

FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année 2012

**THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE**

*Apports et Perspectives des Communautés Thérapeutiques
pour personnes dépendantes.*

*A partir de l'analyse de deux cas issus de la communauté thérapeutique
du Cateau-Cambrésis.*

Présentée et soutenue publiquement le 2 octobre 2012

Par Elise GRIFFIE

Jury

Président : Monsieur le Professeur THOMAS

**Assesseurs : Monsieur le Professeur VAIVA
Monsieur le Professeur COTTENCIN**

Directeur de Thèse : Monsieur le Docteur SEMAL

TABLE DES MATIERES

Introduction	1
Fondements et principes d'une communauté thérapeutique	5
1. Contexte historique	6
1.1. Drogues et Société	6
1.1.1. <i>Dimension socioculturelle de l'Antiquité à nos jours</i>	6
1.1.2. <i>De la « toxicomanie » au concept d'« addiction »</i>	8
1.1.3. <i>Evolution des soins en Psychiatrie</i>	9
1.2. Naissance des Communautés Thérapeutiques	11
1.2.1. <i>Les communautés thérapeutiques américaines</i>	12
1.2.2. <i>Le développement des communautés thérapeutiques en Europe</i>	12
1.2.3. <i>Une expérience française : Le Patriarche</i>	14
1.2.4. <i>La réticence française</i>	15
2. Cadre législatif	18
2.1. Loi n°70-1320 du 31 décembre 1970	18
2.1.1. <i>Le volet répressif</i>	19
2.1.2. <i>Le volet sanitaire</i>	19
2.1.3. <i>Le volet préventif</i>	19
2.2. Loi du 2 janvier 2002	20
2.3. Circulaire du 24 octobre 2006 relative à la mise en place des communautés thérapeutiques	21

3.	Principes de fonctionnement des communautés thérapeutiques	23
3.1.	Population accueillie	23
3.2.	Le groupe	24
3.3.	Les ateliers thérapeutiques	25
3.3.1.	<i>Le groupe de confrontation ou Encounter Group</i>	25
3.3.2.	<i>Les « morning meetings »</i>	26
3.3.3.	<i>Les groupes émotionnels</i>	26
3.4.	L'organisation de la vie quotidienne	26
3.4.1.	<i>Le contrat de soins</i>	27
3.4.2.	<i>Organisation des activités et du travail</i>	27
3.5.	L'individu au sein du groupe.....	29
	Cas Cliniques	32
1.	Cas Clinique n° 1 : Monsieur L.	33
2.	Analyse du Cas Clinique n° 1 : Monsieur L.....	39
2.1.	Développement psychopathologique initial	39
2.2.	Place des substances psychoactives dans l'économie psychique du sujet	40
2.3.	Eléments psychopathologiques et hypothèse diagnostique	42
2.4.	Interprétation du passage à l'acte menant à l'exclusion de la communauté.....	44
3.	Cas clinique n° 2 : Monsieur B.....	47
4.	Analyse du cas clinique n° 2 : Monsieur B	56
4.1.	Développement psychopathologique initial	56
4.2.	Place des substances psychoactives dans l'économie psychique du sujet	58
4.3.	Mise en perspective	60

Discussion	63
1. Le constat des résidents	65
1.1. Amélioration sur le plan somatique.....	65
1.2. Amélioration de l'estime de soi et de l'image du corps	65
1.3. Le sentiment d'appartenance à un groupe de pairs	67
1.4. Le changement d'environnement	69
1.5. L'abstinence	70
2. Le constat des professionnels	71
2.1. Age du résident	71
2.2. Durée de séjour	72
2.2.1. <i>Corrélation entre durée de séjour et succès de la prise en charge</i>	72
2.2.2. <i>Du temps d'accueil à l'espace-temps</i>	73
2.3. Evolution des consommations et des comportements	75
3. Pistes de réflexion.....	78
3.1. Constitution de l'équipe d'encadrement.....	78
3.2. Addiction et comorbidité psychiatrique	81
3.2.1. <i>Prévalence du double diagnostic</i>	81
3.2.2. <i>Illustration clinique et réflexion théorique</i>	83
3.3. Traitement intégré	86
3.3.1. <i>Enjeux</i>	87
3.3.2. <i>Modèle de traitement intégré</i>	88
Conclusion	92
Bibliographie	95

Introduction

Après des siècles de soumission à son environnement, l'homme a fait en cent ans des progrès scientifiques considérables lui donnant un sentiment de toute-puissance. Les nouvelles technologies nous promettent un accès à un savoir illimité, la médecine fait des avancées prodigieuses... Dans ce monde où tout semble possible, facile, accessible, le droit au bonheur s'efface au profit du droit à la jouissance. Comment accepter alors, dans cette société hédoniste, les vicissitudes de la vie et les affres du quotidien ? A l'adolescence, il est parfois difficile d'accepter les modifications corporelles liées à la puberté, de renoncer à la toute-puissance infantile ou même d'entamer le douloureux travail de deuil du lien mère-enfant. Plutôt que d'affronter cette période tumultueuse, certains jeunes se réfugient dans la drogue qui assure l'accès à une jouissance immédiate et qui dispense de toute élaboration mentale. Pour le plus grand nombre, ces situations trouvent une issue favorable et ces expériences de jeunesse ne représentent qu'une passade. Néanmoins, un nombre restreint de sujets particulièrement vulnérables n'arrivera pas à se confronter à l'angoisse et la frustration inhérentes à la condition humaine et certains deviendront, en quelques années, des sujets dépendants aux substances psychoactives, détruits par des consommations qu'ils ne maîtrisent plus. Ces individus en grande souffrance reconnaissent souvent leurs difficultés à affronter la vie sans produit. Confrontés aux ravages de la drogue, ils sollicitent régulièrement des soins.

Le réseau de soins français offre une prise en charge diversifiée pour répondre à cette demande : des CSAPA (Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie), structures ambulatoires, aux postcures où les usagers sont accueillis pour six mois. Pourtant un type de structure n'a pas trouvé d'écho favorable ces dernières décennies sur le territoire : il s'agit des communautés thérapeutiques.

Le terme « communauté » renvoie à un ensemble d'individus partageant un environnement et unis par des besoins, une intention, une croyance, une culture ou une identité commune. Ces membres forment un groupe rassemblé volontairement et à l'origine d'une cohésion sociale. Les communautés thérapeutiques représentent traditionnellement une institution psychiatrique qui privilégie l'intensification de la relation soignants/soignés comme principal instrument thérapeutique¹. Elles sont nées après la seconde guerre mondiale et l'expérience du totalitarisme, alimentées par les réflexions de psychanalystes anglais tels que Bion et Rickman ou le Catalan Tosquelles². A travers leur « Etude par le groupe de ses tensions internes », Bion et Rickman s'interrogent sur l'atmosphère des hôpitaux psychiatriques : Comment humaniser les soins prodigués aux malades mentaux ? Sur quels

fondements reposerait une institution propice à un travail thérapeutique ? Ces réflexions ont permis d'élaborer les bases de travaux ultérieurs et sont à l'origine de la création des premières communautés thérapeutiques. Elles se sont progressivement répandues à l'étranger. Certaines s'adressaient aux patients psychotiques, d'autres aux patients toxicomanes. Aujourd'hui, les communautés thérapeutiques constituent une approche thérapeutique validée dans de nombreux pays². Selon Y. Lecomte, elles constituent une « bonne façon de structurer une institution résidentielle en endroit thérapeutique [...] en vue de susciter une modification des comportements »².

En France, les communautés thérapeutiques ont longtemps eu mauvaise presse³. Elles restaient associées aux institutions coercitives américaines et à l'association « Le Patriarche »⁴. Elles véhiculaient, par conséquent, une image négative et faisaient craindre des dérives sectaires. Néanmoins, la France a été amenée à reconsidérer sa position face aux résultats encourageants et aux expériences humanisantes menées dans d'autres pays. La critique et la méfiance ont laissé place à une observation bienveillante qui a permis l'élaboration d'un nouveau projet. Dans le cadre du plan gouvernemental 2004-2008 à l'initiative de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et la toxicomanie (MILDT), de nouveaux fonds ont été soulevés pour soutenir la création de quelques communautés⁵. La MILDT a permis de repenser cette approche de soins originale, qui s'intègre dans un réseau de soins dévolus aux personnes dépendantes aux substances psychoactives. Loin de se substituer aux structures existantes, les communautés thérapeutiques constituent une solution alternative en cours d'évaluation en France.

Ce travail tente d'appréhender la pertinence de cet outil thérapeutique dans le parcours de soins des patients dépendants. Loin du fonctionnement traditionnel hiérarchisé des structures hospitalières, où le psychiatre occupe généralement une place privilégiée dans le projet thérapeutique du patient, les communautés proposent une approche radicalement différente : le mode de vie communautaire et l'évolution parmi les pairs doivent permettre un accompagnement du résident vers l'abstinence et la réinsertion⁶. Ces particularités de fonctionnement, que nous décrirons plus précisément, en font un modèle original et singulier. Mais celui-ci prend-t-il en compte l'existence des problématiques psychopathologiques des patients polydépendants susceptibles d'y être accueillis ? Quelles sont les atouts et les limites de cette prise en charge au vu de la population reçue et du projet communautaire tel qu'il a été

élaboré initialement? Qu'apporte l'éclairage psychiatrique à cette approche qui, par essence, aurait tendance à limiter le pouvoir médical ?

Tout d'abord, il nous faut décrire plus précisément le contexte historique et socioculturel préalable à la création de CT. Les écueils du passé ont mené, dans un premier temps, au rejet de ce dispositif de soins. Progressivement, grâce à un arsenal législatif solide, la méfiance des professionnels s'est estompée pour laisser place à l'apaisement et à la réflexion de nouveaux projets communautaires. Suite à l'appel d'offres de la MILDT en septembre 2005, quelques projets pilotes ont été sélectionnés en vue d'une évaluation. Parmi eux, le projet de l'ADNSEA (Association Départementale du Nord de la Sauvegarde de l'Enfant et de l'Adulte). Cette association, investie depuis plusieurs décennies dans la prise en charge régionale des sujets dépendants, a reçu l'autorisation de mener à bien un projet communautaire. Cette structure, ouverte en 2010 au Cateau-Cambrésis, reçoit à ce jour une vingtaine de sujets aux profils psychopathologiques différents. A partir de deux cas cliniques, nous étayerons notre propos et nous nous interrogerons quant à la pertinence de cette offre de soins originale.

Première partie :

***Fondements et principes
d'une communauté thérapeutique***

1. Contexte historique

Les communautés thérapeutiques ont vu le jour dans un contexte socioculturel en pleine effervescence. Tout d'abord, l'évolution des habitudes de consommation au cours du 20^{ème} siècle et le durcissement du cadre législatif ont eu une incidence directe sur la prise en charge des usagers de drogues. La communauté scientifique internationale s'est inquiétée de la situation des toxicomanes et progressivement le concept de « toxicomanie » a évolué vers la notion moins stigmatisante de « dépendance ». Dans les années 1970, la prévention secondaire est devenue enjeu de santé publique et un système de soins spécifiques pour les personnes dépendantes a vu le jour⁷. Simultanément, les soins en psychiatrie ont connu de profonds remaniements grâce à l'avènement des neuroleptiques et aux réflexions sur les structures institutionnelles traditionnelles.

1.1. Drogues et Société

1.1.1. Dimension socioculturelle de l'Antiquité à nos jours

La fascination des hommes pour les drogues ne se cantonne pas à une prise de conscience contemporaine des effets de certaines substances psychoactives (SPA)⁷. L'histoire des drogues et de leur usage remonte à des milliers d'années. Fortes de cet héritage - que nous allons décrire brièvement - différentes modalités de prise en charge des patients dépendants ont vu le jour.

Depuis l'Antiquité, l'homme s'est interrogé sur les pouvoirs du monde végétal qui l'entoure. Les plantes étaient utilisées à des fins diverses : parfois pour leurs vertus médicinales, parfois comme poison, comme l'atteste l'origine sémantique du mot grec *pharmakon*. Souvent, elles étaient associées à des rites sacrés et véhiculées par la religion⁸.

Sans retracer un inventaire exhaustif, citons quelques exemples : Les Sumériens, peuple situé en Mésopotamie au IV millénaire av. J-C connaissaient déjà les effets de l'opium qui étaient synonymes, pour eux, d'extase. En Egypte, le chanvre était très prisé deux mille ans avant notre ère pour ses qualités sédatives et amnésiantes. En Amérique du Sud, les populations locales ont, elles aussi, mastiqué, pendant des millénaires, la feuille de coca lors de pratiques rituelles et religieuses. Outre son pouvoir stimulant, la coca limitait la sensation

de froid et de faim. Cette plante constituait, à l'époque, un remède précieux contre la dureté de l'existence et le rude climat des hauteurs andines.

Mais comme le souligne P-A Chouvy, « s'il a fallu des millénaires à l'humanité pour distinguer les « plantes magiques », un siècle seulement lui a été nécessaire pour identifier, isoler, voire reproduire les principales substances psychoactives »⁷.

Au dix-neuvième siècle, la composante addictive de certaines substances a conquis de nombreux adeptes, notamment dans la bourgeoisie et le milieu artistique des pays industriels. De nombreux intellectuels, au-devant de la scène littéraire et des arts, fréquentaient les « clubs » où l'on discutait en fumant le haschich. Le « club des haschischins », fondé par Théophile Gautier sur l'île Saint-Louis devint rapidement le rendez-vous du Tout-Paris : Outre Baudelaire, A. Dumas et E. Delacroix l'ont fréquenté⁷.

Dès 1909, les états industrialisés se sont entendus sur l'attitude à adopter et les interdictions à instaurer. A l'initiative des Etats-Unis, treize pays ont adopté une politique interdisant l'opium et limitant l'utilisation de ses dérivés à des fins médicales strictes. Progressivement, la politique répressive s'est durcie.

Malgré cela, avec la mondialisation et les bouleversements socioculturels du vingtième siècle, la diffusion et la consommation de substances psychoactives se sont accélérées⁷ et ont connu « leur apogée » dans les années 1960/1970, avec le mouvement hippie. Les SPA n'avaient jamais été, à ce point, appréciées et invoquées comme vecteur de socialisation. Elles autorisaient un état de désinhibition et d'euphorie, qu'illustre bien l'ambiance festive et décomplexée du festival de Woodstock. En contrepartie, les overdoses médiatisées de stars comme Jimi Hendrix ont créé un climat hostile aux yeux d'une partie plus conservatrice de la population et cela a renforcé la stigmatisation des sujets dépendants⁸.

En France, c'est un fait-divers qui a marqué le tournant législatif: Une adolescente a été retrouvée morte d'une overdose durant l'été 1969. Le « drame de Bandol » comme le décrit H.Bergeron, a tourné à la tragédie nationale. Un sentiment de panique s'est abattu sur l'opinion et la classe politique s'est emparée de ce fait divers pour renforcer l'arsenal législatif⁹. Elle a voté la loi du 31 décembre 1970, « acte fondateur d'une philosophie d'action politique qui place au cœur de sa démarche la guerre contre la drogue, contre ceux qui l'importent et qui la vendent, et qui fait du simple consommateur un hors-la-loi »¹⁰. Cette

prise de conscience marquée par l'adoption d'une nouvelle loi souligne le conflit générationnel de l'époque, opposant une jeunesse libertaire et hédoniste à une classe sociale et politique moralisatrice.¹¹

Ainsi, dans ce monde moderne, à la fois démocratique et individualiste, nous sommes passés d'un regard religieux et bienveillant à une vision moralisatrice, valorisant l'effort et le travail et rejetant l'accès au plaisir facile. La drogue n'était plus un moyen d'accéder au sacré mais au contraire, les consommateurs devenaient des nuisibles, des malades, des « toxicomanes ».

1.1.2. De la « toxicomanie » au concept d'« addiction »

Le terme générique de « toxicomane » véhicule toute une série de préjugés et de représentations sociales stigmatisantes. Or il englobe des pratiques de consommation hétérogènes et crée un amalgame entre des sujets répondant à des profils variés et aux motivations diverses. Imaginer qu'il puisse exister une psychopathologie unique pour un ensemble de sujets définis par le terme de « toxicomane » est une aberration. Il n'y a pas *un* toxicomane, au fonctionnement mental déterminé, au comportement prédéfini menant à une issue fatale et inexorable. Derrière chaque consommateur se cache un sujet à part entière, ne préfigurant pas d'une structure psychopathologique particulière¹². De là est née l'idée d'employer un terme moins réducteur, qui restaurerait l'humanité du sujet.

De surcroît, la diversité des professionnels intervenant dans le champ de la toxicomanie et la tendance à uniformiser les pratiques médicales et paramédicales sur le plan international, ont favorisé l'émergence d'un lexique commun et de définitions consensuelles.

En 1964, l'Organisation Mondiale de la Santé abandonne le terme désuet de toxicomanie pour privilégier le concept de « dépendance ». La « pharmacodépendance » est définie comme « Un état psychique et quelquefois également physique, résultant de l'interaction entre un organisme vivant et une drogue, se caractérisant par des modifications de comportement et par d'autres réactions, qui comprennent toujours une pulsion à prendre le produit de façon continue ou périodique afin de retrouver ses effets psychiques et quelquefois d'éviter le malaise de la privation. Cet état peut s'accompagner ou non de tolérance. Un même individu peut être dépendant à plusieurs produits ». L'OMS prend dès lors en considération la notion

de dépendance psychique, physique, et de tolérance au produit. Elle ouvre le concept aux produits autorisés et ne se focalise plus sur les substances illégales (cocaïne, héroïne...).

Dans cette perspective, la place du sujet est restaurée : la substance à elle seule ne suffit plus. La dépendance survient chez un individu donné, porteur d'une histoire personnelle singulière⁷.

Progressivement la dénomination de « dépendance » va se montrer insuffisante car elle n'inclut pas les concepts, émergeant à la fin du vingtième siècle, de dépendance comportementale. Ainsi se dégage la notion plus globale d'« addiction », qui intègre à la fois la dépendance à un produit et rend compte de la psychopathologie des comportements de type achat compulsif, dépendance aux jeux (d'argent, vidéo, etc.).

Cette nouvelle approche replace la psychopathologie du sujet dépendant au cœur de la problématique addictive. Les comorbidités psychiatriques ne peuvent plus être ignorées dans le traitement de ces patients et réciproquement la psychiatrie ne peut plus faire l'impasse des addictions.

En outre, cette évolution s'inscrit dans un bouleversement idéologique en France, lié à l'avènement du SIDA dans les années 1980. Le drame du « sang contaminé » modifie profondément le regard de la société à l'égard des consommateurs qui ont davantage été considérés comme des malades suite à cette affaire : sur le plan psychique pour leur dépendance et parfois sur le plan somatique en cas de séroconversion au VIH. Un regain d'intérêt est né parmi les psychiatres de l'époque et ce d'autant que les pouvoirs publics ont inscrit la lutte contre la toxicomanie comme une des missions de la santé mentale¹³.

Reléguées au second plan pendant quelques années, les addictions ont dès lors occupé une place non négligeable dans le champ de la psychiatrie contemporaine, permettant d'intégrer plus largement la part psychopathologique à la compréhension de ce type de comportement.

1.1.3. Evolution des soins en Psychiatrie

Ce cheminement dans le domaine des addictions s'est inscrit dans une mouvance plus globale du courant psychiatrique. Les soins dans cette spécialité ont fondamentalement évolué vers une ouverture radicale de l'« asile » et la mise en place d'une politique de secteur.

Dès 1942, l'institution asilaire traditionnelle était contestée et la prise de conscience, qui a secoué le monde après l'occupation a permis de réformer drastiquement le champ de la psychiatrie.

Pendant la seconde guerre mondiale, un psychiatre d'origine catalane, F. Tosquelles, en exercice à Saint-Alban, a dénoncé le traitement réservé aux malades mentaux : restriction alimentaire, pénurie vestimentaire, univers de vie quasi-carcéral... Il s'est organisé avec d'autres médecins, le personnel de l'hôpital, la population locale et les malades eux-mêmes, pour faire face à cette situation de carence. Saint-Alban a marqué l'histoire de la psychiatrie car aucun malade n'a été « sacrifié » durant ces cinq années de guerre, contrairement au reste du pays, où la moitié des malades mentaux ont péri de faim et de froid.

A la fin de la guerre, certains employés sont revenus des camps de concentration très marqués par l'expérience carcérale et déshumanisante des conditions de vie (ou plutôt de survie). Ils ont volontiers adhéré aux idées novatrices de Tosquelles et au mouvement réformateur de l'époque¹⁴.

Mais la contestation de l'institution asilaire n'était pas fondée uniquement sur l'expérience des camps de concentration et de celle de Saint-Alban. La découverte des propriétés antipsychotiques du 45-60RP issues des recherches de H. Laborit et de son utilisation clinique par P. Deniker¹⁵ a largement contribué à l'évolution des mentalités. En 1952, la Chlorpromazine, premier antipsychotique, a été commercialisée en France sous le nom de Largactil. L'introduction de neuroleptiques a profondément modifié l'atmosphère dans les hôpitaux psychiatriques : Les patients étaient désormais apaisés par la chimiothérapie et de nouvelles perspectives s'offraient à eux. Cette avancée thérapeutique a été décisive dans la réflexion et le débat à venir.

Dans ce climat réformateur, sous l'impulsion de la psychanalyse et de travaux comme ceux de M. Foucault qui a publié « l'Histoire de la folie », « de nouvelles pratiques voient le jour, de la psychothérapie institutionnelle à la politique de secteur, l'Antipsychiatrie représentant le point extrême de ce mouvement. »¹⁶

En 1960, le mouvement antipsychiatrique était constitué et occupait une place importante dans le débat des soins en psychiatrie, grâce aux travaux de R. Laing et D. Cooper en Angleterre (élève de Lacan) et à M. Foucault en France. L'Antipsychiatrie était un courant qui s'est opposé à la psychiatrie classique et qui a défini la maladie mentale comme résultant d'un contexte socioculturel néfaste et ségrégatif¹⁶ excluant le fou de la société. L'idée était de

permettre aux malades mentaux de quitter l'asile, devenu lieu de vie, pour réintégrer la cité tout en leur restituant leurs droits. Ce mouvement a prôné avant tout une éthique profondément humaniste et en cela, il n'était pas sans rapport avec la psychothérapie institutionnelle qui a pris une place prépondérante en France, à travers la psychiatrie de secteur. P. Delion rappelle « l'idée de H.Simon selon laquelle il faut considérer la collectivité elle-même comme malade et déterminer par quels processus les établissements psychiatriques aggravent les malades mentaux ; ce que J. Oury appellera plus tard la « pathoplastie » »¹⁴.

En Italie, l'Antipsychiatrie s'est inscrite dans un courant beaucoup plus politique, voire militant et a pris une « perspective marxiste »¹⁶. La thèse de F.Basaglia était de présenter la folie davantage comme une image sociale. Pour lui « l'asile n'est rien qu'une forme de pression de la société sur ceux (toujours les pauvres au demeurant) qui y sont enfermés »¹⁷. Mais cette vision radicale de la maladie mentale pose question : La désocialisation n'est-elle pas aussi propre à la psychose ?

La France, de par son histoire et l'importance de l'enracinement du mouvement analytique, est restée plus modérée dans son approche de la maladie mentale.

L'ensemble de ces réflexions a alimenté une vaste dynamique de restructuration des soins psychiatriques. Certains praticiens se sont intéressés aux composantes dynamiques de la vie de groupe² et ont modifié leurs institutions pour en faire de véritables lieux thérapeutiques, à l'instar de M. Jones. Il a été à l'initiative du projet de l'hôpital Belmont en Angleterre, pionnier en matière de communauté thérapeutique (CT)².

1.2. Naissance des Communautés Thérapeutiques

Durant les trente ans d'après-guerre, les CT ont d'abord connu une période d'expansion au sein même des hôpitaux traditionnels, puis une phase de désillusion et enfin un engouement important via leur expansion aux Etats-Unis. Certaines s'adressaient aux toxicomanes alors que d'autres accueillaient les patients psychotiques.

Au début des années 1970, alors que la répression contre le trafic et l'usage de drogues battait son plein, ce dispositif de soins résidentiels s'est imposé dans l'arsenal thérapeutique dévolu aux sujets dépendants, notamment aux Etats-Unis. Cependant les communautés

thérapeutiques américaines ont un fonctionnement spécifique ; elles sont profondément opposées au pouvoir médical et proposent une prise en charge basée exclusivement sur l'aide d'anciens toxicomanes.

1.2.1. Les communautés thérapeutiques américaines

Synanon a été la 1^{ère} communauté thérapeutique pour toxicomanes fondée en 1958, en Californie, par C.Dederich, businessman et membre des alcooliques anonymes (AA). Marqué par l'héritage culturel des AA, il a créé une communauté basée sur ce qu'il qualifiait de mouvement « social et religieux ». L'objectif affiché était d'organiser une rupture avec la société, supposée hostile et considérée comme la cause des conduites addictives. Le projet communautaire n'était pas basé sur l'ouverture et la réinsertion sociale de ses membres mais valorisait l'intégration durable au sein de la communauté qui se substituait à l'environnement social et familial des résidents. Rapidement l'institution est devenue une secte. D'anciens résidents ont rapporté des mariages forcés, des stérilisations imposées, etc.

Malgré les dérives relatées, cette institution a eu une influence majeure dans le développement d'autres communautés, notamment celle de Daytop Village, en 1963, à New York. Le projet était soutenu par le Dr. Castriel, psychiatre (qui introduisit le psychodrame de Moreno comme psychothérapie de groupe) et le père O'Brien, futur président de la Fédération Mondiale des Communautés Thérapeutiques. L'admission dans cette communauté était relativement sélective : seules les personnes très motivées pouvaient s'y installer. Le séjour visait la réinsertion sociale après 2 ans de prise en charge.

Certains « anciens » de Daytop se sont expatriés en Europe et le programme de cette communauté a longtemps servi de modèle au vieux continent³, notamment en Italie, qui a été l'un des premiers pays européens à ouvrir ce type de structure.

1.2.2. Le développement des communautés thérapeutiques en Europe

En Europe, deux modèles de CT se sont démarqués : les communautés démocratiques, comme celle de l'hôpital Belmont, théorisées par Maxwell Jones (peu relayées à travers le monde) et les communautés hiérarchiques, issues de l'expérience américaine.

Le modèle démocratique offrait une prise en charge alternative aux hôpitaux psychiatriques de l'époque, fermés et hiérarchisés, sans nier l'importance des soignants. Le résident était considéré comme un malade et l'organisation des soins se rapprochait du mode de pensée de la psychothérapie institutionnelle. M. Jones s'est référé à la psychologie sociale pour élaborer sa réflexion et a insisté sur le concept de démocratisation. Cette dernière reposait sur « l'opinion selon laquelle tous les membres de la communauté doivent participer sur un pied d'égalité à la prise des décisions relatives à la communauté tant sur le plan thématique qu'administratif¹⁸ » et l'effondrement du mur soignant/soignés devait accroître le sens des responsabilités des patients², sans nier pour autant leur pathologie mentale. D'ailleurs, les CT démocratiques s'adressaient essentiellement aux patients psychotiques, comme en témoigne l'expérience anglaise de l'unité Belmont. Les programmes de soins de ces communautés étaient plus souples qu'aux Etats-Unis, adaptés aux populations accueillies et sensibilisés à la culture du pays¹⁹.

Pourtant le modèle démocratique n'a pas suscité autant d'engouement que le modèle hiérarchique dans la prise en charge des toxicomanes. Peut-être peut-on l'interpréter comme une tendance à amalgamer « toxicomanie » et trouble de personnalité de type psychopatique : dans ce cas, une prise en charge éducative et autoritaire permettrait d'atténuer les troubles du comportement et de limiter la consommation de produits.

Le modèle hiérarchique était, quant à lui, influencé par le mode de pensée américain et par l'expérience de Synanon. La prise en charge reposait sur l'encadrement des arrivants par d'anciens toxicomanes, selon une hiérarchie bien définie. Les nouveaux devaient se soumettre à un système de sanctions et privilèges établi en fonction de leur comportement. Ce modèle prônait une discipline très stricte (quasi militaire, parfois humiliante) et une approche comportementale (notamment autour de la notion de « self-help » qui implique l'accès à l'autonomie grâce à une entraide mutuelle). Le pouvoir médical et psychiatrique était exclu des soins. La toxicomanie n'était effectivement pas considérée comme une maladie, mais comme le « symptôme d'une désocialisation de l'individu qu'il convient de réhabiliter au sein d'une communauté exigeante »³. En Italie, ce modèle a séduit car il faisait écho à l'héritage antipsychiatrique du pays.

La France n'était pas disposée à intégrer ce type d'approche éducative. Profondément attachée au mouvement psychanalytique, elle finit par rompre totalement avec les représentants des CT qui ne partageaient pas les mêmes enjeux idéologiques.

Coupés du mouvement des CT et de la Fédération Mondiale des CT, les psychiatres français n'ont plus participé au débat européen et international. Isolée, la France a connu une polémique interne très violente opposant le modèle du « Patriarche » à celui d'« Olivenstein ». Ce dernier mettait en garde des dangers de l' « obéissance aveugle » et du risque de dérive sectaire, alors que l'association mettait en avant son taux de succès apparemment élevé²⁰. L'histoire a finalement donné raison aux professionnels de la santé puisque un tribunal a condamné les pratiques du Patriarche.

1.2.3. Une expérience française : Le Patriarche

L'association Le Patriarche, créée en 1971, par Lucien Engelmajer, a longtemps constitué la seule expérience française de CT. Le premier centre pour toxicomanes s'est ouvert en Haute-Garonne, mais très vite l'association s'est répandue dans le reste de la France, en Europe et dans le monde. En 1992, elle comptait 234 lieux de vie, soit 8700 places.

Le projet se basait sur un programme de réhabilitation. Les CT étaient gérées par d'anciens toxicomanes et l'objectif affiché visait le sevrage absolu par rupture avec le monde extérieur et la responsabilisation progressive des participants à travers les expériences de vie communautaire, comme les tâches de la vie quotidienne.

Le discours tenu était clairement anti-médical et antipsychiatrique. Le président du Patriarche France en 1992 se positionnait d'ailleurs sur le problème de la toxicomanie en ces termes : « les toxicomanes ne sont pas des malades ; ce sont des gens qui ont besoin d'un produit et qui ont pris une habitude de vie avec ce produit. La toxicomanie, ce n'est pas une maladie, c'est un fait de société ». L'association prônait la vie en autarcie de ses membres et une gestion budgétaire indépendante des subventions de l'état. Financièrement, elle se reposait sur les dons des familles ou de clubs (Rotary, Lions) et sur les recettes du travail des résidents³.

Très tôt, l'association a été dans le collimateur des commissions d'enquête sur les sectes. A la fois les méthodes employées et l'enrichissement des dirigeants ont scandalisé l'opinion.

Certains résidents rapportaient des faits de violence, de privation de liberté, d'obligation de travaux sur la voie publique et même d'abus sexuels perpétrés sur les jeunes femmes accueillies. L.Engelmajer s'est bâti une fortune financière et immobilière sur l'exploitation

des toxicomanes non rémunérés. Les pouvoirs publics ont leur part de responsabilité : ils ont longtemps fermé les yeux par crainte de voir « remises en liberté » les personnes hébergées.

En novembre 2006, le Procureur de la République du tribunal correctionnel de Villefranche-de-Lauragais a condamné M. L. Engelmajer à 5 ans d'emprisonnement et à 375000€ d'amende. Absent au procès, réfugié au Belize, il était visé par 2 mandats internationaux pour « abus de biens sociaux et emploi de travailleurs clandestins » et « viols et tentatives de viol sur mineurs de moins de 15 ans »⁴.

Cette expérience douloureuse a marqué l'opinion et a paralysé l'élaboration de projets autour des CT pendant plusieurs années.

1.2.4. La réticence française

L'expérience du Patriarce n'a fait que renforcer le sentiment de réticence et de méfiance de la France vis-à-vis des CT et a confirmé les craintes de dérive sectaire. La France a ainsi délaissé pendant quelques décennies les CT, qui renvoyaient à des expériences coercitives, où le leader charismatique embrigadait par son prosélytisme des sujets dépendants, sans autre alternative.

Mais au-delà de cette observation, le « modèle français » s'opposait aux bases théoriques prônées par l'organisation hiérarchique des CT Américaines et Italiennes. Les CT, s'inscrivant dans la lignée de l'Antipsychiatrie, considéraient la toxicomanie comme un trouble comportemental et faisaient l'économie d'une analyse de la structure psychopathologique sous-jacente. De nombreux praticiens leur ont reproché ses visées normatives, ses techniques jugées avilissantes et le risque de dépendance des résidents envers la communauté elle-même³.

Le « modèle français » envisageait la toxicomanie comme le symptôme d'un trouble psychopathologique et non comme la conséquence comportementale, réactionnelle à un stimulus environnemental³. C. Olievenstein considérait que la « toxicomanie » reposait sur la « rencontre d'un produit, d'une personne et d'un moment socioculturel », rendant compte d'une réalité psycho-bio-sociale complexe²¹.

A la suite de la circulaire ministérielle du 29 mars 1972 relative à l'organisation sanitaire dans le domaine de la toxicomanie, la France a préféré privilégier d'autres types de prise en charge, et notamment :

- les cures : lieux de soins de courte durée pour les toxicomanes dans les suites immédiates d'un sevrage.
- les postcures : accueillant les patients pour 6 mois dans l'optique d'une rupture plus longue avec l'environnement et d'une réinsertion sociale au terme du séjour.
- Deux types d'hébergements longues durées étaient proposés aux sujets dépendants : les appartements thérapeutiques, réservés à des sujets autonomes et déjà avancés dans leur démarche de soin (le personnel soignant n'étant pas présent en continu) et les familles d'accueil.

Ces prises en charge devaient aider le toxicomane à quitter l'univers de la drogue grâce à une approche thérapeutique individuelle. La vie de groupe était reléguée en arrière-plan par crainte d'un formatage comportemental, excluant, de fait, les CT du dispositif de soins¹⁹.

Outre la position tranchée des psychiatres, certains politiques influents ont également contesté la pertinence de cette approche thérapeutique. En 1978, Mme Veil, ministre de la Santé et de la sécurité sociale, rescapée de la Shoah et particulièrement attentive aux risques de dérives communautaires et aux discours normatifs niant la place du sujet dans ce qu'il a de singulier pour privilégier une approche comportementale stricte, s'est opposée au projet de communauté thérapeutique (porté par le Dr.Orsel et L.Nadeau, Professeur de psychologie à Montréal ayant participé au projet Canadien de CT, connu sous le nom de Portage): « Je ne saurais cependant souscrire à la formule des CT telles qu'elles ont été présentées, par exemple, au récent congrès de Montréal... L'adoption de méthodes fondées sur une hiérarchie stricte de sanctions et de promotions, le caractère humiliant de certaines pratiques, l'accent essentiellement porté sur l'acquisition mécanique de comportements formels jugés conformes au modèle social, le refus d'une prise en charge globale du toxicomane, sont autant d'éléments dont la convergence ne me semble pas admissible »⁵.

Francis Curtet, psychiatre, surenchérit en 1996 : « Contrairement à bien des voisins européens, les soignants refusaient de se laisser coloniser par les Etats-Unis qui, compte tenu de leur expérience antérieure de la toxicomanie, nous proposaient des programmes de prise en charge clés en main. Pour eux, la toxicomanie était une maladie comportementale qui se rectifiait par des techniques comportementalistes telles qu'on les pratique dans les

communautés thérapeutiques américaines : regroupement de plusieurs centaines de toxicomanes dans des institutions hautement hiérarchisées, avec un encadrement essentiellement assuré par d'anciens toxicomanes. Deux ans d'enfermement, discipline de fer, séances d'autocritique, brimades et humiliations sont censés briser la personnalité déviante pour reconstruire un citoyen normal. Cette méthode, à la limite du fascisme, nous a vite confirmé son caractère excessif et inacceptable sur le plan éthique ».

Au demeurant, la réalité sanitaire des dernières décennies, avec l'avènement du SIDA, obligea les services publics à se focaliser sur la stratégie de prévention et de réduction des risques. D'où l'émergence progressive de centres dits de « bas seuil » ou de « seuil adapté », dont l'objectif premier était de limiter les risques de transmissions infectieuses.

La dérive du mouvement antipsychiatrique, détourné de sa vocation initiale à des fins économiques, joua aussi un rôle prépondérant : Derrière les slogans de libération des malades mentaux se cachait la volonté de fermer des lits de psychiatrie jugés trop coûteux¹², au détriment peut-être d'un modèle ayant démontré son efficacité de par le monde²².

En définitive, un faisceau d'arguments a conforté les psychiatres français, déjà peu disposés à inclure ce dispositif dans les soins.

Les CT ont connu, comme nous venons de le voir, des débuts difficiles et peu prometteurs en France. Malgré cela, cette approche n'a pas été totalement abandonnée et l'idée a ressurgi une fois la tempête judiciaire et médiatique du Patriarcat révolue. Deux facteurs clés sont à l'origine de ce revirement de situation. D'une part, les expériences européennes ont impulsé un nouveau souffle à ce soin, en intégrant à la fois les valeurs humanistes portées par la psychiatrie sans toutefois rejeter l'héritage des CT hiérarchiques. D'autre part le socle législatif a été renforcé afin de se prémunir des dérives sectaires.

2. Cadre législatif

Les soubassements législatifs, préalables à la création des CT, ont permis un certain apaisement, nécessaire à l'émergence et à l'élaboration d'un nouveau projet communautaire, car la France voulait à tout prix éviter les écueils du passé.

C'est d'abord la loi du 31 décembre 1970, référence en matière de législation de la toxicomanie, qui a ouvert la voie aux soins des usagers. Insuffisante face aux réticences soulevées par l'approche communautaire, il a fallu attendre janvier 2002 pour que soient redéfinis les droits des usagers et des structures, restaurant ainsi un équilibre entre soignants/soignés. Chacun a pu réfléchir à des instances de veille, primordiales dans le contexte pour que le groupe reste un outil thérapeutique et non un lieu où s'appliquerait la loi du talion⁵. Grâce à l'évolution du cadre législatif et aux résultats encourageants rapportés par la littérature internationale (que nous étudierons ultérieurement), les conditions étaient réunies pour envisager la création de CT. La circulaire du 24 octobre 2006 a entériné le projet.

2.1. Loi n°70-1320 du 31 décembre 1970

La loi n° 70-1320 ou loi Mazeaud est relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression (à la fois du trafic et de l'usage illicite) des substances vénéneuses, définies juridiquement et listées dans le tableau « B »²³. Cette loi reflète l'ambivalence de la société face au consommateur : elle tente de concilier une volonté répressive, sécuritaire et un réel souci de prise en charge sanitaire des usagers « simples » (ne participant pas au trafic). La loi considère en fait l'usager de drogues comme un individu à la fois délinquant et malade. Délinquant, puisqu'elle incrimine l'usager solitaire et prévoit une peine d'emprisonnement à son égard. Mais malade car elle l'exempte de poursuites pénales s'il se soumet aux soins. Elle condamne par ailleurs sévèrement le trafic et la publicité en faveur de la consommation.

2.1.1. Le volet répressif

La Loi comprend un volet répressif qui sanctionne le trafic ainsi que l'usage de stupéfiants à titre privé par des peines de prison ferme. La consommation personnelle est considérée comme un délit en soi. Cette loi apparaît en contradiction avec la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen, qui stipule que « la liberté consiste à pouvoir faire tout ce qui ne nuit pas à autrui » et que « la loi n'a le droit de défendre que les actions nuisibles à la société ». Cependant les parlementaires ont considéré que la consommation engendrait un préjudice à la société de par le coût des soins médicaux et de la délinquance associés⁸.

2.1.2. Le volet sanitaire

- Demande spontanée de traitement – Article 355-21 du code de santé publique

La loi favorise également l'aspect sanitaire et propose un accès à des solutions thérapeutiques plutôt qu'à des sanctions pénales. Les parlementaires ont pris conscience de la nécessité d'une réponse médicale, sociale et psychologique quant à cette problématique. Elle offre donc aux simples usagers une réponse non répressive comme solution alternative. Ainsi le sujet peut se soustraire à sa peine s'il se soumet à un suivi dans un établissement de soins.

- L'injonction thérapeutique

L'article L 355-18 permet au procureur d'enjoindre aux personnes ayant fait un usage illicite de stupéfiants d'intégrer une cure de désintoxication ou de se placer sous surveillance médicale. L'action publique ne sera pas exercée à l'égard des personnes qui se seront conformées au traitement médical qui leur a été prescrit et l'auront suivi jusqu'à son terme.

2.1.3. Le volet préventif

Enfin la loi prévoit un volet préventif qui condamne l'incitation, la provocation ou l'aide à l'usage de stupéfiants.

Cette loi illustre le paradoxe français : elle tente d'apporter des soins aux sujets dépendants aux substances illicites (même sous forme d'injonction s'il le faut) mais renforce les attitudes discriminatoires à son égard.

A travers cette loi, c'est aussi la place du psychiatre qui est interrogée puisqu'elle demande aux médecins qu'ils « agissent contre la volonté d'individus qui ne nuisent pourtant qu'à eux-mêmes ». Mais peut-on concevoir qu'un usager s'implique dans des soins qu'il n'a

pas demandés et qui lui sont imposés comme un moyen d'échapper ou du moins d'assouplir une sanction pénale. Peut-on espérer du sujet un « authentique travail de remise en cause, de réflexion, accompagné d'un réel processus de réalisation sur ses agissements eux-mêmes mais aussi sur la façon dont ceux-ci peuvent s'inscrire dans sa propre histoire », alors que ce dernier n'exprime aucune plainte ? Au contraire, il est d'abord « porteur de la plainte de l'autre » puisqu'on a « porté plainte contre lui ». L'usager n'est, dans un premier temps, que le messenger d'une demande sociale et s'avance vers le soignant avec ce paradoxe « on me demande de me faire soigner », comme si cela garantissait une efficacité ou ne serait-ce que l'implication dans un travail thérapeutique²⁴.

Morel et Couteron déclarent que « plus aucune des conceptions qui ont fondé son volet pénal et son volet sanitaire envers l'usage de certaines drogues n'ont de pertinence : la cure sous obligation comme garantie d'efficacité, la dissuasion par la répression comme prévention de la rechute... »²⁵. Morel déplorait le « manque de tiers dans le système médecine-justice », le manque de place accordée à l'usager dans le soin.

A ce jour, cette loi reste la référence en matière de législation dans le domaine de la toxicomanie et en toute logique, elle s'applique aux projets de création de CT. Néanmoins elle a été complétée par un nouveau texte : la loi de janvier 2002, qui se charge de replacer l'usager au cœur de la démarche de soins. Cette loi a été primordiale dans l'émergence des projets de CT puisqu'elle prenait en compte le souhait du sujet face à l'offre de soin. Or, de par le passé, l'expansion des CT a souvent été portée par d'anciens toxicomanes

2.2. Loi du 2 janvier 2002

Elle fixe de nouvelles règles relatives aux droits des personnes et réaffirme la place prépondérante des usagers. Elle tend « à promouvoir [...] l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de leur citoyenneté et à prévenir l'exclusion et à en corriger les effets. Elle repose sur l'évaluation continue des besoins et des attentes des membres de tous les groupes sociaux, en particulier des personnes [...] en situation de précarité... »²⁶.

La loi s'articule autour de 4 axes principaux : redéfinir les droits fondamentaux des usagers, élargir l'offre de l'action sociale, promouvoir le partenariat entre les différents acteurs du soin social et médico-social et améliorer la planification.

Si la loi rappelle les droits fondamentaux des usagers, elle précise également les moyens à mettre en œuvre afin d'y parvenir. Pour ce faire, la loi énumère et rend obligatoires des instances de veille, des procédures d'évaluation des pratiques et des sanctions. Elle permet également l'élargissement de l'offre de soins par la création de nouveaux services ou d'établissements répondant aux missions précises et en assure le financement.

Une place prépondérante dans le choix des soins a été accordée aux usagers et cette loi a ouvert la porte à la mise en place de nouveaux projets.

Quatre ans plus tard, à l'initiative de la MILDT, le plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool (2004-2008) prévoyait la création de communautés thérapeutiques en vue de diversifier l'offre de soins.

2.3. Circulaire du 24 octobre 2006 relative à la mise en place des communautés thérapeutiques

La circulaire du 24 octobre 2006 encadre la mise en place de ces nouvelles structures, elle précise les missions d'une CT et détaille les procédures d'autorisation préalables à leur ouverture.

- les missions définies par la circulaire

La CT est une « structure d'hébergement qui s'adresse à un public de consommateurs dépendants à une ou plusieurs substances psychoactives, dans un objectif d'abstinence, avec la spécificité de placer le groupe au cœur du projet thérapeutique et d'insertion sociale ».

La circulaire précise le rôle du groupe dans la prise en charge. Il serait le moteur du changement, de l'abstinence et de l'abandon de comportements inadaptés à la vie en société.

- procédure de sélection et d'autorisation

Toujours dans le souci de se prémunir des dérives sectaires, la circulaire prévoit une procédure rigoureuse de sélection des projets. Les CT doivent répondre à un cahier des charges exigeant et comportant quatre critères principaux : la qualité du projet, la réponse aux

besoins sanitaires, l'avis des services extérieurs et la capacité à être rapidement opérationnelles.

Ces formalités visent « à préciser le modèle des communautés thérapeutiques, à en garantir la qualité et à prévenir les dérives autoritaires, le prosélytisme religieux ou sectaire et l'exploitation économique » et tentent de garantir le respect de la dignité de chaque individu.

L'élaboration d'un cadre législatif solide était indispensable à la création de CT au vu des dérives antérieures. Sous cette condition, la France s'est ouverte au traitement résidentiel le plus répandu au monde dans la prise en charge des sujets dépendants.

3. Principes de fonctionnement des communautés thérapeutiques

A l'heure actuelle, il ne s'agit pas de trouver *le* meilleur modèle de prise en charge pour un sujet dépendant mais plutôt d'avoir à disposition une offre de soins assez large pour convenir au patient en fonction de la clinique qu'il présente, de sa demande et de son parcours de soins²⁵. Bien que les structures de soins se soient bien développées ces dernières décennies, les professionnels sont parfois confrontés et mis en échec par des sujets aux profils psychopathologiques « résistant » au modèle classique de prise en charge. Les CT viendraient diversifier les dispositifs existants en addictologie pour ces patients « difficiles ».

Encore à un stade expérimental en France, les CT sont des structures de soins résidentielles dédiées aux sujets polydépendants. Pour Van Der Straten, il s'agit d'une « institution thérapeutique qui privilégie l'intensification des relations soignants et soignés comme principal outil thérapeutique ». Il perçoit le groupe et la vie communautaire comme de véritables leviers thérapeutiques grâce à des mécanismes d'influence réciproque²⁰. Bien que chacune ait ses particularités (humaines, matérielles voire idéologiques), la plupart des CT partagent un certain nombre de valeurs et de concepts de fonctionnement. Par essence, l'aspect groupal fait partie de ces invariants. Pour R. Bracke, « certains [de ces] aspects sont universels »²⁰. Sans être si catégorique, il est vrai que les membres des CT se réfèrent à certains principes « idéaux » qui constituent le socle d'un langage commun.

3.1. Population accueillie

Les CT françaises se proposent d'accueillir des patients polydépendants. En théorie, ces sujets ne nécessitent pas d'hospitalisation mais ils s'inscrivent dans un fonctionnement quotidien centré autour du produit. Généralement en situation de grande précarité, ils peuvent intégrer ces établissements, sur indication médicale et généralement suite à un sevrage. Profondément touchés par une polydépendance ancienne, ils nécessitent une prise en charge globale (soit médico-psycho-sociale).

Les usagers doivent s'investir volontairement dans un projet thérapeutique. Ils partagent, en toute logique, une volonté de changement et aspirent à un avenir sans produit. La

motivation est une condition sine qua non à leur intégration dans la CT. Ils sont, pour la plupart, connus du réseau de soins mais toutes les tentatives de prise en charge antérieures ont échoué ou semblaient inadaptées au vu de la problématique. La CT leur offre alors un lieu de vie et de soins pour une période de deux ans maximum, permettant une rupture relativement longue avec leur mode de vie antérieur. Contrairement aux appartements thérapeutiques, un professionnel est présent 24h/24. Par conséquent, les CT concernent des sujets moins autonomes dans les tâches de la vie quotidienne.

3.2. Le groupe

J-P Couteron, président de l'association des intervenants en addictologie, avançait qu'« il est intéressant de noter que, au moment où la société devient de plus en plus individualiste, des solutions de soins apparaissent dans une dimension collective ».

Pour Lindsay, « le groupe n'est pas une simple addition d'individus »²⁷. Tous les résidents ont rencontré une problématique similaire et les nouveaux arrivants se sentent ainsi mieux acceptés. Ce sentiment d'appartenance à la communauté crée une convivialité et une cohésion entre les membres. Pour M. Castagné, « le groupe peut-être un lieu fusionnel qui va créer une émulation entre les membres [et] qui va être l'endroit dans lequel on aura plaisir à se retrouver ».⁵ Cette solidarité entretient la motivation. « Quand un résident fait du surplace, le groupe le remet en mouvement », il est un véritable « levier thérapeutique »²⁸.

La CT est aussi un lieu de partage de compétences où les potentialités des résidents sont encouragées, valorisées et même utilisées à des fins thérapeutiques. En conséquence, les sujets s'impliquent pleinement dans le programme. Il en résulte un sens accru des responsabilités. Pour une part, cette responsabilité est partagée dans l'organisation hiérarchique de la vie quotidienne. Néanmoins elle concerne également le comportement personnel de l'individu. Ceci nécessite souvent un apprentissage progressif (de nombreux sujets dépendants utilisant des mécanismes de défense projectifs) pour évoluer, in fine, vers l'autonomie du résident. Par mécanisme d'identification, le nouveau est sensé acquérir de nouvelles compétences, apprises au contact de ses pairs. Le groupe ouvre un espace de tolérance où chacun est accepté pour ce qu'il est mais en échange le sujet doit s'impliquer, s'engager et prendre des responsabilités croissantes.

La communauté est également le théâtre d'interactions sociales, où les liens interindividuels sont mis à l'épreuve. A travers les activités quotidiennes, le sujet va rejouer des problématiques relationnelles anciennes, qu'il avait voulu occulter à travers ses consommations. « Quand on se prive de produit, les émotions reviennent, envahissantes. Il faut réapprendre à les vivre. Dans une communauté, le groupe fait revivre des situations à forte charge émotionnelle »²⁸, mais le sujet n'est alors pas seul à les affronter. Il peut compter sur le soutien du groupe pour les surmonter. Le travail thérapeutique réside dans la capacité du groupe à identifier les dysfonctionnements des uns et des autres pour ensuite les remettre en question, alimenter une réflexion et élaborer ensemble des attitudes alternatives.

L'interaction entre les résidents est donc fortement encouragée. Pour que ces échanges soient constructifs et se déroulent sans débordement (violence verbale, passage à l'acte hétéro-agressif), les CT ont à leurs dispositions différentes techniques ou ateliers thérapeutiques, encadrés par des membres du personnel soignant. J-P Couteron insistait sur « la nécessité d'une professionnalisation des intervenants pour écarter tout risque de prise en pouvoir, de phénomène de gourou, d'influence et de manipulation »²⁸.

3.3. Les ateliers thérapeutiques

Il existe tout un panel de techniques différentes, en fonction des théories auxquelles se réfèrent les équipes locales. Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) sont toutefois les plus fréquemment employées. Quoiqu'il en soit, toutes les méthodes utilisées portent une attention particulière à l'expression et la gestion des émotions. Nous ferons ici un inventaire non exhaustif de ces modalités de prise en charge.

3.3.1. *Le groupe de confrontation ou Encounter Group*

A travers sa rencontre avec autrui, le résident est confronté à des difficultés, des désaccords, qu'il ne peut fuir comme auparavant. La communauté est donc organisée autour de groupe de parole visant une décharge émotionnelle et autorisant la confrontation. Ces groupes permettent d'évacuer l'anxiété latente et la tension interne afin d'éviter les non-dits et les rancœurs, qui compromettraient le climat de non-violence. Les participants sont invités à formuler des critiques (positives et négatives) en face-à-face et sont encouragés à la franchise. Ils doivent rester assis tout au long de l'exercice mais sont autorisés à crier, partant du

principe que cela évite les passages à l'acte hétéro-agressifs. La séance se termine généralement par une étreinte mutuelle. Les personnes attaquées pendant la réunion sont chaleureusement entourées et réconfortées.

3.3.2. *Les « morning meetings »*

Après le petit-déjeuner, les membres de la CT se retrouvent. La réunion permet un rappel des activités de la journée et le staff transmet des informations d'ordre général. Elle renseigne sur l'ambiance, la « température » qui règne dans le groupe. Pour le personnel soignant, elle est représentative du déroulement de la journée.

3.3.3. *Les groupes émotionnels*

Dans la majorité des CT, ce sont des groupes basés sur des techniques cognitivo-comportementales et centrés sur un travail autour des émotions. Elle vise à « aider le sujet à surmonter les événements », à mieux « maîtriser les symptômes » à forte composante émotionnelle et à « améliorer l'adaptation sociale et la qualité de vie » du résident²⁹. Le « bounding group » constitue un bon exemple de groupe émotionnel. Il s'agit d'une méthode très répandue qui se focalise sur l'expression des émotions et sur un travail autour de l'empathie.

Plus rarement le psychodrame de Moreno est proposé. (L'acteur doit alors jouer son propre rôle ainsi que les options qui n'ont pas eu lieu dans la réalité).

3.4. L'organisation de la vie quotidienne

Pour permettre aux résidents d'évoluer dans un climat sécure et favorable à la réinsertion, toutes les CT sont pourvues d'un règlement qui fixe les limites (interdits et obligations) de chacun. Le sujet se voit attribuer des rôles et des missions, selon une structure hiérarchisée, favorisant une responsabilisation progressive. Pour entretenir cette dynamique de changement, la vie quotidienne suit un planning clair et connu d'avance, à court, moyen et long terme.

3.4.1. Le contrat de soins

Pour assurer un bon fonctionnement et la sécurité de ces membres, les CT sont dotées d'un règlement intérieur. Dès son admission (voire de sa pré-admission), le sujet est invité à en prendre connaissance. S'il y déroge, il sait qu'il encoure l'exclusion. Le sujet s'engage à respecter ce règlement qui constitue la base du contrat de soins.

Quatre grands principes encadrent la vie communautaire :

- L'interdiction de consommer des substances psychoactives licites (comme l'alcool) ou illicites, en dehors du tabac, au sein de la CT.
- L'interdiction de faire usage de la violence ou de menacer de l'usage de la violence.
- L'interdiction d'avoir des relations sexuelles entre membres de la CT. Ce principe part du postulat qu'un certain nombre des résidents auraient un vécu négatif de la sexualité (viol, inceste, prostitution) et que le contact sexuel pourrait être vécu comme une menace²⁰.
- Tout acte criminel dans la CT ou dans les environs au cours du séjour entraîne l'exclusion définitive du programme.

Ces quelques règles de base rappellent un certain nombre d'interdits partagés par la plupart des CT. Néanmoins chaque CT a ses particularités de fonctionnement. Cela s'explique par la sensibilité théorique du personnel encadrant mais aussi par les prises de positions des résidents eux-mêmes. Arrivés à un certain stade, les personnes intègrent le « staff » et participent à l'élaboration des règles de vie communautaire. C'est le principe de « l'autogestion contrôlée » : le sujet est partie prenante des décisions de fonctionnement même si les professionnels conservent un droit de regard et de réserve.

3.4.2. Organisation des activités et du travail

La journée est structurée de manière à réintroduire un rythme de vie conventionnel en adéquation avec le rythme biologique de tout un chacun : les résidents suivent donc un emploi du temps précis. Schématiquement, les participants se lèvent à 7h, mangent à des horaires classiques, s'impliquent dans une formation en journée et participent à des activités de détente en soirée. Les journées sont toutes structurées sur le même schéma pour rompre avec le rythme anarchique et décousu de nombreux sujets dépendants.

Au sein de la résidence, les tâches de la vie courante (comme le ménage) incombent aux résidents. Divisés en sous-groupes, chacun effectue sa part de travail. Le nettoyage et le rangement des chambres sont à la charge de ses occupants, sous la responsabilité d'un des « colocataires », souvent le plus ancien de la chambre. Si le travail n'est pas effectué correctement, il est de son ressort d'y remédier (en regroupant les résidents, par exemple, pour que chacun termine son travail).

Il en est de même pour les activités professionnelles dans la journée. A la CT du Cateau-Cambrésis, le sujet choisit parmi quatre activités proposées : la restauration collective, l'ébénisterie, le maraîchage et les métiers du bâtiment. Cette formation fera le lit de sa réinsertion future³⁰.

En ce qui concerne l'alimentation, la présence au repas est obligatoire. C'est un moment essentiel pour les toxicomanes, souvent sous-alimentés et carencés. Synonyme de partage, le repas est un moment d'échange et de convivialité entre les résidents. Certains auteurs confirment l'importance de l'état de dénutrition des consommateurs actifs et mettent en évidence un changement très net des comportements alimentaires chez les personnes en cours de traitement, pouvant même mener à une prise de poids excessive³¹.

Concrètement, la répartition du travail suit une hiérarchie préétablie : les anciens de la CT ont une fonction de supervision, d'organisation et de coordination, alors que les plus jeunes ont un travail plus exécutif. Ce mode de fonctionnement permet un apprentissage de l'autorité et une responsabilisation progressive, qui visent l'autonomie du sujet à terme.

Comme le laisse entendre cette description, en semaine la cadence est intense, le planning chargé. Toute la difficulté réside dans la gestion du temps libre, ce temps interstitiel où « il ne se passe rien » et où le vide envahit le sujet. L'occupation du temps libre est l'une des pierres angulaires du rétablissement de la personne dépendante. Il doit apprendre à le gérer autrement que par la consommation. Les week-ends sont souvent signe de calme et d'ennui. Les envies de consommer peuvent alors réapparaître. Du point de vue du thérapeute, c'est une opportunité pour le sujet de se confronter à sa problématique psychopathologique tout en étant protégé par le groupe et l'équipe soignante présente même le week-end. Des activités culturelles ou sportives peuvent être organisées à l'initiative des résidents mais elles ne sont pas imposées. En théorie, l'individu doit s'interroger sur ses centres d'intérêt pour se

construire un nouveau mode de vie décentré du produit et redémarrer dans un environnement plus sain.

En définitive, nous pouvons considérer la prise en charge communautaire comme un traitement qui repose sur un système de tutorat, où les anciens accompagnent les plus jeunes dans un respect mutuel. La vie quotidienne, la structure du travail et les groupes thérapeutiques doivent apporter un climat de confiance et de sécurité, nécessaire au développement personnel du sujet et finalité ultime de la prise en charge. Pour JM Brunnin, à l'initiative du projet de la CT du Cateau-Cambrésis, la place du sujet n'est jamais contestée. Au contraire, la promotion individuelle des usagers accueillis reste centrale dans le projet communautaire et dans les liens qui unissent l'individu aux professionnels.

3.5. L'individu au sein du groupe

Le sujet admis dans la CT doit être capable de s'intégrer en collectivité mais il n'en demeure pas moins un sujet à part entière. Le résident accepte d'une part le règlement intérieur et les règles de vie communautaire (il participe notamment aux activités de la vie quotidienne, aux groupes thérapeutiques...) et il s'inscrit d'autre part dans un projet personnel et individualisé. Au cours de son séjour, l'individu s'implique dans une formation professionnelle au choix en vue de sa réinsertion future en dehors de la CT. Il effectue un bilan social afin de régulariser sa situation administrative. Un bilan médical lui est proposé par le médecin généraliste de la CT. Enfin un travail psychologique (avec la psychologue de la CT) est conseillé. Une orientation vers le secteur psychiatrique peut être envisagée au besoin.

Les intervenants en CT sont présents pour assurer l'adéquation entre loi sociale et liberté individuelle. Pour Van Der Straten et coll, « il y a toujours un conflit d'intérêt entre l'individu et la communauté. Tantôt la communauté va s'adapter ou s'orienter vers l'individu, tantôt l'individu devra plier devant l'intérêt du groupe ». Le travail du thérapeute consiste à corriger les déséquilibres et faciliter la vie en collectivité.

Certains « staffs » de CT l'ont parfois oublié par le passé (notamment lorsque ce staff était constitué uniquement d'anciens), mais désormais c'est peut-être au patient qu'il faudra le

rappeler : le séjour dans la CT vise « la promotion individuelle [... et le prépare à une] réinsertion sociale et professionnelle durable »³⁰. Le groupe sert de levier à un projet personnel, qui vise la réadaptation et la réhabilitation sociale. Pour N. Spiegel, « l'espace communautaire est un outil d'échange, mais chaque projet reste individualisé ». « La personne doit fournir sa part pour son changement de vie, assumer ses choix, afin d'entrer dans une construction personnelle. » Elle doit prendre des responsabilités croissantes dans le collectif mais aussi pour sa vie future. La difficulté réside dans « la tentation de fuir comme avant dans la consommation du produit »³².

Pour éviter la fuite dans le produit, la responsabilisation doit être progressive. La CT du Cateau-Cambrésis, créée suite à l'appel d'offre de la MILDT et grâce à l'association « l'Espace du Possible », propose à ses résidents une responsabilisation en sept étapes. Après un temps d'élaboration du projet, le sujet découvre le principe de vie communautaire lors d'un accueil probatoire. Au terme de la première quinzaine, l'équipe et le sujet décident la poursuite ou l'arrêt de la prise en charge. S'ensuit une phase d'installation si la personne demeure dans le dispositif de soin. Elle rejoint le groupe, participe à la vie collective et prend connaissance des différentes activités. Puis le sujet entre dans la phase de pré-responsabilisation et de responsabilisation, durant laquelle il va prendre le statut de responsable de chambre. Au cours de la sixième étape dite de pré-autonomie, l'individu assume des responsabilités dans le collectif « cadre » et séjourne dans une chambre individuelle. Ses démarches se concentrent sur son avenir à l'extérieur de la CT. Enfin vient la phase d'insertion où le résident quitte la structure et s'installe dans un appartement thérapeutique. Il doit alors être en mesure de s'insérer dans une vie sociale plus calme, sans toxique, grâce à ces acquis.

Ce modèle n'est pas sans rappeler les pratiques américaines prônées par les « Alcooliques Anonymes ». Tout en respectant le principe de laïcité cher à notre pays, les CT partagent avec ce mouvement le principe de responsabilisation progressive grâce au soutien des pairs³³.

La « nouvelle CT »²⁰ a émergé après un parcours long et chaotique. Elle tente de concilier les valeurs humanistes des communautés démocratiques et l'approche plus comportementale propre aux pratiques anglo-saxonnes. Pour P. Gestin et G. Lambrette, elle est « à la fois le produit de son adaptation au milieu et un outil d'adaptation à un milieu écologique particulier... A l'instar de tout système ouvert, [elle] évolue et se transforme au gré de ses interactions ».

Ce traitement rappelle le rôle prépondérant de l'usager dans les soins. Il considère le groupe comme un levier thérapeutique par la dynamique qu'il insuffle et attribue aux professionnels un rôle d'accompagnement. Ces derniers sont pour la plupart issus du champ médico-social. Les médecins sont relégués à un rôle secondaire, consultatif. Ils sont d'ailleurs vacataires et ne prennent pas part aux décisions institutionnelles.

A travers deux cas cliniques, nous allons discuter de ce mode de prise en charge, de sa pertinence et de ses éventuelles limites. Nous nous interrogerons également sur la place du psychiatre dans le dispositif de soins tel qu'il a été élaboré suite à l'appel d'offre de la MILDT.

Deuxième partie :

Cas Cliniques

1. Cas Clinique n° 1 : Monsieur L.

Monsieur L,

A été admis à la CT du Cateau-Cambrésis en décembre 2010 pour une polydépendance ancienne. Il est né en 1970 et il est âgé donc de 42 ans.

Petite enfance :

Monsieur L. est le dernier d'une fratrie de quatre garçons. Son père était peintre en bâtiment et sa mère femme de service dans une école.

Il décrit un père autoritaire qui se « tuait au travail ». « Le travail, c'était tout pour lui ». « Pendant ma jeunesse, il me prenait sur les chantiers alors que mes copains allaient jouer, mais il fallait que je me rachète une conduite » ; ses résultats scolaires n'étant pas au niveau des attentes paternelles. Monsieur L. semble, petit, sous l'emprise de ce père rigide, dans l'incapacité ou l'impossibilité de s'affirmer en tant que sujet, en quête perpétuelle d'une reconnaissance paternelle qu'il n'obtient jamais. Au contraire, son discours paraît sans cesse dénigré et Monsieur L. dit ne trouver du réconfort qu'auprès de sa mère. A la fin de sa vie, son père, atteint d'un cancer des os, est dépeint encore une fois comme un père rejetant « Il m'envoyait chier tout le temps alors que j'essayais de l'assister un peu ».

Sa mère est décrite comme une personne très chaleureuse au contraire, très « fusionnelle » avec son dernier fils. « Ma mère, c'est toute ma vie...c'est la femme de ma vie même ! » dit-il en riant. Monsieur L se souvient pourtant d'une mère « triste », « qui pleurait souvent », sans savoir ce qui la mettait dans cet état. A l'âge adulte, malgré les consommations, « elle ne m'a jamais laissé tomber. Elle me conduisait au centre méthadone et elle m'aidait financièrement ».

Monsieur L. a peu de souvenirs précis de cette petite enfance, notamment avec ses frères ou son père et n'est pas capable de se remémorer de bons moments « passés ensemble ».

Situation familiale actuelle :

Monsieur L. est célibataire.

Il a une fille de onze ans. Elle a été placée en famille d'accueil de 2008 à 2011 mais vit actuellement chez sa mère, Dorothee, l'ex-compagne du patient. Monsieur L. garde l'autorité parentale et conserve un droit de visite à chaque vacance. Avant d'intégrer la CT, il vivait chez sa mère.

Cursus professionnel :

Il a un niveau de première année de BAC pro secrétariat.

Il a travaillé en tant que cuiseur céramiste pendant douze ans, jusqu'en 2007. Il perçoit depuis une pension d'invalidité pour dépression.

Antécédents médico-chirurgicaux :

On retrouve,

- une hypercholestérolémie.
- une fracture de calcanéum
- une hépatite C guérie spontanément, contractée suite à une injection d'opiacés.

Antécédent familiaux :

- père décédé d'un cancer des os en 2002, « juste après la naissance de [sa] fille ».
- Ses frères ne présenteraient pas de trouble addictif.

Histoire des consommations :

A l'âge de 16 ans, Monsieur L. commence par des prises de cannabis dans un contexte festif. « J'ai tout lâché » à ce moment-là, dit-il. « Avant je faisais du sport. Ça me canalisait un peu et puis, après, toute l'énergie que j'avais, je l'ai mise dans la drogue ». A l'époque, il faisait partie de l'équipe de Volley de sa région (3 entraînements / sem. et les compétitions le week-end) et était inscrit dans un club de tennis de table (au moins un entraînement / sem.). En dehors des entraînements, il avait du « mal à s'intégrer ».

A l'âge de 19 ans, il commence à consommer héroïne et cocaïne en fumette puis par voie intraveineuse. Il décrit à l'époque un contexte familial conflictuel, notamment avec son père. Cette année-là, sa grand-mère maternelle décède mais il ne fait aucun lien entre ce deuil et ses consommations. Pourtant vingt ans plus tard, il appellera sa fille par le prénom de sa grand-mère.

Les consommations de benzodiazépines associées viennent se greffer rapidement pour adoucir les moments de « descente ». Les consommations d'alcool (bières) restent occasionnelles ou festives.

A l'âge de 25 ans, le patient débute un traitement de substitution aux opiacés pour la première fois, par méthadone. Grâce à cette prise en charge, Monsieur L. a été abstinant pendant un an.

Pendant cinq ans, son parcours est entrecoupé de période d'abstinence et de période de consommation intense.

A 29 ans, il rencontre Dorothée, polydépendante elle aussi, qui va devenir sa compagne pendant 10 ans. Un an plus tard, elle accouche d'une petite fille. Mais, très vite, leur relation devient conflictuelle. Dorothée accouche d'un nouvel enfant dont le géniteur n'est pas Monsieur L. au vu de son métissage. Le patient dit « découvrir » à ce moment-là que sa compagne le trompe. Il rapporte qu'elle lui aurait alors « avoué » se prostituer pour subvenir à ses (leurs ?) consommations quotidiennes. Au cours de leur relation, quatre enfants sont nés mais Monsieur L. n'est le père biologique que du premier. Ces dix années sont marquées par une succession de sevrages et de rechutes au cours desquelles les consommations d'héroïne et de cocaïne régissent la vie du couple. C'est d'ailleurs dans ce contexte chaotique qu'il explique son geste suicidaire par arme blanche en 2007.

A 34 ans, « Je n'avais plus de plaisir » avec l'héroïne. « J'étais à la recherche d'autre chose ». Les consommations de cocaïne deviennent quotidiennes, alors que le traitement par méthadone est plus ou moins bien observé.

Puis en 2008, il est incarcéré pour vols à main armée (arme blanche). Il dit être alors sous l'emprise de produits, en plein descente et en manque. C'est en fait la seconde fois qu'il est incarcéré : en 1992, il avait été emprisonné pour des faits similaires. Lors de cette deuxième incarcération, ses frères interviennent et interfèrent dans la relation mère-fils. « Ils lui ont dit d'arrêter de m'aider. Après ça a été un stop net et précis ».

Pendant 20 ans, les périodes de consommation succèdent à des périodes d'abstinence et de prise en charge dans des centres méthadones pour des temps plus ou moins longs.

Antécédents psychiatriques et addictologiques personnels :

Avant 2007, Monsieur L. n'a jamais eu de contact avec la psychiatrie de secteur. Il est néanmoins connu de diverses structures pour patients dépendants et se rend irrégulièrement au centre méthadone le plus proche de son domicile.

En 2007, Monsieur L. a fait une tentative de suicide par arme blanche avec plaie abdominale dans un contexte de conflit conjugal. Il s'ensuit une première hospitalisation en psychiatrie.

En décembre 2008, le patient est hospitalisé à l'Unité de Traitement des Dépendances (UTD) de Valenciennes pour un sevrage cocaïne et benzodiazépines. Les manifestations anxieuses sont au premier plan. Malheureusement, l'hospitalisation se solde par une rupture de contrat et s'achève prématurément suite à des prises d'alcool au sein du service.

Mais malgré cette sortie anticipée, un lien a pu s'établir avec l'équipe. En avril 2009, Monsieur L. demande à être réhospitalisé dans le service. La demande formulée par le patient cette fois-ci concerne un sevrage en benzodiazépines et une rééquilibration de son traitement de substitution par méthadone. Il nous apprend à cette occasion que Dorothée s'est installée avec un nouveau compagnon, ce que Monsieur L. tolère très mal. D'une part, parce que cet homme « prend [sa] place de père ». D'autre part, parce qu'il constate qu'il « n'a pas fait le deuil de cette relation ».

En 2010, il est admis dans une CT du Périgord. « L'éloignement m'a fait du bien » dit-il. Néanmoins il quitte la structure après un an de prise en charge suite à des consommations de cocaïne. Monsieur L. était alors en permission dans sa région d'origine. Il explique qu'il croyait être atteint du VIH suite à une relation sexuelle non protégées avec une autre résidente, elle-même atteinte du VIH. Il a dû prendre une trithérapie pendant 28 jours. Cette attente insupportable et un sentiment profond de trahison ont mené le patient à consommer « 3000 euros de cocaïne en quinze jours ». « J'ai consommé devant ma mère tellement j'étais dégouté », « c'était un appel au secours ». A son retour à la CT, il décrit un manque de motivation ressenti par les autres membres. Monsieur L. a donc été « mis dehors » et il est reparti vivre chez sa mère. Les résultats sérologiques sont revenus négatifs.

Histoire récente :

En décembre 2010, Monsieur L. est hospitalisé une nouvelle fois à Valenciennes en vue d'un sevrage benzodiazépines et réadaptation de son traitement par méthadone. Il y prépare un nouveau projet communautaire, dans la région cette fois.

A la sortie, il intègre effectivement la CT du Cateau-Cambrésis.

Depuis son admission, Monsieur L. s'est bien intégré dans la CT. Il a évolué favorablement et a passé les différents stades du parcours de soins sans grande difficulté. Il n'a pas présenté de décompensation psychiatrique particulière. Son comportement est adapté et il s'est bien intégré auprès de ses pairs.

Monsieur L. rencontre régulièrement le psychiatre qui intervient à la CT. En entretien, son contact est satisfaisant, sans bizarrerie. Son discours est toujours cohérent.

Lors de notre rencontre, il réside à la communauté depuis plus d'un an. Trois éléments émergent alors de son discours.

Tout d'abord, Monsieur L. est déjà à un stade bien avancé dans son projet et vient de passer « staff ». Il a, par conséquence, des responsabilités croissantes et prend en charge un jeune arrivant. Il doit endosser non seulement la responsabilité de ses propres actes mais aussi celle de ce nouveau résident qu'il doit accompagner. Il paraît assumer ce rôle sans grande inquiétude ou du moins il ne la verbalise pas.

Monsieur L. évoque également lors de l'entretien le déroulement d'une permission qui l'a manifestement marqué. Il accompagnait deux nouveaux résidents en ville et les a laissés quelques instants pour faire des courses personnelles. A son retour, Monsieur L. a réalisé que ses deux compagnons avaient consommé de l'alcool. Pour la première fois, il se dit confronté à un dilemme: couvrir ses compagnons par souci de loyauté mais se faire complice d'un acte qu'il réproche, ou en parler à l'équipe et avoir le sentiment « d'être une balance ». A leur retour, l'état d'ébriété des deux jeunes résidents n'est pas passé inaperçu et l'équipe a abordé le problème d'elle-même, sans l'intervention de Monsieur L. Cet événement s'est finalement soldé par l'exclusion définitive des deux nouveaux.

En entretien, Monsieur L. déplore le manque d'authenticité de ses deux compagnons et dit s'être senti à la fois trahi par son équipier mais aussi coupable d'avoir laissé la situation se produire. En outre, il a été confronté à son incapacité à se positionner, à faire tiers et à assumer de telles responsabilités.

Par la suite, il est régulièrement revenu sur cet événement. Visiblement affecté, il ne semblait pas pour autant manifester de trouble psychiatrique inquiétant. Aucun passage à l'acte n'a été constaté dans les suites immédiates. Au contraire, cela a pu être verbalisé en entretien individuel et en groupe.

Nous pensons que cette expérience avait permis au patient de se confronter à ses difficultés sans passer par l'agir et le soulagement immédiat du conflit psychique par la drogue.

Le dernier élément notable de son discours concerne sa paternité. Il explique voir sa fille à chaque vacance scolaire, chez sa propre mère. L'enfant semble très attachée à son père, les liens n'ont jamais été interrompus malgré la séparation et le placement. Néanmoins, Monsieur L. décrit une petite fille dans l'omnipotence, à qui il cède tout. « Je ne la vois pas souvent ». Ses résultats scolaires sont médiocres mais il « n'ose pas lui en parler ». « Elle a peur de sa grand-mère », beaucoup plus exigeante que lui, semble-t-il. « Elle la fait réviser pendant les vacances ». Il explique qu'il craint un conflit entre sa mère et sa fille aux prochaines vacances

« à cause de son bulletin ». « Ma mère va l'engueuler ». Il se dit également inquiet car « elle traîne beaucoup dans la rue ». « C'est pas sa place » mais là encore il ne lui en a pas parlé et se s'interpose pas...

Monsieur L. est en difficulté quand il s'agit de prendre une place d'autorité. Il préfère visiblement garder une position de retrait. Nous pouvons faire l'hypothèse qu'un conflit de loyauté envers sa mère se joue ici : l'abandon de sa fonction paternelle le maintient dans une position de régression et dans une relation de dépendance à sa mère. Il préserve ainsi l'homéostasie familiale même si cette relation l'empêche de s'épanouir sur le plan personnel.

Dans les semaines qui ont suivi, l'équipe soignante a mis à jour un trafic de médicaments (Séresta) organisé par notre patient, au sein de la communauté. Depuis plusieurs semaines, il sortait en permission se fournir en benzodiazépines. L'affaire a été dévoilée suite à une altercation violente entre Monsieur L. et un autre résident. Treize personnes étaient concernées, la plupart pour consommation isolée. Monsieur L. était à l'initiative du réseau et a, semble-t-il, entraîné les autres dans sa rechute. Après discussion entre professionnels de la CT, il a été décidé de l'exclure définitivement. Trois interdits avaient été transgressés puisqu'il avait à la fois consommé au sein de la structure, organiser un trafic et fait usage de la violence.

L'exclusion était effective sur le champ. Monsieur L. n'a pas été reçu en entretien psychiatrique et nous n'avons été informés de cette décision qu'à posteriori.

2. Analyse du Cas Clinique n° 1 : Monsieur L

On retrouve, dans ce cas clinique, différents éléments du développement psychique de l'enfance et de la psychopathologie de l'adulte. Si certains éléments de l'anamnèse manquent car le suivi a été interrompu brutalement par le départ précipité du patient, une réflexion peut être élaborée à partir des éléments décrits précédemment.

2.1. Développement psychopathologique initial

La petite enfance du patient est marquée par l'absence de tiers paternel étayant et une relation mère-enfant symbiotique, « fusionnelle » selon le patient lui-même : le père semble avoir très peu interféré dans cette dyade. La mère est décrite comme une femme comblant le moindre de ses désirs. Le père paraît présent au sein de la cellule familiale mais il demeure inaccessible car trop rigide. S'il a vraisemblablement incarné la loi symbolique, les exigences imposées ne semblent pas adaptées à l'âge réel de l'enfant. Monsieur L. a tenté de se rattacher à cette figure paternelle mais il s'est toujours senti disqualifié à son contact.

Cette relation père-fils est mise en avant par le patient dès le premier entretien. Elle semble cristalliser des craintes anciennes et des sentiments contradictoires. Le père est tantôt mis sur un piédestal, tantôt décrit comme un homme sévère et constamment insatisfait par son fils. Face à ce constat, le contexte familial périnatal reste très flou. Dans quel environnement arrive ce quatrième enfant ? Était-ce une grossesse désirée ? Quel était l'état psychologique de la mère à la naissance et quelle a été la qualité du maternage dans les premiers mois de vie ? La place dans la fratrie a-t-elle influé sur l'éducation du « petit dernier » ? La légitimité de cet enfant au sein du couple parental est même mise en doute par le patient. Que cette crainte soit imaginaire ou fondée, il n'en demeure pas moins que Monsieur L. semble en quête d'une sorte de rédemption qui ne lui sera jamais accordée.

L'imaginaire paternel n'a pas permis à l'enfant d'intégrer un cadre sécurisant qui lui aurait permis de se détacher de sa mère. Au contraire, le surmoi est devenu tyrannique et a empêché le développement personnel du patient. Il est resté dans une relation purement duelle avec sa mère au prix de sa dépendance psychoaffective.

Cette relation a probablement conditionné inconsciemment son choix amoureux puisqu'il a pris pour compagne une femme polydépendante qui ne risquait pas de désavouer sa propre mère. En l'absence d'une « concurrente » valable, sa mère pouvait garder sa place au sein du couple mère-enfant. D'ailleurs, coïncidence ou non, Monsieur L. s'est rapidement séparé de sa compagne après le décès de son père. Il est retourné vivre chez sa mère et n'a pas quitté le domicile familial depuis (en dehors des temps d'hospitalisation).

2.2. Place des substances psychoactives dans l'économie psychique du sujet

Dès l'adolescence, la drogue joue un rôle dans l'économie psychique de Monsieur L.

Elle est d'abord utilisée comme facilitateur social auprès de ses pairs. Monsieur L. passait le plus clair de son temps dans des salles de sport mais sortait très peu et avait finalement peu d'amis. Il décrit, à l'origine, des consommations dans un cadre festif et parallèlement l'abandon de ses activités sportives. Son problème d'intégration le contrariait mais cette difficulté disparaissait avec la prise de toxiques.

Pour P. Jamouille, les produits peuvent jouer deux rôles qui répondent sans doute à la problématique de notre patient. Dans certains cas, ils facilitent l'accès aux relations recherchées par un effet désinhibiteur. Dans d'autres cas, le malaise ressenti par le sujet en société et l'échec relationnel sont tels que le sujet préfère s'isoler du monde. Il forme alors avec quelques semblables un groupe reclus et tourné vers le produit, seul lien qui les unit³⁴.

Monsieur L. a peut-être aussi tenté de se défaire de l'emprise maternelle à l'adolescence sans trouver d'issue favorable. L'affranchissement de l'autorité parentale aurait constitué une trahison envers sa mère, ce qu'il ne pouvait assumer. Affecté par la résurgence du conflit œdipien, conforté par une position maternelle ambiguë et incapable d'introjecter une autorité paternelle trop sévère, le patient incorpore des objets réels en lieu et place d'introjection symbolique. La drogue dispense le sujet d'une élaboration mentale et satisfait son économie psychique³⁵.

Au début, la consommation apparaît donc comme une « solution individuelle à la quête du plaisir [dans] l'évitement des aspérités inévitables de la difficulté à vivre »³⁶. La drogue est

investie initialement par Monsieur L. pour ses qualités bénéfiques. L'utilisateur se laisse happer par l'illusion d'un produit miracle, qui le soulagerait « comme par magie ». « Il tente d'échapper au sentiment de malaise [...] et d'anticiper l'euphorie que pourra lui apporter [le produit]³⁷ ». A l'instar du mot grec *Pharmakon*, la drogue est porteuse d'espoir dans les premiers temps. Elle est salutaire malgré son pouvoir destructeur qui n'apparaît qu'en arrière-plan. Remède bénéfique ou poison maléfique, le sujet dépendant choisit de courir le risque. Cette période décisive marque un tournant dans sa vie puisque très vite il ne maîtrisera plus ses consommations.

Progressivement la lune de miel laisse place au manque, à la désinsertion sociale et à la précarité. Chez ce type de patient, le plaisir n'est plus au rendez-vous et l'existence du sujet dépendant, « malade de son objet », ne tient plus que dans la tyrannie de la jouissance du corps. « C'est l'exigence de la paix du corps dans l'abolition du désir du sujet »³⁶ puisque la souffrance du corps vient dicter le moindre de ses choix, le moindre de ses actes sans lui laisser de répit. Monsieur L. abandonne toutes ses activités sportives et toute son énergie est mobilisée pour se procurer le produit dont il est devenu l'esclave. Il laisse la drogue régir sa vie et en vient même à menacer par arme blanche une commerçante, pour la voler alors qu'il est en manque. Sa vie de couple est chaotique. Sa compagne paye ses consommations en se prostituant (ce qu'il dit découvrir très tard dans leur relation). Tout son salaire à lui y passe. La drogue est au cœur de toutes leurs préoccupations et tous les moyens sont bons pour se fournir le produit. La hiérarchie des valeurs semble abolie. Il perd, dans ces moments, toute dignité humaine, pris au piège dans un corps tourmenté, torturé.

On peut imaginer les difficultés de ces couples dont la relation est constamment menacée par le besoin impérieux de consommer et où finalement la drogue passe devant les intérêts du couple dans le mépris de l'autre. Comment envisager sa relation de couple quand tout est dicté par l'urgence d'obtenir le toxique ? N.Anquénil écrit « ce n'est plus qu'avec cette aide [celle du *pharmakon*] que se fait une sorte de lien à l'autre, non plus dans l'acceptation de contraintes communes régies par le manque structural des lois du langage, mais dans le côtoiement d'un semblable dépourvu lui-même de toute valeur si ce n'est à l'aune du besoin impérieux de sa propre jouissance dans l'affolement du corps qui s'y dérobe en en demandant toujours plus du fait de n'y trouver de plus en plus que douleur et souffrance et sentiment de déchéance [...] C'est donc l'objet qui commande et qui est le prédateur du sujet. [...] Autant dire que nulle valeur n'est accordée à l'autre, sinon dans la vénalité »³⁶. A travers cet

éclairage théorique, nous pouvons admettre que le conjoint n'est plus considéré comme un « compagnon de galère » mais plutôt comme un moyen pour accéder à une fin. D'ailleurs, Monsieur L pouvait-il ignorer que sa concubine se prostituait pour payer la drogue ? Ici, c'est le déni qui opère comme une tentative de fuite de la réalité au prix d'un clivage du moi : une partie du patient sait mais l'autre partie refuse de voir.

Avec le déni, le patient utilise un mécanisme de défense propre à la structure même de son psychisme. Quels sont les autres moyens de défense employés et que peut-on en déduire quant à la structuration psychopathologique du sujet ?

2.3. Eléments psychopathologiques et hypothèse diagnostique

Des éléments psychopathologiques caractéristiques apparaissent dans cette vignette clinique et permettent de comprendre les mécanismes mis en œuvre chez ce patient.

Les entretiens laissent penser que la position schizo-paranoïde³⁸ propre à la psychose est dépassée. Les angoisses archaïques de morcellement et le mécanisme d'identification projective (à l'origine d'un vécu persécutif chez le psychotique) ne sont pas des éléments prédominants dans le mode relationnel du sujet.

La problématique de Monsieur L repose sur une angoisse d'abandon à l'origine d'une instabilité relationnelle. Il est habité par l'angoisse de la perte ou du rejet de l'objet aimé. La réalité extérieure, dont il a pris conscience, ne le rassure pas. Le sentiment d'insécurité qui en résulte pousse le patient à mettre à l'épreuve son entourage et génère des passages à l'acte impulsifs comme une issue à son angoisse. Son histoire pédopsychiatrique comporte des lacunes mais son parcours à l'âge adulte en atteste.

Les quelques éléments de l'anamnèse illustrent la difficulté du patient à affronter les vicissitudes de la vie. Monsieur L apparaît en lutte contre une tendance dépressive et en quête d'une réassurance jamais satisfaite, jamais suffisante. Cet apaisement, cette quiétude, il les cherche depuis sa petite enfance. Mais l'environnement n'a pas su lui apporter le réconfort qui lui aurait permis de dépasser la position dépressive.

La position dépressive³⁸, décrite par M. Klein, renvoie à un état de détresse ressenti chez le tout petit enfant et parfois encore à l'âge adulte, notamment chez ce type de patient, chaque fois que « l'objet n'apporte pas la gratification espérée »³⁹. L'angoisse d'abandon, classiquement décrite à ce stade, n'est pas tolérable pour le patient adulte; elle génère un effondrement narcissique massif. Le pouvoir analgésique de l'addiction est une réponse à une souffrance psychique dans le présent, mais qui révèle un malaise bien plus ancien. Pour J. McDougall, « [l'addiction] est presque toujours une réponse à une souffrance psychique du passé (remontant souvent à l'enfance) et comme tous les symptômes d'ordre psychologique, elle se révèle être une tentative enfantine de se soigner ».

Dans le parcours de Monsieur L, l'évènement qui mène à son exclusion de la CT du Périgord met en lumière sa difficulté à surmonter les épreuves. Quand Monsieur L apprend que sa partenaire sexuelle est atteinte du VIH et qu'il risque par conséquent d'avoir contracté la maladie, aucune tentative de réassurance ne l'apaise. Le discours des infectiologues (qui jugeaient le risque de contamination minime au vu de la faible charge virale de l'intéressée), l'écoute bienveillante de l'équipe locale et même le retour chez sa mère n'ont pu l'aider à supporter ce mois d'attente des résultats. L'hémorragie narcissique est incontrôlable. La violence de l'angoisse anéantit le sujet.

Les consommations peuvent être interprétées de deux façons dans ce contexte: Soit comme une tentative désespérée de ne pas sombrer dans la mélancolie, soit comme le retournement contre soi d'une réalité qui n'est pas symbolisable. Tentative ultime pour éviter la folie ou équivalent suicidaire, quoiqu'il en soit cette rechute brutale et massive atteste de la souffrance du sujet.

Pour J. McDougall, le recours à l'addiction dans des cas similaires signe l'impossibilité d'identification à une mère interne protectrice⁴⁰. Autrement dit, l'absence d'introjection du bon objet maternel (rassurant et protecteur) engendre le besoin d'un objet addictif qui endosse de rôle de l'objet interne sécurisant⁴¹. L'addict incorpore l'objet réel en lieu et place d'une introjection symbolique³⁵.

De ce point de vue, l'addiction est donc un état d'esclavage, une conduite de fuite où l'acte prend le pas sur l'élaboration mentale : la drogue vient contrer l'effondrement thymique et la défaillance des mécanismes de défense. Elle colmate la brèche narcissique par une

anesthésie psychique et préserve temporairement l'intégrité mentale du sujet au prix de sa déchéance physique.

L'analyse de ce cas clinique nous laisse penser que Monsieur L a échappé à la psychose mais qu'il n'est pas encore inscrit dans la névrose. Il entre dans l'entité nosographique définie sous le terme d'« état-limite » ou de « personnalité borderline » décrite dans l'axe 2 du DSM-IV. Comme nous venons de le voir, en dehors d'une polydépendance, la clinique est marquée par une peur du rejet et de l'abandon, une instabilité affective et relationnelle, une impulsivité importante notamment face à une situation de stress accompagnée de colères intenses et la répétition de comportements à risque (addiction, sexualité, etc.).

La lecture psychodynamique de ce cas permet d'établir un diagnostic grâce à une meilleure compréhension des manifestations comportementales du patient. Comment expliquer alors les événements menant à son exclusion de la CT du Cateau-Cambrésis au regard de cette analyse ?

2.4. Interprétation du passage à l'acte menant à l'exclusion de la communauté

Jusqu'à-là, Monsieur L avait bien avancé dans le programme de soins établi par la communauté. Cependant la rechute apparaît, comme lors du précédent séjour en CT, après un an dans la structure. L'intégration initiale s'est faite sans trop de difficulté mais, passé un certain stade, les mécanismes de défense semblent saturés et la crainte d'un effondrement psychique prend le dessus sur la motivation du sujet. Comment expliquer la mise en échec répétitive ?

La rupture du contrat de soins a eu lieu les deux fois lors de la prise de responsabilité imposée par le fonctionnement communautaire et les objectifs fixés avec le patient à l'admission. Même si la responsabilisation est progressive, Monsieur L semble dépassé, à un moment donné, par les fonctions qui lui incombent. Le stress généré n'est pas métabolisable et la peur de l'échec coûte trop chère à l'économie psychique du sujet. Incapable de s'assumer comme individu à part entière, comment pourrait-il prendre des responsabilités pour autrui ?

Les consommations s'inscrivent alors dans une stratégie d'évitement qu'il faut entendre comme une tentative désespérée de lutte contre l'anéantissement et la mélancolie. L'implication de ses camarades dans le trafic peut traduire sa quête de relation anaclitique et son impossibilité à exister comme sujet.

Pour les mêmes raisons, les relations récentes avec sa fille ont certainement affecté notre patient, incapable de se positionner par rapport à la loi. Agée de onze ans, cette préadolescente attire l'attention de son père par des comportements rebelles et provocateurs. Elle se désinvestit des cours, déserte le domicile de sa mère... Mais comment donner des leçons alors que cette enfant a été placée en famille d'accueil par décision judiciaire pour la protéger de la défaillance de ses parents ? Monsieur L est tiraillé par son devoir paternel et son incapacité à poser un interdit. Terrifié par le choix imaginaire qu'il croit devoir faire : être le père compréhensif, le confident ou être le père autoritaire. En proie à une vision très manichéenne, il préfère déléguer à sa mère et/ou au nouveau compagnon de son ex-concubine. Mais par conséquent il se sent dévalorisé, disqualifié, humilié dans son rôle de père et de conjoint potentiel... car il n'a pas totalement fait le deuil de sa relation avec Dorothée.

R. Soullignac et coll, se sont penchés sur la problématique de la paternité des patients addicts. Pour ces auteurs, « lorsque avoir un père ou ne pas en avoir a été une expérience traumatique à tel point que l'abus de substances semble bien en constituer une sorte d'antipoison psychique, une sorte de remède, le fait de devenir soi-même père est de nature à faire flamber la conflictualité à laquelle on tentait d'échapper »⁴². Nous pouvons supposer que l'entrée dans l'adolescence d'un enfant fait aussi partie de ces moments critiques: les conflits psychiques du jeune, liés à la reviviscence de l'angoisse de castration, ravivent des souvenirs chez le parent et le renvoie à sa propre problématique œdipienne. Lorsque le « toxicomane » a été très en conflit avec son propre père, il est possible que naisse le sentiment de n'être qu'un homme toxique pour son propre enfant. L'investissement dans la paternité requiert une assurance, une confiance en soi, une stabilité affective qui ont mis en grande difficulté ce patient borderline.

Ce cas clinique met en avant des éléments psychopathologiques fréquemment retrouvés chez les usagers de SPA. Confrontées à des troubles psychopathologiques lourds, les équipes sont souvent mises à mal et se trouvent en position de répéter l'expérience de rejet. Pour

Monsieur L, le renvoi a été la seule issue envisagée. Face à des choix institutionnels complexes, l'intervention de professionnels soignants devrait permettre une prise de distance et une mise en perspective nécessaire à un travail thérapeutique, ce que nous évoquerons ultérieurement.

3. Cas clinique n° 2 : Monsieur B.

Monsieur B,

A été admis à la CT en novembre 2011

Il est né en 1986. Agé de 26 ans, il est le plus jeune résident de la CT.

Monsieur B. est célibataire, sans enfant et perçoit le RSA. Il vivait seul avec sa mère avant le projet de soins.

Petite enfance :

Monsieur B. ne connaît pas son père biologique. Le sujet est tabou au sein de la cellule familiale bien que « tout le monde » sache « le secret » autour de sa conception et de sa naissance « sauf [lui] ». Ce non-dit laisse la place à un vide abyssal qui va influencer la structuration psychique du patient.

Situation familiale actuelle :

Il est le 4^{ème} d'une fratrie de 5 enfants issus de 4 unions différentes : François l'ainé, Alexia et Magali du même père, le patient (de père inconnu) et enfin Vanessa.

Monsieur B garde de bon contact avec ses sœurs.

Sa mère était mère au foyer.

Cursus professionnel :

Monsieur B. a un niveau Lycée – Bac Pro structure métallique. Mais il n'a validé aucune formation et a peu travaillé (quelques intérim en tant que manœuvre et en manutention).

Antécédents médico-chirurgicaux personnels :

Rien à signaler.

Antécédents familiaux :

- Son frère François présentait une dépendance à l'alcool. Il est décédé à l'âge de 26 ans d'une tumeur cérébrale, alors que Monsieur B avait 16 ans.
- Sa mère aurait eu des problèmes de dépression et de dépendance à l'alcool.

Les antécédents du côté paternel ne sont pas connus.

Antécédents psychiatriques personnels :

- Monsieur B a été hospitalisé en HDT en 2006, suite à une tentative de suicide par « étouffement et étranglement », n'ayant pas nécessité d'hospitalisation en service de médecine. « Je pensais à mon frère ». Aucun suivi psychiatrique n'a été instauré à la suite de cet événement.
- Depuis ses 20 ans, Monsieur B est passé par 5 cures, dont une à l'unité de traitement des dépendances (UTD) de Valenciennes, pour des sevrages alcool – cannabis.

Histoire des consommations :

- A 14 ans, Monsieur B débute ses consommations d'alcool, de cannabis et de cigarettes « avec les copains dans la rue ». La même année, sa mère s'est séparée du père de Vanessa.
- A 16 ans, « c'est devenu pire ». A noter que cette année-là, son frère décède.
- A 17 ans apparaissent les premiers signes de manque.
- Peu de temps après, il découvre les benzodiazépines et les opiacés à travers le Subutex (mais ne consomme pas d'héroïne). Les consommations deviennent vite quotidiennes.

Incarcérations :

- En 2006, Monsieur B est incarcéré pour un incendie volontaire (feu de poubelle) et fait 5 mois fermes.
- En 2008, il est à nouveau incarcéré pour des raisons similaires. Il déclare avoir initié un feu dans le but de se chauffer.

Histoire récente :

En 2011, Monsieur B doit à nouveau être incarcéré pour des faits de pyromanie : Il a mis le feu à une école dans un contexte d'alcoolisation.

La justice s'interroge sur les rechutes successives du patient et envisage un placement extérieur sous écrou. Elle sollicite alors une équipe de postcure régionale liée à l'Association Education et Prévention, qui accepte de rencontrer Monsieur B.

Monsieur B. est décrit, par cette équipe de postcure, comme un jeune « dans un désarroi extrême, n'ayant aucun contrôle sur ses pulsions de consommation ». Il est, par ailleurs, très inquiet de la troisième incarcération qui l'attend et il sait que son retour en prison dépend de cet entretien. Monsieur B. évoque, à cette occasion, les liens très forts qui l'unissent à sa mère. Cette dernière semble d'une grande ambivalence : elle aussi dépendante à l'alcool, elle consomme avec son fils. Il lui est même arrivé antérieurement d'apporter des produits à son fils alors qu'il séjournait dans des centres de cure.

Monsieur B. est finalement accepté dans ce centre de postcure. Il y est adressé en placement extérieur sous écrou à la demande du juge d'application des peines. Il va y séjourner de mars à novembre 2011.

Lors de son séjour en postcure, Monsieur B entame une psychothérapie. Il peut relier le début de ses consommations à un mal-être lié au divorce de sa mère et du père de Vanessa, qui aura vécu au domicile familial durant 14 ans. Il décrit ensuite une intensification des prises d'alcool lors du décès de son frère aîné. En entretien, Monsieur B exprime une certaine ambivalence face à ce frère aîné décédé, incompréhensible pour l'équipe dans un premier temps puisqu'il dit avoir toujours entretenu de bonnes relations avec lui. L'équipe réalise par la suite que ce frère l'a en fait abusé sexuellement dans son enfance. Ce traumatisme se serait répété entre les 9 et 11 ans de Monsieur B. C'est sa sœur Alexia qui a mis un terme aux agissements de l'aîné. A cette époque, la mère est décrite alors comme une femme dépressive, incapable d'incarner l'autorité suffisante pour mettre fin à ces conduites incestueuses.

En mai 2011, alors qu'il séjourne toujours dans cette postcure, Monsieur B est transféré à La Croisée, service d'addictologie au sein de l'EPSM Lille Métropole, pour un état dissociatif avec automatisme mental et hallucinations auditives. Le patient évoque pour la première fois

ces hallucinations. Elles feraient, en fait, partie de son quotidien depuis l'âge de 14 ans. « C'est une voix d'homme » dit-il. Ces hallucinations seraient apparues lors de ses premiers rapports sexuels avec sa petite amie de l'époque. Les consommations auraient eu, ensuite, un but auto-thérapeutique : « l'alcool me servait à les faire taire » rapporte-t-il.

Le diagnostic de schizophrénie est évoqué

Un traitement par Risperdal 8 mg est instauré.

Une fois le traitement efficace et en l'absence de signe clinique envahissant, le patient est retourné dans le centre qui l'accueillait.

En Aout 2011, une permission dans la famille est organisée à partir de la postcure. Contre toute attente elle ne s'effectue pas chez la mère de Monsieur B qui refuse de recevoir son fils et c'est Alexia, sa sœur, qui accueille son frère pour la journée. Aucune consommation d'alcool n'est à déplorer.

En septembre 2011, la levée de la mesure de placement sous écrou est prononcée par le juge. Monsieur B. n'est pas pour autant libéré de toute emprise judiciaire puisque le juge le laisse en obligation de soins. Le patient demande alors à rester en postcure car il doute de ses capacités à poursuivre le rythme des soins ambulatoires imposés par le tribunal. Ne pouvant rester dans le centre de postcure qui l'accueille depuis six mois déjà, il se projette dans un nouveau projet de soins à la communauté thérapeutique du Cateau-Cambrésis.

Il arrive dans cette communauté en novembre 2011.

Sur le plan légal, il est mis à l'épreuve jusque décembre 2012 et une peine de sursis est toujours en suspens. Très rapidement, il paraît clair que son investissement dans les soins est précaire, chancelant. Monsieur B dit « ne pas vouloir rester dans la structure pour rentrer chez sa mère ». Le JAP est informé du souhait du patient. Il lui rappelle les principes de l'obligation de soins et des risques encourus s'il ne remplit pas son contrat de soins en ambulatoire. Monsieur B. décide finalement de rester à la communauté. Plus tard, il expliquera que sa demande était motivée par des envies de consommation.

Son traitement lors de l'admission à la CT comprend :

- Risperdal 3 mg
- Tercian 15 gt trois fois par jour
- Noctamide 1 mg le soir

Quelques semaines après son arrivée dans la CT, Monsieur B a identifié des objectifs de soins avec son référent : retrouver une alimentation équilibrée, un sommeil régulier et faire attention à son hygiène. A moyen terme, il voudrait trouver un loisir pour avoir une autre source de plaisir que la consommation.

Ces objectifs sont définis au terme de la « période probatoire » (environ quinze premiers jours) de chaque résident « entrant », en accord avec le professionnel référent. Cette étape permet de constituer le projet du résident (qui peut être modifiable selon son évolution). En toute logique, les problématiques addictives et psychiatriques n'apparaissent pas dans les objectifs définis ici puisque les résidents n'intègrent normalement la structure qu'une fois stabilisés.

Je rencontre Monsieur B. pour la première fois peu de temps après son arrivée à la CT. Il vient en fait en entretien à la demande de l'équipe éducative pour une évaluation au vu de ses antécédents. Il n'a pas formulé le souhait de rencontrer un psychiatre et vient dans une relative indifférence. Il est convenu avec le patient et l'équipe, au terme de ce premier entretien, que je recevrai Monsieur B. une fois par mois, fréquence qui lui aurait été proposée sur le secteur.

Cliniquement, il s'exprime dans un discours clair et cohérent bien que très pauvre: il n'existe pas de barrage, pas de persévération, pas de coq-à-l'âne, pas de digression. Seule la chronologie des événements semble légèrement confuse, mais Monsieur B est assez méfiant et refuse peut-être de se livrer à une inconnue. Ses réponses sont courtes, sans spontanéité.

L'équipe retrouve initialement un retrait, voire une froideur affective et un isolement social, ce qui lui est d'ailleurs reproché par les autres résidents. En entretien, l'émoussement affectif et un certain négativisme prédominent le tableau clinique.

Le comportement du sujet reste adapté. Il est présent aux activités communautaires imposées mais n'y participe pas activement. Il est d'ailleurs incapable de parler de ce qu'il y fait. Durant le temps libre, le retrait social et l'apathie apparaissent plus manifestement. Ses centres d'intérêt sont restreints mais « il suit le mouvement ». Les règles de convenance sociale sont connues et respectées. Il se conforme aux normes imposées par la vie communautaire et passerait presque inaperçu.

Monsieur B ne présente pas de délire paranoïde lors de nos rencontres. Il ne relate aucune hallucination auditive. Il n'entend plus « la voix » depuis plusieurs mois. « Avant elle venait plutôt le soir, quand j'étais pas occupé ». Aucune attitude d'écoute ou de rire immotivé n'a été signalée par l'équipe. Monsieur B ne soliloque pas. On ne retrouve pas de mécanisme délirant ni d'automatisme mental, dans ce qu'il accepte de rapporter. Notons que le traitement est donné quotidiennement par une infirmière et qu'elle ne relate aucune décompensation psychotique.

Par ailleurs, Monsieur B ne présente pas d'élément dysthymique ni de trouble anxieux envahissant et n'a jamais verbalisé d'idée suicidaire. Il se dit satisfait des expériences vécues au sein de la CT et il tient un discours optimiste mais qui manque d'authenticité.

Le séjour du patient est ponctué par la demande récurrente de retour chez sa mère. Ces permissions lui sont refusées pour plusieurs raisons. Tout d'abord, sa mère s'y oppose pour des motifs qui, à ce stade, nous sont inconnus. Ensuite il évoque assez facilement son désir de consommer et il sait, dit-il, qu'il aura accès au produit au domicile familial. Peut-on l'interpréter comme un simple manque de motivation de sa part ? Cherche-t-il à combler le vide de sa vie psychique par une recherche de sensation que procurent les toxiques ? Ou est-ce un moyen de calmer des angoisses archaïques qui menacent l'organisation fragile de son Moi ? Seule certitude : nous n'avons pas repéré de décompensation ni psychotique ni anxiodépressive majeure en début de séjour.

Après six mois dans la communauté, un événement va marquer un tournant dans la suite de la prise en charge.

Au cours d'un groupe de parole, Monsieur B évoque les abus sexuels subis dans son enfance. Il se sent alors suffisamment en confiance pour se confier, notamment à un compagnon plus avancé dans sa prise en charge. Ces faits n'étaient évidemment pas connus des résidents mais également ignorés d'une majorité de l'équipe éducative. Pour ne pas enfermer les résidents dans le carcan de la maladie psychiatrique, l'équipe les laisse gérer leurs dossiers médicaux. L'émotion suscitée par cette révélation est très vive, même au sein des professionnels. Que faire de cette souffrance psychique et de cet aveu, ayant, peut-être, participé en partie aux conduites addictives de Monsieur B ?

Dans un premier temps, l'état clinique de Monsieur B. reste stable et satisfaisant ; l'équipe éducative est rassurée : « ça l'a soulagé ». De surcroît, les autres résidents présents auraient eu une réaction adaptée : « Ce n'est pas de ta faute, tu n'étais qu'un enfant... Tu n'as pas à te culpabiliser ». La communauté a joué un rôle d'étayage qui a permis au patient de se confier, ce qui apparaît comme un point positif. Secondairement, le groupe a été suffisamment contenant et bienveillant pour accueillir cette information douloureuse de manière adaptée.

En entretien, la froideur affective et la méfiance dominent le tableau clinique. Il ne revient pas sur cet incident.

Cependant quelques jours après cette révélation, Monsieur B présente une anxiété latente repérée par différents membres de la CT. Incapable de verbaliser son mal-être, il déclare vouloir quitter la communauté. Ce changement brutal et cette prise de décision soudaine sont immédiatement repérés et analysés par l'équipe comme la manifestation de son mal-être. Les éducateurs interpellent alors la psychologue. En entretien, il confie à cette dernière une recrudescence des hallucinations acoustico-verbales. Il dit recevoir des injonctions morbides d'une voix qui le somme « de [se] faire du mal et parfois même de faire du mal aux autres ». L'automatisme mental est bien présent mais encore critiqué à ce stade par le patient. L'adhésion au délire est faible mais très anxiogène et Monsieur B demande sa sortie pour « aller consommer et oublier la voix ».

L'équipe s'inquiète. Essentiellement composée d'éducateurs, elle n'est pas formée pour affronter ce type de situation. Elle décide de nous appeler pour convenir d'une conduite à tenir. Nous décidons, avec leur accord, d'augmenter le traitement anti productif par Risperdal à 6mg ainsi que le neuroleptique sédatif et anxiolytique par Tercian.

Rapidement la situation n'est plus gérable au sein de la CT. L'équipe craint un geste auto ou hétéro-agressif. Un transfert à l'UTD de Valenciennes est proposé pour permettre au patient de s'apaiser dans un cadre plus contenant, auprès d'une équipe formée.

A son retour à la CT, les mécanismes hallucinatoires productifs ont disparu et Monsieur B. peut réintégrer les activités. En entretien, il tient d'emblée à se justifier sur les raisons de son hospitalisation. « Je ne suis pas fou. J'étais angoissé et donc j'ai voulu quitter la CT. Il valait mieux que j'aie là-bas [à Valenciennes] sinon le juge m'aurait mis en prison ». De

toute évidence, Monsieur B. préfère porter la casquette du « toxicomane » plutôt que celle du « fou ».

Ensuite, il évoque une nouvelle fois son souhait de partir en permission chez sa mère. Celle-ci refuse depuis des mois de recevoir son fils, malgré les sms quotidiens qu'elle lui envoie. Quand on l'interroge sur le refus obstiné de sa mère, il y attache d'abord peu de crédit : « elle voudra, c'est sûr ». Il demeure ainsi dans un fantasme de toute-puissance. Incapable d'introspection, il s'enferme dans un raisonnement fondé sur la conviction inébranlable de « Si je veux, elle veut ».

Au cours des entretiens, il soulève finalement deux hypothèses. D'abord, « c'est quelqu'un qui lui a dit que je voulais sortir pour consommer ». Quand l'on s'enquiert de la personne qui aurait eu de tels propos, le patient reste très évasif. « C'est quelqu'un de l'extérieur ». Le vécu émotionnel douloureux semble projeté sur un tiers extérieur à la relation (réel ou non) et permet à Monsieur B de préserver la relation symbiotique à sa mère, comme si elle-même n'était pas capable de mettre en doute la motivation de son fils. Dans un second temps, il rapporte par sous-entendu des faits de violence anciens et répétés envers elle qui expliquent peut-être sa réticence. « J'avais besoin d'argent pour consommer » dit-il.

La prise en charge au sein de la CT se poursuit à l'heure actuelle. Elle offre à Monsieur B une contenance et des soins a minima. Son investissement et sa motivation restent précaires. Il souhaite toujours sortir fin décembre, à la fin de sa période d'injonction de soins et envisage de retourner vivre chez sa mère, avec qui l'équipe n'a aucun contact.

La communauté lui permet, pour l'instant, de bénéficier d'un étayage institutionnel apparemment efficace puisque Monsieur B. est abstinent depuis son entrée à la CT et, dans une moindre mesure, d'une prise en charge psychiatrique minimale dont il ne bénéficierait probablement pas à l'extérieur puisqu'il s'oppose, pour le moment, à un suivi psychiatrique de secteur.

Au détour de cet évènement, nous nous sommes interrogés avec l'équipe sur le manque de temps de présence médicale au sein d'une structure accueillant des patients aux psychopathologies souvent lourdes. Bien que stabilisés à leur entrée (puisqu'il s'agit d'un critère d'admission), la prise en charge en CT est sensée s'inscrire sur du long terme. En deux ans, le risque de décompensation est élevé et devrait être pris en compte dans l'élaboration du projet de soins. Ce constat général révèle plusieurs insuffisances que nous argumenterons ultérieurement.

4. Analyse du cas clinique n° 2 : Monsieur B

L'histoire du patient ainsi que les manifestations cliniques récentes observées dans la communauté permettent d'évoquer d'emblée deux diagnostics relatifs à l'axe I du DSM-IV :

- Le premier qui justifie l'admission de Monsieur B à la CT : Une polydépendance à l'alcool, aux benzodiazépines et au Subutex. Depuis plusieurs années, le patient rapportait des phénomènes de tolérance et des symptômes de sevrage en l'absence du produit, une prise quotidienne importante de SPA et la poursuite des consommations malgré des conséquences familiales et judiciaires irréfutables.
- Ce tableau clinique est également évocateur d'un diagnostic de schizophrénie. On retrouve des idées délirantes, des hallucinations acoustico-verbales et des symptômes négatifs à type de froideur affective et retrait social. Son parcours est marqué par un isolement social et une incapacité à s'investir dans une activité quelconque (professionnelle, de loisirs...). Ces signes cliniques existent depuis plus de six mois et persistent en l'absence de prise de toxique ou de pathologie somatique.

Sous l'angle particulier de la psychanalyse, nous allons essayer de comprendre les éléments de la clinique actuelle au regard de l'histoire personnelle du patient.

4.1. Développement psychopathologique initial

La petite enfance de Monsieur B est ponctuée d'éléments anamnestiques manquants. Les facteurs ayant menés à sa conception et les événements autour de sa naissance lui sont dissimulés. Une véritable omerta règne dans cette famille : sa mère lui refuse toute explication quant à son histoire anténatale et exclut l'idée de lui révéler l'identité de son père biologique. Aux dires du patient, il semble que ce non-dit ne soit qu'un secret de Polichinelle que tous les membres de la famille partagent en dehors du concerné lui-même. Le père est donc absent physiquement du domicile familial mais il est également inexistant dans le discours de la mère. Il laisse une place béante dans le psychisme du sujet et ne représente rien à part un vide non symbolisable.

Pour Winnicott, à la naissance, le nourrisson est dans une situation d'extrême dépendance à la mère qui s'adapte normalement aux besoins de son enfant. La relation mère-enfant vise à atteindre un « équilibre homéostatique » (Malher, 1954) défini par une identification consciente et inconsciente de la mère à son enfant qui se trouve alors dans un état de dépendance totale. La mère est dans un « état d'hypersensibilité » qui lui permet de s'adapter aux besoins du tout petit enfant. Winnicott nomme cet état spécifique « préoccupation maternelle primaire. Elle fournit un cadre (setting) où l'enfant pourra ensuite se développer et se détacher progressivement de la relation « symbiotique » pour devenir un être indépendant à part entière. La mère conditionne ce cheminement : Elle doit être capable dans un premier temps d'accepter ce « dévouement » total, puis dans un second temps de faire le deuil de cette relation pour laisser de la place à son enfant. Winnicott utilise, dans ce cas, le terme de « good enough mother », mère suffisamment bonne⁴³.

La psychanalyse ne néglige pas le rôle du père pour autant. Elle reconnaît que son investissement dans la paternité est central pour le développement ultérieur de l'enfant. Le père met un terme, à un moment donné, à l'indistinction fusionnelle primitive³⁵ entre la mère et son nouveau-né. Son intervention a une portée structurante pour l'enfant qui prend alors conscience du monde qui l'entoure. Il peut alors sortir de la symbiose qui l'unit à sa mère et commencer une existence à part entière. Le tiers paternel permet un processus de séparation et d'individuation. Pour que cette étape soit possible, il faut d'une part que le père accepte de prendre ce rôle et d'autre part que la mère l'y autorise. En effet, pour accéder à une place symbolique dans le psychisme de l'enfant, la mère doit reconnaître l'existence du père en présence de l'enfant. Autrement l'enfant « préférera » rester dans une relation duelle symbiotique avec sa mère où il serait son unique objet d'amour.

Grâce à ce jeu relationnel complexe, l'enfant acquiert une maturité affective qui lui permet d'exister seul, de différencier le soi du non-soi, d'accéder à la représentation symbolique et surtout de dépasser l'aliénation à la mère qui le fixe dans la psychose.

Dans le cas clinique présenté, l'enfant est soumis à des carences précoces. Son père est absent aussi bien physiquement que symboliquement. Il est maintenu dans une relation symbiotique à la mère et dans un fantasme de toute-puissance. Cette aliénation se traduit par certains comportements inadaptés du patient et de sa mère au cours des différentes prises en charge récentes mais surtout par la structuration psychotique de Monsieur B.

A l'absence d'imgo paternelle s'ajoute la transgression de l'interdit de l'inceste par une des seules figures masculines de son entourage. Si la méconnaissance initiale des agissements du frère aîné peut expliquer l'absence de réaction maternelle dans un premier temps, elle ne justifie aucunement sa passivité ultérieure. Le patient explique que sa mère a été informée des conduites incestueuses du frère mais qu'elle n'est pas intervenue. C'est la sœur du patient qui a mis un terme aux abus. Le silence et l'immobilisme de la mère à l'époque génèrent toujours à l'heure actuelle une grande ambivalence chez Monsieur B. Les sentiments contradictoires ressentis par le patient envers sa mère sont la cause d'une souffrance psychique profonde probablement responsable de certaines de ses décompensations psychotiques.

Toujours est-il qu'aucun des deux piliers organisateurs n'ont soutenu la construction psychique de cet enfant: son père est inexistant et sa mère est décrite comme défaillante.

A l'adolescence, deux éléments clés pourraient expliquer le basculement dans la psychose :

- Vers 14 ans, l'irruption de la génitalité, tant sur le plan physique que psychique, bouleverse ce jeune chez qui le complexe d'Œdipe n'a pas trouvé d'issue dans le refoulement. L'absence de castration symbolique rendrait possible la réalisation de désirs infantiles incestueux et a pour corollaire la désorganisation mentale du sujet.

- Quelques mois plus tard, son frère aîné tombe malade et décède, in fine, d'une tumeur cérébrale. Le fantasme fratricide surgit dans le réel. Or Monsieur B. n'a pas abandonné ses croyances de toute puissance infantile. Les aléas de la vie lui laissent croire qu'il pourrait être la cause de cette mort inattendue à un âge si précoce. Ce qui n'a pu être métabolisé, symbolisé, ressurgit dans le réel et précipite le patient dans la psychose. Seule la construction d'une néo-réalité rend tolérable les difficultés qu'il rencontre.

4.2. Place des substances psychoactives dans l'économie psychique du sujet

Monsieur B trouve d'autres voies que la psychose à sa souffrance psychique. Les SPA soulagent le patient et présentent un intérêt en termes d'économie psychique.

Les drogues ont probablement, dans un premier temps, joué un rôle « amnésiant » : la sédation et l'anesthésie psychique procurées par les toxiques ont certainement permis un apaisement de la tension interne et une négation des sentiments haineux envers son frère et sa mère. Cependant ces sentiments ressurgissent régulièrement et Monsieur B est incapable de les métaboliser. Dans des moments d'anxiété majeure, les hallucinations apparaissent. Rapidement, Monsieur B. explique « vouloir consommer pour faire taire les voix ». La drogue est présentée comme une automédication efficace par le patient. Ce qui nous amène à nous interroger sur le rôle des SPA dans l'économie psychique des patients psychotiques.

A la lecture de la littérature internationale, c'est surtout le lien entre usage de SPA, notamment de cannabis, et entrée dans la psychose qui a intéressé les scientifiques. Moore et coll, ont mis en évidence un risque accru de basculement dans la psychose chez les consommateurs de cannabis dans une revue de littérature portant sur 35 études⁴⁴. L'équipe française de Le Bec a également réalisé une revue de littérature dont l'objectif principal était d'examiner le lien entre usage de cannabis et trouble psychotique. Les auteurs se sont basés sur sept études prospectives, soit un total de 50275 patients. Six des sept études retrouvent un lien significatif entre usage de cannabis et psychose, notamment chez les patients ayant des signes prodromiques lors de l'inclusion. Le cannabis serait un facteur de risque indépendant sans pour autant conclure à un lien de causalité entre ces deux variables⁴⁵.

Ces différentes études s'interrogent donc sur l'implication du cannabis dans l'entrée dans la psychose. Une étude canadienne s'est intéressée plus précisément aux effets des SPA chez des patients déjà schizophrènes. Il en ressort que les SPA, surtout le cannabis, auraient plutôt tendance à aggraver ou précipiter les symptômes positifs (délires, hallucinations) chez une majorité des schizophrènes⁴⁶. Par contre, il paraît possible qu'elles allègent les symptômes négatifs de ces patients, en particulier leur anhédonie, leurs inhibitions sociales, voire même leurs défaillances cognitives. En outre, les auteurs émettent l'hypothèse que le schizophrène présente une vulnérabilité aux effets renforçateurs des SPA⁴⁶. L'équipe d'A. Dervaux retrouvait également une tendance à l'utilisation de cannabis pour faire face aux problèmes cognitifs liés à la psychose⁴⁷.

Dans le cas de notre patient, nous ne pouvons établir l'antériorité des consommations de cannabis et autres SPA sur l'apparition des premiers symptômes psychotiques, mais nous savons que la symptomatologie négative invalide le patient. L'ennui et l'absence de centre

d'intérêt sont régulièrement cités par le patient comme des facteurs déclenchant ses consommations. Nous pouvons y voir là une manière de contrer l'aboulie et l'anhédonie participant à sa pathologie psychotique. Pour ce qui est du repli et de l'isolement social, l'alcool lui permet peut-être de tisser des liens sociaux a minima sans que l'autre ne soit perçu comme trop persécuteur.

T. Roth, psychanalyste, nous livre une interprétation non sans rapport avec l'analyse précédente. Pour cet auteur, « le psychotique alcoolique se débrouille avec sa structure [...] l'alcoolisme peut avoir des effets stabilisateurs chez ce type de patient ». Cette interprétation peut être élargie au champ des addictions en général « car les alcooliques d'aujourd'hui, dans leur façon de se défoncer, de se « déchirer » comme ils disent, de rechercher une jouissance immédiate, ressemblent bien plus aux toxicomanes dans leur fonctionnement qu'il y a une trentaine d'années ». Sans oublier que de « nombreux alcooliques [... mélangent] de plus en plus souvent l'alcool avec d'autres produits licites ou illicites ». Dans le cas présent, Monsieur B. correspond effectivement à ce type de patient. L'auteur avance l'idée d'une dimension nominative essentielle pour le psychotique qui s'attache à cette identité « je suis alcoolique », « je suis toxicomane » et palie ainsi un vide symbolique. Le sujet ne se présente plus comme « je suis Monsieur X. » mais par l'objet de la jouissance⁴⁸.

Chez ce patient dépendant atteint d'une comorbidité psychiatrique, les SPA interviennent probablement à différents niveaux : puissant anesthésiant face à la souffrance psychique, facteur précipitant la psychose, automédication face aux symptômes négatifs de la schizophrénie, outil facilitant l'insertion sociale... Ces différents cas de figure peuvent s'appliquer à Monsieur B aux différents stades de son évolution.

4.3. Mise en perspective

Reprenons la chronologie des événements récents depuis que Monsieur B révèle les abus sexuels. Quelques jours après, l'équipe décrit une nouvelle décompensation psychotique.

Si Monsieur B utilisait la casquette « toxicomane » jusqu'à son entrée à la communauté, cette étiquette perd sa vocation nominative dans la structure puisque d'une part Monsieur B ne consomme plus depuis plusieurs mois et d'autre part tous les résidents partagent cette

problématique. Comment maintenir une différenciation entre le Moi et le groupe si tous sont considérés comme des « toxicomanes indifférenciés »? Quoi de plus angoissant pour un psychotique dont les limites entre le soi et le non-soi ne sont pas pérennes ?

Nous supposons que la barrière symbolique existe tant que Monsieur B garde le secret de l'inceste pour lui. Ce non-dit lui permet encore de se différencier des autres résidents: cette étiquette a une fonction contenant en quelque sorte. Quand il annonce qu'il a été violé par son frère, sur quoi peut-il s'appuyer pour se différencier ? Monsieur B. s'est construit autour de ces traumatismes, il s'est structuré depuis sa naissance autour de ces secrets qui constituent son identité dans ses rapports aux autres. Si l'écran tombe, l'enveloppe déjà fragile ne joue plus son rôle de contenance psychique. Le sentiment d'unicité de Soi disparaît et laisse la place à un vide immense. La perte de sens de la réalité s'empare du sujet. Il se met à délirer car seul le délire lui permet de faire face à une réalité extérieure devenue dangereuse, menaçante, intrusive. Ce qui est aurait dû être vécu comme une délivrance selon l'équipe ne fait que renvoyer le patient au vide symbolique de la psychose. Anzieux écrit que « traiter un psychotique [...] ce n'est pas lui enlever ses refoulements [...] c'est ne pas prendre d'anamnèse car le souvenir d'épisodes psychotiques antérieurs peut entraîner une rechute. C'est revigorer la frontière affaiblie du moi entre la réalité psychique et la réalité extérieure »⁴⁹.

Dans l'histoire du sujet, ce sont d'abord les SPA qui ont eu ce rôle de contenance : elles ont été utilisées par Monsieur B. comme un moyen de faire face au monde qui l'entoure, un moyen de se protéger contre les angoisses psychotiques qui l'envahissent, de remplir le vide intérieur et de lutter contre la souffrance liée à sa maladie mentale. A ce titre, le concept de résilience résume globalement les idées développées.

La définition de la résilience proposée initialement par Rutter et reprise plus largement par B. Cyrulnik dans Un Merveilleux Malheur⁵⁰ renvoie à la « capacité de bien fonctionner malgré le stress, l'adversité et les situations défavorables »⁵¹. Sans drogue, le sujet « ne risque-t-il pas la mort, l'enfermement et la folie ? »⁵² s'interroge B. Didier. La résilience qui passe par l'addiction « prend la forme d'une folie partielle pour échapper à la folie totale ». Cette analyse semble particulièrement pertinente pour Monsieur B en lutte perpétuelle contre un chaos intérieur. L'auteur précise que pour concevoir la résilience en toxicomanie, cela présuppose un traumatisme antérieur à la consommation, ce qui encore une fois s'applique à notre patient.

L'addiction offre une résolution éphémère aux crises existentielles que traversent les personnes dépendantes. Elle cicatrise superficiellement les plaies, permet au sujet de s'adapter mais non de se développer⁵³. « Quand tout devient insupportable, la drogue devient la résilience du pire »⁵². Elle maintient le patient dans un système fermé, sans issue et, au terme de ce parcours, il ne reste que la déchéance physique de l'être humain. La drogue s'apparente en quelque sorte à un facteur de résilience mais qui assujettit le consommateur en lui offrant la jouissance du corps au prix d'une mort certaine. Ce dernier s'est certes affranchi d'un système familial dysfonctionnant, d'une menace d'annihilation, etc., mais il se trouve enchaîné à un mode de fonctionnement pervers.

Pendant toute une partie de sa vie, les SPA ont eu une fonction d'étayage pour Monsieur B. qui luttait sans cesse contre la souffrance psychique et la maladie psychiatrique. La prise en charge au sein d'une institution contenant lui ouvre une autre voie. Monsieur B y trouve rapidement un étayage suffisant pour évoluer sans produit. La décompensation psychotique était probablement inévitable en un an de vie communautaire. A son paroxysme elle est gérée dans un service médical spécialisé. Néanmoins, on remarquera surtout que le patient n'a pas eu recours à la drogue pour y faire face. D'autres chemins de résilience s'offrent à lui, même s'il ne semble pas encore en avoir pris conscience.

Ce cas clinique met en exergue le potentiel important de cette institution mais il permet aussi de questionner différents aspects de la prise en charge communautaire. Comment une structure médico-sociale évolue-t-elle inéluctablement vers une structure de soins au contact des résidents ? Au vu des personnes accueillies en communauté, la place des soignants dans le projet tel qu'il a été élaboré initialement est-elle pertinente ?

Troisième partie :

Discussion

L'examen de ces deux cas cliniques nous amène à nous questionner sur le rôle et le fonctionnement des CT. Les objectifs déterminés initialement par la MILDT, à travers la circulaire d'octobre 2006, semblent ambitieux face à la réalité de terrain. Soucieux d'améliorer les conditions de vie des usagers, ce projet original s'avère particulièrement exigeant, au risque de paraître inaccessible dans un certain nombre de cas, comme le montre l'analyse de ces deux cas cliniques.

Atteintes de troubles psychiques invalidants, les personnes accueillies tentent de surmonter leurs addictions, non sans difficulté, comme en atteste souvent leur parcours de soins. Pour intégrer la communauté, les consommateurs doivent montrer leur engagement, une réelle volonté de s'en sortir, mais pour autant leurs difficultés psychiques ne peuvent être occultées par les professionnels qui établissent les programmes de soins. Tracer une ligne de conduite, suivre une feuille de route donnent une cohérence globale à un projet thérapeutique sur le plan institutionnel, mais dans la singularité de chaque prise en charge, la subjectivité de l'individu prime et pousse parfois à emprunter d'autres voies plus sinueuses. L'abstinence et l'abandon des comportements inappropriés sont des priorités pour la MILDT, mais, à titre d'exemple, peut-on pour autant conclure à un manque de motivation, d'investissement et qualifier d'échec une consommation ponctuelle ? Quand peut-on considérer qu'une prise en charge est « réussie » ? Grâce au groupe, le sujet intègre des normes sociales, mais au-delà de l'intérêt collectif, est-ce une fin en soi sur le plan individuel ? Doit-on considérer l'intégration de ces normes comme un aboutissement essentiel de la prise en charge ?

A partir de notre expérience à la CT du Cateau-Cambrésis et des expériences décrites dans la littérature, nous nous attacherons tout d'abord à décrire le point de vue des usagers. Quel est leur ressenti à la suite d'un séjour en CT ? Quels sont les bénéfices qu'ils en retirent ? Nous verrons ensuite comment, à travers la pratique quotidienne, la jeune équipe du Cateau-Cambrésis tente de concilier les recommandations du législateur et la réalité de terrain. Face aux usagers meurtris par des histoires de vie invraisemblables, des aménagements se sont nécessairement imposés. L'expérience de communautés plus anciennes apporte également des éléments de réflexion. Enfin au regard des connaissances médicales actuelles, nous préciserons les atouts mais aussi ce qui semble faire défaut à cette prise en charge, dans son mode d'exercice régional.

1. Le constat des résidents

Principalement fondées sur un constat empirique et une évaluation subjective de la part des résidents, les CT ont fait l'objet de peu de recherches scientifiques. Elles se sont imposées comme un traitement populaire pour la réinsertion des usagers, notamment aux Etats-Unis, dans la lignée de la méthode en 12-étapes préconisée par les Alcooliques Anonymes. Dans un premier temps, ce sont donc les résidents qui pointent les bénéfices tirés de leur expérience personnelle et de leur vécu lors de séjour en CT.

1.1. Amélioration sur le plan somatique

Le séjour en CT offre aux résidents la possibilité d'être pris en charge sur le plan somatique. Souvent en grande précarité, ces personnes sont pour la majorité en mauvaise santé physique. Les résidents arrivent souvent dénutris et carencés. La consommation par voie intraveineuse est connue comme étant un facteur de risque de diverses infections virales : hépatite⁵⁴, VIH⁵⁵. A la CT, ils retrouvent un rythme de vie stable avec trois repas par jour basés sur une alimentation équilibrée. Ils participent à des activités manuelles à travers les tâches de la vie quotidienne et de leur formation au sein de la CT. Ils peuvent s'inscrire dans des activités sportives optionnelles. Tout cela participe à une remise en forme notable. « Le corps va mieux » et les résidents s'en réjouissent. Le premier motif invoqué par les usagers en demande de soins est ce sentiment d'usure physique, d'épuisement, l'impression de ne pas pouvoir aller plus loin, d'avoir touché le fond ». L'énergie du désespoir et la peur de la mort sont des leitmotives qui redonnent l'envie de s'en sortir⁵². « Je suis passé par une belle porte » me disait en entretien un résident qui, après avoir fait une hépatite fulminante résolutive, était entré dans une démarche de soins à la CT du Cateau- Cambrésis.

1.2. Amélioration de l'estime de soi et de l'image du corps

Ce sentiment d'avoir « récupéré » physiquement est valorisant pour l'individu. Les résidents décrivent un sentiment de fierté. Ils reprennent souvent du poids et l'image de leur corps devient plus supportable. Dans cette population où le dénigrement et l'autodépréciation

sont monnaie courante, ces modifications corporelles sont accueillies avec soulagement. Elles réconfortent, encouragent et suscitent de l'enthousiasme. Ce phénomène est décrit par les différentes équipes françaises⁵⁶ et il est également ressenti par les éducateurs de la communauté de la région.

La prise en charge en CT génère un sentiment de satisfaction et de fierté chez les résidents : la fierté de rentrer de permission sans avoir consommé, la fierté de participer au bon fonctionnement de la CT... L'expérience communautaire restaure une image positive du sujet, elle gratifie et procure un sentiment de respectabilité chez les sujets interrogés⁵⁶.

Pourtant, une bonne estime de soi ne semble pas soutenir l'investissement du sujet dans les soins. Au contraire, elle caractérise les résidents qui restent peu de temps en CT (moins de six mois). Les auteurs émettent l'hypothèse qu'une fois que l'individu retrouve confiance en lui, il peut évoluer positivement, par ses propres moyens, et que le groupe peut être ressenti comme infantilisant alors que, pour les autres résidents, le groupe constitue un étayage nécessaire⁵⁶.

Nous pouvons également nous interroger sur l'authenticité de ces propos chez des patients polydépendants de longue date. Les usagers sont tentés de renvoyer une image supposée attendue d'eux-mêmes par le fonctionnement même de la vie communautaire. Pour s'intégrer, il faut « coller au moule » défini par le groupe mais sont-ils au fond capables de se détacher du modèle proposé ? Le groupe est souvent idéalisé par le résident qui risque de faire abstraction des contradictions et des dangers que cela comporte. Par économie psychique, les sujets nient involontairement toute subjectivité et fonctionnent sur un mode de relation anaclitique, en faux-self. Ce type de comportement est caractéristique de la psychopathologie de nombreux sujets dépendants qui, après avoir endossé le rôle de « toxico », revendiquent une nouvelle identité sans pouvoir tenir compte de leur identité propre.

L'amélioration de l'estime de soi décrite par les résidents est donc à relativiser et à intégrer dans un contexte psychopathologique particulier. L'adhésion inconditionnelle au mode de vie communautaire est également un élément révélateur de la structuration psychopathologique de l'individu figé dans une vision manichéenne du monde qui l'entoure. Pour autant, le groupe peut apporter un soutien considérable et salvateur si l'on ne perd pas de vue le risque d'assujettissement toujours présent.

1.3. Le sentiment d'appartenance à un groupe de pairs

Que ce soit à travers l'évaluation réalisée par l'équipe bordelaise de M. Auriacombe⁵⁶ ou d'autres études⁵², le principal moteur de l'adhésion à ce mode de prise en charge reste le groupe de pairs, selon les résidents interrogés. A l'unanimité, les membres considèrent le groupe et notamment le système de tutorat comme vecteur de motivation et de soutien⁵². Le groupe devient leur « seconde famille ». Tous ont traversé « les mêmes galères », les mêmes souffrances. Tous partent donc sur un pied d'égalité. Le parrainage crée une réelle solidarité entre les résidents qui voient dans cette entre-aide mutuelle une part de la solution à leur problème.

Cette dynamique de groupe renvoie à la philosophie des Alcooliques Anonymes (AA), dont l'efficacité ne semble pas, par ailleurs, faire de consensus³³. Les CT et les AA, malgré des divergences non négligeables (comme le respect du principe de laïcité ou l'ouverture sur le monde extérieur), partagent un principe fondamental : la place prédominante du groupe dans le processus thérapeutique. Les valeurs d'abstinence véhiculées par les AA doivent être apprises par les membres à travers leur participation à des réunions, des groupes d'échange et le témoignage personnel de chacun lors des groupes de parole. Le « parrain » ou tuteur tient un rôle central : il montre l'exemple à suivre. Il explique la démarche qu'il a lui-même empruntée, encourage et soutient le novice : en quelque sorte, il sert de guide. Mais avec une telle conception du fonctionnement communautaire, le risque d'aliénation au groupe semble inévitable. Ne sommes-nous pas en train de faire machine arrière et de tomber dans les travers du passé malgré les mises en garde de S. Weil et tant d'autres ?

Le rôle du groupe ainsi défini a souvent interrogé, voire inquiété, les scientifiques qui craignaient des dérives sectaires. Peele, ancien président de la division « Addiction » à l'Association Américaine de Psychologie, s'est insurgé contre les méthodes en 12-étapes qu'il juge coercitives. Il pointe le défaut de preuve scientifique pour évaluer leur efficacité et s'inquiète du manque de professionnalisme des acteurs de ce réseau⁵⁷. En effet, n'y a-t-il pas un risque à faire porter au groupe la prise en charge d'autres résidents ? Non seulement les membres du groupe n'ont pas reçu de formation adéquate, mais en plus ils sont eux-mêmes confrontés à leurs difficultés personnelles. Par expérience, on observe que les résidents

peuvent être intransigeants, intolérants avec leurs compagnons. La place donnée au groupe doit donc être pondérée par la présence de professionnels ayant toujours comme objectif le respect de la dignité humaine. Tout en accordant une place importante au groupe, la législation française, comme nous l'avons décrite précédemment, est suffisamment claire sur ce point.

D'autres scientifiques ont cherché à comprendre les mécanismes qui expliqueraient l'adhésion de masse à ces prises en charge, notamment aux Etats-Unis. L'équipe de Galanter propose une approche originale qui repose sur la question de la spiritualité. Certes le sentiment d'affiliation au groupe et l'adhésion à l'idéologie du groupe apparaissent comme des facteurs prédictifs de rétablissement⁵⁸. Mais pour l'auteur, c'est la spiritualité et la camaraderie, très présentes dans le mouvement des AA, qui seraient un médiateur de l'efficacité dans ce type de prise en charge. Il émet l'hypothèse qu'un engagement spirituel encadré et intégré dans une prise en charge médicale plus classique aiderait peut-être les patients à sortir de leurs conduites addictives⁵⁹.

De manière plus cartésienne enfin, d'autres auteurs se sont intéressés à « ce qui fait groupe ». Plus que le groupe, ce sont les liens qui se tissent entre tel ou tel résident qui importent. Quand les raisons de quitter la CT prennent le dessus, c'est l'intervention de telle personne (parce qu'elle partage la même chambre, parce qu'elle est arrivée en même temps...) qui permettra au sujet de revenir vers les soins. C'est donc moins le groupe dans son intégralité que les relations humaines entre un petit nombre d'individus, qu'ils soient résidents ou professionnels, qui permettent le dénouement de certaines situations complexes et ouvrent de nouvelles portes³³.

Si les mérites d'une approche groupale sont souvent vantés, il semble tout de même que les scientifiques restent prudents et partagés face à ce type de prise en charge. A notre connaissance, l'accent est rarement mis sur les difficultés causées par la vie communautaire. Outre le risque éthique, intégrer et rester dans une CT ne va pas de soi. Cela demande des efforts d'insertion et d'adaptation. La collocation avec des inconnus, dans des chambres de trois en général, n'est pas toujours évidente. La promiscuité peut vite devenir insupportable, intrusive pour des individus ayant vécu à la rue ou en foyer, voire même persécutrice selon la psychopathologie du résident. Ces éléments sont à prendre en considération et une prise de

distance par rapport à une vision trop idéalisée du fonctionnement groupal est légitime. Il semble difficile de croire que ce mode de vie convienne à tout type de patient.

1.4. Le changement d'environnement

Le séjour en CT permet de couper avec le milieu du deal et de la consommation. Il est essentiel pour les personnes dépendantes dont la vie n'est plus tournée que vers le produit et qui ne bénéficient pas d'un entourage étayant. Pour Lascaux et coll, un nouveau cadre de vie permet de se projeter dans de nouvelles perspectives¹⁹.

Néanmoins pour ceux qui ont un entourage familial aidant, la séparation peut être difficile. Les propos recueillis auprès des personnes dépendantes sont teintés d'ambivalence. Ils ressentent à la fois le besoin de se libérer d'un milieu néfaste, d'un groupe d'amis qui poussent à la consommation et d'être tentés en cas de conflit familial... mais l'éloignement est toutefois difficile à accepter. L'effet « rupture » ne coupe pas seulement le résident du milieu de la drogue mais aussi de ses réseaux familiaux et amicaux qui sont souvent des ressources pour eux⁵⁶. Cette analyse, faite par les consommateurs, doit être prise en compte par les intervenants en CT. Dans le fonctionnement que l'on connaît, les bienfaits de la séparation ont longtemps été mis en exergue. Principe idéologique à l'origine du projet qui visait à donner une place prépondérante à l'utilisateur pour le responsabiliser, l'équipe du Cateau-Cambrésis revient sur sa position initiale après quelques années de pratique et pense mettre en place une cellule de thérapie familiale.

Pour C. Ducommun-Nagy, les loyautés familiales jouent un rôle dans l'émergence de troubles individuels et dans l'apparition de dysfonctionnements familiaux, mais aussi dans le processus thérapeutique lui-même. La loyauté familiale peut devenir source de résistance dans le travail thérapeutique, surtout dans le cas où la thérapie générerait des conflits de loyauté au sein de la cellule familiale ; mais elle peut tout autant devenir une source de résilience et d'autonomie si elle est prise en compte et valorisée par le thérapeute⁶⁰. Nier le poids de la loyauté familiale consiste à occulter une partie essentielle de la problématique du patient. Pour espérer une amélioration clinique de l'individu, ce travail nous semble primordial.

1.5.L'abstinence

Face à la question de l'abstinence, les résidents se montrent beaucoup plus sceptiques. « Fondamentalement, personne ne croit que l'abstinence sans traitement soit garantie ou promise à tous ». D'ailleurs, lorsqu'ils évoquent ce point, exemptés du regard extérieur, la notion générale d'abstinence laisse plutôt place à des conceptions du « rapport souhaitable au produit ». Pour les résidents dépendants aux opiacés sous traitement de substitution, la sortie de la communauté sans traitement n'apparaît pas comme un impératif. Enfin, la plupart espèrent pouvoir « boire de l'alcool comme cela se fait chez les gens normaux ». Immanquablement, nombreux ont des problèmes d'alcool⁵⁶.

Pour le résident, la priorité n'est manifestement pas donnée au sevrage de tout produit, signe peut-être que la problématique du sujet est ailleurs et que le produit ne serait que le symptôme d'une problématique psychopathologique plus profonde.

Comme nous venons de le voir, les usagers ont fait un certain nombre de constats, favorables dans l'ensemble, issus de leur expérience quotidienne dans les centres communautaires⁵⁶. Mais qu'en pensent les scientifiques et les professionnels ? Ce type de structures bien connues à l'étranger a fait l'objet de différentes études chez nos voisins européens et d'outre-Atlantique. Plus récemment en France, avec l'ouverture de quatre CT financées par l'état, quelques universitaires se sont penchés sur l'évaluation de cette méthode de soins. Certains paramètres objectivables ont pu être mis en évidence, malgré les limites méthodologiques imputables aux exigences de l'Evidence-Based Medicine (EBM) incompatibles avec la réalité du fonctionnement des CT¹⁹. En effet, comment évaluer rigoureusement une méthode basée sur le self-help et dont les critères d'admission s'opposent au principe de randomisation (puisque'il s'agit d'une structure à « haut seuil » avec une sélection initiale rigoureuse des sujets admis) ?

Nous allons donc présenter ici les éléments qui nous sont apparus pertinents pour une meilleure compréhension du fonctionnement communautaire.

2. Le constat des professionnels

2.1. Age du résident

Les CT s'adressent à des sujets polydépendants, ayant déjà bénéficié de soins dans le champ des addictions sans que cela n'aboutisse. Malgré les échecs successifs, l'individu revient avec une demande de soins. La CT participe à la diversification de l'offre thérapeutique et propose une alternative à ces personnes en grande difficulté psychosociale¹⁹. Globalement, elle s'adresse donc à un public ayant déjà un lourd vécu et par conséquent déjà d'un certain âge, bien que l'âge réel ne soit pas un facteur déterminant en tant que tel. Fréquemment, c'est quand le sujet est acculé par les conséquences médicales, judiciaires ou sociales que l'envie de changement émerge. C'est donc quand la vie du sujet est menacée que le déni peut laisser place à une remise en question dans une certaine mesure. Pour cela, l'addict doit avoir été confronté à des situations dramatiques. On imagine, dans ce cas, qu'un jeune adulte n'a pas le vécu suffisant pour élaborer cette réflexion.

Pour les mêmes raisons, nous pouvons donc supposer que les contraintes liées au mode de vie communautaire impliquent des sacrifices qu'un adolescent ou un jeune adulte n'est pas prêt à faire. Il n'a pas été confronté aux préjudices engendrés par la consommation. Si nous faisons l'hypothèse que, dans un grand nombre de cas, la demande ne peut émerger qu'au-delà d'une certaine souffrance, d'une certaine misère, alors un sujet jeune ne sera peut-être pas prêt à s'investir suffisamment dans ce programme de soins exigeant.

Déjà De Leon insistait en 1997 sur l'importance de la préparation et de la motivation avant l'entrée en CT. Il a étudié ces deux facteurs en fonction de l'âge des résidents et a comparé les deux groupes en fonction du score obtenu à la CM.S (Circumstances, motivation, readiness and suitability to TC). Les adolescents testés (âgés entre 14 et 18 ans, n>1000) étaient moins motivés ou prêts à un changement que les adultes (19-26 ans, n>1400). Les résultats mettent en évidence que plus le sujet est âgé, plus le score à la CM.S est élevé (favorable)⁶¹.

Une étude plus récente (2004) signale l'intérêt de mettre en place des CT adaptées à l'âge de la population accueillie⁶². Si l'on considère que les relations interindividuelles qui se tissent entre les résidents sont des facteurs propices à l'investissement personnel, peut-être

que l'âge intervient comme un moteur de rassemblement qui entretiendrait la motivation du groupe d'âge.

A travers l'analyse de Monsieur B, le facteur « âge » est un élément à prendre en compte. La motivation de ce résident est très fluctuante et ne semble tenir qu'à la menace d'être incarcéré. Il n'a pas connu la décadence sociale (il a toujours vécu chez sa mère) ni les complications somatiques liées aux consommations. Régulièrement, il évoque sa volonté de rentrer au domicile familial pour reprendre sa vie antérieure. Il regrette manifestement son mode de vie passé. Néanmoins, contrairement à l'hypothèse sus-jacente, le fait d'être le plus jeune de la communauté semble lui être bénéfique car les autres résidents ont tendance à le « mater ». Une CT adressée spécifiquement aux jeunes adultes n'aurait pas eu cet impact.

Le profil de Monsieur L. correspond beaucoup plus au public accueilli classiquement en CT. Agé de 42 ans, il est bien connu du réseau de soins. Il a connu les affres de la désocialisation, de l'exclusion, le placement de sa fille... Le travail motivationnel a déjà été réalisé en amont et son investissement initial semble authentique.

Bien évidemment, l'âge est un critère indicatif dès lors qu'il reflète l'expérience et le vécu du sujet, mais il n'est pas déterminant à lui seul. D'autres critères, tels que la durée du séjour et plus spécifiquement le franchissement des différentes étapes définies dans le programme de soins, sont communément associés à une issue favorable.

2.2. Durée de séjour

2.2.1. *Corrélation entre durée de séjour et succès de la prise en charge*

Différentes études concordent sur ce point : la durée de séjour est un facteur prédictif de l'issue de la prise en charge. La première étude à ce sujet date de 1974. Elle a été réalisée par De Leon à la CT de Phoenix sur un échantillon de 288 résidents. Le succès de la prise en charge était défini par une absence de crime et de prise d'opiacés lors de l'évaluation post-traitement (c'est à dire deux ans après la sortie de la CT) et l'amélioration par un changement significatif des comportements. Les auteurs retrouvaient dans la population masculine 38% de succès dont 32,9% en cas d'abandon précoce de la prise en charge contre 73,9% chez les résidents « diplômés » (ayant terminé le programme). Le taux de succès ou d'amélioration augmente avec le temps passé dans la CT⁶³.

Les études plus récentes montrent en fait que, plus que le temps passé dans une CT, c'est le « niveau » atteint au cours du séjour, c'est à dire l'évolution dans le programme de soins, qui va déterminer l'impact fonctionnel à la sortie⁶⁴. La réalisation des objectifs fixés par la CT et le passage des différentes étapes du programme sont prédictifs de la réussite du traitement. On observe une réduction de l'utilisation de SPA, du nombre d'arrestations et une augmentation de l'accès à l'emploi chez les sujets ayant achevé ce programme de soins.⁶⁵ Une équipe israélienne retrouve même un taux d'abstinence supérieur à 90% pour cette catégorie d'individus⁶⁶.

Une étude prospective menée par l'équipe de Veracchai montre que seulement 9,65% des résidents vont au terme du programme mais que cinq ans après la sortie, ces sujets sont 73% à rester abstinents.

La durée de séjour ou plus précisément le passage des différentes étapes du programme apparaissent comme des facteurs significativement liés à une issue favorable de la prise en charge. Le temps passé en communauté serait donc bénéfique pour le résident. Une des caractéristiques du projet communautaire est d'offrir un lieu d'accueil et de soins plus long que les autres structures. La population accueillie semble y être particulièrement sensible. A quoi tient ce constat ? Comment l'interpréter ?

2.2.2. Du temps d'accueil à l'espace-temps

Différentes théories permettent de comprendre les mécanismes en œuvre dans l'amélioration clinique des sujets dépendants accueillis en CT. Deux modèles sont fréquemment cités et tentent d'expliquer de façon distincte, mais complémentaire, les processus thérapeutiques en jeu.

Dans les thérapies cognitivo-comportementales, ayant largement influencé la culture communautaire, le passage au sein des CT n'est pas seulement synonyme de séjour de rupture. Il s'apparente surtout à un séjour de (re)construction dont la durée serait un des facteurs de réussite⁶⁷. L'alcoolisme et la toxicomanie sont considérés comme des comportements acquis qui peuvent faire l'objet de nouveaux apprentissages⁶⁸. Partant de techniques d'entretien motivationnel, les conditions d'accueil doivent ensuite être réunies pour créer une atmosphère favorable au changement et permettre une adhésion au modèle

d'abstinence⁶⁹. Le passage des différentes étapes signe une progression du sujet dans le processus de rétablissement. Quitter la communauté avant d'avoir passé les différents échelons serait comme partir sans achever le travail entrepris, ce qui explique le lien entre durée de séjour et réussite du traitement.

Sous l'angle de la psychiatrie institutionnelle, si la durée de séjour apparaît comme un facteur décisif dans la prise en charge, c'est peut-être, d'abord et avant tout, parce que l'on sort du registre de l'immédiateté dans laquelle se trouve emprisonné le toxicomane en quête du produit. Il ne faut d'ailleurs pas s'étonner qu'un certain nombre de résidents trouvent le temps long à la CT⁵⁶ alors qu'ils ont vécu dans l'urgence depuis des mois, voire des années.

La CT offre un « espace-temps », un lieu où le sujet peut se réapproprier une calendarité⁶⁷. C'est un lieu temporel propice à la réintroduction d'une multitude de temps : le temps présent avec les activités quotidiennes, le temps social organisé autour de la prise des repas, le temps individuel, le temps collectif, le temps institutionnel, le temps communautaire avec son lot d'arrivées et de départs. La communauté est une institution où l'on peut réintroduire une symbolique temporelle, où les temps se croisent et s'entrecroisent, où une articulation entre le passé, le présent et l'avenir du sujet est possible⁷⁰. Pour y parvenir l'équipe professionnelle ne doit pas être obnubilée par le temps, elle doit être là, être avec, être disponible pour accueillir le sujet souffrant⁷¹. Peu importe finalement la durée exacte du séjour, il faut, dans cette perspective, offrir au sujet un temps suffisant, différent selon chacun, qui lui permette de s'inscrire dans une symbolique temporelle. La durée de deux ans a été fixée arbitrairement par le législateur qui devait évidemment tenir compte d'une réalité financière, mais elle devrait probablement être adaptée au cas par cas.

Quelle que soit la théorie à laquelle on se réfère, le rapport au temps prend une place centrale dans l'expérience communautaire. Les CT mettent à disposition un espace-temps qui se veut propice à un changement des habitudes de vie et à un développement personnel. Mais y-a-t'il un impact concret démontré sur les prises de SPA et sur le comportement des résidents?

2.3. Evolution des consommations et des comportements

A l'heure actuelle, la question coût-efficacité prend une place décisive dans les orientations gouvernementales, même en matière de santé. Cinq ans après l'ouverture des premières CT commanditées par l'état, quels sont les résultats concrets apportés par le modèle communautaire ?

Suite à l'appel d'offre de la MILDT en 2006, l'observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) s'est vu confier la mise en œuvre d'un mandat d'évaluation des CT pour répondre à cette question. Avec l'aide d'une équipe bordelaise, une étude prospective sur deux ans, menée par une équipe bordelaise, a permis d'évaluer deux de ces communautés « expérimentales »⁵⁶.

Il en résulte que les consommations de SPA diminuent de manière significative pendant le séjour. Cependant les auteurs mettent en évidence une augmentation de la prévalence des jeux d'argent et de hasard, ainsi que des troubles du comportement alimentaire à partir de 12 mois de prise en charge. Par ailleurs, la sortie de la CT semble poser un problème crucial aux résidents puisque les auteurs retrouvent une augmentation de l'usage de SPA lors des entretiens du 6^{ème} et du 12^{ème} mois suivant la sortie. Ces consommations rechutent ensuite lors de rencontres ultérieures mais cela concorde avec une nouvelle prise en charge en addictologie. Les auteurs soulignent également que, pendant le séjour, les posologies de Buprénorphine prescrites sont réduites chez 75% des résidents, mais qu'à la sortie elles réaugmentent pour atteindre la posologie antérieure, voire plus. Pour les patients sous méthadone, la posologie n'évolue pas à la sortie. Concernant la situation socio-professionnelle des résidents, seules 10% des personnes admises en CT travaillaient avant leur entrée. A la sortie, ce taux n'augmente que très légèrement. De surcroît, une très grande majorité bénéficie d'un contrat d'insertion et travaille à temps partiel. Les autres perçoivent le RSA ou une pension d'invalidité.

La même équipe a publié en 2012 une revue de littérature sur l'efficacité des CT en termes d'abstinence. Douze études internationales ont été retenues dans le cadre de cette enquête. Cela concernait 61 CT et 3271 sujets. Il en résulte que toutes les études retrouvent une chute de la consommation de SPA en cours de prise en charge, mais la rechute à la sortie est courante. La réalisation du programme jusqu'à son terme est le meilleur facteur prédictif de l'abstinence à la sortie. Etonnamment, il semble que les comorbidités psychiatriques ne

soient pas associées au risque de rechute. Une prise en charge institutionnelle durable est peut-être suffisamment étayante pour leur permettre de se stabiliser. Globalement, à travers cette revue de littérature, les bénéfices sur le long terme paraissent incertains et des études complémentaires semblent indispensables⁷².

L'intérêt de la prise en charge en CT, comparativement à d'autres structures résidentielles, reste à déterminer. Une équipe anglaise a comparé l'efficacité des CT versus d'autres traitements résidentiels⁷³. Il en résulte qu'il n'y a pas de preuve, à l'heure actuelle, de la supériorité des CT sur les autres traitements. A Bordeaux, les CT ont été comparées au CSAPA. Il en découle que l'amélioration des comportements addictifs est similaire pour les deux traitements. Les deux populations accueillies sont comparables en termes d'âge, de substances consommées, de nombre de prise en charge antérieure et de comorbidités psychiatriques. Néanmoins, les CT reçoivent un public plus précaire, plus anxieux, plus souvent atteint de l'hépatite C et en plus grande difficulté sociale⁵⁶.

Quelques années à peine après l'ouverture des premières CT françaises, la prise en charge communautaire se départit du projet initial prévu par la MILDT. Les experts se sont accordés sur un certain nombre de principes, grâce à une analyse Delphi (méthode mise au point pour mettre en évidence des consensus et consolider les orientations à donner à un projet⁷⁴). Non seulement les traitements pharmacologiques des addictions, tels la méthadone et la Buprénorphine, sont acceptés à l'admission, mais leur arrêt n'est pas une obligation. Ils peuvent même être initiés en cours de traitement si le médecin le juge nécessaire. Enfin le maintien de ce traitement n'est pas considéré comme un échec⁷⁵.

Il semble donc, au terme de cette évaluation globale, que les objectifs initiaux d'abstinence et de réinsertion sociale réclamés par la MILDT soient difficiles à atteindre pour une majorité des résidents. A l'heure actuelle, les scientifiques mettent en évidence une diminution nette des consommations en cours de prise en charge, mais l'impact sur le long terme reste incertain.

Ces résultats statistiques, issus de la littérature scientifique, sont peu révélateurs du vécu subjectif de nos patients, qui semblent globalement satisfaits de la prise en charge. Cette constatation nous invite à questionner les notions d'échec et de réussite dont il est question dans les articles. Les conduites des patients sont jugées bonnes ou mauvaises selon des

critères objectifs comme la posologie de méthadone prescrite, l'absence de consommation, la rechute, l'absence d'incarcération, etc., s'appuyant sur une conception manichéenne du comportement humain. Comment se dégager de cette dichotomie ? Comment définir la guérison chez ces patients ? Ne pourrait-on pas plutôt parler d'amélioration ? Quand il est question d'efficacité et de bénéfice, quel point de vue est adopté ? Celui du patient ou de la société ?

En ce qui concerne l'abstinence par exemple, les résidents ne l'identifient pas comme l'élément central, essentiel, de leur prise en charge alors qu'elle l'est pour un grand nombre de professionnels (même si les traitements de substitution sont maintenant tolérés). Doit-on en conclure qu'un sujet qui consomme a échoué ? Même si ces consommations se sont réduites ? Les consommations d'opiacés sont souvent identifiées comme un problème majeur. Dans ce cas, la consommation est souvent vécue comme un échec de la prise en charge par les professionnels. Paradoxalement la consommation d'alcool n'inquiète pas autant. Elle ne semble pas non plus entraîner les mêmes sanctions pour le résident. Pourtant les conséquences somatiques liées à une dépendance à l'alcool sont bien réelles et néfastes pour l'individu. Néanmoins, ce type de consommation, au même titre que l'addiction au jeu, l'apparition de trouble du comportement alimentaire, etc., est beaucoup plus acceptable sur le plan sociétal, beaucoup moins bruyant aussi. Peut-on pour autant en conclure qu'une prise en charge est efficace parce qu'elle rend le sujet moins nuisible ?

Face à tous ces questionnements, les usagers que nous avons rencontrés nous apportent des éléments de réponse. Ils décrivent un bénéfice subjectif malgré toutes ces incertitudes. La communauté leur offre une parenthèse, un instant de répit dans un parcours de vie chaotique et les résidents en sont reconnaissants. Les liens interrelationnels qui se tissent au cours du séjour sont incontestablement une source d'enrichissements personnels qui justifie à elle seule l'émergence de ce type de structure, de notre point de vue de soignant.

Dans cette optique d'élaboration et de collaboration autour d'un projet naissant, certains points méritent d'être développés afin d'enrichir et de diversifier la pratique actuelle. Nous proposerons quelques pistes de réflexion issues de notre expérience et des échanges que nous avons eus avec l'équipe de la CT du Cateau-Cambrésis.

3. Pistes de réflexion

Le fonctionnement actuel de la CT du Cateau-Cambrésis met l'accent sur le groupe et la prise en charge éducative. Les éducateurs constituent d'ailleurs l'essentiel du personnel recruté, qui se compose donc essentiellement de professionnels non soignants. Lors de l'appel d'offre de la MILDT, les équipes n'ont disposé que de quelques mois pour élaborer un projet répondant au cahier des charges et aux contraintes budgétaires imposées par l'état. Les soignants n'ont pas été intégrés à ce temps d'élaboration. Par conséquent, les interventions médicales sont restreintes à des temps de vacations courts pour répondre à une demande de prestation technique précise. Ils sont interpellés comme des intervenants extérieurs mais ne s'immiscent pas dans la gestion institutionnelle. Le temps de présence du personnel soignant, particulièrement restreint, constitue, pour nous, un des points faibles de ce dispositif de soins. Ce constat semble d'ailleurs partagé par les professionnels de terrain.

3.1. Constitution de l'équipe d'encadrement

Si l'on s'en réfère aux théories comportementales ayant influencé le modèle hiérarchique aux Etats-Unis et à minima le projet expérimental en cours d'évaluation en France⁷², le sujet est considéré comme responsable de ses comportements déviants. Les personnes accueillies en CT ont une addiction qui n'est pas liée à la substance en elle-même mais au sujet. L'addiction est considérée comme un trouble du comportement et non comme une maladie⁷⁶. Grâce à un apprentissage social, le travail des professionnels consiste à transmettre au sujet des outils de contrôle qui l'aideraient à changer son comportement. « L'objectif thérapeutique [...] passe par un travail pédagogique au quotidien via l'intégration aux normes du groupe et à l'adhésion au modèle fourni par les autres résidents »¹⁹. Mais un travail pédagogique, autrement dit éducatif, a-t-il une visée thérapeutique ?

Initialement, l'idée est d'accepter tout volontaire sans à priori et quel que soit son parcours antérieur, à partir du moment où il entre dans les indications de la CT. Cette position, parfaitement respectable, place le sujet hors du champ médical, au sens où il n'est pas accueilli comme un « patient ». Sa prise en charge est dissociée de son suivi médical, qu'il est d'ailleurs sensé gérer lui-même. L'équipe éducative ne se positionne donc pas en équipe soignante. Elle prend en charge des « résidents » qu'elle considère comme des individus

responsables, répondant de leurs actes, laissant ainsi, à notre avis, peu de place à l'interprétation des comportements mis en jeu. Cette divergence est-elle purement théorique ou a-t-elle un impact sur la prise en charge au quotidien des sujets dépendants ?

Un des éléments clés de la prise en charge éducative repose sur la question de la responsabilité. « [Le toxicomane] ne peut rejeter la responsabilité ni sur l'équipe de travailleurs ni sur le programme. Donc, si la responsabilité incombe au toxicomane, cela signifie qu'il devra connaître la confrontation afin de prendre ses responsabilités, même s'il ne le souhaite pas. [...] Pour accentuer le climat de responsabilité, on parle dans la CT des concepts d'autonomie, de responsabilité partagée et d'engagement responsable »²⁰.

L'idée que le toxicomane soit responsable de son comportement addictif diffère de notre vision des soins en psychiatrie, car elle semble faire fi de la psychopathologie des sujets accueillis. Un individu peut être cohérent au moment de faits délictueux, en capacité de comprendre les conséquences de son geste et relever, dans ce cadre, d'une décision judiciaire; pour autant sa responsabilité est à questionner dans un travail thérapeutique. La notion de responsabilité en psychiatrie n'est pas strictement superposable à la responsabilité au sens pénal⁷⁷. Dans la prise en charge de nos patients, le soignant doit se départir du cadre judiciaire qui régule de manière impartiale les relations entre les individus au nom de la société et joue un rôle de tiers régulateur. Le rôle du soignant est au contraire de travailler avec la subjectivité de l'individu souffrant, de l'aider à se replacer dans une histoire personnelle, à mettre du sens sur un comportement au vu de son parcours et de l'intégrer éventuellement dans l'évolution d'un trouble psychiatrique. L'addiction s'apparente au symptôme d'un mal-être profond, en lien avec une histoire de vie singulière. Elle n'est donc pas dissociable de la structure psychopathologique de l'individu qui est accueilli, par le soignant, avec sa part de subjectivité.

Les soins renvoient donc à la part subjective du sujet alors que la prise en charge éducative tente de porter un regard plus objectif. La thérapie et la pédagogie se complètent, s'enrichissent mais n'ont pas la même vocation. D'ailleurs, ce décalage apparaît quand les intervenants se rencontrent : chacun d'eux utilise un signifiant différent pour parler des personnes accueillies : il est question de « patient » pour les médecins et de « résident » pour les éducateurs. Cette discordance traduit, en quelques sortes, la conception respective de l'addiction pour chacun d'eux.

Malgré ce constat, les psychiatres ont longtemps délaissé les usagers de substances psychoactives qui avaient la réputation d'être des semeurs de trouble dans les unités. Pour une partie du corps médical, la toxicomanie est souvent associée à la psychopathie et la délinquance. De fait, un certain nombre de psychiatres ont tendance à exclure ce type de patient du réseau de soins. Parallèlement l'émergence de services d'addictologie trouve un écho important auprès de populations dépendantes qui ont une forte résistance à demander des soins en psychiatrie. Ces patients refusent encore à l'heure actuelle d'être pris en charge dans des services de psychiatrie classiques de peur de porter l'étiquette de « fou ». La réticence bilatérale a laissé une place vacante auprès des usagers dans de nombreux secteurs géographiques, confrontés en outre au manque de personnel médical. Les structures associatives, face à l'ampleur du phénomène, se sont mobilisées et ont assumé en partie importante de la prise en charge des consommateurs.

Dans ce contexte, à l'annonce de l'appel d'offre de la MILDT, le projet de création d'une CT dans le Cambrésis, a été élaboré dans un délai très court. Il n'a pas été soumis à l'avis des professionnels du secteur, notamment des psychiatres et des addictologues. Mis devant le fait accompli, ils doivent maintenant en assumer la responsabilité, dans une région de surcroît en sous-effectif en termes de démographie médicale. La structure a donc été conçue comme une structure de réinsertion médico-sociale plus que comme une structure de soins. Il était d'ailleurs prévu que les usagers se rendent au CMP du secteur à leur propre initiative. Les éducateurs présents dans la structure actuelle, confrontés à des résidents souvent atteints de comorbidités psychiatriques, semblent regretter le manque de présence médicale. Concrètement, le psychiatre de la structure est présent à hauteur de ½ journée par mois. Il participe aux réunions de fonctionnement et il est le garant du respect des règles éthiques. Néanmoins il ne participe pas directement au suivi des résidents. La prise en charge des comorbidités psychiatriques est assurée par un praticien du service d'addictologie du Cambrésis, détaché spécifiquement pour la prise en charge des membres de la communauté, à hauteur de ½ journée par mois. Les médecins ont préféré s'investir dans les soins des patients, malgré le manque de concertation initiale, afin d'éviter les mésententes ultérieures inévitables.

A l'heure actuelle, les différents professionnels intervenant à la CT ont cerné les insuffisances du modèle existant mais sont limités par les contraintes financières et par le manque de professionnels médicaux dans la région. Cependant, l'intérêt de la mutualisation

des connaissances et d'un travail collectif plus régulier est maintenant partagé par l'ensemble de l'équipe éducative, médicale et paramédicale. Ce constat résulte de quelques années de pratiques communes auprès de résidents en grande souffrance psychique. Les CT ont pour mission de recevoir des individus souvent en marge de la société, polydépendants de longue date, en échec dans les différentes prises en charge qui leur ont été proposées. Les critères d'admission en CT introduisent un biais de sélection favorisant l'accueil de personnes vulnérables.

3.2. Addiction et comorbidité psychiatrique

3.2.1. *Prévalence du double diagnostic*

La comorbidité concerne la concomitance de plusieurs types de troubles. En ce qui concerne les addictions, on les retrouve souvent associées à des comorbidités psychiatriques, sociales et somatiques⁷⁸. La coexistence de troubles psychiatriques et de dépendance aux SPA est communément décrite dans la littérature⁷⁹. Ce constat reflète le risque élevé de maladie mentale chez les sujets dépendants et inversement.

Dans une étude menée par Galanter et coll, 64% des patients admis en psychiatrie présentaient un trouble lié à la consommation de SPA⁸⁰.

A l'inverse, les troubles psychiatriques, comme les troubles de l'humeur, le syndrome de stress post-traumatique, la schizophrénie et les troubles de personnalité, sont fréquemment retrouvés chez les patients dépendants⁸¹.

Citons également la pharmacopsychose, phénomène bien connu des psychiatres urgentistes. Sans oublier les liens entre consommation de cannabis et entrée dans une psychose chronique souvent relatés dans la littérature⁸². En effet, le cannabis est décrit comme un facteur de risque d'entrée dans la psychose, même si le lien de causalité n'a pas été établi⁸³. Il semble, en fait, qu'il précipite l'apparition de symptômes psychotiques chez des personnes vulnérables⁷⁹.

Une étude américaine, portant sur 20291 sujets, confirme le lien statistiquement significatif entre problématique addictive et trouble psychiatrique (Odds Ratio 4,5). Chez les personnes souffrant de schizophrénie et de troubles schizophréniformes, la prévalence à vie

d'un trouble lié à l'utilisation de SPA atteint 47% et touche plus de 60% des patients bipolaires⁸⁴.

Selon les études, 30 à 80% des addicts souffrent d'un trouble de personnalité. Les chiffres les plus importants sont retrouvés chez les patients hospitalisés⁷⁸.

Sztulman décrit le concept de « personnalités limites addictives ». Pour cet auteur, les formes graves d'addiction entrent dans la catégorie des personnalités limites au sens large (état-limite, personnalité narcissique, antisociale...) au vu des conduites auto et hétéro-agressives engendrées par les consommations. En d'autres termes, les troubles des comportements liés à l'addiction s'inscrivent dans le cadre d'un fonctionnement mental propre aux personnalités limites⁸⁵.

Dans notre pratique, l'éventail des pathologies psychiatriques retrouvées dépasse le champ des troubles limites de la personnalité. Les données de la littérature insistent sur l'absence de « personnalité addictive » mais confirment la fréquente concomitance des troubles de personnalité et la surreprésentation des personnalités antisociales chez les individus dépendants aux opiacés⁸⁶. Nous aurions effectivement tendance à confirmer, de manière subjective, la présence de comorbidités psychiatriques chez une grande majorité des sujets rencontrés en CT. Les deux cas cliniques choisis valident à la fois l'existence de comorbidité mais également la diversité des pathologies rencontrées.

Potentiellement, les patients porteurs de comorbidités sont susceptibles d'être accueillis dans les CT, que leur trouble psychiatrique soit connu ou non. Denis et coll, confirme l'existence de comorbidité psychiatrique « très fréquente » dans les CT⁷⁵. Les auteurs ajoutent que le repérage de ces troubles associés nécessite une évaluation spécialisée, le diagnostic n'apparaissant pas toujours de manière évidente. En effet, les troubles psychiatriques ne sont pas tous bruyants et ne sont pas toujours repérés par les équipes éducatives n'ayant pas de formation médicale. Nous pouvons faire l'hypothèse qu'en l'absence d'évaluation systématique, un patient délirant va être plus ou moins vite repéré par l'équipe. Identifié comme malade, il sera orienté vers le psychiatre. Mais le patient cohérent, en faux-self et dans une relation anaclitique peut longtemps passer inaperçu, voire être étiqueté comme manipulateur ou caractériel dans les moments de clivage.

A la CT du Cateau-Cambrésis, l'absence d'évaluation psychiatrique systématique, le caractère facultatif de la psychothérapie individuelle, ainsi que le manque de temps de présence médicale mènent probablement à une sous-évaluation des troubles mentaux et parfois à des incompréhensions face aux comportements de certains résidents. Avec les années de pratique, l'équipe a pris conscience de cette lacune mais se trouve limitée par des facteurs indépendants de sa volonté.

3.2.2. Illustration clinique et réflexion théorique

Les deux cas cliniques choisis illustrent cette analyse. Bien que dans les deux cas, la comorbidité psychiatrique ait été méconnue de l'équipe à l'admission des patients, le cas de Monsieur B met en lumière la capacité d'adaptation de l'équipe éducative à une pathologie psychiatrique sévère alors que pour le cas de Monsieur L, nous émettrons une plus grande réserve. Pour autant, nous vous ferons part de notre réflexion, qui se veut constructive, dans le souci d'améliorer la prise en charge des résidents.

Dès le début, Monsieur B, dont la motivation peut paraître précaire, est bien toléré dans la CT. Ses demandes récurrentes de sortie sont accueillies avec une certaine bienveillance par l'équipe qui identifie très vite une souffrance psychique importante chez ce patient. L'équipe entend cette demande comme un mode d'expression de son mal-être et non comme une réelle volonté de quitter la structure. D'ailleurs quand elle est confrontée à une demande d'arrêt des soins alors que le patient est en fait en pleine décompensation psychotique, le psychiatre est immédiatement alerté et une hospitalisation permet une prise en charge dans une structure hospitalière plus adaptée à la situation. Une fois que le traitement a amélioré la symptomatologie psychiatrique, Monsieur B a souhaité réintégrer la CT.

Cette vignette clinique met en avant les compétences de cette équipe éducative qui a contribué au bon déroulement de cette prise en charge par son écoute bienveillante, sa capacité d'adaptation et une orientation adaptée vers une structure médicalisée. A l'extérieur, le patient n'aurait probablement pas bénéficié de traitement psychiatrique vu sa réticence initiale et le déni de sa pathologie. Nous constatons seulement que le manque de personnel soignant n'a pas permis une continuité des soins au sein de la structure, ce qui confirme l'orientation médico-sociale de l'établissement. Néanmoins la collaboration entre les équipes a permis une prise en charge adaptée.

Pour Monsieur L, l'équipe n'a pas été aussi conciliante. Ce résident n'avait jusque-là fait l'objet d'aucune mise en garde. Pourtant l'exclusion a été immédiate et irrévocable suite à la découverte du supposé trafic mis en place. La décision a été prise dans un délai très court sans concertation avec l'équipe médicale et en l'absence de supervision, tout en respectant le protocole établi par la CT. Le comportement de Monsieur L était certes répréhensible mais cette décision nous a paru abrupte, soudaine, presque incongrue par son caractère définitif. Elle n'a pas permis une réelle mise en perspective ni une mise en sens au regard du parcours du patient. Les troubles du comportement sont souvent difficiles à accepter par les équipes qui sont au contact quotidien avec les patients limites. Elles les connaissent calmes, coopérants, voire dociles. Ces manifestations d'agressivité sont le reflet du clivage interne et de la discontinuité psychique de ces patients. Le sujet oscille entre deux attitudes contradictoires, qui traduisent une vision manichéenne du monde. Son économie psychique ne fonctionne pas dans l'ambivalence ni dans le juste milieu mais dans des affects violents, extrêmes et contradictoires. Le séjour de Monsieur L n'a pas laissé le temps à un travail d'interprétation qui aurait peut-être permis au sujet de dépasser ce clivage. A la place, son exclusion a répété et confirmé son expérience de rejet.

A ce stade, une concertation pluridisciplinaire aurait-elle mené à une autre prise de position ? Qu'aurait pu amener l'analyse psychiatrique dans une telle situation ?

L'intérêt principal d'un éclairage psychiatrique réside dans l'analyse sémiologique et psychopathologique des comportements du patient. La grille de lecture du médecin n'est pas la même que celle de l'éducateur, de la société ou de la justice. Elle cherche sans cesse à intégrer le rappel à la loi dans une logique de soins pour répondre aux besoins du patient.

Dans la vie communautaire comme dans la vie en société, les règles en collectivité sont nécessaires. Le cadre réglementaire est indispensable dans la prise en charge de toxicomanes, souvent dans une logique de toute-puissance et de jouissance immédiate. Ce cadre fixe les limites du sujet et lui impose de prendre en compte l'existence d'autrui. Mais alors comment rester bienveillant tout en rappelant que certaines limites ne peuvent être franchies ? Au-delà des règles fixées par l'institution, une réflexion sur le cadre thérapeutique ouvre des possibilités de positionnements différentes.

Dans le cadre du soin, les sanctions et le recadrage doivent dépasser la dimension punitive et s'intégrer à une logique thérapeutique. Les règles de vie forment l'armature sur laquelle s'appuie le thérapeute. Cette armature ne constitue qu'un cadre symbolique, modulable, « solide mais élastique »⁸. Le soignant doit toujours se demander ce qui a poussé le sujet à transgresser les limites. S'agit-il d'un pervers agissant au-dessus des lois car « la loi, c'est lui » ? Dans ce cas, l'autre n'est appréhendé que dans une dimension utilitaire soit comme un moyen soit comme un obstacle à sa propre jouissance. Ou peut-on mettre le sujet en perspective avec une structuration psychique plus archaïque qui relève d'une prise en charge psychiatrique⁸⁷.

Chez les personnalités borderline, le sujet cherche la confrontation avec le cadre pour sentir sa propre consistance. Les limites de son psychisme sont encore floues. Il recherche sans cesse un autre sur lequel s'appuyer ; son rapport à autrui est soumis à un type de relation anaclitique. Il se comporte ainsi, en faux-self, jusqu'à ce qu'il soit dépassé par ses pulsions. Alors, l'état-limite peut avoir des comportements violents, impulsifs, mais qui témoignent d'une agressivité sans expression symbolique possible⁸⁸. Ce sont des réactions de colère inappropriées face à des situations qu'il ne peut métaboliser. Dans ce cas, le thérapeute doit abandonner une lecture purement comportementale et mettre du sens sur le passage à l'acte. Le sujet s'attend à une logique de type « action-réaction », « transgression-exclusion ». Ce rejet, qu'il met en jeu inlassablement, le maintient dans un fonctionnement archaïque. Le travail thérapeutique consiste à se positionner là où le sujet ne nous attend pas, à se décaler par rapport à la place dans laquelle il nous cantonne pour ne pas reproduire le seul mode de relation qu'il connaisse. Progressivement un travail de ce type favorise l'élaboration psychique, la prise de conscience et permet au sujet de reprendre son développement psychique là où il s'était arrêté.

Winnicott nous aide à comprendre l'intérêt d'une telle prise de position grâce à la notion d'« aire transitionnelle »⁴³. Pour lui, le cadre thérapeutique d'une psychothérapie, que l'on peut étendre au fonctionnement institutionnel, doit offrir un espace de parole, un nouveau terrain d'échange, une nouvelle « aire de jeu » : au sein du groupe, dans les temps interstitiels, au contact des professionnels, etc. C'est un lieu où le sujet expérimente la relation à l'autre mais aussi où il peut exprimer ses pulsions destructrices. L'institution qui reçoit cette agressivité doit être en mesure de la supporter et de survivre à ces attaques pour permettre au sujet de poursuivre son développement affectif. Concrètement la mise en œuvre d'une aire

transitionnelle est complexe. Quand un résident transgresse la règle, comment éviter l'écueil du rejet ? Il est difficile d'accepter les infractions répétées au règlement dans le cadre d'une vie communautaire. « Si on accepte pour l'un, il faudra accepter pour les autres ! ». Ces craintes sont légitimes. Pourtant le sujet ne fait ici que mettre en jeu sa problématique personnelle, celle qui l'a amené initialement. C'est là tout le paradoxe : les règles sont indispensables à la vie en société et encore plus avec les personnes dépendantes souvent en infraction avec la loi. Néanmoins la personne accueillie a besoin de tester ce cadre, d'en éprouver la fiabilité, pour reprendre, éventuellement, son développement personnel. Les professionnels doivent prendre en compte cette contradiction.

Une réflexion, au sein des CT, avec les équipes de terrain, sur le cadre thérapeutique nous semble incontournable à ce stade. Elle permettrait certainement d'apporter une ouverture et d'élargir le champ des solutions envisagées dans certaines situations.

La fréquence de la comorbidité chez les résidents de CT nous a amenés à questionner le rôle des professionnels et le cadre thérapeutique dans le but d'améliorer la prise en charge de sujets addicts en grande souffrance psychique. Pour offrir une prise en charge adaptée, la personne doit pouvoir être prise en charge dans sa globalité au sein d'une seule et même structure. Face à ce constat, partagé par d'autres équipes au contact de ce type de patients, des modèles intégrés commencent à voir le jour. Il s'agit de programmes de soins portés par des équipes pluridisciplinaires (éducative, sociale, somatique, psychiatrique et paramédicale) qui permettraient d'éviter le clivage entre les différents services et apporteraient au patient une cohérence globale à sa prise en charge.

3.3. Traitement intégré

Lorsqu'il est question de comorbidité, les intervenants, confrontés à leur impuissance, ont tendance à dissocier les prises en charge et en quelque sorte à reproduire, en miroir, le clivage propre au fonctionnement psychique d'un certain nombre de nos patients. Plutôt que de se diviser, une intégration des différentes problématiques au sein d'une seule et même équipe a déjà démontré son efficacité dans d'autres pays.

3.3.1. Enjeux

Le traitement des addictions est un problème suffisamment complexe, alors pourquoi s'intéresser à la comorbidité ?

Tout d'abord, rappelons que les critères d'admission en CT impliquent l'accueil d'usagers vulnérables, en prise à une double problématique. Or les raisons qui poussent un individu à consommer sont souvent en lien avec un trouble psychiatrique sous-jacent. De même, des troubles psychiatriques peuvent naître de consommations répétées.

Dans une étude américaine, 48% des schizophrènes interrogés sont dépendants à une substance. Ils disent consommer pour planer, soulager leur dépression et se détendre⁸⁹. Une étude française retrouve un taux assez proche évalué à 42,6% d'abus ou de dépendance à une substance chez les patients schizophrènes⁴⁷.

Les deux problématiques semblent donc intimement liées. D'ailleurs des hypothèses concernant les liens de causalité entre troubles psychiatriques et addiction se dégagent des travaux récents.

Certaines études neuroscientifiques s'intéressent aux connections entre ces troubles et convergent vers la théorie d'un tronc commun neurobiologique⁸¹. La comorbidité fréquente entre troubles mentaux et abus de substances laisse penser que des structures cérébrales communes seraient impliquées dans l'émergence de ces troubles⁹⁰.

L'approche plurifactorielle du modèle psycho-bio-social remporte également un intérêt croissant. Elle tente d'intégrer les apports de différents courants. Sans nier l'importance de la part génétique dans la genèse de ces troubles, ce modèle prend en compte la part acquise au cours du développement de l'individu. Sur un terrain de vulnérabilité et dans un contexte environnemental particulier, différents troubles peuvent se développer et coexister⁷⁸.

Quelle que soit l'origine des troubles, nous constatons que les malades mentaux sont fréquemment atteints de dépendance à une SPA et réciproquement. Buckley écrit que la concomitance des troubles est prévisible et ne doit pas être considérée comme une exception⁹¹. Si l'on se focalise sur le traitement de l'addiction en laissant de côté la comorbidité psychiatrique, les chercheurs observent que la principale cause de résistance au traitement est le trouble psychiatrique⁷⁸. Négliger l'un ou l'autre des troubles concomitants

péjore le pronostic⁷⁸. La compliance est moins bonne⁹¹. Les patients sont plus fréquemment hospitalisés. On compte plus de suicides (ou tentatives de suicide). Les rechutes sont plus fréquentes et le taux de délinquance est plus élevé⁷⁸.

Les prises en charge « orientée toxicomanie », avec peu de référence psychiatrique, ne permettent pas une prise en charge satisfaisante des comorbidités. Le traitement psychotrope est souvent stigmatisé et les usagers sont incités à une réduction des posologies, voire à l'arrêt de la médication. On le comprend facilement puisque de nombreux sujets polydépendants surconsomment les psychotropes. Le risque sous-jacent est d'adopter une attitude punitive ou pessimiste à l'égard de personnes ayant réellement besoin de ces traitements. Finalement une mauvaise compréhension de l'évolution de la maladie mentale par les intervenants peut générer de faux espoirs quant à l'abstinence et à la disparition des symptômes⁷⁹.

Face à ce constat, la tendance actuelle s'oriente plutôt vers un modèle de prise en charge globale et multidisciplinaire. La réalité psychopathologique de ces patients extrêmement désorganisés, tant que le plan psychiatrique que social et familial, pousse les équipes à se regrouper pour pallier à leurs propres insuffisances. Les auteurs impliqués dans ce domaine prônent le développement de programmes intégrés dans une perspective longitudinale⁹².

3.3.2. Modèle de traitement intégré

Le traitement intégré repose sur une approche globale dans le respect éthique des usagers. Il partage, à ce titre, des valeurs communes avec les CT existantes et certaines équipes étrangères ont élaboré des projets communautaires basés sur les principes de ce modèle de soins, que nous allons détailler. Les CT françaises, encore à un stade expérimental, pourraient s'inspirer de ce modèle pour améliorer les interventions auprès des personnes dépendantes.

Dans un traitement intégré, les différents corps de métiers travaillent ensemble, au sein d'une seule et même équipe. L'évaluation initiale individuelle est réalisée par ces différents professionnels. La détection et le diagnostic éventuel de comorbidité psychiatrique nécessitent la présence de cliniciens spécialisés, psychiatres et addictologues. Les soins somatiques sont pris en charge par un médecin généraliste. La sphère comportementale et l'aspect motivationnel requièrent une exploration éducative. La prise en compte de problèmes sociaux relève d'une évaluation sociale spécifique. L'organisation du séjour se développe autour de

deux axes : éducatif et thérapeutique. Les différents acteurs de soins interviennent soit de façon alternative, soit de manière concomitante selon les besoins du patient et le fonctionnement psychopathologique observé⁹³.

Selon nous, les orientations thérapeutiques choisies dépendent de l'évolution clinique du patient et ne peuvent être préétablies. Même si la trame de soins suit de grandes lignes visant la réinsertion et la réhabilitation sociales, les soignants doivent s'adapter à chaque cas et être capables de se détacher du programme qui ne donne finalement qu'une orientation globale à la prise en charge.

Les psychothérapies ont un rôle central dans le modèle de soins intégrés. Elles sont au cœur du projet de soins et sont conduites par des professionnels formés. « Un psychologue et un psychiatre permettent qu'à l'étiologie sociale et à la correction du comportement observable s'associe la prise en compte de processus intrapsychiques »⁹³. Quelle que soit l'obéissance des thérapeutes, c'est la complémentarité des techniques dans l'équipe qui assure la cohérence globale.

Nous avons déjà évoqué dans ce travail l'intérêt d'une prise en charge analytique sur le plan institutionnel. Sur le plan individuel, une psychothérapie de type analytique est destinée au sujet qui souhaite s'engager dans un travail d'introspection. La « cure type » n'a pas sa place, selon nous, avec les usagers habituellement rencontrés en CT et majoritairement mal structurés.

Les thérapies cognitivo-comportementales et notamment le modèle de Prochaska et Di Clemente sont souvent citées en référence. Ces auteurs ont décrit un modèle en six étapes : pré-contemplation, contemplation, décision, action, maintien, rechute⁹⁴, destiné aux programmes de développement de la motivation auprès de sujets dépendants. Les TCC sont également très utilisées dans les thérapies de groupe (déjà décrites dans la première partie de ce travail).

Encore peu citées jusqu'ici, les thérapies familiales ont une place privilégiée dans la prise en charge. Les familles doivent être considérées comme des personnes ressources avec lesquelles un travail de collaboration peut être envisagé. Les aidants, loin de constituer un obstacle, font au contraire partie de la solution. C'est chez eux que retournent les patients lors

de permissions mais aussi lors des exclusions et des rechutes, quand le sujet est au plus mal. Les deux cas cliniques corroborent cette analyse : tous les deux retournaient chez leurs proches lors des permissions et avaient le projet de retourner y vivre à leur sortie. Les familles connaissent parfaitement les problématiques addictives et comportementales de nos patients. Le but du travail familial est d'instaurer un dialogue parfois interrompu entre le résident et ses proches, de soutenir les familles et de modifier les modalités relationnelles intrafamiliales dans la mesure du possible. Dans l'intérêt du patient, les familles sont souvent prêtes à collaborer et à s'impliquer dans les soins. Quand elles y sont opposées ou que le résident refuse les contacts avec son entourage, ce choix doit être respecté²⁰. Comme pour toute thérapie, le travail familial n'est pas une condition sine qua none à la prise en charge. Elle est une option à disposition de l'utilisateur.

Enfin les CT doivent absolument se prémunir du risque de dérive sectaire et garantir les principes de liberté et de dignité de la personne. La supervision, réalisée par un intervenant extérieur, nous semble primordiale pour assurer le bon fonctionnement d'une CT et se prémunir de dérives autoritaires. L'intervention d'un tiers extérieur permet également une prise de distance et un regard plus objectif dans certaines situations lourdes sur le plan affectif.

Les psychothérapies, loin d'être des outils thérapeutiques accessoires, constituent au contraire un élément clé de la prise en charge. Les traitements intégrés tiennent compte de cette analyse et semblent adaptés à une approche communautaire qui s'adresse à des personnes dépendantes mais dont les comorbidités psychiatriques, psychologiques, éducatives et sociales nécessitent un accompagnement en milieu résidentiel protégé.

Ces traitements obtiennent de bons résultats. « Lorsque les sujets observent durablement le programme intégré, il est observé des réductions significatives de symptômes dépressifs, anxieux, antisociaux et de consommations de drogues »⁹³. Les patients atteints de comorbidités semblent tirer profit de ce type de prise en charge^{95,96,97}. Les études montrent que ce bénéfice touche aussi bien les usagers atteints d'un trouble de personnalité⁹⁸ que ceux atteints de troubles psychotiques⁷⁹. Les patients psychotiques semblent même rester plus longtemps dans le programme de soins que les autres^{99,100}. Comme nous l'avons supposé précédemment, cela s'explique peut-être par la contenance apportée par la structure.

Si la double problématique de troubles mentaux et de troubles liés à l'utilisation de SPA est très répandue, les interventions auprès de ces patients s'avèrent généralement coûteuses. Pour permettre la mise en œuvre de tels programmes, « les compétences et diplômes de l'équipe pluridisciplinaire [doivent être] équivalents à ceux d'une équipe hospitalière »⁹³. Néanmoins les programmes intégrés basés sur le « self-help » semblent montrer un intérêt en terme de coût/efficacité⁷⁹. Différentes hypothèses peuvent l'expliquer : d'abord le nombre réduit de personnel encadrant grâce à l'action thérapeutique du groupe et à l'investissement des patients stabilisés^{93,100}. Ensuite la diminution du nombre de visites aux urgences médicales et psychiatriques pendant la durée du séjour. D'un point de vue économique, ceci n'est pas négligeable, ce type de programme étant moins onéreux que des consultations aux urgences⁷⁹.

Les traitements intégrés permettent une approche psycho-bio-sociale des patients porteurs d'un double diagnostic. Des études complémentaires sont nécessaires pour confirmer l'efficacité de ce type de prise en charge mais les premiers résultats sont encourageants. Les usagers rencontrés à la CT du Cateau-Cambrésis sont majoritairement atteints de comorbidités d'après une estimation subjective. Ils correspondent, par conséquent, au profil de patients susceptibles de pouvoir bénéficier d'une approche pluridisciplinaire. A ce stade, malgré les contraintes extrinsèques inévitables, il nous semble opportun de réfléchir, avec les équipes éducatives de terrain, aux moyens d'intégrer les données scientifiques récentes pour améliorer notre système de soins.

Conclusion

Avant de s’implanter en France, les communautés thérapeutiques ont connu des revers importants. Les premières communautés ont vu le jour dans l’après-guerre et ont réveillé des craintes de dérives autoritaires, intolérables pour une génération marquée par la Shoah. La question de la responsabilité individuelle, de la soumission et du leadership étaient au centre des débats. En France, la politique de secteur et la psychiatrie institutionnelle se sont construites autour de l’expérience de Saint-Alban. Les psychiatres aussi bien que les politiques ont veillé à l’humanisation des soins apportés aux malades mentaux. Dans le domaine des addictions, des médecins comme C. Olievenstein ont fait évoluer le concept de « toxicomanie ». La consommation de produits s’inscrivait, selon eux, dans une réalité psycho-bio-sociale complexe. Replaçant le sujet dépendant dans son histoire personnelle, ils lui rendaient une part de dignité et d’humanité. Dans ce contexte, le modèle communautaire tel qu’il a été exposé au congrès sur les communautés thérapeutiques à Montréal en 1978 n’était pas tolérable comme l’a souligné S. Weil alors ministre de la Santé, particulièrement attentive au risque de dérive sectaire. Une majorité de psychiatres français ont déploré le risque d’assujettissement des résidents soumis à un système hiérarchique forclo, préconisant une discipline de fer, parfois humiliante, afin de « briser » les comportements déviants. Désabusée par l’expérience du Patriarce, il faudra des années de réflexion, de renoncement et d’introspection pour voir émerger un nouveau projet communautaire.

Les communautés thérapeutiques actuelles complètent depuis peu l’arsenal thérapeutique dédié aux sujets polydépendants. Elles se distinguent des autres structures d’accueil par l’originalité de leur fonctionnement intrinsèque. Cette particularité, qui a autrefois mené à des dérives accablantes, a fait l’objet d’une attention particulière. Un cadre législatif solide pose les jalons d’un projet qui veut se prémunir de toute dérive sectaire et met un point d’orgue à respecter la dignité humaine. La communauté thérapeutique du Cateau-Cambrésis tente de concilier l’héritage culturel français et les principes de fonctionnement jugés pertinents et issus de l’expérience communautaire étrangère, en plaçant notamment le groupe au cœur du processus thérapeutique.

Globalement satisfaits, les résidents approuvent ce modèle de prise en charge et confirment l’engouement international pour les communautés thérapeutiques. Pour notre part, le fonctionnement communautaire, tel que nous l’avons découvert à la communauté thérapeutique du Cateau-Cambrésis, présente un intérêt certain sur le plan humain et dans une

optique plus générale de développement de l'offre de soins aux usagers. Ce projet prometteur, en cours d'évaluation, a le mérite d'accueillir des sujets dépendants en très grande souffrance psychique, comme le montre l'analyse des deux cas cliniques décrits. Ce « biais de sélection » implique néanmoins une prise en charge globale et multidisciplinaire qui fait en partie défaut à l'heure actuelle. Devant la fréquence des comorbidités psychiatriques dans cette population, la prise en compte des problématiques psychopathologiques et des troubles mentaux devrait occuper une place importante dans la prise en charge individuelle et dans la réflexion du projet institutionnel. La constitution d'une équipe unique, pluridisciplinaire et la mise en place d'un traitement intégré permettraient un accompagnement des patients vers un travail psychothérapeutique de subjectivation, indispensable à leur évolution à long terme. Mais si l'intérêt d'un tel dispositif semble convaincre la plupart des professionnels, la conjoncture économique actuelle ne favorise pas l'élaboration de ces projets coûteux et ralentit l'évolution des outils de soins.

Bibliographie

1. Communauté. *http://www.larousse.fr*
2. Lecomte Y. La communauté thérapeutique - Première partie: Définition, caractéristiques et évolution. *Santé mentale au Québec* 8, 107–121 (1983).
3. Farges E. *Approche communautaire des toxicomanies*. (Presses Universitaires de France - PUF: 1998).
4. Nouvel Observateur Lucien Engelmaier et J-P Séguéla. (2006).
5. Castagné M. Communauté thérapeutique : quelle réponse française ? *Psychotropes* 12, 71 (2006).
6. MILDT et OFDT. Les communautés thérapeutiques: quelle mise en oeuvre et pour quels résultats? Cahier des charges visant la conduite d'une évaluation globale sur les communautés thérapeutiques. (2006).
7. Angel P, Richard D, Valleur M & Olievenstein C. *Toxicomanies*. (1958).
8. Parant A. Du 'Primum Non Nocere' à l' 'Etre là'. (2010).
9. Farges E. Les Etats face aux Drogues. *Memoire Online* (2001).
10. Bergeron H. *L'État et la toxicomanie: histoire d'une singularité française*. (1999).
11. Chouvy P.-A. & Laniel L. De la géopolitique des drogues illicites. *Hérodote* 112, 7 (2004).
12. Jacques J.-P. & Figiel C. *Drogues et substitution: Traitements et prise en charge du sujet*. (De Boeck Supérieur: 2006).
13. Ministère de la santé publique et de la sécurité sociale. *Circulaire n° 431 du 14 mars 1972 relative au règlement départemental de lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies*. (1972).
14. Delion P. Thérapeutiques institutionnelles. *Encyclopédie Médicale* (2001).
15. Widlöcher D. Psychanalyse et psychiatrie française. *Topique* 88, 7 (2004).
16. Vanier A. Psychanalyse et antipsychiatrie. *Topique* 88, 79 (2004).
17. Basaglia F. *L'Institution en négation: Rapport sur l'hôpital psychiatrique de Gorizia*. (Seuil: 1970).
18. Rapoport RN. & Jones M. *La Communauté thérapeutique*. (1974).
19. M. Lascaux, J-P.Couteron, G. Van Der Straten, J-M Delile. Les communautés thérapeutiques. Les spécificités d'une expérience française. *Alcoologie et Addictologie* 5–14 (2010).

20. Van der Straten G, Broekaert E. *La nouvelle communauté thérapeutique. Apprendre à vivre sans drogues n'est pas une utopie.* (Academia: 1997).
21. Olievenstein C. *Il n'y a pas de drogués heureux.* (1977).
22. De Leon G. *The therapeutic community: theory, model, and method.* (Springer Publishing Company: 2000).
23. Ministère de la justice, Ministère de l'intérieur, ministère de la santé publique et de la sécurité. *Loi n°70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses.* (1970).
24. Grilliat D. Les responsabilités du praticien dans le cadre des injonctions thérapeutiques. *A.L.I Ecole psychanalytique du Nord*
25. Morel A, Couteron JP. *Les conduites addictives; comprendre, prévenir, soigner.* (2008).
26. Ministère de l'emploi et de la solidarité, Ministère de l'intérieur *Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.*
27. Lindsay J, Hurtubise Y, Deslauriers JP. '*Le service des groupes: concepts et pratique*' dans *Introduction au travail social: méthodologie et pratiques nord-américaines.* (2003).
28. Gros M-J. 'On n'est pas seul à cheminer' - Interview de J-P Couteron. (2008).
29. Servant D. *Gestion du stress de et de l'anxiété.* France, Elsevier Masson. (2007).
30. Brunnin JM pour l'ADNSEA. *Projet de création d'une communauté thérapeutique à l'initiative de l'Espace du possible.* (2006).
31. Cowan J. & Devine C. Food, eating, and weight concerns of men in recovery from substance addiction. *Appetite* 50, 33–42 (2008).
32. Jourdan M. La communauté thérapeutique. De nouvelles perspectives. *Interdépendances* (2007).
33. Suissa Ph. Philosophie des 12 étapes des Alcooliques Anonymes en Amérique du Nord : aspects critiques et psychosociaux. *Psychotropes* 17, 127 (2011).
34. Jamouille P. *Drogues de rues. Récits et styles de vie.* (2000).
35. Chemama R, Vandermersch B. *Dictionnaire de la Psychanalyse.* (Paris, 2009).
36. Anquetil N. *Objet et toxicomanie.* Association Lacanienne Internationale (2004).
37. McDougall J. L'économie psychique de l'addiction. *Revue française de psychanalyse* 68, 511 (2004).
38. Klein M. *Essai de psychanalyse.* (Payot: Londres, 1947).
39. Miel C. La toxicomanie ou la quête impossible de l'objet. *Psychotropes* 8, 7–21 (2002).
40. McDougall J. *Théâtres du Je.* (Editions Gallimard: 1982).

41. Pages-Barthier J. Psychanalyse et Toxicomanie. *Revue Toxibase* 2, (1993).
42. Soullignac R. & Croquette-Krokar M. Paternité et toxico-dépendance. *Dialogue* 162, 93 (2003).
43. Winnicott D.W. *De la pédiatrie à la psychanalyse*. (1958).
44. Moore T. H. M. *et al.* Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review. *Lancet* **370**, 319–328 (2007).
45. Le Bec P-Y, Fatséas M, Denis C, Lavie E. & Auriacombe M. Cannabis and psychosis: search of a causal link through a critical and systematic review. *Encephale* 35, 377–385 (2009).
46. Potvin S., Stip E. & Roy J.-Y. Schizophrénie et toxicomanie: une relecture du concept d'automédication. *L'Encéphale* 29, 193–203
47. Dervaux A. *et al.* Cannabis and schizophrenia: demographic and clinical correlates. *Encephale* 29, 11–17 (2003).
48. Roth T. De quelques spécificités de l'alcoolisme dans les psychoses. *Association Lacanienne Internationale* (2012).
49. Anzieu D. *Le moi peau*. (1985).
50. Cyrulnik B. *Un merveilleux malheur*. (Odile Jacob: 2009).
51. Rutter M, Sadler K. L'enfant et la résilience. *Le journal des psychologues* 162, 46–49 (1998).
52. Didier B. Facteurs de résilience dans les toxico-dépendances. *Psychotropes* 9, 61 (2003).
53. Cyrulnik B. *Les vilains petits canards*. (Odile Jacob: 2004).
54. Desenclos J.-C. Épidémiologie de l'hépatite C: Infection par le virus de l'hépatite C. *La Revue du praticien* 50, 1066–1070 (2000).
55. Des Jarlais D. C. & Friedman S. R. HIV infection among intravenous drug users: epidemiology and risk reduction. *AIDS* 1, 67–76 (1987).
56. Auriacombe M. *Evaluation des communautés thérapeutiques en France. Quelle mise en oeuvre? Quels résultats? Etude prospective sur deux ans dans deux communautés thérapeutiques*. (Bordeaux, 2012).
57. Peele S, Bufe C. & Brodsky, A. *Resisting 12-Step Coercion: How to Fight Forced Participation in Aa, Na, Or 12-Step Treatment*. (See Sharp Press: 2000).
58. Galanter M., Talbott D., Gallegos K. & Rubenstone E. Combined Alcoholics Anonymous and professional care for addicted physicians. *Am J Psychiatry* 147, 64–68 (1990).

59. Galanter M. Spirituality, evidence-based medicine, and alcoholics anonymous. *Am J Psychiatry* 165, 1514–1517 (2008).
60. Ducommun-Nagy C. Loyautés familiales et processus thérapeutique. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux* 44, 27 (2010).
61. Melnick G, De Leon G, Hawke J, Jainchill N & Kressel D. Motivation and Readiness for Therapeutic Community Treatment among Adolescents and Adult Substance Abusers. (2009).
62. Perry P. D. & Hedges Duroy T. L. Adolescent and young adult heroin and non heroin users: a quantitative and qualitative study of experiences in a therapeutic community. *J Psychoactive Drugs* 36, 75–84 (2004).
63. De Leon G & Jainchill N. Male and Female Drug Abusers: Social and Psychological Status 2 Years after Treatment in a Therapeutic Community. (2009).
64. Toumbourou J. W, Hamilton M. & Fallon B. Treatment level progress and time spent in treatment in the prediction of outcomes following drug-free therapeutic community treatment. *Addiction* 93, 1051–1064 (1998).
65. Messina N, Wish E. & Nemes S. Predictors of treatment outcomes in men and women admitted to a therapeutic community. *Am J Drug Alcohol Abuse* 26, 207–227 (2000).
66. Dekel R., Benbenishty R. & Amram Y. Therapeutic communities for drug addicts: prediction of long-term outcomes. *Addict Behav* 29, 1833–1837 (2004).
67. Gestin P, Lambrette G. Du bon usage des communautés thérapeutiques en matière de traitement des toxicomanes: la ‘fenêtre thérapeutique’. *Psychotropes* 12, 127–139 (2006).
68. Roberts G, Osborne A. *Alcoolisme et toxicomanie - Traitement et réadaptation au Canada*. (Canada, 1999).
69. Cottraux J. *Les thérapies comportementales et cognitives*. (Masson: 2004).
70. Couvez A. Que nous enseignent les psychotiques délirants? (2009).
71. Oury J. ‘Le transfert’ - Séminaire de La Borde 1988-1989. (1988).
72. Malivert M, Fatséas M, Denis C., Langlois E & Auriacombe M. Effectiveness of therapeutic communities: a systematic review. *Eur Addict Res* 18, 1–11 (2012).
73. Smith L. A, Gates S & Foxcroft D. Therapeutic communities for substance related disorder. *Cochrane Database Syst Rev* CD005338 (2006).
74. McBride, Pates, Ramadan & McGowan. Delphi survey of experts’ opinions on strategies used by community pharmacists to reduce over-the-counter drug misuse. *Addiction* 98, 487–497 (2003).

75. Denis C, Langlois E, Fatséas M, Auriacombe M & Auriacombe P. M. Un modèle français de Communauté Thérapeutique ? Les communautés thérapeutiques expérimentales : Consensus des professionnels. *Psychotropes* 17, 85 (2011).
76. Bourgeois M, Delile J. M, Rager P & Peyre F. Therapeutic communities for drug addicts. Assessment and evaluation of care. *Ann Med Psychol (Paris)* 145, 699–704 (1987).
77. Senon, Voyer, Pailard and Jaarfari. Dangérosité criminologique: données contextuelles, enjeux cliniques et experts. *L'information psychiatrique* 85, 719–25 (2009).
78. Dresse Rita Manghi. Addiction et comorbidités psychiatriques: quelles particularités...quelles réalités... (2008).
79. Chassé B, Gagné C. & Morin F. Intervention auprès d'adultes ayant une double problématique de troubles mentaux sévères et persistants et d'abus de substances: un projet pilote. *Psychotropes* 7, 53 (2001).
80. Galanter M, Egelko S, De Leon G, Rohrs C, Franco H. Crack/cocaine abusers in the general hospital: assessment and initiation of care. *American Journal of Psychiatry* 149, 810–5 (1992).
81. Brady K.T. Co-Occurring Mental and Substance Use Disorders: The Neurobiological Effects of Chronic Stress. *American Journal of Psychiatry* **162**, 1483–1493 (2005).
82. Semple D. M, McIntosh A. M. & Lawrie, S. M. Cannabis as a risk factor for psychosis: systematic review. *J. Psychopharmacol. (Oxford)* **19**, 187–194 (2005).
83. Ben Amar M. & Potvin S. Cannabis and psychosis: what is the link? *J Psychoactive Drugs* **39**, 131–142 (2007).
84. Regier D. A. *et al.* Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA* 264, 2511–2518 (1990).
85. Sztulman H. Vers le concept de personnalités limites addictives. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* **159**, 201–207 (2001).
86. Franques P., Auriacombe M. & Tignol J. Addiction and personality. *Encephale* 26, 68–78 (2000).
87. Bergeret J. *Psychologie pathologique - Les états-limites et leurs aménagements.*
88. Féline A, Guelfi JD, Harfy P. *Les troubles de la personnalité - La personnalité Borderline.*
89. Dixon L, Haas G, Weiden P.J, Sweeney J & Frances A. J. Drug abuse in schizophrenic patients: clinical correlates and reasons for use. *Am J Psychiatry* 148, 224–230 (1991).

90. Volkow N.D. Drug Abuse and Mental Illness: Progress in Understanding Comorbidity. *American Journal of Psychiatry* **158**, 1181–1183 (2001).
91. Buckley P. F. Prevalence and consequences of the dual diagnosis of substance abuse and severe mental illness. *J Clin Psychiatry* 67 Suppl 7, 5–9 (2006).
92. Vincent M., Gagné C. & Thérien J. Traitement concomitant de la psychose et de la toxicomanie. *Santé mentale au Québec* **26**, (2001).
93. Carreau-Rizzetto, Sztulman. Comorbidité et communauté thérapeutique. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* **161**, 290–295 (2003).
94. Prochaska J. O. & DiClemente C. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice* **19**, 276–288 (1982).
95. Siegfried N. A review of comorbidity: major mental illness and problematic substance use. *Aust N Z J Psychiatry* **32**, 707–717 (1998).
96. Munro I. & Edward K.-L. Mental illness and substance use: an Australian perspective. *Int J Ment Health Nurs* **17**, 255–260 (2008).
97. Brunette MF & Mueser KT. Psychosocial interventions for the long-term management of patients with severe mental illness and co-occurring substance use disorder. *J Clin Psychiatry* **67**, 10–17 (2006).
98. Van den Bosch L. M. & Verheul R. Patients with addiction and personality disorder: Treatment outcomes and clinical implications. *Curr Opin Psychiatry* **20**, 67–71 (2007).
99. Gelkopf M, Weizman T, Melamed Y, Adelson M. & Bleich A. Does psychiatric comorbidity affect drug abuse treatment outcome? A prospective assessment of drug abuse, treatment tenure and infectious diseases in an Israeli methadone maintenance clinic. *Isr J Psychiatry Relat Sci* **43**, 126–136 (2006).
100. Galanter M. Self-Help Treatment for Combined Addiction and Mental Illness. *Focus* **1**, 179–182 (2003).

AUTEUR : GRIFFIE Elise

Date de Soutenance : 2 octobre 2012

Titre de la Thèse : Apports et Perspectives des Communautés Thérapeutiques pour personnes dépendantes, à partir de l'analyse de deux cas issus de la communauté thérapeutique du Cateau-Cambrésis.

Thèse, Médecine, Lille, 2012

Cadre de classement : DES Psychiatrie

Mots-clés : Communauté thérapeutique, Dépendance, Addiction, Réseau de soins, Psychothérapie, Traitement intégré.

Résumé :

En France, l'offre de soins proposée aux personnes dépendantes a longtemps exclu les communautés thérapeutiques qui suscitaient des craintes de dérives sectaires et restaient associées aux institutions coercitives américaines. Néanmoins, les professionnels ont été amenés à reconsidérer leur position face aux résultats prometteurs et aux expériences humanisantes menées à l'étranger.

En 2005, la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et la Toxicomanie a soulevé de nouveaux fonds pour soutenir la création de communautés thérapeutiques. Les quelques projets pilotes sélectionnés, comme celui du Cateau-Cambrésis où nous avons réalisé ce travail, tentent de concilier les valeurs humanistes de l'héritage culturel français et les grands principes de fonctionnement issus de l'expérience communautaire étrangère en plaçant le groupe au cœur du processus thérapeutique. Ces nouvelles communautés se sont prémunies des dérives sectaires grâce à un socle législatif solide. Les professionnels y travaillent dans l'intérêt de chaque individu et dans le respect de la dignité humaine.

Après quelques années de recul, l'évaluation des structures communautaires, et notamment de la communauté régionale, est encourageante. Les communautés thérapeutiques ont le mérite d'accueillir des usagers polydépendants de longue date, en grande souffrance psychique et en échec dans les diverses prises en charge antérieures, comme le montre l'analyse des deux cas cliniques choisis. Cette spécificité entraîne un biais de sélection et implique une prise en charge globale et multidisciplinaire dans une approche psycho-bio-sociale de l'individu. Un travail psychothérapeutique soutenu et la prise en compte de problématiques psychiatriques, à travers l'intégration de différents spécialistes dans une équipe unique, font défaut à l'heure actuelle. Cela pourrait cependant faciliter et améliorer le dispositif de soins. La nécessité de la mise en place d'un traitement intégré semble convaincre une majorité des professionnels de terrain, mais la conjoncture économique actuelle ne favorise pas l'évolution de ces outils de soins coûteux.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur THOMAS

Assesseurs : Monsieur le Professeur VAIVA
Monsieur le Professeur COTTENCIN

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur SEMAL