



Numéro 46 - Décembre 2023
Ethnographier les institutions totales

Les communautés thérapeutiques pour usagers de drogues : comment les institutions se détotaient

Emmanuel Langlois, Jean-Michel Delile, Erwan Autès-Tréand

Résumé

Les institutions totales décrites par Erving Goffman dans les années 1950 aux États-Unis ont connu un succès intellectuel dans le monde entier. Depuis, les sciences sociales n'ont cessé d'analyser les évolutions qui touchent l'ensemble du phénomène institutionnel, entre annonce de son déclin et résurgence de dispositifs de contrainte dans de multiples domaines (centres fermés pour jeunes délinquants, centres de rétention pour migrants en situation illégale...). Le présent article propose une socio-histoire basée sur trois interventions dans des communautés thérapeutiques pour la prise en charge résidentielle d'usagers de drogue dépendants basée sur l'encadrement par les pairs. L'article montre que ces communautés qui initialement visaient l'abstinence ont débuté leur carrière sur le mode des institutions totales en développant un haut niveau de violence institutionnelle à l'encontre des reclus, puis ont connu des évolutions notoires qui montrent comment les institutions se sont détotaient pour devenir des organisations hybrides tant du point de vue des moyens engagés que des finalités normatives poursuivies. mots-clés : communautés thérapeutiques, usagers de drogues, pairs, addiction, soin résidentiel, détotaient

Abstract

Therapeutic communities for drug users : how institutions detotalize themselves The total institutions described by Erving Goffman in the USA in the 50s have enjoyed intellectual success the world over. Since then, the social sciences have continuously analyzed the changes affecting this institutional phenomenon as a whole, announcing its imminent decline, and then tracking the resurgence of restraint systems drawing on this logic in a wide range of areas (closed centers for young offenders, detention centers for illegal migrants, etc.). This article offers a socio-history based on three interventions in therapeutic communities for the residential care of dependent drug users based on peer supervision. The article shows that these communities, which initially aimed to achieve abstinence, began their careers in the mode of total institutions, developing a high level of institutional violence against detainees. They then underwent significant changes, demonstrating how institutions became detotalized and became hybrid organizations,

both in terms of the means employed and the normative goals pursued. keywords :
therapeutic communities, drug users, peers, addiction, residential care, detotalization

URL: https://www.ethnographiques.org/2023/Langlois_Delile_Autes-Treand
ISSN : 1961-9162

Pour citer cet article :

Emmanuel Langlois, Jean-Michel Delile, Erwan Autès-Tréand, 2023. « Les communautés thérapeutiques pour usagers de drogues : comment les institutions se détotaient ».

ethnographiques.org, Numéro 46 - Décembre 2023

Ethnographier les institutions totales [en ligne].

(https://www.ethnographiques.org/2023/Langlois_Delile_Autes-Treand - consulté le 21.12.2023)

ethnographiques.org est une revue publiée uniquement en ligne. Les versions pdf ne sont pas toujours en mesure d'intégrer l'ensemble des documents multimédias associés aux articles. Elles ne sauraient donc se substituer aux articles en ligne qui, eux seuls, constituent les versions intégrales et authentiques des articles publiés par la revue.

Les communautés thérapeutiques pour usagers de drogues : comment les institutions se détotaient

Emmanuel Langlois, Jean-Michel Delile, Erwan Autès-Tréand

Sommaire

- Introduction : une renaissance en trompe l'oeil
 - Mort et résurrection des institutions totales
 - Les institutions comme phénomène dynamique
- Méthodes : une observation et trois temporalités
- Des institutions totales aux communautés thérapeutiques : une ligne droite ?
 - Les origines des communautés thérapeutiques
 - Point de bascule vers la « détotalisation »
 - Implantation en France
- Ethnographier la détotalisation
 - États-Unis, années 1980, une lente bifurcation
 - France, années 2010, dilution des frontières et équipes mixtes
 - France : contrainte consentie et ordre négocié
- Conclusion : des institutions hybrides
- Notes
- Bibliographie

Introduction : une renaissance en trompe l'oeil

Toutes les sociologies post-fonctionnalistes ont montré l'épuisement des institutions traditionnelles. D'une part, le travail de fabrication d'individus « conformes » et parfaitement adaptés au système social est plus compliqué du fait de l'épuisement du « programme institutionnel » (Dubet [2002](#)), d'autre part, ces institutions ont été exposées à une forte critique dans le courant des années 1970, par les mouvements « antiautoritaires » de l'antipsychiatrie ou de la déscolarisation de la société. Leurs fondements disciplinaires ont été sapés conduisant à une profonde transformation des institutions sommées d'adopter des modes socialement acceptables de contrainte, de contrôle des déviances et de discipline des corps dans un plus grand respect des personnes. Ces mutations s'opèrent dans un nouveau climat libéral qui pousse au développement des droits individuels dans des espaces où ils étaient secondaires, et à un mouvement général de « détotalisation » (Rostaing [2009](#), [2021](#)).

Mort et résurrection des institutions totales

Prisons, hôpitaux, casernes, monastères, camps d'internement... la « *total institution* » (TI) chez Erving Goffman ([1957](#), [1968](#)) [[1](#)] est un concept puissant qui distingue cinq catégories de structures [[2](#)] et qui repose sur des principes invariants. Alors que dans les sociétés modernes, les individus dorment, travaillent, se distraient, se rencontrent et échangent dans différents espaces, sous différentes autorités et sans organisation générale planifiée, le point caractéristique des TI est d'abattre les barrières entre ces différentes sphères de la vie. Le caractère englobant ou total se traduit matériellement par des barrières séparant le dedans du dehors (portes closes, murailles), par une division entre les résidents (« *inmates* ») et une minorité de personnes qui les supervisent, l'équipe d'encadrants (« *staff* »). Pour Goffman, « *these establishments are the forcing houses for changing persons in our society* » (Goffman [1957](#)). La contrainte y est souvent rude (« *harsh* ») et les nouveaux entrants font l'objet de processus de « mortification » qui les forcent à renoncer à ce qu'ils sont jusqu'à la négation de l'identité personnelle (Amouroux et Blanc [2001](#)). Un système autoritaire sanctionne tout écart par des punitions et à l'inverse, récompense la soumission aux règles par des « privilèges ». Enfin la plupart des TI affirment se préoccuper de la « réhabilitation » des résidents qui doivent maintenir d'eux-mêmes les standards sociaux une fois repartis vers le monde extérieur. Toutefois, Goffman estime que c'est peu le cas et qu'au contraire, la stigmatisation et ces expériences d'aliénation, d'humiliations ainsi que l'amertume du sentiment d'injustice, rendent encore plus difficile une resocialisation, d'autant que le fait d'être passé par une TI est rarement une vertu à l'extérieur.

Ces dernières décennies, en particulier dans le champ de la santé mentale (Velpry [2016](#)), des changements assez spectaculaires ont affecté les TI : désinstitutionnalisation, virage ambulatoire, démocratisation, droits et participation des usagers, professionnalisation, judiciarisation. Le temps des institutions totalitaires semble révolu, renvoyant *Vol au-dessus d'un nid de coucou* (1975) au rang des monstruosité historiques. Mais force est de se demander si les rhétoriques de la fin des institutions autoritaires ne rencontrent pas leurs limites aujourd'hui alors qu'on assiste dans divers domaines à l'éclosion ou à la remise au goût du jour de nombreuses organisations qui s'appuient sur le principe de l'enfermement : Unités pour malades difficiles (UMD), Centres éducatifs fermés (CEF) pour mineurs délinquants, Centres de

rétenion administrative (CRA) qui enferment des milliers d'étrangers en situation irrégulière, ou encore la montée en puissance des soins sous contrainte. Bref, l'heure semble à la renaissance d'un modèle disciplinaire assez classique dans le traitement des populations jugées à risque ou incapables de se « gouverner » elles-mêmes pour des raisons sociales ou sanitaires via leur enfermement derrière des murs ou encore par leur relégation dans des « zones d'abandon social » (Biehl [2005](#)). Les *Total Institutions* telles que Goffman les définit dans *Asiles* renaissent-elles... vraiment ?

Les institutions comme phénomène dynamique

Le présent article part du principe qu'il faut relativiser à la fois la crise générale du fait institutionnel et la résurgence des institutions totales pour observer l'émergence de nouvelles formes institutionnelles plus hybrides (Bezes, Lallement et Lorrain [2005](#) ; Demailly [2008](#)). Afin de documenter ces mutations, l'article propose de s'appuyer sur une étude de cas portant sur des communautés thérapeutiques (CT) qui sont des dispositifs résidentiels de prise en charge d'usagers de drogues dépendants ayant généralement une longue carrière dans les addictions et dont le but est le retour à l'abstinence. Leur modèle thérapeutique est axé sur « la communauté comme méthode » : participation au groupe, entraide/contrôle « horizontal » par les pairs, seniors référents. Les CT sont le fruit d'une histoire mouvementée où leur caractère total a été constamment interrogé, en particulier aux États-Unis où de graves dérives ont eu lieu dans la communauté emblématique de Synanon (Carter [1984](#) ; Delile [2011](#)). En France, après une première expérience (mouvement *Le Patriarce*) qui a aussi sombré dans des dérives sectaires, leur destin a paru scellé lorsque Simone Veil, alors ministre de la Santé, a dénoncé leur fonctionnement fait de pratiques humiliantes, de hiérarchie stricte, de sanctions et surtout la promotion d'une méthode de « décérébration » basée sur un réapprentissage des comportements (Demange [2011](#)). Les CT ont pourtant été relancées par le Plan de prise en charge et de prévention des addictions (2007-2011). Non sans critique et suspicion de la part des travailleurs sociaux de l'époque (fortement empreints de culture antiautoritaire et psychanalytique) qui jugèrent aussi ces méthodes brutales, intrusives, basées sur la pression psychologique du groupe. Sans compter que les CT portaient une certaine dimension spirituelle (Jaufret-Roustide [2010](#)) assez peu tolérée dans le contexte français. Que s'est-il passé entre-temps ? Si les CT semblaient annoncer un retour des TI en empruntant nombre de leurs traits, une lecture diachronique montre qu'elles ont glissé vers des formes plus libérales.

Méthodes : une observation et trois temporalités

Le présent article s'appuie principalement sur une ethnographie ancrée dans plusieurs temporalités. Une première période nous servira de référence historique pour identifier les points cardinaux à partir desquels décrire les CT et juger de leur évolution vers un processus de détotalisation. Lors d'un terrain de quatre semaines effectué en 1986 dans une CT implantée au sein d'un service de psychiatrie de l'Hôpital universitaire de Minneapolis (États-Unis), un des auteurs de cet article a conduit de nombreuses observations participantes dans le cadre de ses études de médecine et de psychiatrie. Ces observations ont été par la suite renforcées au cours de sa pratique professionnelle comme responsable d'une importante structure médico-sociale dans la prise en charge des addictions et ont joué un rôle de premier plan dans les instances représentationnelles des acteurs de l'addictologie. La seconde période d'observation

couvre les années 2008-2010, lorsque quatre CT ont été lancées en France dans un cadre expérimental. Un des auteurs de cet article a été membre de l'équipe pluridisciplinaire en charge de l'évaluation de la mise en place de ces nouvelles communautés, et a été responsable de l'évaluation sociologique et qualitative. Dans ce cadre, deux CT localisées dans le sud-ouest de la France ont été étudiées [3]. Le protocole d'enquête visait à la fois à analyser l'expérience des résidents (55 entretiens), l'organisation du travail chez les encadrants (25 entretiens) et à observer les dynamiques de la vie communautaire (18 jours d'observation sur site). Une troisième période a été réalisée dix ans plus tard dans les deux mêmes CT alors que ces dispositifs ont atteint leur rythme de croisière. Cette intervention ethnographique (mars-avril 2018) a été effectuée par un des auteurs de cet article dans le cadre d'un travail de thèse en anthropologie sociale sur la gouvernance de la santé mentale. Le cas des CT y a été analysé pour mesurer les tensions entre les nouvelles normes autour de la participation des patients et leur traduction réelle à l'échelle locale. L'intervention associe des échanges informels en amont du terrain, quatre jours d'immersion en CT, et trois entretiens avec des acteurs politiques en charge des CT.

Dans un jeu de comparaison à un double niveau, entre les CT françaises expérimentales et routinisées, entre l'histoire des CT dans un contexte plus large et le modèle actuel des CT françaises, il s'agira de retracer les lignes de force de l'hybridation des CT. Leur étude souligne l'importance de faire une ethnographie en milieu fermé et d'aller voir par-delà les murs. Nombre de points informent le caractère total de ces organisations et notre article est focalisé sur la double dimension de « travail sur autrui » et de contrainte qui sont au cœur de la matrice institutionnelle. La notion de « travail sur autrui » (Dubet 2002 ; Laforgue 2015) invite à analyser l'action des institutions dans la production des individus (éducation, soin, rééducation...). Il se traduit par la mise en œuvre de moyens orientés par une finalité normative homogène. C'est la raison pour laquelle la question de la contrainte est centrale dans nos observations car elle indique quels sont les moyens que les CT jugent nécessaire de déployer et ses attentes concernant le type d'individu qu'est censé devenir l'utilisateur-résident. Dans un entretien en 2004, Robert Castel notait :

[...] ce qui peut expliquer une certaine fascination mêlée de rejet pour la *total institution*, c'est la dimension de la contrainte. L'asile, l'hôpital psychiatrique ont, je pense, donné une concrétisation paradigmatique de la contrainte sociale, et c'est par là qu'à travers l'analyse de la prise en charge de la folie, on touche à la question du pouvoir ... (Gardella et Souloumiac 2004 : 108)

Questionner la contrainte, c'est dire ce qu'est effectivement devenue la *Total institution*. Les CT sont passées d'un mode de fonctionnement basé sur la réclusion forcée [4] où « tout départ [était] considéré comme lâchage [car] un patient doit rendre ce qu'on lui apporte, c'est-à-dire qu'il doit à son tour aider les autres, devenir cadre de l'association » (Farges et Patel 1996), à un mode plus ouvert où le « droit au départ » est une demande légitime. De même, aucun objectif ultime n'était fixé à la cure, hormis l'impératif de rester abstinent. Désormais, la recherche de bénéfices thérapeutiques relevant de la santé globale et une perspective de réinsertion socioprofessionnelle sont aussi des boussoles pour les communautés où l'encadrement est maintenant clairement assuré par des professionnels du soin.

Des institutions totales aux communautés thérapeutiques : une ligne droite ?

Bien que les communautés thérapeutiques fussent une approche très largement répandue au plan international dans le traitement des addictions [5], leur développement est resté très limité en France jusqu'à une époque récente (années 2008). Elles restent donc assez peu connues. Malgré leur relative diversité, les CT ont en commun l'idée d'utiliser les relations et les activités communautaires au sein d'un établissement résidentiel pour promouvoir un changement social et psychologique. Les CT offrent un environnement sans drogues illégales ou légales (« *drug free* ») où vivent des personnes souffrant d'addictions dans un cadre organisé, structuré et hiérarchisé afin d'encourager une évolution favorable. La caractéristique des CT est l'utilisation de la communauté elle-même comme ressort essentiel de changement. « La communauté comme méthode » (De Leon et Unterrainer 2020) est le cœur de l'approche CT qui repose sur le partage d'activités structurées auxquelles doivent participer les résidents et les membres de l'équipe professionnelle. Les pairs jouent un rôle essentiel comme modèles et superviseurs qui fournissent un exemple positif et relaient le système de valeurs et la philosophie des CT.

Les origines des communautés thérapeutiques

Le concept de communauté thérapeutique fut initialement développé au début des années 1950 en Grande-Bretagne par Maxwell Jones dans le courant de la psychiatrie sociale qui fut amplifié ensuite par Ronald Laing dans l'esprit de la psychothérapie institutionnelle, du « *community healing* », hors des murs des établissements psychiatriques. En réaction au caractère « totalitaire » des institutions asilaires, il s'agissait d'étendre la responsabilité du processus thérapeutique « à l'ensemble de la communauté, y compris les patients » (Jones 1956). Un peu plus tard, en 1958 à Santa Monica (Californie) un nouveau modèle de CT vit le jour avec la communauté Synanon. En filiation directe avec l'idéologie des Alcooliques anonymes (AA), mais en tentant de l'adapter à des usagers de drogues dans un cadre résidentiel, ces CT uniquement animées par des « ex-toxicomanes », récusaient l'approche médicale et tous traitements médicamenteux et fonctionnaient selon un modèle dit « hiérarchique » assez rude qui s'est imposé face aux CT dites « démocratiques ». Le fonctionnement se fait sur un mode paramilitaire (uniformes de salopettes, crânes rasés...), on y instaure des techniques violentes de rééducation et de contrôle permanent par le groupe de pairs et ses leaders. Pour son chef-fondateur charismatique Charles E. "Chuck" Dederich, lui-même ancien des AA, la sévérité de l'état des usagers nécessitait des interventions de plus haute intensité, sur le plan social avec un programme structuré de tâches et de travaux collectifs, et entrecoupé deux à trois fois par semaine par une activité essentielle : le « *game* », une forme d'ouragan collectif de condamnations verbales, d'insultes et d'abus de toutes sortes, sans aucune retenue où chacun pouvait être mis en accusation par le groupe pour un comportement déviant (Yates 2011). Ces séances de confrontation étaient appelées par les résidents francophones de la CT de Portage (Canada) des « *groupes d'hostilité* » (Nadeau 1985). Dans ce type de CT, la finalité se veut aussi morale et vise une forme de rédemption. Les CT sont ainsi traversées par une dimension profondément religieuse. La WFTC (*World Federation of Therapeutic Communities*) fut longuement présidée [6] par l'Évêque catholique William B. O'Brien, un des pères fondateurs de la communauté Daytop (1962). Frederick B. Glaser (1981) a retracé la filiation entre les CT, les AA et les préceptes du Groupe d'Oxford et de son fondateur, le Dr Frank Buchman, un prêtre luthérien charismatique et

prosélyte issu de la tradition évangéliste radicale adepte des « *rebirth* » et « *newborn* ». La confession publique des péchés, la soumission totale au groupe des croyants et à ses chefs, la discipline, le respect absolu des valeurs enseignées devaient amener à une seconde naissance, une réelle conversion, souvent brutale et très émotionnelle lors d'une expérience mystique. Les systèmes de soutien communautaire apparaissent assez largement « *culture specific* » et liés à une tradition de groupes religieux protestants anglo-saxons [7] où le rejet des médecins et des professionnels semble être un avatar du rejet historique des prêtres. L'auto-accusation, la pénitence et l'avis public sont, plus que la confession privée, la voie prescrite pour l'assomption de l'individu par la communauté, à la fois accusatrice et rédemptrice (Bourgeois *et al.* 1987 ; Delille et Bourgeois 1994). Cette inclinaison à la purification a exposé les CT aux dérives sectaires (Nadeau 1992) et les a fait entrer dans la catégorie de TI décrites par Goffman.

Point de bascule vers la « détotalisation »

Les excès de Synanon ont conduit certains de ses membres à conserver le modèle CT mais à se débarrasser de ses oripeaux totalitaires. Il convient ici de souligner le rôle essentiel de David Deitch, un ex-usager et ex-dirigeant de Synanon qui devint l'un des fondateurs de Daytop Village (NYC) avant de rejoindre Phoenix House créée en 1967 (NYC). Deitch faisait partie du premier cercle de Dederich, il était un de ses « Jeunes Lions » appelés à fonder par essaimage de nouvelles communautés, hors de la maison-mère, sur le modèle des Ordres monastiques. Il ouvrit ainsi la première CT de Synanon sur la Côte Est à Westport (Connecticut) et accéda au poste de directeur associé de la Fondation Synanon (Deitch 1999). Mais il marqua son désaccord lorsque Dederich, choqué par la rechute d'anciens résidents de Synanon, une fois le programme achevé, en conclut que la société était trop malade et qu'il convenait de... supprimer les sorties. Il n'y aurait aucune issue hors de la CT, les admissions devenaient quasi définitives. Pour Deitch, le but restait au contraire le retour dans la société et il refusa d'obéir. Pour cela, il fut dégradé au sens militaire du terme et renvoyé au nettoyage des sols et des toilettes. Au bout de quelques semaines, il décida de partir avec deux dollars en poche.

Revenu sur la Côte Est, Deitch fut amené à la demande d'un psychiatre, Dan Casriel, à s'occuper de Daytop (*Drug Addicts Treated On Probation*), un centre accueillant 35 condamnés passablement « ravagés » (« *nutty* »). Il introduisit les méthodes de Synanon (expiation collective, confrontations émotionnelles, crânes rasés...) mais aussi des approches nouvelles dont le recrutement d'éducateurs professionnels. Le modèle s'éloignait de la place exclusive réservée aux seuls ex-usagers pour s'ouvrir à la présence de familles et de professionnels. C'est dans ce contexte qu'un autre psychiatre, Efran Ramirez, fut nommé par le maire de New York pour combattre « l'épidémie » d'héroïne qui commençait à faire des ravages (Ramirez 1968). Grand admirateur de Maxwell Jones, Ramirez poussa Deitch à adopter le terme de communauté thérapeutique en le convainquant que c'était le meilleur moyen de gagner quelque crédit dans le monde de la santé mentale (Deitch 1999). Avec l'expérience Daytop, l'ouverture aux familles, aux professionnels et le rapprochement avec le monde du soin ont opéré une bifurcation dans l'histoire des CT. Par la suite, Deitch rejoignit la Phoenix House et Mitch Rosenthal, un psychiatre qui avait travaillé à l'Hôpital militaire d'Oakland (Californie). Celui-ci, observant que le fonctionnement de Synanon était compatible avec la discipline militaire, avait ouvert une CT dans cet hôpital de la Marine américaine. À New York, il contribua à développer une approche encore plus

professionnelle et ouverte, se réclamant de règles plus strictes au plan éthique notamment vis-à-vis de la violence et de la possibilité de quitter la CT. Rosenthal (1989) insistait aussi sur la nécessité de construire des relations de travail toujours plus étroites avec les professionnels et institutions de la médecine, de la santé mentale et des services sociaux. Au fond, de ramener les CT dans un monde davantage soumis à l'éthique et à la déontologie professionnelle.

Implantation en France

Ces évolutions furent transposées en Europe puisque ce sont bien Daytop et Phoenix House qui créèrent ou inspirèrent les premières CT européennes en Grande-Bretagne, même si Rosenthal lui-même rappela que pour implanter Phoenix à Londres il avait dû renoncer aux « crânes rasés » (« *shave heads* »). En France, les dérivés de Synanon trouvèrent un écho dans celles de l'association du Patriarce. Fondée en 1972 près de Toulouse par Lucien Engelmajer, celle-ci connut rapidement le succès jusqu'à devenir un véritable empire international, gérant plus de 250 centres dans 17 pays. Au-delà de caractéristiques proches de celles décrites avec Synanon, les signalements se multipliaient au sujet d'abus de toutes sortes, psychologiques, physiques, sexuels... dans un contexte où les « bénéficiaires » commençaient à être reconnus comme des sujets de droit. Les violences, l'exploitation économique des résidents, mais aussi le comportement de plus en plus aberrant et paranoïaque du fondateur [8] amenèrent à son éviction en 1998 par le CA de l'organisation qu'il avait créée, puis à sa condamnation à la prison en France en 2006 alors qu'il vivait en exil.

Dans le monde anglo-saxon, Daytop Village et Phoenix House avaient rompu avec le totalitarisme de Synanon, s'étaient ouverts aux professionnels et autorisaient les départs mais restaient fondés sur un comportementalisme agressif évoquant des camps de rééducation. Les « cheveux tondus » (« *hair cut* »), les salopettes obligatoires, les panneaux humiliants accrochés autour du cou, les violences des séances de confrontation n'avaient pas seulement heurté les courants libertaires ou psychanalytiques alors dominants en France chez les intervenants en toxicomanie, mais aussi la ministre Simone Veil pour qui ce type de traitement faisait écho à son propre passé concentrationnaire.

Ethnographier la détotalisation

Comme terrain, chaque communauté thérapeutique attire l'attention de l'anthropologue en ce qu'elle offre une unité synchronique de lieu et d'action, avec une dramaturgie riche d'interactions sociales denses à observer. Entre lieu de soins et communauté d'entraide vivant à l'écart de la cité, c'est un terrain difficile où les résidents racontent parfois des épreuves douloureuses et puis disparaissent aux yeux de l'observateur. Pour en saisir les mutations, il faut souvent relier des expériences séparées par le temps et l'espace. Cet article s'appuie donc sur nos trois observations pour décrire les processus de détotalisation qui ont agi les CT.

États-Unis, années 1980, une lente bifurcation

Ce premier ensemble d'observations correspond à la période de bifurcation que nous avons évoquée plus haut, lorsque les CT se sont distinguées des TI. Lors d'un terrain réalisé en 1986 dans la CT de Minneapolis, les séances de confrontation ont pu être

observées dans un format proche de leur mouture initiale bien que cette CT affiliée au « *Minnesota Model* » proposait déjà une approche mixte de traitement et de rétablissement des personnes dépendantes, s'appuyant sur des équipes mixtes à la fois ancrées dans la tradition « *self help* » des AA et sur un cadre professionnel hospitalier classique. Les séances de confrontation sont pour l'observateur des expériences marquantes. Alors que le reste du temps était calme et paisible, rythmé par les « *morning meetings* », les « *bonding meetings* », les activités d'entretien des locaux, de préparation des repas, les exercices de gestion des émotions ou d'étude des 12 étapes, ces séances semblaient tenir plus du chaos, dans une ambiance de décharge émotionnelle. Hurllements, vociférations, mises en accusation des fautifs auxquels étaient reprochés par le groupe leurs manquements. L'observateur note à son retour en France :

Tout comportement déviant (paresse, retard au travail, à une réunion, tendance à l'isolement...) est traduit en termes de symptôme égoïste faisant le lit de la toxicomanie et doit donc être combattu. Le fautif est mis en accusation (celui d'aujourd'hui pour avoir écrasé un mégot de cigarette sur le sol et être parti sans le ramasser) devant l'ensemble de la communauté qui lui exprime par ses vociférations tout son mépris pour ces conduites inqualifiables, son autocomplaisance, sa lâcheté... Ensuite une peine est fixée (perte de privilèges, corvées, porter une pancarte autour du cou « je suis nul », « je résiste, aidez-moi », rester en pyjama ou dans le froid dans la cour, etc.) Le seul droit du fautif est de dire « merci », de faire des aveux complets, d'implorer l'aide du groupe et de s'engager à se conformer inconditionnellement aux règles de la communauté. Ainsi, il retrouve immédiatement la chaleur affective du groupe (pleurs, rires, cris de joie, embrassades, chants...) Après avoir purgé sa peine, il pourra retrouver ses responsabilités antérieures (Delile 1988).

Une stricte discipline est donc exigée par le « *staff* » qui se donne les moyens de la faire respecter par un système de punitions/récompenses selon que le résident se conforme parfaitement ou non aux règles de la communauté. Les sanctions peuvent aller des corvées et des humiliations publiques jusqu'à des contraintes et violences physiques. Les résidents eux-mêmes sont des acteurs essentiels de ce contrôle collectif et ils se doivent de dénoncer et critiquer violemment toute infraction d'un des leurs, lors de ces séances de « *game* ». D'une certaine manière, la violence institutionnelle est acceptée [9] et elle est portée par les reclus eux-mêmes. En revanche, dès que le fautif a reconnu sa faute, l'a expiée et s'est engagé sincèrement à ne pas récidiver en remerciant le groupe pour son aide brutale, il est réintégré avec enthousiasme.

Ces pratiques ont été remises en cause au nom du droit des personnes et par la montée en puissance du concept d'addiction à la fin des années 1990 (Fortané 2014) qui redéfinit la dépendance aux drogues pour en faire une maladie chronique dont le siège est le cerveau. La rupture avec Synanon comme modèle dominant fut une volonté des fondateurs de Daytop et de Phoenix de mettre fin aux débordements, d'interdire les violences et d'autoriser les départs même prématurés sur simple décision du résident. De même, les admissions en CT devaient se faire toujours sur une base volontaire et même les dispositifs en milieu carcéral ne s'ouvraient qu'aux détenus qui en faisaient eux-mêmes la demande.

France, années 2010, dilution des frontières et équipes mixtes

Lorsqu'on observe les CT qui ont été implantées en France depuis 2010, c'est un tout autre paysage institutionnel qui s'offre au regard de l'observateur. Les CT françaises sont à la fois le fruit de l'évolution interne des CT dans le monde anglo-saxon et celui de l'expression d'un cadre juridico-normatif franco-européen. Cette identité se traduit notamment par une forte redéfinition de dimensions traditionnelles des TI, en particulier les frontières entre intérieur et extérieur, et entre staff professionnel et résidents.

Lorsqu'on se rend dans une communauté thérapeutique, on peut être étonné, à l'heure de l'accessibilité des services, de la diffusion des pratiques de réduction des risques dans l'espace public, des équipes mobiles et de l'aller-vers, de se retrouver isolé à la campagne. Ce qui n'est pas sans rappeler les implantations asilaires du xix^e siècle, loin des miasmes des villes, ou encore les lieux monastiques. Ce sentiment de relégation n'est pas sans soulever la question des frontières que la CT instaure pour produire sa réalité symbolique et matérielle, et qui donne donc un contenu concret à la vie communautaire. Ces frontières apparaissent bien poreuses aujourd'hui. Les murs d'enceinte n'existent pas, les résidents sortent seul ou en groupe pour aller voir leur famille, aller au cinéma ou au bowling ou encore faire quelques courses dans le village voisin, y compris parfois des substances prohibées par la CT. Ce qui régit l'intérieur n'est plus imperméable aux valeurs et standards sociaux du monde extérieur. Le statut de résident ne conduit pas à mettre entre parenthèses les droits des usagers. De même, la distinction entre résidents et encadrants (« *inmates/staff* ») existe toujours sur un plan fonctionnel (les uns sont salariés pour s'occuper des autres) mais elle ne structure que partiellement la vie de la communauté. L'observation directe montre que les uns et les autres ne se pensent pas dans des mondes séparés mais partagent les épreuves de l'emploi, de la santé, ou parfois encore de la parentalité. D'un côté, le rapport aux produits chez les salariés n'est pas toujours limpide, et de l'autre le résident peut jouer aussi un rôle d'encadrant avec des responsabilités, voire un rôle de soignant en aidant ses pairs (et lui-même) à ne pas rechuter (principe du « *self help* »).

L'équipe professionnelle est assez étoffée dans les CT françaises. Cadres, éducateurs, moniteurs-animateurs sociaux mais aussi infirmiers, « psy » et médecins ont dû y recréer leur territoire professionnel et s'engager dans des pratiques coopératives. Les équipes sont mixtes dans le sens où elles ne sont pas dépendantes d'une seule philosophie d'intervention ou culture professionnelle. Cette évolution a commencé à voir le jour dans Daytop et encore plus à la Phoenix House, et dans l'esprit du « *Minnesota Model* ». Ce système combinant un pouvoir associant résident-encadrant à de multiples légitimités professionnelles a été un outil de normalisation et de réduction des risques de dérive totalitaire. L'ouverture à la pluridisciplinarité et à des approches complémentaires y compris médicales et médicamenteuses ou à des psychothérapies individuelles, a transformé la nature du « travail sur autrui » porté par les CT. Les projets de rétablissement et de retour dans le monde extérieur ont permis à de nombreuses CT de rompre avec leur volonté d'isolement et de marginalité pour accepter de s'insérer dans l'univers institutionnel « mainstream » (Yates [2011](#)). C'est particulièrement évident en France où ces dispositifs relèvent du champ du médico-social. En devenant un espace de travail collaboratif, les CT ont amorcé un cycle de détotalisation.

Après un temps passé en immersion dans la CT, l'observateur constate que l'image première de l'asile ou du monastère s'efface devant une multiplicité de réalités plus fines et fluides. Les communautés sont traversées par des flux de paroles : ici un groupe de parole, ici une relation affinitaire de pair-aidance, ici des conversations sur un

banc à l'écart, ici encore un échange complice entre un résident et un moniteur d'atelier, partout de micro-échanges intersubjectifs qui contribuent à soigner les autres et tout simplement faire vivre le lieu, y compris dans son organisation matérielle et tout ce que Goffman aurait pu concevoir comme des interactions interstitielles au sein de l'ordre communautaire établi.

France : contrainte consentie et ordre négocié

Dans les CT en France, le système d'autorité hérité des communautés américaines est passé par les fourches caudines d'un autre cadre juridico-culturel. Le mouvement des CT [10] s'est lui-même réformé à l'échelle internationale en se dotant de chartes éthiques. En France, la pérennisation de l'expérimentation fut conditionnée à la maîtrise des risques sectaires (Malivert *et al.* 2012 ; Langlois 2013). En tant qu'Établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS), le cahier des charges des CT impose la conformité avec la loi de 2005. Le résident a donc des droits. En tant que patient dépendant, il bénéficie du statut de malade et des droits qui lui sont attachés (droit d'être informé, droit de participer à la décision médicale, droit de refuser des soins...). Tout l'édifice du droit médico-social en France promeut des prises en charge individuelles et un respect strict de ces droits. Ainsi, certaines pratiques en CT peuvent être vues comme des entorses bénignes : l'interdiction d'accéder à son téléphone portable pendant une partie de la journée, la non-recommandation de relations amoureuses « au grand jour » entre membres de la CT, la communauté comme méthode d'action... La dimension disciplinaire est de faible intensité.

Les CT ont une image rigide, où l'autorité ne se discute pas et où les objectifs sont clairs et impérieux : imposer la norme l'abstinence et implanter une moralité qui – pense-t-on – fait défaut aux « toxicomanes », vocable aujourd'hui jugé stigmatisant. Au début des années 2000, les CT ont été notamment promues par des sénateurs conservateurs séduits par cette double promesse. Il leur semblait que des lieux de coercition étaient les mieux à même de conduire vers l'abstinence et d'offrir un modèle alternatif aux logiques de sécurisation des consommations dans une approche de réduction des risques, et à la politique de prescription massive de traitements de substitution aux opiacés (TSO). Selon les promoteurs conservateurs des CT, la politique de substitution était dispendieuse pour l'Assurance maladie et il était honteux que ce soit l'État qui fournisse la « drogue » plutôt que de lutter contre ce « fléau social ». Les associations de prévention et de soins en addictologie qui sont gestionnaires de ces communautés les ont intégrées dans leur offre de services et en ont fait des lieux de répit et d'accompagnement plutôt que des dispositifs punitifs. La rechute est interprétée à travers les cadres de l'addiction comme maladie chronique et non dans un registre de la dépravation morale. Elle est davantage un recul (« *setback* ») qu'une rechute dans le péché (« *relapse* »). Pour les soignants des CT, elle est même indispensable en ce qu'elle ouvre une fenêtre de réflexivité nécessaire au processus de soin. Dans les CT historiques, la punition est la thérapeutique comme l'avait mis en évidence Michel Foucault pour l'asile dans une période où les capacités pharmacologiques étaient quasiment nulles. C'est en ce sens qu'il ne peut être question d'échapper à l'emprise de l'institution. Dans l'expérience française, plus récente, la philosophie du soin (Keller et Pierret 2000 ; Worms 2010) a semblé plus structurante que l'ordre disciplinaire (Denis *et al.* 2011 ; Langlois 2022).

L'observation a montré des situations ambiguës où le groupe peut mettre la pression sur un résident et lui rappeler son inconduite, mais est privé de sa force punitive dans le même mouvement. Lors d'un groupe de parole, plusieurs résidents s'énervent sur le manque de prise de distance d'un résident par rapport à ses consommations passées : *« T'es un menteur ! Elle est où ta stratégie sur l'alcool ? Au bout de quatre mois de soins, c'est la première fois que tu sortais tout seul, tu as vu la catastrophe que tu as faite ? Je te vois dehors toujours en train de rigoler... »*. Mais la pression du groupe est toujours modérée par les professionnels. Une autre observation a porté sur un conseil de discipline où l'on discutait du cas d'un résident qui a consommé des substances lors d'une sortie. Les encadrants pairs sont les plus virulents et veulent l'exclure définitivement de la communauté mais les professionnels s'y opposent car cette exclusion viendrait détruire les gains réalisés dans le parcours de soins. L'autorité et la violence institutionnelle s'émoussent en faveur de la logique du soin. De la même manière, les professionnels sont toujours prompts à décharger les résidents de l'impératif de participation au fonctionnement du dispositif au profit d'un souci de soi. Le directeur d'une CT clôt ce débat : *« c'est pas la peine de donner trop de responsabilités aux gens quand ils sont là pour se soigner »*.

Quand bien même laisserions-nous de côté le rôle du soin comme logique régulatrice principale, la contrainte opposée aux résidents serait assez faible car le groupe communautaire est d'une faible densité. Au fil des jours de l'observation, il paraît clairement que le contrôle social s'exerce de manière variable dans la communauté. Cela tient au profil des résidents. Certains sont de vrais reclus (par exemple ceux qui sont à la rue...) et doivent d'autant plus jouer le jeu qu'ils n'ont aucune alternative résidentielle et ne peuvent subvenir à leurs besoins. D'autres conservent leur appartement personnel, ce qui leur offre une marge de liberté importante dans leur rapport à la structure. La plupart viennent de leur plein gré à la recherche d'un programme qui saura (enfin) les tirer d'affaire. Alors que d'autres ont une épée de Damoclès au-dessus d'eux, car ils sont en attente d'une décision de justice et doivent montrer qu'ils font des efforts pour revenir dans le "droit chemin". Certains sont perçus comme prenant des risques importants pour eux et pour leur entourage. D'autres ont des consommations plus "tolérées" socialement comme l'alcool. On observe aussi une relative diversité dans les trajectoires de vie en termes d'expériences professionnelles, de situation conjugale et parentale... Le groupe est donc plus hétérogène qu'il n'y paraît. Son identité est assez floue. La pression qu'il est en mesure d'exercer pour l'imposition d'un code de conduite homogène et d'une fidélité au groupe est plus faible, car les critères d'expérience et de jugement s'appuient sur des références normatives variées. Quant au groupe professionnel, son identité est également assez fluide, en particulier pendant la période expérimentale où un fort turn-over dans les équipes a pu être observé. L'analyse des trajectoires et des carrières des professionnels en poste dans les premières CT françaises montre que beaucoup souhaitent partir, attendaient de meilleures opportunités professionnelles plus proches de leur centre d'intérêt personnel (les thérapies familiales, les maisons d'accueil pour enfants autistes, des postes à l'hôpital...) On travaille souvent à la CT parce qu'on a besoin de compléter un temps partiel, ou d'un poste près de son domicile. La période plus récente va plutôt dans le sens d'une plus grande stabilisation, qui reste relative à l'image de ce qu'on observe généralement dans le champ du travail social. Le principe des CT est mieux compris par les professionnels et mieux encadré dans la réalité institutionnelle française. On est loin des chevaliers de la lutte contre la drogue portés par une mission quasi divine !

Conclusion : des institutions hybrides

Il résulte un portrait en demi-teinte et une ambivalence morale face à la contrainte qui appellent à décrire les tensions qui traversent les TI, leurs logiques d'action et finalités. Dans les CT, la détotalisation se traduit par une hybridation de logiques contradictoires qui révèlent la pluralité des formes de l'action institutionnelle contemporaine (Laforgue 2015 ; Demailly 2008).

Le « travail sur autrui » s'hybride en combinant des techniques d'assujettissement et des techniques de responsabilisation. Du côté des techniques d'assujettissement, les agents posent des règles, des dispositifs de contrôle de la loyauté des individus dans une perspective quasi foucauldienne qui vise la normalisation des pensées, des comportements ainsi que du vécu même des individus. Dans la CT, cette forme de contrôle existe (contrôle alcoolémie, contrôle urinaire, sanctions, fouille des effets personnels, devoir de transparence sur ses émotions...), mais elle se combine aux techniques de responsabilisation (engagement dans le projet de soin, participation à la vie collective, projet de réinsertion, engagement face au groupe dans les espaces de parole...). La crise intervient lorsqu'il n'est plus possible de tenir la tension entre ces deux forces. Parfois elle se traduit par des oppositions entre résidents et professionnels, parfois entre professionnels du soin et ceux du social, ou parfois encore entre résidents aux trajectoires de vie différentes. Dans les CT, il y a aussi un « travail avec autrui » car le public est jugé capable de participer à la résolution de son problème. L'institution instaure des lieux de prise de parole pour les usagers qui revendiquent une dignité. Les tentatives pour faire participer les résidents à la vie de la communauté se traduisent dans l'organisation même où conseils de maison, conseils de la vie sociale, staff résident... rythment la vie des uns et des autres. Parfois la participation des usagers est symbolique (désigner un responsable du placard, réclamer un meilleur équipement dans les sanitaires...) et leur parole – bien que sollicitée – n'est pas toujours très performative. Les CT sont aussi des espaces de *care* en direction d'usagers vulnérables sur les plans social et sanitaire, mais ne sont pas exemptes de violence symbolique ou d'infantilisation. Bien évidemment, les sévices n'ont plus cours. Tout se joue dans le « *peer-group-gaze* » bien qu'il soit possible de s'en extraire au quotidien. Les CT sont aussi des espaces de médicalisation/normalisation des usagers de drogues, mais elles jettent parfois l'éponge face à certains profils de résidents vus comme « résistants » car ne s'engageant pas à la hauteur souhaitée par l'institution. Ou face à des usagers très handicapés par le poids de leur histoire personnelle ou psychique. La relation d'accompagnement est alors plus lâche, les objectifs de la prise en charge plus minimalistes, et n'ont pas d'autre horizon que le séjour lui-même (Langlois 2022). Nous avons fait l'hypothèse que les CT sont un bon observatoire pour comprendre les transformations générales qui affectent les TI, à la fois dans le fonctionnement de la vie quotidienne et comme modèle institutionnel porteur d'une finalité normative. Cette histoire s'inscrit aussi dans un vaste changement de paradigme concernant les addictions elles-mêmes, allant de la stigmatisation à la médicalisation. Les CT et les nouvelles institutions proposent des formes de contrôle social qui s'hybrident en permanence, entre les classiques formes disciplinaires et des formes plus négociées. En France, mais aussi ailleurs en Europe, les CT sont des institutions dans lesquelles les individus consentent à s'enfermer et au sein desquelles ils négocient en permanence les conditions et les modalités de leur appartenance et de la contrainte qui pèse sur eux. Cette fois, l'enfermement est voulu et intégré dans une philosophie générale du soin et cadré par les chartes éthiques dont se sont dotées les CT. Les résidents en quête de santé se soumettent volontairement et négocient la durée de leur réclusion et construisent aussi des objectifs personnels. Plus électives et moins

« totales », ces communautés – comme d'autres institutions depuis la fin du xxe siècle – tendent aussi vers ce que Susie Scott (2010) appelle les « *reinventive institutions* » et qu'elle définit ainsi : « *places to which people retreat for periods of intense self-reflection, education, enrichment and reform, but under their own volition, in pursuit of self-improvement* » ». Cliniques de soins, centre de désintoxication, retraites spirituelles, mouvements utopiques, ou encore « *media-saturated worlds of self discovery, such as Big Brother House* » où l'enfermement est voulu et où les individus négocient l'emprise institutionnelle qui pèse sur eux et le contrat qu'ils signent avec les professionnels. Dans les TI, les reclus étaient soumis à une raison impérieuse qui les dépassait, ce qui a fait dire à Goffman qu'elles étaient « *the forcing houses for changing persons in our society* » (Goffman 1957). Dans les institutions détotalisées, les résidents se trouvent face à eux-mêmes avec le devoir de s'améliorer comme individu et comme malade. Ce qui est aussi une forme d'épreuve.



Notes

[1] Erving Goffman, quatre ans avant la publication d'*Asiles*, propose dans son article fondateur « *The Characteristics of Total Institutions* » (1957) une définition des institutions totales (IT) comme des institutions englobant l'ensemble du temps, des activités et des intérêts de ses membres dont elles deviennent le monde.

[2] Les institutions qui prennent les « personnes jugées à la fois incapables de subvenir à leurs besoins et inoffensives » (foyers pour aveugles, vieillards, orphelins et indigents...) ; celles qui prennent en charge « les personnes jugées à la fois incapables de s'occuper d'elles-mêmes et dangereuses pour la communauté » (sanatoriums, hôpitaux psychiatriques et léproseries...) ; celles qui ont pour but de « protéger la communauté contre des menaces qualifiées d'intentionnelles » (prisons, établissements pénitentiaires, camps de prisonniers et camps de concentration...) ; celles dont le but est de « créer les meilleures conditions pour la réalisation d'une tâche donnée » (les casernes, navires, internats, camps de travail, forts coloniaux...) ; celles qui « ont pour but d'assurer une retraite hors du monde » (abbayes, monastères, couvents et autres communautés religieuses).

[3] Les deux autres CT ont démarré trop tardivement, très largement en dehors de la période contractuelle d'évaluation.

[4] Avec retrait des papiers d'identité, locaux fermés sur l'extérieur, punitions en cas de tentative d'évasion, contrôle du courrier et des appels téléphoniques.

[5] L'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (EMCDDA 2014) note qu'environ 1 200 établissements utilisent des interventions de type CT en Europe, dont les deux-tiers en Italie.

[6] Jusqu'à sa mort en 2014.

[7] Cette tradition évangéliste très présente aux USA est peu développée en France métropolitaine. Les pays où le catholicisme reste très présent ont adapté néanmoins le système des CT sous l'autorité de prêtres et de l'Église avec l'appui du Vatican (Vertongen 1986) : *Progetto Uomo* fondé par le prêtre Don Mario Picchi, en Italie puis *Proyecto Hombre* en Espagne.

[8] Alors que les critiques commencent à le cibler directement, le fondateur du Patriarcat déclare en 1995 : « les toxicos sortis de l'enfer de la drogue, prostitution, délinquance, folie, doivent devenir, par l'exemple et par le message, des serviteurs sociaux de l'Univers (...) mais voilà, pour avoir trouvé le moyen de transformer les pires destructeurs de la société – à commencer par eux-mêmes – en constructeurs, bâtisseurs d'avenir, de bonheur, de solidarité, pour avoir transformé les prosélytes prodrogue en militants anti-drogue, à 70 % des cas traités, pour avoir créé cela, je suis devenu le bouc-émissaire général et particulier des organismes juifs, chrétiens, d'autres églises, des socialos francs-maçons unis aux prêtres chrétiens. » (Engelmajer 1995)

[9] La tolérance à la violence institutionnelle était grande en contexte nord-américain. Louise Nadeau (1985) note à propos de Portage, une CT créée en 1973 au Canada : « Il importait que les intervenants obtiennent des résidents une bonne obéissance. Lorsqu'un résident opposait une résistance psychologique au programme de traitement, on disait dans l'idiome des communautés thérapeutiques qu'il se "cachait" derrière son image ou refusait de "grandir", et on avait alors recours à des "expériences d'apprentissage" : le résident rétrogradé à la plonge ou au lavage des toilettes pouvait se voir contraint de porter autour du cou une pancarte, dont le libellé décrivait la nature de sa résistance, ou de s'habiller d'un costume qui ridiculisait sa conduite. »

[10] World Federation of Therapeutic Communities et European Federation of Therapeutic communities.



Bibliographie

AMOUROUX Charles et BLANC Alain (dir.), 2001. *Erving Goffman et les institutions totales*. Paris, L'Harmattan.

BEZES Philippe, LALLEMENT Michel et LORRAIN Dominique, 2005. « Les nouveaux formats de l'institution. Introduction », *Sociologie du travail*, 3 (147), p. 293-300 (en ligne), <https://doi.org/10.4000/sdt.26595>.

BIEHL Joao, 2005. *Vita. Life in a Zone of Social Abandonment*. Berkeley, University of California Press.

BOURGEOIS Marc, DELILE Jean-Michel, RAGER Pierre et PEYRÉ Franck, 1987. Les communautés thérapeutiques pour toxicomanes. Bilan et évaluation des soins, *Annales Médico-Psychologiques*, 145 (8), p. 699-704.

CARTER Mary Josephine, 1984. *The Total Institution and the Therapeutic Community : Similarities and Differences*, Doctorat de Philosophie, University of Pittsburgh.

DE LEON George et UNTERRAINER Human F, 2020. « The Therapeutic Community : A Unique Social Psychological Approach to the Treatment of Addictions and Related Disorders », *Front Psychiatry*, 11 (786) (en ligne), <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00786>.

DEITCH David, 1999. « Conversation with David Deitch » (Journal Interview), *Addiction*, 94 (6), p. 791-800 (en ligne), [https://doi : 10.1080/09652149933261](https://doi.org/10.1080/09652149933261).

DELILE Jean-Michel, 1988. *Toxicomanies aux USA*. Retrieved from Bordeaux (Journal de terrain).

DELILE Jean-Michel, 2011. « Les communautés thérapeutiques arrivent en France : pourquoi (seulement) maintenant ? », *Psychotropes*, 17 (3-4), p. 29-57 (en ligne), <https://doi.org/10.3917/psyt.173.0029>.

DELILE Jean-Michel et BOURGEOIS Marc, 1994. « Les communautés thérapeutiques aux USA ». *Interventions. Revue de l'Association nationale des intervenants en toxicomanie*, (46), p. 28-33.

DEMAILLY Lise, 2008. *Les politiques de la relation. Approche sociologique des métiers et activités professionnelles*. Lille, Presses universitaires du Septentrion.

DEMANGE Jean-Pierre, 2011. « La communauté thérapeutique ? Oui, mais pas tout de suite ! », *Psychotropes*, 17 (3-4), p. 59-83 (en ligne), <https://doi.org/10.3917/psyt.173.0059>.

DENIS Cécile, LANGLOIS Emmanuel, FATSÉAS Méline et AURIACOMBE Marc, 2011. « Un modèle français de communauté thérapeutique ? Les communautés thérapeutiques expérimentales : consensus des professionnels », *Psychotropes*, 17 (3-4), p. 85-101 (en ligne), <https://doi.org/10.3917/psyt.173.0085>.

DUBET François, 2002. *Le déclin de l'institution*. Paris, Seuil.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2014. *Therapeutic communities for treating addictions in Europe*. Luxembourg, Publications Office of the European Union.

ENGELMAJER Lucien, 1995. Entretien. *Antitox*, 59, p 2-4.

FARGES Florent et PATEL P., 1996. « Les communautés thérapeutiques pour toxicomanes », *Revue Toxibase*, 1, p. 1-23.

FORTANÉ Nicolas, 2014. « La (les) trajectoire(s) du changement. La naissance de l'addictologie », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 205 (5), p. 42-57 (en ligne), <https://doi.org/10.3917/arss.205.0042>.

GARDELLA Édouard et SOULOUMIAC Julien, 2004. « Entretien avec Robert Castel », *Tracés. Revue de sciences humaines*, 6, p. 103-112.

GLASER Frederick. B., 1981. « The Origins of the Drug-Free Therapeutic Community », *British Journal of Addiction*, 76, p. 13-25 (en ligne), <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1981.tb00205.x>.

GOFFMAN Erving, 1957. « The Characteristics of Total Institutions », in *Symposium on Preventive and Social Psychiatry*. Washington, D. C., Walter Reed Army Institute of Research, Walter Reed Army Medical Center, The Research National Council, p. 43-84.

GOFFMAN Erving, 1968 (1961). *Asiles. Étude sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus* (présentation de Robert Castel). Paris, Éditions de Minuit.

JAUFFRET-ROUSTIDE Marie, 2010. « Narcotiques Anonymes, une expertise profane dans le champ des conduites addictives centrée sur le rétablissement, la gestion des émotions et l'entre-soi communautaire », *Pensée Plurielle*, 2 (23), p. 93-108 (en ligne), <https://doi.org/10.3917/pp.023.0093>.

JONES Maxwell, 1956. « The Concept of A Therapeutic Community », *American Journal of Psychiatry*, 112 (8), 647-650 (en ligne), <https://doi.org/10.1176/ajp.112.8.647>.

KELLER Pascal Henri et PIERRET Jeanine, 2000. *Qu'est-ce que soigner ? Le soin, du professionnel à la personne*. Paris, Syros.

LAFORGUE Denis, 2015. *Essais de sociologie institutionnaliste*. Paris, L'Harmattan.

LANGLOIS Emmanuel, 2013. *Évaluation des communautés thérapeutiques en France - Enquête sociologique sur la mise en œuvre de deux nouvelles communautés*. Saint-Denis, OFDT.

LANGLOIS, Emmanuel, 2022. *Le nouveau monde des drogues. De la stigmatisation à la médicalisation*. Paris, Armand Colin (Sociologia).

MALIVERT Marion, FATSÉAS Mélina, DENIS Cécile et LANGLOIS Emmanuel, AURIACOMBE Marc, 2012. « Effectiveness of Therapeutic Communities : a systematic review », *European Addiction Research*, 18 (1), p. 1-11 (en ligne), <https://doi.org/10.1159/000331007>.

NADEAU Louise, 1985. « Quand la communauté thérapeutique pour toxicomanes devient-elle maltraitante ? », *Santé mentale au Québec*, 10 (1), p. 65-74 (en ligne), <https://doi.org/10.7202/030269ar>.

NADEAU Louise, 1992. « Les enjeux éthiques dans le traitement des toxicomanies : la différence entre une communauté thérapeutique et une secte », *Psychotropes*, 7 (3), p. 55-58.

RAMIREZ Efren, 1968. « A New Program to Combat Drug Addiction in New York City », *British Journal of Addiction*, 63, p. 89-103. (en ligne), <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1968.tb05256.x>.

ROSENTHAL Mitchell S., 1989. « The Therapeutic Community : Exploring the Boundaries ». *British Journal of Addiction*, 84, p. 141-150 (en ligne), <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1989.tb00563.x>.

ROSTAING Corinne, 2009. « Interroger les changements de la prison. Des processus de déprise et de reprise institutionnelle ». *Tracés. Revue de Sciences humaines*, 17, p. 89-108 (en ligne), <https://doi.org/10.4000/traces.4228>.

ROSTAING Corinne, 2021. *Une institution dégradante, la prison*. Paris, Gallimard.

SCOTT Susie, 2010. « Revisiting the Total Institution : Performative Regulation in the Reinventive Institution », *Sociology*, 44, p. 213-231 (en ligne), <https://doi.org/10.1177/0038038509357198>.

VELPRY Livia, 2016. « Moderniser » l'enfermement en psychiatrie ? Le cas des unités pour malades difficiles », *Sociétés contemporaines*, 3 (103), p. 65-90 (en ligne), <https://doi.org/10.3917/soco.103.0065>.

VERTONGEN Michel, 1986. Interview à l'occasion de la 3e Conférence Européenne des Communautés Thérapeutiques, *Interventions. Revue de l'Association nationale des intervenants en toxicomanie*, (7), p. 34-39.

WORMS Frédérique, 2010. *Le moment du soin. À quoi tenons nous ?* Paris, Presses universitaires de France.

YATES Rowdy, 2011. « Therapeutic Communities : Can-Do Attitudes for Must-Have Recovery », *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 6 (1-2), p. 101-116 (en ligne), <https://doi.org/10.1080/1556035X.2011.570557>.