

Manuel Sommer

Vie en communauté
et développement personnel:
modèle de traitement
en régime résidentiel
des dépendants chimiques
au Cap-Vert

-
Défis et succès de la mise en place
de la Communauté Thérapeutique Granja de S. Filipe,
ville de Praia, Cap-Vert



Fiche technique

Titre: Vie en communauté et développement

Personnel: le modèle de traitement en régime résidentiel
des dépendants chimiques au Cap-Vert

Auteur: Manuel Sommer

Edition de l'auteur – tous droits réservés.

Traduction: Cécile Alves / IdiomaGlobal, Lda.

Graphisme: Edilog Suportes Promocionais Unipessoal lda.

Couverture: Carlos Nóbrega e Silva, à partir d'œuvres
réalisées par les résidents de la CTGSF

Impression et finitions: M.R. Artes Gráficas lda.

Ce livre est imprimé sur papier recyclé, sans CFC, Cyclus
Print 300 g (couverture) et Cyclus Print 130 g (corps)

j'ai passé ma vie entière à me tromper
entre les rives d'un fleuve
qui fluait lait et miel et enivrait

dans les reflux je me reposais
inventant d'autres délectations
pour au flux pouvoir retourner

boissons fortes et vin ne manquaient pas
ni aphrodisiaque de la mer et de la terre
près d'un bel estuaire de ce fleuve

j'ai perdu l'héritage de Dieu et mon vernis
et j'ai découvert combien je me trompais
dans ce portail de la vie mais aussi du néant

extrait d'Oswaldo Osório
"A Sexagésima Sétima Curvatura",
Dada Editora, Praia, 2007

Mes remerciements vont aux nombreuses personnes qui ont rendu possible l'écriture de ce livre-récit, qui prétend décrire, de la façon la plus fidèle qui soit, la naissance, le développement et le succès de ce projet novateur, qu'est la Communauté Thérapeutique Granja de São Filipe.

Cette communauté thérapeutique est née du rêve et de la foi, que certaines personnes ont eu en un changement de paradigme, dans le traitement des toxicodépendants et des dépendants chimiques, au Cap-Vert.

Elle est née, parce que certains ont cru en la possibilité de réhabiliter les personnes qui souffrent de ce trouble qui les affecte et qui affecte tout autant leurs familles et la société en général.

Elle est née parce que ces mêmes personnes ont cru que ne rien faire était pire que de risquer et de prendre les chemins moins battus, à savoir proposer la voie de la transformation intérieure et profonde, à une population condamnée aux affres des hôpitaux psychiatriques, des prisons, ainsi qu'au rejet et à la condamnation générale des autres.

Après la phase de croire en un projet, est venue celle de la sensibilisation, celle où l'on brise les barrières et on élimine les difficultés qui se trouvent sur le chemin, celle de trouver les sources de financement et de négocier. Ensuite est venue la phase de mise en place, de construction, de formation et de transformation. Enfin est venue la phase de recevoir les résidents et de commencer à fournir le service promis.

De la première à la dernière phase, se sont passés environ dix ans. Dix longues années de persévérance, d'insistance, de travail et de sueur.

Finalement, la Communauté Thérapeutique Granja de S.Filipe a ouvert ses portes en octobre 2005, avec un grand appui transversal de la société cap-verdienne, qui va de l'aide de la population et des communautés locales, en passant par celle des professionnels de la santé et de l'opinion publique, jusqu'aux dépendants eux-mêmes, qui commencent à utiliser cette infrastructure pour quitter leur sentier d'usage et d'abus de ces substances qui changent leur humeur.

Mes remerciements vont aussi au Grand-Duché du Luxembourg, au travers de son agence de développement Lux-Development, S.A., qui, en étroite collaboration stratégique avec le gouvernement du Cap-Vert, a rendu possible ce projet, grâce à un grand effort conjoint.

Le sentiment est celui d'une mission accomplie.

Manuel Sommer

Lisbonne et Praia, juin 2010

INTRODUCTION

Les communautés thérapeutiques : histoire, évolution et modernité dans le traitement des dépendances chimiques	13
--	----

I. APPROCHE

1.1. Le concept de dépendance chimique en tant que maladie	19
1.2. Perspective de la psychologie du développement	22
1.3. Perspective sociologique	24
1.4. Classifications et définitions validées au niveau international dans le domaine des dépendances chimiques	28
1.5. La conception de la Personne	32
1.5.1. Dimensions cognitivo-comportementales	32
1.5.2. Dimensions sociales	34
1.5.3. Comportements déviants	36
1.5.4. Dimensions spirituelles	37
1.5.5. Dimensions familiales	39
1.6. La conception de récupération et du bien vivre	41
1.7. La Communauté en tant que méthode: apprentissage et culture de la vie en communauté	42

2. MODÈLE: LA COMMUNAUTÉ THÉRAPEUTIQUE GRANJA DE S. FILIPE

2.1. La réalité au Cap Vert	45
2.2. Environnement physique de la Communauté Thérapeutique	48
2.3. Le programme de traitement de la Communauté Thérapeutique	52
2.4. Les employés en communauté thérapeutique	53
2.5. Le travail dans la Communauté thérapeutique: la thérapie occupationnelle et communautaire	57
2.6. Co-résidents et compagnons en communauté thérapeutique	61
2.7. L'importance des relations en communauté thérapeutique	64
2.8. Les méthodes de travail de la Communauté thérapeutique: privilèges, sanctions, surveillance, sécurité, réunions, groupes communautaires, l'isolement et la réinsertion, le post-traitement et la prévention de la rechute	66
2.8.1. Les privilèges et les sanctions dans la Communauté Thérapeutique	66
2.8.2. Les institutions thérapeutiques, le traitement de l'image, la déference et le bon comportement	73
2.8.3. Surveillance et sécurité du point de vue de la Communauté Thérapeutique	75
2.8.4. L'approche de groupe dans la Communauté Thérapeutique	77
2.8.5. La réinsertion, le post-traitement et la prévention de la rechute	82

3. RELATION ENTRE LA CTGSF ET LA SOCIÉTÉ CAPVERDIENNE	85
CONCLUSION	93
ANNEXE I: RAPPORT DE LA LIGNE SOS DROGUE – ANNÉE 2009	95
ANNEXO II: BILAN DE LA CTGSF (OCTOBRE 2005 - OCTOBRE 2009)	101
BIBLIOGRAPHIE	107

SIGLES UTILISÉS DANS CE TEXTE

AA	Alcoholics Anonymous (Alcooliques anonymes)
ACOA	Adult Children of Alcoholics (groupe d'entre-aide pour les enfants adultes de parents alcooliques)
Al-Anon	Groupes d'entre-aide pour familles de dépendant chimique
Alateen	Groupes d'entre-aide pour adolescents enfants de parents alcooliques
APA	American Psychiatric Association (Association Américaine de Psychiatrie)
CAT	Centre d'Accueil de Toxicodépendants
CCCD	Commission de Coordination et de Combat de la Drogue
CTGSF	Communauté Thérapeutique Granja de São Filipe
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (manuel de diagnostic et de statistique des perturbations mentales)
EUA	États Unis d'Amérique
FBN	Federal Bureau of Narcotics (bureau fédéral des narcotiques)
ICD	International Classification of Diseases (version française: CIM - Classification internationale des maladies)
NA	Narcotics Anonymous (NarcotiquesAnonymes)
NIDA	National Institute on Drug Abuse (Institut national américain sur l'abus des drogues)
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PCP	Nom populaire utilisé pour décrire des substances produites à partir des phencyclidines, développées initialement comme anesthésiques dissociatifs dans les années 50 et qui se sont transformées en drogues de rue dans les années 60.
PNLCD	Programme National de Lutte Contre la Drogue
PNSM	Programme National de Santé Mentale
TCA	Therapeutic Communities of America (communautés thérapeutiques américaines)
WCTU	Women's Christian Temperance Union (association anti-alcoolique féminine et chrétienne)
WFTC	World Federation of Therapeutic Communities (Fédération mondiale des communautés thérapeuthiques)

Les communautés thérapeutiques: histoire, évolution et modernité dans le traitement des dépendances chimiques

Ce que nous appelons «communauté thérapeutique»¹, dans ce qui suit, se réfère à une terminologie largement utilisée, au niveau international, pour décrire une approche efficace, en régime d'hospitalisation (ou internat), du traitement de ceux qui abusent et sont dépendants chimiques, ainsi que pour décrire des problèmes associés à ces consommations et styles de vie. Suivant la définition du Dictionnaire de langue portugaise (1999), le terme comprend, non seulement un «...ensemble de personnes qui vivent en commun...», mais aussi la notion de «communion» et de «participation en commun», ou encore, une approche, selon De Leon (2003) pour s'aider soi-même et de s'entre-aider.

Cette approche est appliquée, de préférence, en dehors des institutions et des modalités d'intervention psychiatriques, psychologiques et médicales traditionnelles. Il existe, de nos jours, un ensemble de services et d'aides humaines, amples et divers, et qui tentent de répondre à un ensemble de besoins et de lacunes ressentis et vécus par les résidents. Les clients² des communautés thérapeutiques représentent un groupe différencié d'individus, qui partagent une histoire commune de consommations de drogues et dont les vies ont été marquées par ces consommations, tant au niveau psychologique, social, clinico-médical, que familial et spirituel. Ce qui relie les résidents en communauté thérapeutique, puisque toutes les personnes qui consomment et abusent de substances n'ont pas eu besoin, ou n'ont pas désiré réaliser de traitement en régime résidentiel, c'est la totalité de l'expérience des consommations, c'est-à-dire, selon Wilders (2005), la substance est devenue une caractéristique essentielle et prédominante de la personnalité et du vécu personnel. En communauté thérapeutique, une approche holistique du résident, comme personne entière prédomine, approche dans laquelle le résident est appréhendé avec ses problèmes familiaux, lacunes de formation, éducatives et socioprofessionnelles, avec

¹ Les lecteurs noteront que nous allons parfois utiliser le terme «communauté thérapeutique», au singulier, comme synonyme du terme «communautés thérapeutiques», au pluriel, quand le pluriel pourra également s'appliquer grammaticalement. Le singulier prétend marquer le nom propre, le modèle et la terminologie propre autour du concept «communauté thérapeutique» et de cette façon le différencier du simple singulier.

² Il existe de nombreuses terminologies pour décrire les résidents de communautés thérapeutiques, telles que «malades», «patients», etc. Nous, nous avons choisi le terme «client» ou «résident», de façon à être ainsi clairement différencié du modèle biomédical déterministe (voir chapitre 1.1.), ce qui s'avère être un avantage, ainsi que nous le verrons plus tard. Les deux termes «client» ou «résident» seront utilisés comme synonymes, dans ce contexte de description d'utilisateurs de communautés thérapeutiques.

d'éventuels problèmes de santé physique et mentale, d'intégration sociale et de développement personnel.

Ainsi que nous allons le voir, séjourner en communauté thérapeutique a changé avec le temps. Les premiers modèles impliquaient, selon Cole et James (1975), un séjour en communauté thérapeutique de deux à trois ans, plus tard ramenée à 12, 18 mois. Cependant, et nous l'observons dernièrement, à cause d'un ensemble de changements, aussi bien au niveau de la population de clients, des réalités de consommations, de l'apparition d'autres réalités cliniques asso-ciées aux consommations, des substances consommées elles-mêmes, de la réalité sociale et des politiques sociales en matière de toxicodépendance, les séjours en communauté thérapeutique ont diminué ; on observe que la majorité des modèles proposent des séjours plus courts, généralement entre 28 jours, trois mois et six mois. Nonobstant cette réalité, des communautés thérapeutiques avec des séjours de 12, 18 et 24 mois continuent à exister.

Au niveau du panorama global des institutions de traitement, il existe, en plus des communautés thérapeutiques, d'autres types d'institutions de traitement, pour le traitement des dépendances chimiques. Sont concernés ici, les centres de jour, les unités de désaccoutumance et autres institutions en régime ambulatoire. Parallèlement à cette réalité, nous observons de nouvelles catégories de communautés thérapeutiques, spécialement celles insérées dans les établissements carcéraux et les résidences pour SDF, institutions qui présentent un pourcentage élevé de personnes avec des problèmes de dépendance chimique, au sein de leurs populations, et qui ont besoin, selon leur spécificité, d'une réponse axée sur les problématiques spécifiques de dépendances chimiques.

D'un point de vue historique, l'idée de communauté thérapeutique comme étant une communauté qui enseigne, qui soigne et qui aide ses membres, existe depuis le commencement de l'humanité. Selon les recherches de Slater (1984, dans De Leon, 2003), les manuscrits de la Mer Morte, de Qûmran, détaillent les pratiques communautaires d'une secte religieuse ascétique, peut-être des Esséniens et qui incitent leurs membres à adhérer aux règles et aux enseignements de la communauté, afin d'avoir une vie correcte et saine. De même, Filon d'Alexandrie (25 av. J.-C. - 45) décrivait, dans ses écrits, un groupe qui vivait à Alexandrie et qui s'auto-qualifiait de communauté d'agents de traitement (therapeutrides), des maladies incurables de l'âme et qui «enseignait un art de la médecine pour les plaisirs et les appétits (excessifs)... pour une incommensurable multiplicité de passions et de vices» (Slater, 1984 dans De Leon, 2003, p.16). Ce n'est qu'à partir des polis, ou cités-Etats grecques (voir Antonio Escohotado (2004)), qu'a été inauguré un type de société, dans laquelle les personnes qui vivent en communauté, le font selon un scrupuleux respect de la liberté individuelle et selon des codes sociaux écrits, dans ce cas, hippocratique, marquant ainsi le début de la vie en groupes thérapeutiques structurés, qui vont de la secte religieuse aux communes utopiques, mouvements de réforme spirituelle, de tempérance et de santé mentale.

Avec la modernité nous observons deux mouvements autour de la communauté thérapeutique. Le premier surgit dans le domaine de la psychiatrie sociale, c'est-à-dire, dans une aide novatrice à des malades psychiatriques, à l'intérieur et à l'extérieur des hôpitaux psychiatriques, dans lesquels ces malades se trouvent en traitement, alors que l'autre mouvement, environ 15 ans après, surgit sous la forme de programmes de traitement, en régime résidentiel, pour les dépendants de drogues et d'alcool.

C'est dans l'unité de réhabilitation sociale de l'hôpital psychiatrique de Belmont, hôpital au Royaume Uni, que la communauté thérapeutique psychiatrique modèle a été développée, dans les années 40. C'était une unité de 100 lits consacrée au traitement de malades psychiatriques qui présentaient des troubles de la personnalité. Nombreux étaient les soldats qui étaient revenus de la 2^{de} Guerre mondiale et qui souffraient de traumatismes dus à la guerre. Maxwell Jones (1953) et ses collègues qui ont décrit cette expérience (voir aussi Rapaport (1960)).

Selon De Leon (2003, p. 15) les caractéristiques de cette communauté thérapeutique psychiatrique de Jones étaient les suivantes:

- L'organisation est considérée comme un tout responsable du résultat thérapeutique;
- L'organisation sociale est utile pour créer une ambiance qui maximise les effets thérapeutiques, au lieu de créer une simple aide administrative au traitement;
- Un élément essentiel est la démocratisation : l'ambiance sociale offre des opportunités, afin que les patients participent activement aux affaires de l'institution;
- Toutes les relations sont potentiellement thérapeutiques;
- L'atmosphère qualitative de l'ambiance sociale est thérapeutique, dans le sens où elle est fondée sur une combinaison équilibrée d'acceptation, de contrôle et de tolérance, quant aux comportements de rupture;
- Une grande valeur est attribuée à la communication;
- Le groupe s'oriente vers le travail productif et un retour rapide à la société;
- Des techniques éducatives et la pression de groupe sont utilisées pour des fins constructives;
- L'autorité se partage entre les employés, les responsables et les patients.

L'esprit dominant était la nature thérapeutique de l'ambiance communautaire. On voulait créer un espace *«organisé en une communauté au sein de laquelle on espérait que tous contribueraient à atteindre les objectifs communs de création d'une organisation sociale dotée de propriétés de soin»* (Rapaport, 1960, dans De Leon, 2003, p.14). Cette désignation de communauté thérapeutique a été postérieurement appliquée et adaptée à des projets en dehors de l'hôpital et en projets de psychiatrie communautaire (voir à cet effet Jansen, 1980 et Campiche et Al, 1992).

Le second mouvement a donné naissance à un ensemble d'institutions/d'organisations qui, encore aujourd'hui sont visibles dans le panorama actuel du traitement des dépendants chimiques, un peu partout dans le monde. Elles sont appelées institutions avec «programmes sans drogue» et dans lesquelles l'apprentissage d'un mode de vie sans drogues est appris et transmis. Historiquement trois grands précurseurs de ces institutions se détachent et ont été la base de ce second mouvement.

Le premier était celui qu'on appelait le «Groupe d'Oxford», de New York, également connu comme le First Century Christian Fellowship, organisation religieuse fondée par Frank Buchman, pasteur évangélique luthérien, qui vers les années 20, avait pour objectif de diffuser son message essentiel : le retour à la pureté et à l'innocence des débuts de l'Eglise chrétienne. Bien que n'étant pas seulement orientés sur les problèmes d'alcoolisme et autres troubles mentaux, la mission du groupe d'Oxford voyait dans ces comportements des signes d'érosion spirituelle et ainsi appelait à la renaissance spirituelle de ces chrétiens, au travers de l'abstinence d'alcool et autres substances. Frank Buchman et le docteur Samuel Shoemaker, pasteur de l'Eglise épiscopale du Calvario de New York, ont tiré leurs influences des quakers et les anabaptistes, qui ont aussi été précurseurs des mennonites et des amish. Ces influences religieuses très puissantes ont conditionné de façon significative, non seulement le groupe d'Oxford et les Alcooliques Anonymes, mais aussi les communautés thérapeutiques modernes. Ces influences sont de nos jours encore visibles dans les communautés thérapeutiques actuelles. Les idées prédominantes incluent (De Leon, 2003, p. 18) une éthique pour le travail, l'attention mutuelle, l'orientation partagée et les valeurs évangéliques: l'honnêteté, la pureté, l'altruisme et l'amour, l'auto-analyse, la reconnaissance des défauts de caractère, la réparation des préjudices causés et le travail conjoint (voir aussi Wilson, 1957).

Le second grand précurseur a été les Alcooliques anonymes, connus par le sigle AA, groupe fondé en 1935, par un agent de change Bill Wilson et un médecin, le docteur Bob Smith, qui au travers de leurs conversations et entre-aide mutuelle ont réussi à s'arrêter de boire et à acquérir un style de vie basé sur l'abstinence (voir Wilson, 1957 et Burns, 1995). Dans les principes assumés par les AA dans les 12 étapes et les 12 traditions, se trouvent les principes de perte de contrôle de la personne, en relation à la substance, livrée à un «pouvoir supérieur», l'autoanalyse, la recherche individuelle d'un «pouvoir supérieur» capable de se substituer à la substance consommée, réparation de dommages causés à autrui, partage avec autrui en groupe, prière et entre-aide à d'autres consommateurs actifs. La grande différence entre le groupe d'Oxford et les AA, a été la conception de l'entité «pouvoir supérieur». Alors que dans le groupe d'Oxford il impliquait un «Dieu» religieux et chrétien, et se basait sur les enseignements de la Bible, les AA incitaient leurs membres et participants à trouver leur propre concept de «pouvoir supérieur», basé sur une conception et des choix individuels.

Le troisième grand mouvement a été l'organisation Synanon. Fondée par un alcoolique en récupération des AA, Charles (Chuck) Dederich, à Santa Monica, Californie, en 1958, elle a été la première institution de traitement, dans le sens spécifique du terme. Née de l'expérience de groupe, avec «association libre» dans son appartement privé, Dederich a fondé en 1959, une communauté résidentielle, dans laquelle il recevait des dépendants de toute substance. Il a eu, pendant 15 ans, un énorme succès organisationnel, ayant caractérisé le panorama du traitement de ces problèmes, de façon significative, et servi d'exemple aux futures communautés thérapeutiques (voir à ce sujet sur l'histoire de Synanon les travaux de Casriel, 1966, Yablonsky, 1965 et 1989 et Endore, 1968).

La grande différence entre Synanon et les AA a été, entre autres, le passage de l'ambiance non résidentielle des réunions hebdomadaires d'entre-aide et où l'on apprend à s'aider soi-même des AA, à l'ambiance communauté résidentielle intensive à temps plein, des communautés thérapeutiques, et où toutes les activités se concentraient à l'intérieure de l'institution et étaient organisées par structure hiérarchique. De même, la population prédominante de Synanon était constituée de consommateurs de drogues, alors que chez les AA, l'alcool était la substance la plus consommée (seulement plus tard sera créé le groupe des Narcotiques anonymes, pour cette population et problématique spécifique). L'autre grande différence était l'obligation d'arrêter de consommer, condition *sine qua non* pour pouvoir intégrer Synanon, alors que dans les réunions des AA, seule était exigée la volonté d'arrêter de boire, l'abstinence n'étant pas une condition indispensable pour participer aux groupes. De même, le processus de fonctionnement en groupe était substantiellement différent entre l'un et l'autre. Alors que la pédagogie dominante chez les AA se focalisait sur le processus de partage d'expérience entre les membres qui participaient aux réunions, avec Synanon, l'apprentissage d'enseignements étant facultatif, une technique appelée «le jeu» a été développée, on incitait à la confrontation tous les participants, afin que le groupe produise de «véritables» et réels sentiments entre tous les membres, dépourvus d'un quelconque mécanisme de défense. Les propriétés du groupe thérapeutique, chez les AA, étaient fondamentalement du type auto-curatrices, d'entraide et d'appui mutuel, en Synanon visait le changement actif de la personne, de son fonctionnement psychologique, de son style de vie et de son ambiance sociale et familiale, par le biais du vécu communautaire.

Dans les communautés thérapeutiques contemporaines, on continue à observer nombre des éléments décrits dans les paragraphes précédents, cependant, on observe des développements qui ont peu ou rien à voir avec leurs prédécesseurs. Nous trouvons ainsi, de nos jours, des programmes spécialisés avec recours à de nouvelles connaissances (à partir de Rogers, Erikson, Maslow, Beck, etc.), de nouvelles pratiques thérapeutiques (psychodrame, relaxation, groupes de rencontre, etc.), s'adressant à une population avec des caractéristiques psycho-sociales spécifiques (population carcérale, SDF, prostitution, etc.), à des individus avec des dépendances spécifiques (dépendance au jeu, troubles alimentaires, individus présentant un double diagnostic, prévention de rechute, après traitement, etc.).

D'un point de vue organisationnel, en 1975 a surgi la première tentative d'association de communautés thérapeutiques dans le but de définir et d'organiser des objectifs et des buts communs. A cette date sont nées les TCA (communautés thérapeutiques américaines) qui, avec l'aide du NIDA (Institut national américain sur l'abus des drogues), a fait de grands progrès dans la délimitation du champ d'intervention. De nos jours, il existe l'association mondiale WFTC (Fédération mondiale des communautés thérapeuthique), qui englobe différentes associations locales et régionales et qui, en plus d'organiser des cercles de formation, participe aux définitions d'objectifs et d'interventions, dans le domaine de la santé publique.

Dans ce chapitre, nous allons observer certaines approches qui ont marqué le panorama, à un niveau théorique, dans le domaine de la dépendance chimique. Comme nous l'avons vu, au début du traitement des dépendants chimiques, dans lesdites communautés thérapeutiques de première génération, l'approche était caractérisée par une forte composante religieuse et par une aide importante de ministres et du clergé protestant. Plus tard, et avec la croissante professionnalisation de la prestation de services et des professionnels qui travaillent en communauté thérapeutique, les modèles théoriques se sont adaptés et perfectionnés aux besoins de théorisation de la part des différents intervenants. Ainsi, nous allons ensuite décrire certains des principaux modèles qui ont été déterminants pour la compréhension de la problématique de dépendance chimique, au cours des 60 dernières années.

1.1 Le concept de dépendance chimique en tant que maladie

Au moins depuis l'apparition du concept de maladie de Jellinek (1960), concept très exposé et circonscrit, la définition de l'alcoolisme en tant que maladie, et autres dépendances en général, particulièrement la dépendance à l'héroïne, est un point de départ courant. Au centre de cette perspective nous trouvons les propriétés pharmacologiques des drogues et leurs effets physiologiques. Le développement d'une dépendance physiologique, qui est produite par la consommation et l'augmentation obligée de la dose de façon à obtenir le même effet pharmacologique, est le principal aspect de cette orientation. On part du principe, dans cette perspective pharmacologique, que les toxicodépendants souffrent d'une personnalité malade, qui sera à l'origine de la personnalité dépendante (voir à ce sujet Keup, 1978, et Groenemeyer, 1990). Le point de départ de ce concept est l'existence préalable d'une personnalité à tendance pour la dépendance et la «prédisposition» pour le développement de la maladie de toxicodépendance, bien avant de commencer à consommer des drogues. Dans les paroles de Coleman (1978, p.555) «l'approche des objectifs de la dépendance quant aux structures de la personnalité du dépendant la plus communément et largement acceptée. Sous-jacente à cet ensemble de théories nous trouvons l'idée que quelqu'un devient dépendant parce qu'il est mentalement anormal ou inadapté, ou tout du moins amoindri par un sérieux problème psychologique».

L'idée sous-jacente à cette personnalité dépendante, est celle que celle-ci ne devient évidente qu'avec le début de la consommation et que le chemin se

développe par étapes, en direction d'une dégradation progressive du consommateur toxicodépendant. En conséquence, certains auteurs comme Groenemeyer (1990, p.40-46), décrivent ce type de parcours comme un «*chemin de dégradation progressive*». Le développement de ce chemin est progressif et s'ouvre sur une croissante dégradation qui prend la forme d'un chemin en «*spiral down*», spirale descendante: «... *malgré cette fascination et cette excitation, la vie d'un « dépendant des rues » est très difficile. Ainsi, hormis pour les plus chanceux, une foule de graves problèmes personnels tourmente presque tous les dépendants et ce phénomène normalement ne fait que s'empirer alors qu'ils avancent sur leur chemin de dépendance. Les problèmes économiques sont ceux dont ils se plaignent le plus... ainsi les «chippies» (les utilisateurs occasionnels) qui s'installent dans un modèle de dépendance, leur tolérance aux narcotiques augmente petit à petit, de même que le coût de leurs habitudes. Les économies sont rapidement dépensées et les biens négociables du dépendant sont vendus ou échangés contre des narcotique...*» (Coleman, 1978, p. 559). La fin de cette spirale arrive quand on atteint, suivant les paroles de Coleman, l'«*hitting bottom*» (Coleman, 1978, p. 560), connue comme «*toucher le fond*»: «...*la plupart des dépendants pense que leurs problèmes personnels continuent à augmenter pendant les années de dépendance. Quand cette spirale descendante atteint son point le plus bas, le dépendant est accablé par un sentiment de détresse personnelle... la futilité désespérante de sa vie et son isolement personnel. Pendant cette période, les dépendants semblent perdre confiance en leur capacité à prendre ne serait-ce qu'une simple décision. Tous leurs gestes semblent les avoir enfoncés plus profondément dans le cauchemar en lequel leur vie s'est transformée....* » (Coleman, 1978, p. 560).

La conséquence de l'appréhension du toxicodépendant, comme malade médical, ajoutée à la problématique du SIDA, qui apparaît au début des années 90, et liée au modèle d'infection (voir Geismar-Wieviorka, 1995), et aux thérapeutiques connexes avec prescription de la méthadone et discussion sur la prescription sociale/médicale de l'héroïne, est une façon de médicaliser la toxicodépendance (voir Zapalà, 1997)⁴, chaque fois plus forte, laquelle fait ressurgir la discussion sur le rôle de la médecine en tant qu'instrument de «purification» (Szasz, 1994, p. 163). L'encadrement de la toxicodépendance au niveau du registre médical a comme corolaire, selon Zapalà (1997, p.107), la perspective de la toxicodépendance comme «*maladie, le toxicodépendant comme malade ou patient et la méthadone comme médicament*»⁵.

Sans vouloir entrer dans les conséquences sociopolitiques de cette discussion, je ne peux m'empêcher de réfléchir, à ce stade, au rôle de la médecine, et

⁴ L'auteur démontre comment cette médicalisation de la toxicodépendance est extrêmement défendue dans le discours journalistique et comme cette perspective de l'agent toxicodépendant prend une position toujours plus dominante dans le débat public.

⁵ Widmer, J.(ed), en arrivent à cette conclusion, concernant l'analyse d'articles journalistiques publiés dans certains journaux de la Suisse francophone, pendant l'année 1996, qui se sont occupés de la problématique de la prescription de drogues, de l'investigation sur la toxicodépendance et sa prévention.

au cœur de celle-ci, de la psychiatrie, en la personne du psychiatre, en tant qu'interlocuteur choisi et privilégié pour le traitement et le contrôle du toxicodépendant et avec la conséquente classification implicite de la toxicodépendance comme syndrome socio-psychiatrique⁶. Nous avons connu le point culminant de cette classification de la toxicodépendance comme syndrome socio-psychiatrique, avec l'insertion de cette dépendance dans le DSM (manuel de diagnostic et de statistique des perturbations mentales) de l'Association psychiatrique américaine. Ce manuel est considéré comme étant la référence pour diagnostiquer tous les symptômes et syndromes psychiatriques, et contient un chapitre spécifique pour toutes les substances génératrices de dépendances (chapitre 6 du présent DSM-IV). Depuis cette introduction, la toxicodépendance est définie non seulement comme maladie médicale générale, mais comme maladie psychiatrique spécifique, qui apporte des perturbations psychiques, devant être traitées par un médecin spécialiste, en d'autres termes, par un psychiatre. Cet ajustement de la toxicodépendance à des concepts normatifs axiologiques est au service de la science, comme façon d'assurer l'intervention pratique (voir Basaglia, 1973). Bien que d'autres formes de traitement soient tolérées, elles doivent non seulement être approuvées par un psychiatre, mais aussi permises par lui.

Sur ce point la délégation du pouvoir est claire et un nouveau système de pouvoir, qui produit probablement de nouvelles marginalités, est également observable. Au travers de cette définition, on légitime la prescription de drogues contrôlées, de substituts, d'anti-opiacés, l'hospitalisation en établissements thérapeutiques et l'enregistrement de ce comportement comme étant une «*épidémie*» (voir à ce sujet Pélicher, 1985)⁷, comme pôle opposé à la dégradation progressive de l'individu, observable dans la réalité vécue dans les rues, où abondent les perturbations psychiques et la nécessité d'une intervention professionnelle et pharmacologique, parce que ces individus sont supposés être malades.

Nonobstant cette discussion, on observe de nos jours un nombre chaque fois plus grand de clients admis en communauté thérapeutique et qui présentent un double diagnostic, en d'autres termes, un diagnostic psychiatrique et un diagnostic d'abus et/ou de dépendance à des substances. Se détachent la dépression, l'anxiété, les événements qui causent un stress post-traumatique, les dérèglements antisociaux et les troubles de la personnalité. Ceux-ci ont besoin, tout du moins dans une phase initiale, d'un accompagnement spécialisé et d'une attention redoublée. Très souvent, le recours à la médication psychiatrique est un recours utile et nécessaire, même si ce n'est pas en phase initiale.

⁶ La dissémination épidémique de la toxicodépendance est défendue par de nombreux auteurs et est utilisée comme argument pour la discussion publique de cette thématique.

⁷ Jusqu'à quel point la question de contrôle de la médecine se trouve-t-elle enregistrée dans la tradition de la profession médicale, ou ne correspond pas à la factuelle et habituelle remise du traitement des toxicodépendants à la psychiatrie, comme partenaire privilégiée au sein de la médecine, pourra-t-il être défini comme un nouveau phénomène social? Je recommande la lecture et la discussion fortement intéressante de Szasz, 1997, p.163 et suivantes.

1.2 La perspective de la psychologie du développement

La perspective de la psychologie du développement analyse la dépendance en tant que processus de murissement de la personnalité, délimité dans le temps et lié à l'âge. Elle s'oppose linéairement au modèle du chemin de la dépendance, jusqu'ici décrit et discuté, qui est basé sur la conception de la toxicodépendance, en tant que maladie, avec présomption de développement d'un chemin de dégradation progressive. Cette perspective déterministe a été ébranlée et mise de côté, par des études réalisées par Winick, entre autres, dans les années soixante-dix du siècle dernier.

Une analyse minutieuse de près de 45 000 procès verbaux du Bureau fédéral des narcotiques (FBN), sur des toxicodépendants, a démontré que nombre de ces derniers ont cessé d'être enregistrés dans lesdits procès verbaux, après quelque temps. Il s'agissait de sujets de moins de 40 ans, avec un chemin de dépendance de 10 à 15 ans. En d'autres termes, ces sujets ont cessé d'avoir des comportements nécessitant d'être enregistrés par les autorités. Cette réalité a amené Winnick à une hypothèse de *«maturation spontanée de la dépendance»* (Winick, 196, p.5), selon laquelle *«le dépendant cesse de prendre des drogues, dès que les problèmes pour lesquels il a, au début, commencé à en prendre deviennent moins significatifs et moins urgents, si notre hypothèse est correcte.»* (ibidem).

Contrairement à l'hypothèse de dégradation progressive, l'explication donnée par cet auteur est qu'il n'existerait aucune raison spéciale conduisant au terme d'un chemin de dépendance. Le toxicodépendant cesse de consommer parce que son propre murissement lui retire l'intérêt de consommer de la drogue: *«... c'est comme si, métaphoriquement parlant, les feux intérieurs qui consomment le dépendant se retrouvaient contenus avec la trentaine. Il peut sentir qu'on lui en demande moins au niveau sexuel, de la combativité, d'avoir une vocation, d'aider ses parents, ou de fonder une famille. Tel le résultat d'un pseudo-processus d'homéostasie émotionnelle, le stress et les tensions de la vie se stabilisent suffisamment pour que le dépendant type, d'une trentaine d'années puisse les affronter sans l'aide de narcotiques»* (ibidem).

L'idée sous-jacente à cette perspective est que ce ne sont pas les variables de la personnalité individuelle qui déterminent la sortie de la toxicodépendance, ni le travail effectué sur ces caractéristiques de la personnalité qui permet-tent à l'individu ce retour, mais ce serait plutôt le cycle de la vie, objectif et tendanciellement déterminé par le facteur «âge» (un âge plus avancé équivaldrait à de plus grande possibilités de sortie de la toxicodépendance) et le facteur «durée» (plus le chemin aura été long, plus le dépendant sera près à initier sa sortie), indépendamment des variables de la personnalité des agents dépendants, individuellement considérés⁸. Dans ce sens, la *«maturation*

⁸ Différentes études effectuées, basées sur cette hypothèse de *«maturation spontanée»*, cf., entre autres, SNOW M., *Maturing-out of Narcotic Addiction in New York City*. The International Journal of the Addictions, 8 (6), 1973, pag. 921-938.

spontanée» est définie comme l'inverse des mécanismes «immatures»: «*si nous concevons l'usage chronique des drogues opioïdes comme un système de copie, alors toute abstinence durable peut être appelée maturation spontanée*» (Maddux, J.F., Desmond, D.P., 1980, p.24).

Bien que cette hypothèse de «*maturation spontanée*» ait été reconnue dans la littérature scientifique, l'étude de Winick a été contrariée, quelques années après sa publication, par Vaillant (1973), entre autres, car il a réussi à prouver, au travers d'une étude longitudinale, que plus de la moitié de ses candidats consommait depuis plus de cinq ans, sans pour autant avoir été enregistrés par les autorités, et n'apparaissaient donc pas dans les statistiques, comme des toxicodépendants. De même, Maddux et Desmond sont arrivés à la conclusion que, nonobstant la possibilité que la «*maturation spontanée*» ait une «*valeur considérable pour stimuler la pensée et la recherche*» (op.cit) celle-ci n'est pas seulement «*vague*» (op.cit) mais n'offre pas une explication suffisante à «*toutes les abstinences prolongées*» (op.cit).

Ce concept de processus de murissement, déterminé par la propre croissance qui conduit à la sortie du chemin de la dépendance, a été développé par d'autres auteurs et, au côté de notions comme la «*maturation spontanée*», d'autres ont été publiées comme le «*natural recovery*» (Waldorf, D., Biernacki, P., 1981)⁹ ou la «*rémission spontanée*»¹⁰. Les études de Robins (1975) ont été déterminantes pour ces orientations. Cet auteur a étudié le cas de 898 ex-vétérans du Vietnam, qui avaient consommé et créé une dépendance aux opiums. Leurs cas avaient été étudiés après leur retour aux Etats-Unis d'Amérique. Seul un pourcentage très réduit de ces ex-dépendants ont continué leur chemin de dépendance une fois aux USA, la majorité ayant mis fin à la consommation après leur retour, sans s'être soumis à des traitements, ou à d'autres types d'aide extérieure. L'idée, à l'époque largement diffusée et acceptée, de «*une fois accro, toujours accro*» (ibidem, p.284), a dû être repensée à cause de ces nouveaux résultats:

«...il semble très clair que les opiacés ne provoquent pas tant que cela une dépendance et que leur usage n'est pas nécessairement suivi d'une dépendance, ni que celui qui a été dépendant une fois, ne le sera forcément toujours. Du moins, dans certaines circonstances, des individus peuvent faire usage de narcotiques et même y devenir dépendants, mais ils sont malgré tout capable d'éviter d'en faire usage d'en d'autres situations sociales» (Robins, L.N., Helzer, J.E., Davis, D.H, 1975).

L'orientation de la «*rémission spontanée*» a été très influencée par le fait que ces interlocuteurs interviewés ne se soient soumis à aucune forme de

⁹ Cf, également les études de SCHARSE R., Cessation patterns among neophyte heroin users. The International Journal of the Addictions, 1, 1996; O'DONNELL J. A. ET AL., Young men and drugs – a nationwide survey. NIDA Research Monograph 5, 1976.

¹⁰ Le concept de «*rémission spontanée*» est un concept venu de la médecine et est utilisé quand, sans aucune intervention apparente ou visible, le développement normal d'une maladie est interrompu et la cure se produit sans aucune explication rationnelle.

traitement de leur dépendance, et en sont sortis sans que soit nécessaire une modification de leur milieu social, ou d'autres variables extérieures à leur personnalité. De même, Stimson G. V. et Oppenheimer, E. (1982) ont démontré que, avec ou sans traitement, une grande partie des toxicodépendants donnait des signes de «*fatigue*» (ibidem, p. 129) du chemin et qu'ils ne sont sortis de ce chemin de consommation, que grâce à un processus de murissement déterminé par la croissance, laissant derrière eux, de façon spontanée et sans aide professionnelle, leur chemin de dépendance. Groenenmeyer (1991, p. 169) renforce cette perspective, puisque que «*de cette façon, on peut espérer que la durée du chemin de dépendance ait une influence directe et positive sur les motivations de traitement et sur leur durabilité*». Dans ce modèle, déterminé par le murissement, on part du principe que les agents, après être sortis du chemin de la dépendance, s'intègrent dans les contextes sociaux conventionnels et que leur vie se stabilise.

Quel est l'aspect exact d'une sortie de la toxicodépendance et quels sont les facteurs motivationnels qui conduisent à une sortie spontanée de la dépendance, ont fait l'objet de nombreuses études. Différents mécanismes socio-psychologiques, des ex-toxicodépendants, ont été étudiés et analysés, sur la base des interviews narratives. Des mécanismes, tels que le «*détournement de la dépendance*» (Klingemann, H., 1992, p. 1363) au travers desquels les toxicodépendants sont distraits par le biais de nouvelles responsabilités et occupations, comme le travail et des projets pour le futur. Ce mécanisme a également été décrit comme des «*motivations positives*» (Caiata, M, 1994, p. 19) pour contrôler le chemin de la dépendance: «*ces motivations positives constituent même, pour nos interviewés, une des sources de la volonté de contrôler la consommation: passions musicales ou sportives, désir de fonder une famille ou de la maintenir unie, projets de voyages, permettent à la personne de décentraliser son investissement par rapport à la drogue*» (ibidem).

D'autres facteurs de motivation qui mènent à la sortie spontanée du chemin de la dépendance, sont les «*deterrent negative models*» (Klingemann, op.cit, p. 1366) ou «*modèles de dissuasion négatifs*». Dans ces cas là, les graves conséquences de la consommation de drogue, leurs effets directs sur les expériences et la vie des dépendants, possèdent des corolaires, tels que les «*...la mort ou la maladie de parents ou d'anciens copains composent le monde de la drogue, auxquels s'ajoute la peur du SIDA...*» (ibidem). Pour consolider le chemin de sortie de la dépendance, sont utilisés des mécanismes tels que «*se focaliser chaque fois plus sur les récompenses apportées par le nouveau mode de vie et sur la protection des bénéfices qu'on en tire*» (ibidem) et «*l'intériorisation de nouveaux rôles sociaux positifs*» (ibidem).

1.3 Perspective de la sociologie: le parcours de dépendance comme forme de socialisation et de processus de «labeling» (étiquetage)

La perspective de la recherche sociologique a commencé, à l'école de Chicago, dans les années cinquante du siècle dernier, avec la recherche de déviances. Elle a été portée par différents chercheurs, dont Becker qui, contrairement

à ce qui se passait avec les explications habituelles de l'époque, a tenté d'expliquer les déviations d'orientation et de compétences comme des «*processus d'identification et d'apprentissage, dans des contextes sociaux détournés*» (Groenenmeyer, 1900, p. 68). Sur la base d'un modèle séquentiel, développé par Becker, et dans lequel le facteur temps occupe un rôle primordial, le caractère processif d'un parcours de déviations (Becker, H., 1985, p. 45 et suivantes) est devenu compréhensible. De plus, une relation a été établie entre «*processus de socialisation secondaires*» déterminants et «*association différentielle*»¹¹. De cette façon, le processus d'apprentissage mène le dépendant à s'initier, par exemple, à la consommation de marijuana¹². Cela le mène également à la socialisation, car le consommateur n'acquiert des déviations qu'à partir du moment où ses agissements, en marge de la loi et les comportements correspondants commencent à jouir d'une valorisation plus positive¹³ pour lui et son groupe de référence, en contraste avec le groupe de référence qui considère ces modèles comportementaux comme étant négatifs.

Le fondement de ce travail réside dans la compréhension sociologique des agissements du point de vue d'individus qui sont sortis du chemin de la dépendance. En théorie, cette sortie doit être expliquée par des interactions sociales importantes. Depuis la définition de Weber (1972) de l'«*action sociale*», différents débats scientifiques théoriques ont surgi sur ce thème et ont permis de dévoiler diverses perspectives relatives à cette problématique.

En premier lieu, nous nous trouvons face à une théorie fonctionnaliste de l'action de Parsons (1976), qui s'encadre dans le paradigme normatif. Dans cette théorie, la «*structure des systèmes d'action consiste en des modèles institutionnalisés (en systèmes sociaux et culturels) et/ou intériorisés (en personnalité et organismes) d'importance culturelle*» (ibidem, p. 342), en d'autres termes, la société met à la disposition de ses membres certaines règles¹⁴ et

¹¹ La théorie de l'association différentielle formulée par Sutherland en 1939.

¹² Becker, H., cf. spécialement au chapitre 3. Il est important de comprendre la perspective selon laquelle la forme d'appréhender l'effet est quelque chose d'appris, suivant les paroles de Becker: «*la consommation de marijuana est fonction de la conception que l'individu se fait des utilisations possibles de celle-ci, et cette conception évolue en fonction de son expérience de la drogue*» (p. 65). Le modèle séquentiel nous permet de comprendre de quelle façon chaque étape, ou séquence d'orientation déviée de l'agent dévié peut être expliquée individuellement: «*... nous avons besoin par exemple d'une explication sur le comment l'individu arrive-t-il à la possibilité d'acquiescer de la marijuana et d'une autre explication sur le comment cet individu en ayant un accès facile à la marijuana la consomme-t-il pour la première fois. Plus, nous avons besoin d'une explication sur le pourquoi la consommation de marijuana continue-t-elle, une fois essayée. D'une certaine façon, chaque explication constitue par elle-même l'origine de son comportement ...*» (Becker H., *Outsiders*, in Groenenmeyer, op. cit., p. 72)

¹³ Matza utilise dans ce contexte le concept «*d'affinité*» (cf. MATZA D., 1973, p. 98 et suivantes.)

¹⁴ Pour Parson il existe, selon Ogien (1995), deux types de normes : d'un côté, celles qui «*rapportent aux conventions, habitudes et manières d'appréhender le monde qui s'acquièrent dans le cours de la socialisation (entendue comme le mouvement qui transforme un enfant en adulte); et les secondes sont produites par une sorte d'équipement cognitif de base au moyen duquel une signification peut être attribué à une activité: ce que Parsons nomme des "variables de configuration", c'est à dire des catégories de pensée qui permettent à l'individu de juger du type d'action dans lequel il est pris et de s'adapter aux circonstances changeantes des échanges sociaux*».

rôles, qui sont, pendant le processus de socialisation, intériorisés, puis vécus sous la forme observable de comportements sociaux déterminés. Pour cela, l'interaction devient nécessaire parce que dans celle-ci, ces règles et ces rôles sont produits dans la société. La théorie de l'action de Parsons conjugue cette double fonction de l'ordre social, parce qu'elle *«réduit la question théorique de l'ordre social à sa dimension pratique : celle du déroulement de l'interaction ; et de ce fait même, envisage le problème de la stabilité et de la cohésion sociales sous l'angle de l'activité de communication sur laquelle reposent les relations interpersonnelles.»* (ibidem, p. 173). Bien que le contenu de cette interaction n'ait pas été analysé par Parson et qu'il n'ait pas fait très attention à cette dynamique interactionnelle et bien qu'il ait toujours fait référence, d'une certaine façon, à un modèle axiologique culturel constant, lequel serait présent pour une action sociale concrète, il est possible d'établir la connexion entre les deux réalités et de les rapprocher: *«Parsons écarte ce problème en affirmant que ces deux systèmes s'emboîtent parfaitement: la socialisation, en imposant la motivation à agir en respectant des normes de conduite, permet à l'interaction de s'instaurer et de s'achever sans trouble majeur»* (ibidem, p. 173).

Déjà Alfred Schütz critique cette position de Parsons¹⁵, selon Miebach (1995, p. 22), *«objectiviste»* et développe une orientation subjectiviste, selon laquelle et suivant les paroles de Miebach (1991, p.22), *«l'interprétation de l'action sociale doit partir de la conscience de l'agent individuel et ne peut se référer à des soi-disants modèles culturels»*. Cette théorie de l'action, comprise comme une théorie phénoménologique, prétend s'orienter sur le monde réel des individus et ne prend comme point de relation des soi-disants modèles culturels ou des règles et/ou des systèmes de modèles existants dans un monde parallèle.

Cependant, ce n'est qu'avec l'interaction symbolique, c'est-à-dire, avec le modèle d'interaction d'une théorie médiatrice de symboles, dans laquelle l'exercice d'un rôle et son interprétation comme théorème central est défini comme la théorie de l'agir, que devient compréhensible le processus continu de l'interprétation et de l'interaction. Au travers de cette interprétation continue, se construit l'identité, qui ne représente pas seulement quelque chose de subjectif et d'individuel, mais aussi quelque chose d'objectif et de général, pouvant, de ce fait, être défini comme étant une *«structure»*, selon Mead (1998, p. 205): *«la structure de l'identité est une réaction qui est commune à tous, parce que nous devons être membre d'une société pour avoir une identité. Ces réactions sont abstraites, cependant elles forment le caractère de l'individu. Elles lui donnent ses principes, lui indiquent les comportements reconnus par tous les membres de la société, par rapport aux valeurs de cette même société. Il se met à la place de l'autre généralisé, qui représente les réactions organisées de tous les membres du groupe»*. On en arrive à un point de conscience de l'identité qui explique son propre comportement et celui des autres : *«l'individu*

¹⁵ La position théorique fonctionnaliste par rapport à la structure, qui a été présentée ici de façon succincte, n'aurait pas permis une compréhension différente des façons de sortir du chemin de la consommation.

ne possède une identité que par rapport à l'identité des autres membres du groupe social. La structure de son identité exprime les modèles de comportements généralisés de son groupe social, de même que la structure de l'identité de chacun des autres membres du groupe» (ibidem, p. 206). De cette façon, on comprend que les mécanismes de construction et de production de la réalité sociale et de l'identité sont consommés en processus quotidiens d'action et d'interaction. De plus, les analyses de Goffman (1969) sur les multiples formes d'expression des individus en hôpitaux psychiatriques et le développement de l'identité dans certaines interactions sociales et règles sociales, ont contribué en proposant une perspective et une dynamique de la théorie de l'action sociale, de plus. La dynamique de l'interaction est affinée par Goffman, selon Miebach (1991, p. 67), jusqu'à une «*dramaturgie*» de l'action sociale, dans laquelle la totalité du jeu social et communautaire est comparée à une pièce de théâtre, dans laquelle la représentation de rôles sociaux occupe une place centrale cruciale.

Dans le prolongement de cette orientation de la recherche de l'interaction, qui a mis l'accent sur les processus d'identification et de construction de l'identité, la perspective a été dirigée vers le contrôle social, en d'autres termes, sous la réaction de tiers qui réagissent sur le comportement déviant. Cette explication, également connue comme «*labeling*» ou «*théorie de l'étiquetage ou encore théorie du référencement*» des parcours détournés, montre jusqu'à quel point et quels sont les processus de responsabilisation dans le développement des vies déviantes, au travers des contrôles sociaux qui jouent un rôle important dans ces parcours. Suivant les paroles de Tannenbaum (1953, p. 23): «*le jeune délinquant devient mauvais, parce qu'il est défini comme étant mauvais*».

Ce changement de perspective de l'analyse des réactions des tiers sur le sanctionnement des comportements, sanctions qui sont déterminantes pour l'existence des chemins déviants, ont en partie des conséquences profondes sur l'identité de l'acteur considéré comme déviant, en particulier sur son identité sociale. Très souvent ces sanctions adoptent la forme de réelles cérémonies, qui sont appelées par certains sociologues (par exemple Garfinkel, 1956, p. 420) «*status degradation ceremonies*» (cérémonies de dégradation de statuts). Goffman (1973) a étudié en détail les expériences de «*dégradation de statuts*» de malades psychiatriques internés en milieu psychiatrique, ainsi que les changements d'identité de tous les agents concernés¹⁶. La nouvelle identité sociale des résidents en environnement psychiatrique les amène à s'acheminer vers un certain sentier moral qui «*a des conséquences sur les grands changements du self*¹⁷ de l'acteur et de sa branche métaphorique, avec laquelle il se juge et juge les autres» (Goffman, 1973, p. 127).

¹⁶ Anselm Strauss (1992) a également étudié la courbe du parcours biographique de malades hospitalisés et leur façon d'appréhender la mort en milieu hospitalier. De cette façon, il a décrit les négociations d'identité observées, lors de la gestion de la maladie et de la relation avec les infirmiers.

¹⁷ Le self en psychologie est investi de libido (et non le «moi» Freudien, hors cas pathologiques). Le self comprend la personne propre, son identité, et le sentiment de continuité d'être... (Cf. www.dicopsy.com/dictionnaire.php/_/psychanalyse/self). NdT.

On présuppose, dans la dégradation des statuts, l'existence de stigmatismes, c'est-à-dire, d'attributs connus, ou de déficiences, au travers desquels il est possible de discréditer certains acteurs sociaux (par exemple, toxico-dépendants et/ou comportement associé aux drogues), qui, dans l'interaction et sur le plan des individus en interaction, ont la capacité de changer leur identité. L'application de ces stigmates résulte, selon Goffman (1999), en une différence pour l'acteur entre l'identité virtuelle et l'identité réelle sociale. De cette façon, non seulement le contrôle social étiquète les acteurs sociaux suivant l'attribution d'un sens et d'une signification à leurs comportements, mais ceux qui sont visés par ce processus de stigmatisation, eux-mêmes, finissent par intérioriser ce stigmate et par assumer leur identité déviante. Cette analyse nous permet d'exposer les différents aspects du thème principal de cette étude, à savoir l'assimilation intersubjective et l'interaction des identités, autour d'un vécu de toxicodépendance et de les encadrer dans une perspective sociologique.

Notre objectif est de discerner quels sont les différents aspects de l'identité qui deviennent visibles et jusqu'à quel point ils jouent un rôle dans le parcours du toxicodépendant. Goffman (1999) nous fournit un cadre utile pour comprendre l'analyse des conceptions structurantes de l'identité, en nous décrivant la compréhension de l'identité sociale, de l'identité personnelle et de l'identité de l'ego.

1.4 Classifications et définitions validées au niveau international, dans le domaine des dépendances chimiques

Après la description de certaines perspectives qui abordent le phénomène de la dépendance à partir de différents cadrans théoriques, nous allons ensuite voir les classifications et définitions validées au niveau international, dans le domaine des dépendances chimiques.

L'OMS (1952) (Organisation mondiale de la Santé) a commencé cette tâche en nommant un groupe «*d'experts*», pour définir le domaine de définition des substances qui produisent une dépendance. Le résultat a été une première description des critères de consommation, de l'alcoolisme et des buveurs excessifs, ainsi que des conséquences de leurs consommations. Selon l'OMS (1952), on entend par alcooliques des *«buveurs excessifs dont la dépendance à l'alcool a atteint un tel degré, qu'ils présentent soit des altérations psychiques marquant, soit des conflits dans leur bien-être physique et mental, dans leurs relations sociales, dans leurs fonctions sociales et économiques. Pour ces raisons ils ont besoin d'un traitement»*¹⁸. A noter que ce n'est qu'en 1964 que l'OMS a recommandé de substituer les termes jusqu'ici valides de *«toxicomanie»* (drug addiction) et *«d'accoutumance»* (drug habituation) par le terme dépendance.

¹⁸ Traduit à partir de Feuerlein (1984, p. 6)

De toute part ont surgi des suggestions pour définir l'alcoolisme, à partir de critères de valeurs quantitatives de consommation. De nos jours encore, il continue à être un critère largement diffusé et une référence objective pour s'orienter par rapport à une consommation (unités d'alcool) socialement et médicalement acceptable et qui sert de modèle généralisé à une consommation sociale.

Cependant, et à partir de travaux d'Edwards et Gross (1976), on a commencé à entrevoir une différence distincte: la distinction entre «*dépendance*» et «*problèmes dus à l'alcool*» a été décrite par ces auteurs, qui ont séparé le «*syndrome de dépendance alcoolique (SDA)*» des «*problèmes dus à l'alcool*» (alcohol related disabilities). Ainsi, la dépendance alcoolique était vue comme un degré supérieur des conséquences dues à la consommation d'alcool. C'est dans les pays anglo-américains que cette distinction a trouvé ses plus grands adeptes et est toujours ainsi définie de nos jours.

Cette distinction a également été intégrée par l'Association Psychiatrique Américaine qui a adopté et intégré ces critères dans sa 3^{ème} édition du «Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux» (DSM-III), en 1981. Aussi bien le DSM, entre temps dans sa 4^{ème} version (DSM-IV), édité en 1994, que le CID-10 de l'Organisation Mondiale de la Santé, édité en 1992, représentent de nos jours le meilleur consensus pour ce qui est des critères plus largement validés, acceptés et utilisés pour la définition des problèmes dans le domaines des dépendances par des professionnels de la santé et des professionnels qui interviennent dans ce domaine. De cette façon, le DSM-IV de l'APA (1996) regroupe, dans la section des perturbations dues à des substances, 11 classes de différentes substances: alcool, hallucinogènes, amphétamines ou sympathicomimétiques à action similaire. Le DSM-IV (op. cit., 180) fait la suivante distinction des perturbations liées aux substances:

- Perturbations liées à l'utilisation de substances: abus et dépendance aux substances;
- Perturbations induites par des substances: intoxication par des substances, abstinence de substances, delirium induit par des substances, perturbation psychotique induite par des substances, sautes d'humeur dues à des substances et perturbation du sommeil induite par des substances.

Les critères d'abus et de dépendance aux substances sont applicables à toutes les classes de substances et selon le DSM-IV ces critères sont les suivants:

CRITÈRES DE DÉPENDANCE AUX SUBSTANCES DU DSM-IV

Modèle de désadaptation de l'utilisation des substances qui mènent une déficience, à une souffrance cliniquement significative, manifesté par trois (ou plus) des critères suivants, qui se produisent à tout moment, sur la même période de 12 mois:

1. Tolérance, définie par l'un des critères suivants:
 - 1.1 Besoin de quantités croissantes de substances pour atteindre l'intoxication, ou l'effet désiré;
 - 1.2 Diminution accentuée de l'effet avec l'utilisation continue de la même quantité de substance.
2. Abstinence, manifestée par l'un des critères suivants:
 - 2.1. Syndrome d'abstinence caractéristique de la substance;
 - 2.2. La même substance (ou autre liée) est consommée pour alléger, ou pour éviter les symptômes d'abstinence.
3. La substance est fréquemment consommée en quantités supérieures, ou pour une période plus grande que voulue.
4. Il existe un désir persistant, ou des efforts, sans succès de diminuer, ou de contrôler l'utilisation de la substance.
5. Une grande quantité de temps est dispensée en activités nécessaires à l'obtention (par exemple, chaîne de fournisseurs) et à la récupération de ses effets.
6. D'importantes activités sociales, occupationnelles ou récréatives sont abandonnées à cause de l'utilisation de la substance.
7. L'utilisation de la substance est continue, malgré l'existence d'un problème persistant, ou récurrent, physique ou psychologique, probablement causé, ou exacerbé par l'utilisation de la substance (par exemple, utilisation de cocaïne, malgré l'existence d'une dépression induite par la cocaïne, ou le maintien de la consommation d'alcool, malgré l'aggravation d'un ulcère dû à sa consommation).

A noter que le DSM-IV fait deux précisions dans le modèle des consommations, selon qu'il existe ou pas «dépendance physiologique». En cas affirmatif, la preuve de tolérance ou d'abstinence (est avérée présence du point 1 ou 2) tandis que dans le cas négatif, il n'y a pas de preuve de tolérance ou d'abstinence (absence du point 1 ou 2).

CRITÈRES D'ABUS DE SUBSTANCES DU DSM-IV

- A. Modèle de désadaptation de l'utilisation des substances qui mènent à une déficience ou à une souffrance cliniquement significative, manifesté par trois (ou plus) des critères suivants, qui se produisent sur une période de 12 mois:
1. Utilisation récurrente d'une substance qui résulte en l'incapacité d'accomplir les obligations importantes au travail, à l'école, ou à la maison (par exemple, absences répétées, ou faible rendement professionnel dû à l'utilisation de substances, suspensions ou expulsions scolaires dues à la substance ; négligence des enfants ou des devoirs domestiques);
 2. Utilisation récurrente de la substance en situations où celle-ci devient physiquement dangereuse (par exemple, conduire une voiture ou travailler avec des machines, tout en étant diminué par l'utilisation de la substance);
 3. Problèmes légaux récurrents, liés à la substance (par exemple, prison pour comportements perturbateurs dus à la substance);
 4. Continuation de l'utilisation de la substance malgré les problèmes sociaux ou interpersonnels, persistants ou récurrents causés ou exacerbés par les effets de la substance (par exemple, discussions avec le conjoint sur les effets de l'intoxication ; luttés physiques).
- B: Les symptômes n'ont jamais rempli les critères de dépendance à une substance, pour cette classe de substance.

CRITÈRES DE DEPENDANCE DU CID-10

Pour le CID-10 (1993), un diagnostic de dépendance doit seulement être fait quand se présentent au moins trois des critères suivants et qu'ils se sont produits à un certain moment l'année précédente:

1. Un fort désir ou un besoin compulsif de consommer la substance;
2. Difficultés à contrôler la consommation de substance en termes de comportements tels que débiter, finir ou de niveaux de consommation;
3. Un état d'abstinence physiologique, quand l'utilisation de la substance a cessé ou a été réduite, comme mis en évidence par : le syndrome d'abstinence caractéristique pour la substance, ou l'utilisation de la même substance (ou d'une autre intimement liée) avec l'intention de soulager, ou d'éviter les symptômes de l'abstinence;
4. Preuve de tolérance, de telle façon que des doses croissantes de substance psychoactive sont nécessaires pour obtenir les effets produits à l'origine par des doses plus basses;
5. Abandon progressif des plaisirs, ou intérêts alternatifs en faveur de la substance psycho-active, augmentation du temps nécessaire pour obtenir, ou prendre la substance, ou pour se remettre de ses effets;
6. Persistance à utiliser la substance, malgré les preuves évidentes des conséquences, manifestement nocives, telles que les dommages au foie dus à une consommation excessive de boissons alcooliques, l'humeur dépressive après des périodes de consommation excessive de la substance, ou un fonctionnement cognitif compromis à cause de la drogue ; des efforts doivent être faits, afin de déterminer si le consommateur était réellement conscient de la nature et de l'étendue des dommages.

CRITÈRES D'UTILISATION NOCIVE DES SUBSTANCES SELON LE CID-10

Le CID-10 ne parle pas d'abus de substances, mais utilise le terme «*d'utilisation nocive*» de substances. Il dit que c'est un modèle d'utilisation de substance psychoactive qui cause des préjudices à la santé. Ce préjudice peut aussi bien être physique que mental. Les critères sont les suivants:

1. Un préjudice réel a été provoqué à la santé physique et mentale du consommateur doit être observé;
2. Les modèles d'utilisation sont fréquemment critiqués par d'autres personnes et se trouvent fréquemment associés à diverses conséquences sociales de différents types. Toutefois le fait qu'un modèle d'utilisation d'une substance en particulier n'ait pas été approuvé par une autre personne, par la culture, ou puisse avoir amené à des conséquences socialement négatives, telles que la prison, ou des disputes conjugales, n'est pas en lui-même une preuve d'utilisation nocive;
3. L'intoxication, ou la «gueule de bois», n'est pas en elle-même une preuve suffisante du préjudice à la santé demandé pour être considéré utilisation nocive;
4. L'utilisation nocive ne doit pas être diagnostiquée si le syndrome de dépendance, un trouble psychotique, ou une autre forme spécifique de trouble lié à l'utilisation de drogues, ou d'alcool, est présente.

Dans ces classifications, il est visible que nous sommes face à une dépendance à des substances, ou à un abus de substances, quand un changement des modèles comportementaux se vérifie, des modèles subjectifs de bien-être et de la situation bio-psycho-sociale du consommateur. Ces changements se manifestent quand une dépendance physique est observée (augmentation de la tolérance, ou symptômes d'abstinence) d'une substance qui altère l'humeur, quand est observé un modèle de consommation pathologique dans lequel le consommateur souffre des conséquences dans sa vie sociale, professionnelle, ou familiale à cause de ses consommations. La notion subjective de perte de contrôle, introduite par Jellinek (1960), bien que très critiquée, de par la difficulté de spécification et d'applicabilité de ce concept, continue à être présente dans les critères diagnostiques.

1.5 Certains aspects de la psychologie de la personne dépendante chimique

Ainsi que nous l'avons vu dans les chapitres précédents, la personne avec des problèmes de dépendance chimique est une personne qui présente des problèmes à son niveau de fonctionnement bio-psycho-social. Nous allons, dans la suite, exposer certaines caractéristiques de cette personne avec des problèmes de dépendance chimique résidant en communauté thérapeutique et tenter de comprendre comment ces caractéristiques se manifestent à leurs différents niveaux.

1.5.1 Dimensions cognitivo-comportementales

Un des aspects marquants des résidents de communauté thérapeutique, cité dans la littérature, est la caractéristique spécifique présente dans son fonctionnement cognitif et qui est intimement liée aux comportements dus à la

consommation de substances. Selon De Leon (2003, p. 53 et suivantes), les déficiences de perception sont communes tout comme les difficultés de prise de décisions, les déficiences de jugement et l'absence d'auto-capacité dans la résolution de problèmes et accrues par les carences de formations, vocationnelles, sociales et interpersonnelles, ainsi que les difficultés d'apprentissage.

Dans le domaine des déficiences/carences de perception, on observe que nombre de résidents présentent des difficultés à percevoir combien et comment leurs actions et attitudes influencent et /ou affectent les autres résidents, de la même façon que les mêmes attitudes et actions des autres les affectent. Ces manques de perception sont très souvent involontaires, parce qu'ils sont le fruit de blocages intérieurs, de distraction et/ou d'autres comportements impulsifs inconscients.

Les résidents présentent également des déficiences en termes de jugement, de prise de décisions et dans l'évaluation des conséquences de leurs actes. De par leurs consommations et la difficulté associée non seulement à contrôler leurs impulsions, mais aussi leur incapacité à retarder les satisfactions, ces capacités à juger, à prendre des décisions et à retarder les satisfactions, semblent affectées.

Quant aux difficultés d'identification et gestion des relations, les résidents présentent des difficultés de compréhension entre ce qu'ils *«vivent et les raisons, les influences ou ce qui détermine leur expérience»* (De Leon : 2003, p.54). Ils présentent des difficultés à relier ces deux aspects. En revanche, dans leurs relations avec autrui, ils présentent une difficulté à *«comprendre le lien qui unit leurs pensées et leurs actes qui incluent des drogues consommées, aux différentes émotions et circonstances qui servent de catalyseurs, ou d'amorces à ces pensées ou actions»* (ibidem) dans la relation avec les autres résidents.

Un autre aspect est la difficulté à comprendre leur propre réalité. Les résidents, très souvent, n'ont pas la notion réelle de comment est leur vie et l'analyse des faits objectifs est déformée et/ou altérée. Très souvent, l'insertion dans la réalité est problématique, étant donné que nombre de résidents ne sont pas habitués et ont des difficultés à affronter les problèmes quotidiens, en tentant de les éviter, ou en fuyant pour ne pas les affronter. Les divergences entre l'analyse réelle et l'analyse du self idéal, que l'on trouve présent chez beaucoup de résidents, représente un défi objectif de traitement.

On observe également différentes carences cognitives, éducationnelles et vocationnelles, qui rendent difficile une intégration socioprofessionnelle satisfaisante. Nombre de résidents présentent des difficultés dans leurs capacités de travail et de négociation avec leur milieu social environnant, qui leur permette d'atteindre une autonomie socioprofessionnelle et d'autosubsistance financière. Des manques ont été vérifiés dans les habitudes et les attitudes comportementales de base, associées à la capacité de travailler et de réussir une affectation socioprofessionnelle, ou à exercer des occupations professionnelles satisfaisantes et durables. De cette façon, nombre de résidents finissent par rester dépendants socio-économiquement de leur milieu familial, d'aides financières de l'Etat, ou d'institutions d'action sociale.

Ces résidents qui, malgré tout, réussissent à maintenir un lien professionnel finissent par souffrir, de par leurs consommations, non seulement des conséquences dans leur progression professionnelle sur leur lieu de travail, mais aussi ils voient leurs capacités éducationnelles et vocationnelles diminuées et affectées par la consommation de ces stupéfiants. De même, la consommation de ces stupéfiants diminue la capacité de gestion de la vie sociale et diminue les compétences sociales, on observe que certains résidents ont de grosses difficultés à gérer les conflits et à vivre de façon constructivet en groupe social restreint ou élargi.

1.5.2 Dimensions émotionnelles et identitaires

Une grande partie des résidents en communauté thérapeutique ont une image négative d'eux-mêmes et se voient comme des individus affectés dans leur valeur personnelle et comme membre de la société (voir à ce sujet, Sommer, 2004, chap. 3). Cette situation est liée au style de vie qu'ils en sont venus à avoir, marqué par la consommation de substances, et aux préjugés qu'ils en sont venus à s'infliger à eux-mêmes, mais aussi aux autres, spécialement à leurs proches. D'ailleurs, si ce n'était cette conscience des préjudices causés, aussi minime soit-elle, il n'y aurait pas d'entrée en communauté thérapeutique de la part des résidents.

Ils ont tendance à ne pas avoir beaucoup d'auto-estime. Pour Tap&Vasconcelos (2004, p. 104), cela signifie *«une expérience subjective qui se traduit aussi bien verbalement, qu'au travers de comportements significatifs. Son fondement et ses variations se trouvent dans les relations de l'individu avec lui-même et avec ses semblables»*. Coppersmith (1967) décrit que *«l'expression d'une approbation ou d'une désapprobation qu'il fait de lui-même (...) indique dans quelle mesure un individu se sent capable, valable, important (...) un ensemble d'attitudes et d'opinions que les individus mettent en jeu, dans leur relation avec le monde. Ce qui suppose l'existence d'un réseau de comportements de l'individu lié à l'auto-estime»*. Nombre de résidents en communauté thérapeutique se trouvent en désapprobation constante avec eux-mêmes et, à cause de leur passé de consommation, ils s'évaluent négativement de façon permanente et constante. Nous observons chez les résidents ce que Nunes (2006, p.4) a décrit, c'est-à-dire, que *«l'évaluation subjective, par l'individu, de son propre Self»* est négative et auto-réprobatrice.

Ainsi, et en accord avec Rogers (Rogers&Dymond, 1954, p. 54), pour lequel le concept du Self est défini comme un *«modèle organisé, fluide, mais consistant et conceptuel des caractéristiques du "je" ou "moi" et qui sont disponibles à la conscience, conjointement avec les valeurs liées à ces concepts»*, on observe que cette fluidité est soit déficitaire, soit non existante et que cette réalité affecte les niveaux structurés du Self.

Nombre de résidents en communauté thérapeutique présentent déjà une auto-estime basse avant le début des consommations de substances, la consommation de drogues représente déjà une stratégie de gestion et/ou de compensation des expériences survenues pendant l'enfance et l'adolescence et

qui sont vécues comme une souffrance. Ces expériences vécues comprennent des mauvais traitements physiques, sexuels et émotionnels, des sentiments d'abandon, de négligence, de difficulté d'insertion et d'exclusion sociale, de rejet de la part du système scolaire, des anxiétés sociales et des sentiments de culpabilité par rapport à la non-réponse aux espérances des autres en relation à eux-mêmes (voir Stevens, S.J., Glider, P, 1994).

Quant au **sentiment de culpabilité**, il peut se présenter de différentes façons. Alors qu'on pense que le consommateur de substance, qui présente des comportements antisociaux dans un contexte social réel, n'a pas de sentiments de culpabilité, la majorité des résidents des communautés thérapeutiques présentent des niveaux de culpabilité différenciés, amplifiés par le sentiment de honte (voir Lecker, 1974). Les consommations, l'usage abusif de substances et les différents degrés du sentiment de culpabilité présentent une triade complexe qui se renforce mutuellement. Selon De Leon (2003, p. 58), l'attitude habituelle des consommateurs actifs consiste en un blocage (cognitif) du sentiment de culpabilité, ou dans l'utilisation en excès des mécanismes de défense de la rationalisation, ou de substances, afin d'atténuer le côté inconfortable que le sentiment de culpabilité apporte. Cet auteur organise la diversité des sentiments de culpabilité autour de quatre thèmes:

1. CULPABILITÉ PAR RAPPORT À SOI-MÊME

Cette culpabilité est liée aux préjudices qu'on s'inflige à soi-même. Les résidents de la communauté thérapeutique s'auto-accusent d'avoir violé les modèles, de comportement moral, personnels et sociaux et de ne pas avoir été à la hauteur des propres aspirations et objectifs de la vie. Cette situation s'observe quand ils utilisent des expressions comme *«qui suis-je et qui aurais-je pu être»* ou dans l'auto-lamentation *«comment j'ai détruit ma vie»*. Ce sentiment de culpabilité est lié au fait que les résidents ont trompé, menti, manipulé diverses personnes de leur entourage, alors qu'ils se trouvaient dans un processus actif de consommation. Ce sentiment de culpabilité est lié à leur identité sociale.

2. CULPABILITÉ PAR RAPPORT AUX PERSONNES IMPORTANTES DE LA VIE

Cette culpabilité est liée aux préjudices infligés à des personnes importantes. En règle générale, les personnes importantes sont membres de la proche famille et ont été victimes d'agressions verbales, physiques et/ou sexuelles ou ont subi des dommages matériels (vols, cambriolages, détournements d'argent, etc.) de la part des consommateurs. De façon générale, les membres de la famille sont normalement lésés à cause des problèmes légaux, ou de santé des résidents de communautés thérapeutiques. Il n'est pas inhabituel de voir des membres de communautés thérapeutiques qui ont des problèmes avec la parentalité, qui ont abusé physiquement, émotionnellement, ou sexuellement de leurs enfants, ou qui ont été négligents envers eux, jusqu'à les abandonner, qui ont perdu la garde légale des enfants et sont interdits de les voir. Beaucoup d'hommes en communautés thérapeutiques n'ont jamais vu leurs enfants et développent en traitement pour la première fois un sentiment de culpabilité en relation à ces situations et événements.

3. CULPABILITÉ PAR RAPPORT À LA SOCIÉTÉ

Cette culpabilité est liée aux préjudices infligés à des personnes anonymes et à la société en général. Les résidents en communauté thérapeutique rapportent très souvent des préjudices causés à des tiers, qui les ont marqués, bien qu'étant dans une phase active de consommation. Il s'agit normalement de crimes violents, qui ont eu pour conséquence des lésions physiques et/ou la mort, au côté d'autres crimes comme les cambriolages, hold-up, invasion de propriété pour voler, hold-up suivi d'agression et trafic de drogues.

4. CULPABILITÉ PAR RAPPORT À LA COMMUNAUTÉ THÉRAPEUTIQUE

Ce sentiment de culpabilité est lié aux violations des règles au sein de la communauté thérapeutique, avec le mal-être qu'elles ont causé ou causent à leurs compagnons. Normalement cela se réfère au non-respect des règles de fonctionnement de la communauté thérapeutique, par exemple fumer où ce n'est pas autorisé, jusqu'à la pratique d'actes sexuels au sein de la communauté thérapeutique. L'infraction à ces règles (certaines d'entre elles sont des règles inviolables qui mènent à l'expulsion, car elles peuvent remettre en question la propre communauté thérapeutique et l'esprit qui la régit) doit être identifiée et corrigée pour que le résident reste dans la communauté thérapeutique. Une fois verbalisées et discutées en groupe, elles mènent au développement du sentiment de culpabilité du résident. De même, elles permettent de ramener à la surface une culpabilité profondément enracinée de l'individu par rapport à lui-même, aux personnes importantes de sa vie et face à la société en général.

Une autre émotion importante en communauté thérapeutique est la rage et l'hostilité. Ce sont des sentiments qui, bien que dans ce contexte sont utilisés comme synonymes, diffèrent l'un de l'autre, et reflètent toujours un état émotionnel adverse et négatif du résident avec lui-même, en relation avec son vécu problématique, conflictuel et autodestructeur de dépendant de substances. De par les multiples rejets auxquels le dépendant est sujet dans la vie réelle, le sentiment adjacent d'auto-désillusion, de douleur émotionnelle, de tristesse et de frustration génère de la rage et de l'hostilité, qui souvent finissent par être les seules émotions visibles, mais socialement inadéquates, qui restent encore dans le système d'autoprotection et d'autodéfense, réellement fragilisé et fragmenté. En communauté thérapeutique ces sentiments sont travaillés et redirigés vers une stratégie de coping plus constructives et socialement acceptées, de façon à permettre une resocialisation du résident.

1.5.3 Comportements déviants

La plupart des résidents de la communauté thérapeutique ont un historique d'activités délinquantes et/ou de problèmes avec le système judiciaire. Cela ne se doit pas seulement au fait que les substances illicites sont illégales, mais aussi au fait que nombre de consommateurs de substances ont déjà eu des conduites délinquantes et/ou antisociales avant de commencer sérieusement à se droguer. Nous allons voir, dans la suite de la typologie proposée par Agra (1998), la trajectoire prédominante (type 1 ou qualifiée des délinquants/toxicodépendants) est celle d'individus qui possèdent depuis très tôt un lien social fragile,

des relations intrafamiliales perturbées, dont résultent des ruptures familiales ou des abandons volontaires ou involontaires (mesures d'hospitalisation, ou autres mesures judiciaires, ou de placement) (voir également Born, 2005, chap. 4). La scolarisation est faible et l'exercice d'une profession est irrégulier. L'activité déviante surgit vers 11 ans, elle se prolonge jusqu'aux premiers contacts avec les substances illicites, via une intégration dans des sous-cultures déviantes et/ou délinquantes, qui surgit vers les 15, 16 ans. Le passage du rituel de consommation de drogues dures se fait fondamentalement par curiosité, par entraînement et par volonté de socialisation et d'intégration dans le nouveau groupe d'appartenance. Ainsi qu'il a été mentionné, cette trajectoire se distingue des autres deux trajectoires décrites par l'auteur et qui sont moins représentatives que cette première.

Dans une seconde trajectoire (type 2 ou qualifiée des spécialistes drogue-crime) le développement en activités délinquantes surgit après avoir commencé à consommer des substances. Elle a pour objectif le maintien de la dépendance physique et psychologique et est une délinquance utilitariste, dans le sens où elle a pour objectif principal d'obtenir des biens matériels et de l'argent, pour acheter la substance. Les encadrements familiaux sont plus structurés que ceux du groupe précédent. Les comportements délinquants surgissent entre 17 et 19 ans. De façon générale moins violente, la majorité des crimes qui s'inscrivent dans cette criminalité sont les crimes contre la propriété (vol et appropriation) et des crimes de petit trafic, prostitution et proxénétisme.

Dans la troisième trajectoire (type 3 ou qualifiée des toxicodépendants-délinquants) qui représente une proportion bien plus petite des résidents de la communauté thérapeutique, nous observons des individus bien socialisés et bien liés à leur famille d'origine, mais qui ont perdu cette socialisation et l'ont substituée par une socialisation déviante de par l'usage et l'abus de substances. La criminalisation de cette population est minime et les types de crimes vont de la falsification de chèques, en passant par la falsification d'ordonnances médicales, jusqu'à la possession et l'achat de substances illicites.

1.5.4 Dimensions spirituelles

Une grande partie des communautés thérapeutiques inclut dans leurs programmes une partie spirituelle, réalité qui vient du début des communautés thérapeutiques modernes.

Une des origines de cette réalité vient des mouvements de tempérance aux Etats-Unis d'Amérique, au début du XIX^{ème} siècle et est liée au maintien du pouvoir social et au leadership d'une élite aristocratique en déclin qui, associée à une ferveur religieuse passéiste, de racines catholiques et protestantes, a fait de l'abstinence de substance un de ses principaux chevaux de bataille. L'abstinence est devenue le symbole d'appartenance à une classe moyenne urbaine et moderne et qui se distingue des natifs et des immigrants ruraux. Des organisations comme «l'Anti-Saloon League» et la WCTU-association anti-alcoolique féminine et chrétienne sont deux exemples représentatifs de ces mouvements sociaux militants et fortement implantés dans la culture américaine du XIX^{ème}

siècle et dont l'impact a culminé en pleine prohibition en 1910 (voir Gusfield 1986). C'est-à-dire, le thème de l'abstinence et de la tempérance de substances a toujours été associé à l'univers symbolique du déviant et est présent dans le changement de comportements socialement inacceptables.

L'autre grande influence a été l'implication de la clinique médicale et thérapeutique dans ce cadre. L'un de ceux qui a donné une impulsion à cette réalité, a été le psychiatre Carl Gustave Jung, de Zurich, qui a été impliqué dans le traitement de l'alcoolisme chronique de l'un des moteurs de cette réalité et très près de l'un des fondateurs des Alcooliques anonymes, Roland Hazard, que Jung a averti en 1934, quant au traitement de sa dépendance à l'alcool, que son *«unique espoir était une expérience spirituelle ou religieuse - une conversion, un profond changement de personnalité»* (Burns, 1995, p.13). De même, Jung rappelle à Bill Wilson, un des fondateurs des Alcooliques anonymes, en correspondance avec celui-ci le 30/01/1960, *«qu'alcool en latin signifie «esprit»»*; cependant, nous utilisons le même mot aussi bien pour désigner la plus haute expérience religieuse, que pour désigner le plus dépravant des venins. La recette proposée par Jung est donc *«spiritus»* contre *«spiritum»* (Thomsen, 1976, p. 362). De cette façon, depuis le début de la communauté thérapeutique moderne, la croissance spirituelle est devenue un des outils de développement personnel et de dépassement des problèmes d'abus et de dépendance de substances. Avec l'installation de la dépendance, l'individu se referme sur lui-même et la relation avec les substances devient une relation avec un unique centre, mutuellement déterminée et qui culmine en isolement social et bloca-ges émotionnels et psychologiques. Dans une phase initiale, la *«croissance spirituelle représente un cheminement vers la connaissance et non vers la croyance»* (Peck, 1978, p. 193). Afin de fuir la relation avec un unique centre de l'expérience antérieure de consommations, cet auteur souligne l'importance de l'apprentissage et de la nécessité d'élargir le champ de vision au travers de la digestion et de l'incorporation de nouvelles expériences, au-delà de celles déjà connues. De même, le vécu en groupe permet cette acquisition de nouvelles expériences et vécus.

Dans certaines communautés thérapeutiques, la dimension spirituelle est associée à une activité religieuse. Cette activité religieuse est administrée normalement par des ministres religieux (pasteurs protestants ou prêtres catholiques) qui visitent régulièrement la communauté thérapeutique et qui discutent des expériences de la Bible et des respectifs apprentissages et messages. Cependant, et selon E. Kurtz (1979), dans son livre *«Not-God»*, l'expérience spirituelle qui culmine lorsqu'on arrête de boire ou de consommer des substances, vient de la notion introduite par le psychologue américain William James (1958) et dans lequel il décrit la multiplicité des façons que les personnes ont de découvrir leur Dieu personnel et individuel. D'où le fait d'y avoir beaucoup de communautés thérapeutiques qui n'utilisent pas le concept de spiritualité lié à un Dieu religieux, mais plutôt lié avec d'autres expériences

et vécus culminants, qui ont provoqué une reconversion. C'est ainsi qu'on comprend que les Alcooliques anonymes n'utilisent pas le terme de «*Dieu*», mais le concept de «*Pouvoir supérieur*», afin de ne pas confondre avec un quelconque Dieu d'une religion spécifique. Ils se démarquent ainsi de cette association et ne causent aucune animosité entre les participants.

1.5.5 Dimensions familiales

Une des conséquences sociales les plus visibles dans les comportements de dépendants chimiques s'observe au niveau du système familial. Qu'il s'agisse de la phase initiale, ou des phases plus avancées de dépendance, la famille réagit de façon plus ou moins fonctionnelle ou dysfonctionnelle, suivant le degré de conscience qu'elle a de ce phénomène de dépendance et suivant la façon dont la dépendance est appréhendée. Ainsi que les thérapies systématiques nous l'ont démontré (voir, par exemple, Angel et al, 1989) depuis les années 80 du siècle dernier, tous les membres de la famille sont touchés, depuis les enfants jusqu'au conjoint, la famille élargie, etc.

Nombre de jeunes qui entrent en communauté thérapeutique sont déjà enfants de parents dépendants chimiques et/ou issus de familles où, à divers degrés de parentés, il existe dépendance chimique, ou d'autres troubles avec des substances, ou encore d'autres comportements obsessivo-compulsifs, validant d'une certaine façon la notion et la théorie de la «*contagion*» (Coleman, 1978). Cette notion de contagion est visible dans le concept de «*co-dépendance*», introduite dans les années 80 du siècle dernier et décrite par des auteurs comme Sharon Wegscheider, Claudia Black, Melody Beattie, Stephen Wolin, Robert Ackerman, Janet Woititz, Robin Norwood, etc.

Selon Stanton et Todd (1985), on observe les suivantes caractéristiques des systèmes familiaux de dépendants de substances:

1. Fréquente consommation de drogues et dépendance multi-générationnelle;
2. Expression rudimentaire et directe du conflit familial avec partenariats entre les membres, de façon explicite;
3. Mères en symbiose avec leurs enfants depuis l'enfance et sur le long terme;
4. Coïncidence de morts prématurées inattendues au sein de la famille;
5. Tentatives des membres de la famille de se différencier les uns des autres, comme une pseudo-individualisation, mais de façon fragile, en vertu de règles et de limites censées régler le fonctionnement mais qui sont dans ce cas déformées.

De même, Olievenstein (1992, dans Figlie et al, 2004, p. 343) décrit les caractéristiques des familles de dépendants chimiques suivantes:

1. Manque de barrières entre les générations: l'autorité des membres plus vieux n'est pas toujours suffisante pour imposer les règles et les limites.
2. Niveau précaire de l'individualisation des adultes: fréquemment il y a inversion des rôles dans le noyau familial, l'enfant assumant le rôle de l'adulte.
3. Mythes familiaux accentués. C'est pourquoi il est très habituel que les membres de la famille éprouvent un certain fatalisme, voire même un certain confort, à croire que le problème de la drogue est le «*destin*» de la famille, comme un tout.
4. Désaccord au niveau du couple parental, principalement quand l'un des conjoints est alcoolique, ou quand le couple n'agit pas de façon cohérente par rapport aux conduites qu'il doit adopter pour aider à la récupération de l'un des enfants.
5. Alliances secrètes avec les enfants, face au désordre des conduites qui devraient être suivies, ou manques de communication entre les membres de la famille, qui automatiquement fortifie les partenariats dans le milieu familial.

Nous savons, de nos jours, que les conjoints, enfants et frères et sœurs de dépendants chimiques ont plus de probabilités de rencontrer des problèmes scolaires (déficits cognitifs, de concentration et d'apprentissage, sociabilité, manque d'intégration, révolte, absentéisme, etc.), d'être victime de comorbidité psychiatrique (états d'anxiété, dépression, dépendance chimique, ou autres troubles obsessivo-compulsifs, etc.). Ils ont de plus grands risques de marginalité et de délinquance (voir Born, 2005, chap. 3), ainsi que des problèmes de développement psychologico-émotionnel, on observe souvent des re-tards dans leurs processus de murissement psychologique (voir Feuerlein, 1984, p. 162).

Toutes ces questions sont diagnostiquées et travaillées en communauté thérapeutique, qui n'est pas seulement un espace de prise de conscience de ces situations, mais aussi de partage des sentiments associés aux vécus dans la famille d'origine du résident, ainsi qu'un espace de changements d'attitude et de comportements. Très souvent le traitement en communauté thérapeutique finit par entraîner un changement au niveau de la dépendance chimique existante dans la famille ascendante, prouvant que la «*contagion*» se fait aussi dans le sens inverse, vers un changement positif de comportement et de style de vie plus sain des autres membres de la famille qui ne sont pas en traitement.

A un certain niveau de traitement dans la communauté et pour les membres de la famille de dépendants chimiques, il existe dans différents pays des groupes d'auto-support et d'entre-aide, à distinguer des groupes d'entre-aide dérivés des Alcooliques anonymes, appelés «*l'Al-Anon*» (pour les membres de la famille de dépendants de l'alcool et d'autres chimiques), «*d'ACOA*» (Adult Children of Alcoholics), ou «*d'Alateen*» (pour les jeunes membres d'une famille, entre 12 et 18 ans). Dans bien d'autres pays, il existe des groupes pour les familles qui ne sont pas forcément dérivés des Alcooliques anonymes, avec une dynamique propre et indépendante.

1.6 La conception de récupération et de bien vivre

Déjà Maxwell Jones (1953), le fondateur de la communauté thérapeutique moderne, affirmait que tout apprentissage intervient par le biais d'interactions, d'expériences et de rôles sociaux. La notion de «*récupération*» de dépendances chimiques et de bien-être sont fortement associés au changement de styles de vie et d'identité qui surviennent en communauté thérapeutique. Très souvent ce terme de «*récupération*» est utilisé sans vraiment réellement y penser. «*Récupérer*» signifie revenir, retourner à un état antérieur. Dans ce cas concret, cela signifie revenir à l'état de bien-être physique, psychologique et mental, antérieur au début des consommations de substances. Partant de la supposition qu'il y a eu un bien-être antérieur au début des consommations de substances et auquel il y a volonté de revenir. Dans cette terminologie, la notion de «*réhabilitation*» est implicite (voir De Leon, 2003, p. 72), qui signifie «*réapprentissage ou rétablissement de la capacité à maintenir un style de vie positif, ainsi que récupération de la santé physique et émotionnelle*» (ibidem). Cette notion se trouve bien différenciée des notions de «*maturation spontanée*» et de «*rémission spontanée*» (voir chap. 1.2), puisqu'elles exigent un travail individuel et collectif en communauté thérapeutique. De même, cette notion de récupération va bien plus loin et est plus englobante que le concept «*d'abstinence*», qui implique simplement un arrêt de la consommation de substances, puisqu'elle implique des changements plus significatifs au niveau du style de vie. Dans beaucoup d'autres situations, on ne pourra pas parler de «*récupération*», étant donné que nombre de consommateurs ont commencé à consommer lors d'une phase très peu développée de leur personnalité, l'enfance et l'adolescence. Dans ce cas, la récupération représente une nouvelle construction de l'identité dans son intégralité et sous toutes ses facettes (voir Sommer, 2004).

La notion de bien-vivre est une notion qui implique une certaine posture en communauté thérapeutique et qui comprend un ensemble de conditions, de valeurs et de croyances partagées par tous ses membres ce qui y rend la vie non seulement viable, mais aussi représentative du mode de vie de la société dans laquelle chaque communauté thérapeutique se trouve incérée. Elles constituent d'une certaine façon une «*idéologie de vie personnelle et sociale saine*» (De Leon, 2003, p.80); ceci signifie, selon De Leon, entre autres, que les résidents ont respecté les règles de la communauté, l'engagement de ne pas faire usage de drogues, qu'ils participent aux tâches quotidiennes, aux réunions de groupe dans la communauté thérapeutique, qu'ils respectent les obligations et tâches qui leur ont été confiées, qu'ils participent activement au maintien de leur espace en état de propreté, qu'ils s'efforcent de maintenir des niveaux de sociabilité élevés, d'avoir de bonnes manières et de respecter les autres résidents de la maison. Afin de réussir à atteindre ces objectifs, il est nécessaire d'effectuer une intériorisation de valeurs telles que l'honnêteté, la bonne volonté et l'attention, associée à une éthique de travail et de dévouement envers les autres membres de la Communauté. Ce vécu contraste substantiellement avec le style de vie que beaucoup menaient avant d'entrer en

communauté thérapeutique et avec un mode de vie de consommateur actif, c'est pourquoi le séjour en communauté thérapeutique est une opportunité pour de nouvelles vies et expériences. Les enseignements de ce mode de vie proviennent de différentes sources, certaines datant déjà de milliers d'années, (voir chapitre sur l'origine des communautés thérapeutiques), et qui pourront être trouvés dans la Bible, dans la religion bouddhiste, dans la philosophie des AA, dans la philosophie des humanistes, dans l'existentialisme, etc.

1.7 La communauté en tant que méthode: apprentissage et culture de la vie en communauté

Suite à ce que nous venons de décrire, nous nous sommes rendu compte qu'un des éléments les plus importants de l'approche de la communauté thérapeutique est la notion de «communauté». Cette notion ne représente pas seulement une réalité sociale, mais finit par être aussi une méthode d'approche, qui s'assimile à la plupart des autres communautés que nous trouvons dans la société, comme par exemple les quartiers, les hôpitaux, les clubs de football, les cliniques, les écoles, les églises, les universités, les entreprises, etc. Toutes les communautés ont leur propre structure organisationnelle, structure de règles et de normes implicites et explicites, toujours ancrées dans leurs croyances et cultures respectives. Le niveau d'adhésion, l'investissement personnel et la loyauté de chaque membre de la communauté, vis à vis de sa communauté spécifique, détermine son degré de succès. De même, le degré d'interrelation et d'interdépendance de chaque communauté avec les autres existantes dans chaque culture, détermine le succès ou l'échec non seulement de la cohésion sociale générale, mais aussi de la construction de l'identité individuelle. De ce fait, la communauté thérapeutique utilise, dans le domaine des dépendances chimiques, la communauté comme méthode pour atteindre la fin du changement individuel, de façon à ce que chaque membre modifie son rapport à ou aux substance(s), afin de changer son mode de vie et d'acquérir un mode de vie plus sain, de préférence sans recours à la consommation de substances. De cette façon, aussi bien la structure de la communauté thérapeutique (conditions de logement, de loisir, de salles, conditions pour faire du sport, etc.), que sa population (employés et résidents) et l'organisation de son quotidien (réunions de groupe, thérapies individuelles, temps libres, etc.) sont mis en place, de façon à être représentatifs de la méthode de traitement choisie et pratiquée.

De même, la notion de la méthode se réfère aux stratégies, processus et techniques appliqués et utilisés pour atteindre l'objectif désiré, ces points pouvant être regroupés de façon à décrire le «modèle» utilisé par chaque communauté thérapeutique. De cette façon, dans chaque communauté thérapeutique, le rôle de chaque résident est bien défini (responsable du groupe, division des tâches ménagères, etc.), les relations entre tous ses membres sont clairement explicités à tous les membres (relations entre les résidents, entre les résidents et l'équipe thérapeutique, etc.), la typologie de l'apprentissage collectif se trouve clarifié (groupes thérapeutiques, groupes communautaires, etc.), chaque communauté thérapeutique possède son propre langage et sa

propre culture, ses systèmes de privilèges, de récompenses et de punitions sont bien formalisés et publiés, les canaux de communication sont bien définis et l'équilibre entre l'individuel et le collectif parfaitement clarifié.

La Communauté Thérapeutique Granja de São Filipe

2.1 La réalité au Cap-Vert

En 1996, commence une nouvelle phase politique dans le domaine de la toxicodépendance au Cap-Vert. Cette année là, la CCCD – Commission de Coordination et de Combat contre la Drogue – est créée. Il s'agit d'une commission interministérielle (Ministère de la Justice, l'Administration Interne, l'Education, la Santé, les Finances, les Affaires Étrangères et la Défense), avec des représentants des tribunaux de la Police Nationale, de l'Institut cap-verdien de l'enfant et de l'adolescent, des municipalités, de la Croix-Rouge et des différentes représentations religieuses au Cap-Vert, agissant dans le cadre du Ministère de la Justice. Elle a pour responsabilité d'élaborer une politique d'intervention dans ce domaine spécifique, afin de réduire la demande et l'offre de substances illicites, dans le pays, et d'exécuter le *«Programme national de lutte contre la drogue»*, programme élaboré par le gouvernement du Cap-Vert pour faire face à un fléau en plein développement dans l'archipel. La Dr. Cristina Andrade est nommée Secrétaire exécutive de la CCCD. Cette psychologue clinique diplômée en 1996 de l'université de Coimbra au Portugal, a l'expérience des structures portugaises d'accueil aux toxicodépendants (les CAT – Centre d'Accueil aux Toxicodépendants) de la ville où elle a étudié. Elle donne une nouvelle dynamique qui modifie la société cap-verdienne et qui, jusqu'à ce jour, a laissé ses marques. Avant d'être nommée à ce poste de responsabilité, la Dr. Andrade, conjointement avec le Dr. Manuel Faustino, psychiatre à l'hôpital de la ville de Praia, avait créé un programme d'accueil des toxicodépendants dans ce même hôpital. Elle intervenait également dans la communauté, à travers la réalisation de conférences de sensibilisation dans les écoles, à la télévision, etc. A cette époque, les malades toxicodépendants étaient accueillis par les services de psychiatrie de l'hôpital central de Praia, qui avaient peu de conditions. Ces conditions étaient inadaptées. Le service était confronté à une population hospitalière avec laquelle il avait peu, sinon rien en commun et ne lui permettait pas de se développer.

Une des premières tâches de la nouvelle secrétaire exécutive, a été de trouver le financement pour régler les questions prioritaires du PNLCD (Programme National de Lutte Contre la Drogue), notamment pour les questions relatives au traitement. Dans ce domaine, la construction d'une communauté thérapeutique capable de recevoir cette population dans de nouvelles installations, avec son propre programme spécialisé, était une des priorités et faisait partie de l'axe prioritaire *«d'amélioration des conditions de traitements*

Foto

La première secrétaire exécutive de la CCCD, Dr. Cristina Andrade, de nos jours au Bureau contre les drogues et le crime, des Nations Unies, dans la ville de Praia, au Cap-Vert.

des toxicodépendants au Cap-Vert». La coopération du Grand-Duché de Luxembourg a manifesté son intérêt de financer, ce projet et le financement a finalement été approuvé en 2001.

Dès cette période, les autorités nationales se sont appropriées ce projet, en particulier le ministère de la Justice et le ministère de la Santé, par le biais de leurs ministres respectifs, et tout plus spécialement de Madame la ministre de la Justice de l'époque, Christina Fontes. Faisant de ce projet, un projet *«personnel»* elle a réussi à surmonter un ensemble de difficultés, pour mettre en place les bases du succès de ce projet et permettre son exécution, dans un pays où il n'est pas toujours facile de modifier les choses, négociant budgets et disponibilité des autres ministères, pour la bonne exécution de cette communauté thérapeutique.

Ainsi est née d'une ancienne institution construite par portugais avant l'indépendance, située dans le quartier de São Filipe, aux abords de Praia, la communauté thérapeutique Granja de São Filipe (CTGSF).

Ces installations ont fait l'objet de travaux de réaménagement de grande envergure. Dans le même temps, des professionnels ont été identifiés et ont bénéficié d'une formation clinique et thérapeutique spécialisée, au Portugal, dans le domaine du traitement en communautés thérapeutiques.

Parallèlement, d'autres professionnels, qualifiés « d'agents communautaires », ont également bénéficié d'une formation de formateurs, au Portugal, dans le domaine de la toxicodépendance non-clinique. Leur rôle consistait à réaliser des actions de sensibilisation sur toutes les îles du Cap-Vert et dans toutes les communautés locales, afin d'informer et de sensibiliser la population et les divers agents professionnels (professeurs, personnels des dispensaires, policiers, autres leaders communautaires, etc.) à l'imminente ouverture de la communauté thérapeutique de Praia. Compte tenu de son insularité et de la dispersion de la population sur neuf îles, ainsi qu'aux difficultés de déplacement entre les îles, il était important de développer cette sensibilisation initiale.

La communauté thérapeutique a ouvert ses portes en juillet 2005, et accueilli son premier résident en octobre 2005.

Foto

Vue partielle de la Communauté Thérapeutique Granja de São Filipe, située dans le quartier de S. Filipe, banlieue nord de la ville de Praia, au Cap-Vert.

Foto

Vue partielle de la Communauté Thérapeutique Granja de São Filipe, située dans le quartier de S. Filipe, banlieue nord de la ville de Praia, au Cap-Vert.

2.2 Environnement physique de la Communauté Thérapeutique

L'environnement physique d'une communauté thérapeutique dépend du modèle et du programme qu'elle se propose d'offrir. Elle peut aussi bien se localiser en milieu urbain, pour une plus grande proximité avec la ville, son mouvement social, ses opportunités en termes de facilités d'accès et pour favoriser, la mobilité de ses résidents, qu'en banlieue ou en milieu rural, pour mettre de la distance entre la communauté thérapeutique et la ville, et bénéficier des avantages de la campagne. Nombre d'entre elles ont la chance d'avoir de vastes étendues naturelles et privilégient le silence, le calme, l'introspection et l'éloignement du stress de la vie quotidienne. Cependant, une certaine proximité du milieu urbain est toujours souhaitable afin non seulement de, promouvoir l'approximation de ce milieu par les résidents en phase avancée de leur traitement, de façon à préparer leur réintégration sociale et familiale et de fréquenter les groupes d'entre-aide existants dans la communauté, mais aussi pour offrir une facilité d'accès aux familles des résidents et aux professionnels qui interviennent dans les installations.

De façon générale, les communautés thérapeutiques prennent soin de garder une image physique et sociale impeccable, offrant au monde l'image d'un foyer représentant un nouveau mode de vie exemplaire, à l'opposé de l'image de la toxicodépendance «*déviante et marginale*».

Foto

Vue partielle de la Communauté Thérapeutique Granja de São Filipe, située dans le quartier de S. Filipe, dans la banlieue nord de la ville de Praia, au Cap-Vert.

La CTGSF étant la première du genre au Cap-Vert et offrant des côtés à la fois thérapeutiques et vocationnels, l'option d'une unité située en périphérie urbaine mais avec certaines facilités d'accès au centre ville de Praia et à l'aéroport - puisque de nombreux résidents viennent d'autres îles en avion – a été retenue. Il s'agissait d'une ancienne institution pour mineurs capverdiens, du temps de la colonisation, laissée successivement à l'abandon lors de l'indépendance du Cap-Vert, en 1975. Nous avons trouvé en 2001, une institution disposant d'un vaste terrain de plusieurs hectares, partiellement muré et en partie occupé par des services municipaux, tels que les abattoirs municipaux, avec différents pavillons en très mauvais état, mais possédant également une source naturelle sur le terrain.

Après d'amples travaux de réhabilitation, la CTGSF dispose aujourd'hui d'un ensemble de pavillons modernes, réaménagés et totalement électrifiés, d'une cuisine complètement équipée, de dortoirs neufs confortables, d'installations sanitaires modernes, d'une unité médicale et d'une infirmerie indépendante, d'un atelier de déshydratation de bananes, un pavillon/atelier pour les arts décoratifs, des terrains destinés à la culture d'arbres fruitiers et de légumes, d'un terrain de sport et d'un gymnase.

L'accès de la CTGSF est contrôlé par un gardien et le site est en grande partie fermé et d'accès restreint. La sécurité nocturne n'est pas contrôlée par des agents de l'autorité et/ou des policiers, elle est assurée par un gardien de nuit, le technicien de service et les propres résidents qui veillent à la sécurité de leur foyer. Dans les bâtiments, les espaces sont gérés avec soin, de façon à donner, aux résidents, le sentiment d'un foyer avec le confort et la sécurité attachés à cette notion. Différentes salles sont destinées aux multiples fonctions du quotidien, telles que thérapies de groupe, réunions, lecture. Des salles sont destinées au personnel, d'autres aux thérapies individuelles,

Foto

Vue partielle de la Communauté Thérapeutique Granja de S. Filipe, située dans le quartier de S. Filipe, dans la banlieue nord de la ville de Praia, au Cap-Vert.

d'autres encore à l'administration... Le soir, les résidents bénéficient de grands espaces de loisir et de sport, comme ils pourront en trouver dans leur quotidien après le traitement. Ils peuvent profiter de la télévision, de films, de jeux, de livres de lecture mis à leur disposition dans la bibliothèque, etc. Dans les dortoirs, accessibles que le soir pour dormir, règne la fonctionnalité et le pragmatisme.

En communauté thérapeutique, il n'existe pas de chambres individuelles car on cherche à promouvoir l'esprit communautaire et d'entre-aide entre résidents. La séparation des sexes est impérative. Ainsi, il existe des dortoirs pour les

hommes et d'autres pour les femmes. En revanche la diversité culturelle, raciale et ethnique est encouragée (voir De Leon, Melnick, Schoket et Jainchill, 1993). Quant à la décoration, les communautés thérapeutiques cherchent à transformer activement leur intérieur de façon à en souligner l'ambiance thérapeutique et pédagogique, exhibant des affiches éducatives, avec des slogans et des images produits par des groupes d'entre-aide existants à l'extérieur, qui répètent les thèmes basiques du traitement de la toxicodépendance et qui stimulent la réflexion entre résidents, ainsi qu'une introspection individuelle et intérieure, nombre d'entre eux présentant le programme et la philosophie du traitement en vigueur. Très souvent, de l'artisanat produit par les résidents est exposé, ainsi que des textes qu'ils ont écrits, des lettres d'ex-résidents et de leurs familles, etc.

Foto

Vue partielle de la Communauté Thérapeutique Granja de São Filipe, située dans le quartier de S. Filipe, dans la banlieue nord de la ville de Praia, au Cap-Vert.

Foto

Des collaborateurs de la Communauté Thérapeutique Granja de S. Filipe, dans ce cas précis, l'équipe technique.

2.3 Le programme de traitement de la Communauté Thérapeutique

Le programme de traitement proposé par la Communauté thérapeutique est un pro-gramme de type mixte bien adapté et façonné à la culture cap-verdienne. A l'origine et lors de son ouverture, la première équipe technique a reçu une formation au Portugal suivant un modèle appelé «*Minnesota*», inspiré des 12 étapes des Alcooliques et narcotiques anonymes, et perfectionné dans les années 60 par «*Hazelden*» à Center City, dans l'Etat américain du Minnesota, et qui a été pendant des années, le modèle de référence international. Malgré la prédominance initiale dans les pays anglo-américains et anglo-saxons, différents pays européens et d'autres de par le monde, ont adopté ce modèle, basé sur l'abstinence totale, puisqu'il existe une forte composante d'aide dans le post-traitement, au travers des groupes d'entre-aide des Alcooliques et narcotiques anonymes, qui qu'on trouve éparpillés dans presque tous les pays du monde, avec un succès internationalement reconnu et accepté par la communauté professionnelle. L'équipe initiale a créé un modèle mixte, re-liant le modèle Minnesota, de courte durée et sans phase de traitement, avec les modèles de moyenne durée, dotant la CTGSF d'un modèle avec un séjour de 9 mois, divisé en 4 phases. Il y a eu préoccupation de doter le Cap-Vert d'un

modèle dans lequel il était possible de répondre non seulement à la problématique thérapeutique, mais aussi à la réalité sociale, sociogéographique et socioprofessionnelle.

2.4 Les employés en Communauté Thérapeutique

Les employés des communautés thérapeutiques contemporaines représentent bien la complexité de ce type de structure dans les sociétés modernes. En effet, le corps professionnel d'une communauté thérapeutique est composé par un ensemble de personnes qui va du domaine technico-professionnel plus restreint, à l'intervention communautaire plus générale, en passant par les professeurs, les policiers, les médecins, d'autres professionnels cliniques, des associations qui réalisent du travail de rue, des agences gouvernementales, des juges, des leaders spirituels, des donateurs en général, des politiciens, etc. Certains sont plus liés aux résidents du foyer, d'autres moins directement. Néanmoins, comme nous avons eu l'opportunité de le mentionner, ce domaine de la toxicodépendance est un domaine, du point de vue bio-psycho-social, dans lequel se croise un ensemble de structures et d'organisations plus vastes, existant dans la société, ce qu'on voit rarement dans d'autres domaines.

Dans la suite, nous allons nous concentrer sur le corps professionnel stricto sensu, celui qui est directement impliqué dans le fonctionnement quotidien de la communauté thérapeutique. Tous les employés, outre le rôle spécifique pour lequel ils ont été engagés dans la communauté thérapeutique, ont un rôle élargi très important, qui les différencie de leurs collègues de profession, à cause de leur rôle pédagogique, qui leur est également attribué et pour lequel ils ont également besoin d'avoir la vocation.

On distingue 2 grands domaines professionnels dans la communauté thérapeutique moderne : l'un est le domaine clinico-technique et l'autre est le domaine non clinico-technique. Le domaine clinico-technique regroupe les médecins, les infirmiers professionnels, les professionnels du domaine psychologique, du conseil et les moniteurs. En d'autres termes ce groupe comprend tous les professionnels qui ont la responsabilité directe des résidents du foyer, surveillent le développement individuel de chaque résident, font la liaison avec la famille, réalisent les groupes thérapeutiques et les sessions de conseil individuel. Ils guident les résidents au cours de leur processus dans la communauté thérapeutique, depuis leur entrée jusqu'à leur rétablissement clinique et thérapeutique. Ils dynamisent les activités de loisir, extracurriculaires et autres événements sociaux au sein de la communauté thérapeutique.

Dans le domaine non clinico-technique, nous retrouvons le personnel de support administratif, de secrétariat, de manutention, de cuisine, du nettoyage, de maintenance et de sécurité. En d'autres termes, ce groupe comprend tous les professionnels indirectement liés à la communauté thérapeutique, qui n'ont aucune responsabilité clinique directe envers les résidents. Néanmoins, les deux groupes ont de nombreuses choses en commun et selon De Leon (2003, p. 179):

- a) *«tous les membres du personnel finissent par être les modèles de comportement. ils donnent des exemples de ce que peuvent être les comportements à avoir quant à la façon de s'habiller, aux habitudes quotidiennes de travail, à la communication interpersonnelle, aux attitudes positives, à la disposition émotionnelle, à l'autogestion émotionnelle, au respect des règles des installations et au vécu direct des valeurs de bien vivre (sobriété, honnêteté, réceptivité, autorévélation, attention responsable, éthique du travail, etc.)» (ibidem), étant eux aussi ce que tous les employés sont;*
- b) *«observateurs du milieu social, physique et psychologique de la communauté thérapeutique, ils comprennent tous les incidents, toutes les attitudes résidents ou leurs infractions de comportement, mais ils sont aussi observateurs du nettoyage et de l'ordre du foyer, ainsi que du moral général» (ibidem), en comptant que «les attentions données qu'ils fournissent contribuent à maintenir l'authenticité et la santé de la communauté d'auto-support» (ibidem);*
- c) *De même, il appartient à l'expectative organisationnelle «que tous les membres du personnel servent de professeurs, de membres de séminaires, de mentors et de tuteurs» (ibidem), ayant pour fonction la formation de tous les résidents, ainsi que des autres employés. En comptant que, d'un point de vue formel, «ils enseignent en se basant sur leur spécialité professionnelle, mais en plus et informellement, ils enseignent l'authenticité et le bien vivre, par le biais de leur exemple personnel d'optimisme, d'humilité, d'enthousiasme, de vulnérabilité, de curiosité intellectuelle et d'auto-examen» (ibidem);*
- d) *Ils font également partie d'un «système d'autorité rationnel, dans lequel on attend que chacun fournisse des informations sur les résidents individuellement et sur la communauté, en réunions d'équipe, ou par le biais de la communication directe avec la direction clinique» (ibidem). Ces contributions «perfectionnent la validité du processus de décision, concrétisée par l'utilisation d'informations, ou de données venues de multiples observateurs. Chaque membre du personnel comprend la perspective de la communauté thérapeutique et la communauté comme méthode» (ibidem), (voir chapitre 1.7). De cette façon, il est important que les résidents s'aperçoivent que tous les employés sont membres d'un «système d'autorité, cohérent et rationnel, cette perception étant une perception fondamentale, car elle présente tout le personnel comme une famille unie et consensuelle en ce qui concerne les décisions de l'autorité» (ibidem);*
- e) *De même, il est important de souligner que tous les membres du personnel ont une «fonction clinique particulière dans la communauté thérapeutique» (ibidem). Ceci veut dire qu'en tant que membre de la communauté thérapeutique ils comprennent que tout l'environnement de la communauté thérapeutique a un caractère thérapeutique et que l'objectif implicite de toutes les activités au sein des installations a pour objectif de promouvoir la croissance personnelle des résidents du foyer, par ex. «le comportement des résidents dans le travail, dans la salle de classe, ou dans l'infirmerie doit être considéré du point de vue clinique» (ibidem), on attend de tous les employés qu'ils «observent et identifient les problèmes de comportement, d'attitudes, ou émotionnels, qu'ils écoutent les réclamations et les commentaires des résidents, qu'ils stimulent et aident les résidents dans le processus et utilisent les voies de communication pour transmettre les observations cliniques aux responsables directs du traitement» (ibidem).*

Foto

Foto

Foto

Foto

Entrée vers les ateliers occupationnels de la CTGSF, appelés «Ateliers».

Ainsi que nous avons pu le vérifier, le rôle du personnel d'une communauté thérapeutique est un rôle bien défini et exigeant en ce qui concerne la multiplicité des fonctions, associées et attendues, et qui vont, d'une façon générale, bien plus loin que ce qui est formellement exigé. Tous les employés sont interconnectés et interdépendants au niveau de la bonne exécution de leurs tâches, et ont une fonction d'animateur, de conseiller-pédagogue, de gestionnaire et font figure d'autorité.

Foto

Vue du potager de la CTGSF. Ce potager, partiellement entretenu par les résidents, possède un arrosage goutte à goutte et permet de fournir partiellement la CTGSF en légumes pour sa propre consommation.

2.5 Le travail dans la communauté thérapeutique: la thérapie occupationnelle et communautaire

D'une façon générale, le travail en communauté thérapeutique comprend deux dimensions fondamentales: la première est la thérapie dans la communauté thérapeutique et la seconde l'éducation, l'entraînement vocationnel et la préparation à vivre dans le monde extérieur, les deux dimensions étant liées.

Dans la première notion, il est important que le résident s'implique de façon constructive dans le quotidien du programme thérapeutique, assumant des fonctions telles que leader du groupe de résidents, moniteur, responsable de certaines tâches et de certains secteurs du foyer, comme par exemple la

Foto

Vue de l'intérieur des "ateliers".

cuisine, les dortoirs, le jardin, etc. Ces fonctions peuvent survenir au fur et à mesure du traitement et sont normalement des récompenses de l'équipe technique pour le développement positif du résident en question. Elles lui permettent d'assumer de plus hauts niveaux de responsabilités dans le foyer, face à ses congénères, servant finalement non seulement d'auto-thérapie, mais aussi de modelage positif face aux autres éléments, spécialement les plus récents et les nouveaux venus au foyer.

Dans la seconde notion, compte tenu de ce qu'on peut observer et qui est reconnu, à savoir le faible niveau de qualification de la population toxicodépendante en général, associée, dans le cas du Cap-Vert, à un faible taux de professionnalisation et à un taux élevé de chômage et de sous-emploi, que l'on vérifie dans ce pays. La seconde notion est l'un des aspects cruciaux de la CTGSF qui, dès le départ de ce projet, a été de doter les résidents de compétences occupationnelles et socioprofessionnelles, afin de pouvoir leur permettre d'acquérir certains outils vocationnels sur le chemin de l'autonomie sociale et professionnelle, après leur traitement.

Les caractéristiques suivantes, réparties en plusieurs catégories, permettent, selon De Leon (2003, p. 153) d'être entraînées par ces deux stratégies thérapeutiques interconnectées et complémentaires au sein de la communauté thérapeutique:

- a) Catégorie des **habitudes personnelles**: permet au résident de travailler sa ponctualité, sa façon de s'habiller, d'entraîner sa gestion du temps, l'établissement de tâches etc.
- b) Catégorie des **habitudes de travail**: permet au résident de travailler son sens de responsabilité vis-à-vis de lui-même et des autres, d'entraîner sa persistance, d'augmenter ses capacités peu développées à résoudre des problèmes, à gérer des conflits, des personnes et des systèmes, etc.
- c) Catégorie des **relations de travail**: gérer le comportement rebelle et anti-social, appréhender de façon positive l'autorité, coopérer et être en compétition avec les collègues de travail, accepter la surveillance, les éloges et les critiques, faire des éloges et critiquer les autres collègues dans un cadre thérapeutique et constructif, développer des capacités interpersonnelles et de communication, entraîner la confiance en soi, l'agressivité et la passivité, etc.
- d) Catégorie de l'**autogestion**: acquérir tolérance et capacités d'appréhender la désapprobation et les critiques et de ne pas être apprécié par des supérieurs et des subalternes, gérer la tolérance de la frustration, du retardement des satisfactions et des récompenses immédiates, savoir appréhender les tensions et les exigences liées au travail, par exemple, promotions, dévalorisation et changements structurels, etc.
- e) Catégorie des **valeurs du travail**: apprendre une éthique du travail, apprendre l'auto-confiance, l'excellence, l'orgueil et la conscience du propre travail, acquérir un compromis avec le travail, maximiser les efforts, être humble, etc.

Foto

Foto

Foto

Vue intérieure des «ateliers».

2.6 Co-résidents et compagnon en Communauté Thérapeutique

Le rôle des co-résidents en communauté thérapeutique se révèle être d'une importance capitale, puisqu'ils ont un rôle décisif, non seulement au niveau du changement individuel de tous les résidents, mais également au niveau du bon fonctionnement de la communauté thérapeutique. Les résidents sont ceux qui vivent et construisent la communauté thérapeutique dans leur quotidien (temporairement) et ainsi font que la communauté thérapeutique parvient à être une structure qui atteint ses objectifs thérapeutiques, proposés ou non. La contribution quotidienne de chacun, la valorisation individuelle et collective du traitement, l'acceptation des programmes quotidiens proposés, la connotation positive avec le quotidien, l'acceptation de l'équipe thérapeutique, de la symbolisation du traitement et de toutes les décisions prises, ont une importance déterminante, non seulement pour le succès thérapeutique individuel et collectif, mais aussi pour la survie de la structure de la communauté thérapeutique. D'une façon générale, toutes les relations entre les résidents doivent renforcer les normes, les croyances et les valeurs de la communauté thérapeutique et du programme de traitement qu'elle prétend

Foto

De l'une des 3 chambres des résidents de la CTGSF, dans le cas présent chambre des hommes. A noter l'importance, en CT, de l'absence de chambres individuelles, puisque la vie de groupe est privilégiée.

Foto

Message écrit par les résidents à la porte de l'une des chambres.

transmettre. La capacité à vivre avec les autres et à vivre de façon constructive dans la communauté thérapeutique prétend représenter la capacité individuelle à vivre dans le monde extérieur et dans la société en général, après le traitement. La vie dans la communauté thérapeutique représente une «*répétition*» constructive pour la vie, après le rétablissement thérapeutique. Comme dans le reste de la société, une hiérarchie s'instaure entre les résidents qui dépend d'un ensemble de facteurs, tels que le progrès au niveau du traitement, l'acceptation par l'équipe thérapeutique et par les autres résidents, l'insight¹⁹ thérapeutique, la capacité à vivre en groupe, les capacités d'entraide, capacité de changement psychologique individuel et niveau d'intégration dans la société en général.

De la psychologie du développement, pour un processus de socialisation du chemin d'un toxicodépendant, nous connaissons l'importance déterminante des fréquentations, du phénomène de groupe et des pairs pour l'initiation (voir, entre autres, Szasz, 1994, Escohotado, 2004) et la continuité de la consom-

¹⁹ En psychologie, l'insight est la découverte soudaine de la solution à un problème sans passer par une série d'essais-erreurs progressifs. (Cf. <http://fr.wikipedia.org/wiki/Insight>) – NdT.

mation et des comportements déviants au sens le plus large (voir, entre autres, Born, 2005). Par la marginalité sociale des comportements de consommation depuis le début de la dépendance, les compagnons de consommation et l'environnement de consommation sont les principaux facteurs de renfort et de maintien sur la voie de la toxicodépendance (voir Sommer, 2004). En communauté thérapeutique, on que la place accordée par chaque résident à ses compagnons communautaires revêt un rôle décisif, dans le changement et dans le succès du traitement individuel de chacun. Les anciennes relations de consommation ont besoin d'être remplacées par de nouveaux liens constructifs, de nouvelles relations basées sur une vie sans consommation et de nouvelles habitudes de vie en communauté. Les nouvelles croyances, tout comme les nouvelles valeurs et les nouvelles attitudes sont transmises de résident en résident, des plus anciens du foyer vers les nouveaux arrivants. Très souvent,

Foto

Vue du terrain omnisport et du gymnase.

les compagnons sont les mêmes, néanmoins, les comportements et les attitudes sont différents, révélant de nouveaux modes de vie. La fonction du «groupe» dans sa globalité renforce ce changement individuel.

De même, il existe des rôles fonctionnels distribués aux différents résidents du foyer, comme il en existe au niveau du personnel. Ce sont des rôles qui visent à

renforcer la confiance et l'acceptation par le résident de l'équipe technique en tant qu'autorité, mais qui cherchent aussi à servir de modèle pour les autres compagnons. Il existe des rôles de travail (responsable des chambres, de la cuisine, des ateliers, leader du groupe, etc.), des rôles de tutelle (prendre soin d'un nouvel arrivant, d'un malade, accompagner quelqu'un pour une sortie à l'extérieur, etc.) et des rôles d'apprentis (lorsqu'on arrive au traitement, lorsqu'on change de phase, lorsqu'on assume de nouvelles fonctions, etc.).

De cette façon, l'importance des compagnons dans la communauté thérapeutique est une variable déterminante, non seulement pour le succès du traitement individuel et collectif, mais aussi pour la survie de la communauté thérapeutique. Un groupe dysfonctionnel de résidents, qui garderait des secrets et aurait un comportement délinquant et déviant déprécierait l'objectif de la communauté thérapeutique et reproduirait la vie de «*gang*» qu'il connaissait à l'extérieur, durant sa phase active de consommation. Le modelage et l'apprentissage social sont les caractéristiques dominantes de la divulgation d'un nouveau mode de vie basé sur l'abstinence de substances, mais aussi de savoir-vivre en société et en groupe. Le succès que connaît la communauté thérapeutique, en promouvant ce mode de vie et en transmettant de nouvelles croyances et valeurs, la valorise comme organisation sociale capable d'atteindre les objectifs proposés, de façon thérapeutique et constructive.

2.7 L'importance des relations en communauté thérapeutique

Suite au chapitre précédent, il est essentiel de parler de l'importance des liens personnels entre les résidents de la communauté thérapeutique. La gestion de ces relations représente un défi pour la structure, à cause de la proximité physique et émotionnelle de tous les résidents du foyer. Il est fait référence, ici, non seulement aux relations entre les deux sexes, puisque la majorité des communautés thérapeutiques est mixte, de nos jours, mais aussi à la gestion de promiscuité et de l'intimité interpersonnelle entre les résidents, de par l'historique difficile et parfois problématique de gestion de ces relations interpersonnelles en général.

On sait, grâce aux publications, qu'une grande partie des relations des résidents en communauté thérapeutique ont été marquées par la défiance, les rejets, la co-dépendance, l'exploitation physique et sexuelle, les mauvais traitements physiques, la violence, la négligence et les mauvais traitements psychologiques et émotionnels. Nombre de ces expériences sont issues de vécus datant de l'enfance et de l'adolescence, d'autres de la vie adulte. La capacité à gérer les relations de façon adulte et responsable se trouve atrophiée. Or c'est l'un des grands enseignements d'un séjour en communauté thérapeutique.

De même, nombre de dépendants chimiques ont acquis, au cours de leurs processus de consommation, des comportements délinquants et déviants liés à l'acquisition et à la consommation de stupéfiants (vol, extorsion, escroqueries, exploitation sexuelle, prostitution, trafic, etc.). Ces comportements et attitudes, associés à une vie de rue et de consommation, ont, très souvent, été le lot quotidien de nombreux résidents, pendant plusieurs années de leur vie.

Foto

La bibliothèque de la CTGSF. Aller à la bibliothèque fait partie intégrante du traitement en CT.

Malgré la volonté de faire évoluer ces comportements en communauté thérapeutique, ils se trouvent souvent enracinés et difficiles à changer, caractérisant la personnalité et prédominant l'individu. Ils représentent un défi permanent de gestion, à la fois pour les résidents et pour les professionnels de la communauté thérapeutique.

La majorité des communautés thérapeutiques étant mixtes, la vie entre les deux sexes se révèle également un défi pour le foyer. Puisque les relations sexuelles sont interdites dans la plupart des communautés thérapeutiques et comme la majorité des résidents a eu un vécu compliqué au niveau du triangle substances, sexualité et relations en général, ces relations représentent un défi permanent pour les communautés thérapeutiques.

D'une façon générale, on peut dire que les relations à l'intérieur de la communauté thérapeutique sont plutôt complexes, avec comme note dominante une tendance des résidents à l'irresponsabilité, la manipulation, l'exploitation et l'abus relationnel des autres résidents. Ces caractéristiques sont justement celles que les résidents prétendent changer et vont être amenés à réorganiser pendant leur séjour en communauté thérapeutique. De cette façon, en communauté thérapeutique, l'apprentissage au niveau des relations englobe les domaines suivants:

- a) (re)apprentissage des amitiés, c'est-à-dire, liaisons spéciales et relations à caractéristiques non sexuelles, basées sur des relations d'honnêteté, de sincérité;
- b) (re)apprentissage de relations adultes basées sur la confiance et le respect mutuel;
- c) (re)apprentissage des relations mures, avec stabilité émotionnelle et psychologique permettant une longévité et une continuité dans le temps, jusqu'à présent peu ou jamais essayé;
- d) (re)apprentissage de relations constructives avec les ascendants ou les descendants (avec parents ou enfants) basées sur le respect de l'âge et de la spécificité de chaque étape de la vie, à laquelle ces ascendants ou descendants se trouvent.

2.8 Méthodes de travail de la Communauté Thérapeutique: privilèges, sanctions, vigilance, sécurité, réunions, groupes thérapeutiques et communautaires, réinsertion, après-traitement et prévention de la rechute

Nous allons à présent examiner un ensemble de réalités existant dans les communautés thérapeutiques, à savoir des activités qui sont basées sur des actions, des réactions et des interactions sociales, ainsi que des interactions interpersonnelles entre tous les éléments directs et indirects, présents dans la communauté thérapeutique, qui conditionnent, stimulent et facilitent le changement de style de vie et la récupération de tous les résidents. Ces réalités construisent au quotidien la routine du foyer et contribuent à la modification sociale, psychologique et émotionnelle des résidents, tant au niveau individuel que collectif, mais aussi interviennent dans le groupe comme un tout et comme élément fondamental du changement. Elles font parties intégrantes du traitement et du vécu de la communauté thérapeutique, sans lesquelles celle-ci ne pourrait être comprise comme structure thérapeutique, ce qui la caractérise et la différencie des autres structures similaires.

2.8.1 Les privilèges et sanctions dans la communauté thérapeutique

Le premier point que nous allons aborder dans cette partie est la question des privilèges et des sanctions en communauté thérapeutique, qui constituent une part importante du système de gestion administrative, clinique et thérapeutique. Il s'agit de renforts d'ordre comportemental, qui visent au maintien de l'autorité rationnelle de la structure et qui peuvent être vues comme des *«réponses explicites de la communauté à la manière dont les individus répondent à leurs attentes»* (De Leon, 2003, p. 231). Ces réponses permettent de réfléchir sur l'approbation ou la désapprobation constructive des comportements et attitudes des résidents, quant à la vie au jour le jour, à l'acceptation des règles du foyer, aux attentes de l'équipe technique, du programme thérapeutique, ainsi qu'à la conception et à la philosophie de récupération et du bien-vivre de la communauté thérapeutique. Ils ont une dimension profondément sociale et prétendent être à caractère thérapeutique et pédagogique dans le sens d'une évolution positive du style de vie.

Les privilèges, à caractère profondément symbolique, cultivent ainsi une socialisation individuelle et la croissance personnelle au travers d'un renfort comportemental positif, prétendant développer un sentiment d'auto-efficacité et d'auto-confiance du résident du foyer, encourageant l'amélioration du statut social de l'individu par rapport à la communauté et à ses camarades. Il s'agit d'une reconnaissance sociale qui vise l'augmentation de l'autonomie et des progrès, qui concernent l'éloignement de la personnalité caractérisée par les consommations et l'approximation de l'individu de valeurs généralement considérées comme «acceptées» par la société dans laquelle la communauté thérapeutique se trouve encadrée et pour les valeurs et normes qu'elle véhicule.

Dans la pratique, on distingue les privilèges informels et les privilèges formels. Les premiers sont d'un aspect verbal et formulent le renfort verbal et l'affirmation verbale de la part des compagnons et du corps des employés, sur de nouveaux comportements et attitudes démontrés par le résident. Les privilèges formels concernent les récompenses concrètes et tangibles, dont bénéficie le résident, en tant que membre de la communauté thérapeutique, telles que les bonus de sortie de fin de semaine, les sorties pour se rendre à des réunions à l'extérieur, les visites à la famille, les sorties pour faire les achats pour le foyer, les événements à caractère ludique, les événements à caractère représentatif de la communauté thérapeutique, etc. Ce sont des symboles qui reflètent le nouveau statut social du résident considéré «en récupération» et «sur le bon chemin». En ce qui concerne les privilèges informels, ils revêtent un caractère de manifestations de support et d'affirmation positive du point de vue



Foto

de l'approbation des résidents. Normalement, ces privilèges ne se traduisent pas par des bénéfices concrets pour les résidents, mais prétendent être, au travers de la manifestation verbale des comportements et des attitudes démontrés par les résidents, des stimuli positifs qui leur sont offerts.

D'un point de vue clinique, les privilèges formels, comme les informels, se basent sur le progrès clinique et thérapeutique du résident et visent à accompagner son développement personnel, le développement de son auto-estime et de son auto-confiance au fur et à mesure de l'évolution et du progrès du traitement proposé et atteint les différentes étapes de son ce programme.

Au niveau des sanctions, elles sont également divisées en sanctions informelles, qui se manifestent au travers de rectifications et de réprimandes concrètes.

Les réprimandes verbales sont le principal moyen de manifestation de désapprobation, de la part des compagnons et de l'équipe thérapeutique sur des comportements et attitudes des résidents ne correspondant pas aux attentes de la communauté thérapeutique et au «*bon*» comportement en tant que membre du groupe envers ses congénères, ou ses pairs. Dans le quotidien de la communauté thérapeutique, tous les résidents se trouvent fortement insérés dans des activités sociales et thérapeutiques et sont ainsi en permanence exposés aux autres résidents et à l'équipe thérapeutique, ce qui favorise l'apprentissage social et l'entre-aide continue. C'est dans ce contexte d'apprentissage social que les réprimandes verbales sont intégrées, permettant non seulement l'auto-apprentissage, mais aussi le modelage des autres et la cohésion de groupe.

Les sanctions formelles, quant à elles, sont des interventions planifiées par l'équipe thérapeutique qui revêtent un caractère plus sévère pour démontrer la gravité et/ou la persistance de certains comportements, ou attitudes du résident, jugées incorrectes et qui remettent en cause la cohésion du groupe, les règles du foyer et, dans certains cas, le bon fonctionnement et la stabilité de la communauté thérapeutique même. Certains de ces comportements peuvent avoir un caractère antisocial et attester d'un passé de consommateur, ou enfreindre des règles fondamentales de la communauté thérapeutique, remettant ainsi la propre structure de la communauté thérapeutique en cause. Le respect des règles est essentiel au maintien de l'ordre social, mais démontre également que le résident accepte la communauté thérapeutique et, la culture de changement qu'il/elle est en train de développer (voir Des Jarlais, Knott, Savarese et Bersamin, 1976). Etant donné que ce type de population est une population qui présente des caractéristiques de personnalité antisociale et des troubles de conduite d'opposition, l'acceptation et l'intégration des règles représente, très souvent, un problème/défi, pour elle et pour la communauté thérapeutique, puisque cette population est, très souvent, anticonformiste et oppositionnelle par rapport aux conventions et aux règles sociales prépondérantes dans la société et cette attitude est une note prédominante du vécu de consommation dans le passé.

Comme chez certains membres il existe, depuis l'adolescence, des comportements délinquants qui se prolongent jusqu'à leur entrée en communauté thérapeutique (voir chap. 1.5.3), qu'enfreindre les lois avec conséquences légales et pénales, ainsi qu'avoir un style de vie marginal, à caractère manifestement délinquant, fait partie intégrante de leur biographie, cela donne à la surveillance effectuée par l'équipe technique et tous les autres membres du staff un aspect essentiel de la communauté thérapeutique. Il est dès lors essentiel d'élaborer des règles claires et simples, et d'établir des sanctions formelles en cas de non respect de ces règles. Il s'agit là d'un élément fondamental nécessaire au bon fonctionnement de la structure. De Leon (2003, p. 245) fait la distinction entre les règles «*essentiels*», les règles «*de base*» et les règles «*de la maison*», niveaux différents pour le maintien de la sécurité et de la santé communautaire. Les règles «*essentiels*» sont, entre autres, celles qui interdisent la violence physique au sein de la communauté thérapeutique, les menaces de violences physiques ou d'intimidation, la consommation de drogues, d'alcool ou

Histoire du couple «D» et «T» ex-résidents de la CTGSF

Un des premiers résidents de la CTGSF est un homme de la ville de Praia, issu du quartier de «*Lém Cachorro*», il a actuellement 43 ans et a effectué 4 ans de récupération. Consommateur de cocaïne pure, fumée depuis plus de 20 ans, père de 13 enfants, de 2 à 25 ans, il essayait, depuis quelques années, de sortir de sa toxicodépendance. Il fréquentait un groupe de traitement, en régime ambulatoire, «*Nova Vida* », dans le département psychiatrique de l'hôpital de Praia, mais dès qu'il revenait chez lui, il rechutait. Il avait une particularité: sa femme, mère de tous ses enfants, était également consommatrice. Ils ont, d'ailleurs tous deux commencé à vivre et à consommer de la drogue quand ils avaient une vingtaine d'années. Ils ne se sont plus jamais quittés. A la fin de son traitement, elle l'a suivi et s'est faite traitée dans la CTGSF, bien que son parcours a été un peu plus mouvementé: elle est sortie au bout de 4 mois, en 2006, et a refait une autre période de traitement en 2008, de 3 mois. Cela s'est avéré suffisant, puisqu'elle est en récupération depuis lors. Ils vivent tous les deux dans la même maison, dans une zone à problèmes et de consommation, mais sont pourtant cleans car ils ne veulent plus consommer. «*C'est difficile, mais j'ai décidé de ne plus fumer et je ne fumerais plus*», dit-elle. Elle sent qu'elle est redevenue la femme qu'elle a toujours voulu être, une femme paisible, honnête et bonne mère de famille. Quant aux enfants, heureusement, aucun ne consomme. L'un d'eux, le plus vieux, vit au Brésil et étudie la comptabilité. A l'instar du père, charpentier de profession, qui travaille comme gardien de nuit, le travail honnête est la voie à suivre. Les deux parents fréquentent actuellement les groupes d'entre-aide des Narcotiques anonymes qui existent dans la ville de Praia et un groupe thérapeutique coordonné par une des techniciennes de la CTGSF. Ils ont retrouvé une vie qu'ils n'auraient probablement pas eue sans l'aide de la CTGSF.

autres substances et très souvent les relations sexuelles et les contacts amoureux entre les résidents. Le maintien de ces règles par le staff de la communauté thérapeutique implique une tolérance zéro: le non-respect des règles essentielles entraîne généralement l'expulsion directe et non négociable.

Et une autre histoire, cette fois-ci, celle de «Paulo J.»

Un autre ex-résident, de 32 ans, a fait le traitement complet de 9 mois et a eu l'autorisation de sortie clinique il y a quelques semaines.

Issu de l'intérieur de l'île de Santiago, il buvait de l'alcool depuis ses 12 ans, avait commencé à fumer de la «pajinha» (herbe) à 16 et avait quitté l'école à 14, sans même avoir fait sa 6^{ème}. Il avait ensuite commencé à voler de l'argent avec des collègues qui avaient le même style de vie que le sien. C'est à ce moment là que les conflits avec sa famille ont commencé. Finalement, à 18 ans, il fait l'armée et y reste jusqu'à l'âge de 20 ans.

Il sera pris plusieurs fois pour vol chez lui et ailleurs. Le milieu où il vivait étant petit, il était dénoncé et se faisait matraquer par les policiers. Sa boisson de prédilection était le grog, il lui était facile d'y avoir accès, puisque dans sa zone il y avait 4 usines de fabrication de cette boisson typiquement cap-verdienne. Entre temps, il réussit, une fois encore, à trouver un emploi, cette fois à la mairie, où il reste jusqu'à l'âge de 24 ans. Mais, là encore, il finit par le perdre. A partir de là il ne fait que de petits boulots et ne travaille que de façon irrégulière. Ses parents finissent par l'expulser de chez eux. Il commence à consommer de la cocaïne à 28 ans, du crack à 31 ans. Il a 2 enfants et une femme, qui l'ont quitté à cause de sa violence.

Désormais, en récupération, il est rentré à la fin du traitement dans sa ville natale, où il a été bien accepté. Il est retourné chez ses parents, presque toutes ses connaissances lui ont pardonné ses comportements du passé. De nos jours, il est triste pour ceux qu'il a blessé. Il aide son père dans le potager et a demandé de l'aide au maire, afin de réintégrer les services municipaux, il attend la réponse. Entre temps il voit ses enfants tous les jours et a de bonnes relations avec leur mère. Il est reconnaissant envers la doctoresse du dispensaire de sa ville pour l'avoir envoyé à la CTGSE, où, depuis, il a finalement récupéré sa vie.

Violier les règles dites «*de base*», telles que l'interdiction de voler et de commettre des actes criminels (destruction de propriété, etc.) est considéré comme un comportement antisocial grave. Un tel comportement peut être toléré dans certaines limites, lorsqu'il ne constitue pas une menace pour la survie de la communauté thérapeutique. En effet, il se trouve, malgré tout, dans une mesure tolérable et gérable par l'équipe thérapeutique, de comportements problématiques, mais il sera tout de même fortement sanctionné. Les règles dites «*de la maison*», telles que savoir écouter sans interrompre, être ponctuel, avoir une bonne présentation et de bonnes manières, ne pas s'approprier les biens d'autrui, ne pas accepter de présents sans l'autorisation du conseiller focal, être honnête et sincère, etc., sont des règles qui ont trait à des comportements essentiellement sociaux. Elles révèlent une socialisation en adéquation avec les normes, les valeurs et les attentes sociales en général, que l'on trouve en vigueur dans la société et la culture dans laquelle se trouve incérée la communauté thérapeutique. Ces règles révèlent les manques de socialisation de l'individu et font partie d'un apprentissage social plus étendu, développant des aptitudes sociales, qui permettent à l'ex-toxicodépendant de devenir un membre utile et productif de la société. La communauté thérapeutique cherche à fournir un apprentissage visant à développer des aptitudes relationnelles, essentielles pour une bonne intégration dans la société, au travail, dans la famille, etc.

Il existe différents niveaux de sanctions, pour répondre au non-respect de ces règles, qui dépendent du degré de gravité. La plupart des sanctions ont un caractère punitif, mais également pédagogique, de façon à permettre au résident, qui a enfreint une règle, d'apprendre de son erreur et de s'excuser devant le groupe et l'équipe technique. Elles se traduisent souvent par l'interdiction de plaisirs ludiques (regarder la télévision, faire des jeux, du sport, etc.) pendant un certain temps, l'interdiction de rentrer chez soi en fin de semaine, la perte de privilèges déjà acquis au sein de la communauté thérapeutique (ne plus pouvoir faire certaines choses considérées avantageuses et en faire d'autres moins agréables, etc.), la perte de statuts acquis (cesser d'être responsable d'un atelier et redevenir un travailleur normal, cesser d'être leader du groupe, etc.), l'ajournement du passage de phase de traitement, ou même le recul vers la phase de traitement précédente, etc. Les infractions plus graves peuvent faire l'objet d'une sanction disciplinaire, telle que la suspension du traitement et le retour du résident chez lui pour un certain temps (15 jours et l'obligation d'abstinence totale pendant cette période, obligation d'assister quotidiennement à des groupes d'entre-aide, d'appeler la communauté thérapeutique, d'écrire des lettres de motivation pour démontrer l'envie de reprendre le traitement, etc.), de sanctions thérapeutiques (obligation de participer à tous les groupes thérapeutiques, réalisation de travaux écrits spécifiques, etc.), de régressions de phase (pour une phase de commencement de traitement, par exemple, etc.), jusqu'à la sanction maximale qui est l'expulsion directe du centre, sans possibilité de pardon et de réhabilitation. Cette sanction ne

Et encore une histoire de récupération, cette fois-ci «João C.»

Un autre résident, de 33 ans, issu de la zone de Tirachapéu, de la ville de Praia, une zone fortement problématique, où l'on trouve de la prostitution, des trafics en tout genre de l'alcool, etc., a commencé à consommer de l'alcool et de la padjinha à 13 ans, à snifer de la cocaïne à 15 ans, âge où il arrête l'école, en 4^{ème}. Il part travailler avec son père dans sa boutique de commerce général, où il commence, entre temps, à voler, pour pouvoir sortir avec ses amis. C'est à cet âge là qu'il commence à consommer du crack. Après de nombreux vols, son père finit par l'expulser de la boutique. Il entre dans l'armée à 17 ans, où il continue à consommer. Il en arrive à voler à la caserne et est muté dans une autre caserne. À sa sortie de l'armée à 19 ans, il cesse de consommer. Il trouve un emploi dans une pompe à essence et rencontre une jeune fille. Il vole, ment, perd son travail à la pompe à essence et va jusqu'à perdre sa copine qui part vivre dans un autre pays. Son parcours de délinquant s'accroît. À 24 ans, il commence à voler les gens dans la rue et se fait expulser par, ses parents. Il a de graves problèmes avec la police, qui n'a jamais réussi à l'identifier, parce qu'il utilise un bonnet et des gants. Il va vivre dans une «boca de fumo», maison où l'on consomme de la drogue. Il se sent très mal, il va très mal. Mais un jour il a un déclic et va demander de l'aide à ses parents qui l'acheminent vers la CCCD et plus tard vers la CTGSE. Il a terminé tout le programme et fréquente assidument les groupes des Narcotiques anonymes. Il suit actuellement une formation professionnelle dans le domaine de la «protection civile» au sein de la CTGSE, et vit chez ses parents dans la zone de Tirachapéu. Il revoit quotidiennement ses anciens collègues de consommation et essaie de les aider à sortir de la drogue.

Foto

Exemples de pense-bêtes qui sont distribués par la CTGSF. Ils permettent de renforcer l'apprentissage et la connaissance de la CT et d'une vie sans drogues.

s'applique que dans les cas extrêmes et en dernier recours, pour l'équipe thérapeutique, lorsque toutes les autres sanctions ont été utilisées et que les comportements antisociaux persistent.

Quant au vécu de la sexualité, il existe différentes méthodologies et tolérances. En général, les actes à connotation sexuelle, tels que le flirt (approximation et jeu d'aspect sexuel), la séduction, la manipulation et les relations

Témoignage de parents

Ils louent l'existence de la CTGSF et disent que ce foyer n'est pas seulement celui des résidents, mais aussi celui des familles, et qu'eux aussi ont dû changer énormément leur attitude. Ils se comportent de façon différente avec leurs enfants et ont beaucoup appris sur la dépendance chimique et la maladie. Ils ont vraiment eu honte de leurs enfants, mais maintenant ils ressentent de l'orgueil. Avant, ils étaient en conflit avec eux, ils agissaient avec rage, maintenant ils essaient de dialoguer, d'éviter les mots déplacés. Il est très difficile de mettre son enfant à la rue, mais ils ne réussissaient pas non plus à dormir et à manger tranquillement. Désormais, avec la récupération, le calme et la sérénité sont revenus. Les voisins, ainsi que toute la société en général, bénéficient aussi de cette récupération. A la CTGSF, ils disent que les groupes de familles ont été importants et que les technico-thérapeutes savaient ce qu'ils étaient en train de faire.

sexuelles proprement dites sont interdits dans les communautés thérapeutiques. En effet, ils influent sur la stabilité du groupe et représentent des formes de déviance du traitement psychothérapeutique que l'on donne en communauté thérapeutique. Ils constituent également des modes de vie de la rue et de promiscuité sexuelle, qui existaient pendant la phase de consommation de substances et représentent le style de vie qui leur est associé. Néanmoins, il existe des communautés thérapeutiques qui acceptent que les résidents aient une vie sexuelle, pendant leur séjour dans la communauté thérapeutique, de façon à ce qu'ils apprennent à vivre une sexualité saine, planifiée et non de promiscuité, mettant à cet effet des distributeurs de préservatifs, etc., à usage libre pour les résidents.

2.8.2 Les institutions thérapeutiques, le traitement de l'image, la déférence et le bon comportement¹⁹

Actuellement, les communautés thérapeutiques semblent être le lieu par excellence de la communication et de la pratique des rituels de déférence et de bon comportement, essentiels à la compréhension d'un processus de sortie de la toxicodépendance.

C'est dans les communautés thérapeutiques que le dépendant cherche à se repositionner socialement, en adoptant une conduite et un comportement qui lui permettent de transmettre ses qualités de dépendants en récupération et qui a la volonté de changer de style de vie. Cette nouvelle attitude permet de montrer leur nouvelle identité de façon sociale et leur permet d'acquérir le statut «d'ex-toxicodépendant». Il est important pour eux de se présenter, face à la société, dans ce cas représentée par leurs compagnons et l'équipe thérapeutique, soumis et déferent. Goffman définit dans Thompson (1981, p. 64) la considération selon laquelle un comportement *«par lequel est transmis symboliquement la reconnaissance du récepteur par l'émetteur, ou la reconnaissance pour ce que le récepteur représente. Ces marques de soumission représentent l'opportunité pour un individu acteur de marquer présence devant un récepteur»*.

De cette façon, la sortie de la toxicodépendance n'est pas seulement une procédure clinique, mais aussi un acte profondément symbolique. Dans une procédure de sortie du chemin de dépendance, la relation du toxicodépendant avec son produit est très souvent reléguée au second plan, et il devient prioritaire que l'acteur dépendant change socialement sa transmission communicative symbolique. En conséquence, ces actions, qui représentent la sortie de la toxicodépendance, deviennent un rituel, parce qu'elles permettent à l'agent dépendant, selon Thompson (1981, p.65) *«d'observer les implications symboliques de son agissement et de les planifier, quand il se trouve devant un objet qui a pour lui une valeur spéciale»*.

¹⁹ Ce chapitre s'est inspiré de deux chapitres du livre de Sommer (2004), p. 121-123

Cette procédure de sortie de la toxicodépendance provoque différents changements de comportement. Ils ne servent pas seulement à améliorer l'image générale du dépendant et à protéger l'image des autres, mais visent aussi à rendre hommage à la société et plus particulièrement à des individus très proches du dépendant, au travers de ces changements de comportement. Il s'agit de la capacité du dépendant en récupération à faire comprendre qu'il peut et veut (recommencer à) bien se comporter.

Contrairement aux comportements qui démontrent une déférence et qui marquent une nouvelle capacité acquise par l'acteur, les qualités qui mènent à la caractérisation d'un individu *«qui se comporte bien»* ne sont pas du fait du propre acteur, mais des autres. Il est important de rappeler que, selon Goffman (1999, p.86) *«le comportement contient des qualités qui sont, en réalité, l'interprétation des autres sur le comportement d'une personne, dans l'interaction sociale»*. Il s'agit de comprendre que ce bon comportement n'est pas, en règle générale, un, thème, mais qu'il s'est transformé en thème parce qu'il y a eu infraction au code de conduite de la société. En d'autres termes, le bon comportement n'est exigé des acteurs que lorsque la société, selon Goffman encore (1999, p. 86), *«veut être sûre que (lui/elle) veut continuer à agir, à être prêt pour la communication et agira de manière à ce que les autres puissent interagir avec lui sans danger»*.

Le travail des rituels de déférence et de bon comportement dans les communautés thérapeutiques est lié à la reconversion des stigmates du junkie que tout dépendant porte socialement en lui et en entrant dans la communauté thérapeutique. En conséquence, le travail effectué dans les communautés thérapeutiques ne se limite pas au traitement socio-médical des dépendants, ni au traitement de désintoxication, mais plutôt à amener le dépendant, en phase de sortie de la toxicodépendance, à s'occuper de son image et à se réhabiliter socialement, suivant les paroles de Goffman (1999, p. 100-101) *«le Moi est dans ce cas un objet cérémonial, sacré, qui doit être traité avec une attention rituelle et adéquate. Comme moyen d'établir ce Moi, l'individu se porte de façon adéquate au contact des autres et est traité avec déférence par les autres. Une personne doit comprendre que le terrain doit être préparé pour que ce jeu sacré puisse se réaliser. L'environnement doit garantir que l'individu n'ait pas à payer un prix trop élevé pour se comporter correctement et être traité avec déférence. Les pratiques comportementales pour la déférence doivent être institutionnalisées, de façon à donner des compétences à l'individu pour pouvoir développer un Moi sacré et vivant, afin qu'il ait dans ce jeu une base adéquate»*.

De cette façon, les institutions thérapeutiques de traitement de toxicodépendance sont prévues pour garantir cette base de complémentarité des cérémonies de *«bon comportement»* et de *«déférence»*. Elles se spécialisent dans la création d'un pont entre les marques de l'ordre cérémonial et le maintien du code de conduite social. Comme nous l'avons vu au chapitre précédent, les communautés thérapeutiques, étant donné qu'elles disposent d'instruments propres, sont organisées afin d'atteindre cet objectif de la meilleure façon possible. Les institutions qui y parviennent réussissent à transmettre la

déférence et le bon comportement d'une façon considérée acceptable par les résidents en processus de sortie.

2.8.3 Surveillance et sécurité du point de vue de la communauté thérapeutique

Les communautés thérapeutiques, en plus d'être des espaces sans substances, sont également des espaces relativement ouverts, dans lesquels on prétend qu'il règne un climat de confiance et de responsabilité démocratique. Cependant, cette responsabilité et capacité d'avoir ce style de vie sont fruit d'apprentissages et d'entraînements personnels et collectifs. Il est fortement probable qu'une partie des résidents n'aient pas cette capacité intériorisée et, bien au contraire, vivent, de par leur vécu de rue, associé à leur toxicodépendance, un mode de vie basé sur la marginalité, la manipulation, le mensonge et la délinquance. Beaucoup ont, même en étant en communauté thérapeutique, envie de consommer des substances et de se souvenir euphoriquement du passé de la rue. D'où la nécessité indispensable d'un bon système de sécurité et de surveillance, pour ce genre de structure résidentielle. Cependant, ce concept de sécurité et de surveillance se trouve, dans la communauté thérapeutique, fortement associé au concept de contrôle et de gestion de l'ordre, et ceci du point de vue thérapeutique, pédagogique et de l'apprentissage de nouvelles normes et de nouvelles valeurs.

Les résidents qui vivent dans la communauté thérapeutique en régime de communauté et le personnel qui y travaille forment une alliance conjointe pour la surveillance et la sécurité communautaire. Il existe différents modes de surveillance. L'un d'eux, qui pourra être qualifié selon De Leon (2003, p. 256) de «*vérification*» ou «*d'inspection générale*» du foyer, consiste en un contrôle du nettoyage, du rangement et de l'ordre dans tous les espaces communs et particuliers de la communauté thérapeutique. Ici, certains employés et certains résidents, spécialement désignés à cet effet, parcourent tous les espaces de la communauté thérapeutique et vérifient s'ils sont propres, rangés et nets, en d'autres termes, ils vérifient si les respectives équipes de résidents, responsables du nettoyage et du rangement des respectifs espaces, ont fait leur travail ou pas. Les résultats attendus sont, entre autres, les chambres rangées, les lits faits, les vêtements dans les armoires, les salles de bain propres, le sol balayé, la cuisine propre, la salle à manger balayée et propre, les salles de thérapie de groupe rangées et prêtes à recevoir le prochain groupe, la bibliothèque rangée, la salle de sport propre et rangée, le sol balayé dans les cours communes, etc. Les résidents du foyer affectés à ces services tournent et se relaient dans ces tâches. L'objectif est de développer chez le résident un orgueil positif pour l'espace de résidence et de vie, d'amour pour sa nouvelle maison et de sentiment communautaire constructif et positif.

Les capacités individuelles, l'effort et l'attitude individuelle dans l'accomplissement de ces tâches sont des éléments importants pour que le résident comprenne le travail en équipe, son dévouement et son appartenance au foyer, son compromis envers le traitement, sa capacité à appréhender la pression des autres résidents, les frustrations, les sentiments d'opposition, de défi et de

Foto

Le salon de la CTGSF.

conflits. Peu de résidents ont des habitudes de soin personnel, d'exercice d'autocontrôle des sentiments, de gestion constructive des impulsions, d'auto-discipline et d'entre-aide. L'effort qu'ils emploient et la capacité qu'ils démontrent à maintenir «leur» espace, dans lequel ils vivent depuis plusieurs semaines, voire plusieurs mois net, propre et sain, est un indicateur important de l'état général de la communauté thérapeutique, du groupe de résidents en général et du développement individuel de chaque résident spécialement. Il permet de comprendre, au travers de ces sentiments vécus et des comportements exprimés, le développement émotionnel, motivationnel et le mûrissement du résident, qui ensuite est exprimé et partagé en groupes thérapeutiques et en thérapies individuelles. Il permet également de développer une compréhension de la cohésion du groupe de résidents, des capacités interactives et de communication et de gestion des conflits au sein du groupe. Cette compréhension permet à l'équipe thérapeutique non seulement de travailler de façon constructive et thérapeutique ce qu'elle observe, cela lors des thérapies de groupe et/ou individuelles, mais aussi d'appliquer les sanctions thérapeutiques et/ou disciplinaires (voir chapitre précédent).

La communauté thérapeutique est un espace ouvert avec de nombreuses sorties quotidiennes du personnel et des résidents, sorties de fin de semaine des résidents, visites des familles et autres. Comme les communautés théra-

peutiques prétendent être des structures sans drogue, dans lesquelles on apprend un mode de vie sans substances, les examens réguliers, routiniers ou aléatoires, de contrôle d'urine, sont des instruments essentiels pour le maintien de l'ordre et de la sécurité au sein de la communauté thérapeutique. Ces examens sont des instruments considérés auxiliaires et complémentaires à l'activité psychothérapeutique et sont prédominants dans l'activité de la communauté thérapeutique. Nous savons que le principal cheval de bataille du fonctionnement d'une communauté thérapeutique est la confiance en le résident et la foi en son profond désir de changer de vie et d'acquérir un style de vie basé sur une vie sans substances. Mais, nous savons aussi que le processus pour atteindre réellement ce style de vie sans substances et acquérir la profonde volonté et la motivation abondant en ce sens, est un processus lent, morose et parfois, tortueux. Il ne faut pas oublier que malhonnêteté, manipulation, attitudes d'opposition et de défi, sont des attitudes qui ont marqué la majorité des résidents des communautés thérapeutiques, pendant diverses années de leur vie et que, même si nombre d'entre eux le désirent profondément, ils, ne réussissent pas à les modifier d'un jour à l'autre et succombent, très souvent à la tentation de revenir à leur style de vie du passé basé sur l'irresponsabilité, la loi du moindre effort, l'oisiveté, le bénéfice rapide, l'anesthésie des sentiments désagréables et douloureux et à un style de vie révolté et antisocial. S'ajoutant à cela, vient l'envie de consommer, fortement implantée dans le cerveau des résidents, et qui très souvent peut amener à la tentation d'introduire des substances dans la communauté thérapeutique et/ou de les consommer lors de la sortie de fin de semaine; c'est pourquoi un contrôle régulier des urines est indispensable, avec ou sans suspicions, sur les résidents de la communauté thérapeutique. En cas de test positif, la sanction prédominante est l'expulsion immédiate et sans pardon de la communauté thérapeutique, puisque le principe et le pilier fondamental de la communauté thérapeutique est ainsi mis en cause.

2.8.4 L'approche de groupe dans les communautés thérapeutiques

De par la supériorité de l'aspect communautaire du traitement, en communauté thérapeutique, l'approche en groupe prédomine dans l'intervention thérapeutique: la plus grande partie des activités de la communauté thérapeutique est d'aspect collectif et non individuel, avec un sens curatif, encourageant la cohésion sociale et groupale, et ayant pour objectif que l'individu gagne la notion de son intégration au sein de la communauté comme membre d'un groupe. Cette approche en groupe a un aspect informel et formel.

Dans l'aspect informel, on observe les activités informelles des résidents dans les espaces libres et lors de leurs moments libres, au jour le jour, ou pendant les fins de semaine, durant lesquels les résidents se joignent de façon informelle, dans le salon, par exemple, ou encore au réfectoire après les repas, dans les dortoirs après le réveil et avant le coucher, entre les activités au cours de la journée, pendant les intervalles, ou pour prendre un verre entre les sessions de sport, etc. Il n'a aucun caractère structurel et programmé.

Foto

Legenda Pág. 77

Dans l'aspect formel sont comprises les thérapies et les sessions/réunions de groupe ainsi que toute activité de groupe organisée. Les thérapies de groupe représentent l'un des piliers qui caractérise le plus les communautés thérapeutiques. Les sessions de thérapie de groupe représentent la colonne vertébrale de toutes les communautés thérapeutiques. D'une façon générale, il existe 2 à 3 sessions de thérapie de groupe par jour (durant la semaine, le week-end, elles sont généralement de moindre fréquence) dans la communauté thérapeutique, très souvent encore complétées par d'autres activités de groupe. La méthodologie et la technique des thérapies de groupe diffèrent suivant la méthodologie et la philosophie sur laquelle se base le programme thérapeutique de la communauté thérapeutique, quant à leur déroulement il dépend aussi de la formation et de la qualification des techniciens qui orientent lesdits groupes²⁰. Nous n'entrerons pas plus en détail et ni ne décrirons plus précisément dans ce travail les différentes techniques, théories et pratiques cliniques sur les thérapies de groupe qui actuellement remplissent le panorama

²⁰ Pour la compréhension des différents courants de thérapies et intervention de groupe voir, entre autre, Kaplan/Sadock (1996)

clinico-thérapeutique, puisque cela dépasse largement l'objectif de ce livre. Une réalité, que nous observons par les temps qui courent, est l'inter-connexion et le mélange de différents concepts et écoles de thérapie sur la méthodologie de l'intervention des communautés thérapeutiques. Il faut savoir que, chacune d'entre elles, bien que possédant une méthode prédominante (méthodologie prédominante «*de Minnesota*», «*Portage*», «*par phases*», d'aspect occupationnel, d'aspect spirituel-religieux, groupes de «*rencontre*» selon C. Rogers, analyse transactionnelle,¹ psychodrame, psychothérapie gestaltiste, etc.), finit par intégrer diverses techniques d'autres écoles et thérapies. Cela dépend très souvent de la formation individuelle des techniciens qui intègrent l'équipe technico-thérapeutique et qui finissent par introduire, dans le quotidien thérapeutique, plusieurs de ces techniques, élargissant ainsi l'éventail d'intervention et permettant également l'élargissement des horizons, en développant l'expérience thérapeutique des résidents au cours de leur séjour en communauté thérapeutique.

Afin de compléter les techniques et les thérapies psychothérapeutiques de groupe proprement dites et spécialisées, il existe des réunions de groupe de type communautaires, qui sont des réunions qui servent à gérer le foyer, les problèmes organisationnels avec le staff de la communauté thérapeutique, mais aussi des réunions et groupes qualifiés de «*désordre du foyer*», des groupes de méditation (normalement le premier groupe du matin, juste après le petit-déjeuner), des groupes de «*phases*» (dans les programmes de traitement dans lesquels, au cours de leur séjour en communauté thérapeutique, habituellement de moyenne ou longue durée, les résidents parcourent diverses étapes, appelées «*phases*», chacune d'entre elles avec des responsabilités, des devoirs et des droits préétablis), etc. D'autres méthodologies de développement du bien-être des résidents, qui ne sont pas directement clinico-thérapeutiques, sont intégrées dans la communauté thérapeutique et font partie du panorama de développement individuel et de groupe, telles que la promotion du sport organisé en groupe, les sorties de loisir organisées en groupe (plage, événements culturels, conférences à l'extérieur, promenades thérapeutiques organisées, etc.), les événements de formation de groupe type «*outdoor*» et d'application d'autres techniques de «*coaching*» et de «*mentoring*» actuellement existantes et confirmées pour la formation et le développement de groupes efficaces et efficaces.

Les formats distincts des groupes sont importants pour la psychopédagogie du traitement de la dépendance chimique en communauté thérapeutique, puisqu'ils permettent l'établissement des limites psychologiques pour les résidents. Avec cette différenciation des groupes, les résidents intériorisent le fait qu'il existe un temps et un moment approprié pour se confronter et résoudre les questions pratiques, personnelles et informelles, chaque groupe ayant ses directives et ses normes spécifiques de conduite, qui permettent de minimiser l'incertitude ou la surprise avec interactions inespérées, ce qui pourraient menacer la sécurité psychologique de chaque participant. Selon De Leon (2003, p. 270), «*les confrontations personnelles, catharsis ou corrections verbales faites*

en dehors du contexte à des individus, ou à une communauté entière apportent avec elles le risque de préjudices physiques ou émotionnels et de perturbation collective (comme cela arrive dans les prisons, dans les ailes de malades mentaux, dans les écoles, dans les rues ou au sein de familles dysfonctionnelles). Ainsi les objectifs, l'agenda, les règles de participation, les horaires programmés et les durées fixes de chaque réunion fortifient, pour les résidents, la perception de l'ordre, la cohérence et le sujet du programme». Autrement dit, les réunions et les groupes sont essentiels à la construction et au renforcement d'une communauté efficace et fonctionnelle et permettent ainsi la gestion clinique et thérapeutique de la communauté thérapeutique. La différenciation des formats, décrite précédemment, permet également de transmettre de différente façon l'idée et le contenu programmatique thérapeutique et clinique: en transmettant le message de diverses formes et façons, on augmente aussi la réceptivité du résident et sa capacité à capter le message.

Au niveau des règles de fonctionnement et des outils du processus thérapeutique de groupe, il existe certaines règles et processus qui sont considérés universels et transversaux à toutes les écoles et techniques de psychothérapie de groupe.

Foto

L'atelier de déshydratation de banane de la CTGSF. Les deux produits finaux («banane farsa» et «moreninha») sont vendus dans divers établissements commerciaux du Cap-Vert, spécialement dans la ville de Praia. La vente ne permet pas seulement d'être une source de revenus pour la CTGSF mais aussi elle permet d'avoir une fonction occupationnelle pour les résidents qui y travaillent partiellement.

Une des règles fondamentales, autre que celle de la prévention et du maintien de la sécurité physique et psychologique de tous les éléments du groupe, déjà mentionnée, est la règle absolue de confidentialité de ce qui est partagé, dit et écouté par chaque élément du groupe. En fait, le contenu de chaque groupe reste dans le groupe et n'est discuté ou révélé, d'aucune façon, à qui que ce soit d'extérieur à l'espace du groupe en question, dans lequel ledit contenu a été partagé et exposé. Quant aux outils du processus groupal, on peut distinguer, de façon générale, selon De Leon (2003, p. 293), deux types d'outils : les outils qualifiés de «provocants» et ceux qualifiés «d'évocateurs», dans les premières prédomine la confrontation personnelle d'un résident ou d'un autre, alors que dans les deuxièmes, prédominent les techniques de support, facilitation et aide à un ou plusieurs éléments du groupe. D'une façon générale, ces techniques ne sont pas appliquées de façon rigide, mais plutôt adaptées individuellement, au cas par cas, à certains moments dans le groupe qui dépendent toujours du développement du groupe en question, de ses membres respectifs et des attitudes, des comportements et des contenus qui sont partagés par leurs participants. Dans les outils provocateurs, les participants du groupe et/ou le respectif animateur peuvent partager avec un ou divers éléments du groupe son déconfort ressenti, son irritation, son hostilité,

Foto

Foto

L'unité de transition appelée foyer de «Halfway». Les résidents qui ont terminé leur traitement à la CTGSF et qui n'ont pas la possibilité de rentrer chez eux peuvent résider dans cette unité jusqu'à 6 mois.

son opposition, ils peuvent exagérer pour marquer un certain point et faire une certaine affirmation, ils peuvent utiliser le ridicule, ou l'humour, etc. Grâce aux outils plus évocateurs, ils peuvent exprimer leur identification avec le contenu du partage de l'un des participants du groupe, ils peuvent démontrer leur compassion, être empathiques, etc. L'animateur est responsable de la gestion et du respect des règles de bon fonctionnement de son groupe, ainsi que de faire en sorte que les outils soient utilisés, sans remettre en cause la cohésion et la stabilité du groupe, mais aussi de façon à promouvoir le développement, la croissance et le mûrissement individuel de chaque participant, comme celui du groupe comme un tout.

2.8.5 La réinsertion, le post-traitement et la prévention de la rechute

Un des aspects fondamentaux du fonctionnement de la communauté thérapeutique est le processus d'autorisation de sortie clinique et la sortie du résident qui finit son traitement, de la communauté thérapeutique.

La plupart des résidents qui terminent leur traitement ont construit au cours de leur séjour une relation, plus ou moins forte, et ont créé un lien, lui aussi plus ou moins fort, avec les techniciens et autres employés, ainsi qu'avec leurs compagnons de la communauté thérapeutique. Le processus de détachement

de la communauté thérapeutique demande, très souvent, un accompagnement et que cela se fasse graduellement, de façon à ne pas créer d'angoisse, ni de peurs, et à ne pas détruire les nouvelles assurances, l'auto-estime et l'auto-confiance acquises au cours du processus thérapeutique.

Pour le processus de retour à la société le problème est identique et généralement accompagné d'un ensemble de réadaptations aux niveaux social, familial, professionnel, etc., qui représente un défi pour chaque résident. La famille et l'entité patronale, qui par le passé se sont adaptés au dysfonctionnement de ce membre de la famille et de cet employé, dépendant chimique, ont besoin de se réadapter et de se réorganiser à nouveau, d'apprendre à vivre avec leurs propres soupçons et leurs propres défiances. Les voisins et la société en général, quant à eux, ont besoin en général de remettre en ordre le souvenir qu'ils ont construit autour du dépendant chimique et de le réintégrer à nouveau en leur sein, comme un élément crédible et productif.

A ces réadaptations, il faut ajouter une nouvelle vie, une nouvelle relation avec les substances consommées par le passé et une réorganisation avec d'autres substances légales qui peuvent changer l'humeur et la perception (l'alcool, les médicaments, etc.), voire même interférer avec le processus de récupération et, pourquoi pas, amener à une rechute dans la substance choisie par l'individu.

D'une façon générale, toutes les communautés thérapeutiques organisent et encouragent, pendant quelques semaines, voire quelques mois, après l'autorisation de sortie clinique et thérapeutique, des groupes d'après traitement, normalement hebdomadaire, pour lesquels sont invités à participer tous les ex-résidents qui ont terminé normalement leur traitement et vivent à l'extérieur de la communauté, ou dans la communauté en «foyer de sortie» (également appelé foyer de «*halfway*», de mi-chemin) et se trouvent en récupération, défini ainsi par le programme de traitement en vigueur dans la communauté thérapeutique.

Des techniques de prévention de rechute, décrites par des auteurs tels que Marlatt & Gordon (1985) et Gorski (1989), que je ne vais pas approfondir dans ce livre, sont une contribution importante pour la compréhension du phénomène et du processus de rechute. Elles ont beaucoup influencé le maintien du style de vie sans substances des ex-résidents de communauté thérapeutique et de dépendants chimiques en général.

Il est important de mentionner, ici, les groupes d'entre-aide, appelés aussi d'aide mutuelle, qui existent dans la société en général (voir à ce sujet le chapitre 1) et qui ont, pour ceux qui y participent, un rôle fondamental dans la prévention des rechutes et pour le maintien du bien-être acquis et de la récupération de ses membres. Suivant les différentes régions et pays du monde et, à l'intérieur des mêmes, des localités et des zones géographiques, on trouve plus ou moins de groupes d'entre-aide, avec plus ou moins grande fréquence (quotidienne ou non, une ou plusieurs au cours d'une journée, etc.) et plus ou moins de différenciation des mêmes (pour toxicodépendants, pour alcooliques, pour les membres de la famille, pour les joueurs compulsifs, pour les acheteurs

compulsifs, pour les différents troubles alimentaires, etc.). Ensuite, on observe qu'il existe différentes associations qui encouragent ces groupes d'entre-aide, ou d'aide mutuelle, car cette réalité est, une fois de plus, différente suivant le pays, la ville ou localité, son existence et sa distribution n'étant jamais uniformes.



Foto

*Salon de coiffure, entièrement monté par
les résidents du foyer.*

Relation entre la Communauté Thérapeutique 3 Granja de São Filipe et les autres structures au Cap-Vert

Echange d'expériences de résidents
et premières données statistiques du traitement

Faisant suite à ce qui a été décrit au chapitre 2.1, un des aspects cruciaux du succès de la mise en place de la CTGSF a été la forte cohésion d'un ensemble de partenaires cap-verdiens, privés et publics, qui ont permis l'introduction de ce type de structures dans le panorama clinique et thérapeutique du Cap-Vert. Il est important de faire remarquer qu'il nous est impossible de mentionner la totalité de ces partenaires impliqués, au cours des années, dans la mise en place et le maintien de la CTGSF, car cela dépasserait le format de ce livre, mais nous faisons une mention honorable pour leur participation et leur implication.



Foto

L'actuelle ministre de la Justice, Madame Marisa Morais. La Communauté thérapeutique se trouve actuellement sous la tutelle de son Ministère.

Ce projet de la CTGSF n'aurait pas été possible sans l'implication totale du ministère de la Justice et plus particulièrement de Madame le ministre de la Justice de l'époque, Cristina Fontes, secondée à cette période par l'assesseur

directe de l'actuelle ministre de ce mandat, Madame Marisa Morais. Connaissant en profondeur les difficultés du démarrage et de la concrétisation de la CTGSF, Madame Marisa Morais est une personne qui se dédie, corps et âme, au succès de cette première communauté thérapeutique au Cap-Vert. Le succès de ce projet peut se mesurer aux nombres de demandes d'autres centres urbains, qui désirent également obtenir une structure similaire. A noter qu'il est normal que cette première communauté thérapeutique ait été installée dans la ville de Praia, avec ses 110 000 habitants et l'île de Santiago qui représente la moitié de la population du Cap-Vert, sans mettre de côté les besoins des autres centres urbains, qui pourraient venir à bénéficier de structures de ce type, ou d'un type similaire. Pour Madame Marisa Morais, un des aspects les plus forts de la CTGSF n'est pas seulement le traitement des résidents du foyer en lui-même, mais aussi le travail qui est réalisé auprès des familles et de la communauté, du point de vue du traitement de l'unité familiale et de la sensibilisation communautaire des jeunes et des adultes en général. Elle évoque également le domaine de la formation professionnelle, mentionnant que dans le futur il faudra investir dans ce domaine, en partenariat avec l'Institut de l'emploi et de la formation professionnelle, avec les universités, etc.

Une autre organisation de grande importance pour le développement de la CTGSF est la Ligue de solidarité nazaréenne et sa communauté de nazaréens²¹, plus particulièrement de son pasteur Adérito Ferreira. En effet, ce sont les nazaréens, dans les années 80, qui ont réalisé, dans la ville de Praia, une marche de sensibilisation sur le problème de la drogue, qui a drainé près de 3000 personnes et qui cherchait à alerter la société cap-verdienne sur le problème de la toxicodépendance au Cap-Vert et spécialement sur ce fléau dans la ville de Praia. A l'époque, il n'existait aucune structure de traitement spécifique pour cette population. Les toxicodépendants étaient acheminés vers l'hôpital Agostinho Neto, hôpital général de Praia, et à l'intérieur de celui-ci, vers le département de psychiatrie. C'était la pratique suivie, qui, encore aujourd'hui, est la même dans d'autres pays qui, en l'absence de structures spécialisées, livrent aux départements de psychiatrie le traitement de ce type de pathologie. La ligue de solidarité nazaréenne a mis, au début du projet, une de ses maisons à la disposition des autorités cap-verdiennes, pour y installer la communauté thérapeutique, mais ultérieurement ce sont les actuelles installations de la Granja de S. Filipe qui ont été choisies, pour l'implantation de la Communauté thérapeutique. De même, il était prévu que la Ligue nazaréenne aurait un rôle plus important, ce qui ne s'est pas vérifié, la gestion de la CTGSF étant actuellement entièrement publique.

Le pasteur Adérito Ferreira, depuis plusieurs années le principal Pasteur de l'Eglise des nazaréens, figure publique bien connue au Cap-Vert, activiste social

²¹ Selon les informations obtenues, l'Eglise Nazaréenne, avec actuellement sensiblement 100 000 membres actifs au Cap-Vert, représente la seconde plus grande congrégation religieuse, après l'Eglise catholique, représentant près de 37% de la population du Cap-Vert.

Foto

L'Eglise du Nazareno, ville de Praia, institution fortement impliquée, au travers de son pasteur, Adérito Ferreira, dans la sensibilisation et l'intervention communautaire en matière de toxicodépendance au Cap-Vert et co-fondateur de la CTGSF.

et promoteur de nombreuses causes sociales au Cap-Vert, plus spécialement sur l'île de Santiago, et qui a toujours embrassé personnellement le traitement différencié des toxicodépendants au Cap-Vert, nous a parlé de l'impact positif de la CTGSF, non seulement pour la société cap-verdienne, mais aussi pour l'Afrique Occidentale (Guinée Bissau, Sénégal, Côte d'Ivoire, etc.), et ceci de par la proximité avec le Cap-Vert et les échanges de personnes entre ces pays. Il s'est expliqué sur le concept d'exemple que le Cap-Vert peut avoir pour ces pays qui manquent encore de structures différenciées dans le traitement de ce problème. Il fait remarquer, également, l'importance de créer une seconde structure de ce type pour les îles de Sotavento, spécialement pour la ville de Mindelo, sur l'île de S. Vicente.

Foto

Dr. Paulo Graça, médecin à la Trindade, unité d'aide psychiatrique de l'hôpital psychiatrique de Praia et médecin de la CTGSF.

Ainsi que nous l'avons mentionné dans le paragraphe précédent, le département de psychiatrie de l'hôpital général de Praia est l'une des structures qui, depuis toujours, est impliquée dans le traitement de la toxicodépendance au Cap-Vert. Jusqu'à il y a quelques années, ce département était intégré dans le complexe hospitalier de la ville de Praia, cependant, ce département de psychiatrie a été retiré de ce complexe et déplacé à environ 2, 3 kilomètres en dehors de la ville de Praia, vers la zone de Trindade, où elle se trouve de nos jours. Elle offre plus de confort, de meilleures conditions et se trouve dans des installations propres, ce qui favorise fortement le traitement de ses malades.

Se trouve également installé, dans ce centre de Trindade, un dispensaire qui sert à la population de cette région géographique. De par l'importance de cette unité et sa relation historique avec le traitement de la toxicodépendance au Cap-Vert, cette unité de santé continue à avoir un rôle important dans l'accueil et

le traitement des toxicodépendants. Elle est complémentaire de la CTGSF, puisque, dans sa version plus clinique et psychiatrique, elle aide, entre autres, aux désintoxications, au traitement des comorbidités psychiatriques et au traitement de l'alcoolisme.

C'est dans ce contexte de Trindade que nous avons rencontré le Dr. Paulo Graça, jeune médecin généraliste de 33 ans, diplômé en médecine de la République Populaire de Cuba. Il combine les fonctions de directeur clinique de la CTGSF, de médecin généraliste du dispensaire de Trindade et de médecin urgentiste de l'hôpital Agostinho Neto, à la Praia. Selon lui, la CTGSF représente une grande plus-value, pour le Cap-Vert, car elle propose un traitement différencié, avec une approche non-médicalisée et axée sur une approche psychothérapeutique du résident dépendant chimique. Il fait remarquer l'importance, dans le futur, de s'axer, au Cap-Vert, sur les tranches d'âge extrêmes (avant 18 ans et après 45 ans), puisque la CTGSF n'intervient pas prioritairement à ces âges-là.

J'ai déjà fait allusion à l'installation d'une seconde unité spécialisée et différenciée dans la ville de Mindelo (deuxième plus grande ville du Cap-Vert), c'est d'ailleurs une question en attente depuis le début de ce projet. Actuellement et à l'instar de ce qui était, autrefois, fait dans la ville de Praia, les toxicodépendants de la ville de Mindelo sont accompagnés par le département de psychiatrie de l'hôpital général de Mindelo Baptista Sousa, avec un fort appui de la délégation de la santé de Mindelo et de l'équipe de santé du même hôpital. Une des personnes fortement impliquées, depuis le début, est la dr. Euridice Lima, psychologue, avec laquelle nous avons parlé par téléphone de l'impact de la CTGSF au Cap-Vert. Selon elle, la CTGSF représente clairement une valeur ajoutée pour le Cap-Vert. Elle met l'accent cependant sur la nécessité d'une structure différenciée, localisée dans la propre ville de Mindelo, afin de faire face aux besoins ressentis dans les îles de Sotavento (S. Vicente, Sto Antão et Sal), de par la réalité des distances insulaires entre ces îles et celle de Santiago et donc la difficulté d'accès des résidents à la CTGSF qui se situe, comme nous le savons, sur l'île de Santiago. D'ailleurs, la dispersion insulaire et les difficultés de communication personnelle entre les îles, représentent une barrière à une plus grande mobilité des personnes au Cap-Vert, ce qui finit par être un frein à l'accès au traitement spécialisé des usagers toxicodépendants et de leurs familles, en dehors de l'île de Santiago.

Quant à la relation entre la CTGSF et le Programme national de santé mentale (PNSM), entité responsable de la coordination nationale de toutes les infrastructures dans le domaine de la santé mentale, dont fait partie le domaine de la toxicodépendance, sa directrice, la Dr. Francisca Alvarenga, diplômée en psychologie clinique de l'université de Rouen, France, qui partage la direction de cette plateforme depuis 2005, avec la fonction de psychologue clinique à l'hôpital de Trindade, mentionné dans ce chapitre, affirme clairement que la CTGSF représente une valence spécialisée où peuvent être acheminés les malades ayant une pathologie spécifique et qui, jusque là, n'avaient pas de réponse adéquate en psychiatrie hospitalière et étaient mis avec les autres malades du

domaine mental. Elle fait remarquer de même, l'importance de la CCCD, comme celle de la CTGSF pour la sensibilisation communautaire, sur le problème de la toxicodépendance et autres risques associés à la consommation de substances, ainsi que sur son traitement. Elle affirme que ce travail de sensibilisation, qui est continu, persistant et multi-facette (échanges d'ex-toxicodépendants, programmes de radio et de télévision, publicités, distribution de brochures, etc.), a obtenu une grande acceptation et a eu un impact important au sein de la population. Le «*Plan stratégique de santé mentale*» a été approuvé par le ministère de la Santé du Cap-Vert, en avril 2009, document conjoint qui inclut diverses Organisations

Foto

*Dra. Francisca Alvarenga, directrice
du Programme national de santé
mentale et psychologue clinique
à l'hôpital de Trindade.*

non gouvernementales (ONG), la CCCD et différents départements d'Etat. Une réorganisation de toutes les interventions dans le domaine de la santé mentale (promotion de la santé, traitement, etc.) est prétendue, encourageant une plus grande et plus efficace relation de tous les intervenants dans ce domaine, CTGSF compris, dans le but de perfectionner globalement l'intervention.

Dans la ville de Praia, il existe cinq centres (délégations) de santé (Tira Cha-

péu, Achada Santo António, Achadinha, Ponta d'Água et Achada Grande). Chacune de ces délégations est fortement implantée dans les communautés sociales, et a un rôle important dans l'acheminement des malades du domaine de la santé mentale vers la CTGSF et vers l'hôpital de Trindade. En l'absence du Directeur de la délégation de santé de Praia, le Dr. João da Rosa, nous avons parlé avec sa remplaçante, médecin généraliste et Directrice de la délégation de la santé de Tira Chapéu, la Dr. Elsa, qui en plus de ces fonctions cumule celles de coordinatrice du pôle régional de Sotavento des malades séropositifs. Elle connaît bien la CTGSF et évalue son impact comme étant très positif pour le Cap-Vert.

Une des structures d'acheminement vers la CTGSF, fortement implantée au Cap-Vert, est la ligne téléphonique «SOS Drogue», une ligne téléphonique gratuite, qui a en arrière-garde une équipe de professionnels répondant de façon bénévole et confidentielle aux usagers, aux familles et à la population en général, sur toute question liée au traitement de la toxicodépendance. C'est une des entités qui siège dans les installations de la CCCD et jouit d'un fort appui institutionnel. Elle est bien encadrée dans le panorama communautaire national du Cap-Vert.

Foto

Foto

Foto

Foto

*Cabinet et collaborateurs
de la ligne SOS Drogue,
ligne téléphonique gratuite
et confidentielle*

Ce livre se veut être un rapport de capitalisation de l'expérience innovante qu'a été la naissance, le développement et le succès de la CTGSF, mais souhaite également apporter un éclairage théorique quant à la philosophie qui sous-tend l'intervention en communauté thérapeutique.

Dans le premier chapitre, nous avons cherché à donner une brève description de l'histoire et de l'évolution de la communauté thérapeutique et de l'incérer dans un contexte historico-scientifique, théorico-professionnel et socioculturel. De même, nous avons voulu montrer de quelle façon le concept de communauté thérapeutique a eu une grande importance sur le traitement des dépendances chimiques et comment, dans ce domaine précis et depuis les années 50, ce concept s'est propagé.

Dans le deuxième chapitre, nous plongeons dans la réalité du Cap-Vert et de la CTGSF proprement dite. Nous démontrons et décrivons, sous différents aspects, cette expérience, qui a marqué la réalité de l'intervention institutionnelle et communautaire au Cap-Vert.

Quant au troisième chapitre, nous avons voulu interconnecter la CTGSF avec certaines des institutions et entités qui travaillent dans le même domaine, ou dans des domaines complémentaires au Cap-Vert. Une communauté thérapeutique ne peut fonctionner isolément. Pour réussir elle doit être bien incérée dans le paysage des institutions de santé et autres de la société dans laquelle elle opère. Notre intention a été de démontrer ce fonctionnement «en réseau» de la CTGSF. Cette communauté étant une institution récente, basée sur un concept novateur, l'introduction de cette méthodologie théorico-scientifique ne s'est pas faite sans heurts. Cependant, grâce à l'opiniâtreté de certaines personnes, qui ont toujours cru en cette méthodologie humaniste et preuves à l'appui, cette introduction dans le panorama institutionnel et communautaire a commencé à se former et à se structurer. Aujourd'hui, après cinq ans d'expérience, nous pouvons affirmer que la CTGSF a une place reconnue au sein des institutions de la Santé du Cap-Vert.

Dans les annexes I et II, nous présentons les résultats de la ligne SOS Drogue et le premier bilan statistique des admissions, depuis le début du projet et jusqu'en octobre 2009.

En résumé, ce livre souhaite apporter sa contribution aux professionnels du Cap-Vert travaillant autour de cette problématique, ainsi qu'à la population dans son ensemble, afin qu'elle sache ce qui est fait à la CTGSF, quartier de São. Filipe, ville de Praia.

Cette expérience, novatrice et exemplaire, du point de vue social et culturel, doit également servir d'exemple à d'autres pays confrontés à cette problématique et qui n'auraient pas (encore) développé d'approche communautaire pour le traitement des dépendants chimiques.

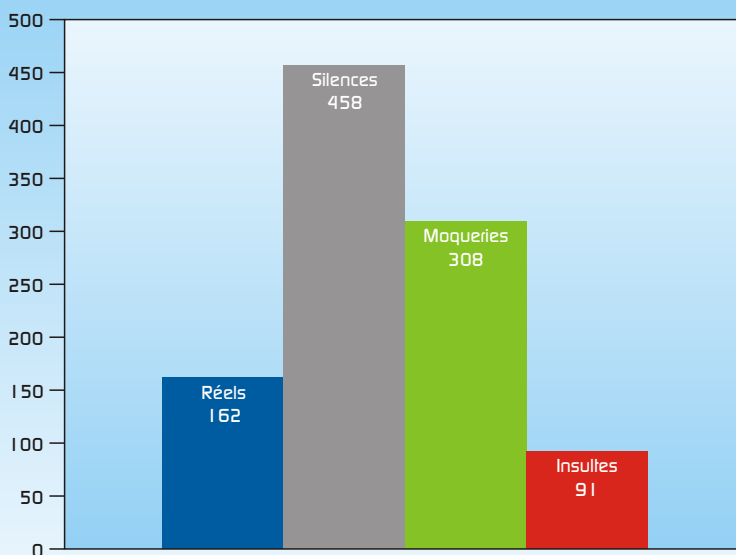
Enfin, cet ouvrage de capitalisation espère apporter sa contribution à la réflexion et aux débats, au Cap-Vert, quant au chemin à suivre.

La CTGSF doit être considérée comme une première pierre dans l'édification de la voie à suivre. En tant que première institution du genre au Cap-Vert, elle a sans doute ses avantages, mais aussi ses limites. Le pays étant en plein développement, il sera sans doute nécessaire de trouver de nouvelles solutions aux problèmes de la dépendance, sous forme d'institutions complémentaires à la CTGSF ou non, afin d'apporter des réponses toujours plus pertinentes aux besoins d'intervention croissants dans ce domaine.

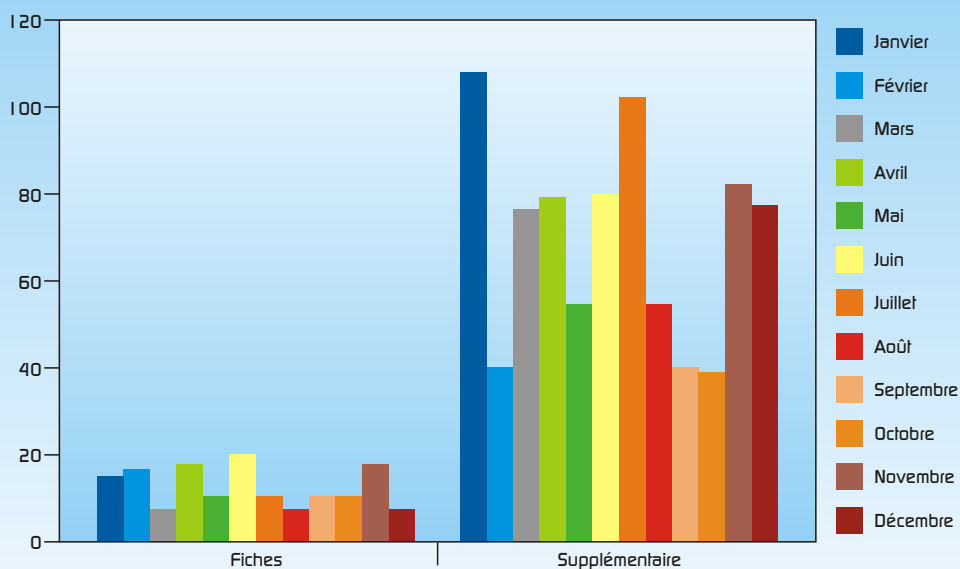
Rapport de la ligne SOS Drogue – Année 2009

Nous avons alors l'opportunité d'analyser certaines données sur la ligne SOS Drogue relevant de l'année 2009.

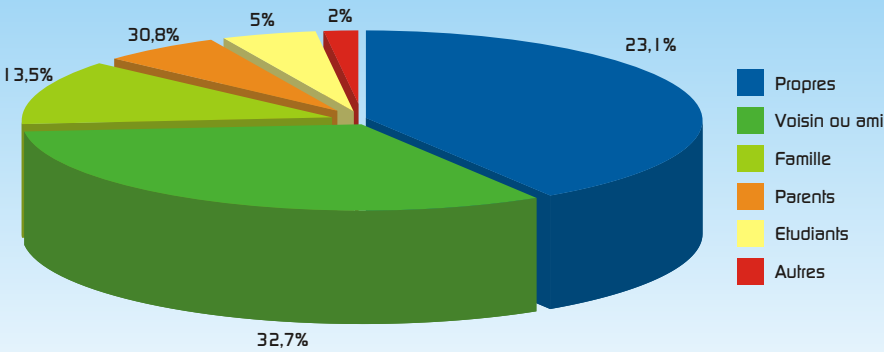
Appels ligne SOS Drogue - Année 2009



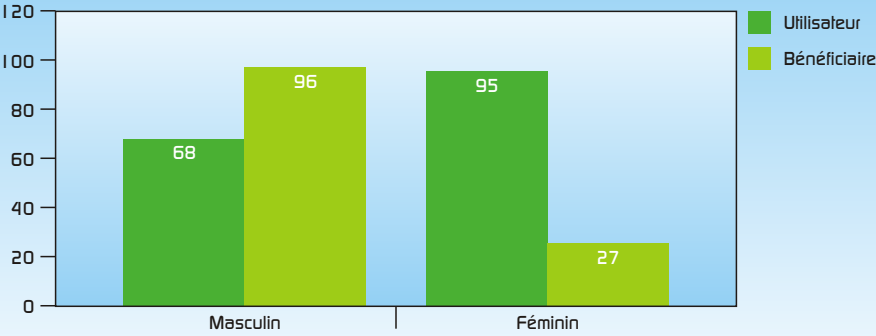
Distribution des appels pendant l'année 2009



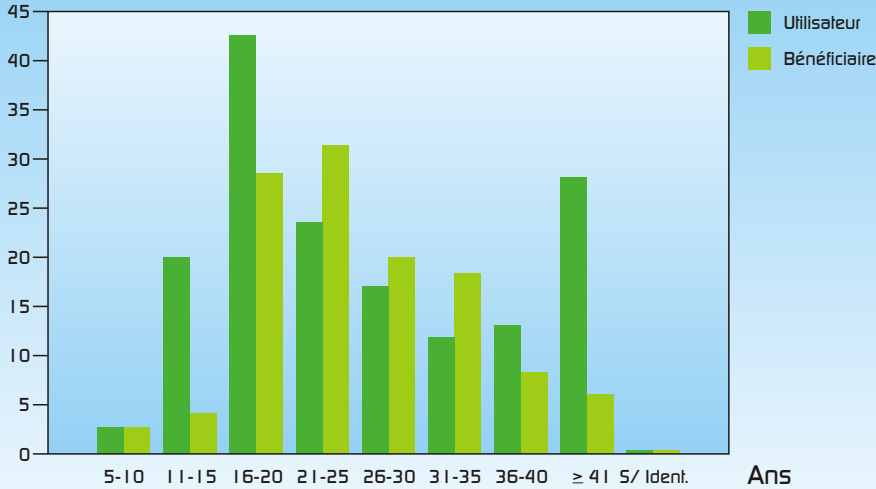
Individus qui ont contacté la ligne SOS Drogue



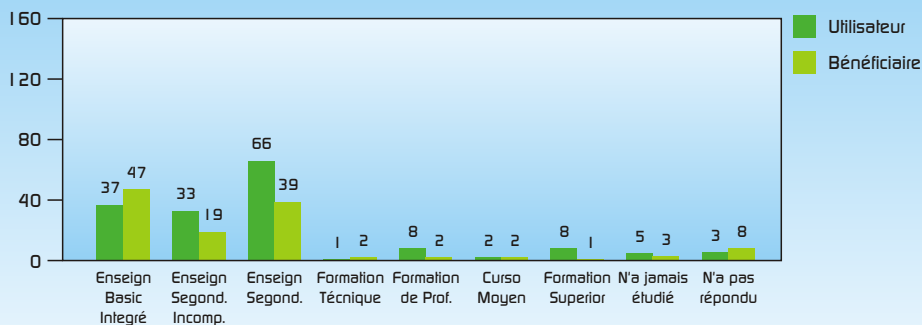
Sexe – Utilisateur x Bénéficiaire



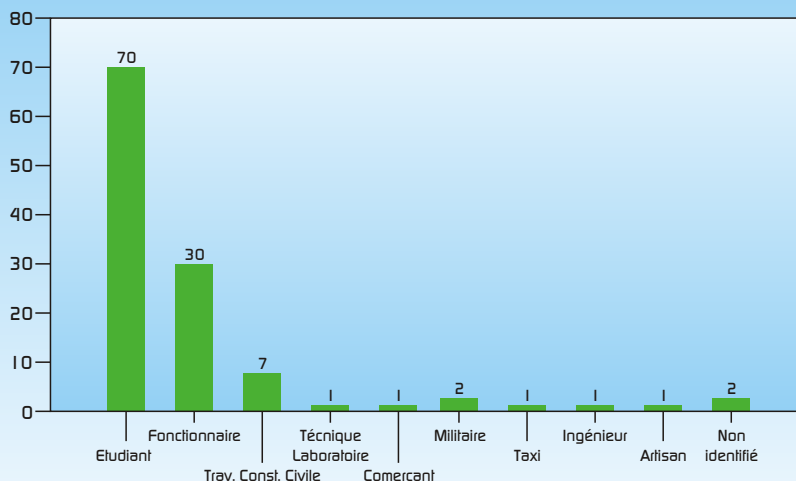
Âge



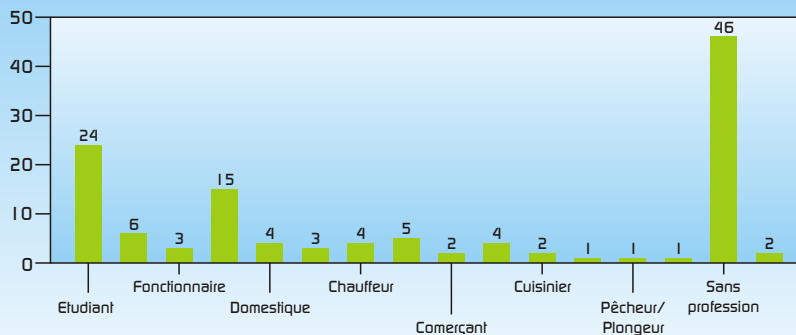
Niveau scolaire - Utilisateur x Bénéficiaire



Professions Utilisateurs



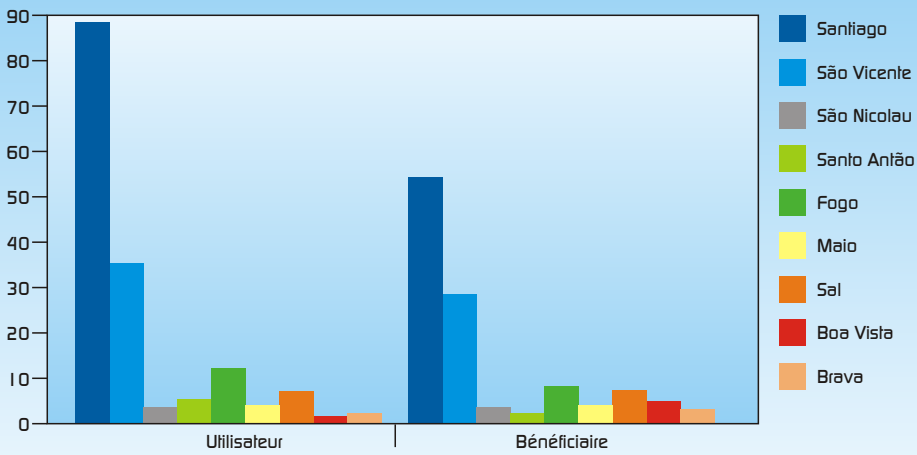
Professions Bénéficiaires



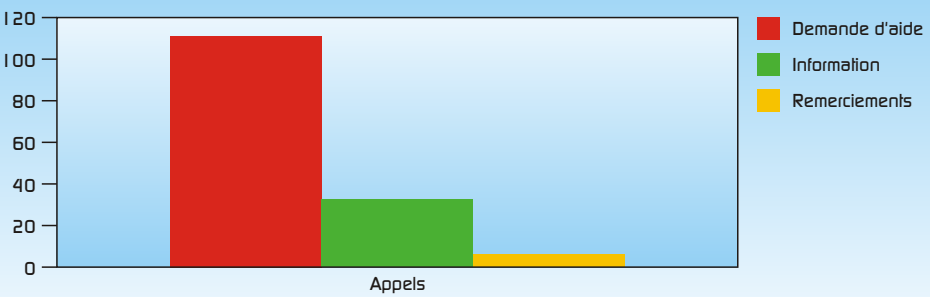
Situation professionnelle - Année 2009



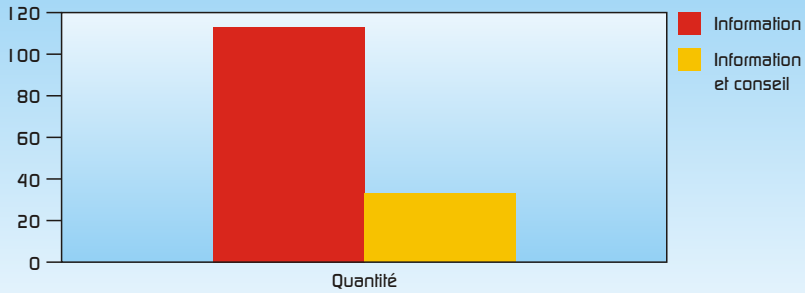
Localités – Année 2009



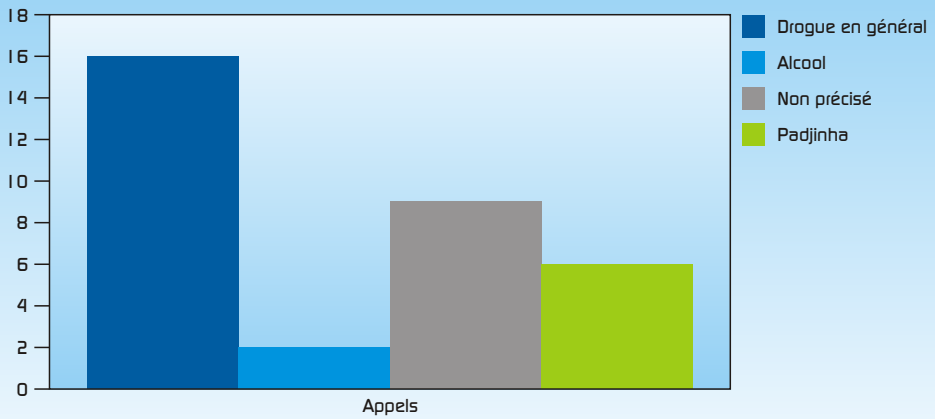
Motif des appels - Année 2009



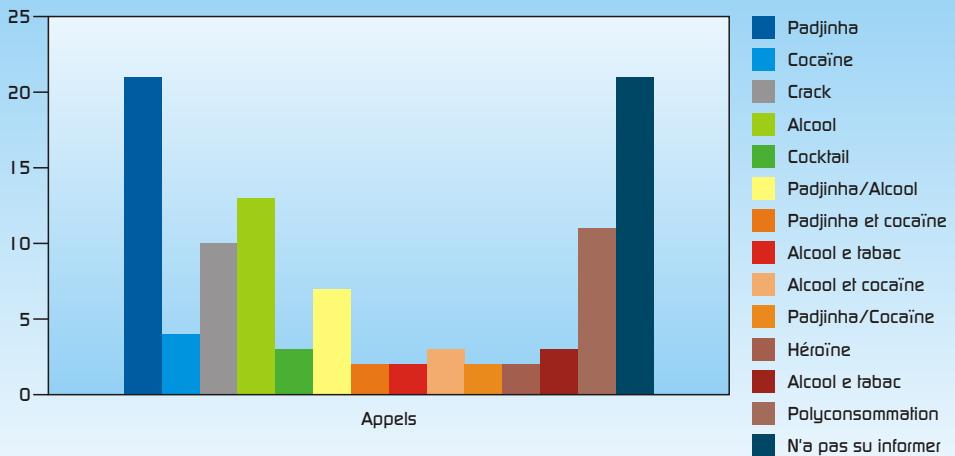
Type d'aide fournie - Année 2009

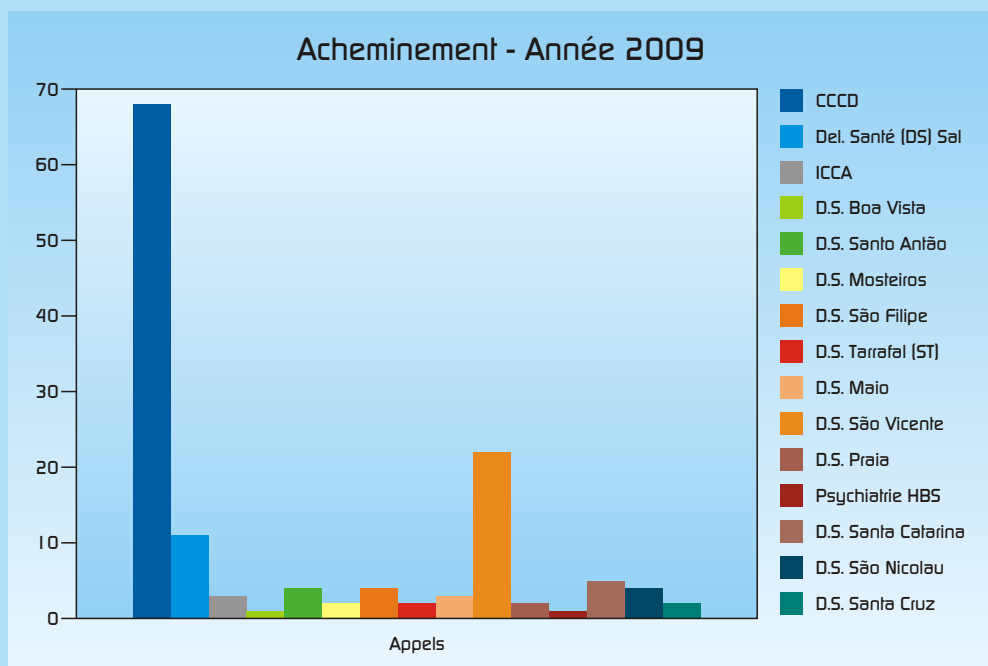


Demande d'information / Drogue - Année 2009



Demande d'aide / Drogue - Année 2009





Principales questions posées par les utilisateurs de la ligne SOS DROGUE

- Qu'est-ce qui est nécessaire pour faire un traitement à la CTGSF?
- Est-ce la meilleure solution que de mettre dehors un membre de la famille qui consomme de la drogue?
- Où demander de l'aide pour traiter de la toxicodépendance?
- Qu'est-ce qui amène une personne à consommer de la drogue et comment découvrir qu'elle est toxicodépendante?
- Comment aider un membre de la famille qui a des problèmes mentaux?
- Quels sont les conséquences liées à l'usage de drogue?
- Comment prévenir l'usage de la drogue?
- Une femme enceinte qui consomme des boissons alcoolisées court-elle le risque de faire une fausse couche?

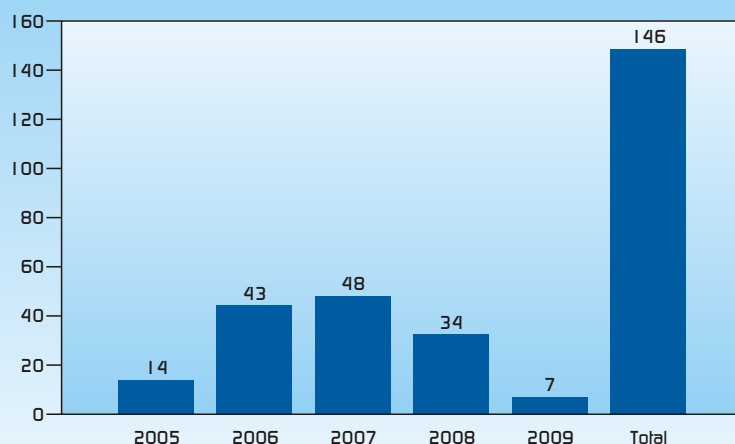
Conclusions

- Pendant l'année 2009 ont été reçues 1019 appels.
- De cet univers, 163 qui correspondent à 15,3% du total des appels, sont considérés réels et les 857 restants, autres, qui représentent 84%, sont des silences, des insultes ou des moqueries.
- Le nombre d'appel effectué par des étudiants à demander de l'aide a augmenté, contrairement à ce qui se passait les années antérieures, où ils demandaient en majorité des informations pour élaborer des travaux sur la drogue.
- La ligne est déjà connue et en plus des informations fournies, les personnes voient en elle la possibilité d'aider leurs êtres chers.
- Indépendamment de l'augmentation ou de la diminution des appels le pourcentage des vrais appels varie entre 15 et 16% et par conséquence, les silences, moquerie et insultes entre 84 et 85%, depuis la création de la ligne.

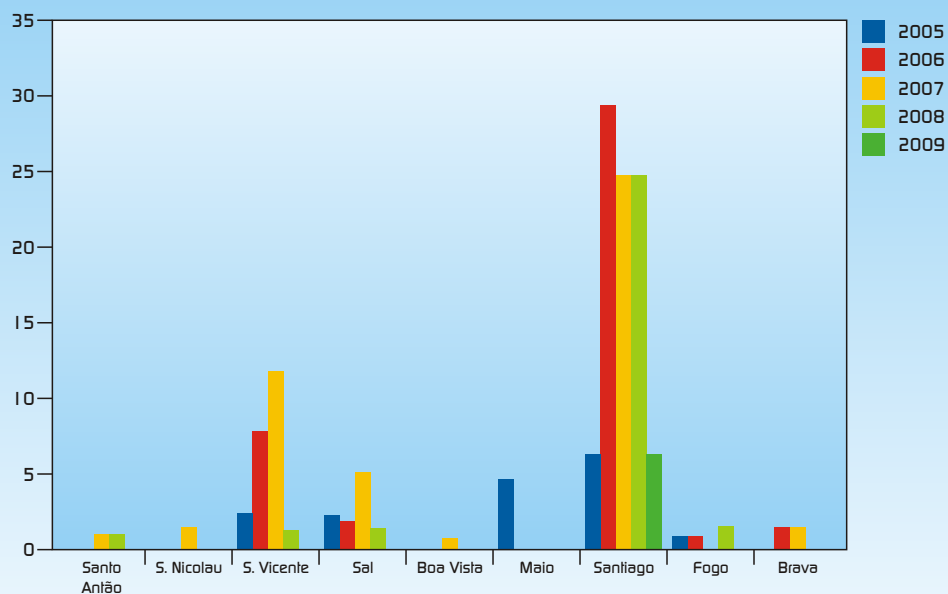
Bilan

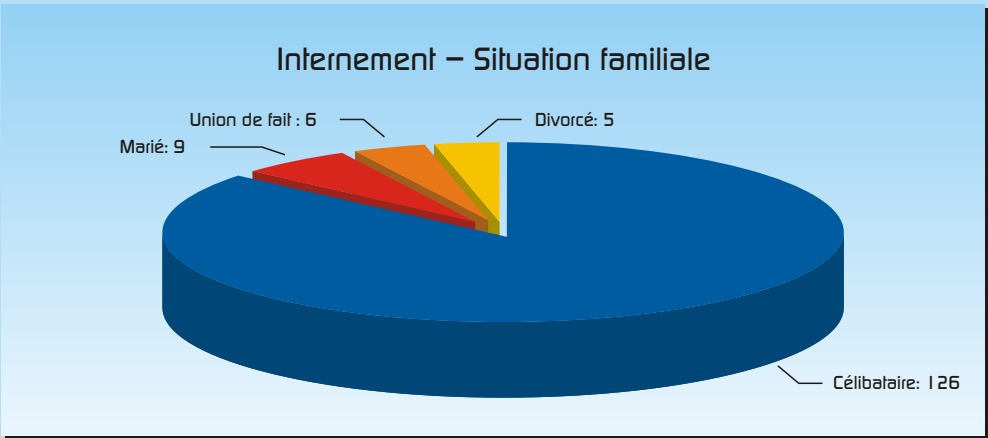
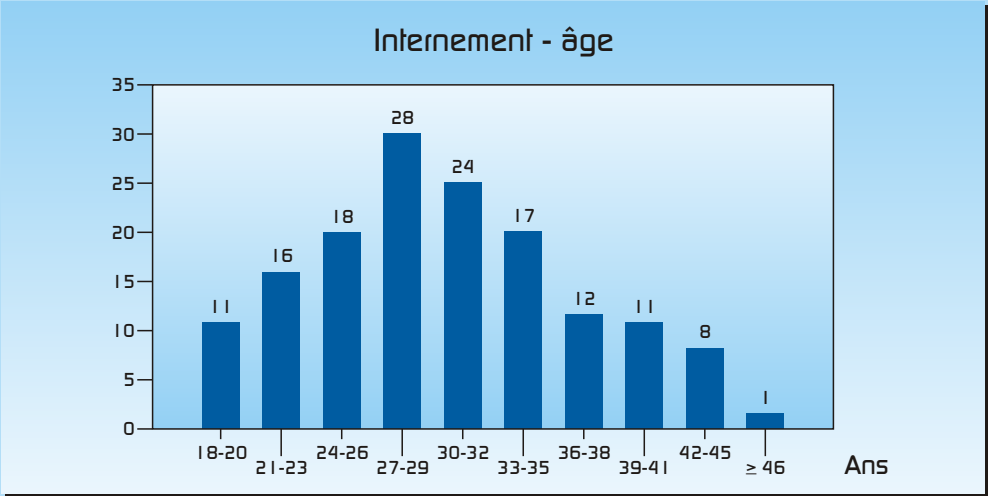
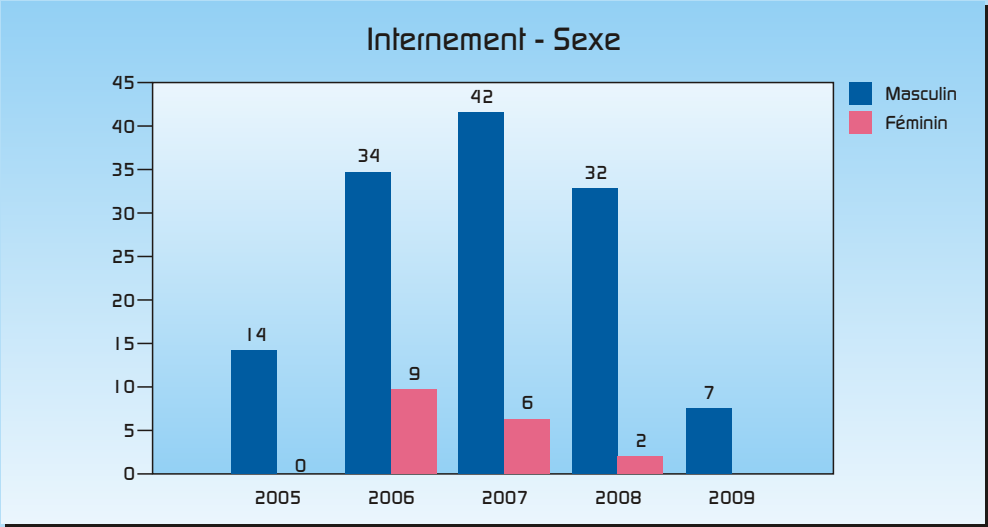
Certaines données statistiques de la CTGSF depuis son ouverture (octobre 2005) jusqu'à la date de l'écriture de ce livre, sont inclus tous les mouvements jusqu'à l'année 2009 compris.

Internement par an

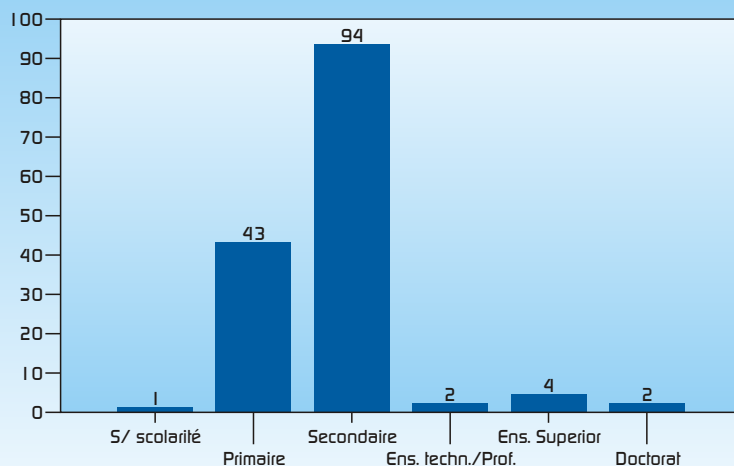


Internement - îles

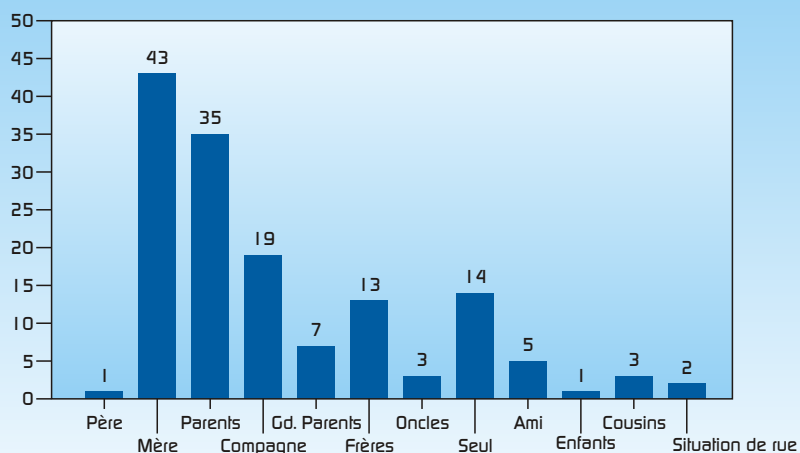




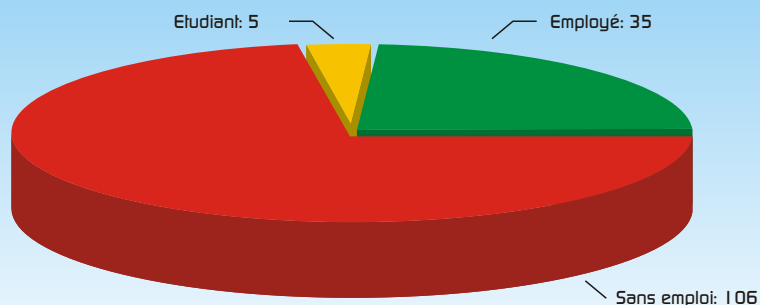
Internement – Formation scolaire



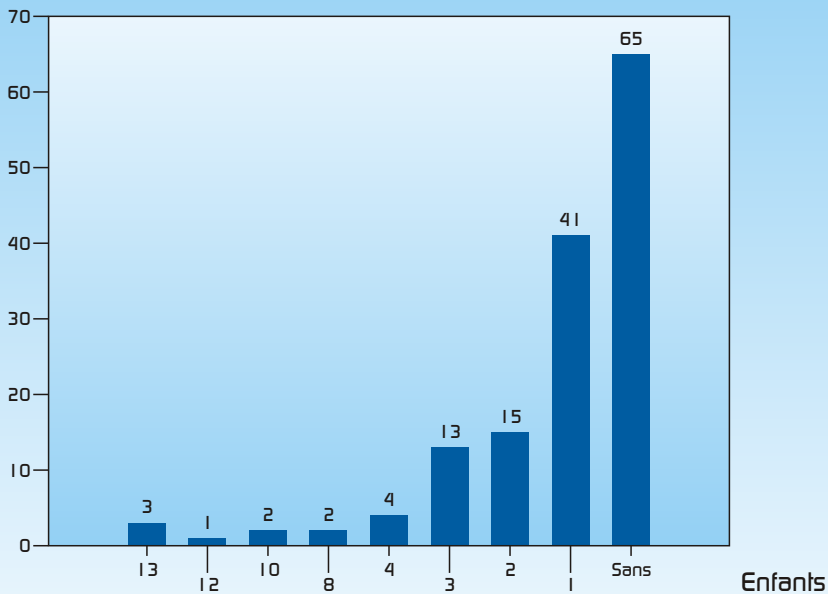
Internement - Cohabitation



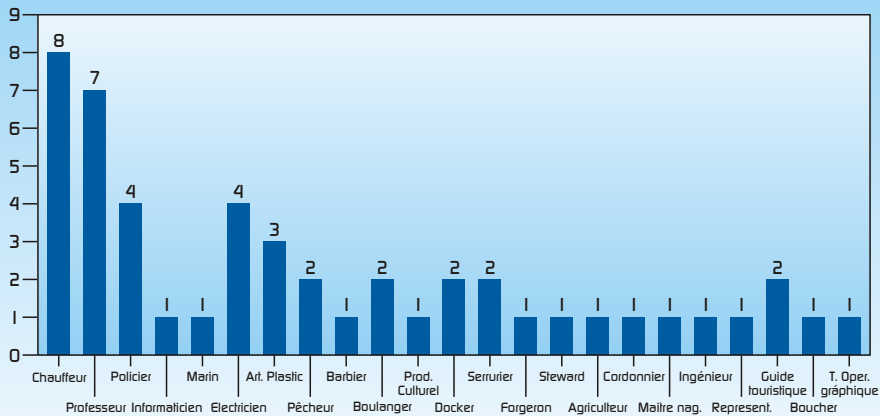
Internement – Situation professionnelle



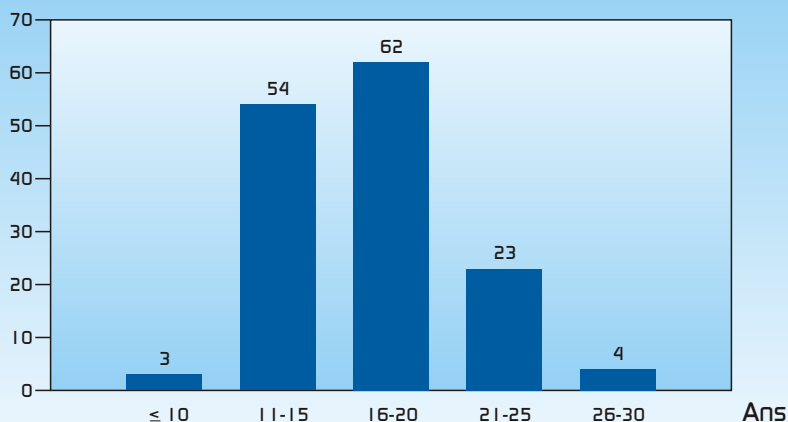
Internement - Enfants



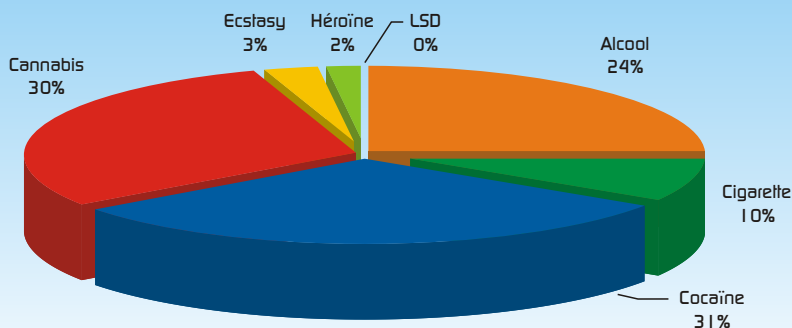
Internement - Profession



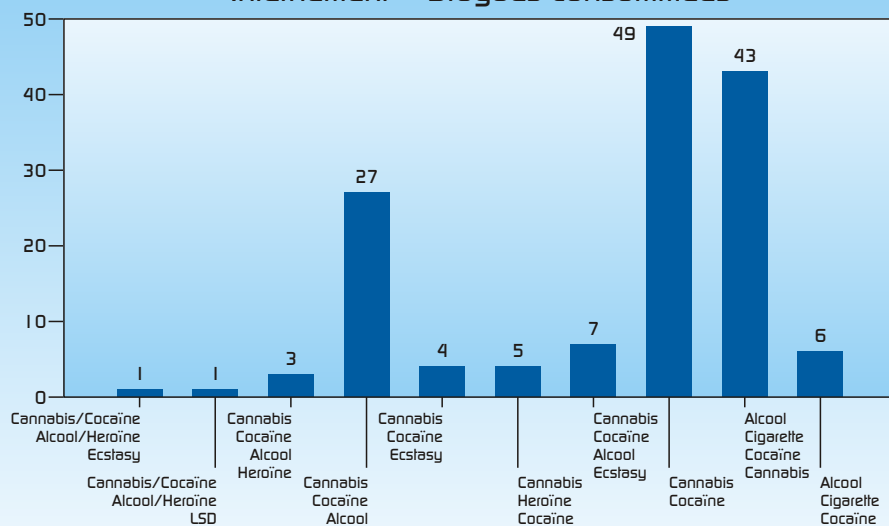
Internement – Début de la consommation



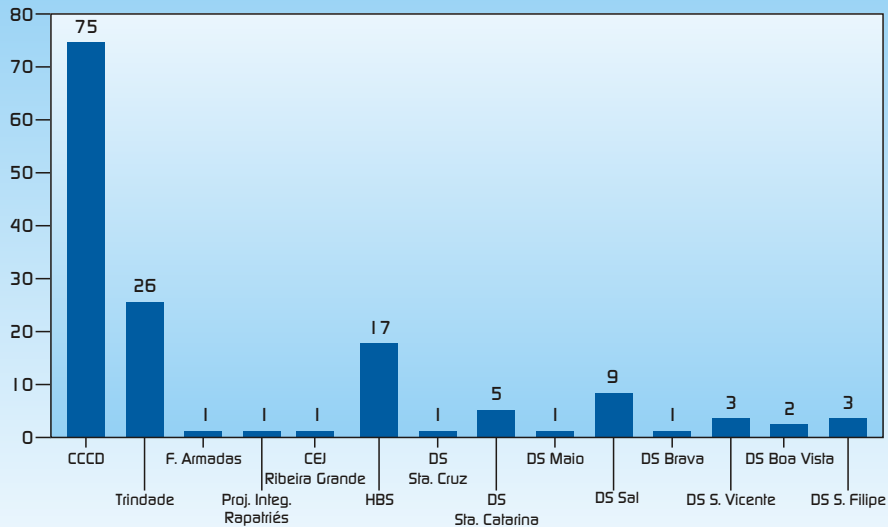
Internement – Drogues consommées



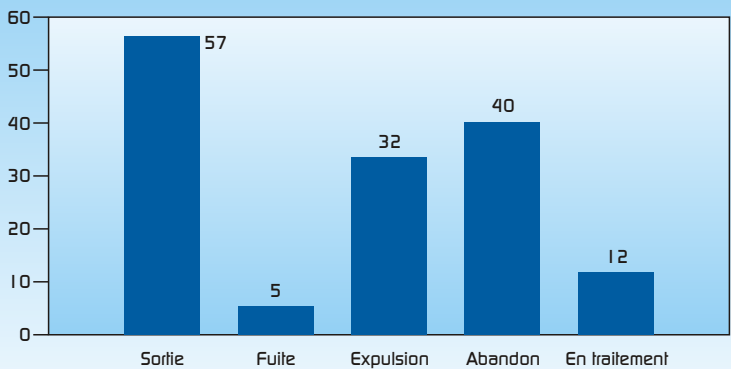
Internement – Drogues consommées



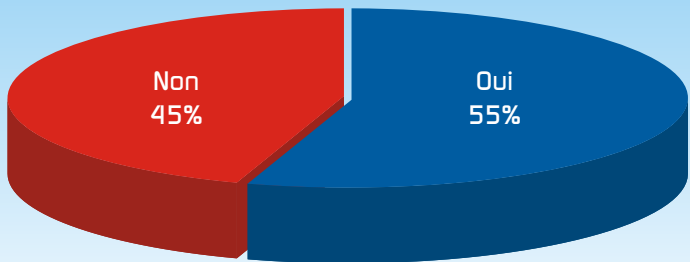
Internement - Acheminement



Internement – Situation de fin de traitement



Internement – Contribution mensuelle



- Agra, C. (1998).**
Entre Droga e Crime. Lisboa: Editorial Noticias.
- Angel, P. (1989).**
Familles et toxicomanies:une approche systématique. Paris: Editions Universitaires.
- APA. (1996).**
DSM-IV-Manual de Diagnóstico e Estaística das Perturbações Mentais. Lisboa: Climepsi.
- Basaglia, F. (1973).**
Die negierte Institution oder die Gemeinschaft der Ausgeschlossenen. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Becker, H. (1985).**
Outsiders. Paris: Métailié.
- Born, M. (2005).**
Psicologia da Delinquência. Lisboa: Climepsi.
- Burns, J. (1995).**
O caminho dos doze passos. São Paulo,Brasil: Edições Loyola.
- Caiata, M. (1994).**
La toxicodépendance d'integration. Analyse des formes de gestion des toxicomanies tempérées.
Mémoire de licence présenté à la Faculté des Lettres de l'Université de Fribourg, .
- Campiche, C., Hippolyte, J., & Hipolito, J. (1992).**
A Comunidade como Centro. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Casriel, D. (1966).**
So fair a house: The story of Synanon. New York: Prentice Hall.
- Cole, S. (1975).**
A revised treatment typology based on the DARP American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 2, 37-49.
- Coleman, J. (Outono de 1978).**
The dynamics of narcotic abstinence: an interactionist perspective. The Sociological Quarterly, 19 , pp. 555-564.
- Coleman, J. (Autumn de 1978).**
The dynamics of narcotic abstinence:an interactionist theory. The Sociological Quarterly 19 , pp. 555-564.
- De Leon, G. (2003).**
A Comunidade Terapêutica-Teoria, Modelo e Método. São Paulo: Loyola.
- De Leon, G. (jan-mar de 1993).**
Is the therapeutic community culturally relevant?Findings on race/ethnic differences in retention in treatment. Journal of Psychoactive Drugs,25(1), pp. 77-86.
- Dicionário da Língua Portuguesa-8ª edição revista e actualizada. (1999). Porto: Porto Editora.**
- Edwards, G., & Gross, M. (1976).**
Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome. Brit.med.J, 6017 .
- Edwards, G., Gross, M., Keller, M., & Moser, J. (1976).**
Alcohol related problems in the disability perspective.A summary of the consensus of the WHO group of investigators and classifying disabilities related to alcohol consumption. J.Stud.Alc.,37 .
- Endore, G. (1968).**
Synanon. Garden City,New York: Doubleday.
- Escohotado, A. (2004).**
Historia Elementar das Drogas. Lisboa: Antígona Editores Refractários.
- Feuerlein, W. (1984).**
Alkoholismus-Missbrauch und Abhängigkeit. Munique: Thieme.
- Figlie, N., Bordin, S., & Laranjeira, R. (2004).**
Aconselhamento em Dependência Química. São Paulo: Roca.

- Garfinkel, H. (1956, vol. 61, Issue 5).**
Conditions of successful degradation ceremonies. *American Journal of Sociology*.
- GEISMAR-WIEVIORKA, S. (1995).**
Les toxicomanes. Paris: Seuil.
- Goffman, E. (1999).**
Stigma – über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Goffman, E. (1969).**
Wir alle spielen Theater-Die Selbstdarstellung im Alltag. Munique: Piper.
- Groenemeyer, A. (1990).**
Drogenkarriere und Sozialpolitik. Pfaffenweiler: Centaurus Verlagsgesellschaft.
- Groenemeyer, A. (1991).**
Karrieremodelle abweichenden Verhaltens und soziale Kontrolle der Drogenabhängigkeit. *Soziale Probleme*, 2Jg., pp. 157-187.
- Gusfield, J. (1986).**
Symbolic Crusade. Chicago: University of Illinois Press.
- James, W. (1958).**
The Varieties of Religious Experience. New York: Mentor.
- Jansen, E. (1980).**
The therapeutic community: Outside the hospital. London: Croom Helm.
- Jellinek, E. (1960).**
The Disease Concept of Alcoholism. New Haven, Conn.: College and University Press.
- Jones, M. (1953).**
The therapeutic community: a new treatment method in psychiatry. New York: Basic Books.
- Keup, W. (1978).**
Sucht als Symptom. Estugarda.
- Klingemann, H. K. (1992).**
Coping and maintenance strategies of spontaneous remitters from problem use of alcohol and heroin in Switzerland. *The International Journal of Addictions*, vol 27, n°12, pp. 1359-1388.
- Kurtz, E. (1979).**
Not God- A History of Alcoholics Anonymous. Center City, Minnesota: Hazelden.
- Kurtz, E. (1979).**
Not-God; A History of Alcoholics Anonymous. Center City: Hazelden.
- Lecker, S. (1974).**
Family factors, interpersonal competence and drug addiction. Relatório não publicado. New York City: Daytop Village.
- Maddux J. F., D. D. (1980).**
New Light on the maturation spontanée hypothesis in opioid dependence. *Bulletin on Narcotics*, vol XXXII, nr. 1.
- Matza, D. (1973).**
Abweichendes Verhalten. Untersuchungen zur Genese abweichender Identität. Heidelberg.
- Mead, G. (1998).**
Geist, Identität und Gesellschaft. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Miebach, B. (1995).**
Soziologische Handlungstheorien. Obladen: Westdeutscher Verlag.
- Nunes, O. e. (2006).**
Escala de Si-S.E.R.T.H.U.A.L (Self Esteem Rogers, Tap, Hipólito e UAL). Lisboa: UAL.
- Ogien, A. (1995).**
Sociologie de la Déviance. Paris: Armand Colin.
- Olivenstein, C. (1992).**
A vida do toxicômano. São Paulo: Almed.
- OMS. (1993).**
Classificações de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10. Porto Alegre: Artmed.
- Parsons, T. (1976).**
Zur Theorie sozialer Systeme. Opladen.
- Pélicher, Y. T. (1985).**
La Drogue. Paris: PUF.
- Rapaport, R. (1960).**
Community as doctor. London: Tavistock Publications.
- Robins, L. H. (1975).**
Narcotic use in Southeast Asia and afterwards. *Archives of General Psychiatry*, 23.
- Rogers, C. (1954).**
Psychotherapy and Personality Change. Chicago: The University of Chicago Press.

- Saúde, O. M. (1952).**
WHO-Expert Committee on dependence producing drugs. Geneva: WHO.
- Slater, M. (1984).**
An historical perspective of therapeutic communities. Denver: Proposta de tese apresentada ao programa M.S.S.
- Sommer, M. (2004).**
Carreiras de Saída da Toxicodependência. Lisboa: Climepsi.
- Stanton, M., & Tood, T. (1985).**
Terapia familiar del abuso y adición a las drogas. Barcelona: Gedisa.
- Stevens, S., & Glider, P. (1994).**
Therapeutic communities: substance abuse treatment for women. In F. Tims, Therapeutic community: advances in research and application. NIDA research monography 144 (pp. 162-180). Rockville MD: National Institute on Drug Abuse.
- Stimson, G. V. (1982).**
Heroin addiction-treatment and control on Britain. London: Tavistock publications.
- Strauss, A. (1992).**
La trame de la négociation. Paris: Harmattan.
- Szast, T. (1994).**
La persécution rituelle des drogués. Paris: Ed. du Lézard.
- Tannenbaum, F. (1997).**
Crime and Community. In L. S. Neue Theorien abweichenden Verhaltens. W.Fink.
- Tap, P. V. (2004).**
Precariedade e vulnerabilidade psicológica. Comparações franco-portuguesas. Coimbra: Fundação Bissaya Barreto.
- Thomsen, R. (1975).**
Bill W. New York: Harper&Row.
- VAILLANT, G. (1973).**
A 20 year follow-up of New York Narcotic Addicts. Arch.Gen.Psychiatry, vol. 29 , pp. 237-241.
- WALDORF D., B. (1981).**
The natural recovery from opiate addiction: some preliminary findings. Journal of Drug Issues, Winter , pp. 61-74.
- Weber, M. (1972 (1922)).**
Wirtschaft und Gesellschaft. Grundriss der verstehenden Soziologie. Tübingen.
- Widmer, J. (1997).**
Drogen im Spannungsfeld der Medizinalisierung. Basileia: Helbing&Lichtenhan.
- Wilders, S. (2005).**
An exploring of non-directive work with drug and alcohol users. In B. E. Levitt, Embracing Non-directivity: assessing person-centered theory and practice in the 21st century (pp. 192-202). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Wilson, B. (1957).**
Alcoholics Anonymous comes out of age: A brief history of AA. New York: Alcoholics Anonymous World Services.
- WINICK, C. (1962).**
Maturing out of narcotic addiction. Bulletin on narcotics, vol 14 .
- Yablonsky, L. (1965).**
Synanon: the tunnel back. New York: Macmillan.
- Yablonsky, L. (1989).**
The therapeutic community. New York: Gardner Press.
- Zapalà, A. (1997).**
Diskursive Indikatoren der Medizinalisierung. In J. B. Widmer, Drogen im Spannungsfeld der Öffentlichkeit (pp. 105-120). Basel: Helbing&Lichtenhahn.

