



HAL
open science

Évaluation des communautés thérapeutiques en France

Emmanuel Langlois

► **To cite this version:**

Emmanuel Langlois. Évaluation des communautés thérapeutiques en France. [Rapport de recherche] Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT); Direction générale de la santé (DGS); Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT). 2013, pp.85. halshs-00936842

HAL Id: halshs-00936842

<https://shs.hal.science/halshs-00936842v1>

Submitted on 7 Oct 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License



Évaluation des communautés thérapeutiques en France

Enquête sociologique sur la mise
en oeuvre de deux nouvelles
communautés

Emmanuel Langlois

Présentation

Le présent rapport porte sur la mise en œuvre de nouvelles communautés thérapeutiques (CT) en France. Il a pour ambition de décrire et analyser le fonctionnement de dispositifs thérapeutiques jusque là peu connus et très décriés par les professionnels du champ des addictions. Il vise aussi à restituer l'expérience des premiers résidents accueillis. L'ensemble fournit une première évaluation de ce dispositif thérapeutique nouvellement lancé, à travers l'analyse des succès mais aussi des difficultés rencontrées par les professionnels et par les résidents. Pour ce faire, l'auteur s'appuie sur une enquête sociologique conduite pendant vingt-quatre mois dans deux nouvelles communautés thérapeutiques ouvertes en 2007. Les données ont été recueillies directement sur le terrain et ont combiné plusieurs types d'investigations : des entretiens individuels approfondis auprès des professionnels, auprès des résidents des deux communautés, ainsi qu'une immersion de type ethnographique sur les deux sites.

Ce travail a été mené à la demande de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) et de la Direction générale de la santé (DGS) qui ont confié la maîtrise d'ouvrage du projet à l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT). L'étude a été financée par la MILDT.

L'équipe de travail

Rédacteur : Emmanuel Langlois

Enquêteurs : Emmanuel Langlois et Antoine Véréout

Relecteurs : Maitena Milhet, Antoine Véréout, Marc Auriacombe

Responsable scientifique du projet : Marc Auriacombe

Remerciements

L'équipe de recherche adresse ses plus vifs remerciements aux résidents des communautés ainsi qu'aux équipes du CEID et de l'Association Aurore pour leur chaleureux accueil et leur participation à cette étude. À Antoine Véréout qui a réalisé des entretiens et pour ses éclairages sur l'histoire du travail social. Aux chercheurs du Centre Emile Durkheim pour leur intérêt et leurs conseils. À Marc Auriacombe, coordinateur de l'évaluation, et Cécile Denis.

Sommaire

Synthèse	5
Introduction générale	9
Rappel des objectifs de l'étude et enjeux	9
Que recouvre le « modèle » thérapeutique CT ?	10
Implantation des CT en France : éléments d'une histoire mouvementée	12
Questions et contextes de l'enquête	14
Méthodes et terrains d'enquête	15
Enquête auprès des encadrants	15
Enquête auprès des usagers résidents	16
Investigation ethnographique sur site	16
I. Mise en œuvre et fonctionnement des CT	18
Activités et organisation concrète de la vie quotidienne	18
<i>Les dispositifs communautaires</i>	20
<i>Les phases</i>	23
Engagement des professionnels et adhésion au projet communautaire	26
<i>Doutes et méfiance</i>	26
<i>Bricolage</i>	29
Encastrement de la CT dans son environnement	31
<i>L'environnement et ses contraintes</i>	31
<i>Le choix de l'ouverture vers l'extérieur</i>	32
Place et rôle des résidents	34
<i>Comment produire des responsables ? Une série d'obstacles à dépasser</i>	34
L'ordre communautaire	39
<i>La CT : un ordre négocié</i>	39
<i>Règles et sentiment de justice</i>	41
<i>Dérives sectaires</i>	45

II. Résidents : attentes, expérience de la vie communautaire et changements observés	46
Quelles sont les attentes des résidents en entrant dans la communauté?	46
<i>Initialement, des attentes structurées par la trajectoire d'usager et l'expérience de vie antérieure</i>	46
<i>Individualisation et affinement des attentes pendant le séjour</i>	49
Les résidents et le groupe de pairs	52
<i>Le besoin d'échapper au groupe</i>	52
<i>Les pairs et les activités comme vecteur d'engagement dans la communauté.</i>	53
<i>Les visages multiples du groupe</i>	55
La communauté comme espace de soins	58
<i>Les groupes de parole formels : entre crainte initiale, soin et lassitude</i>	58
<i>Le « care »</i>	59
Quels sont les changements observés et comment les résidents évaluent la communauté ?	60
<i>Quels sont les critères d'évaluation des résidents ?</i>	60
<i>L'abstinence et la substitution</i>	62
<i>Le temps long a-t-il une incidence néfaste ?</i>	64
Conclusion	65
Annexes	69
Documents illustrant le fonctionnement et la vie dans la CT	70-82
Références	83

Synthèse

L'enquête sociologique présentée dans ce rapport a couvert les deux premières années de fonctionnement des deux premières communautés thérapeutiques (CT) ouvertes en 2007 au titre des dispositifs expérimentaux prévus par le plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites le tabac et l'alcool (2004-2008) [16]. De fait, le fonctionnement de ces dispositifs n'était donc pas stabilisé. Durant cette période, les communautés ont bâti des équipes, leurs outils et leurs pratiques d'accompagnement thérapeutique. Ce qui a été observé est autant, si ce n'est davantage un processus de création avec ce que cela implique de tâtonnements, qu'une phase d'application littérale d'un programme thérapeutique déjà bien rodé dans d'autres contextes nationaux.

Dans ce cadre, parmi toutes les informations mises en lumière dans cette enquête, les points saillants sont repris ci-après.

LES SUCCÈS DES NOUVELLES COMMUNAUTÉS

Un nouveau dispositif qui s'est prémuni de toute dérive autoritaire...

Les CT ont fait le choix de l'ouverture, de la transparence et de l'intégration dans le tissu local. Cette conception des rapports de la CT et de son environnement est un puissant facteur de neutralisation des risques de dérives sectaires autoritaires et d'exploitation économique. De plus, il s'est établi un équilibre des forces entre les différentes catégories de professionnels intervenant dans la communauté. Aucune d'entre elles n'impose une approche exclusive. Par ailleurs le groupe « informel » des résidents a acquis une autonomie suffisante pour jouer un rôle contre l'institution et contre les dérives mêmes du groupe. Enfin, l'ensemble des règles façonnant l'ordre collectif fait l'objet de négociations multiples. En l'état, les risques de dérives sectaires ne sont pas plus élevés dans les communautés thérapeutiques évaluées que dans n'importe quel organisme socio-sanitaire.

... et qui donne satisfaction aux résidents accueillis

L'expérience communautaire a produit des changements chez les résidents. Ceux-ci pointent en premier lieu les bénéfices retirés de leur passage dans la CT. Les changements physiques sont notoires, les résidents ont gagné en mieux être et ils en éprouvent une grande satisfaction. Les résidents considèrent également que la CT répond globalement à leurs besoins. Initialement, ils perçoivent très positivement le fait de « pouvoir poser leurs valises ». La longue durée potentielle de la prise en charge en CT constitue pour eux la spécificité de ce dispositif qui répond à leur sentiment d'insécurité. La communauté offre un répit. Peu à peu, les résidents évoquent un sentiment de fierté au regard des changements survenus : fierté de celui qui revient d'une sortie sans avoir consommé, fierté du regard des autres dans la communauté, fierté de se dire qu'on est utile au bon fonctionnement de la communauté. Fierté de dire aux proches que l'on suit un programme long et exigeant.

À côté de ces expériences positives, les résidents formulent des critiques dont les plus récurrentes portent en fait assez peu sur ce qui est spécifique à la CT. En effet, ces critiques tiennent au fait d'être pris en charge dans une structure et de devoir vivre en collectivité. Les résidents reprochent par exemple à la CT d'appliquer un programme peu individualisé et assez peu adapté à leur trajectoire, de faire l'objet d'un traitement collectif. Ils estiment également que les règles sont trop aléatoirement appliquées. On trouve ce type de reproches dans tous les dispositifs résidentiels ou médicosociaux.

LIMITES RENCONTRÉES AU DÉMARRAGE DU DISPOSITIF

Un modèle de soin distant du modèle communautaire canonique

Les deux communautés ont plutôt développé un modèle de prise en charge qui reste assez classique : un rapport asymétrique entre professionnels et résidents, un leadership des professionnels, le travail éducatif comme activité centrale, la gestion du groupe par des animateurs. Les deux communautés ont offert une place somme toute limitée aux résidents. Le scepticisme des professionnels, les habitudes de travail et l'absence d'un vivier conséquent de résidents expérimentés pouvant jouer un rôle notable dans la CT expliquent cette attitude prudente. Le fonctionnement quotidien de l'institution fut dans les premiers mois assuré par les salariés de la communauté. Tant que les anciens résidents ne trouveront pas un débouché professionnel dans la structure, cet équilibre restera inchangé.

Implication et résistances des équipes mobilisées : faible adhésion initiale aux principes communautaires

Au moment de leur lancement, les premières communautés ont dû faire face à la difficulté d'une partie du personnel à adhérer à un modèle thérapeutique éloigné

de leur culture professionnelle. Durant cette première phase, on a observé globalement une méfiance et des doutes envers les principes communautaires. Ces doutes ont été plus ou moins importants selon les sous-groupes de professionnels en présence. Les critiques les plus vives ont été portées par les professionnels du travail social, en particulier les éducateurs. Ces derniers ont une culture professionnelle et une histoire personnelle qui les ont placés en porte-à-faux par rapport aux principes même de la communauté thérapeutique. Les professionnels de santé ont été plus engagés dans le projet CT. C'est un projet qui leur a convenu et qui ne leur a pas paru remettre en cause fondamentalement les modalités de leur travail habituel. Les moniteurs d'ateliers se sont montrés les plus à leur aise dans la CT. Le projet CT les recentre et leur donne du pouvoir dans l'organisation, en particulier parce que l'insertion professionnelle est un objectif prioritaire. Au-delà de ces différences dans l'implication des professionnels, l'adhésion aux principes CT s'est avérée globalement faible. Les points les plus critiques tournèrent autour des craintes envers les théories psycho-comportementalistes ainsi que la mauvaise image des CT existantes.

Faiblesse du groupe de pairs et de perspectives pour les résidents

Les CT françaises d'aujourd'hui manquent de véritables pairs encadrants, d'ex-consommateurs pouvant jouer un rôle de modèle et opérer une action de contrôle sur le groupe. La frontière entre résidents et professionnels reste nette dans la vie et la gestion quotidiennes de la CT. Les professionnels ont tendance à se méfier des résidents et doutent de leurs capacités individuelles à jouer un rôle positif dans le processus thérapeutique, même s'ils sont d'accord avec l'idée que le « groupe » joue un rôle dans celui-ci. Les résidents eux-mêmes hésitent à passer « du côté de l'institution » et à jouer pleinement leur rôle. Par ailleurs, les résidents font des projets (de sortie, de formation, d'insertion...) mais manquent de perspective dans la communauté, ce qui pourrait expliquer l'érosion de l'engagement observée à partir de la phase 2 du processus thérapeutique. Les résidents ne peuvent pas faire carrière dans la communauté. Or, d'ex-usagers pourraient être formés, occuper des postes rémunérés dans l'équipe et agir pleinement à partir de ce statut. En France, le rôle que les pairs pourraient tenir est en fait une dimension du travail éducatif. Ce qui pose un problème de territoires d'intervention. Ce problème est assez peu spécifique aux communautés puisque le traitement social et sanitaire de la question des drogues ne fait pas de place aux anciens toxicomanes contrairement à ce que l'on peut observer dans d'autres pays. Aussi, en France, seul l'espace associatif et contestataire est accessible aux anciens usagers. Il n'empêche. La professionnalisation d'ex-usagers au sein de la communauté permettrait de constituer ce groupe de « pairs encadrants » partie prenante du modèle thérapeutique CT mais que les deux CT évaluées ne sont pas parvenues à faire vivre dans leurs premiers mois de fonctionnement.

POINTS D'APPUI POUR UNE PROGRESSION DU DISPOSITIF

Ateliers techniques et activités socioculturelles

Les résidents passent une grande partie de leur temps dans les ateliers techniques ou en activités socioculturelles sous la houlette des moniteurs et des animateurs. Ces activités sont centrales même si au début elles peuvent paraître dérisoires ou au détriment des soins. Bien au contraire, pour les résidents elles revêtent une dimension thérapeutique et forgent leur engagement dans la communauté. Les activités produisent un rythme de vie qui porte les résidents au fil des semaines. Espaces d'échange, de parole, d'apprentissage, de défoulement, elles constituent en fait le cœur de l'offre des CT.

Familles et perspectives professionnelles pour les résidents

Afin de pallier les difficultés rencontrées, les acteurs de la communauté peuvent prendre appui (ou s'appuient déjà) sur l'implication des familles des résidents. Ces dernières, de même que les ex-usagers, pourraient jouer un rôle plus grand pour aider au bon déroulement du programme thérapeutique. Certaines communautés thérapeutiques européennes intègrent l'utilisateur et sa famille afin de renforcer la motivation de l'utilisateur et passer les caps difficiles. De nombreuses CT de par le monde intègrent également les anciens résidents et les anciens toxicomanes comme salariés. Une telle ouverture vers ce type de perspectives professionnelles pour les résidents contribue à leur implication dans le programme thérapeutique dans son entier.

Introduction générale

RAPPEL DES OBJECTIFS DE L'ÉTUDE ET ENJEUX

Sous l'impulsion du Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool (2004-2008) de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) [16], de nouvelles communautés thérapeutiques (CT) ont vu le jour en France depuis 2007 au titre de dispositifs expérimentaux (voir encadré ci-après). Il s'agit de structures d'hébergement de long séjour. Elles s'adressent aux personnes dépendantes à une ou plusieurs substances psychoactives (alcool et/ou drogues illicites) qui souhaitent volontairement s'inscrire dans un projet thérapeutique et de réinsertion sociale visant à stabiliser leur fonctionnement psychologique et social pour initier un processus de changement personnel et développer une vie dite « autonome » et « active ». La CT s'appuie sur les compétences du groupe de pairs, leur influence étant considérée comme un des facteurs prioritaires du changement individuel. L'abstinence de toute consommation de drogues dont la personne est dépendante à l'admission est une condition pour initier le processus de changement personnel. Les personnes sous traitement de substitution aux opiacés peuvent être acceptées à l'admission.

Au nombre de sept à ce jour, les nouvelles structures créées au titre de dispositif expérimental ont été portées par la volonté de diversifier et compléter l'offre thérapeutique existante dans le domaine des addictions aux substances psychoactives¹. Les deux premières nouvelles CT qui ont ouvert en 2007, ont fait l'objet d'une enquête sociologique. Le présent rapport présente les résultats de cette enquête. Elle a eu pour objectifs principaux de comprendre de manière inductive la mise en œuvre et le fonctionnement de ces nouvelles CT d'une part, et l'expérience des résidents accueillis d'autre part.

1. Pour une présentation de cette offre thérapeutique à destination des usagers voir Palle et al., 2013 [19].

Nombre et implantation des CT françaises en 2013

Depuis 2007, sept nouvelles CT ont ouvert en France au titre de dispositifs expérimentaux. Quatre l'ont été dans le cadre du plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool (2004-2008) [16] : deux en Aquitaine ouvertes en 2007, une dans le Nord Pas de Calais ouverte en 2010 et une en Ile-de-France ouverte en 2013. Trois autres CT ont été ouvertes dans le cadre du plan gouvernemental 2008-2011 [17] : une en Rhône-Alpes, ouverte en 2010, une dans les Pays de la Loire, ouverte également en 2010, et la dernière en Guyane, spécialisée dans l'accueil de femmes avec enfant(s), ouverte en 2011. Les missions, le statut juridique et la procédure d'autorisation pour ces nouvelles structures sont définies dans la Circulaire DGS/MILDT/SD6B/2006/462 du 24 octobre 2006 relative à la mise en place des communautés thérapeutiques (NOR : SANP0630464C).

En plus de ces sept CT ayant le statut de dispositif expérimental, on dénombre quatre autres CT non expérimentales qui sont des centres de soin d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) avec hébergement : l'une est implantée en Guyane, la deuxième dans le Languedoc Roussillon, la troisième en Midi-Pyrénées et la quatrième en Picardie.

QUE RECOUVRE LE « MODÈLE » THÉRAPEUTIQUE CT ?

Les CT représentent, dans le monde, une des principales modalités de traitement des sujets dépendants aux substances [5, 7, 11]. Tout en se distinguant de programmes de soins plus médicalisés et plus intriqués dans le dispositif sanitaire, la CT constitue une ressource supplémentaire et pertinente de l'approche bio-psycho-sociale [8]. Les CT sont des lieux de vie communautaire où les sujets dépendants vivent avec des personnels d'encadrement qui essaient de les aider. Dans la lignée du mouvement des Alcooliques Anonymes (AA), la dépendance n'est pas considérée comme une maladie mais comme un comportement lié à la globalité de l'individu. Le problème n'est pas la substance mais la personne [4]. Les sujets dépendants sont ainsi considérés comme des patients présentant des troubles de la socialisation et donc nécessitant un traitement social. Dans cette perspective, la dépendance est interprétée comme un symptôme de la maladie et l'abstinence est souvent une condition d'admission et non l'objectif premier de la prise en charge. Ces lieux de vie ont pour objectif de conduire le sujet dépendant vers la réinsertion sociale, professionnelle et affective. Le terme de « communauté thérapeutique » s'applique à la fois à l'institution et à une prise en charge de la dépendance faisant de l'environnement au sens large (pression sociale exercée par le groupe de pairs, actions des professionnels, attentes sociales diverses...) le facteur essentiel d'une modification du comportement et du maintien de l'abstinence. La conception sous-jacente à l'activité des CT repose sur une inspiration

éducative et vise à modifier les comportements. La communauté des pairs, assimilée à une famille chaleureuse et exigeante, doit aider le sujet dépendant à éliminer ce comportement de dépendance, à apprendre, à répondre aux agressions, à réajuster son comportement aux exigences du monde extérieur [3, 9, 21].

De cette approche découle une organisation des soins autour aussi bien des éducateurs que du groupe de pairs. Les compétences de l'équipe pluridisciplinaire sont équivalentes à ceux d'une équipe de centres de soins spécialisés en addictologie (type centre de soin d'accompagnement et de prévention en addictologie – CSAPA) mais les professionnels sont moins nombreux car l'accent est porté sur la dynamique de tout le groupe (résidents, groupe de pairs et professionnels) [8]. C'est une thérapie par la communauté dans laquelle le mode de vie et les obligations sont partagés, dans le respect des individualités, la vie collective et ses lois étant considérées elles-mêmes comme thérapeutiques. Le modèle de prise en charge suit généralement un schéma commun à toutes les CT. Les professionnels d'encadrement développent un programme d'activités éducatives et thérapeutiques afin de permettre au sujet de se réinscrire socialement.

À l'entrée dans la CT, le sujet est soustrait à son environnement habituel d'usager de substances et à la pression des autres usagers; il doit rester un temps dans la communauté avec l'interdiction de sortir. Astreint à des tâches matérielles, il est sollicité individuellement et au sein du groupe pour analyser ses motivations et remettre en question ses comportements antérieurs.

La preuve de ses progrès est inscrite dans ses comportements et son acceptation des règles de la communauté qui lors de transgression est assortie de sanctions négatives. Les sanctions consistent principalement en perte de privilèges ou de positions hiérarchiques, approbation ou désapprobation par le groupe [15]. En revanche, un comportement socialement adapté, respectant les normes collectives, permet d'accéder progressivement à toutes sortes de gratifications (travaux plus intéressants, escalade dans la hiérarchie) culminant un jour en une possible prise de responsabilité, l'intéressé pouvant à son tour devenir membre de l'encadrement (staff).

Ce programme thérapeutique est souvent assorti d'un travail permettant l'acquisition d'une formation professionnelle, d'un programme scolaire, mais aussi de services sociaux, pour aider le sujet à sa réinsertion à sa sortie (aide à la recherche d'un emploi, d'un logement). Cette resocialisation ne peut s'opérer que dans une structure résidentielle de long séjour, à l'abri de toutes influences externes compétitives, avec comme thérapeute et éducateur la communauté, composée de personnels médicaux, paramédicaux, et surtout d'anciens patients ayant la fonction de modèle, c'est-à-dire d'individus qui reflètent le comportement, l'attitude, et les attentes de la communauté. Ils sont des modèles identificatoires d'une réhabilitation personnelle réussie. Leurs succès les habilitent à enseigner, sanctionner, servir de guide et d'autorité rationnelle avec comme but l'abstinence à

vie, la correction de l'activité antisociale, l'adoption d'un comportement productif et d'une identité sociale responsable et mature. Les résidents vivent vingt-quatre heures sur vingt-quatre dans la CT. Ils ne sont jamais seuls. Ils sont constamment occupés. Leurs comportements sont observés en permanence et commentés par les autres. Les CT sont très structurées, hiérarchisées, organisées. Les résidents sont répartis en plusieurs groupes ayant différentes tâches. Chaque groupe a un responsable à sa tête avec parfois un assistant. Les journées sont très structurées afin d'éviter les moments d'ennui et d'oisiveté, propices aux préoccupations négatives qui dans le passé étaient associées à la consommation de substance. Elles sont censées permettre d'obtenir les satisfactions et gratifications d'une journée bien chargée avec l'accomplissement des travaux quotidiens. Un comportement productif est supposé remplacer un comportement autodestructeur associé à la substance [10].

Au cours de la désormais longue histoire des CT, différentes formes de communautés ont vu le jour dans différents pays, avec parfois des approches thérapeutiques variées, des programmes plus ou moins longs, des acteurs centraux hétérogènes ou encore des projets déclinés en fonction des attentes et des contextes locaux [22]. Les contextes institutionnels et professionnels nationaux/locaux ont parfois accentué cette différenciation. Aussi, les points relatifs au « modèle thérapeutique » CT évoqués plus haut composent les fondamentaux usuels des CT mais leur mise en œuvre et leur déclinaison pratique varient à un point tel qu'il semble préférable aujourd'hui de parler d'un label plus que d'un modèle.

IMPLANTATION DES CT EN FRANCE : ÉLÉMENTS D'UNE HISTOIRE MOUVEMENTÉE

Les premières CT ont vu le jour aux États-Unis dans les années 1960 afin de répondre, avec d'autres dispositifs, à la montée en puissance soudaine des usages de drogues. En Europe, elles se sont multipliées dans les années 1970 (Pays bas, Suède, Suisse, Italie...). À partir des années 1980, on dénombre des CT dans tous les pays à l'exception du Danemark et de la France où cette modalité thérapeutique a été rejetée aussi bien par les autorités que par les professionnels. Pourtant, le contexte historique des années 1970 et tout particulièrement la mouvance contre-culturelle (anti-institutionnelle, anti-médicale, antipsychiatrique...) présente jusque dans les orientations des intervenants en toxicomanie français, auraient dû favoriser leur adoption dans le dispositif de soin. Bien au contraire, jusque très récemment, les CT ont eu très mauvaise presse sur le territoire national. À cela, plusieurs raisons au premier rang desquelles les dérives sectaires observées dans certaines des premières CT. De *Synanon*² aux États-Unis

2. Fondée en 1958 à Santa Monica par Chuck Dederich, un ancien businessman membre des Alcooliques Anonymes (A.A.), *Synanon* est la première structure résidentielle pour usagers de drogues créée aux États-Unis. Elle a eu une influence majeure sur le mouvement des CT.

au *Patriarche*³ en France, quelques CT parmi les pionnières se sont finalement transformées en un dispositif totalitaire marqué notamment par un dévouement forcé à leur fondateur devenu gourou et par le recours à de multiples formes de violence dans le traitement des résidents. Ces dérives ont exercé un puissant effet de rejet du dispositif en tant que tel. De la même façon, les approches comportementalistes (qui plus est « musclées ») observées dans les CT à l'étranger, sont apparues totalement incompatibles avec la culture professionnelle des intervenants français de l'époque, laquelle était alors fortement structurée autour de la psychanalyse. Séduits par le modèle de CT dit « démocratique », les intervenants français ne pouvaient souscrire au modèle dit « hiérarchique » lequel était alors fondé sur un comportementalisme « guerrier » incluant des aspects de discipline quasi militaire (port de la salopette obligatoire, hair cut – crânes rasés, système de privilèges et de punitions humiliantes...). Par contraste, le modèle « démocratique » était basé sur la reconnaissance de droits et de libertés au patient. Dans le grand débat qui a opposé les partisans de l'un ou l'autre des deux modèles tout au long des années 1970, c'est pourtant le modèle de CT dit « hiérarchique » qui l'a emporté⁴.

Autre puissant obstacle à l'adoption des CT sur le territoire, la dimension religieuse partie prenante du dispositif à l'origine : arrière plan évangélique dans les CT d'Amérique du Nord dans la filiation des Alcooliques Anonymes, protestantisme ambiant dans les CT du Nord de l'Europe, forte présence de l'Église catholique dans les CT d'Europe du Sud. Une telle dimension religieuse ne pouvait que heurter la tradition laïque française, excluant le religieux de l'espace public institutionnel pour le reléguer dans la sphère privée.

Au fil du temps, les CT même calquées sur un modèle hiérarchique, l'ont adapté à des valeurs humanistes (respect des droits et des libertés des personnes accueillies) et ont adopté des méthodes moins coercitives (rejet du concept de « conditionnement comportementaliste » et de l'obéissance aveugle). Cette évolution ainsi que la nécessité de diversifier l'offre de soins ont modifié la position des pouvoirs publics et des professionnels : il est redevenu possible d'envisager l'ouverture du dispositif de soins pour usagers de drogues à cette modalité thérapeutique longtemps bannie.

3. Fondée en 1974 par Lucien-Joseph Engelmajer, l'association Le Patriarche a connu un développement très important, en marge des instances officielles, d'abord en France puis partout dans le monde, ouvrant plus de trois cent centres dans dix-sept pays. L'association s'est constamment heurtée au rejet des autorités sanitaires du fait de détournements multiples de la réglementation. En 1995, le patriarche a été caractérisé comme secte dans le rapport de la commission d'enquête parlementaire sur le phénomène sectaire [14]. Accusé de malversations et violences sur des résidents Lucien Engelmajer a été contraint à la démission en 1998. L'association a alors abandonné toute référence à son créateur et pris le nom de Dianova (sauf en Italie). Fin 2006, jugé par défaut par le tribunal correctionnel de Toulouse alors qu'il est en fuite au Belize, Lucien Engelmajer a été reconnu coupable d'abus de biens sociaux et d'emploi de travailleurs clandestins et condamné à cinq ans de prison.

4. Pour une présentation de ces modèles et des débats auxquels ils ont donné lieu, voir par exemple [6]

QUESTIONS ET CONTEXTES DE L'ENQUÊTE

L'hétérogénéité entre les CT existantes à l'international et le rejet dont elles ont fait l'objet en France jusqu'à une date récente, impose de suivre au plus près le dispositif thérapeutique effectivement mis en œuvre dans les structures nouvellement ouvertes.

Comment ces communautés se construisent-elles ? Comment les acteurs s'organisent-ils ? Comment y travaille-t-on ? Comment les relations mutuelles se construisent-elles ? Qu'est-ce qu'on y produit ?

Mais aussi, quelles sont les attentes et les perceptions des résidents tout au long de leur séjour ? Quels sont les parcours qu'ils effectuent au sein de la CT ? Quelle est l'appréciation globale qu'ils en font ?

Telles sont les questions principales abordées par l'enquête sociologique dont il est fait état dans le présent rapport. Celle enquête s'inscrit dans la difficulté mentionnée plus haut où, d'une part il existe des références partagées sur les CT, leur fonctionnement et leur finalité et où, d'autre part, les nouvelles structures s'ouvrent dans un contexte particulier d'expérimentation d'un dispositif pour lequel peu de références – a fortiori en langue française – sont disponibles et dans un climat de relative méfiance envers le principe des CT.

On peut aussi penser que les acteurs qui ont à mettre œuvre ces communautés ne disposent que de peu de références opérationnelles ou de réflexes empiriques. Dans ce cadre, le cahier des charges établi par les autorités semble constituer le seul élément objectif de référence pour la mise en place de ces nouvelles structures. Pour autant, comme toute la sociologie des organisations et du travail l'a montré, il est probable que ces acteurs vont aussi «inventer» un espace social relativement spécifique en fonction de multiples facteurs comme, par exemple, leur propre trajectoire professionnelle, la «matrice institutionnelle locale» [2] dans laquelle ils vont s'inscrire, les problèmes concrets qu'ils vont rencontrer et les solutions qu'ils vont mettre en place pour les résoudre, et en fonction de toute une série de micro-facteurs locaux qui vont des modes d'organisation du travail, des modes de coopération entre acteurs de culture différente, de la mise en place des règles et de la légitimation de l'autorité. La liste est longue et renvoie aux principes généraux de la sociologie des organisations. Aussi, l'enquête vise à identifier ces facteurs et à analyser leur influence dans la construction et la mise en forme des CT.

Pour traduire cette complexité et la manière dont les acteurs sociaux (professionnels, pairs, usagers et observateurs extérieurs) créent cette nouvelle entité thérapeutique, l'enquête s'est déroulée au plus près du terrain et a combiné plusieurs techniques de recherche.

Méthodes et terrains d'enquête

Dans chacune des deux CT, l'enquête sociologique s'est déroulée pendant 24 mois (2008-2010). Plusieurs types de données ont été recueillis sur les deux sites :

- des entretiens semi-directifs avec les « encadrants » (professionnels et pairs)
- des questionnaires et des entretiens individuels approfondis auprès des usagers résidents
- un travail de type ethnographique sur site.

ENQUÊTE AUPRÈS DES ENCADRANTS

Les encadrants ont été interrogés à l'inclusion, à douze mois et à vingt quatre mois. Au total, vingt-six entretiens individuels semi-directifs approfondis ont été conduits auprès d'encadrants (voir tableau récapitulatif des entretiens plus bas). Parmi eux, deux catégories ont été distinguées : les « professionnels » et les « pairs ». Les entretiens ont visé le recueil des informations suivantes :

1 - Recrutement et portrait social

Quel profil ? Comment ont été constituées les équipes ? Comment les encadrants ont-ils été recrutés ? Par qui ? Sur quels principes (volontariat, compétences spécifiques) ? Quelles caractéristiques générales (sex-ratio, moyenne d'âge, origine culturelle) ? Quels taux d'encadrement dans les différents sites (selon jour, nuit, week-end) ?

2 - Trajectoire antérieure (professionnelle, sociale et légale)

À quelles professions appartiennent-ils les membres des équipes ? Comment peut-on les positionner par rapport au corps professionnel dont ils dépendent (« innovateur », « déviant ») ? De quelle institution relèvent-ils (sanitaire, médico-social) ? Quelles cultures et quelles identités professionnelles ?

3. Motivation et adhésion relativement au modèle CT. Évolution des attentes.

Quelles sont leurs attentes envers le projet ? Le type de structure ? Envers les pairs ? Envers les usagers ? Quelles perceptions des principes moraux et tech-

niques qui orientent les CT ? Y a-t-il une distance ou une forte adhésion ? Comment ont évolué ces attentes au fil du temps ?

ENQUÊTE AUPRÈS DES USAGERS RÉSIDENTS

Au total, cinquante-cinq entretiens individuels semi-directifs approfondis ont été conduits auprès des usagers résidents (voir tableau récapitulatif des entretiens). Ces entretiens ont visé le recueil des informations suivantes :

1 - Recrutement portrait social.

Qui sont les usagers inclus en CT (sexe, âge, formation, origine sociale...)? Comment ont-ils été amenés à intégrer la CT (à la suite d'une orientation ? réalisée par qui ?...) Origine et circonstance de la demande ?

2 - Les trajectoires professionnelle, familiale, personnelle et sanitaire des usagers.

3 - Les attentes des usagers.

Quelles sont les attentes des usagers ? Quelle croyance en l'efficacité thérapeutique des communautés ? Quelle perception du fonctionnement et de la vie collective ? Quelle distance par rapport aux CT ? Quels rapports avec les professionnels, les pairs et les autres usagers ? Comment leurs attentes ont évolué avec le temps ? Quels projets font-ils au fur et à mesure du programme ?

D'autre part, un questionnaire spécifique a été administré aux usagers à l'inclusion, à douze mois et à vingt-quatre mois. Celui-ci avait pour objectif de mesurer le degré d'adhésion aux normes collectives de la CT, l'intégration au sein de celle-ci, et enfin de saisir comment évoluait le degré de structuration des projets de vie hors de l'institution.

INVESTIGATION ETHNOGRAPHIQUE SUR SITE

Les entretiens et les observations sur site (voir tableau récapitulatif des journées de présence sur site) ont également visé à recueillir les informations suivantes :

1 - Quels sont les services et les activités proposés ? Par qui ? Par quels processus collectifs conçoit-on ces activités et leur mise en place ? Comment les catégoriser ? Y a-t-il une hiérarchie dans les activités ?

2 - Analyse de l'organisation du travail et de la division technique des tâches. Comment les différents professionnels s'organisent collectivement ? Comment le travail est-il réparti entre les différentes catégories de professionnels ? Entre professionnels et pairs ? Comment les activités se différencient ? Quelle autonomie ont les acteurs ? Comment sont résolus les problèmes de travail ? Quel système d'autorité se met en place ?

3 - Comment les communautés produisent leurs règles et leurs normes collectives ? Quelle négociation autour de la production d'un ordre collectif ? Quelle acceptation et quelle légitimité des règles édictées ? Comment gère-t-on les situations de crise et les conflits ?

4 - Que produisent l'institution et les «encadrants»? Temps de relation ? Temps de soins ? Temps de parole ? Temps consacré à l'organisation ? (compte-rendu, évaluation ...) Dans le cadre de la prévention des dérives sectaires des CT, il convenait aussi de s'interroger sur les phénomènes de violence présents par l'institution et cela du point de vue des différents acteurs.

Tableau récapitulatif des entretiens réalisés

CT Grand Bois *	Encadrants	Usagers résidents	Total
2008	9	9	18
2009	2	8	10
2010	2	7	9
Total	13	24	37
CT Grand Fleuve *	Encadrants	Usagers résidents	Total
2008	7	11	18
2009	1	10	11
2010	5	10	15
Total	13	31	44
Total général	26	55	81

**Les noms attribués aux CT sont fictifs pour préserver l'anonymat des structures réelles, de leurs personnels et résidents*

Tableau récapitulatif des journées de présence sur site

Journées de présence sur site				
	2008	2009	2010	Total
CT Grand Bois	02, 22, 23 avril	2,3 avril	28, 29, 30 juin	8 journées
CT Grand Fleuve	6 mai, 3 et 12 juin	13, 30 mars	4, 7, 8, 15 juin et 6 juillet	10 journées

I. Mise en œuvre et fonctionnement des CT

Afin de restituer la façon dont les deux communautés se sont créées, l'analyse doit se pencher sur différents points :

Quelles sont les activités retenues dans la CT ? Comment sont définies les phases – principe sur lequel repose le parcours dans la CT ? Qu'en est-il de l'engagement des professionnels mobilisés ? Quelles sont les contraintes posées par l'environnement ? Quelle place et quel rôle sont accordés aux résidents ? Comment l'ordre collectif se construit-il ?

ACTIVITÉS ET ORGANISATION CONCRÈTE DE LA VIE QUOTIDIENNE

Le principe de base d'une communauté consiste à densifier le temps de manière à ce que les résidents soient occupés en permanence. Il s'agit de compenser le temps et l'énergie habituellement consacrés à des activités en lien avec la consommation de drogues ou avec le mode de vie qu'elle implique par des activités qui mobilisent le corps et l'esprit tout au long de la journée.

Les deux communautés ont consacré beaucoup de temps et d'énergie à mettre sur pied un planning qui réponde à de multiples contraintes⁵ : occuper les résidents toute la journée ; offrir des activités variées et adaptées aux publics ; panacher les tâches thérapeutique, éducative et d'insertion professionnelle et sociale ; articuler des tâches internes à la communauté (participer au groupe de parole, participer aux tâches ménagères, s'engager dans la vie du groupe ...) à des orientations externes (prévoir sa sortie, s'engager dans une formation professionnelle, renouer les relations avec la famille) ; trouver des professionnels aptes à offrir ces activités ...

Les deux communautés ont suivi un chemin différent. L'une a pu établir assez vite un planning répondant à ces contraintes, notamment à la nécessité d'occuper

5. Pour un aperçu des plannings organisés voir les annexes.

toute la journée les résidents, avec la mise en place d'ateliers qui ont structuré la communauté et le rapport des résidents à la communauté. L'autre CT a mis l'accent sur le couple soins/action éducative mais elle a été empêtrée pendant de longs mois dans des travaux et a offert une « densité » communautaire plus faible.

Globalement, quatre types d'activités peuvent être dégagés :

- Les activités liées à l'organisation de la vie collective et à l'animation de la communauté

À Grand Bois, une réunion de préparation du week-end est organisée entre les résidents et un éducateur. Ces derniers font les menus et organisent les activités des uns et des autres : qui reste sur site ? Qui souhaite faire une sortie en vélo ? Qui sort de la communauté et à la possibilité de faire des achats ? ...

À Grand Fleuve, la réunion « résident » du mardi matin est l'occasion de faire le tour des demandes. Un résident-encadrant fait le tour de celles qui seront soumises aux responsables de la communauté et fait le point sur ce qui manque aux équipes (par exemple des produits ménagers pour l'entretien des chambres...). On peut citer aussi les veillées qui jouent un rôle plus informel dans l'organisation de la vie collective et la formation du groupe.

- Les temps et les situations à visée éducative

Dans les deux communautés, il existe une grande proximité entre éducateurs et résidents. Ces derniers y ont accès presque tout le temps. Aussi, la journée est émaillée de nombreux temps et situations où une action éducative peut être menée : pendant les discussions informelles, pendant les rencontres entre les résidents et leur éducateur référent, pendant les repas, au cours de plusieurs réunions en commun. Ce temps s'inscrit aussi dans une adaptation du comportement à la situation de collectivité : respect des autres (discussion autour de la musique, négociation autour du choix des programmes télévisés, sociabilité ordinaire, propreté...), respect de l'institution et de la vie collective (ponctualité, faire sa part de travail et de corvées...).

- Les actions thérapeutiques

Dans les deux communautés, elles sont nombreuses et recouvrent des formes plurielles. La prise des traitements (Traitements de substitution aux opiacés -TSO et autres) fait l'objet dans les deux communautés d'une attention particulière. Les professionnels de santé (médecin, infirmier, psychiatre, psychologue) bénéficient de locaux dédiés. La distribution des traitements fait l'objet de soin et d'organisation comme dans n'importe quel centre de soin d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). Les infirmiers préparent les traitements pour le soir pour chaque résident et donnent des consignes aux éducateurs qui tiendront la permanence. À Grand Fleuve, la prise du traitement est explicitement inscrite dans le planning (matin, midi et soir). À Grand Bois, la distribution s'effectue dans les mêmes créneaux. Les deux communautés ont mis en place des groupes de parole comme dans la plupart des CT. Animés par des psychologues, ces groupes constituent un

marqueur de la communauté. Les deux communautés offrent aussi aux résidents des temps de soins plus traditionnels selon le modèle du colloque singulier avec des professionnels de la communauté ou exerçant dans les environs de la CT. Grand Fleuve a mis en place une activité de relaxation et de psychomotricité. Les deux communautés proposent aussi du sport (vélo, jeux de balles sur le terrain de sport communal). Le site du Grand Bois bénéficiant d'une piscine, celle-ci a été remise en eau afin d'inciter les résidents au réveil musculaire et à renforcer leur estime personnelle en exposant leur corps à autrui. Grand Fleuve a introduit dans son planning un temps spécifique intitulé « prévention de la rechute ». Le temps de séjour est aussi mis à profit pour faire un bilan de santé plus général : bilans biologiques, consultations dentaires, interventions chirurgicales, poids...

- Les ateliers

Il s'agit d'une activité importante aux yeux des résidents puisqu'en général elle désigne l'occupation du jour.

Grand Bois a mis en place des ateliers tenus par des moniteurs qualifiés : menuiserie, espaces verts et cuisine. Sous la houlette d'une salariée de la communauté, ce sont les résidents qui, à tour de rôle, préparent les repas et gèrent la salle. Il y a souvent parmi les résidents d'anciens cuisiniers ce qui fait des repas un moment plutôt très apprécié par l'ensemble des résidents et des professionnels. La politique de la communauté à ce sujet impose cependant de faire tourner tout le monde sur tous les ateliers indépendamment des goûts et des compétences antérieures des uns et des autres. Hommes et femmes participent à tous les ateliers. Il n'y a pas non plus de sélection en fonction de l'état de forme des résidents même si certains arrivent dans la communauté avec une capacité musculaire très faible, ont, par exemple, des difficultés à marcher.

À Grand Fleuve, les ateliers « techniques » n'ont pas été mis en place sans doute pour deux raisons : le choix de lancer la communauté à partir de l'axe thérapeutique/éducatif et la proximité des chantiers d'insertion qui se trouvent sur le même site. La politique de la communauté a changé par la suite, introduisant davantage d'ateliers d'animation. Au gré des opportunités locales en matière de compétence, les deux communautés ont développé des ateliers théâtre, couture, peinture... Les ateliers tiennent une place centrale dans la vie quotidienne des CT. Ils rythment la vie des résidents. Ils sont par ailleurs une source de difficultés pour les CT qui doivent trouver et attirer des professionnels hors de leur secteur d'emploi.

Les dispositifs communautaires

Les communautés ont peu à peu mis en place des dispositifs qui incarnent la dimension communautaire. On localise ces dispositifs à plusieurs niveaux : dans des moments où la collectivité se réunit et prend des décisions qui orientent le fonctionnement communautaire et la destinée des résidents, dans des dispositifs visant à sceller l'engagement des résidents dans la CT, et enfin dans les postes et les fonctions qui leur sont attribués. Les deux communautés ont considérablement enrichi la densité de leur dispositif communautaire à l'issue de la première année. Le fonctionnement de ces dispositifs s'est peu à peu stabilisé.

Au sein de la CT Grand Fleuve, parmi les dispositifs visant à matérialiser l'engagement entre le résident et la communauté, on dénombre ainsi les dispositifs suivants :

- Le « Contrat de séjour »

Il est signé par le résident et le directeur de la CT. Pour intégrer la CT, le résident doit signer ce contrat de séjour et s'engager à en respecter les clauses.

- Le « Conseil de la vie sociale »

Il réunit à échéance régulière des représentants des professionnels de la CT, des représentants des résidents de la CT et un représentant extérieur, en l'occurrence de la municipalité de Grand Fleuve.

- La « Réunion résidents »

Elle rassemble les résidents toutes les semaines pour aborder différents points de la vie en CT : les besoins matériels, les désirs en matière d'organisation, les réclamations à adresser à la CT... (pour un exemple, voir le relevé d'observations de la réunion des résidents du 15 Juin 2010, ci-après).

- La politique des loyers

À la CT du Grand Fleuve, il a été décidé de demander une participation aux résidents pour les frais d'hôtellerie. Cette participation est fixée à 150 € mensuels pour la chambre, ce qui produit un reste à charge pour le résident d'environ 30 € une fois l'Allocation de logement sociale (ALS) déduite. Les résidents laissent environ un tiers de leur revenu dans le paiement de la chambre. Les montants changent selon la phase du programme atteinte par le résident (voir plus bas pour une présentation de ces phases) : 120 € en phase 2, 180 € en phase 3, les chambres étant individuelles en phase 3. Le rapport à la CT qui en résulte est un peu différent en ce sens que ce dispositif marque davantage l'engagement, l'idée que les résidents ont à faire un effort pour vivre dans la CT (a contrario d'une logique de pure assistance où rien ne serait demandé au bénéficiaire). Par ailleurs, cette politique des loyers peut aussi avoir tendance à introduire un rapport de service marchand (client-fournisseur) entre les résidents et les professionnels (ce qui n'est pas l'effet escompté).

- La « Réunion des professionnels »

Elle se tient toutes les semaines. Les professionnels y étudient les demandes des résidents, discutent des passages en phase supérieure, évoquent de manière transversale le cas de certains résidents (pour un exemple, voir le relevé d'observations de la réunion des professionnels du 15 Juin 2010, ci-après).

De plus, des postes et des fonctions sont prévus pour les résidents afin de matérialiser leur statut au sein de la CT. Il peut s'agir des postes dits de « coordinateur », « coordinateur adjoint », « chef de groupe » ou « chef de groupe adjoint ».

Réunion des résidents du 15 Juin 2010 : relevé d'observations

- On évoque des problèmes matériels et la gestion des tâches ménagères : « *il faut un bac en plus pour ranger les verres* », « *ou range-t-on les sacs poubelle ?* », « *certains ne rangent pas les balais* »... Les résidents s'accordent pour se prêter un aspirateur quand l'un d'entre eux tombe en panne.
- On demande un accès et une formation internet
- On organise le week-end : « *qui va au Leclerc ce week-end ?* »
- On demande à aller à la piscine
- On demande un « bon encadrement » pour aller à la fête de la musique le week-end suivant
- On fait des récriminations : le week-end dernier, une sortie était organisée avec un départ à 15H30. À 15H35, le bus conduit par un éducateur est parti laissant sur place les retardataires. Les résidents demandent un lieu fixe pour les rendez-vous de départ et une procédure pour les départs en groupe
- Autres récriminations : les sanctions sont aléatoires
- Question débattue par le groupe : lorsqu'un résident fait une demande (changement de phase, autre demande), faut-il dire publiquement les motifs du refus : certains sont favorables, d'autres ne veulent pas. Les résidents favorables mettent en avant que le groupe doit être transparent.

Réunion des professionnels du 15 Juin 2010 : relevé d'observations

- 14 participants professionnels. Le groupe étudie les demandes de sortie des résidents. Les demandes sont écrites et motivées sous forme de « bon de sortie ».
- Cas n°1 / La demande de K. est présentée par un éducateur. K est positif au THC. La réponse est négative. On décrit K comme un consommateur typique. On a trouvé des cendres. K. a déjà fumé auparavant. Le médecin a un avis central, il demande aux autres : « *est-il dans une opposition active ou a-t-il un comportement décalé ?* », « *il se rend compte qu'il est comme ça* ». Quelqu'un propose de faire décider le staff résident. Refus massif car on craint que le staff résident soit trop sévère. Quelqu'un propose une mise à pied d'une semaine. On rétorque que c'est un peu sévère pour une phase 1. Finalement, l'éducateur référent tranche : « *il est tout le temps hors cadre !* ».

Au sein de la CT Grand Bois, outre quelques spécificités de langage et d'appellations – par exemple ici les résidents reçoivent un « kit d'admission » à leur arrivée-, les mêmes types de dispositifs ont été mis en place. Parmi eux :

- Le « Conseil de maison ». Il est composé du directeur, du conseiller encadrant et d'un éducateur. Il assure notamment une fonction de conseil de discipline.
- La « Réunion cadre ». Elle réunit les psychologues, le chef de service et le directeur.
- La « Réunion préparation du week-end »
- La « Réunion de transition ». Elle réunit les psychologues, le chef de service et le directeur et le conseiller encadrant. Elle a lieu tous les lundis, on y fait le point sur le week-end.

- La réunion dite de « Retour de réunion ».
- Les demandes quotidiennes des résidents sont aussi traitées au jour le jour grâce à un dispositif de fiches accessibles aux résidents comme aux professionnels (Voir les annexes pour des exemples de ces fiches et demandes).

Les phases

L'objectif thérapeutique et social de la CT s'appuie sur une démarche dynamique et séquentielle. Les résidents suivent un parcours ponctué de phases. Les deux communautés ont opté grosso modo pour le même dispositif. Il y a cependant quelques nuances : Grand Bois a abandonné la numérotation au profit d'un code couleur afin de donner une image moins scolaire du programme de la CT. De même, la CT du Grand Bois a introduit une micro phase d'une semaine dite « d'accueil » afin de laisser le temps au postulant d'observer et de valider son désir d'entrer dans la CT et de signer son contrat d'engagement. À Grand Fleuve, la phase deux qui constitue le cœur de l'expérience communautaire et la phase la plus longue a été scindée en phases 2.1 et 2.2. Cette dernière étant déjà une amorce des objectifs d'insertion professionnelle. À Grand Bois, dans le projet de parcours de soins, les phases sont prévues avec un « minimum » de deux mois alors que dans l'approche de Grand Fleuve, on a programmé des périodes (1 à 3 mois dans la phase 1 ; 8 à 10 mois dans la phase 2 ; de quelques jours à 5 mois dans la phase 3).

Le découpage du séjour et du programme thérapeutique par phase peut faire l'objet de deux approches : l'un mettant l'accent sur des phases incompressibles au regard des objectifs du programme, l'autre offre une individualisation plus grande des parcours dans la CT par ajustement aux besoins des résidents (un résident part à partir du moment où il a « emmagasiné » ce que la CT pouvait lui apporter, que cela prenne deux mois ou dix) et à leur capacité à rester dans la structure (un résident part quand il ne supporte plus la vie en collectivité).

Il est intéressant de remarquer que si les projets de départ des CT laissent présager une différence d'approche, on a plutôt observé une convergence entre les deux CT : les rythmes d'avancement sont assez individualisés (ce qui pose d'ailleurs des problèmes de « justice » dans le groupe) et le jugement au regard du contenu réel des acquis reste un critère. À cela, une raison simple s'impose à tous : le résident étant libre, tout le monde est de facto soumis à sa capacité de résistance face à l'épreuve de la vie commune et soumis à son propre jugement (logique de « j'ai fait mon temps », je n'avance plus, ...). Aussi le plus grand pragmatisme s'est imposé à tous. Ce qui par ailleurs et enfin relativise considérablement la valeur du critère de la rétention pour évaluer les CT. De fait, les résidents partent pour des raisons très différentes : parce qu'ils se font renvoyer, parce que la famille leur manque, parce qu'ils ne supportent plus la vie en collectivité et ses conséquences quotidiennes (promiscuité, regard permanent...), parce qu'ils n'encourent plus de risque du point de vue judiciaire, parce

qu'ils se sentent mieux, parce qu'ils veulent reprendre le travail, parce qu'ils consomment à nouveau sur un mode intensif, parce qu'ils estiment que la CT a bien fait son travail et qu'ils sont retapés moralement et physiquement, parce qu'ils estiment que la CT ne sert plus à rien, qu'ils s'ennuient, qu'ils ont accepté la proposition d'une connaissance... Bref, une multitude de raisons souvent sans rapport les unes avec les autres, souvent contradictoires. Les départs avant la fin du programme n'indiquent en rien un échec du dispositif. Les départs à l'issue du programme ne marquent pas un succès total.

Les objectifs des phases du programme. Synthèse générale communautés de Grand Bois et de Grand Fleuve.

Phase d'accueil (ne concerne que Grand Bois)

Comprise entre 0 et 15 jours, cette phase permet au postulant de prendre connaissance tranquillement et au besoin de se faire expliquer, le « kit d'accueil » comprenant tous les documents utiles. Durant cette phase, le postulant résident ne peut sortir, son argent et ses achats sont gérés par les éducateurs, il peut téléphoner 20 minutes par semaine. Il découvre les locaux, l'équipe et le fonctionnement d'une CT, le groupe. Ce premier contact conditionne son maintien dans la structure. C'est aussi un moment où le groupe et l'équipe donnent de manière plus ou moins explicite leur assentiment à la venue du nouveau. En fait, c'est presque quatre acteurs qui « font » la décision : le futur résident, le groupe en place, l'équipe des professionnels et l'institution. Toute entrée est délicate. Il est arrivé que certaines entrées –ou qu'un rythme d'entrée trop soutenu– déstabilisent le groupe en place et amènent certains résidents –parfois anciens– à partir. L'évaluation de cette phase est effectuée par l'éducateur référent. Le postulant aura rencontré au moins une fois la psychologue.

La phase 1.

De un à trois mois pour Grand Fleuve. Deux mois minimum pour Grand Bois. Il s'agit pour les deux CT d'une phase d'intégration. Le résident connaît le fonctionnement, son environnement et les personnes avec qui il a à vivre. Aussi il est attendu de lui qu'il intensifie ses relations aux autres, qu'il se saisisse des outils thérapeutiques de la CT, que le projet thérapeutique, éducatif et social se structure, qu'il s'engage dans un travail réflexif autour de sa consommation et de ses comportements vis-à-vis d'autrui. Les objectifs thérapeutiques sont explicitement désignés dans chaque communauté et sont convergents d'une communauté à l'autre. L'accent est mis sur la relation de confiance aux autres, être attentif à son hygiène, à sa présentation corporelle, à son langage, à ses émotions trop fortes, la résistance à la frustration. On note un léger va-et-vient entre des objectifs posés en termes de « faire » (avoir au moins un entretien avec ses proches, participer à la vie communautaire, participer activement, passer au moins à un séjour à l'extérieur...) et des objectifs en termes d'« être » (assumer ses responsabilités, être authentique, gérer ses pulsions...). Grand Bois se trouve plutôt dans la première option. À Grand Fleuve, le poids de l'équipe éducative et du psychologue

dans la mise en place des outils de lancement explique sans doute l'accent mis sur l'impératif de changement de personnalité et de comportement. Dans la réalité, cette différence est sans doute ténue.

La phase 2.

Est dite d' « implication et engagement » à Grand Fleuve et de « développement » à Grand Bois. Là aussi, elles sont très proches montrant en cela que les deux CT ont suivi une même trame et le cahier des charges. D'une manière générale, le maître-mot de cette deuxième phase est l'autonomie que les résidents doivent développer. Par exemple, pour Grand Bois, ils doivent prendre des initiatives dans la CT, accompagner les nouveaux résidents, faire des séjours à l'extérieur plus longs... Pour Grand Fleuve, ils doivent diversifier leurs implications ou leurs responsabilités, entrer dans une dynamique d'autonomisation... Les restrictions se lèvent d'accès à leur argent, en matière d'achat, d'accès aux effets personnels... Cette autonomie est plus forte encore lorsque le résident prend des responsabilités, devient conseiller encadrant ou coordinateur. De même, les deux communautés mettent l'accent sur le fait de se tourner vers l'extérieur, notamment en ce qui concerne la reprise d'emploi ou plus modestement faire des bilans de compétences ou encore chercher à s'inscrire dans des activités extérieures. La phase 2 est le cœur de la CT car elle concentre le plus d'effectifs. La phase 1 étant assez brève et la phase 3 souffrant des départs anticipés. Elle constitue aussi la phase la plus tendue car les phénomènes d'usure se font sentir à ce moment là, les résidents veulent plus d'autonomie, craignent de régresser et de perdre des libertés. C'est aussi la phase durant laquelle le résident a le plus de travail, doit valider le plus fréquemment les actions qu'ils mènent dans le cadre de son soin ou de son insertion et doit accéder à une meilleure estime de soi.

La phase 3.

Les deux CT ont intitulé cette phase « réinsertion ». Pour Grand Fleuve et Grand Bois, la phase 3 est un sas de sortie, permet de se préparer à la sortie en faisant un planning des premières semaines à l'extérieur, en cherchant un logement, en prenant des contacts. Les questions de l'emploi, de formation et de logement sont centrales. Cette phase est aussi une phase d'orientation vers différents secteurs : vers l'emploi ordinaire et le logement autonome (hypothèse haute), vers un emploi aidé, vers un logement adapté, vers des structures d'insertion, vers de nouveaux dispositifs médico-sociaux, vers d'autres structures des associations de tutelle des CT (appartements relais, chantiers d'insertion...). Bien entendu, le « régime » communautaire s'estompe. Certains résidents sont logés en dehors des locaux mêmes de la CT, ou ont une chambre individuelle, ils ont accès sans restriction à leurs effets personnels ou à leur argent.

La « philosophie » des CT est respectée, ainsi que le cahier des charges. Les deux CT appuient leur programme sur une démarche séquentielle qui doit amener le sujet à progresser sur plusieurs plans : la santé, l'addiction, le plan personnel, le statut social.

ENGAGEMENT DES PROFESSIONNELS ET ADHÉSION AU PROJET COMMUNAUTAIRE

Doutes et méfiance

Les deux CT ont connu une phase de lancement assez compliquée.

Grand Bois a connu des problèmes importants avec l'équipe initiale. Les premières recrues sont globalement hostiles ou très méfiantes envers les principes de la CT. L'équipe a été en sous effectif pendant longtemps, obligeant les premiers professionnels à travailler à flux tendus et sans doute à recruter des professionnels peu mobilisés par le projet. Plusieurs changements ont eu lieu. La première équipe s'est effritée. Les locaux sont globalement adaptés mais il manque des places. Les premiers résidents ne sont pas toujours bien adressés du fait d'orientations harsardeuses en amont (désir d'engagement faible, maladie mentale non traitée...). Il y a un manque d'expérience du fait communautaire. Les problèmes d'organisation (compléter les équipes en quantité et en type de compétence) ou de logistique (manque de professionnels pour accompagner les résidents à l'extérieur) accaparent du temps au détriment du développement du projet communautaire.

Grand Fleuve a une équipe vite composée grâce à un recrutement interne et en faisant glisser quelques effectifs (professionnels et usagers) d'un centre de postcure vers la CT. Les premiers professionnels sont assez sensibilisés au projet, certains ont activement participé à son élaboration et à la rédaction du projet. Les locaux de la CT sont en (gros) travaux pendant un peu plus d'une année. Un conflit entre l'équipe éducative et les professionnels de santé monte en puissance et entraîne l'éclatement de la première équipe. Il y a un manque d'expérience communautaire et une emprise de la logique du travail social sur la communauté.

Autrement dit, on note globalement une grande méfiance et des doutes envers les principes communautaires au démarrage des communautés. Ces doutes ont été plus ou moins importants selon les sous-groupes de professionnels en présence. Les salariés restent assez séparés les uns des autres, conservent leurs marques professionnelles. Quatre sous-groupes sont identifiables : le groupe des travailleurs sociaux au sens large, celui des professionnels de santé, celui des cadres et de la direction, celui des moniteurs et animateurs qui ne travaillent pas toujours à temps dans la structure.

Globalement, au départ, le public d'usagers de drogues « passionné » assez peu les équipes en place. Un grand nombre de professionnels travaillent dans les CT à la suite d'une série d'opportunités. C'est le cas dans les deux CT. À l'issue de cette période d'amorçage, beaucoup des départs s'expliquent par les conflits interpersonnels, des licenciements pour faute grave mais aussi parce que pour certains, la CT ne fut qu'une étape, qu'une opportunité d'emploi. On a grosso modo, des professionnels (appartenant plutôt au groupe « travail social ») qui valorisent

d'autres publics (des enfants, des autistes, des pauvres, des SDF...) et qui sont sensibles aux propositions de départ, qu'elles émanent de la direction ou qu'elles soient une offre externe. Il y a un ensemble de professionnels pour qui l'emploi dans la CT est un « job de circonstance » qui répond aux nécessités du moment : vouloir un emploi à temps partiel, un bon salaire pour la région, vivre et travailler au pays, acheter une maison à retaper dans les environs, avoir un emploi protégé, trouver un travail dans une région rurale pour une femme seule, décrocher un premier poste.... Autrement dit, la dimension vocationnelle (en direction du champ des drogues) est très faible pour la plupart des professionnels engagés dans les CT. Bon nombre d'entre eux sont d'ailleurs très critiques envers les résidents et envers les toxicomanes en général : « le public j'ai pas trop de compassion, je trouve qu'ils peuvent être très manipulateurs, grand menteurs. Et puis ce qui m'agace, ils peuvent vous dire que vous ne comprenez rien, vous savez pas ce que c'est, 'on en chie avec notre produit, on souffre et on est les seuls au monde à souffrir'. Moi, j'ai du mal avec ce discours là » (éducatrice).

Des stéréotypes généraux que l'on trouve en dehors du champ de la prise en charge des drogues sont aussi à l'œuvre parmi eux : les toxicomanes sont roublards, manipulateurs... Certains doutent de l'authenticité du désir d'abstinence. D'autres encore se demandent pourquoi il y a tant d'étrangers parmi les héroïnomanes.

Par ailleurs, l'adhésion aux principes CT est faible. Les professionnels gardent une certaine distance comme dans toute situation de travail. Les « vieux routards » du public d'usagers de drogues sont assez sceptiques sur des points fondamentaux du fonctionnement communautaire, comme le recours aux méthodes comportementalistes. La CT ne suscite pas un enthousiasme béat de la part de professionnels qui ont un background et qui ont pu voir défiler au cours de leur carrière nombre de projets thérapeutiques plus ou moins « révolutionnaires », d'expérimentations plus ou moins radicales : « *Je l'attends toujours l'originalité !* » (éducateur).

Les points qui cristallisent le plus les critiques sont :

- Une hostilité aux théories psycho-comportementalistes.
- La méfiance est très forte dans les premiers temps de la CT. Les professionnels craignent ces techniques qui mettraient, selon eux, les gens en devoir de répéter jusqu'à la fin de leurs jours des réflexes conditionnés : « c'est pas humain, on n'est pas des robots ». Cette crainte est surtout présente chez les professionnels du travail social qui, de par leur formation ou parce que les orientations générales du métier s'inscrivent peu dans cette culture, appréhendent ces techniques comme un danger pour ce qui fait le cœur de leur métier, à savoir la relation avec l'usager.
- Une mauvaise image des CT existantes.
- Le cas du Patriarche, déjà ancien, est assez peu évoqué par les équipes initiales. En revanche les formations réalisées dans des CT étrangères les ont marquées et jouent un rôle d'épouvantail. Un stage en Belgique a suscité des

craintes et a activé chez certains professionnels du travail social des sueurs froides : « au début, je me suis dit : comment tu vas faire pour tenir dans un machin comme ça ? » ; « c'est un régime militaire. Je suis sûre que les mecs qui font leur service, c'est de la rigolade à côté. J'ai trouvé ça facho » ; « tout est autogéré, c'est des résidents. Il y a beaucoup d'ex là-bas, la moitié du personnel, c'est des ex consommateurs » ; « les groupes de parole sont des confessions publiques » ; « on peut pas plaisanter, dérisionner [faire de l'humour] je sais pas comment je pourrais qualifier : moralement, j'estime que les gens là, ils sont cassés, ils sont cassés » (éducatrice).

■ Une dénonciation d'une certaine violence institutionnelle. Tout en reconnaissant que ces méthodes d'accompagnement serré sont nécessaires à ce type de public, les impressions dominantes renvoient à des images de violence et de non respect des personnes : « ah la fouille, ça j'adore, si je peux l'éviter, je le fais, c'est horrible » ; « ma première réaction, ça été de me dire mais pourquoi toutes ces règles, c'est très militaire » (éducateur).

Les critiques les plus vives sont portées par les professionnels du travail social, en particulier les éducateurs qui ont eu le sentiment d'avoir à perdre dans un tel système. Les éducateurs ont une culture professionnelle et une histoire personnelle qui les met en porte-à-faux par rapport aux principes même de la communauté. Les éducateurs se sentent menacés par le rôle que pourrait jouer potentiellement le groupe résident. L'idée de leur donner des responsabilités provoque (au moins dans la phase d'amorçage) de fortes résistances et suscite beaucoup d'interrogations : « que veut dire utiliser le groupe comme référent ? ». Aussi, au démarrage des deux CT, il ne sera presque pas question de faire une place aux résidents.

Les moniteurs d'ateliers et certains animateurs socioculturels sont les plus à l'aise dans la CT car ils se définissent surtout par rapport à leur métier. Le projet CT est un projet intéressant qui mérite investissement car il est aussi une manière d'enrichir l'action éducative par le travail. Le projet CT leur donne une place centrale et du pouvoir dans l'organisation, en particulier parce que le projet d'insertion professionnelle est un objectif prioritaire. Les résidents passent une grande partie de leur temps dans les ateliers ou en activité socioculturelle sous la houlette des moniteurs et des animateurs. Ils s'y font des confidences, se parlent... et transforment ces espaces en lieux pivots de la communauté. Les ateliers prennent une dimension thérapeutique qui en réévalue la valeur aux yeux des autres groupes : éducateurs, métiers de la santé et direction.

Du point de vue des résidents, les ateliers sont d'abord un défi pour ceux qui sont souvent limités physiquement. Les premières journées sont difficiles, les résidents sont physiquement fatigués et s'endorment lourdement le soir. Ils sont confrontés à leur incompetence technique. Ils sont d'ailleurs souvent dans le refus et font savoir que ce n'est pas l'activité qu'ils espèrent, qu'ils préféreraient être dans un autre groupe... Avec le temps, les résidents retrouvent de la force, découvrent

des choses et éprouvent des sentiments de fierté face aux réalisations (à Grand Bois par exemple, l'atelier menuiserie a construit des petits meubles pour la CT, les résidents ont installé un parcours d'accro-branches dans les bois alentours...). Les moniteurs sont globalement respectés pour leur connaissance technique, appréciés pour la place qu'ils font à la discussion « à bâtons rompus » dans la journée de travail. Certains moniteurs deviennent des modèles. Plusieurs résidents de Grand Bois par exemple se sont ainsi orientés vers des formations en espaces verts. L'aspect éducatif de la vie en atelier est plus fortement accepté par les résidents car il leur paraît légitime que le travail impose certains comportements (beaucoup d'entre eux étaient ou sont salariés) et nécessite des règles de ponctualité, de coopération ou de sécurité. Mais la légitimité principalement technique des moniteurs, fait qu'ils sont tout de même entrés dans la CT sur la pointe des pieds.

Les professionnels de santé ont été plus engagés dans le projet CT car ils ont très vite été mis au devant de problèmes à régler : la sélection des candidats, le filtrage des demandes idoines, la gestion des traitements, le contrôle de la prise de produits... C'est un projet qui leur convient et qui ne remet pas en cause fondamentalement les modalités de leur travail basées sur la relation individuelle avec un patient. Ils perçoivent leur activité professionnelle comme une activité raisonnée et méthodique, attachée au suivi des règles et des protocoles. Ils perçoivent donc, dans le cadre strict de la CT, des aspects éducatifs et thérapeutiques. Les psychologues jouent sans doute un rôle important. Dans les deux communautés, ils « incarnent » la plus-value de la communauté à travers la mise en place de groupes de parole. Une grande partie de l'adhésion des résidents au projet CT se joue sans doute dans le bien-fondé et les bénéfices qu'ils tirent des groupes de parole. Les plus réfractaires estiment que les groupes de parole ne sont qu'une « mascarade ». Par ailleurs, les psychologues suivent aussi les résidents sur le mode du colloque singulier et peuvent mesurer l'écart entre ces derniers et les avancées qu'ils enregistrent dans la CT. Infirmiers et médecins sont moins impliqués personnellement dans la communauté : ils reçoivent les patients dans un bureau et établissent des prescriptions. Au fond, ils font des vacations dans une institution et ont une pratique ordinaire aux yeux de leur profession. Il semble d'ailleurs difficile de retenir ces professionnels dans la structure. Grand Fleuve a vu deux psychiatres quitter la CT. Infirmières et psychologues ont plutôt tendance à basculer sur des temps partiels avec une activité en dehors de la CT. Les doutes tiennent ici principalement aux caractéristiques des patients et à la difficulté de sortir de la dépendance.

Bricolage

Au départ, il était clair pour les professionnels qu'ils n'étaient pas une communauté thérapeutique « classique » : « j'ai longtemps désespéré du fait qu'on ne ressemblait pas du tout à une communauté thérapeutique et que la moindre chose que l'on mettait en place, ça avait l'air d'être très compliqué » (moniteur). Mais

globalement, ce sentiment coexiste avec l'idée qu'il n'est peut-être pas souhaitable de s'acharner à créer une communauté « classique ». Les résistances premières et les difficultés à monter une équipe plus adaptée au public et au type de dispositif n'ont pas conduit cependant à geler le système mais à « bricoler » un dispositif qui marche :

« Je ne suis pas adhérent purement et simplement à des types de fonctionnement style Daytop⁶, je pense qu'il y a des choses qui peuvent se situer entre Daytop et une posture classique. Il y a des choses qui peuvent se situer entre les deux. On n'est pas obligé d'être dans l'excès » (éducateur).

« Il y a quand même des choses qui nous sont imposées et qui sont purement contractuelles, alors je dis pas qu'il faut suivre à la lettre les choses et on va être obligés de s'adapter à un certain nombre de contraintes » (cadre).

Autrement dit, les professionnels ont dès le départ le sentiment que cela ne fonctionnera pas comme une CT – au sens canonique du terme – et n'ont pas l'intention de « lâcher la bride » au groupe de résidents, c'est-à-dire de lui donner un rôle d'encadrement et des responsabilités importantes dans la gestion quotidienne de la CT. Aussi, les deux communautés ont plutôt développé un modèle de prise en charge qui reste assez classique : un rapport asymétrique entre professionnels et résidents, un leadership professionnel, le travail éducatif comme activité centrale, le choix du colloque singulier, la gestion du groupe par des animateurs. Et c'est peut-être la raison pour laquelle cela a marché. Les résidents passent trop peu de temps dans la structure, montrent peu d'envie, une grande faiblesse. Aux yeux des professionnels, ils manquent de compétence et de crédit social pour tenir un rôle plus central dans les CT.

L'enquête montre qu'il y a eu des ajustements dans les équipes, tant dans leur rapport à la CT que dans leur composition. Le profil des équipes en place a beaucoup changé. Des craintes ont été levées. Ce qui a ouvert la voie à la mise en place d'instances où les résidents sont davantage partie prenante. De nombreuses interrogations subsistent sur la place à accorder aux résidents, sur le niveau effectif de leur participation dans la CT. Mais un certain consensus émerge pour dire qu'il faut de la participation, que tous les acteurs de la communauté puissent débattre pour produire « des décisions relativement collégiales avec quand même un pilote ». Avec l'expérience, les communautés ont mieux identifié les lieux et les moments où la place des résidents pouvait être plus importante. Les niveaux de responsabilité pertinents accordés aux résidents font aussi l'objet d'un plus grand consensus dans les équipes. Il reste cependant des réflexes et un fond culturel commun qui associe le résident à un soigné et donc à un acteur plutôt passif : « *c'est pas la peine de donner trop de responsabilités aux gens quand ils sont là pour se soigner* » (cadre). Le lien thérapeutique implique forcément une asymétrie statutaire.

6. CT créée en 1963 à New York, Daytop est, avec Synanon à l'origine du modèle de CT dit « hiérarchique » ou « programmatique » [12].

ENCASTREMENT DE LA CT DANS SON ENVIRONNEMENT

La communauté de Grand Fleuve est située en plein centre d'un village de deux mille habitants. Les locaux de la CT sont anciens et sont connus par les habitants pour avoir abrité pendant plusieurs décennies une Maison d'Enfants à Caractère Social (MECS). Les locaux font face à une vaste place bordée par la mairie et une école. Les résidents utilisent notamment les terrains de sport situés sur la place. Ils font la plupart de leurs petits achats dans les commerces locaux. À vingt-sept kms, une grande métropole régionale exerce une forte attraction sur les professionnels qui y vivent en grand nombre mais aussi sur les résidents. Les sorties sont souvent orientées vers cette ville, ses centres commerciaux, ses installations ludiques (bowling, cinéma...)

Bien que située à quelques kilomètres de la ville de Grand Bois, la communauté thérapeutique du Grand Bois présente les mêmes caractéristiques sur le plan de l'ouverture à l'environnement. Le site est une ancienne ferme cédée par ses propriétaires à la Fondation de France. Il se compose d'une maison principale, d'un bâtiment aménagé pour la cuisine et le réfectoire, d'une ancienne grange transformée en chambres et salle de séjour, d'un appentis pour les ateliers, d'une petite étable, et de trois bâtiments en bois de construction récentes pour faire face aux besoins en matière de chambres pour les résidents. Le site comprend également 10 hectares de bois. Il n'y a pas de murs d'enceinte. L'environnement direct est composé de prairie, de bois, de quelques champs et de quelques maisons ou fermes, souvent des retraités (la ville de Grand Bois comprend 36,4 % de personnes âgées de plus de 60 ans).

L'environnement et ses contraintes

Quelles sont les modalités d'encastrement de la communauté dans son environnement ? L'environnement d'une communauté doit être entendu au sens large et joue un rôle important dans le fonctionnement de la structure qui ne peut être réduit à ses dynamiques internes. Par exemple, si la communauté est éloignée de la ville, l'accès aux commerces, les rendez vous dans les services sociaux ou les services de soins deviennent une activité en soi. Cela oblige à revoir les conditions de sortie des résidents. À être plus souple éventuellement. Ou à réduire l'autonomie des résidents afin qu'ils ne puissent prétendre à la sortie. Il faut des véhicules et des professionnels disponibles pour le convoyage. Si l'équipe n'est pas au complet, soit les sorties sont limitées, soit l'activité sur site est réduite. À l'opposé, une communauté implantée dans le tissu urbain ne rencontre pas ces problèmes. La gestion des sorties peut paraître plus souple mais la proximité de la « vraie sortie » (c'est-à-dire en ville pour la plupart des résidents) attise les demandes des résidents. L'effet de rupture peut paraître aussi moins net dans un premier temps.

L'environnement structure la CT en créant des contraintes et des impératifs. Il faut tenir compte du cadre de vie, de l'environnement institutionnel, des modalités de transport, des ressources locales en matière de santé, d'insertion professionnelle et de logement, du rapport avec les habitants. Si l'environnement est une contrainte pour la communauté, il constitue parfois un risque pour les résidents : la pharmacie, l'épicier, la cave qui propose des dégustations de vin, les réseaux locaux de deal...

L'environnement détermine en partie les offres que les CT peuvent construire, en particulier les activités occupationnelles ou de loisirs : peut-on faire du shopping à proximité ? Y-a-t-il un cinéma ? Un Bowling ? Des pistes cyclables ?... Quelles sont les ressources locales en matière d'insertion ? Quelle est la densité en matière de professions de la santé ? ...

Le choix de l'ouverture vers l'extérieur

Les deux communautés ont fait le choix de l'ouverture, de la transparence et de l'intégration dans le tissu local. Cette conception des rapports de la communauté et de son environnement est un puissant facteur de neutralisation des risques de dérives autoritaires. Les points sur lesquels ont été établies des distinctions entre l'intérieur et l'extérieur sont rares. Tous les acteurs des communautés (professionnels et résidents) savent très bien que la vie dans la communauté n'est pas « la vraie vie », qu'ils se trouvent dans un « théâtre où on joue un rôle ». De la même manière, on fera la distinction entre une consommation de produits lors d'une sortie et une consommation sur site, comme si cette dernière n'avait pas la même valeur du fait de ses conséquences potentielles par rapport au groupe. Cela dit, monde du dehors et monde du dedans ne sont pas pensés sur le mode de la différence radicale. Il y a très peu de jargon propre à la communauté. Tout juste le visiteur pourra-t-il s'interroger sur ce que désigne concrètement telle ou telle réunion, mais les communautés ne développent pas de langage propre, inaccessible à « ceux qui n'en sont pas ». Il y a clairement un refus du vase clos, de l'autarcie, de la logique sectaire. Les communautés n'ont pas élevé de murs pour se protéger du monde extérieur. Les résidents voient l'extérieur de la communauté et les habitants et voisins voient également ce qui se passe dans la communauté.

À Grand Fleuve, la communauté a par exemple lancé une invitation aux voisins lors de la fête de la musique. Des journées portes ouvertes ont également été organisées. L'inauguration officielle de la communauté fut une occasion supplémentaire d'ouvrir les portes. De plus, les résidents de la CT de Grand Fleuve éditent depuis juillet 2011 un journal que la mairie diffuse sur son site. D'une manière générale, la communauté a développé de bonnes relations avec la mairie qui diffuse nombre d'informations à propos de la CT sur son site. Deux exemples sont présentés dans les encadrés ci-après.

1) Extrait de l'interview du maire par deux résidents-journalistes :

Question : Souhaiteriez-vous que les résidents de la CT s'investissent plus dans la vie de la commune, Si oui comment ?

Réponse : Vous le faites déjà avec le club d'échec, les journées « portes ouvertes », les manifestations ou vous êtes présents comme à l'inauguration par exemple. J'aimerais qu'il y ait plus de journées « portes ouvertes » sous forme de soirée où les Grand Fleuvais seraient invités pour partager un repas par exemple.

2) Extrait d'un questionnaire réalisé auprès des commerçants de Grand Fleuve :

1) Que pensez-vous d'une communauté thérapeutique dans un village ?

Pizzeria : « je pense que le fait de pouvoir se ressourcer à la campagne est bien ».

Boulangerie : « c'est bien il y a besoin de ces centres ».

Tabac : « c'est une bonne chose pour les résidents qui sont libres de se promener et de rencontrer les gens du village pour discuter et se changer les idées ».

Postier : « c'est un bien pour le village, et aussi pour la communauté qui doit faire face, au quotidien, à la perception de personnes différentes. Il n'y a pas l'anonymat d'une grande ville. Les échanges sont (peut-être) plus productifs ».

Annonce publiée sur le site de la mairie de Grand Fleuve La Communauté invite ses voisins 19/09/2008



Toute l'équipe de la Communauté invite ses voisins immédiats à venir passer une soirée entre amis, dans l'enceinte même de la Communauté.

C'est bien volontiers que la mairie s'est associée à cette soirée qui ne peut que favoriser l'intégration de la communauté et donc le lien social.

Rendez-vous le vendredi 19 septembre à partir de 19h.

Au programme :

- Présence de la ludothèque itinérante : pour que la soirée soit égayée par les rires des enfants. Des jeux surdimensionnés et traditionnels seront à disposition,
- concert : le groupe MALODJ' rythmera la soirée avec des musiques ensoleillées.
- restauration : à partir de 19h cocktail sans alcool et à partir de 20h méchoui.

Vous habitez à proximité de la Communauté, vous avez très certainement reçu l'invitation. Si tel n'est pas le cas ou pour toute demande d'information sur la soirée, n'hésitez pas à joindre l'équipe de la Communauté.

S'agissant de Grand Bois, bien qu'isolée, la communauté n'est pas pour autant coupée du monde, il est aisé de descendre au village ou d'organiser une sortie au chef lieu de département. De nombreux résidents font leurs achats au village. La communauté constitue par ailleurs un gros client pour les commerces locaux. Certains résidents ont travaillé dans les alentours ou y ont pris un logement après leur passage dans la communauté. Les rapports entre la communauté et la mairie sont plutôt bons bien que celle-ci semble moins engagée dans la réussite de la CT que dans le cas de Grand Fleuve. La raison tient sans doute à l'extériorité du site par rapport au village, au fait que l'association porteuse du projet ne soit pas une association municipale (le site ne la mentionne pas dans sa rubrique « associations de Grand Bois ») et au fait que le site fonctionnait déjà comme établissement à caractère médico-social avant le lancement de la CT (la mairie n'a pas eu à convaincre les habitants pour que le projet puisse voir le jour). Cela dit, autre exemple d'ouverture de la CT sur l'extérieur, des résidents se sont intégrés dans des manifestations locales. Plusieurs d'entre eux sont notamment bénévoles auprès de l'organisation d'un festival de musique qui a lieu au mois de juillet.

PLACE ET RÔLE DES RÉSIDENTS

Dans une communauté thérapeutique « canonique », le rôle joué par le groupe de pairs est central, tant dans l'émergence d'anciens qui prennent des responsabilités collectives, participent à l'animation de la vie collective que dans le rôle propre du groupe auprès de chaque résident. Les deux communautés évaluées ont offert une place somme toute limitée aux résidents. Le scepticisme des professionnels, les habitudes de travail et l'absence d'un vivier conséquent de résidents pouvant jouer un rôle notoire dans la CT expliquent cette attitude prudente.

Comment produire des responsables ? Une série d'obstacles à dépasser

Le problème qui se pose aux CT qui voudraient aller plus avant dans un fonctionnement de type communautaire est la production d'anciens ou de résidents faisant fonction de responsables. La phase trois du parcours thérapeutique qui est censée produire des « encadrants » et donc faire vivre l'aspect communautaire est aussi une phase d'insertion qui emmène les résidents hors de la CT, et qui nécessite une prise de distance avec la CT. La notion d'encadrant est d'ailleurs assez ambiguë. De plus, la rétention est apparue assez faible, et les durées moyennes de séjour restent bien en deçà des 24 mois. Au démarrage des deux CT, les encadrants ont été rares. Presque tous les résidents sont restés au « bas de l'échelle ». Puis le nombre de résidents a crû et quelques résidents sont restés plus longtemps. Des postes ont été inventés (voir la section « Dispositifs communautaires ») et leur ont été attribués. Mais ce point clef du fonctionnement de la CT reste un point faible. On donne une place qui peut paraître modeste au groupe dans le fonctionnement de la communauté. On lui confie un nombre très limité de fonctions sociales. Par exemple, le rôle d'intégration dans la communauté ne

revient que très partiellement au groupe de pairs. Les résidents ne cooptent pas les nouveaux arrivants, n'organisent pas d'activités spécifiques à cet effet. C'est l'institution qui accueille. La décision est prise à un niveau centralisé (et extérieure à la communauté pour une des deux CT). Ce sont autant d'occasions perdues pour le groupe de pairs de faire fonctionner et vivre la communauté.

Par ailleurs, si l'ancienneté procure un statut au résident, le rôle de modèle que doivent endosser les anciens suppose une crédibilité et une certaine aura qui ne va pas forcément de pair avec le statut d'ancien.

« Missions fantômes » et refus de « jouer les balances »

Un certain nombre de fonctions ouvertes aux pairs encadrants concernent l'accompagnement des résidents lors des sorties. D'autres proposent d'opérer une médiation entre le groupe des résidents et les professionnels et responsables de la communauté. Autrement dit, il s'agit de fonctions traditionnelles appartenant à l'encadrement de base : faire remonter des informations, faire descendre des directives et veiller à leur bonne exécution. Durant toute la première phase de l'existence des CT, il y eu peu de résidents avancés. À la faible visibilité s'ajoute une vision péjorative de la mission de résident-responsable. Il y a parfois confusion avec le contremaître et une vision exclusivement disciplinaire.

Pour les résidents monter d'une phase du programme à une autre est synonyme de trois choses différentes, pas forcément en adéquation les unes avec les autres :

- monter de phase comme preuve des progrès personnels accomplis
- monter de phase pour acquérir plus d'autonomie
- monter de phase pour endosser un rôle plus grand dans le fonctionnement de la communauté et prendre des responsabilités.

Dans le modèle théorique des CT, autonomie et responsabilité marchent de pair. Dans les CT évaluées, il y a une disjonction entre autonomie et responsabilité : l'autonomie augmente notablement avec les phases (les résidents attendent cette autonomie, c'est un objectif pour eux, ils peuvent sortir plus souvent, sans être accompagnés) alors que les responsabilités dans la communauté plafonnent.

Dans l'ensemble, ne pas prendre de responsabilités dans le fonctionnement de la CT n'est pas pour déplaire aux résidents chez qui règnent plutôt l'idée du « chacun ses problèmes » et celle qu'il ne faut pas rompre l'égalité dans le groupe en prenant des positions de responsabilité trop marquées qui réintroduiraient de la hiérarchie. La plupart ont une trajectoire antérieure de soins fournis. Certains ont peur et n'aiment pas donner des ordres. Certains reconnaissent les vertus « occupationnelles » des responsabilités : ils auraient plus de choses à faire et seraient moins en proie à la lassitude. D'autres y voient quelque chose de bien pour soi, qui ferait presque partie d'un programme de remise en confiance de soi. Mais ils n'ont pas l'impression de « faire tourner » la communauté.

Les résidents ont d'ailleurs objectivement peu intérêt à prendre des postes à responsabilité. À cela plusieurs raisons. D'une part, les responsabilités proposées sont généralement de pure forme ou concernent des choses assez secondaires (on a vu par exemple un « responsable de placard »). D'autre part, les responsabilités peuvent les mettre en porte-à-faux par rapport au groupe. Si tout le monde a bien conscience de ne pas être dans la vraie vie et de jouer une sorte de pièce de théâtre, l'investissement des résidents dans leur responsabilité ou leur mission fait l'objet de bien plus de scepticisme encore. Personne ne croit en son propre rôle. Aucun résident n'est dupe : le responsable tient son poste parce qu'il doit le tenir eu égard à son parcours dans la CT, mais il ne s'estime pas plus compétent ou légitime qu'un autre pour tenir ce rôle. Son plus grand mérite serait l'ancienneté et la relative rareté des anciens dans la structure. Ce qui n'est pas pour favoriser son engagement dans son nouveau rôle.

Enfin, ils risquent de passer du côté de l'institution. Les formules « je ne suis pas une balance » sont fréquentes dans les conversations avec les résidents. Elles ne marquent pas seulement la prégnance de la culture de la rue ou l'expérience de la prison parmi les résidents. Elles disent aussi le refus de passer du côté de l'institution (qui ne veut pas d'eux par ailleurs).

Les postes de responsable, de pair-encadrant, de coordinateur... restent fondamentalement ambigus, temporaires et sans perspective. Si les responsables avaient une perspective de long terme ou de carrière dans la CT, une voie de professionnalisation (avec une formation), l'engagement dans le rôle d'encadrant pourrait être envisagé. Les résidents auraient alors moins à perdre à quitter leur groupe d'origine ou à se positionner sur la frontière entre professionnels et résidents. Sans perspective de ce type, la fonction se résume à « jouer les balances » ou à compliquer singulièrement ses relations quotidiennes aux autres. A contrario, dans de nombreuses CT à l'étranger, le rôle de pair ouvre une réelle carrière au sein de la structure, synonyme de progression personnelle et sociale. Ce qui explique en partie les forts taux de rétention affichés.

Un manque de confiance dans les compétences des résidents

Si les fonctions et les pouvoirs sont limités, cela tient en partie aux rapports que les résidents en général, et les responsables résidents en particulier, entretiennent avec les professionnels. On accorde peu de crédibilité sociale aux résidents. Leur parole ainsi que celle des responsables sont souvent remises en cause. La valeur de leur parole n'est pas protégée par l'exercice de la fonction. Cette situation s'est pourtant améliorée au fil de la période d'enquête. Les résidents prolongent en quelque sorte cet état en s'adressant prioritairement aux éducateurs pour leurs demandes. Voire préfèrent parler avec un éducateur qu'avec un résident. Il y a toujours une crainte envers le groupe, une volonté de limiter l'emprise du groupe. On préfère les professionnels car ils sont tenus par une déontologie même si parfois on met en doute leur crédibilité lorsqu'ils font

du zèle éducatif auprès de résidents plus âgés, font preuve de légèreté dans la connaissance des problèmes d'addiction ou ont un discours sur les drogues qui ne correspond pas nécessairement à leurs pratiques hors-travail. En fait, les relations entre professionnels et résidents restent classiques, c'est-à-dire asymétriques. Les demandes des résidents –quelles qu'elles soient- attendent l'imprimatur des professionnels, des éducateurs, des éducateurs référents ou de la direction. La parole de l'institution ne peut être portée que par les professionnels. Même si les suggestions des résidents voient régulièrement le jour (achat de vélo, négociation autour de la télévision...).

Il y a toujours une suspicion qui plane sur les résidents en poste. Les professionnels soupçonnent les résidents responsables de ne pas être totalement loyaux envers eux, de ne pas jouer (ou mal jouer) le rôle que l'on veut leur assigner, notamment le rôle d'informateur immergé au sein du groupe. Ce rôle n'est pas un rôle purement policier où il serait question de dénoncer –les résidents craignent cela– mais couvre des informations plus vastes : l'état d'esprit du groupe, le sentiment général envers un nouvel arrivant...

Suspicion réciproque

Lorsque les résidents désirent changer de niveau, ils sont enjoins d'en faire la demande officiellement par voie de lettre de motivation (voir exemple en annexes). Ils mentionnent alors leur projet de vie, leur projet de soin, les efforts fournis jusqu'à présent, le fait qu'ils ont changé, ou encore l'authenticité de leur démarche. Lors d'une réunion interne aux professionnels, ces demandes sont examinées. L'éducateur lit la lettre et assure un rôle de rapporteur de l'ensemble de la demande. Comme dans un conseil de classe, une discussion s'ouvre durant laquelle le professionnel met en avant les arguments pour soutenir ou dire son désaccord avec la demande : « *c'est un bon élément qui peut emmener le groupe* », « *un plus pour la communauté* », « *il est réglo* », « *il est toujours hors cadre* », « *il ne s'engage pas vraiment émotionnellement* »...

En bout de course, c'est le sentiment dominant des professionnels et le talent personnel du rapporteur qui font la décision. La parole du résident reste toujours en arrière-fond. Les résidents alcoolodépendants sont d'ailleurs plus volontiers soupçonnés de ne pas s'engager « vraiment » dans la communauté. Il semble par ailleurs qu'ils entretiennent une plus grande distance avec la communauté.

Du point de vue des résidents, certains dispositifs censés animer la vie collective et communautaire se bornent à être des instances disciplinaires (« conseil de maison ») ou de contrôle (« réunion de transition »). D'autres encore pointent la présence inutile de l'éducateur dans certains moments ou certaines réunions (« réunion de préparation de Week-end »). D'autres réunions spécifiquement pour les résidents (« réunion résident ») se cantonnent à des niveaux de responsabilité très faibles. Par exemple, une réunion résident se clôt par une demande

officielle : « un bac en plus pour ranger les verres ». Un « conseil de la vie sociale » aboutit à réclamer un temps de télévision plus important ou à avancer la prise des traitements.

On comprendra que les résidents les plus critiques mettent en avant le côté factice de la participation ou les aspects infantilisants des fonctions accordées aux résidents. Les résidents interviennent sur des problèmes de la vie quotidienne. Ils sont quand même beaucoup plus en retrait sur les domaines plus sensibles, plus stratégiques ou plus techniques. Ils n'interviennent pas dans la gestion, la sélection des nouveaux entrants, le choix des ateliers ou des activités, les relations avec les partenaires extérieurs, la composition des plannings....

Infantilisation

On a noté une récurrence dans la dénonciation de l'infantilisation chez les résidents. D'une part, il s'agit d'une critique ordinaire qui n'est pas propre aux CT mais que l'on peut rencontrer dans nombre de structures du travail social. D'autre part, cette critique s'appuie dans le contexte de la CT, sur les écarts d'âge entre la majorité des résidents et la relative jeunesse à un moment donné de l'équipe éducative en particulier. Les éducateurs sont jugés trop jeunes, sans expérience, sans compétences dans le champ des addictions « lourdes » (héroïne en particulier) ou encore trop axés sur une approche socio-éducative « basique », ce qui passe assez mal auprès de résidents âgés qui ont eu une vie avant d'intégrer la communauté. Le côté infantilisant induit aussi l'idée que les activités sont avant tout occupationnelles quelles qu'en soient l'intitulé ou l'habillage conceptuel. Certains résidents ont le sentiment que l'offre (les activités) n'a d'autre finalité que de les occuper comme un maître ou une maîtresse d'école propose un jeu pour occuper les enfants avant la fin de la classe. À leurs yeux, les activités correspondraient aux hobbies des éducateurs et pourraient être proposées dans d'autres contextes à d'autres publics pour d'autres problématiques. À l'inverse, certains éléments jugés très importants aux yeux des résidents sont assez discrets ou viennent très (trop ?) tardivement, en particulier ce qui concerne l'insertion professionnelle. Celle-ci est plutôt traitée lors de la phase trois du programme. Certains résidents estiment que cela vient trop tard. En fait, dès qu'un sentiment de bien-être se fait sentir ou que l'état physique est remonté, les résidents pensent à la sortie et attendent peu la phase trois. On note d'ailleurs dans ce décalage la culture française du travail social très centrée sur l'éducatif et déléguant les questions d'insertion professionnelle à d'autres professionnels et structures.

Les communautés sont appelées à intégrer une certaine diversité dans leur public. On peut se poser la question de savoir si elles doivent tenir compte de leurs besoins en matière d'encadrement résident au moment du recrutement. Quel est le bon profil alors ? L'encadrement est-il une fonction pour la communauté ou une expérience ayant valeur dans le parcours thérapeutique individuel d'un résident ? Plus globalement, est-ce qu'une CT marche mieux en réduisant l'hétérogénéité

de son public ? Ici la question de l'hétérogénéité du public se pose sur différents plans : celui de la différence des sexes (une CT doit elle être mixte ?), des âges (les plus jeunes ne se sentent pas toujours à l'aise), des produits (césure notamment entre l'alcool comme problème principal et les produits illicites), des motifs d'entrée (entrée « imposée » ou démarche de soin plus explicite du résident) et enfin des TSO (patients poursuivant un traitement de substitution / patients sevrés).

L'ORDRE COMMUNAUTAIRE

La CT : un ordre négocié

En apparence, une communauté est un espace sévèrement réglementé, avec des règles strictes que tous les membres de la communauté s'attachent à faire appliquer au nom de la survie du groupe (voir plus bas encadré Table des sanctions. Communauté de Grand Bois). Sur le terrain, tous les acteurs décrivent une situation plus souple. La communauté est une institution faible (vs institution totale au sens de Erving Goffman [13]) ou, pour le dire autrement, qui propose un ordre négocié. Le rapport à la règle ne régit pas l'intégralité de la vie dans la communauté. Les normes sont relativement discutées. La pression normative exercée par le groupe sur l'individu est tout aussi faible que celle exercée par les responsables sur le groupe. On peut quitter la communauté sans difficulté. On n'en est pas forcément exclu en cas de transgression. Les sanctions sont assez individualisées et parfois flottantes :

« Il y a des gens qui ont consommé une fois et qui sont débarqués, y a des gens qui ont eu plusieurs accros et qui sont passés au travers » (M. résident).

« On comprend pas bien le fonctionnement des règles d'ailleurs » (A. résident).

« Question : normalement lorsque quelqu'un consomme sur site, c'est exclusion ! Réponse : le cas s'est posé récemment et j'ai pris position, moi, en disant je refuse. Moi je suis d'avis que la personne reste sur le site. Je pense qu'il faut effectivement prendre en considération le contexte, qu'il ne faut pas la règle pour la règle. Pour moi le contexte, c'était on n'était pas cohésif du tout. On était dans la période creuse : pas de personnel, tout le monde court dans tous les sens, on arrive à rien faire et eux derrière, ils tournent en rond, ils en souffrent » (éducatrice).

Ainsi, le traitement des comportements déviants n'est pas enfermé dans une logique disciplinaire. D'autres considérations entrent en jeu : le soin (idée qu'une exclusion saperait le programme thérapeutique), le droit à l'erreur (principe d'une deuxième chance), le mérite (les progrès accomplis depuis l'arrivée par exemple), l'explication donnée par le résident (« il faut favoriser les échanges »), le contexte (des problèmes familiaux). L'exemple ci-après (encadré ci-après) montre que la

gestion des sanctions est toujours en tension entre la dimension disciplinaire qui appelle au respect du règlement et l'évolution de la personne dans sa démarche de soins.

Observation d'un conseil de discipline : respect du règlement et impératif thérapeutique (Avril 2009, Grand Bois).

A. est une jeune résidente qui a consommé des médicaments avec une autre résidente. Il y a beaucoup de doute sur A., notamment en ce qui concerne son jeune âge et sa motivation à suivre le programme. On se demande aussi si la CT n'est pas un meilleur dispositif pour des gens plus âgés. Elle désire sortir le week-end suivant, en particulier pour retrouver son ami. L'éducatrice rappelle que son ami la bat et fume du cannabis en permanence. La discussion s'engage entre le directeur, la psychologue, l'éducatrice et l'infirmière pour savoir si elle peut sortir ou s'il faut l'empêcher. Finalement, la sortie est autorisée. On convient que si « elle se charge la tête », ce sera un levier pour entrer dans un processus de discussion.

À la contrainte, les résidents mais aussi une part des professionnels préfèrent compter sur l'autocontrainte et le conseil amical : on ne dénonce pas systématiquement les comportements déviants. Ceux-ci sont même tout à fait acceptés par les professionnels et parés de certaines vertus éducatives : « *les résidents ont besoin d'être en confrontation avec la règle* ». Il y a là peut-être l'esquisse d'un modèle français de CT qui porte l'empreinte d'une certaine culture : méfiance envers le groupe, approche individuelle des problèmes (et de la santé), rapport à l'autorité, l'idée que les pairs sont avant tout des égaux et non des directeurs de conscience, la préférence pour une hiérarchie parfois pesante et nombreuse mais dénuée de pouvoir (exemple du coordinateur qui est un chef sans pouvoir, désigné à tour de rôle).

Du côté des résidents, les transgressions de toute nature sont nombreuses et assez fréquentes mais il y a un discours très orienté vers le respect strict de la règle. Les professionnels, eux, sont plutôt gênés à l'idée de ne pas avoir de marge de manœuvre ou une certaine latitude dans l'interprétation du règlement. Les groupes cadre, certains animateurs et certains éducateurs (les plus âgés) mettent plus fortement en avant cette nécessité de contextualiser l'application de la règle. Les éducateurs les plus jeunes compensent leur moindre expérience par un recours plus systématique à l'application littérale à la règle. Certains moniteurs et personnels de santé voient dans cette souplesse une faiblesse professionnelle : « *ce qui me désespère, c'est pas qu'ils soient en confrontation avec la règle, c'est que nous [les professionnels] on lâche* » (moniteur).

Du point de vue des résidents, le moment de l'ouverture des CT a été perçu comme une période d'anomie et d'injustice. Les CT n'avaient pas encore produit leur propre règlement, et tous ont eu le sentiment de devoir appliquer des principes généraux assez déconnectés de leur réalité. En fait, les résidents se montrent à la fois légitimistes et déviants : ils en appellent à plus de règle, ou plus exactement

à une observance plus stricte de la règle mais ont des conduites par ailleurs qui dévient souvent, notamment autour de la question de la consommation sur ou hors site. Une résidente juge l'application des règles trop aléatoire, il n'y a pas de renvoi systématique alors que le règlement est juste et utile : « *il faut apprendre à se lever pour bosser, manger aux heures des repas* ». Les sanctions ne sont pas données (par exemple à ceux qui rechutent), on oublie la règle (ceux qui dorment dans la journée, qui arrivent en retard aux activités). Certains ne méritent pas leur place dans la communauté. Pour L., résident, « *il faut savoir mettre des barrières* ». Il est pertinent par exemple de supprimer le portable car on peut « *appeler un collègue et se faire fournir* ». Un autre résident regrette de ne pas avoir dénoncé un résident qui a introduit du cannabis : « *si je parle, je vais être une balance, et ça je pouvais pas le faire* ». Les règles c'est normal. Les fouilles, les alcootests, les analyses d'urine, c'est normal. Ça permet de se responsabiliser. Les exclusions : « *ça m'a fait comprendre pas mal de trucs quand même* ».

Dans un premier temps, les équipes d'éducateurs – pourtant globalement méfiantes envers les principes généraux des CT – ont appliqué de manière zélée ces règles en pensant que le modèle communautaire passait nécessairement par ce type de rigueur. Les équipes « médicales » sont plus favorables à l'observance de règles strictes mais, en même temps, ces professionnels sont bien moins remis en cause par les principes communautaires que les éducateurs puisqu'ils conservent les cadres ordinaires de leur pratique, en particulier le colloque singulier et l'individualisation de la pratique. Quant aux résidents, ils ont eu le sentiment de ne pas avoir le droit de se plaindre, que le planning était très chargé et qu'ils n'avaient pas cinq minutes pour eux, « *ça donnait envie de partir* ».

En fait, les communautés ont été pragmatiques. Au départ, les différents acteurs ont essayé de créer des marges de manœuvre autour des protocoles et autour de la théorie CT : « *on a vite vu sur ces premiers mois d'activités que les gens et les professionnels avaient du mal à suivre ce protocole* » (cadre).

Règles et sentiment de justice

Au début, un sentiment général d'injustice plane : les résidents considèrent que les règles sont trop floues ou ne sont pas bien appliquées et les professionnels considèrent que certaines règles sont excessives (voir encadré Table des sanctions. Communauté de Grand Bois.).

Le sentiment d'injustice émerge aussi quand les règles sont trop molles ou quand les professionnels veulent faire du zèle. Quand l'information est parcellaire – ce qui est souvent le cas – les résidents ont le sentiment que certains sont mieux traités que d'autres. Par exemple, le principe de justice qu'est l'ancienneté n'est pas toujours respecté : des résidents récemment arrivés dans la CT ont davantage de droits que les anciens. Dans toute collectivité, les individus sont très attentifs à l'égalité de traitement. Les CT n'échappent pas à cela.

Lorsqu'une sanction « dure » a été prononcée, c'est-à-dire une exclusion temporaire, un éloignement de la structure, on fait comprendre au résident concerné que la sanction est surtout symbolique. Le pragmatisme thérapeutique qui veut que les usagers de drogues fassent des rechutes et que ces rechutes soient en quelque sorte « normales » vient tempérer l'observance des règles organisationnelles et surtout atténue la dimension morale de la sanction. Au fond, cela consiste à dire : vous avez commis une erreur de parcours qui n'est pas une faute. À partir de là, la place du fautif dans la communauté n'est pas remise en cause. Durant l'enquête, quelques résidents ont connu des mises à pied, des exclusions et ont pu reprendre leur place par la suite.

La sanction ne résulte pas d'un processus purement disciplinaire. C'est la raison pour laquelle règles et sanctions sont assez indépendantes les unes des autres. On peut d'une côté, croire en la nécessité d'une règle stricte, et de l'autre avoir une politique de sanctions beaucoup plus individualisées et contextualisées. Cette dissociation arrange les résidents déviants qui observent que même dans le processus de sanction, leur parole n'a pas perdu toute valeur, qu'ils peuvent s'expliquer. En revanche, elle interroge les autres qui peuvent considérer qu'il y a deux poids, deux mesures, qu'il y a des injustices.

On rechigne donc à renvoyer les résidents : les exclusions sont souvent temporaires (ce sont des mises à pied), le résident peut demander sa réadmission. Seuls les cas de danger ou de menace sur la communauté sont l'objet d'un traitement sans ambiguïté. Tout ce qui relève de la rechute et d'une manière général d'un accroc dans le processus thérapeutique est beaucoup plus toléré. Les professionnels les plus jeunes – autrement dit les moins expérimentés en matière d'addiction et donc les moins à même de relativiser – appellent à une application stricte de la sanction prévue.

Le groupe professionnel laisse par ailleurs peu de place aux résidents en matière d'ordre. Par exemple, au retour d'un week-end, un résident s'est avéré positif au THC. En réunion, les professionnels réfléchissent à une sanction adaptée. La règle est pourtant simple : consommation = exclusion. Cependant, le contexte de consommation est peu clair. Le résident vient s'expliquer. Il ne convainc qu'à moitié. Quelqu'un propose de faire décider le « staff résident ». Très vite, on écarte cette solution car on craint une trop grande sévérité du groupe. Finalement, l'exclusion n'est pas prononcée. Des informations complémentaires arrivent par la suite et montrent que le résident fautif a aussi quelques circonstances atténuantes qui n'ont pas été évoquées jusqu'ici. Tout le monde convient que si le groupe avait eu à juger, la décision aurait « très certainement » été injuste.

Durant la première année de fonctionnement, un certain nombre de documents de synthèse (par exemple le guide précisant le contenu des différents niveaux et les conditions de passage de l'un à l'autre) n'étaient pas rédigés. Ce qui a permis aux CT de concevoir un document très opérationnel tiré de l'expérience et de se

ménager des marges de manœuvre autant dans les rapports avec les résidents que l'appropriation de la CT par les professionnels. De ce point de vue, les CT se sont bâties sur le mode de l'« empirisme expérimental » [15].

Table des sanctions. Communauté de Grand Bois. Version Juin 2010.

Transgressions	Conséquences
Violence physique	Exclusion immédiate
Violence verbale	1. Avertissement (conseil de maison) et travail écrit 2. Exclusion temporaire (4 jours)
Menaces. Intimidation pression	Exclusion (avec lettre de réadmission)
Introduction et consommation de produits sur le site CT	Exclusion immédiate (avec lettre de réadmission)
Consommation de produits hors site de la CT	Si consommation annoncée : 1) 15 jours sur site + écrit à présenter lors du prochain groupe de parole 2) retour phase 1 + 15 jours sur site + écrit à présenter au prochain groupe bleu 3) exclusion définitive (avec lettre de réadmission) Si consommation non annoncée : 1) avertissement (conseil de maison) + écrit + 15 jours sur site 2) exclusion définitive (avec lettre de réadmission) En situation d'accompagnement phase 2 exclusion définitive avec lettre de réadmission
Vol	1) avertissement (conseil de maison) 2) exclusion temporaire 3) exclusion définitive (avec lettre de réadmission)
Consommation de tabac dans les locaux	1) rappel à la règle 2) avertissement 3) exclusion temporaire (4 jours) 4) exclusion définitive (avec lettre de réadmission)
Manquement à l'entretien des locaux	1) rappel à la règle 2) confrontation avec responsable hygiène + éducateur 3) assurer l'entretien des locaux seul au prochain tour de son équipe 4) avertissement (conseil de maison) 5) exclusion temporaire
Absence aux temps obligatoire de la vie communautaire (retard > 15 mn = absence)	Le résident ne sera plus admis au groupe ou à l'atelier et sera reçu par la direction 1) écrit à remettre à la fin du temps + avertissement 2) exclusion temporaire (4 jours) 3) exclusion définitive
Retard aux temps obligatoires de la vie communautaire (entre 5 et 15 minutes en cas d'horaire posé)	1) rappel à la règle pour résident de <1 mois Résident >1 mois 1) avertissement 2) pas de sortie week-end 3) exclusion temporaire (4 jours) 4) exclusion définitive avec lettre de réadmission

	<ol style="list-style-type: none"> 1) rappel à la règle par éducateur 2) avertissement (conseil de maison) 3) retour temporaire en phase 1 + travail écrit
Retrait d'argent non autorisé et/ou possession d'argent, de CB, de chéquier sur le site CT	<p>Si compte inexact après une sortie</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) rappel à la règle éducateur 2) confrontation éducateur 3) pas de sortie course (renouvelable) <p>* si la personne ne retire pas d'argent le jour de ses courses, elle devra attendre la semaine suivante</p>
Utilisation abusive du téléphone	Un coup de téléphone en moins par transgression
Détérioration des biens de la CT et des résidents	« qui casse paye » + réparation faite par le résident + travail écrit
Stockage et consommation de denrées périssables dans les chambres.	<ol style="list-style-type: none"> 1) rappel à la règle 2) pas de courses pendant une semaine (sauf tabac acheté par éducateur)
Manquement à l'obligation médicale (refus de prise du traitement)	<ol style="list-style-type: none"> 1) rappel à la règle (infirmière) 2) avertissement (conseil de maison) 3) exclusion temporaire (4 jours) 4) exclusion définitive (avec lettre de réadmission)
Détournement des traitements	<ol style="list-style-type: none"> 1) exclusion temporaire (4 jours) 2) exclusion définitive (avec lettre de réadmission)
Manque de respect du sommeil des autres	<ol style="list-style-type: none"> 1) rappel des règles 2) confrontation
Non retour à la date prévue après un séjour	<ol style="list-style-type: none"> 1) avertissement (conseil de maison) 2) délai de deux mois avant prochain séjour de 5 jours 3) exclusion (lettre de réadmission)
Prêts, échange, revente	<ol style="list-style-type: none"> 1) rappel à la règle + confrontation avec éducateur 2) avertissement (conseil de maison) 3) exclusion temporaire (4 jours)
Possession de portable sur site (ordi, téléphone)	<ol style="list-style-type: none"> 1) rappel à la règle (éducateur) 2) tel interdit 15 jours 3) avertissement (conseil de maison) 4) exclusion temporaire (quatre jours)
Refus de tests	<ol style="list-style-type: none"> 1) exclusion temporaire (Quatre jours) 2) exclusion définitive (avec lettre de réadmission)
Achat de jeux en sortie	<ol style="list-style-type: none"> 1) rappel à la règle (éducateur) 2) pas de sortie 1 semaine (renouvelable)
Pari et jeux à enjeux (cigarettes, tour de vaisselle, ...),	<ol style="list-style-type: none"> 1) rappel à la règle (éducateur) 2) travail écrit 3) avertissement (conseil de maison) 4) exclusion temporaire

Dérives sectaires

Comment les CT ont-elles mis en place les mesures de prévention des dérives autoritaires, du prosélytisme religieux ou sectaire et d'exploitation économique?

Le risque de dérive paraît – au jour d'aujourd'hui – très peu probable. Les communautés évaluées sont assez hybrides sur tous les plans. Elles combinent plusieurs types d'acteurs portant des cultures professionnelles différentes. Les processus de division du travail et des tâches font que les acteurs doivent conjuguer leurs approches et se trouvent – de facto – dans l'incapacité de prendre le pouvoir sur l'ensemble de l'organisation. Il n'y a pas de philosophie thérapeutique dominante : les résidents pratiquent des soins individuels et collectifs, se soignent par les traitements et la parole, la question de la « nature » de la dépendance aux drogues n'est pas un enjeu. Les sous-groupes des travailleurs sociaux, des professionnels de santé, des animateurs/moniteurs s'équilibrent. L'enquête n'a recensé ni acte de prosélytisme religieux (de l'institution, ou des résidents) ni même une ferveur spirituelle très intense chez les acteurs des CT. Les CT sont soumises à un règlement de droit commun qui comporte des contrôles et des garde-fous. Les CT sont portées par des organismes connus et reconnus qui ont développé une expérience dans le champ sanitaire et social et dans le champ des drogues. Les résidents peuvent rompre le contrat quand bon leur semble. Le groupe « informel » des résidents est un instrument de protection des résidents contre l'institution et contre les dérives mêmes du groupe. De plus, comme il a été vu, l'ordre collectif est un ordre négocié. Les communautés évaluées sont des institutions faibles (vs totales). Le rapport à la règle qui se développe aussi bien du côté des professionnels que de celui des résidents montre que les règles en vigueur ne peuvent conduire à des formes autoritaires. Les craintes portent moins sur l'organisation que sur la prise de pouvoir potentielle de certains résidents sur le groupe (phénomène de caïdat en usage dans certains quartiers ou en milieu pénitentiaire). En l'état, les risques de dérives sectaires ne sont pas plus élevés dans les communautés expérimentales que dans n'importe quel organisme socio-sanitaire.

II. Résidents : attentes, expérience de la vie communautaire et changements observés

QUELLES SONT LES ATTENTES DES RÉSIDENTS EN ENTRANT DANS LA COMMUNAUTÉ?

Les attentes exprimées à l'entrée sont assez nombreuses et générales car elles résultent d'une combinaison entre les problèmes que rencontrent à un moment donné les résidents (ce qui résulte de leur trajectoire antérieure) et ce que semble offrir la communauté. Or les problèmes personnels sont hétérogènes et la connaissance concrète des apports potentiels de la communauté thérapeutique est vague. Globalement, on trouve des attentes similaires à celles que les usagers de drogues expriment lorsqu'ils entrent dans un nouveau programme ou dispositif de soins. Elles sont peu spécifiques aux CT qui sont encore assez méconnues dans leur principe. Si dans un premier temps, les résidents ont tendance à justifier leur demande de prise en charge en adhérant aux projets qu'ils pensent être ceux des communautés, leurs attentes évoluent au fil du temps, s'autonomisent et se précisent. A minima, la plupart des résidents disent leur désir d'arrêter les produits. C'est semble-t-il le « mot de passe » obligatoire pour toute prise en charge thérapeutique dans le champ des addictions.

Initialement, des attentes structurées par la trajectoire d'utilisateur et l'expérience de vie antérieure

La communauté représente une nouvelle expérience de prise en charge, un moment ou une nouvelle étape dans un parcours de soins déjà long où se succèdent des expériences et des dispositifs de différente nature et visant des objectifs parfois hétérogènes. Pour les plus anciens usagers en soins ou en relation avec des dispositifs les attentes relèvent d'une forme de découverte, de nouveauté. Ces usagers rappellent leur parcours antérieur, les différents centres qu'ils ont

connus, éventuellement les différentes méthodes thérapeutiques auxquelles ils ont été soumis, et espèrent que les CT vont leur apporter quelque chose, ou bien réussir là où les autres dispositifs ont, semble-t-il, échoué. Ces résidents ont entamé un véritable « voyage » thérapeutique où entre types de structures, organismes, villes et régions, ils sont capables de discuter des avantages et des inconvénients des uns et des autres. Les usagers attendent alors de la communauté qu'elle réussisse là où les autres ont échoué, qu'elles prolongent un travail amorcé dans une autre structure. Il s'agit d'inscrire l'expérience communautaire dans un parcours thérapeutique et de réinsertion sociale. Pour ce type d'usagers les plus anciens et les plus expérimentés en matière de prise en charge, l'attente reportée sur la CT est donc à la fois forte et vaste.

D'autres usagers veulent introduire une rupture dans leur trajectoire de vie, en particulier sortir de la rue et de la galère. Certains résidents sont clairement en butte à une problématique de logement et connaissent des problèmes sociaux sévères. L'attente formulée envers les communautés n'est pas spécifique et traduit un besoin d'aide adressé aux institutions en général. Accéder aux soins en matière d'addiction permet la sortie de la rue et parfois de plusieurs années de galère. L'offre communautaire compense alors un déficit d'action sociale pour ce type de « public » très fortement précaire.

L'expérience communautaire est aussi vue comme l'occasion et le moment de rompre avec les drogues. Un moyen de rompre avec un processus d'usure physique et morale : *« ras le bol, déchéance complète, je voyais que j'allais de plus en plus loin. Je me disais soit je me suicide, soit je vais faire une grosse connerie et je vais me retrouver en prison pour pas mal d'années... mais je ne voulais pas, je me vois vieillir, j'ai 43 ans. Je me disais : si tu ne réagis pas maintenant, c'est fini »* (G. résident).

Les usagers de drogue sont ici plutôt demandeurs de soins. L'usure occasionnée par la vie toxicomane, les charges mentales induites par les traitements, les tensions psychologiques inhérentes au mode de vie toxicomane et les atteintes corporelles entraînent une très forte pression sur l'individu. Les usagers cherchent un havre où souffler. Le sentiment d'usure constitue généralement chez eux un motif de premier plan pour entrer dans les soins. La perspective de la communauté répond à ce besoin d'un moment de recul ou de répit pour « se refaire une santé » ou désamorcer des charges mentales devenues insupportables. La communauté propose à la fois un dispositif de rupture somme toute assez classique dans le champ des drogues, une longue période de prise en charge, une prise en charge globale, une perspective d'en finir avec les produits et les traitements. Ces éléments existent par ailleurs dans le dispositif de prise en charge mais souvent de manière éclatée. On a donc souvent des attentes qui mettent en avant des « troubles complexes » articulant problèmes sociaux, problèmes de santé mentale et problèmes d'addiction et pour lesquels les offres institutionnelles sont faibles ou très cloisonnées entre médical et social.

Pour d'autres résidents, les attentes sont secondaires par rapport à leur situation d'urgence. Certains résidents (surtout dans les premiers temps du fonctionnement des CT) se sont tournés vers la CT car ils n'ont pas trouvé de places ailleurs, dans d'autres types de structures. Le manque de place dans des postcures par exemple, ou encore les délais d'attente très longs, le besoin rapide d'un hébergement pour ne pas mettre en jeu un traitement ont alimenté la cohorte des demandes déposées auprès des CT. Nombre de professionnels du champ donnent des adresses de structures aux usagers. Certains résidents ont intégré la CT car elle a été la première ou la seule structure à répondre. Le résident K. est dans cette situation : après une longue période de prise de produits, une alternance entre consommation et abstinence, une période de précarité professionnelle et de rupture conjugale, K. a eu « un petit sursaut d'énergie et [a été] voir des gens pour leur demander de l'aide ». La demande qu'il formule à l'éducatrice du centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues (CAARUD) qu'il fréquente est centrée sur un « hébergement » (il est à la rue) et un « centre de soins protégé », c'est-à-dire « éloigné de la région où [il] connaît trop de monde ». L'éducatrice lui a donné plusieurs adresses. La CT est la seule à avoir répondu favorablement. Toutes les autres structures n'avaient plus de place et donc des délais d'attente très importants.

Avec le temps et la plus grande publicisation des CT, le phénomène de file d'attente touche aussi les CT dont les références ont intégré les carnets d'adresses des intervenants. En même temps, les communautés ont fait un gros effort de diffusion d'informations auprès de leurs partenaires pour présenter la spécificité de leur dispositif thérapeutique. Ce qui peut aller dans le sens d'une plus grande cohérence entre les attentes des résidents et la communauté.

Dans la phase initiale de lancement des CT, des usagers sont envoyés vers la CT parce qu'elles proposent des « places » au même titre que d'autres structures. Avec le temps, les personnels assurant les orientations ont affiné leur démarche, ont été en mesure de faire une information en amont plus fine et de proposer la CT pour ses spécificités propres et non plus comme une « postcure longue » ou un foyer d'hébergement thérapeutique. Par rapport aux premiers résidents interrogés en 2008, ceux de 2010 ont une meilleure connaissance des objectifs et des principes généraux de fonctionnement d'une CT. Une des deux communautés a mis en place une plateforme d'orientation pour répartir les demandes qui lui sont adressées vers une CT, une postcure et des appartements relais thérapeutiques. L'autre CT a diffusé de l'information et des plaquettes à ses relais en amont. Pour autant, la spécificité de la CT reste assez méconnue à l'entrée : par exemple, comment fonctionne et quel rôle joue le groupe de pairs. Le fonctionnement est souvent imaginé à partir de ce qui est connu, c'est-à-dire principalement les postcures qui proposent aussi un règlement, un contrat, des restrictions... L'apprentissage de la spécificité de la CT se fera lors de la phase 1 d'admission.

Par ailleurs, pour d'autres résidents, les attentes sont faibles car ils se trouvent en situation contrainte : attente d'un jugement, injonction thérapeutique, pas de logement... Dans cette situation, les attentes formulées par les résidents consistent avant tout à épouser ce qu'ils pensent être les objectifs généraux de l'institution. Autrement dit, ils donnent des gages et montrent qu'ils jouent le jeu. Pour la résidente A, les attentes sont minimales, peu dirigées vers les soins en toxicomanie, l'entrée dans la CT est une « occasion » pour arrêter le crack au même titre que la prison où elle est bien contrainte de stopper sa consommation. Les projets sont flous : elle veut s'occuper de son fils « correctement » mais ne sait pas trop où habiter par la suite.

De même, les attentes sont assez faibles chez les résidents qui ont comme problème central et unique l'alcool. Au fond, ils souhaitent surtout qu'on ne les ennuie pas trop et qu'on ne les confonde pas avec les autres (les vrais « toxicomanes »).

Globalement, au moment de leur intégration dans la communauté, les attentes de l'ensemble des résidents accueillis sont formulées de manière assez générale, voire assez floues. Dans les entretiens, les résidents glissent d'un domaine à un autre. Les priorités affichées sont mouvantes : on passe par le désir d'un « projet de réinsertion », puis la volonté de se « renforcer psychologiquement » avant d'évoquer « un projet de fin de méthadone » pour finalement dire que « les benzo et l'alcool sont « le » très gros problème ». Beaucoup de domaines viennent se télescoper à ce moment là. Les résidents voudraient tout :

« Je veux pas vivre avec ça toute ma vie » ; « être autonome » ; « être bien quoi » ; « mon objectif à plus ou moins long terme, c'était retravailler, redevenir autonome, avoir un appart, reprendre une vie normale, avoir une amie » ; « manger normalement et pas un sandwich » ; « refaire mon CV » ...

Ce qui dénote que les communautés sont à la fois peu connues et donc surinvesties de nombreuses attentes. La seule caractéristique bien comprise par tous les résidents dans les deux CT est que la communauté est le dispositif qui offre une prise en charge longue. C'est la durée qui fait la spécificité des CT par rapport à l'ensemble des dispositifs. C'est pourquoi, les résidents interrogés mettent en avant l'idée de répit et laissent transparaître les vertus protectrices de la communauté. Il y a répit car ils ne sont plus obligés de courir après des places. Il y a répit parce qu'il leur semble que ce temps est nécessaire pour faire les choses, « aller au fond des choses ».

Individualisation et affinement des attentes pendant le séjour

Il faut rompre avec l'image d'un résident qui élabore seul ou avec le soutien de professionnel un « projet » qui résulte à la fois d'un mouvement réflexif sur soi et d'une tentative de dépassement de sa situation actuelle. Les attentes sont contingentes, molles, elles évoluent au fur et à mesure du temps et en fonction de la carrière des résidents dans la communauté.

La vie dans la communauté répond à un cycle qui ne correspond pas forcément aux rythmes proposés par les phases. Il existe une phase d'intégration qui peut être plus ou moins longue en fonction du vécu antérieur du résident. Sans doute, le fait de sortir de la rue impose au nouveau résident un effort intense pour surmonter un sentiment de promiscuité, le fait d'être en relation permanente avec autrui. Parmi les plus âgés également, ceux qui ont développé une certaine autonomie dans leur vie personnelle antérieure (être parent, avoir travaillé, avoir géré son logement...) se voient imposer par la CT d'y renoncer. Elle est vécue (difficilement) comme une forme de retour en arrière à travers la perte de la mobilité, la perte d'une certaine autonomie. Cette première phase comprend elle-même une période initiale de stress intense. D'ailleurs, beaucoup de résidents arrivent sur site en ayant consommé afin de neutraliser l'angoisse liée au lieu nouveau, à l'inconnu des autres et à la manière dont la vie collective va se dérouler. Les attentes des résidents envers leur projet de soin ou leur désir de réinsertion sont alors reléguées à un niveau secondaire. Dans cette période d'intégration, chacun cherche plutôt à voir comment le centre fonctionne, à se rassurer et à maintenir ouverte la possibilité de départ. L'idée de pouvoir partir rassure. Dans cette période, deux points paraissent importants : l'éducateur référent et les compagnons de chambre. Au fond, c'est la capacité de ces deux acteurs à rassurer et à encourager le nouvel arrivant qui le fait tenir et qui lui permet de passer le cap de la première frustration, de la première contrainte sérieuse ou du premier conflit. On peut dire que cette première période d'intégration se termine lorsque le projet du résident revient sur le devant de la scène et qu'il n'est plus préoccupé centralement par les modalités pratiques de son intégration (phase « où on se dit : est-ce qu'on est vraiment fait pour ici ».). Elle peut donc être relativement courte. Ou bien excéder le temps « officiel » du premier niveau d'intégration.

Les attentes des résidents envers la communauté doivent être aussi évaluées à l'aune de la carrière à l'intérieur même de la structure. Certains ont clairement envie de « jouer le jeu », s'engager dans les activités et les soins, d'autres se contenteront de donner le change et de « jouer un jeu ».

Il ressort des entretiens plusieurs clivages qui introduisent une différenciation dans l'approche des CT :

- en fonction du caractère contraint ou désiré de l'expérience communautaire, qui a des implications en termes d'enthousiasme et de désir de participation.
- en fonction du produit (alcool seul / addiction comprenant éventuellement un alcoolo-dépendance) qui fait qu'on se considère à sa place ou que l'on n'a rien à faire avec les « vrais toxicos ».
- en fonction du niveau culturel et cognitif du résident : les plus autonomes étant en mesure de mettre de la distance dans leur engagement.

À l'entrée, il y a un effet de halo autour des attentes du fait qu'elles sont encore assez générales, que beaucoup de toiles de fond se superposent (« se reposer », « se refaire une santé », « arrêter les drogues », « ne plus rien prendre du tout »,

« se comprendre », « renouer avec les enfants », « trouver un logement », « changer d'orientation professionnelle ») et que les résidents font un effort pour coller à ce qu'ils pensent que l'institution attend d'eux. Progressivement, ce qu'ils espèrent de leur parcours en CT devient sans doute plus simple et plus précis. Au cours de leur séjour, les résidents prennent confiance et ne se sentent plus obligés de donner les gages multiples de leur désir de rédemption. Ils visent des choses plus simples et plus concrètes : faire une formation, habiter dans la région, arrêter leur TSO... Bref, ils affinent leur projet. Sur ce point, l'offre de l'institution est centrale car chaque communauté propose des pistes et des parcours réduits pour poursuivre leur trajectoire. Dans une communauté, on mettra l'accent sur une offre d'insertion professionnelle avec comme arrière plan des possibilités de logement ; dans l'autre, les résidents retiennent surtout les possibilités d'hébergement après le temps communautaire. Au fil du temps, les résidents ne se positionnent donc plus par rapport à des envies générales, mais par rapport aux offres plus ou moins explicites formulées par la communauté ou par les associations dont elles dépendent. Les uns se verraient bien « rester dans la région » avec pour projet d'intégrer un appartement de l'association, les autres ne veulent pas intégrer les chantiers d'insertion, un autre voudra se lancer dans une formation « CAP environnement » après avoir découvert l'atelier « espaces verts » de la communauté... Les différentes opportunités proposées par la CT servent de balise, de projet, de contre projet... Durant leur expérience communautaire, les résidents sont exposés à de nouvelles références, de nouvelles opportunités et à des possibilités d'indentification inédites. Les projets et les attentes sont reformatés en fonction de ces nouveautés. La communauté produit donc des effets d'aubaine qui redéfinissent les projets des résidents.

Le rapport durable à la communauté se définit aussi dans la manière de gérer ces offres. On peut tenir dans la communauté parce qu'on se cale sur les offres internes ; on peut lâcher la communauté si on pense qu'elle se réduit à ces offres. De nombreux résidents critiques dénigrent leurs collègues qui ne pensent qu'à avoir leur petit appartement, intégrer les chantiers d'insertion...

Les projets et les attentes peuvent évoluer au cours du séjour pour d'autres raisons, notamment la mise en couple. La stratégie personnelle est revue au profit d'un projet de couple. Il semble alors que la question de l'insertion professionnelle prend alors une plus grande importance.

Une fois dans la communauté, la perception du temps se modifie également : les résidents évaluent mal le temps qu'ils vont rester dans la CT. Il n'y a plus seulement les projets généraux qui motivent l'entrée mais aussi les contraintes quotidiennes et les effets du temps long qui interfèrent avec l'idée selon laquelle le résident dispose de temps. Certains ont un échéancier précis, ils partiront lorsque le traitement sera terminé, lorsqu'ils auront une formation ou lorsque la peine qui pèse sur eux sera suspendue. D'autres pensent que deux ans ce n'est rien quand on a vingt ans d'usage de drogues derrière soi et nulle part où aller.

LES RÉSIDENTS ET LE GROUPE DE PAIRS

La spécificité de la communauté thérapeutique réside principalement dans la place et le rôle que l'on fait jouer au groupe de résidents et dans les vertus disciplinaires et thérapeutiques du groupe. Il convient de se demander alors si le groupe devient tyrannique et annihile toute individualité, si le groupe est le seul moyen d'intégration à la communauté et enfin comment les résidents construisent le groupe et quelle mission ils lui attribuent.

Le besoin d'échapper au groupe

Au cours des entretiens, les résidents évoquent les efforts qu'ils doivent fournir pour vivre en collectivité et pour intégrer le groupe, la nécessité de se défendre contre l'emprise du groupe. De ce point de vue, on peut considérer que les résidents sont les premiers acteurs de prévention de dérive autoritaire. Ils cherchent en permanence à échapper au groupe. Nombre de résidents dénoncent les incivilités, la promiscuité. Le bruit, les portes qui claquent, la « musique à fond », la saleté des « toilettes salies par les hommes »... Comment maintenir une certaine distance aux autres ? Comment s'isoler, s'extraire du groupe ?

Il y a une méfiance diffuse envers la forme institutionnelle chez la plupart des résidents qui ont vécu dans la rue, ont été en conflit avec les institutions, connu les foyers, les prisons... Ils ont, par ailleurs, le sentiment de s'être débrouillés seuls depuis longtemps et ont du mal à accepter la tutelle permanente des professionnels et de l'organisation : « *je suis parti de chez moi, j'avais 18 ans et je me suis toujours démerdé plus ou moins seul. C'est pour ça, me retrouver en structure, ça me pèse, ça n'a jamais été mon truc. Moi, ça me saoule vite* » (N. résident). Aussi, bien souvent, l'enjeu pour les résidents est de se ménager une marge, un quant-à soi, autrement dit d'échapper au groupe. Le sentiment diffus d'ennui dans les communautés résulte précisément de ce besoin de s'extraire du groupe, de ne pas vouloir y être totalement soumis tout en ayant peu de ressources personnelles pour animer ce quant-à-soi et concurrencer l'emprise institutionnelle. Par exemple, rares sont les résidents qui ont un hobby. Quelques uns lisent mais il semble que peu d'entre eux peuvent se ménager un monde personnel. Ce qui donne une impression de pesanteur. Les résidents donnent le sentiment de tourner en rond, de fumer cigarettes sur cigarettes ou d'avoir des accrochages sur des choses bénignes : le refus de dépanner quelqu'un en tabac, un bonjour matinal qui vient trop tard ou encore se faire doubler dans la file d'attente pour le téléphone...

La vie au jour le jour est structurée par les nécessités organisationnelles et le rythme de travail des professionnels : les repas, les ateliers et les activités de soin, la préparation des sorties, le temps libre du soir ou du week-end. Les résidents ont peu d'emprise sur le rythme de la journée (voir les plannings). Il y a beaucoup de discussions et de négociations autour des sorties,

des permissions, des week-ends, des jours fériés, des ponts... « *Sortir, sortir, sortir !!* » L'obsession d'échapper à la collectivité est quand même très souvent palpable.

Une autre manière de se construire un espace personnel dans la communauté consiste à vivre une romance. La mixité des CT est de ce point de vue très importante. Nombreux sont les résidents qui évoquent leur désir ou leur souhait de nouer des relations de couple avec des résidentes. Ce sujet est un peu tabou dans les CT. Quelques couples se sont formés. Les filles ont un impact sur l'ambiance : le groupe semble moins oppressant, violent, dangereux. Les questions de sexualité restent discrètes. Peu de monde en parle. On fait comme si cela ne posait pas de problème. Les couples n'ont pas vraiment d'existence officielle avant la fin des activités. Chez la plupart des résidents, on sent bien le désir de créer des relations fortes pour concurrencer le groupe ou pour s'en extraire.

Le groupe est perçu de manière ambivalente. Il est à la fois source de protection et menace. Source de chaleur et regard insupportable. En général, les résidents mettent l'accent sur les côtés positifs du groupe dans les activités formelles de la CT. Autrement dit, si chacun joue son rôle, tout le monde en profite. Dans les temps libres, les moments de la journée non monopolisés par l'institution, le rôle du groupe est plus ambigu. D'un côté, il menace trop l'espace personnel, il est une gêne. Beaucoup de résidents aiment à se retirer dans leur chambre à ce moment-là. De l'autre, il est une aide (par exemple un résident qui dessine pour rendre service à un autre résident qui écrit à ses enfants). D'un côté, il est fatigant d'être en permanence transparent aux yeux du groupe (et des professionnels). De l'autre, il est bon de sentir la chaleur communautaire.

Enfin, le problème du groupe est qu'il peut légitimement imposer ses volontés aux individus. « Le problème de la vie en groupe, c'est quand on est minoritaire ! » Le choix des programmes de télévision est un exemple type où se pose la question des rapports entre les individus et le groupe.

Les pairs et les activités comme vecteur d'engagement dans la communauté

Intégrer et rester dans une CT ne va pas de soi. On peut donc se demander ce qui fait tenir les résidents et ce qui motive leur engagement dans la durée. Plusieurs hypothèses peuvent être avancées :

- **L'exhaustivité et la rigidité du règlement.** C'est l'idée selon laquelle le résident est tenu par les règles. Plus l'observance serait grande, plus l'intégration serait durable. Dans le cas des CT de Grand Fleuve et Grand Bois, les règles furent longtemps floues et tellement remaniées par les professionnels dans les premiers temps de fonctionnement, qu'on ne pourrait expliquer les raisons qui ont conduit certains résidents de cette époque à rester longtemps dans la structure. D'une

manière générale, c'est plutôt la capacité à négocier ou –au besoin- à détourner les règles qui explique un niveau d'intégration dans les organisations. Sans doute, aucun résident n'a respecté à la lettre les règles de la communauté. Les écarts ont été –et sont –nombreux : vols, consommations sur site ou pendant les sorties, retards dans les retours de permission, ... Pour autant, les résidents jugent les règles utiles et sont généralement favorables à ce qu'on les applique avec sévérité. Les règles sont perçues comme nécessaires (au nom du principe selon lequel « on ne fait pas ce qu'on veut dans la vie ») et justes. Mais elles sont légitimes uniquement dans l'enceinte de la communauté. Elles sont rejetées – car trop infantilisantes ou en décalage avec la vie normale- quand elles sont mises en œuvre publiquement à l'extérieur à l'occasion d'une sortie en groupe. Le (petit) groupe en sortie ne veut pas être stigmatisé par la supervision trop voyante d'un éducateur.

- **L'action des pairs.** C'est l'idée que les pairs favorisent l'intégration dans la communauté et entretiennent l'adhésion au projet. Les pairs jouent effectivement un rôle fort. De nombreux entretiens font état de moments de découragement chez les résidents. L'isolement, la lassitude, les proches qui manquent, les problèmes de santé, les envies persistantes de consommation... Les raisons qui peuvent éteindre l'engagement dans le programme ne manquent pas. Ce n'est pas tant « le » groupe dans son ensemble qui intervient mais des relations interpersonnelles qui se sont nouées au sein de ce groupe. Sous le groupe, il y a le réseau. Un résident qui serait isolé sans soutien de la part d'un ou plusieurs pairs, est voué à se démotiver. Il faut trouver des alliés, des confidents parmi les résidents mais aussi parmi les salariés.

- **La qualité du projet des résidents.** C'est l'idée que le résident a construit un projet fort et qu'il est porté par sa propre force de conviction. On l'a vu plus haut, les projets sont rarement « forts », c'est-à-dire structurés et personnalisés lorsque les résidents entrent dans la communauté.

- **Les activités.** C'est l'idée que l'engagement dans la communauté passe d'abord par l'intérêt et l'investissement dans les activités (quelles soient de soins, occupationnelles ou à visée préprofessionnelle). Ces activités produisent un rythme de vie qui porte le résident au fil des semaines. Il semble que les résidents les plus démotivés ou les moins engagés dans le projet CT sont par ailleurs les moins tenus par le rythme de vie et ceux qui n'ont pas trouvé une forte satisfaction dans une ou plusieurs activités. Qu'à partir du moment où l'ennui s'installe, l'engagement faiblit. Les activités jouent un rôle important : c'est là que les résidents passent le plus de temps (5 heures de travail effectif par jour dans les ateliers techniques dans une CT; plus de 15 h par semaine en soins et animation dans une autre CT). Ce sont des lieux « riches » : lieux d'échange, de parole, de mise en place de relations « normales », d'apprentissage, de défoulement... Elles constituent en fait le cœur de l'offre des CT. Les activités sont centrales même si au début, elles peuvent paraître sans objet ou au détriment des soins. Elles structurent peu à peu le rapport à la CT. Leur manque provoque l'ennui (le dimanche !). Elles deviennent sup-

port des principes de jugement entre résidents. L'échelle de mérite est souvent adossée à l'investissement dans les activités et dans le travail. Il y a ceux qui ne méritent pas de rester, qu'il faut « virer », qui ne méritent pas cet endroit, qui sont fainéants, qui ne cherchent qu'à dormir, ou à tirer au flanc. Les résidents se jugent à travers leur mérite, leur effort et leur capacité au travail.

Les visages multiples du groupe

Les CT produisent une situation artificielle. Elles font émerger un groupe qui n'existe pas en dehors de ses murs. Qu'est ce que ce groupe ? Des individus hétérogènes, reliés les uns aux autres par les circonstances et par la nécessité de la division des tâches ? Quelles sont les caractéristiques de ce groupe ? Les résidents oscillent entre une représentation d'un groupe fragile (et en danger) et celle d'un groupe violent (qui est un danger). Le groupe est vu de manière ambivalente : menaçant et aidant.

Le groupe est, dans les faits, fragile. On peut observer cette faiblesse dans sa relation avec les nouveaux arrivants : les processus d'intégration sont assez peu développés et ritualisés : « *on leur explique comment ça fonctionne : tu vas voir, ça va être comme ci, comme ça, après c'est à eux de se faire leur idée* » (R. résident). Les nouveaux venus ne sont pas intronisés, ils entrent sur la pointe des pieds, par la petite porte. Le groupe paraît assez évanescent, il n'a pas de permanence et ne produit pas de liens très durables : peu de résidents semblent conserver des liens avec des résidents une fois sortis. Le groupe est substantiellement fragile et dépend surtout des individualités qui le composent. C'est ainsi qu'il (sur)réagit au moindre changement, par exemple avec l'arrivée de nouveaux résidents qui le déséquilibrent et amènent certains à partir. Les résidents parlent d'ailleurs souvent du groupe comme une espèce en danger, fragile au moindre événement, par exemple si un résident achète de la bière ou du cannabis. La notion de « mise en danger du groupe » est d'ailleurs un concept littéralement repris des professionnels, des groupes de parole.

À l'opposé de cette première représentation, le groupe est aussi décrit à travers sa potentielle violence. On ne veut pas jouer les « balances », c'est-à-dire éventer les secrets du groupe. Une résidente évoque les « traîtres », ceux qui divulguent aux éducateurs des choses dites au sein du groupe et qui n'appartiendraient qu'à lui. Dans ces circonstances, le groupe peut se liguier contre un individu et serait capable d'opérer une pression sur un résident qui ne voudrait pas dire qu'il est responsable de l'importation de produit sur le site. Il faudrait « *montrer qu'on a la haine sur lui* ». Le groupe peut faire peur et opérer une pression morale. Par exemple, F., mis à pied après avoir consommé, craint fortement la réaction du groupe au moment de retourner dans la CT : « *est ce que le groupe va m'accepter ?* ». Dans un premier temps, le groupe s'est montré très froid à son égard mais peu à peu le déviant a repris sa place. Les choses s'oublient vite mais on reste sur ses gardes. La notion de « mise en danger du groupe » revient souvent. Elle

consiste non seulement à faire entrer du produit dans la communauté mais aussi à en proposer aux membres. Un résident dénommé S. a ramené du cannabis et en a proposé à tout le monde. Il n'a pas été renvoyé mais est parti de lui-même, anticipant le rejet du groupe. Un professionnel dira en entretien : « *il a senti que les types... ça n'allait pas passer...* ». Le groupe serait en mesure d'édicter les verdicts.

Enfin, le groupe est potentiellement violent car il est source d'incertitude, notamment en ce qui concerne le comportement des autres résidents. On ne sait s'ils diront avoir trouvé des bières ou s'ils vont garder ça pour eux, en parler uniquement aux responsables. Parfois, il y a des conflits ouverts assez vifs entre résidents mais tout cela relève de « l'embrouille » classique et du différend interpersonnel. Si les résidents évoquent cette dimension violente, le groupe ne peut néanmoins proposer qu'une contrainte légère. Il est très facile d'échapper à la surveillance et à l'emprise du groupe. Même si le groupe « sait » des choses, cela ne se traduit pas forcément en actes : imposer au déviant (un résident qui aurait consommé par exemple) de corriger son comportement, le dénoncer aux professionnels. Tous les résidents considèrent que chacun doit gérer ses problèmes avant tout. Ce qui est une attitude plutôt logique à partir du moment où les (petits ou grands) accrocs au règlement sont assez généralisés.

Le groupe est aussi vécu comme quelque chose de chaleureux. Une réelle solidarité est à l'œuvre entre résidents, dans l'étroitesse des relations interpersonnelles, les moments de la vie collective, les moments informels, les discussions en petit groupe, en tête-à-tête. Beaucoup de résidents évoquent les moments où ils se réconfortent, se soutiennent, s'encouragent à tenir dans la durée ou à ne pas répondre à une provocation. Les motivations sont de divers ordres : penser aux enfants qui attendent et qui seront fiers, éviter une sanction et une exclusion alors que l'on a consenti des efforts, ne pas tout saccager... Le soutien porte un peu sur les envies de consommation et surtout sur les moments de blues, ceux où les uns et les autres évoquent des événements de vie difficiles ou des manques affectifs. Il se crée ainsi entre résidents un espace de respect de la parole. Beaucoup ont des enfants et partagent des expériences communes. Le groupe est un espace de « care » où la parole a une valeur, autrement dit un espace thérapeutique en soi.

Ces relations horizontales, d'égaux à égaux, où une compréhension de l'expérience de l'autre est possible, sont très appréciées des résidents. Elles le sont d'autant plus que lorsqu'on observe leur trajectoire antérieure, ils ont eu rarement l'occasion de bénéficier d'un tel espace. Ils y tiennent. On peut penser que c'est un facteur d'adhésion à la communauté dans le temps. Enfin, il est marquant de constater que ce type de groupe (proposant des liens horizontaux, basé sur une logique élective et sur le partage d'expériences communes) est une sorte d'idéal relationnel dans le monde de la consommation de drogues. La communauté réalise cet idéal relationnel que le monde de la drogue ne parvient jamais à atteindre tant le produit pervertit et hypothèque les relations de confiance. Cette solidarité

informelle fonctionne d'autant mieux que la coupure avec les professionnels a été maintenue, que les rôles respectifs ne sont pas trop troublés, que les résidents responsables n'ont pas trop basculé du côté de l'institution.

Le groupe a une certaine autonomie en ce sens qu'il est capable d'émettre quelques orientations et règles de comportement. Les résidents ont identifié certaines attitudes qui mettent « le groupe en danger » et s'en trouvent rejetées. Autrement dit le groupe est aussi producteur de normes (et d'interdits) notamment sur les dimensions suivantes :

Faire entrer des produits au sein de la CT

Le groupe s'élève contre les résidents qui « déconnet », c'est-à-dire principalement ceux qui font entrer des produits dans la communauté. Ils constituent un risque pour eux-mêmes mais surtout pour les autres qui doivent considérer que l'espace de la communauté est un espace « à part », où la drogue ne se trouve pas à chaque coin de rue.

Garder le silence

Le groupe rejette également les résidents qui ne parlent pas, c'est-à-dire ceux qui ne se livrent pas et refusent l'injonction biographique. Pendant les premières séances, les résidents tolèrent qu'un nouvel arrivant ne parle pas pendant les groupes de parole, ils veulent lui laisser du temps pour se familiariser avec le lieu, ses collègues et les attentes institutionnelles. Mais vient un moment où il est obligé de « lâcher quelques mots », de jouer le jeu. Il ne peut rester dans une posture qui au fil du temps devient celle de simple voyeur. Par ailleurs, le mutisme altère la crédibilité que l'on peut porter au dispositif de mise en scène de la parole.

Agir avec violence

Les résidents qui sont violents ne sont pas tolérés. Il s'agit d'un point sur lequel il existe une certaine convergence entre professionnels et résidents. Chacun sait que les résidents ont un passé qui peut-être marqué par la violence. Que certains d'entre eux relèvent de la psychiatrie, ne sont pas forcément bien stabilisés et peuvent être dangereux. La violence est d'autant moins tolérée qu'il y a convergence avec les principes de la CT : tout acte de violence est sanctionné d'une exclusion immédiate (voir encadré plus haut Table des sanctions. Communauté de Grand Bois). Certains murs portent des traces de coups de poing. Parfois le ton monte, les corps sont mis en opposition mais les autres membres de la communauté (résidents et professionnels) ne sont jamais bien loin pour intervenir.

Les résidents n'ont pas attendu que la communauté édicte des règles nouvelles pour produire leurs propres normes. Consommer sur site, mettre le groupe en danger, « jouer les balances »... assez vite, le groupe a produit des interdits, des

obligations morales, des statuts dérogatoires... Par exemple, on va considérer qu'il est juste que certains résidents échappent aux corvées, puissent ne pas participer aux activités. Si un résident est blessé, s'il a reçu une mauvaise nouvelle de la part de sa famille, s'il est trop assommé par ses traitements, s'il perd -pour un temps limité- le moral... Toutes ces raisons font tolérer des manquements à la discipline, de petites incivilités, un désengagement du groupe et un repli sur soi. Ces normes internes au groupe ne sont pas les normes de l'institution, elles ne se recoupent pas totalement. Elles sont appliquées avec plus de sévérité, ce qui est la source de tension entre résidents, d'accusations multiples de « tricher », de « mettre le groupe en danger », ou de profiter abusivement de la tolérance du groupe. L'attitude de certains résidents est dénoncée : ils ne seraient là que pour manger et dormir mais pas pour participer aux soins, aux activités et à la vie collective. Si ces normes paraissent actives, elles sont cependant moins pérennes et plus faibles. Elles sont réévaluées sous le coup de problèmes contingents ou en fonction de qui faute, de sa place dans le groupe et sa capacité à neutraliser les rappels à l'ordre. Les caractéristiques des normes produites par le groupe expliquent la crainte qui monte lorsque de nouveaux arrivants sont intégrés, car ils peuvent remettre ces normes en cause, rompre un équilibre et une ambiance.

LA COMMUNAUTÉ COMME ESPACE DE SOINS

Les groupes de parole formels : entre crainte initiale, soin et lassitude

Une des craintes premières des professionnels envers le principe communautaire réside dans l'aspect disciplinaire de la règle et l'approche étroitement comportementaliste des modèles canoniques de CT. Ces craintes ont été fortes dans les premiers mois d'existence des CT durant lesquels les acteurs locaux ont élaboré un modèle propre de communauté. Peu à peu, les acteurs de la CT ont amendé, négocié, bricolé leur rapport à la règle et la place de celle-ci dans le fonctionnement ordinaire de la communauté. Les dimensions disciplinaire et comportementaliste ont même été détournées pour réintégrer des approches plus légitimes dans le champ du travail social français où la culture psychanalytique reste forte. L'observance stricte de la règle est jugée contreproductive par les professionnels et contraire à la construction d'une autonomie personnelle. L'adhésion à la règle sans distance et sans critique est jugée négativement : « ça voudrait dire que c'est des moutons » ; « la règle pour la règle, elle ne sert à rien » (cadre).

Les groupes de parole actuels ont survécu à ces craintes mais suscitent toujours des interrogations de la part des résidents et des professionnels. Les uns ont peur de « déballer des choses en public ». Les autres craignent de « monter des procès staliniens ». Dans les deux communautés évaluées, les groupes de parole inscrits au planning jouent un rôle important. Globalement, une fois stabilisés dans le temps, les avis des résidents et des professionnels sont plutôt positifs sur les groupes de parole. Ce qui montre bien que les communautés ont adapté leurs outils d'intervention.

Le rapport aux groupes de parole proposés par la communauté obéit à un mouvement cyclique. Au début, les craintes sont fortes. C'est un exercice difficile pour certains, notamment ceux qui ont été très désocialisés ou sans abri, ceux qui n'adhèrent pas (« c'est une mascarade » dira un résident qui précise qu'il n'est pas un « vrai toxicomane ») ou ceux qui ne veulent pas parler du passé. Les « vieux routards » des soins et des dispositifs de prise en charge retrouvent leurs marques et s'adaptent assez vite. Mais tous doivent faire un effort pour y « entrer » : « *pas facile de faire ressortir ses émotions ou de se rappeler de tous ses problèmes, de remettre tout ça sur le tapis* » (K. résident).

Participer demande certaines compétences que tous les résidents n'ont pas en arrivant dans la communauté. Au début, la plupart se sont sentis « bloqués », « timides » et puis ont senti « de plus en plus de facilités à lâcher [leurs] émotions » (A. résident). L'adhésion vient avec la pratique : « *au début, moi je croyais que c'était bidon, mais putain, ça m'a fait avancer. Je me disais, pfff, on va encore parler, on va raconter des choses que j'ai déjà raconté dix fois, ça va servir à rien !* » (C. résident). Beaucoup de résidents indiquent que le groupe de parole permet d'apprendre à être plus attentif aux autres, « apprendre à écouter les autres » et « d'avoir de la compassion ». De ce point de vue, le groupe de parole institutionnel offre des compétences au groupe informel où chacun apprécie l'attention portée aux autres. Les résidents considèrent que ces groupes ont aussi des conséquences pratiques : un résident a changé de position envers sa famille qui lui a tourné le dos, il considère qu'il a peut-être été un peu loin et qu'ils en ont eu marre. L'effet « soulagement » est évoqué aussi : « *des fois on n'a pas envie d'y aller et de se livrer. Mais une fois qu'on s'est livré, ça fait du bien. Une fois qu'on a compris que les autres résidents, ils nous jugent pas puisqu'ils ont vécu souvent les mêmes choses. Moi, à partir de là, j'ai pas de honte. Bon il y a toujours des choses que je dirai jamais, mais je dis presque tout franchement* » (R. résident).

Les résidents ne sont jamais totalement transparents face au groupe et face à l'institution. La communauté n'a jamais d'emprise totale sur l'individu. Enfin, après une phase sceptique, une phase d'adhésion, une troisième phase intervient. La fréquence des groupes de parole étant élevée, un phénomène d'usure ou d'éroussement apparaît chez certains. Pour eux, les groupes sont positifs « un certain temps ».

Le « care »

Dans de nombreuses circonstances (entretiens, discussions informelles, observation in situ...), on peut observer que les résidents sont sensibles au fait de se soutenir mutuellement : « on fait attention aux uns et autres », de s'enquérir des problèmes d'autrui. L'espace des relations informelles est aussi un espace soignant. Il y a un effet « care » généré par le groupe. Dans les groupes de parole, les résidents ont appris à être attentifs à autrui, à être plus empathiques. Ces compétences sont amorcées dans les relations interpersonnelles entre résidents.

Même les ateliers ou la pratique sportive développent une dimension de care : on discute, on régule les émotions, ses rapports aux autres... Les résidents font attention aux autres. Cela les surprend eux-mêmes. Du point de vue des résidents, c'est très appréciable et c'est le résultat le plus tangible de leur séjour en communauté. Cette attention se manifeste notamment durant les repas pendant les discussions.

QUELS SONT LES CHANGEMENTS OBSERVÉS ET COMMENT LES RÉSIDENTS ÉVALUENT LA COMMUNAUTÉ ?

Pour les observateurs extérieurs, les résidents et les professionnels, l'expérience communautaire produit des changements chez les individus. Pour les résidents qui ont été entendus plusieurs fois en entretien, les changements physiques sont notoires, le discours est souvent plus construit, la mémoire fonctionne mieux. Le rapport au corps a changé. L'évolution est perceptible dans la manière de se présenter et de parler de soi. Les patients évaluent leur situation et leur expérience à partir de critères assez spécifiques. À l'entrée dans la communauté, les résidents pointent le temps long comme une caractéristique du fonctionnement de la CT et comme une chance qui jusqu'à présent ne leur a pas été offerte. Avec l'expérience et la durée, cette perception se modifie.

Quels sont les critères d'évaluation des résidents ?

Lorsqu'ils font le bilan de leur séjour, les résidents pointent en premier lieu les bénéfices tirés de cette expérience même s'ils ont un rapport distant et parfois cynique envers la communauté. Pour les résidents, il y a des apports notoires et des preuves empiriques de ces bénéfices.

Amélioration physique

Le corps va mieux. La forme est meilleure. On a repris des forces. Pour beaucoup, les premiers temps passés dans les ateliers où le travail est manuel (menuiserie par exemple) ou dans les activités sportives (vélo par exemple) sont durement encaissés. Le corps peu sollicité, peu exposé à des efforts longs n'est plus endurant. Certains résidents sentent que les muscles sont revenus, leurs jambes les portent mieux. La récupération corporelle constitue un premier point d'évaluation et une première satisfaction. Le résident récupère son corps d'un point de vue kinésique mais aussi du point de vue de l'image de soi (moins d'appréhension à aller à la piscine par exemple).

Un résident qui est arrivé amoindri physiquement et qui découvre le bûcheronnage : « je sens que je reviens. J'ai l'impression de revivre quelque chose de bien quoi. J'avais perdu plein de sensations que je retrouve en ce moment. Je revis quoi. (...) Reprendre du poids, moins fumer, plus manger, prendre plus de gout à plus de choses » (N. résident).

Un autre qui sort de la rue : « *je vois en cinq mois comment je me suis bien rétabli, ça m'a été super profitable* » (S. résident).

Beaucoup de résidents ont « roulé leur bosse » et ont connu de nombreux dispositifs de soins à travers tout le territoire national. Aussi, l'évaluation des CT est aussi une évaluation comparative : « *honnêtement, j'ai fait plusieurs centres et c'est le meilleur que j'ai rencontré* » (G). Il s'agit d'une évaluation subjective mais globale puisqu'elle synthétise de multiples dimensions : qualité du cadre, du projet et des activités, entente avec les professionnels, opportunités à la sortie, prise en charge sanitaire globale, l'ambiance...

La fierté et l'estime de soi

Le dénigrement de soi est monnaie courante dans les trajectoires d'usagers de drogues. Par contraste, au cours de leur expérience communautaire, à plusieurs moments, les résidents ressentent de la fierté. Fierté du résident qui revient d'une sortie sans avoir consommé. Fierté du regard des autres dans la communauté. Fierté de se dire qu'on est utile au bon fonctionnement de la communauté. Fierté de dire aux proches que l'on suit un programme long et exigeant. Les résidents sont ainsi sensibles à ce que les autres (personnes extérieures y compris chercheurs menant l'enquête...) pensent d'eux. Dans le cadre de la présente enquête, les chercheurs ont toujours été bien reçus par les résidents qui ont fait preuve de civilité en toutes occasions (repas, accueil, discussion...). Ils se sont efforcés de donner une bonne image d'eux-mêmes et de se faire les porte-parole et les promoteurs de la communauté. Ce sentiment d'appartenance n'est jamais observé dans d'autres structures dédiées à la prise en charge des drogues.

Pour d'autres résidents, l'efficacité du système communautaire est perceptible quand le groupe recadre « ceux qui déconntent » (c'est-à-dire qui consomment des produits), quand l'abstinence d'un membre tient dans le temps, quand un ancien résident – aujourd'hui logé et employé- revient sur le site...

Les critiques les plus récurrentes portent en fait assez peu sur ce qui est spécifique à la CT. Elles tiennent au fait d'être pris en charge dans une structure, de devoir offrir des gages aux professionnels. On reproche d'appliquer un programme peu individualisé et assez peu adapté à la trajectoire de la personne. Par exemple, les résidents les plus âgés ou les plus expérimentés socialement ne comprennent pas que l'on s'obstine à « leur faire la morale ». Les plus expérimentés professionnellement font la moue quand « on sort la panoplie habituelle de la préparation-au-retour-à-l'emploi ». Que l'on considère de facto toute personne prise en charge comme étant dépourvue de toute compétence. On trouvera ces remontrances dans tous les dispositifs, elles ne sont pas propres aux CT. Elles résultent plutôt d'un mode de traitement propre au travail social en institution.

Comment les résidents expliquent-ils l'efficacité perçue de la communauté ?

Est-ce que les phases mises en place par les CT sont perçues comme à l'origine de ces changements positifs ? Est-ce que les changements individuels sont indépendants du protocole ?

Globalement, les résidents donnent plutôt l'image d'un monde coupé en deux : d'un côté, il y aurait la vie « bureaucratique » (les règles de la CT, les phases du programme...) et d'un autre côté, l'évolution de la personne. Les gains perçus par les résidents sont assez indépendants des phases dans lesquelles ils s'inscrivent : certains patients redescendent d'ailleurs de niveau tout en conservant leurs acquis (leur bonne forme, leur bonne image de soi...). Pour le résident J., le changement de niveau n'est d'ailleurs pas un but en soi (ce que personne ne prétend dans la communauté). Pour les résidents, il y a donc un « artefact institutionnel » qui laisse à penser que la progression dans le programme et l'évolution dans les niveaux et les responsabilités reflètent l'état réel de la personne. Ce que ne croient pas du tout les résidents. Certains résidents s'impatientent, pensent qu'ils vont bien mieux ou qu'ils peuvent rendre des services mais sont toujours plafonnés à un niveau modeste. D'autres se voient proposer des responsabilités et des promotions mais au fond d'eux-mêmes se sentent incapables de tenir leur nouvelle fonction.

L'abstinence et la substitution

Comment se positionnent les résidents par rapport à la question de l'abstinence ? Est-elle un objectif personnel ? Une attente envers la communauté ?

Fondamentalement, personne ne croit que l'abstinence y compris de tout traitement est garantie ou promise à tous. La plupart des résidents disent vouloir arrêter tous les produits, traitements compris. Mais tous savent que c'est difficile pour avoir eux-mêmes tenté de décrocher à plusieurs reprises. Ils sont pris entre d'une part le fait de montrer leur motivation à vouloir arrêter aux professionnels et aux visiteurs extérieurs et leur expérience qui leur dit que l'abstinence est un processus compliqué d'autre part. Par ailleurs, en fait, lorsqu'ils évoquent ce point en étant exemptés du devoir de montrer des gages aux regards extérieurs, la notion d'abstinence (qui est une notion générale, universelle et non médicale) laisse plutôt la place à des conceptions du « rapport souhaitable aux produits ». Pour certains, le bon rapport aux produits est celui d'une totale abstinence. Pour d'autres, la bonne perspective est l'arrêt du produit principal et problématique, ce qui implique que les consommations dans un cadre festif et sur un mode récréatif sont jugées envisageables. De même, on espère pouvoir boire de l'alcool (beaucoup ont des problèmes d'alcool) comme cela se fait chez les gens « normaux » et dans la société en général. Côté professionnels, l'abstinence est une orientation générale des pratiques mais pas une obligation de résultats et encore moins un impératif moral : « abstinence : un mot que je n'aime pas ! » (cadre).

Pour les résidents usagers d'opiacés recevant un traitement de substitution (TSO), la sortie de la communauté sans traitement n'apparaît pas non plus comme un impératif. Une raison principale à cela : le temps de l'expérience communautaire n'est pas le temps d'un TSO. Il s'agit de deux programmes différents avec leur propre logique et leur propre tempo. Par ailleurs, les patients ont vécu plusieurs années avec l'idée que le TSO est un traitement à vie. Les professionnels de santé qui assurent le suivi de leur traitement se sont évertués à maintenir une bonne observance et un « pilotage au cordeau » du dosage. L'idée d'arrêter le traitement pendant le séjour est donc à la fois une opportunité et un risque. D'ailleurs, la plupart des résidents pensent mollement à arrêter la substitution (leur discours est assez peu contré sur ces questions), ou disent clairement qu'ils devront –par la force des choses- continuer la méthadone par exemple après la CT. De ce point de vue, les patients ont intégré l'idée que le TSO est très long, qu'il peut s'étaler sur plusieurs années. Surtout, à leurs yeux, la question de la poursuite du TSO ou du dosage de médicament de substitution (MSO) est complètement indépendante de l'avancée dans le protocole de la communauté :

« Je me sens de mieux en mieux donc je compte baisser –le MSO- » (C. résidente).

« Si je sens que ça va mal, que je sens que j'ai des envies de conso, on peut remonter – le MSO –, je me fais pas de souci pour ça » (L. résident).

« Je pense que dans six mois, je serai à 10 mg –MSO-, on verra bien » (R. résident).

Les résidents qui affirment vouloir arrêter leur TSO durant leur séjour ne s'attardent en fait pas beaucoup sur la question, ou rappellent assez vite qu'ils voudraient surtout arrêter « les benzo » ou l'alcool. La plupart des entrants bénéficient d'un TSO ou bien en ont bénéficié par le passé. Autrement dit, ils se trouvent déjà dans une trajectoire de substitution visant le contrôle de la dépendance ou la recherche d'abstinence. L'entrée dans la CT ne remet pas en cause cette trajectoire ou alors à la marge : ajustement du dosage ou rallongement du délai par exemple. La prescription massive de MSO en France fait qu'il existe deux logiques plutôt concomitantes : la logique institutionnelle de la CT et la logique médicale de la substitution. Par ailleurs, la CT n'est qu'un passage dans la trajectoire du résident. Elle n'est ni un terminus ni le dispositif ultime d'un parcours balisé conduisant irrémédiablement vers l'abstinence.

En matière d'abstinence, la place de l'alcool est particulière. Certes, les projets thérapeutique et social mis en place par les communautés évaluées visent à accompagner à l'abstinence et à la réintégration sociale des personnes et les résidents ont bien saisi ces objectifs. Durant la phase 1 de leur parcours dans la CT, ils y adhèrent d'une manière générale. Mais la question de l'alcool reste ambiguë. Que le projet d'abstinence concerne aussi l'alcool est difficilement tenable alors que dehors, dans la vie normale, l'alcool est partout présent. Les consommations sur site et hors site sont souvent des consommations d'alcool. On a retrouvé dans les

communautés des bouteilles d'alcool, parfois en quantité importante. Certains professionnels ont été licenciés parce qu'ils étaient alcoolisés sur le lieu de travail. L'alcool est un très gros enjeu pour les CT. L'absence de discours autour de l'alcool fragilise d'ailleurs le projet d'abstinence et le rabaisse à une simple règle interne à la communauté.

Le temps long a-t-il une incidence néfaste ?

Quels sont les effets du temps long sur les résidents ? Sur leur projet de soins ? Sur leur motivation ?

Il ne faut pas oublier que, quel que soit le traitement, une prise en charge institutionnelle longue génère en elle-même de nouveaux problèmes que ne connaissaient pas les résidents au moment de leur entrée. Concernant la CT, plusieurs résidents ont fait état d'impatience, de lassitude, de colère, d'ennui... Globalement, les résidents éprouvent des difficultés à concevoir le temps long qui ne leur sont pas propres mais concernent l'ensemble de la société. Il y a des phénomènes de lassitude qui génèrent de l'agacement et parfois de la colère. Les résidents craignent l'ennui. Ce qui précipite sans doute quelques départs et renforce l'incapacité structurelle des communautés à produire des anciens en mesure de tenir un rôle fort dans la CT.

Pour certains, la réclusion est difficile à supporter dans le temps. L'éloignement avec les familles est durement ressenti. Un résident n'a pas vu ses parents depuis cinq mois, ce qui ne lui était jamais arrivé auparavant. Le temps (long) passé dans la CT est aussi un temps (long) éloigné des réseaux de proches qui comptent. Perçu au départ comme un élément thérapeutique, la durée du séjour est également un piège. Au fur et à mesure, les résidents se sentent mieux physiquement, moins stressés. Ils ont envie de partir ou de s'autoriser un « petit extra » : *« Je retombe toujours dans les mêmes travers. Dès que je recommence à me sentir mieux, à avoir le moral, je remonte la pente et je me dis que je peux m'autoriser un petit extra »* (N. résident).

L'usure du temps est assez paradoxale en ce qu'elle peut dire l'épuisement du programme institutionnel (on a fait le tour de ce que peut donner la structure) ou l'épuisement du sujet (ennui). Par ailleurs, tous les résidents ne sont pas désocialisés. L'effet de rupture lié à l'entrée dans la CT ne coupe pas seulement le résident de ses réseaux de deal et de consommation mais aussi de ses réseaux amicaux et familiaux qui sont pourtant des ressources. Aussi l'intensité des réseaux et la qualité des relations qui s'y tissent doivent entrer en ligne de compte dans le recrutement en CT.

Conclusion

La mise en place de nouvelles communautés thérapeutiques est un processus d'autant plus long et compliqué que la France manque de repères sur ces questions. En général, la nouveauté et le sentiment d'avoir été privé d'un outil pertinent pendant trop longtemps suscitent de grandes attentes. Après une évaluation conduite sur les deux premières années de fonctionnement des CT Grand Fleuve et Grand Bois, le constat qui émerge fait état d'une situation contrastée qui montre qu'un modèle français de CT est en train de se structurer. Ce modèle résulte de la transposition et de l'adaptation des principes généraux et historiques des CT dans un contexte marqué par un ensemble de contraintes locales (politiques publiques de santé, modalités d'accès aux soins, aux traitements, options thérapeutiques, conception de la dépendance, pratiques professionnelles, définition des champs de compétences professionnelles...). Dès lors, il ne s'agit pas de dire si les CT récemment ouvertes en France sont de « véritables » CT mais de dire si elles sont parvenues à mettre en place des dispositifs et des pratiques qui permettent cet ajustement et de dire ce qu'il en a résulté pour les résidents.

En ce qui concerne les résidents, les différentes données recueillies au cours de l'enquête sociologique montrent de manière assez convergente qu'ils perçoivent les bénéfices des CT. S'inscrivant en contrepoint de l'expérience d'usagers de drogues ceux-ci portent sur l'estime de soi, la fierté, la capacité à faire des projets... Sur le plan de l'organisation, le cadre « expérimental » pour la mise en œuvre de ces nouvelles structures ne l'était pas vraiment dans la réalité. Les CT n'ont en fait qu'une marge de manœuvre très limitée pour « inventer » leur modèle. Elles n'ont pas la main sur les leviers qui permettraient de mettre en place des dispositifs ad hoc : la réglementation, le droit du travail, le monopole des groupes professionnels sur certaines actions, le budget... Globalement, l'ensemble de ces contraintes font que le modèle français de CT qui émerge a consisté dans un premier temps à proposer un dispositif connu et rodé plutôt orienté vers les soins et le résidentiel tenu par des professionnels du sanitaire et du social. Ce qui est –somme toute– assez classique et totalement incontournable compte tenu des

contraintes évoquées. Ce n'est qu'après une année et demi de fonctionnement environ que les CT ont réellement densifié leur offre de dispositifs communautaires et que ces derniers ont commencé à prendre leur vitesse de croisière. De ce point de vue, le modèle français n'est pas totalement unique dans le contexte international des CT où modèles démocratiques et hiérarchiques perdent de leur radicalité et convergent vers un modèle mixte [22].

Entre les deux communautés évaluées, il existe des nuances (le fait de faire ou non ses repas, de proposer des ateliers techniques ou plutôt des animations...) mais les points communs sont bien plus nombreux. Il est intéressant de noter que la résolution quotidienne des problèmes fut assez pragmatique dans les deux CT, ce qui les a conduites vers un dispositif relativement cohérent et semblable. La recherche d'un colloque singulier et asymétrique entre professionnels et résidents, la mise à distance des familles, la non-professionnalisation des anciens résidents semblent les trois frontières du modèle français de CT. Il est probable que les CT ne pourraient pas fonctionner autrement dans les contextes institutionnel, réglementaire et professionnel français.

Pour toutes ces raisons, on a observé peu de différenciation et l'émergence de communautés très proches l'une de l'autre. Sur les grands points stratégiques délimitant le fonctionnement de la CT, les professionnels interrogés convergent : le directeur est responsable d'une équipe de professionnels, les fonctions sont hiérarchisées sur un mode assez vertical, l'espace professionnel est clairement séparé de l'espace des résidents, producteurs de soins et usagers d'un dispositif sont associés dans un ensemble asymétrique et fonctionnel, les résidents participent à la conduite de la vie quotidienne.

Ces résultats de l'étude amènent à s'interroger sur les critères d'évaluation des CT dans le dispositif de soin en addictologie français. Les trois piliers canoniques de l'évaluation des CT sont la rétention dans le dispositif (plus la CT retiendrait ses résidents longtemps ou le temps du programme, plus elle serait efficace), l'insertion (plus la trajectoire post-ct des résidents serait inscrite dans l'emploi, plus grande serait la réussite) et l'abstinence (plus l'arrêt de la consommation serait importante, plus efficace serait la CT). Ces trois points semblent à revoir sérieusement. Du point de vue de la trajectoire des résidents, un départ rapide de la CT peut être un succès. Inversement une durée de séjour prolongée peut amener des problèmes que les résidents n'avaient pas à l'entrée. La question de l'insertion mérite aussi aggiornamento. Les premières CT sont nées dans des sociétés et à des périodes de plein emploi où un grand nombre de personnes –y compris sans expérience et sans qualification- pouvait se glisser à une place modeste mais une place effective dans le marché de l'emploi. Actuellement, les résidents des CT françaises cumulent de très nombreux handicaps et appartiennent principalement aux catégories sociales les plus vulnérables. A tel point qu'il semble difficile de faire du critère de l'insertion un point central dans l'évaluation des CT. A fortiori dans une période de crise qui frappe prioritairement les catégories socio-professionnelles populaires dont sont majoritairement issus les résidents.

La situation sanitaire des usagers de drogues est aussi différente. Ils sont sans doute aujourd'hui d'une santé plus précaire, à cause des comorbidités psychiatriques, du VIH, des hépatites... Enfin, les CT historiques affichent aussi de bons taux d'insertion professionnelle parce qu'elles salariaient une partie des anciens résidents, ce qui ne se fait pas en France actuellement.

Par ailleurs, il est difficile d'isoler un critère pertinent : dans quelle mesure peut-on considérer un contrat aidé ou d'insertion comme une variable de réussite quand la CT transmet le problème de l'insertion sociale à un autre dispositif ?

Enfin, concernant l'abstinence, il faut aussi revisiter ce critère en raison de l'importance que revêt la consommation de produits psychoactifs dans nos sociétés et de l'importance actuelle des pratiques de polyconsommation. De même, la situation française est déjà « paramétrée » par la politique de substitution. Le nombre de personnes ayant eu un remboursement ou une délivrance de TSO en ville ou en CSAPA n'a cessé d'augmenter depuis le milieu des années 1990 et se situerait en 2010 autour de 170 000 [1, 18, 20]. Il existe déjà un accord chez les professionnels – mais sans doute aussi dans le monde politique- pour faire passer l'abstinence après la réduction des risques. Autrement dit, la situation française est particulière dans le sens où même lorsqu'un résident sort de la CT sans être abstinent ou toujours en traitement de substitution, cela ne peut être jugé comme un échec mais comme une modalité particulière de sa trajectoire.

Par ailleurs, ces trois critères d'évaluation ne peuvent être valables que si l'on considère les CT comme la dernière station d'un trajet linéaire qui a conduit des usagers à avancer dans les dispositifs de prise en charge. Rétention, abstinence et insertion sont alors des outputs attendus de communautés pensées comme dispositif de parachèvement du parcours de soins. Les CT sont généralement jugés par les acteurs de terrain comme plus pertinentes et plus intéressantes pour les « vieux routards » de la consommation de produits et des prises en charge sanitaire et sociale. Les résidents disent que c'est leur dernière chance, qu'ils ont tout essayé... Pourtant, les formes d'addiction contemporaine et les caractéristiques individuelles des résidents font qu'ils ne sont pas au bout du chemin. En fait, les CT sont aussi une étape qui s'intègre dans un circuit de prise en charge. Elles prennent place dans l'éventail des offres institutionnelles.

Dans cette perspective, il semble intéressant de mettre en place d'autres indicateurs et d'autres critères d'évaluation de l'efficacité des CT comme par exemple la capacité de la communauté à garder le contact avec les résidents qui partent précocement, autrement dit à les conserver dans l'espace des soins, de prise en charge ou d'accompagnement ; comme par exemple la capacité de la CT à offrir aux résidents qui partent (quelles qu'en soient les causes) des solutions de suite qui imposent que la CT se trouve au cœur d'un réseau dense de dispositifs ; comme par exemple les conditions du départ en distinguant départs volontaires / départs imposés, départs pour échec thérapeutique (le modèle CT n'a pu être intégré et/

ou n'a rien produit) / départs avec réussite thérapeutique (le résident a profité des offres de la CT) ... Ces critères sont sans doute à affiner mais il semble pertinent de les mettre au même niveau que celui de la rétention brute. De même, il paraît bien-fondé d'aligner l'évaluation de l'efficacité des CT en matière d'abstinence sur les principes généraux de la politique française de réduction des risques. Principes qui font aujourd'hui consensus chez la très grande majorité des acteurs de la lutte contre les addictions. La réussite réside aussi dans le moindre risque, dans le contrôle des usages problématiques, dans la mise sous contrôle par les traitements (TSO en particulier). Les équipes des CT se donnent pour objectif de tendre vers l'abstinence et vers l'arrêt des traitements mais il semble difficile d'évaluer l'efficacité des CT à l'aune de ce seul objectif qui fait exclusion de l'approche médicale des addictions. Enfin, le critère de l'emploi et de l'insertion doit être plus souple et plus modulable en fonction des situations sociales des résidents. Pour certains résidents, il est raisonnable d'espérer une insertion socioprofessionnelle qui associe accès au logement et accès à l'emploi. Pour d'autres, l'emploi est une perspective totalement illusoire. Tous les résidents ne sont pas exposés aux mêmes problèmes et aux mêmes défis personnels. Aussi, les critères d'évaluation doivent viser la capacité de la CT à produire des actions et des projets adaptés à la situation de chaque résident.

Enfin, l'enquête montre que les acteurs sont amenés à beaucoup « bricoler » (l'application des règles, les activités...), ce qui met en lumière l'impératif d'adaptation et l'importance de la question des équipes, de leur format, compétence et expérience en matière d'usagers de drogue. Les qualités propres de l'équipe conditionnent la capacité des CT à agir de manière souple et adaptée. L'enquête a aussi prouvé qu'une équipe faible ou divisée ferme la porte aux résidents, les cantonnent dans des situations de simples réceptacles de l'action thérapeutique. Inversement, les deux communautés ont densifié leur offre communautaire dès lors qu'elles ont eu des équipes plus soudées et plus équilibrées.

Annexes

DOCUMENTS ILLUSTRANT LE FONCTIONNEMENT ET LA VIE DANS LA CT

Les plannings emploi du temps des CT

Exemples de demandes de séjour temporaire hors de la CT
rédigées par les résidents

Demandes quotidiennes des résidents aux éducateurs :
exemple de fiches de demandes et réponses

Demande écrite pour un changement de phase

Lettres de contrition affichées dans les locaux de la CT

RÉFÉRENCES

Planning CT de Grand Bois en Avril 2009

5011 - 2011

PLANNING PHASE 2

HORAIRES		LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
7 H	TACHES	LEVER ET PETIT DEJEUNER				
7 H 45 A 9 H	1ER ETAGE	TRAITEMENT				
9 H A 9H 45		REUNION				
MATINEE		10H 11 H 45 MAINTENANCE	10 H 45-12 H REUNION RESIDENTS	10 H 30- 11 H 45 SPORTS	RZ -VOUS INDIV PSYCHOMETRICITE * 10 H 15-11H GROUPE AFFIRMATION DE SOI	10H 11 H 45 MAINTENANCE
11 H 30 A 12 H 30		TRAITEMENT				
12 H 30 A 13 H 30		REPAS				
APRES MIDI		14 H 30- 15 H 45	15 H - 17 H SPORTS			14 H 30- 15 H 45
		15 H 45 - 17 H SPORTS				15 H 45 - 17 H SPORTS
17 H 15 A 18 H		REUNION				
18 H A 18 H 30		THE				
18 H 45 A 19 H 30		TRAITEMENT				
19 H 30 A 20 H 30		REPAS				
A PARTIR 21 H		TRAITEMENT				
23 H		COUCHER				

DATE LE

VU PAR

Planning CT de Grand Bois en mars 2010. Un code couleur a remplacé la numérotation des phases. Ici, groupe bleu pour la phase 1.

Version du 31/03/

Planning Hebdomadaire (groupe bleu)

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
7h00-8h00	Lever et accès au petit déjeuner				
8h30-9h15	Ménage				
9h15-09h30	Groupe de reprise	9h15-10h15	Atelier	9h15-12h15	9h15-10h30
9h30-10h30	Groupe objectif	10h15		Sport ou Ateliers 9h15-10h15 CONSEIL CULTUREL	régulation
10h45-12h15	Ateliers	10h30-12h00	Atelier	Et 11h15-12h15 groupe femme/hommes une fois tous les 15 jours	10h45-12h15 groupe accueil
12h30-13h30	Déjeuner				
14h00-16h30	Ateliers 14H00-15H00 REUNION ORGANISATIONNELLE 15H00-16H30 REUNION MAINTENANCE				
16h30-17h00	Tea Time				
17h00-18h00	Temps libre	Prépa. Week-end	Relaxation	Retour réunion	Temps
18h00-19h30	Courses activités, Temps libre, préparation dîner				
19h30-20h30	Dîner				
20h30-22h30	Veillée				20h30-23h30

Planning CT de Grand Bois en mars 2010. Groupe vert.

version du 31/03/2010

Planning Hebdomadaire (groupe vert)

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
7h00-8h00	Lever et accès au petit déjeuner				
8h30-9h15	Ménage				
9h15-09h30	Groupe de reprise	9h15-10h15 Démarches ou atelier en soutien	9h15-12h15 Sport ou Ateliers 9h15-10h15 CONSEIL CULTUREL	9h15-10h30 régulation	9h15-10h15 Co-animation Temps didactique (un seul)
9h30-10h30	Co-animation grpe objectif bleu Ou Démarches				
10h45-12h15	Ateliers en soutien ou en démarches et co-anim grpe objectif rouge 1 seul	10h30-12h15 Ateliers ou démarches	11h15-12h15 -groupe femmes/hommes Tous les 15 jours	10h45-12h15h Démarches ou atelier ou groupe accueil	10h30-12h00 Démarches ou atelier ou groupe accueil
12h30-13h30	Déjeuner				
14h00-16h30	Démarches et suivi socio-développement ou atelier en soutien 14h00-15h00 REUNION ORGANISATIONNELLE 15h00-16h30 REUNION MAINTENANCE				
16h30-17h00	Tea Time				
17h00-18h00	17H-18H30 Groupe prévention de la rechute si besoin	17H-18H Prep. Week-end	17H-18H Temps libre	17H-18H Retour reunion	
18h00-19h30	Courses, activités, Temps libre, préparation dîner				
19h30-20h30	Dîner				
20h30-22h30	Veillée				20h30-23h30 Veillée

Planning CT de Grand Bois en mars 2010. Groupe rouge

Version du 31/03/2010 Planning Hebdomadaire (groupe rouge)

	Lundi	Mardi	Mercredi	Judi	Vendredi
7h00-8h00	Lever et accès au petit déjeuner				
8h30-9h15	Ménage				
9h15-09h30	Groupe de reprise	9h15-10h45	Groupe de parole	9h15-12h15 Sport ou Ateliers 9h15-10h15 CONSEIL CULTUREL	9h15-10h30 Régulation
9h30-11h00	Groupe De parole				9h15-10h15 Ateliers
11h15-12h15	Groupe objectif	11h00-12h	Relaxation ou atelier	11h15-12h15 groupe Femmes/hommes tous les 15 jours	10h30-12h15 Ateliers
12h30-13h30	Déjeuner				
14h00-16h30	Ateliers 14H00-15H00 REUNION ORGANISATIONNELLE 15H00-16H30 REUNION MAINTENANCE				
16h30-17h00	Tea Time				
17h00-18h00	17H-18H30 Groupe prévention de la rechute	17H-18H Prépa. Week-end	17H-18H Temps libre	17H-18H Retour réunion	Temps libre
18h00-19h30	Courses activités, Temps libre, préparation dîner				
19h30-20h30	Dîner				
20h30-22h30	Veillée				20h30-23h30 Veillée
22h30-23h00	Montée en chambre et coucher			23h30-00h00	Coucher

Exemples de demandes de séjour temporaire hors de la CT rédigées par les résidents

Cher le directeur
avec Sophie.

Demande de Séjour

Je sollicite une demande de séjour du 2 Juin au 7 Juin 2010 Afin d'aller voir mes parents à Beauvais ; je ne l'est pas vu depuis 3 mois Je dois aussi régler des problèmes administratifs Assurance voiture Sécurité sociale, Aussi un courrier tres tres important que je dois faire avec ma référente le plus rapidement, Serai le mieux faite d'avoir trop tarder. Dans un premier temps je compte aller chez une ami Alain Leroux à 25 km de Beauvais. Alain ne consomme pas. Sa m'éviterai de prendre une voiture puis de me retrouver seule (la voiture est ^{des} sanglée) Lui conduit. Budget: Billet de train que je prendrai à l'avance. Sur internet avec Sophie: le coût pour 300€ il est suffisant. - sans compter le shopping ou l'essence. Vous remerciant d'avance de l'intérêt que vous m'accorderiez

Madame de St-Jai 2010

Je vous prie de bien vouloir
répondre à cette lettre le plus
tôt possible.

Je vous prie de bien vouloir
répondre à cette lettre le plus
tôt possible.

Je vous prie de bien vouloir
répondre à cette lettre le plus
tôt possible.

Je compte retourner à Paris voir ma chère petite
sœur Zakia qui est Maman depuis le 1^{er} Mars les
nouveau de cet événement. Mais surtout très heureux
d'avoir conçu des projets d'avec notre Mère l'objectif étant
de préserver de la pollution que cette dernière était
état d'âme.

Cela fait 5 ans que nous ne nous sommes pas vu
Maintenant elle à 2 ans mariée 1 enfant, ça fait 4 ans
qu'elle c'est éloigné de notre Mère elle va bien super bien
même.

Malgré ces idées de suicide grand elle vivait avec ma
Mère elle ne c'est jamais réfugiée dans aucun projet ou
même quitter ou fuir de domicile famille, ou contraindre
elle c'est "défendue" aux études et à fait l'année juste pour
s'évader bref... Maintenant elle à une place évolutive
dans une chambre de fille... Bref de son jeu ne s'agit elle
n'a beaucoup à apprendre.

La conclusion est que nous 2 devons revoir notre
vie, ma Mère quand elle arrivera vers des réunions
qui me obligent de remonter et m'empêchent d'avancer
je décide de ne plus aller la voir d'actualité.

(Comme le fond de Frédérique 3 fois et Anick 22 ans qui
sont partant dans le même lieu)

A part ça il y a aussi un événement très important
que je ne dois pas oublier, j'ai rendez-vous depuis 6 mois
le 18 Juin au Stade de France Avec AC4DC qui sera aussi
Mont Rougemont accompagné tout au long de ma vie et que je vais
 enfin voir, surtout pour son dernier séjour.

Agréer, Mesdames Maman mes sincères salutations

« Demande de séjour

Je sollicite une demande de séjour du 2 juin au 7 juin 2010 afin d'aller voir mes
parents à Beauvais. Je ne les ai pas vus depuis 3 mois. Je dois aussi régler des
problèmes administratifs Assurance voiture, Sécurité sociale, aussi un courrier très
très important que je dois faire avec ma référente le plus rapidement serait le mieux
faute d'avoir trop tardé. Dans un premier temps je compte aller chez un ami Alain,
à 25 km de Beauvais. Alain ne consomme pas, ça m'éviterait de prendre ma voiture
puis de me retrouver seule (ma voiture est dans son garage) lui conduit.

Budget : billet de train que je prendrai à l'avance sur internet avec Sophie, le coiffeur
100€ me suffiraient sans compter le shopping ou parfum

Vous remerciant d'avance de l'intérêt que vous m'accorderez. »

« Mesdames, Messieurs,

Je viens par la présente demander un séjour pour la période du 17 juin au 22 juin. Je compte monter à Paris voir ma chère petite sœur Zakia qui est maman depuis le 1er mars très heureuse de cet événement. Mais surtout très heureuse d'avoir coupé les ponts avec notre Mère voulant ainsi se préserver de la pollution que cette dernière provoque dans notre état d'âme.

Cela fait 5 ans que nous ne nous sommes pas vus maintenant elle a 24 ans mariée, 1 enfant, ça fait 4 ans qu'elle c'est éloignée de notre Mère elle va bien super bien même.

Malgré ses idées de suicide quand elle vivait avec ma Mère elle ne s'est jamais réfugiée dans aucun produit ou même quitté ou fugué du domicile famille, au contraire elle s'est « défoncée » aux études et à fait l'armée juste pour s'évader Bref... Maintenant elle a une place évolutive dans une chaîne de télé... Bref de son jeune âge elle m'à beaucoup à apprendre.

La conclusion est que mes 2 derniers séjours passés chez ma Mère m'ont quand même emmenés vers des rechutes qui me rongent de remords et m'empêchent d'avancer. Je décide de ne plus aller la voir d'aussi tôt. (Comme le fond déjà Frédérique 37 ans et Areski 22 ans qui vivent pourtant dans le même bled).

A part ça il y a aussi un événement très important que je ne dois pas louper, j'ai rendez-vous depuis 6 mois le 18 juin au Stade de France avec AC-DC qui eux aussi m'ont toujours accompagnés tout au long de ma vie et que je vais enfin voir surement pour leur dernier show.

Agréez, Mesdames Messieurs mes sincères salutations »

Demandes quotidiennes des résidents aux éducateurs : exemple de fiches de demandes et réponses

DEMANDES DU GROUPE

Date: 15/06/2010

Les coordinateurs regroupent les demandes et doivent les remettre à l'équipe avant le début des activités du matin (9h00).
Les réponses seront retransmises au groupe avant les activités de l'après-midi (13h15).

DEMANDES	REponses
téléphone ordinateur En route + Eng. + CTU Série	OK à la pause ou après les ateliers
A: RV à la poste à 16h00 pour ouverture de compte C.P. Rodolphe + récupérer un argent des courses (voir modèle SE)	OK seul.
Amélie ma banque. demande aller à la poste pour retirer de la logéent et de centre avec Rodolphe	OK fait
3 Paquet fleurs de papier ERIC + tel. cet après midi à la pause avec Amélie ERIC	Voir avec l'éduc de course.
je pourrai tel au L'ASE de Paris et P'opac. du juge	OK à la pause ou après les ateliers.
SVP donner à Mire Bank Big Bank Miri	OK à la pause ou après les ateliers.

DEMANDES DU GROUPE.

Date: 14/06/10

Les coordinateurs regroupent les demandes et doivent les remettre à l'équipe avant le début des activités du matin (9h00).
Les réponses seront retransmises au groupe avant les activités de l'après-midi (13h15).

DEMANDES	REPONSES
Je dois téléphoner à ma banque (Banque et mutuelle) Si j'ai passé le matin à la pause Je tiens merci <u>ERIK</u>	OK à la pause Ap midi sinon lors de votre RDV hebdomadaire avec votre référent.
demande d'aller à la poste demain pour retirer avec Rodolphe Dominique	Normalement cela se fait lors de <u>votre jour</u> de course.
Appelle ma chef de service Jal	OK à la pause ou après les ateliers ou lors de votre RDV avec votre réfé.
Téléphoner à ma banque + RDV chez le coiffeur Merci <u>Faurent</u>	OK à la pause ou après les ateliers ou lors de votre RDV avec votre référent.

Demande écrite pour un changement de phase


Lc 29/05/2016

À toute l'équipe encadrante

Je suis arrivé le 21 Mars dernier à la CT et j'ai attendu un long moment pour avoir cette date d'accueil. Quand j'ai reçu la lettre m'acceptant dans le soin que vous me proposez, j'ai ressenti un grand soulagement car j'étais vraiment mal parti, je vous remercie jamais assez de m'avoir accepté.

Maintenant cela va faire bientôt 3 mois que je suis là et je vais nettement mieux. Je me suis rapidement adapté aux règles de vie de la CT et aujourd'hui, même si je suis loin de mes proches (femme, enfant, mère) je me sens vraiment mieux. Une chose a vraiment changé en moi; Je ne ment plus je suis authentique avec ma référente ainsi qu'avec tous le personnel soignant et tous les patients; chose dont j'étais avant avec ma mère et ma femme et eux s'en sont tout de suite rendu compte, rien qu'au téléphone et quand ils sont vus.

C'est pour avoir plus de responsabilités que je voudrais passer en phase 2 et prolonger ma situation au sein de la structure. En aucun cas je vous dessecrais pas. Vous pouvez avoir toute confiance en moi; et de plus j'ai un réel projet pour la suite.

Merci d'avance 

« À toute l'équipe encadrante

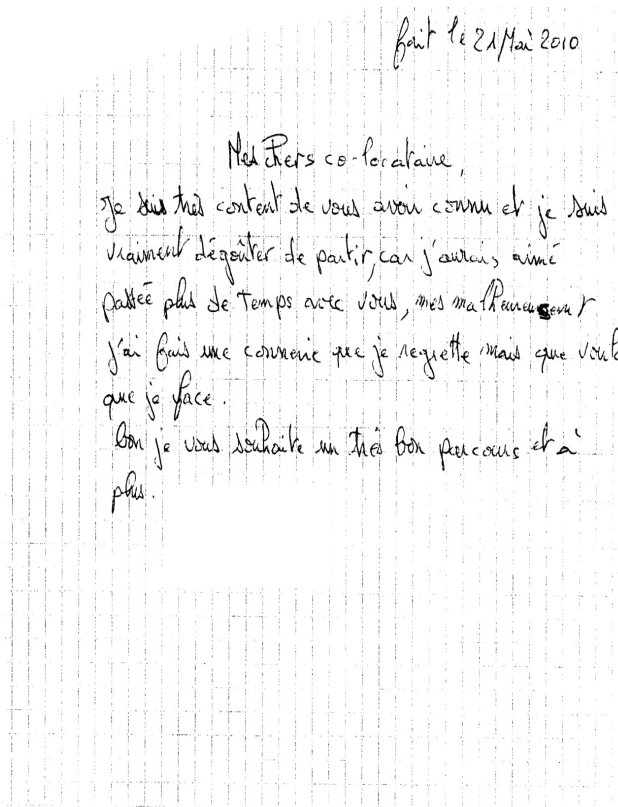
Je suis arrivé le 21 Mars dernier à la CT et j'ai attendu un long moment pour avoir cette date d'accueil. Quand j'ai reçu la lettre m'acceptant dans le soin que vous me proposez, j'ai ressenti un grand soulagement car j'étais vraiment mal parti, je vous remercie jamais assez de m'avoir accepté.

Maintenant, cela va faire bientôt 3 mois que je suis là et je vais nettement mieux. Je me suis rapidement adapté aux règles de vie de la CT et aujourd'hui, même si je suis loin de mes proches (femme, enfant, mère) je me sens vraiment mieux. Une chose

a vraiment changé en moi : je ne mens plus je suis authentique avec ma référente ainsi que tout le personnel soignant et tous les patients, chose dont j'étais avant avec ma mère et ma femme et eux s'en sont tout se suite rendu compte, rien qu'au téléphone et quand ils m'ont vu.

C'est pour avoir plus de responsabilités que je voudrais passer en phase 2 et prolonger ma situation au sein de la structure. En aucun cas je vous décevrai pas. Vous pouvez avoir confiance en moi et de plus j'ai un réel projet pour la suite. »

Lettres de contrition affichées dans les locaux de la CT



« Mes chers colocataires,

Je suis très content de vous avoir connus et je suis vraiment dégoûté de partir, car j'aurais aimé passer plus de temps avec vous, mais malheureusement j'ai fait une connerie que je regrette mais voulait que je face.

Bon je vous souhaite un très bon parcours et à plus »

Cela fait un mois que je suis résident à la CT.
 Avant d'être admis je venais d'un centre psychiatrique pendant de courtes durées mais le fonctionnement de soins n'est pas le même qu'à la CT. (ex : quand on est pas bien ou quand on a envie de consommer on peut en parler plus qu'ici et différemment), cela a eu beaucoup d'influence sur mon comportement et de voir les choses. Donc j'ai eu 2 entretiens avec ma référente où elle m'a parlé de réorientation cela m'a beaucoup affecté car tous les éducateurs m'ont dit que j'étais bien dans mon soin, vu que c'est ma référente je les ai mal interprétés et je me suis fait beaucoup de souci. Donc je ne savais pas sur quel pied danser. Comme ces derniers temps il y a eu beaucoup de consommation, je n'ai pas pu résister donc j'ai consommé et à l'heure d'aujourd'hui je le vis mal d'avoir consommé car je n'ai pas fait le bon choix. Je regrette beaucoup ce geste.
 Mon objectif est de solliciter l'équipe éducative quand je voudrai consommer et quand j'aurai des soucis personnels. Car la communauté est là pour ça. Merci.

« Cela fait un mois que je suis résident à la CT

Avant d'être admis je venais d'un centre psychiatrique pendant de courtes durées mais le fonctionnement de soins n'est pas le même qu'à la CT (ex : quand on est pas bien ou quand on a envie de consommer on peut en parler plus qu'ici et différemment), cela a eu beaucoup d'influence sur mon comportement et de voir les choses. Donc j'ai eu 2 entretiens avec ma référente où elle m'a parlé de réorientation cela m'a beaucoup affecté car tous les éducateurs m'ont dit que j'étais bien dans mon soin, vu que c'est ma référente je l'ai mal interprété et je me suis fait beaucoup de souci. Donc je ne savais pas sur quel pied danser. Comme ces derniers temps il y a eu beaucoup de consommation, je n'ai pas pu résister donc j'ai consommé et à l'heure d'aujourd'hui je le vis mal d'avoir consommé car je n'ai pas fait le bon choix. Je regrette beaucoup ce geste.

Mon objectif est de solliciter l'équipe éducative quand je voudrai consommer et quand j'aurai des soucis personnels. Car la communauté est là pour ça. Merci »

RÉFÉRENCES

1. AFSSAPS, Point sur le suivi renforcé du Subutex (buprénorphine) et de ses génériques. Compte rendu de la 91ème réunion de la Commission nationale des stupéfiants et des psychotropes du 17 février 2011. http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/b2fb75f473939d0e4f5cdf8c2c46d59f.pdf [accédé le 03/12/2013].
2. BORRAZ O., *Les politiques locales de lutte contre le sida. Une analyse dans trois départements français*, Paris, L'Harmattan, coll. Logiques politiques, 1999, 336 pages.
3. BOURGEOIS M., « Les communautés thérapeutiques dans le traitement des toxicomanes », *Neuro-Psy*, Vol. 3, n° 3, 1988, pp. 143-147.
4. BOURGEOIS M., DELILE J.M., RAGER P. et PEYRE F., « Les "Communautés thérapeutiques" pour toxicomanes. Bilan et évaluation des soins », *Annales Médico-Psychologiques*, Vol. 145, n° 8, 1987, pp. 699-704.
5. BROEKAERT E., « What future for the Therapeutic Community in the field of addiction? A view from Europe », *Addiction*, Vol. 101, n° 12, 2006, pp. 1677-1678.
6. BROEKAERT E., VANDERPLASSCHEN W., TEMMERMAN I., OTTENBERG D.J. et KAPLAN C., « Retrospective study of similarities and relations between American drug-free and European therapeutic communities for children and adults », *Journal of Psychoactive Drugs*, Vol. 32, n° 4, 2000, pp. 407-417.
7. BROEKAERT E., VANDEVELDE S., SOYEZ V., YATES R. et SLATER A., « The third generation of therapeutic communities: the early development of the TC for addictions in Europe », *European Addiction Research*, Vol. 12, n° 1, 2006, pp. 1-11.
8. CARREAU-RIZZETTO M.C. et SZTULMAN H., « Comorbidité et communauté thérapeutique », *Annales Médico-Psychologiques*, Vol. 161, n° 4, 2003, pp. 290-295.
9. DE LEON G., « The therapeutic community: toward a general theory and model », dans TIMS F.M., DE LEON G., et JAINCHILL N. (Dir.), *Therapeutic community: advances in research and application*, Rockville, MD, NIDA Research Monograph 144, 1994, pp. 16-53.
10. DE LEON G., *The therapeutic community: Theory, model, and method*, New York, NY, Springer Publishing Company, 2000, 450 pages.
11. DELILE J.M. et BOURGEOIS M., « Les communautés thérapeutiques aux USA. Bilan et évaluation des soins », *Interventions*, n° 46, 1994, pp. 28-33.


12. FARGES F. et PATEL P., « Les communautés thérapeutiques pour toxicomanes », *Revue Toxibase*, n° 1, 1996, pp. 1-23.
13. GOFFMAN E., *Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates*, New York, NY, Anchor Books / Doubleday, 1961, 386 pages.
14. GUYARD J., *Rapport fait au nom de la Commission d'enquête sur les sectes*, Paris, Assemblée Nationale, 1995.
15. LERT F. et FOMBONNE E., *La toxicomanie : vers une évaluation de ses traitements*, Paris, La Documentation française, 1989, 144 pages.
16. MILDT (Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie), *Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool : 2004-2008*, Paris, La Documentation française, 2004, 76 pages.
17. MILDT (Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie), *Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011*, Paris, La Documentation française, 2008, 111 pages.
18. OFDT, *Drogues et addictions, données essentielles*, Saint-Denis, OFDT, 2013, 399 pages.
19. PALLE C., CADET-TAÏROU A., BASTIANIC T. et LERMENIER A., « Prises en charge des usagers et réduction des risques », dans OFDT (Dir.), *Drogues et addictions, données essentielles*, 2013, pp. 66-81.
20. PALLE C. et RATTANATRAY M., *Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie en 2010. Situation en 2010 et évolutions sur la période 2005-2010*, Saint-Denis, OFDT, 2013, 89 pages.
21. RAVNDAL E., « Research in the concept-based therapeutic community - its importance to European treatment research in the drug field », *International Journal of Social Welfare*, Vol. 12, n° 3, 2003, pp. 229-238.
22. VAN DER STRATEN G. et BROEKAERT E., *La nouvelle communauté thérapeutique : apprendre à vivre sans drogues n'est pas une utopie*, Louvain-la-Neuve, Academia Bruylant, 2008, 101 pages.

Citation recommandée

LANGLOIS (E.), *Évaluation des communautés thérapeutiques en France - Enquête sociologique sur la mise en oeuvre de deux nouvelles communautés*, OFDT, 2013, Saint-Denis, 85 p.

Crédits photographiques de la couverture

© Elena / © B. and E. Dudzinsky / © Richard Villalon / © Orlando Bellini - Fotolia.com



Les communautés thérapeutiques constituent un dispositif peu connu en France et souvent décrié. Le présent rapport porte sur la mise en œuvre de nouvelles communautés thérapeutiques (CT) consécutive au plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool (2004-2008) de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie. Comment fonctionne une CT ? Quelles sont les composantes du programme de soin offert aux résidents ? Quelle en est l'expérience et l'appréciation des professionnels et des résidents ? Telles sont quelques unes des questions abordées dans le rapport à partir d'une enquête sociologique conduite tout au long des deux premières années de création de deux CT ouvertes en 2007. Cinquante-cinq entretiens individuels approfondis ont été réalisés avec des résidents et vingt-six avec des professionnels des deux CT. Des investigations de type ethnographique ont également été conduites sur les deux sites concernés. Après avoir rappelé ce que recouvre le modèle thérapeutique canonique d'une CT, le rapport montre comment les professionnels et les résidents concernés s'en sont saisis à travers l'analyse des succès mais aussi des difficultés qu'ils ont rencontrées à l'ouverture des communautés.

**Observatoire français des drogues
et des toxicomanies
3, avenue du Stade de France
93218 Saint-Denis La Plaine Cedex**

[ISBN : 979-10-92728-04-0]

