

LES
CAHIERS DU

GREAT

N° 1, 1984
Paraît 3 fois par an

Les Cahiers du GREAT

Revue du Groupement romand d'études sur l'alcoolisme et les toxicomanies paraissant trois fois par an.

COMITE DE REDACTION:

Professeur Hugo Solms, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, médecin-consultant au Centre psycho-social universitaire de Genève, professeur à l'Université de Fribourg, président du Comité de rédaction, Genève.

Jean-Daniel Barman, assistant social, adjoint à la direction de la ligue valaisanne contre les toxicomanies, président du GREAT, Martigny.

Jean-Michel Clerc, assistant social, directeur du service médico-social, président de la Commission des cours du GREAT, Neuchâtel.

SECRETAIRE DE REDACTION:

Jacqueline Medvečka, sociologue, collaboratrice scientifique du GREAT, Chexbres.

ADRESSE DE LA REVUE:

Secrétariat général du GREAT
75, faubourg du Lac
2502 Bienne

TARIF:

20.- francs suisses par an
7.- francs suisses par numéro
CCP: GREAT 10-21 391 Lausanne

Reproduction autorisée moyennant l'indication de la source.

A propos de communautés thérapeutiques

par Nino Rizzo¹

1. Introduction

Actuellement à Genève le toxicomane qui se trouve en difficulté et qui veut entreprendre des démarches pour résoudre son problème de drogue peut avoir recours à une vaste panoplie: institutions, établissements, initiatives privées à caractère social, médecins et autres intervenants privés, soit tout un ensemble de dispositifs qui, loin de satisfaire les besoins réels de la population toxicomane locale, peut néanmoins répondre à des demandes, à des besoins très différenciés. Du lieu d'accueil et d'hébergement au centre d'information, de la prise en charge communautaire à la prise en charge médicale et/ou psychothérapeutique, de l'accompagnement à la réinsertion professionnelle, c'est une trentaine d'institutions et une vingtaine de médecins privés au service d'une population d'environ trois mille toxicomanes.

Face à ce chiffre, tout à fait respectable, d'usagers de drogues dures, le canton de Genève dispose exactement de 17 places en institutions du type "communauté thérapeutique". Chiffre frappant, 17 pour 3000, qui a été et reste encore l'objet de discussions, de polémiques et de bien des interventions démagogiques.

Les deux lieux qui assurent ce genre de prise en charge sont le Toulourenc² et le Tram³. Le premier accueille des jeunes toxicomanes volontaires, le second des jeunes toxicomanes détenus.

Je vais axer ma réflexion sur ces deux centres communautaires, car j'y ai travaillé quatre ans, de 1979 à 1983, deux ans dans l'un comme éducateur, puis deux ans dans l'autre comme éducateur-psychologue.

¹ Psychologue, Genève

² 68, route de Troinex, 1256 Troinex-Genève

³ 1, chemin Edouard-Tavan, 1206 Genève

2. Toulourenc et Tram: deux expériences bien différentes

Le Toulourenc est la première communauté thérapeutique pour toxicomanes lancée dans le canton de Genève. Créé en 1978 dans le cadre d'une association privée à financement public (Association pour la création de dispositifs thérapeutiques en faveur de toxicomanes), elle peut recevoir huit pensionnaires toxicomanes, hommes et femmes, uniquement volontaires.

Une équipe pluridisciplinaire assure la prise en charge vingt-quatre heures sur vingt-quatre. Elle se compose de huit membres, venus de différentes formations, tous engagés au titre d'éducateurs et chapeautés par un "directeur de programme".

Le Toulourenc, dont le nom en dialecte provençal veut dire "tout ou rien", est situé dans une vieille maison de campagne à trois étages, entourée d'un grand jardin. Depuis 1979, s'y ajoute un appartement au centre-ville, utilisé pour la post-cure et pour l'information. Un service régulier des transports publics relie l'établissement à Genève-ville (4 km).

Le programme thérapeutique⁴ s'inspire fortement des communautés anglaises et hollandaises: il prévoit un séjour minimal en institution d'une année et une période de post-cure n'excédant pas les six mois. Le séjour est rythmé par trois "phases", fermement définies à l'avance dans leur contenu et leur durée.

Ainsi la première phase, dite de "sécurisation", dure trois mois et prévoit une coupure monastique d'avec le monde environnant: pas de téléphones, pas de courrier, pas d'invitations, pas de sorties individuelles.

La deuxième phase, environ quatre mois, dite de "responsabilisation", offre au pensionnaire la possibilité de participer en partie à la gestion de la vie quotidienne de la maison, et par ailleurs de reprendre graduellement sa vie privée en dehors de la communauté.

Enfin la troisième phase, dite d'"émancipation", s'étale sur les cinq mois restants. Au long de cette phase, le centre de gravité du pensionnaire se déplace petit à petit de la communauté à la cité, du groupe à l'individu.

A la fin des douze mois de cure, une post-cure est proposée au

⁴ c.f. *Les Cahiers du GREAT No 3/1979, page 9, "L'unité thérapeutique "Le Toulourenc" à Troinex, Genève"*

pensionnaire, ou plutôt à l'ex-pensionnaire. Pendant une période n'excédant pas six mois, il peut élaborer, s'il le désire, ses problèmes liés à sa nouvelle vie quotidienne et plus particulièrement à son milieu familial, avec un ou deux membres de l'équipe chargée de cette tâche.

Le traitement prend fin après la post-cure.

Le Tram, à certains égards, c'est tout autre chose: autre histoire, autre situation géographique, autre clientèle, autre équipe, enfin autre "style", mais aussi un nom symbole, celui-ci construit par un jeu de mots, à partir de l'expression "arrêt fixe".

Dans les années 1978-80, le Département de Justice et Police genevois se trouve confronté à un climat mouvementé dû, entre autres, à des suicides de toxicomanes en détention et à des détenus grévistes de la faim. Ces événements le décident à concrétiser un projet alors en gestation: le Tram, maison d'exécution de peines pour hommes toxicomanes. Cette institution va s'installer dans une magnifique villa de trois étages, entourée d'un jardin, en plein coeur de la ville, et pourra accueillir neuf pensionnaires.

L'équipe, définie comme pluridisciplinaire, est composée de onze membres sans formation de base, deux secrétaires à mi-temps, un comptable à mi-temps et le directeur qui dirige également le Service du Patronage genevois. Les gardiens assurent le service de nuit et participent en même temps aux activités diurnes pendant leurs autres heures de travail (environ 50%). Il faut dire d'emblée que le Tram, bien que maison d'exécution de peines, a peu de choses à voir avec Champ-Dollon ou toute autre prison. Le pensionnaire y vit un climat de liberté et de confiance autant qu'au Toulourenc: aucune porte, par exemple, n'est fermée à clef.

Le programme thérapeutique du Tram est profondément identique à celui du Toulourenc: trois phases plus ou moins de même durée et réparties sur douze mois, plus une post-cure au contenu et à la durée extrêmement flous. Cependant, aussi bien par sa structure que par son équipe foncièrement différentes de celles du Toulourenc, le programme y est appliqué de manière assez originale. Des prises d'urines ont lieu au moins deux fois par semaine pour chaque pensionnaire, une très grande importance est donnée à "l'éveil professionnel" plus qu'à la verbalisation du vécu quotidien, enfin le pouvoir, au sein de l'équipe, est distribué de façon très hiérarchique.

Mais les pensionnaires, même s'ils se rendent vite compte que le Tram a peu de choses en commun avec la ou les prisons d'où ils viennent, apportent inévitablement leur sub-culture de "taulards",

si résistante à toute approche thérapeutique. A cela s'ajoutent, dans l'organisation du Tram, des éléments typiques du milieu carcéral tels les gardiens, eux aussi marqués par leur expérience, une distribution du pouvoir très hiérarchisée, une équipe peu et mal préparée à un travail thérapeutique.

3. Toulourenc et Tram: deux approches similaires

Après avoir souligné les particularités de chacun des deux établissements, je vais esquisser une analyse de leurs similitudes et vous verrez que le Tram et le Toulourenc sont plus semblables que différents.

1. La notion de guérison

C'est autour d'elle que s'organise tout le travail thérapeutique, vecteur orientant la vie du pensionnaire du début jusqu'à la fin de son séjour.

La guérison est perçue d'une façon essentiellement phénoménologique et définie selon un ensemble de variables observables et organisées hiérarchiquement: plus de dépendance physique, et donc plus de consommation de drogues, stabilité dans une activité professionnelle, coupure d'avec le milieu toxicomane, réalisation d'un nouveau réseau de connaissances, fréquentations et amitiés en dehors du milieu, éventuelle reprise et élaboration des relations avec la famille et/ou le conjoint, reprise d'une vie sexuelle satisfaisante (pour qui?...) et normale (c'est-à-dire essentiellement hétérosexuelle), coupure d'avec l'institution, mais pas nécessairement d'avec un membre ou un autre de l'équipe.

2. L'esprit comportementaliste

Il définit de façon précise le style du traitement. L'admission déjà, a lieu selon des critères "objectifs": dépendance physique à l'égard des drogues dures, volontariat et entretiens préliminaires. A ce stade-là, je trouve acceptable d'établir des critères aussi objectifs et de considérer le volontariat comme décisif (celui-ci étant conçu surtout comme une demande formelle à l'égard de l'institution scellée par la signature d'un contrat moral avec celle-ci).

Par contre, il est nécessaire de souligner l'importance que l'équipe éducative attribue au comportement du pensionnaire

plutôt qu'aux processus psychiques qui le sous-tendent, et en fin de compte aux symptômes plus qu'à ce qui se passe dans la "boîte noire"⁵.

A partir d'un certain nombre de stimuli que l'institution administre au pensionnaire de façon programmée, on attend de celui-ci un certain nombre de conditionnements et de changements.

Bien évidemment, il existe le groupe thérapeutique sous ses différentes formes, "moteur" de l'institution, dont le but principal est de permettre "la verbalisation du vécu quotidien... dans une atmosphère d'écoute active et sans barrières hiérarchiques". En fait, aussi bien par une formation souvent insuffisante et parfois inexistante, mais aussi par des conditions institutionnelles difficiles, le groupe donne peu de possibilités de verbaliser le matériel quotidien conscient et quasiment pas d'élaborer le matériel inconscient sous-jacent.

3. L'adaptation du toxicomane à l'institution

Ce troisième élément est un simple corollaire de la conception réductrice et comportementaliste que nous venons de voir. Puisque tous les toxicomanes sont rangés dans une même catégorie - qui est définie par la consommation de drogues dures - et puisqu'on a mis sur pied un programme et un établissement dans un esprit béhavioriste, dès lors le toxicomane doit reléguer son vécu phantasmatique dans une boîte noire et en faire plus ou moins abstraction. Il doit entrer dans le microcosme pré-conçu et pré-paré pour lui, beaucoup plus que l'institution n'essaie d'entrer et de comprendre l'autre microcosme, qui est celui du toxicomane.

Autrement dit, le toxicomane doit s'adapter à l'institution, mais celle-ci reste immobile, rigide.

Peu importe la problématique que le toxicomane véhicule, de même que le travail qu'il arrive à accomplir sur lui-même, peu importe son besoin et son désir à un moment donné de son parcours. Ce qui prime, c'est le programme: la cure prévoit une année de séjour à l'intérieur de l'institution, ce séjour se déroule selon ses rythmes et ses modalités, et celles-ci sont peu perméables aux modifications ("Toute exception crée un précédent").

⁵ La boîte noire représente le vécu intrapsychique, élément dont la théorie et l'approche comportementales négligent, à dessein, l'analyse.

Par ailleurs, l'adaptation du toxicomane à l'institution assure d'importants avantages pour la réalisation même du programme thérapeutique, et répond notamment à un fort besoin de sécurisation à tous les niveaux. Lorsqu'on connaît le besoin et la tendance qu'ont souvent les toxicomanes à se mesurer avec la loi - quelle qu'elle soit - pourvu qu'elle représente une limitation à leur liberté toute-puissante -, on comprend bien l'utilité d'un tel principe.

Je parle d'utilité, de sécurisation... mais il est opportun de se demander "pour qui?". Assurément chaque membre de la communauté bénéficie à sa façon de cette sécurisation: pour le toxicomane c'est une protection contre sa propre autodestructivité, pour l'éducateur un support de sa toute-puissance et un remède contre sa dépression. Mais jusqu'à quel point cette sécurisation est-elle créatrice et thérapeutique, et à partir de quel moment devient-elle plutôt contraignante et pathologique? Il me semble que la réponse à cette question passe inévitablement par l'analyse des transferts et des contre-transferts.

4. La prise en charge de type strictement communautaire

Au même titre que l'institution a affaire à des toxicomanes nivelés, car vus sous l'angle du symptôme, le pensionnaire se retrouve face à une équipe d'éducateurs pas ou peu différenciés. Les relations "privilégiées" sont évitées entre pensionnaire et éducateur, et si elles existent - mais au fond peuvent-elles ne pas exister? - elles ne sont pas prises en considération par l'équipe.

5. Le toxicomane, pris indépendamment de son contexte familial, professionnel et social en général

Pratiquement pendant toute la durée du séjour le toxicomane est pris en charge individuellement - je veux dire sans se soucier du devenir du milieu familial. D'une certaine manière on s'occupe du porteur du symptôme de la famille, qui est lui-même le symptôme du malaise familial, et on ne se soucie pas du système toxicomane-milieu.

Il est vrai qu'au Toulourenc un dispositif de post-cure basé sur la prise en charge systémique de la famille du toxicomane a été mis en place depuis quelques années, mais il s'agit d'un moment qui a lieu après la cure et non pendant.

Cela correspond bien, me semble-t-il, à un choix cohérent avec une prise en charge aussi radicalement communautaire.

6. La non-médicalisation de la cure

A l'admission on exige que le candidat soit sevré physiquement et que par la suite il fasse abstraction de toute dimension corporelle de sa maladie. La communauté prend en charge sa toxicomanie en tant que problème relationnel, social et professionnel, parfois en tant que problème plus strictement familial ou de couple en post-cure, mais jamais en tant que problème physique, quasiment jamais en tant que problème psychique.

4. **Eléments de réflexion**

Finalement les deux approches communautaires s'articulent sur une toile de fond de type comportementaliste et s'organisent autour des principes béhavioristes. La notion de guérison, l'adaptation nécessaire du pensionnaire à l'institution, l'exclusion du contexte social dans la prise en charge du toxicomane, la non-médicalisation de la cure ne constituent que les éléments complémentaires et fonctionnels de l'ensemble qu'est l'institution. Il est temps de se demander quel est le rôle de ce choix thérapeutique. Autrement dit: le comportementalisme pour qui, et pour quoi?

Restons-en pour l'instant aux acteurs directs et manifestes de la communauté, à savoir les éducateurs et les pensionnaires, et laissons de côté les acteurs indirects et latents, pourtant aussi présents et pressants que les premiers.

1. Fonctions du comportementalisme pour l'équipe soignante

L'esprit béhavioriste appliqué si étroitement à la cure communautaire offre d'abord aux éducateurs des points de repère particulièrement puissants et rassurants, éléments appréciables dans un cadre que la présence des toxicomanes rend mouvant et troublant.

Lorsque le candidat arrive dans la communauté, qu'il vienne de la cité ou de la prison, il a perdu rythme et repères spatio-temporels, mis à part la séquence vide-plein, autrement dit manque-défonce. Il est donc porteur de trouble et d'angoisse. Le soignant a besoin de parer à cette angoisse qui, comme un miroir, éveille la sienne: il cadre ainsi (et castre aussi) le nouveau venu dans un espace et un temps rigoureusement structurés, où seule une minime place est réservée à l'initiative

personnelle, c'est-à-dire non contrôlable par l'autre, l'éducateur, mais aussi dans un certain sens non contrôlable par lui-même, le pensionnaire.

La manipulation ainsi opérée, véritable support phénoménologique de la toute-puissance magique de l'éducateur, contient et cristallise l'angoisse de l'un et de l'autre, définit avec précision des repères et crée un espace transitionnel dans lequel les deux acteurs directement concernés peuvent enfin se "rencontrer".

Cependant cette "rencontre" avec l'autre, si difficile à atteindre, toujours à renouveler - et qui renvoie à une autre rencontre, celle avec soi-même! -, a un prix considérable.

Si d'une part, elle est rendue possible par la mise en place du système de repères définis par le programme-règlement, d'autre part, l'adhésion plus ou moins rigide à ces mêmes repères empêche l'éclosion et la manifestation de la problématique du toxicomane. C'est la problématique du vide, décrite par J. Bergeret, ou de la brisure dont parle C. Olievenstein, qui constituent le point noeudal où se situent le manque et la drogue.

Eviter ce lieu revient à éviter le toxicomane et la "rencontre" dont je parlais plus haut devient illusoire et fictive. De toute évidence la manipulation, c'est-à-dire le cadrage spatio-temporel qui parvient à endiguer l'angoisse du vide, ne réussit cette opération que grâce à l'utilisation de la "boîte noire". Que signifie la "boîte noire", élevée en principe de travail, sinon une forme de fuite face à l'angoisse de l'autre, et du même coup une forme de fuite face à sa propre angoisse? Un choix s'impose: soit la rencontre avec le toxicomane nous angoisse à tel point que nous préférons l'éviter en la rendant fictive - et alors nous mettons quelque chose entre lui et nous, de l'ordre, du règlement ou du paternalisme ou encore du médicament scientifique et tout-puissant qui fige et nie l'angoisse - soit nous voulons et pouvons contenir cette angoisse, qui est là de toute façon, et essayons de vivre la rencontre avec l'autre. Et alors nous mettons aussi quelque chose entre lui et nous, qui contienne mais qui n'évite pas l'angoisse, qui la maîtrise dans un premier temps pour la faire resurgir petit à petit dans un deuxième temps, ceci afin de pouvoir la travailler ensemble, lui et nous.

A l'endroit exact où le toxicomane a placé son arsenal de seringue, héroïne, cuillère et rites qui les accompagnent - car il en fallait autant pour combler le manque et réparer la brisure - là, la communauté a refait avec violence le vide pour le recombler de sa "chaleur".

Par un mécanisme de déplacement le toxicomane développe alors une forte dépendance à l'égard de l'institution et régresse considérablement.

Ceci n'étant que le premier mouvement de l'évolution thérapeutique prévue, il arrive un moment, situé entre la fin de la première et le début de la deuxième phase, où le pensionnaire commence théoriquement à sortir de sa position régressive et par un mécanisme d'identification s'achemine sur la partie ascendante de sa courbe évolutive.

Or c'est bien là, me semble-t-il, que se situe la grande et vraie limite du système comportementaliste tel qu'il est appliqué au Toulourenc et au Tram, car il n'offre pas au toxicomane les moyens suffisants pour sortir de sa position de dépendance à l'égard de la communauté.

Là où, plus qu'ailleurs, la rencontre véritable entre les deux acteurs devrait permettre la résurgence et l'élaboration de l'angoisse, celle-ci ayant été liée au fur et à mesure à la brisure initiale puis à la poudre et ensuite à la communauté, là l'éducateur s'attarde trop souvent sur des comportements et sur des situations, dites de "responsabilisation", qui occupent tout l'espace entre lui et le pensionnaire et empêchent l'expression verbalisée de l'angoisse.

Par ailleurs, il n'est pas rare de voir l'éducateur, mobilisé par la même angoisse, et dans un mouvement de fuite en avant, agresser le pensionnaire en forçant trop tôt et trop mal ses défenses, ce qui provoque, par un autre chemin cette fois-ci, le même blocage.

Encore une fois, la communauté relègue tout vécu phantasmatique dans la boîte noire et centre son intérêt sur les entrées et les sorties de la boîte: au toxicomane la dure tâche d'élaborer quasiment tout seul sa problématique intrapsychique; à l'éducateur la tâche d'administrer les stimuli et de vérifier les réponses.

2. Fonctions du comportementalisme pour les pensionnaires

Prenons comme point de départ la notion d'ambivalence chez le toxicomane face à la communauté.

S'il vient de prison, ses motivations sont à la fois d'éviter le pénitencier et de trouver enfin une solution à ses tristes pérégrinations: pouvoir se bâtir par lui-même une vie équilibrée et satisfaisante, et en même temps attendre que ce changement advienne automatiquement par une sorte de pouvoir magique de la communauté; se resituer autrement face à la vie et refuser cependant la remise en question.

S'il arrive de la cité, il n'a évidemment pas le souci d'éviter le pénitencier (qui est certes une entrave considérable au travail thérapeutique et qui constitue, partant, un sérieux problème au Tram), mais il est souvent motivé par le désir d'éviter une autre situation externe aussi intenable que la détention. Il s'agit d'une sorte de ras-le-bol infernal dans lequel il vient volontairement s'enfermer pour y puiser le désespoir et la force nécessaires afin de faire le premier pas vers la communauté.

Pour avoir une idée de ce ras-le-bol, il suffit de penser un peu aux dettes et à la peur des représailles du milieu, à la mésentente avec les proches et aux pressions familiales, à la peur omniprésente d'être attrapé par la police, à la peur de la mort au bout de la seringue.

Finalement, l'un et l'autre s'adressent à la communauté avec une demande souvent en pleine contradiction avec leur désir, et il est d'une importance primordiale que de pouvoir déchiffrer les deux attitudes de façon différenciée.

Si le message symbolique - la demande - relève de la profonde envie de sortir d'une situation qui est de toute façon très pénible, par ailleurs, l'aveu imaginaire - le désir - traduit, à savoir le lire, l'angoisse du regard de l'autre et du changement.

Alors quoi faire?

Face à cette double attente, la communauté répond par un accueil chaleureux, un lieu exigeant mais sécurisant, une communauté maternelle.

Quant au toxicomane, il devra pouvoir se laisser mater et... castrer - et le jeu vaut bien la chandelle! Il va donc contribuer par son effort actif au bon fonctionnement de la maison

(tant au niveau des groupes, par sa disponibilité à l'autoanalyse et au dialogue, qu'au niveau des tâches quotidiennes et pratiques par sa participation productive).

Cependant, plus il se sent en sécurité et à l'abri de son ... "passé" - c'est là que le clivage, le déni et la projection commencent -, plus son ouverture dans les groupes se fait engageante et donc angoissante. A ce moment-là un blocage se produit: l'angoisse devient envahissante, la remise en question impossible.

Il perçoit ce jeu de miroirs entre lui et l'éducateur qui éveille et potentialise les angoisses de l'un et de l'autre. Il ressent le peu de disponibilité de la part de l'éducateur pour l'accompagner dans le difficile voyage vers le lieu de son manque. C'est alors que le but initial - c'est-à-dire se sortir de la drogue ou plus précisément se défaire du besoin d'être extrêmement dépendant de quelque chose - glisse, dévie vers un ailleurs.

Et chaque toxicomane trouve et construit sa nouvelle voie, sa position de compromis en fonction des possibilités d'aménagement que lui offre l'institution, de la structure de sa personnalité et des innombrables aléas de chaque situation.

Cependant, bien que ces aménagements individuels soient très différents, je vais tenter un essai de catégorisation.

a) Le plus souvent les réponses-comportements fournis par le pensionnaire frappent par leur degré d'adaptation aussi parfaite que rapide aux exigences et à l'esprit de la communauté.

Il se dessine une relation fusionnelle au cours de laquelle le pensionnaire se perd dans le groupe et se laisse penser et agir par l'équipe soignante. C'est un fonctionnement typiquement borderline, parfois flagrant.

J'ai souvent vu des pensionnaires adopter ce type de comportement pendant plusieurs mois, puis, au moment où les stimuli-exigences voulaient qu'ils se définissent de plus en plus à l'égard du monde extra-institutionnel (notamment entre la fin de la deuxième phase et le début de la troisième), je les ai vu décompenser ("rechuter") encore une fois aussi parfaitement que rapidement. La profonde pathologie du toxicomane à fonctionnement borderline, associée aux limites institutionnelles décrites plus haut, rendent possible, à mon avis, ce genre de dénouement.

b) Un autre comportement-type se manifeste souvent suite à une position de déni psychotique à l'égard de l'angoisse montante.

Le toxicomane, en général dès le début de son séjour, opère un clivage dans les fonctions de son moi et dans ses affects et, après en avoir dénié les mauvais, les projette sur l'institution: alors que pour lui sa toxicomanie n'est qu'une question d'habitudes à modifier, les éducateurs vont chercher midi à quatorze heures; alors qu'il a envie de rester lui-même, l'institution essaie de lui bourrer le crâne et de le changer; bref on l'emmerde.

Encore une fois la pathologie à versant psychotique du toxicomane, jointe à l'incapacité de la communauté à l'accompagner dans le voyage vers sa folie, sont de bonnes garanties pour un échec.

Dans l'une comme dans l'autre situation, le dénouement comporte tôt ou tard la rupture avec l'institution, et une grave compensation avec forte culpabilisation. Décompensation et culpabilisation, présentes dans toute situation de rupture entre l'enfant et l'institution-mère, sont certainement plus faibles dans le second cas, dans la mesure où le déni constitue une bonne défense.

- c) Le troisième tableau-type correspond à un mode de fonctionnement à tendance névrotique (le moins fréquent malheureusement). Le comportement d'adaptation et de dépendance évolue au fil des mois vers un autre comportement dominé par la capacité d'être plus indépendant. Ces pensionnaires arrivent à établir un solide transfert institutionnel sur la base duquel ils parviennent à opérer un important réaménagement dans leurs fonctionnements intrapsychique et social, seule condition, à mon avis, pour pouvoir "se sortir de la drogue".

Les acteurs indirects

Après avoir présenté les rôles respectifs des éducateurs, des pensionnaires et de la dynamique qui les relie, il vaut sûrement la peine de dire quelques mots des acteurs absents du cadre communautaire, mais bien présents au niveau de l'institution, dont l'établissement n'est qu'une partie. Je veux parler essentiellement des autorités mandataires, les politiques d'abord et les techniques ensuite, et de l'opinion publique, ce courant de valeurs en perpétuel mouvement à l'origine duquel on retrouve souvent les mêmes autorités.

Ces quelques mots, plus pour souligner un aspect du problème qui nous occupe que pour l'élucider ou même le définir.

Je pense de plus en plus que la communauté thérapeutique dans son

ensemble s'organise à partir et autour de deux éléments: les mandataires avec leur mandat visant la création de la communauté, et la personnalité du toxicomane qui va en être le moteur. Dès lors, saisir la place de ces acteurs dans la dynamique générale est une condition nécessaire pour comprendre la dynamique dans la communauté même.

Tout mandat social contient en soi une consigne d'efficacité par rapport à un but donné. Dans une communauté thérapeutique, les éducateurs reçoivent ce mandat des autorités compétentes par leur directeur. Ils participent plus ou moins à la gestion, selon l'esprit plus ou moins hiérarchique que le directeur impose. Efficacité se traduit ici par nombre de pensionnaires dans la maison et ensuite par nombre de réussites, autrement dit par des critères quantitatifs. Généralement l'équipe, elle, revendique des critères qualitatifs. Peu importe le nombre de pensionnaires, pourvu qu'on fasse du bon travail avec eux. Dès lors une dynamique conflictuelle s'établit entre quantité et qualité, et l'arbitre principal en est le directeur: répondra-t-il plus aux exigences des uns ou des autres, parviendra-t-il à obtenir un juste équilibre entre les deux?

Bien évidemment le directeur va arbitrer la partie en fonction non seulement de sa personnalité mais aussi du lien professionnel qui le lie à ses mandataires et plus particulièrement de la distance qui le sépare (et le protège) de ses mandataires.

Sur ce plan le Toulourenc et le Tram sont très différents.

Le premier est mandaté et financé par le Département de la Prévoyance Sociale, et géré par une association privée, et plus encore par un comité d'experts en la matière - association qui explicite le mandat du Département en le filtrant et l'assouplissant à son niveau.

Le second est directement mandaté, financé et géré par le Département de Justice et Police - ce qui met son directeur en face de ses mandataires sans le filtre d'une commission quelconque de professionnels compétents, lui-même étant d'ailleurs peu compétent.

Ce tableau, si succinct et incomplet soit-il, montre bien la liberté de manoeuvre du directeur et, en définitive, de l'équipe.

Enfin, l'opinion publique. Certes, d'après le tableau que je viens de tracer, le Toulourenc en est bien distant et n'a donc pas trop de comptes à lui rendre, alors que le Tram y est trop directement lié - l'opinion publique étant dans un certain sens le mandataire... du mandataire du Tram, par le biais du droit de vote.

Souvenez-vous du fameux article paru dans la presse genevoise sous le titre plutôt triomphaliste: "Au Tram, les toxicomanes s'en sortent". Tribut payé à l'opinion publique? Manque de compétence? Naïveté? Démagogie? Tout cela ou autre chose encore? La question reste ouverte, faute d'une sérieuse analyse institutionnelle sur cette communauté.

5. Conclusions

En 1958 naissait aux USA la Fondation Synanon; six ans plus tard Daytop voyait le jour. Deux vastes communautés thérapeutiques pour toxicomanes vivant en vase clos et régies par des règles de vie aussi exigeantes et austères que chaleureuses et protectrices. De toute évidence, ces initiatives correspondaient bien aux besoins d'une certaine situation en un lieu et à un moment donnés.

Dix ans plus tard, à cheval entre la fin des années soixante et le début des années septante, l'expérience américaine était transplantée en Europe - d'abord en Angleterre, ensuite en Hollande, en Allemagne, en Suisse, en France. De cas en cas le modèle Synanon était modifié en fonction des différents contextes sociaux. Ces changements portaient souvent sur la réduction du nombre des pensionnaires, la transformation de la notion de guérison, l'introduction du personnel formé dans l'équipe soignante, et d'autres points encore. Cependant, le principe inspirateur de la thérapie restait inchangé de cas en cas, ceci jusqu'au Toulourenc et au Tram: je parle, encore une fois, de l'idéologie behavioriste. En conclusion, les Européens ont importé des USA un système fonctionnel et efficace. Ils ont voulu l'adapter à leur pays, en en modifiant des parties importantes, mais en gardant intact l'esprit. Il se peut que dans les années septante, ces différentes communautés européennes aient fait du bon travail; personnellement je suis sceptique sur ce point et, par ailleurs, je constate de plus en plus d'importantes rechutes d'ex-toxicomanes qui ont été pendant des années les réussites de tel centre ou de tel autre.

Force est de constater qu'actuellement le modèle européen souffre de sclérose, cette raideur qui exclut toute souplesse et donc toute capacité d'adaptation à une nouvelle situation. Le pur comportementalisme, du moins tel qu'il est appliqué au Toulourenc et au Tram, ne soigne pas les toxicomanes, et les résultats le montrent beaucoup plus crûment que les chiffres officiels ne le disent en général.

Dans notre domaine, les statistiques sont souvent trompeuses, et c'est pour cela qu'en général on ne les aime pas ou bien... on les aime trop - et alors on leur fait dire tout ce que l'on a envie qu'elles disent. Néanmoins, elles sont une partie importante de notre travail et traduisent quelque chose de notre réalité professionnelle. Lorsque j'entends parler de réussites de l'ordre de 20 à 30 ou 40% dans telle communauté ou dans telle autre, je me demande toujours ce que le terme "réussite" peut bien vouloir dire pour ces collègues.

La réalité quotidienne ayant montré l'inefficacité de ces maisons - je veux dire plus précisément le peu de résultats par rapport aux moyens très coûteux -, il faut trouver autre chose.

Je pense que cet article ne se prête pas à l'étude de propositions alternatives, mais je vais tout de même essayer de définir les éléments du système communautaire qui, à mon avis, mériteraient d'être modifiés.

a) Le comportementalisme: à ce propos, je suis profondément convaincu qu'il faille trouver une autre idéologie thérapeutique. Les possibilités ne manquent pas: les approches psychanalytique, systémique, corporelle en général auraient sûrement plus de probabilités de réussite que l'approche behavioriste toute seule. Elles pourraient être utilisées séparément ou bien en combinaison.

Il faut donner acte à l'équipe du Toulourenc que quelque chose change chez elle. L'approche systémique a timidement fait son entrée à travers la post-cure il y a deux ans, et elle sera très prochainement utilisée au niveau de la conduite des groupes.

b) Le contexte social: je crois qu'il serait souvent utile d'inclure très tôt les parents, ou la famille, ou encore le partenaire dans le traitement.

c) La durée du séjour: définir d'avance la durée du séjour en communauté relève de l'arbitraire. Pourquoi douze et pas quatre ou vingt-quatre mois? Il me semble que la durée devrait être décidée pour chaque pensionnaire en fonction de sa problématique et de ses projets, ou enfin d'autres critères un peu plus réalistes.

d) La qualité du séjour: bien évidemment ce que je viens de dire implique que la vie en communauté soit différente: un meilleur

équilibre entre la pression centripète de la communauté et l'envie centrifuge du pensionnaire, moins d'angoisse des éducateurs à l'égard du manque du toxicomane, plus de possibilités pour les pensionnaires d'avoir des contacts avec l'extérieur. Dans cette voie, j'en arrive même à remettre en question la nécessité du "pensionnariat" en tant qu'élément de base de la communauté.

- e) La non-médicalisation du traitement des toxicomanes est une option tout à fait respectable, à condition de ne pas en faire une vérité absolue. En d'autres termes, s'il est important de choisir une méthode plutôt qu'une autre, le tout est de savoir ce que l'on va en faire.

Pour terminer, je me rends compte que tout ce que je viens de dire jusqu'ici tourne autour d'une notion fondamentale dans le traitement des toxicomanes: le compromis. La communauté définit sa vérité et s'enferme dans cette forteresse-vérité, en demandant aux toxicomanes de tout abandonner pour y entrer.

Cette position naît de la peur de la confrontation avec le toxicomane, et donc du compromis avec celui-ci. Et je pense fermement que tant que l'on n'accepte pas le compromis avec lui, on n'aura pas de chance de pouvoir le comprendre.

Les meilleures preuves de cette position absolue et de cette peur sont les noms des deux établissements genevois: Toulourenc qui veut dire "tout ou rien" et le Tram qui évoque, dans l'esprit de son conducteur, l'idée de l'arrêt fixe et définitif du... fixe (rien que ça!).

Adresse de l'auteur:

Nino Rizzo
Avenue de la Praille 15
1227 Carouge / Genève