligatoires. Il n'est jamais fait appel à des fonds extérieurs. Par ailleurs, les Narcotiques Anonymes ne tiennent aucune liste de ses membres, aucun registre de présence. L'association ne procure en aucune façon de

- 13 service juridique, financier, psychiatrique ou médical. Aucun thérapeute professionnel n'y travaille et elle ne possède aucun centre d'accueil ou de traitement. Les Narcotiques Anonymes n'ont aucune opinion sur comment "décrocher". Tout est fonction des types de produits consommés. Toutefois, les Narcotiques Anonymes se méfient des médicaments et préconisent des thérapeutiques douces (bains, tisanes), et surtout le soutien des autres membres.

2) Le "programme"

Ce modèle tire une modification radicale de comportement en forgeant une nouvelle conception de soi et du rapport aux autres .

Le programme de Narcotiques Anonymes propose une approche spirituelle. Ce terme est utilisé dépourvu de sens philosophique ou métaphysique. Narcotiques Anonymes en tant que tel sont non religieux, mais encouragent chaque membre à cultiver sa propre compréhension, religieuse ou non, de l'éveil spirituel.

Dans un compréhensible soucis d'œcuménisme, la notion de puissance supérieure nommée Dieu, ne fait pas référence à une entité religieuse spécifique, elle en appelle à une puissance extérieure à soi, à sa propre volonté. Ce principe ne doit pas forcément être de nature mystique. Souvent c'est simplement le groupe de Narcotiques Anonymes qui est la puissance supérieure : ce sont les pairs qui aident effectivement.

Les "douze étapes" marquent le cheminement du dépendant vers le rétablissement : admettre sa dépendance, s'en remettre à une puissance supérieure, telle que chacun la conçoit, c'est procéder à un inventaire moral de soi, reconnaître ses torts, faire amende honorable à l'égard des personnes que l'on a pu léser. Ces étapes mettent en oeuvre des qualités morales comme l'honnêteté, l'ouverture d'esprit, la bonne volonté, dont l'application doit conduire à un réveil spirituel et à la maîtrise de la dépendance. Le "programme" doit permettre aux dépendants de mettre en place un nouveau mode de vie et une autre conception du monde.

3) La dépendance

Les Narcotiques Anonymes considèrent la toxicomanie comme une maladie de la dépendance. La dépendance est envisagée comme une maladie physique (incapacité de s'arrêter après avoir commencé), mentale (désir insurmontable de consommer, même si cela détruit l'existence) et spirituelle (égoïsme ou impression de pouvoir s'arrêter en dépit de l'évidence du contraire). C'est une maladie incurable (comme le diabète), sa progression peut être arrêtée ; le rétablissement est possible, mais non la guérison.

Les Narcotiques Anonymes encouragent donc ses membres à observer une abstinence complète de toute drogue, alcool inclus (toutefois, les Narcotiques Anonymes ne prennent pas position concernant l'utilisation de médicaments prescrits par des médecins)."La dépendance est une maladie du comportement qui englobe un problème de drogue mais qui est essentiellement un problème de comportement. Nous sommes impuissants, non seulement devant la drogue mais aussi devant notre dépendance et nous avons perdu la maîtrise de notre vie."

La dépendance affectant tous les domaines de la vie, ce n'est pas seulement le comportement lié à la drogue qu'il faut changer, mais le comportement général.

4) La thérapie par le groupe

L'entraide représente le fond thérapeutique du programme. Le groupe évite l'isolement total et apporte amitié, chaleur humaine. Dès l'arrivée d'un nouveau membre, il est de règle de proposer son numéro de téléphone. Geste symbolique de fraternité, mais aussi moyen d'intervention et de contact le plus efficace pour répondre aux appels d'urgence lors des crises d'angoisse, des risques de rechutes, ou simplement pour parler de ses problèmes quotidiens avec son "parrain", autre dépendant plus avancé dans son rétablissement, sorte d'interlocuteur privilégié qui intervient en complément du groupe, et qui joue surtout le rôle de confident et de guide au long des "douze étapes". L'aide est apportée par téléphone, mais si besoin est, la décroche peut-être facilitée par une présence physique constante des autres membres.

5) L'identification aux pairs

L'identification ne se fait pas uniquement par rapport au comportement toxicomane mais aussi par référence au comportement dans la vie en général. L'identification est favorisée par une doctrine qui recommande de s'attacher aux ressemblances entre les membres plutôt qu'aux différences.

LE PATRIARCHE

Il existe, en France, une nébuleuse de communautés thérapeutiques qui prennent en charge des personnes en situation de détresse, et notamment des toxicomanes. En marge des institutions spécialisées en toxicomanie et non reconnue par les instances officielles, ces communautés sont souvent très contestées. Isolées, sans appartenir à des réseaux nationaux ou internationaux, le projet thérapeutique se résumant souvent à la vie et au travail en commun.

Avec 67 centres permettant d'accueillir 2500 pensionnaires (dont 1500 à 2000 nationaux-chiffre 1991) Le Patriarche constitue la plus grande institution d'accueil des toxicomanes du territoire français (en comparaison le nombre de places spécialisées, en post cure, agréées par l'Etat est, en France, de 1057 en 1995)

C'est aussi celui qui suscite les polémiques les plus nombreuses. Très controversé, reconnu comme secte dans le rapport de la commission d'enquête parlementaire sur le phénomène sectaire (Rapport Guyard), Le Patriarche n'est ni admis au sein de l'EFTC (Fédération Européenne des Communautés Thérapeutiques) ni au sein de l'ANIT (Association Nationale d'Intervenant en Toxicomanie).

Présentation

L'association du Patriarche, dont le premier centre, La Boère, en Haute-Garonne, a ouvert en 1971, s'est considérablement développé en marge des instances officielles, et a implanté ses différentes structures dans de nombreux pays. En Europe, notamment l'Espagne (72 centres), le Portugal (17 centres), l'Italie, mais aussi l'Amérique : Nicaragua (12 centres), Mexique, U.S.A. et Canada (Castel et Coll., 1992).

Ces établissements diffèrent selon leur taille et leur fonction. L'association distingue :

- Les centres de sevrage et de "réhabilitation". Ces établissements, situés en milieu rural, rassemblent de 40 à 200 pensionnaires, totalisant une capacité d'hébergement de plus de 2000 places.
- Les structures de petites capacités d'hébergement, situées au cœur des grandes villes, dans des cités dites "à problèmes" ; elles accueillent de 5 à 20 pensionnaires.

L'association s'efforce de vivre sur un mode autarcique, en auto-gestion. Elle déploie des stratégies d'auto-financement en récoltant des dons au moyen de campagnes de sensibilisation auprès de la population (en particuliers, clubs : Rotary, Lions club), en sollicitant les membres eux-mêmes ou leurs familles (ainsi, il est demandé à chaque membre de contribuer au financement de son séjour, toutefois tout sujet est accepté, même s'il est dénué de ressources financières).

L'association doit continuellement s'affronter au rejet par l'administration des Affaires Sanitaires et Sociales de ces demandes d'extension et d'agrément et, n'en tenant pas compte, s'affranchit des tutelles administratives. Les réticences des pouvoirs publics concernent les détournements de la réglementation : refus de l'encadrement professionnel et maintien d'une prise en charge par d'anciens toxicomanes comme personnels d'encadrement exclusifs,

15 dépassements constants de la capacité des établissements, ouverture de centres en France et à l'étranger sans l'accord des autorités de tutelle.

La situation en France est assez spécifique, et dans les pays étrangers, notamment en Espagne, l'association reçoit un financement public pour ses centres.

Le Patriarche promeut une prise en charge par d'anciens toxicomanes exclusivement. La logique institutionnelle de l'association participe d'une conception particulière du phénomène drogue qui repose sur l'idée que l'usage de produits stupéfiants par les sujets ne renvoie pas à une psycho-pathologie singulière, mais relève plutôt d'une conduite sociale. L'association récuse la définition clinique de la toxicomanie et de la dépendance. Ainsi, elle s'oppose à l'idée selon laquelle la médecine aurait une quelconque compétence dans la prise en charge. Le discours est ouvertement anti-médical et anti-psychiatrique.

Dans ses fondements, ce modèle intègre l'ancien toxicomane comme seul personnel d'encadrement, tant en ce qui concerne le sevrage que l'organisation de la vie quotidienne du groupe. Ce sont des ex-toxicomanes ayant une relative ancienneté dans la communauté qui assurent la prise en charge des entrants, les décisions relatives à la vie communautaire, les services d'admission et d'information extérieures. Les toxicomanes sont responsabilisés au maximum par le biais d'une mini-société largement régie par eux-mêmes.

Le refus de voir un corps de professionnels occuper une position de thérapeute permanent ou administratif ne signifie pas que l'association n'accepte aucun intervenant extérieur, puisque des praticiens sont invités à consulter lorsque certains aspects du soin nécessitent d'autres compétences. Au centre de La Mothe, un "espace de soins et de santé" a été aménagé pour le suivi médical des porteurs du virus du sida. Ce suivi est assuré par des soignants de l'unité de l'hospitalisation à domicile de l'hôpital Purpan (Toulouse) et régulièrement par des étudiants en médecine et des élèves infirmiers qui viennent y faire des stages.

L'association est dominée par la figure de son fondateur et actuel dirigeant, Lucien J Engelmajer, affectueusement nommé Lucien par les membres. Véritable leader charismatique de la communauté, il est vénéré par les membres. *"Il n'y a que lui qui nous ait compris."* Ces photos (le montrant digne et protecteur, avec sa grande barbe blanche) sont partout, un appartement lui est réservé dans chaque centre, ses écrits (et notamment de nombreux livres de poèmes mais aussi bien des livres sur la toxicomanie, sur sa vie) sont lus et étudiés. A l'intérieur de l'association, son poids écrasant fait de lui une sorte de gourou, prônant une morale de l'effort, de l'honnêteté, et de l'engagement. A l'extérieur de l'association, il est très controversé et accusé de nombreux maux (financiers, sexuels etc.). Ce missionnaire laï que, guide spirituel de la communauté, entretient des rapports conflictuels avec tous ceux qui ne reconnaissent pas ses méthodes. Opposant farouche aux programmes méthadone, à la légalisation des drogues, aux échanges de seringues, bataillant contre l'anonymat des séropositifs, il tient un discours de combat, se situe toujours en position de persécuté et se déclare, en toute occasion, enfermé par la presse "dans un ghetto de silence". Ainsi, dans une lettre ouverte, parue dans le journal de l'association Antitox (n° 59) :

"Les toxicos sortis de l'enfer de la drogue, prostitution, délinquance, folie doivent devenir, par l'exemple et par le message, des serviteurs sociaux de l'Univers (...) mais voilà, pour avoir trouvé le moyen de transformer les pires destructeurs de la société - à commencer par eux-mêmes - en constructeurs, bâtisseurs d'avenir, de bonheur, de solidarité, transformer les prosélytes pro-drogue en militants anti-drogue à 70 % des cas traités., pour avoir créé cela, je suis devenu le bouc-émissaire général et particulier des organismes juifs, chrétiens, d'autres églises des socialos francs-maçons unis aux prêtres chrétiens (...) une censure totale, impitoyable s'est abattue sur nous, sur moi. Censure presque totale de gauche, de droite, du centre et autres média (...) Aucun régime totalitaire n'avait réuni cela de manière aussi complète (...) J'ai oublié qu'il faut faire parti d'un groupe idéologique ou politique, religieux, ou secte même, comme on en a souvent accusé les Francs-Maçons du Grand Orient."

L'admission au Patriarche ne suppose ni sélection, ni motivation explicite et s'effectue très rapidement, en quelques jours, parfois sur le champ, les formalités administratives peuvent se régler à posteriori, dans le cours du séjour.

16 Il est demandé une séparation physique et affective tout aussi radicale du toxicomane avec ses attaches antérieures pendant plusieurs semaines. Lors de son entrée dans l'association, le protocole est expliqué au sujet. On lui demande de signer un contrat qui lie son admission à la durée du traitement (plusieurs semaines). Le sujet n'a plus de possibilités de quitter le centre où il est affecté en cours de sevrage, et il y est maintenu, si besoin est, par la force.

Cette période de sevrage s'effectue dans certains centres spécialement équipés pour ce type de prise en charge, et qui sont par principe éloignés géographiquement du lieu de résidence du toxicomane.

La cure consiste à découvrir un nouveau rythme de vie et à se couler dans un système de normes imposées et contrôlées par la communauté. Tout doit concourir à faire retrouver sa forme, ses capacités, son cycle de vie normal à l'ancien drogué, tout en lui faisant prendre part aux activités communes auxquelles, dès qu'il est sevré, il est tenu de participer. Cette cure se déroule en plusieurs lieux : en premier pour le sevrage, puis le sujet est envoyé en fonction de ses goûts et des besoins de l'association, successivement dans différents centres pour des périodes de quelques mois

L'implication active dans le programme thérapeutique, comme dans le projet collectif de l'association, matérialise l'insertion "positive" et "réussie" de l'ancien toxicomane dans la communauté. L'encadrement, la prise en charge des autres sont des implications auxquelles sont conférées des fonctions restauratrices. Le toxicomane qui vient juste d'être sevré est donc rapidement sollicité pour s'occuper des autres. En cela, l'encadrement fonctionne lui-même comme phase thérapeutique dans la cure. Devenu initié, le sevré prend la fonction de "toxicothérapeute" au sein de la communauté. On l'engage ainsi à se responsabiliser à l'égard des autres mais aussi de lui-même.

L'un des sujets sur lequel l'action du Patriarce est la plus controversée est la question de la réinsertion de ses membres. En effet, à long terme, l'objectif n'est pas la réinsertion sociale dans la société, mais la réinsertion sociale à l'intérieur même de l'association. Un sujet peut passer sa vie au Patriarce s'il le désire. Aucun objectif ultime n'est fixé à la cure, et aucune date limite de séjour dans les centres. Il existe une certaine pression morale de la part de la communauté : tout départ est considéré comme lâchage. Un patient doit rendre ce qu'on lui apporte, c'est-à-dire qu'il doit à son tour aider les autres, devenir cadre de l'association.

Ainsi décider de partir prend du temps, demande réflexion car cela réclame de pouvoir imposer sa détermination à la collectivité. Il faut avoir la force de surmonter une longue négociation. Malgré ces contraintes, très critiquables et peu acceptables sur le plan éthique, il convient de relativiser : ceux qui restent au Patriarce au delà de cinq ans ne représentent que 1% de l'effectif global, 80% des toxicomanes en partent au bout de neuf à dix mois selon l'association.

Il n'est pas dans notre propos de juger l'action du Patriarce mais laissons la conclusion au rapport dirigé par R. Castel pour le Ministère des Affaires Sociales sur les "sorties de la toxicomanie" (1992) :

"Tout se passe comme si, sans qu'on le reconnaisse explicitement, l'existence du Patriarce permettait de résoudre à un moindre coût - social, politique et économique - les problèmes d'un certain nombre de laissés-pour-compte dont la prise en charge par le système médical classique exigerait des ressources considérables : toxicomanes graves, malades du sida, fins de droits, étrangers, etc."

COMMUNAUTES THERAPEUTIQUES ET SECTES

L'expérience malheureuse de l'institution-modèle, SYNANON - fondée en 1958 en Californie par Chuck Dederich - illustre le danger de dérive en autarcie : centré sur la tyrannie de son leader, Synanon a dégénéré en secte hostile au monde extérieur et en vint à pratiquer des mariages forcés, des stérilisations imposées.

Son développement croissant au cours des années 70 - jusqu'à 10 000 personnes -, lui permit de créer ses propres écoles et d'acquérir des avions, une flotte de véhicules et de nombreux

17 biens immobiliers : tout ce qu'il faut pour se constituer en mini société, le but étant l'auto-suffisance dans une réelle (et "bonne") contre-société, par opposition à un monde extérieur, perçu comme dangereux et corrupteur. Cette auto-suffisance suscita la mise en place d'un système clos, dépendant d'un leader charismatique, lui même devenu, avec le temps, obsédé par le pouvoir dans son désir de contrôle absolu de la communauté : il fallait qu'on lui obéisse tandis que toute forme de questionnement de son autorité était ressentie comme une attaque personnelle, une contestation de son autorité. L'escalade despotique fut la suivante : Dederich a cessé de fumer, la cigarette fut alors bannie de Synanon. Il a jugé bon de modifier sa diète : il a promulgué des décrets sur la modification des habitudes alimentaires pour tous. Il a décidé qu'il fallait contrôler les naissances : ce furent les vasectomies obligatoires pour les hommes et les avortements forcés pour les femmes. A la mort de sa troisième femme, il a exigé que tous les membres de la communauté changent de partenaires sexuels, procédant, comme dans les marchés d'esclaves, à la mise aux enchères des hommes et des femmes (Nadeau, 1991). Synanon en était venu à utiliser des expédients de plus en plus violents pour assurer l'ordre communautaire et empêcher les départs : l'institution s'arma, son leader dissuada les membres même "guéris" de quitter la communauté, les fugueurs considérés comme des déserteurs ou des traîtres pouvaient être battus, soumis à toutes sortes de mauvais traitements, voire séquestrés. La lutte contre les ennemis extérieurs et intérieurs prenait de plus en plus de temps, les séances de groupe se muiaient en conseil de discipline (Delile, 1994). En 1978, Dederich en vint à faire déposer un serpent venimeux dans la boîte postale d'un membre dissident.

La dérive de Synanon, depuis une structure démocratique jusqu'à une forme d'institution autocratique, n'est pas isolée : ainsi beaucoup d'institutions comme DAYTOP, mirent sur pied un service de surveillance contrôlant le service extérieur de hauts-parleurs, le téléphone, les entrées et les sorties, et organisant des rondes une fois par heure dans toute l'institution (Barrière et Cormier, 1976). Au terme d'un procès qui s'est déroulé aux Etats-Unis au printemps 1983, 220 000 dollars de dommages et intérêts ont dû être versés à un jeune homme parce qu'il "avait été maintenu de force" dans un centre pour toxicomane, dans le cadre de la technique de traitement pratiquée par cette institution.

Certaines communautés se rattachent directement au mouvement sectaire. Ainsi en est-il de Narconon, filiale de l'Eglise de Scientologie, fondée par R. Hubbard. Ce programme s'inspire de la Dianétique, "science moderne de la santé mentale", et propose un programme de "purification" afin de "permettre à l'homme de jouir de toutes ses capacités pour agir tant sur le plan physique que spirituel". La finalité de Narconon est "d'extirper la drogue de cette civilisation dans le monde entier". Depuis sa création en 1966 dans un pénitencier de l'Arizona, de nombreux centres se sont installés aux Etats-Unis, au Canada, au Mexique et en Europe (Italie, Suède, Espagne, Allemagne, Belgique, Pays-Bas, France). Le premier centre français a ouvert en 1977 près de Compiègne, suivi quelques années plus tard par deux autres. L'Eglise de Scientologie fait régulièrement parler d'elle en France et montre un prosélytisme très actif.

La Coercition

En Amérique du Nord, ces expériences inacceptables ont fait se poser des questions de déontologie concernant les communautés thérapeutiques, et ont notamment remis en question les problèmes de la coercition que de nombreux centres justifient au nom des nécessités thérapeutiques.

Le recours à des pratiques coercitives est souvent justifié par la nécessité du maintien en traitement, le facteur de succès le plus constant étant en effet la longueur du temps du traitement.

Deitch (1985), fondateur et directeur de *Phoenix House*, respectueux des principes éthiques, rappelle que le premier temps du traitement consiste à obtenir du patient une attitude de soumission et que :

18 "Les pressions contraignantes extérieures qui incitent le client à ne pas abandonner le traitement sont utiles et permettent que s'établissent un lien, une dépendance et un transfert. Le traitement des troubles de la personnalité et même de certains troubles psychiatriques, nécessite absolument le recours à certains éléments coercitifs en vue de lever les réactions de défense et de favoriser un contrôle des impulsions."

Sur le plan pratique, la coercition est entendue dans les communautés thérapeutiques aux USA comme un ensemble de mesures permettant la modification du comportement. Les plus communes vont de la privation d'un privilège, jusqu'à l'exigence que le patient reste pendant des heures, voire des jours, assis à l'écart à méditer sur le méfait qu'il aurait commis. La communauté thérapeutique formule quelques demandes précises auxquelles il est impératif de se plier. Le point critique, c'est la nature des sanctions. La sanction de loin la plus courante est la soumission de l'individu aux vociférations de ses compagnons qui lui reprochent son manquement aux règles et lui démontrent en quoi son attitude s'apparente à ses anciens comportements auto-destructeurs. Ceci peut aller jusqu'à une confrontation de l'individu à un large groupe de ses pairs et du staff, au cours duquel on dénigrera avec force détails sa résistance et son insoumission. Cependant le recours ultime n'est pas l'isolement de l'individu, mais son renvoi de la communauté thérapeutique (Deitch 1985).

Ces pratiques ont de quoi étonner les cliniciens français, très réfractaires à ce genre de mesures. Rappelons quand même que certaines contraintes sont exigées à l'égard des toxicomanes hospitalisés pour sevrage : "contrat" avec isolement, exclusion en cas de transgression à certaines règles institutionnelles.

Deitch (1985) a énoncé certains critères immuables pour empêcher les dérives de ces pratiques:

- Le patient doit toujours être libre de s'engager ou non dans le traitement et de le quitter à son gré. Deitch insiste sur la notion de porte ouverte, sur le fait que le client est libre d'accepter le programme ou d'être placé devant une alternative. Mais il n'exclut pas la vertu positive de fortes pressions -judiciaires ou familiales -, exercées sur le patient pour qu'il entreprenne le traitement et qu'il s'y tienne.

- Principes de non violence ("les stratégies de modification du comportement doivent se baser sur le potentiel psychique de l'individu et non sur la force physique"). Deitch appuie cette prise de position non pas sur un fondement éthique mais sur le fait que la majorité des études a montré que les changements ne sont pas intégrés à la personnalité et ne se maintiennent pas après la cure lorsqu'ils ont été obtenus "par une contrainte physique".

La dérive sectaire

L'ensemble des communautés thérapeutiques, fondées sur une logique de récompenses-punitions, un rejet du monde extérieur, et un contrôle permanent de l'individu par le groupe, présentent des conditions favorables pour dériver en secte.

L. Nadeau (1993), ancienne directrice du programme de Portage, s'est penchée sur les possibles similitudes entre communautés thérapeutiques et sectes :

Le leader autocratique

Les sectes, comme certaines communautés thérapeutiques, ont des leaders charismatiques qui servent de modèles et de catalyseurs, aussi bien au staff qu'aux patients. Il peut s'opérer une dépendance totale vis-à-vis d'un leader charismatique. L'exercice de l'autorité passe par la subordination des membres de la communauté et s'exerce d'abord par l'intimidation, ensuite par la coercition, et enfin par la violence. La fonction symbolique paternelle du gourou, en l'occurrence Dederich pour Synanon, lui permet d'être perçu comme omniscient et infallible, détenteur de vérité et de sagesse absolues.

La règle du secret et l'autarcie

- 19 Un bon nombre de communautés thérapeutiques pour toxicomanes nord américaines constituent des lieux plus ou moins fermés, rejoignant les sectes qui opèrent en secret. La communauté thérapeutique rejoint la secte dans le sens où elle constitue un laboratoire où toutes les contingences de l'environnement sont contrôlées.

La fragilité particulière des toxicomanes :

L. Nadeau s'interroge pour comprendre comment les membres de la communauté thérapeutique de Synanon ont pu se laisser ainsi déposséder de leur liberté, sans trouver ni en eux-mêmes, ni dans le groupe, les ressources nécessaires pour s'opposer à la volonté de Dederich. Elle voit chez les membres des sectes, comme chez certains toxicomanes, un grand besoin de dépendance et de passion (au sens étymologique du terme : celle qui, comme dans la passion du Christ, est une relation que l'on subit et qui fait souffrir). A cela s'ajoute le mépris de la société vis-à-vis des toxicomanes, qui, transmis dans certaines communautés, est intériorisé par les patients et les fragilise encore plus.

Le non retour à la société

Certaines communautés favorisent le maintien de leurs membres pour une durée indéterminée. Le monde extérieur étant perçu comme mauvais et hostile, le sujet subit de fortes pressions morales pour demeurer à l'intérieur du groupe. Ainsi en est-il du fonctionnement du Patriarce. Un sujet quittant l'association est considéré comme un "lâcheur", il est encouragé à rester au sein du groupe afin de devenir personnel d'encadrement et de s'occuper des nouveaux membres.

L'absence de contrôle administratif

Un conseil d'administration qui joue véritablement un rôle de surveillance dans un établissement de soins apparaît comme tout à fait essentiel pour prévenir les risques de dérives. Une institution doit comporter un système de contrôle et de rééquilibrage, ainsi la division en structures cliniques et administratives permet des évaluations réciproques des pratiques.

CONCLUSION

La situation de la France, concernant les communautés thérapeutiques est bien singulière. Alors qu'elles constituent le modèle le plus répandu de traitement résidentiel dans le monde, seule une nébuleuse communauté thérapeutique existe en France, non reconnue par les instances officielles, en marge des institutions spécialisées en toxicomanie, sans contrôle administratif et éthique. Elles prennent pourtant en charge un nombre plus important de toxicomanes que les centres de post-cure agréés par l'Etat.

Les cliniciens et politiques français se sont montrés réticents sur les aspects à la fois coercitifs et normatifs des communautés thérapeutiques : "Elles sont essentiellement fondées sur la violence comportementaliste et la moralisation forcée. Se fixant pour objectif de faire retrouver aux accueillis le droit chemin de la normalité sociale, selon une programmation éducative standardisée, ce type de communauté remplace, en fait, la dépendance au produit par une dépendance infinie à l'institution, le toxicomane *soigné* ne peut devenir autre chose qu'un *ex-toxico* militant sans possibilité réelle de retrouver un statut de droit commun". (Clément, 1993).

- 20 Pourtant les communautés thérapeutiques représentent un modèle riche et diversifié, et sous une appellation commune, correspondent en fait à des pratiques bien différentes : modèle nord-américain, démocratique, Le Patriarce, italien, etc.

Avec quarante ans de recul, au travers de multiples expériences (et bien souvent d'erreurs) réalisées de part le monde, les communautés thérapeutiques représentent des expériences très intéressantes qui devraient pouvoir s'intégrer dans le réseau de soin et de réhabilitation français avec un minimum de "re-professionalisation". Ne s'adressant probablement qu'à une sous-population de toxicomanes, elles apparaissent néanmoins comme un instrument privilégié, la durée de séjour dans un programme (quel qu'il soit) est, en effet, le seul paramètre corrélé au taux de succès. Dans une perspective de coût de la santé, le prix de journée est environ trois fois moindre en communauté thérapeutique qu'en hôpital psychiatrique. Pourquoi ne pas offrir aux toxicomanes français un maillon supplémentaire dans la chaîne thérapeutique ?

BIBLIOGRAPHIE

ENGELMAJER L.J.

Lettre ouverte
Antitox, 1995, 59, 2-4

BADINIER R.

Quand la drogue est tirée, il faut la "Boère"
Interventions, 1988, (13), 29-30

BARRIERE M., CORMIER D.

Valeur de la rééducation communautaire dans la toxicomanie,
Toxicomanie, Québec, 9, (1), 25-37

BARRIERE M., CORMIER D.

Aspects psychosociologiques de la toxicomanie. Les communautés thérapeutiques : le modèle américain
Problèmes politiques et sociaux, 1977, 304, 32-36

BOURGEOIS M.

Les communautés thérapeutiques dans le traitement des toxicomanes
Neuro-psychiatrie, 1988, 3, (3), 143-147

BOURGEOIS M., DELILE J. M., RAGER P., PEYRE F.

Les communautés thérapeutiques pour toxicomanes : Bilan et évaluations des soins
Annales médico-psychologiques, 1987, 145, (8), 699-704

CANCRINI G., DE GREGORIO F., CARDELLA F.

Therapeutic communities
J. Drug Issues, 1994, 24, 639-656.

CASTEL R. et COLL.

Les sorties de la toxicomanie. Types, trajectoires, tonalités
GRASS, MIRE, Paris, 303 p.

CAZIN P.

Narconon : sortir des drogues
Profils Toxicomanie, 1986

CLEMENT R.

La post-cure : un dispositif particulier d'humanisation
Interventions, 1993, 41, 40-45.

CONDELLI W. S., HUBBARD R. Z.

Relationship between time spent in treatment and client outcomes from therapeutic communities
J. Subst. Abuse Treat., 1994, 11, (1), 25-33.

CONDELLI W. S., DUNTEMAN G. H.

Issues to consider when predicting retention in therapeutic communities
J. Psychoact. Drugs, 1993, 25, (3), 239-244.

DAVID C.

Des communautés contre le démon de la drogue
 Interdépendances, 1994, 16, 20-21.

DEITCH D.A., ZWEBEN J.E.

Communautés thérapeutiques et coercition
Psychotropes, 1985, 2, (3), 15-21

DELILE J.M., BOURGEOIS M.

Les communautés thérapeutiques aux USA. Bilan et évaluation des soins
Interventions, 1994, (46)

DE LEON G.

Legal Pressure in therapeutic communities
J. Drug Issues, 1988, 18, (4), 625-640

DE LEON G.

Program-Based evaluation research in therapeutic communities
NIDA Research Monograph Series, 1984, 51, 69-87.

DE LEON G.

The therapeutic community status and evolution
Int. J. Addict., 1985, 20, 6-7, 823-844.

DE LEON G.

Psychopathology and substance abuse : what is being learned from research in therapeutic communities
J. Psychoact. Drugs, 1989, 21 (2), 177-188

DE LEON G.

Therapeutic community research : some implications for treatment and international planning
 In : 11th world conference of Therapeutic communities organized by O.N.C.B., N.C.S.W.T., W.F.T.C, Bangkok, 21-26 Fév. 1988, p. 375-382, 1989, Bangkok Vilit Muntarhorn, 1989

DE LEON G.

Retention in drug-free therapeutic communities
NIDA Res. Monogr., 1991, 106, 218-244.

HOLLAND S.

The therapeutic community : treatment outcome, process and client mediators
 In : Kaplan and Kooyman, Proceedings of the 15th Int Conf., Inst. for the prevention and treatment of drug dependence, ICAA, p. 57-61. Institute for Preventive and Social Psychiatry, Erasmus University, Rotterdam, 1987

JONES M.

Pourquoi deux types de communautés thérapeutiques?
Psychotropes, 1986, 3, (1), 9-12

KOORYMAN M.

The therapeutic community for addicts : intimacy, parent involvement and treatment success
 Amsterdam, Swets and Zeitlinger, 1993, 252 p.

LERT F., FOMBONNE E.

La toxicomanie : vers une évaluation de ses traitements
 Paris, La Documentation Française, INSERM, 1989, 144 p.

LEWIS B. F., ROSS R.

Retention in therapeutic communities : challenges for the nineties
NIDA Res. Monogr., 1994, (144), 99-116.

Mc LELLAN A. T., CHILDRESS A. R., GRIFFITH J., WOODY G.**DE LEON G., SKODOL A., ROSENTHAL M.S.**

Phoenix House : Changes in psychological signs of resident drug addicts
Arch. Gen. Psychiat, 1973, 28, 131-135.

DUBOIS C.

Raconter la Boère et la Mothe : deux communautés thérapeutiques en Haute-Garonne
Psychotropes, 1983, 1, (1), 93-95

ENGELMAJER L. J.

SIDA. Avertir, soigner, vivre. Un pavé de vérité dans la mare de l'ignorance
 Le Pâtre, 1994

FOUREMAN W.C., PARKS R.

The MMPI as a predictor of retention in therapeutic community for heroin addicts
Int. J. Addict., 1981, 16 (5), 893-903.

GORI E., ZARDI L., CLERICI M., GARINI R., CARTA I.

Follow-up s'étendant sur sept années des jeunes toxicomanes après traitement dans une communauté thérapeutique italienne
Psychol. Med., 1986, 18, 2, 283-286.

HENRION R.

Rapport de la commission de réflexion sur la drogue et la toxicomanie
 La documentation française, 1995, 127 p. + annexes

HOLLAND S.

Evaluating community - based treatment programm : a model for strenghtening interferences about effectiveness
Int Int. J. Ther. Communities, 1983, 4, (4), 285-305.

HOLLAND S.

The effectiveness of the therapeutic community : a brief review
 In : Proceedings of the 7 th World Conference of Therapeutic Communities, p. 27-33, Gateway House, Chicago, 1983

The psychiatrically severe drug abuse patient : methadone maintenance or therapeutic community
Am. J. Drug Alcohol Abuse, 1984, 10, 1, 77-95.

NADEAU L.

Le cœur a ses raisons...Propos sur les communautés thérapeutiques
Psychotropes, 1986, 3, (1), 7-8

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

NADEAU L.

Fondements éthiques et idéologies des modèles en toxicomanie
 In : Toxicomanie et condition humaine, Colloque scientifique international, 20 ème anniversaire du Centre Médical Marmottan, Paris, 22-23 nov. 1991, p. 75-159, Paris, Centre Médical Marmottan, 1993

O'BRIEN W.

Les communautés thérapeutiques
 In : Dolentium Hominum, Eglise et santé dans le monde, Actes 6Ème Conf. Int. Vatican, 21-23 nov 1991, Droque et alcoolisme contre la vie, 1992, (19), 321-326.

POSTEL J.

Dictionnaire de psychiatrie et de psychopathologie clinique
Larousse, 1993

RAVNDAL E., VAGLUM P.

Psychopathology and substance abuse as predictor of program completion in a therapeutic community for drug abusers : a prospective study
Acta Psychiat. Scand., 1991, 83, 217-222.

ROSENTHAL M.S.

Opiates and psychopathology in therapeutic communities
Adv. Biosc., 1991, 80, 297-305.

VAMOS P.A.

Les communautés thérapeutiques
Bulletin liaison CNDT, 1995, 20, 69-76.

VERTONGEN M.

A propos des communautés thérapeutiques. Rencontre du troisième type... deux ou trois choses qu'il sait des communautés thérapeutiques...
Interventions, 1986, (7), 34-39

WINICK C.

An empirical assessment of therapeutic communities in New-York City
In Brill and Winick (eds), The Yearbook of Substance Use and Abuse, vol.II, pp.251-285. Human Sciences Press, New-York, 1980