

Une vie au service des communautés thérapeutiques

Propos recueillis pour *Swaps* par Jean Maxence Granier / Asud

Susie Longbottom a participé à la création du centre Apte à Bucy-sur-Long avec Kate Barry, et a dirigé la communauté thérapeutique d'Aubervilliers de l'association Aurore. Elle explique les subtilités du counselling, tel qu'il s'est conçu, depuis le modèle des 12 étapes jusqu'aux pratiques contemporaines. Déléguée métier pair aideance pour l'association Aurore, elle travaille aujourd'hui à la création d'un certificat de compétences « counselling des addictions » en collaboration avec le Cnam.

Comment êtes-vous devenue *counselor* ?

J'ai rencontré Kate Barry en 1993. Elle cherchait à importer en France le modèle Minnesota tel qu'elle le connaissait en Angleterre. J'avais une expérience à ce sujet et elle a proposé que je rejoigne l'équipe. J'ai suivi une formation au centre Hazelden, autour du modèle Minnesota pendant un an. Le centre Apte a ouvert en avril 1994, pour accueillir dans un même lieu et avec le même accompagnement, des personnes dépendantes de l'alcool ou des drogues illicites.

Comment décrire le modèle Minnesota ?

Le modèle Minnesota repose sur quelques fondements clefs : une approche groupale, une équipe constituée principalement de *counselors* (pairs aidants professionnalisés), la croyance qu'une personne dépendante peut se libérer d'une problématique aussi difficile, prendre en charge sa vie et faire face à ses difficultés sans avoir recours à l'usage d'un produit. C'est une démarche qui nécessite d'entreprendre un travail de réflexion sur sa dépendance et ses manifestations, de comprendre que certains comportements doivent changer pour

¹ Traitements de substitution aux opiacés : méthadone, Subutex, administrés par voie orale aboutir à un rétablissement durable sans reprise de produit.

Quels sont les points de l'expérience Apte qui vous servent encore aujourd'hui et qui paraissent constitutifs du modèle des communautés thérapeutiques ?

Apte était le premier centre à proposer aux personnes dépendantes de s'engager dans un programme d'abstinence de tout produit psychotrope. Une proposition peu populaire, vue plutôt comme une privation ou une punition, notamment pour les toxicomanes. Apte était une postcure et demandait un sevrage préalable au séjour. L'expérience a permis d'évoluer sur ce point. Aujourd'hui, les communautés thérapeutiques (CT) proposent d'intégrer le séjour avec un traitement, de le baisser ou de le stabiliser pendant le séjour. Une prise en charge de longue durée, proposée par les CT, un an, renouvelable une fois, permet de donner du temps à une clinique complexe.

L'arrêt des traitements est un point important. Jusque-là, c'était peu pratiqué. Les TSO¹ ont démontré leur pertinence pour un grand nombre de personnes concernées. Mais, dès leur arrivée en France en 1994, nous avons vu des demandes d'arrêt exprimées par certains usagers parce qu'ils l'utilisaient mal, particulièrement en s'injectant, ou parce que le produit n'était plus considéré comme un



médicament, mais devenait un simple produit de consommation. Et ce, dans un contexte de généralisation de la prescription de TSO. En outre, il y avait également des demandes d'arrêt des traitements psychiatriques, prescrits en lien avec une éventuelle comorbidité psychiatrique ou à la suite d'un épisode délirant lié au produit.

L'expérience d'Apte a permis d'évaluer et de prendre conscience de l'importance de l'accompagnement vers l'arrêt définitif. C'est un art en soi de comprendre les différentes étapes après le sevrage. Cette clinique est nourrie à la fois par les expériences de l'équipe fondatrice d'Apte, mais aussi par les expériences personnelles des *counsellors*, eux-mêmes ex-usagers. Les symptômes du manque, la fascination pour la seringue chez les injecteurs, le sentiment de vide et d'ennui associé à l'arrêt, les envies et les obsessions perpétuelles de consommer, sont en soi des sujets centraux à comprendre et à travailler pour permettre une entrée dans l'abstinence d'une manière constructive et réfléchie, de manière à établir une base solide pour la prévention de la rechute.

Comment interviennent les *counsellors* ?

Les *counsellors* portent un regard soutenant sur les usagers, ce qui leur permet de se projeter dans une forme d'espoir. L'effet miroir et l'opportunité de partager des affects, impulsés par l'identification, est au cœur du travail groupal. L'accompagnement de l'arrêt par le travail psychocorporel est aussi une des forces de notre expérience à Apte et un point fort dans la prise en charge aujourd'hui à Aubervilliers : les approches non médicamenteuses comme les bains, les massages, les séances de relaxation et la méditation sont des outils alternatifs aux médicaments habituellement pris par la personne dépendante pour s'apaiser.

Lorsque les usagers commencent à comprendre ce qui leur arrive, par l'abstinence, ils sortent enfin de l'impuissance. Grâce au modèle et à la place donnée aux cours didactiques, l'équipe propose aux résidents, à partir d'éléments de compréhension – postulat de la maladie, effets des produits, rôle des émotions – de réfléchir à leurs problématiques et de trouver des réponses pour y faire face. Le postulat de la maladie permet de sortir de cette image d'une personne « mauvaise », pour commencer à soigner les symptômes. Ce travail génère une confiance en soi et une dynamique qui pousse à expérimenter de nouvelles compétences. La compréhension de ses ressentis et l'apprentissage de l'expression des émotions sont au cœur de ce travail sur soi. À l'époque, ce modèle était associé à un paradigme d'orientation cognitivo-comportementale (TCC), peu apprécié des professionnels du champ qui méprisaient ce type d'approche.

Par ailleurs, les craintes liées aux dérives sectaires, en partie associées à une forte présence dans l'équipe d'anciens usagers, ont participé à ralentir le développement de ce modèle en France.

Vous faites référence au Patriarce ?

En effet, au cœur des craintes exprimées à l'égard d'Apte, se posait la question d'une présence forte du travail en groupe. L'histoire du Patriarce (voir article d'Alexandre Marchant, *Swaps* n°103) a causé beaucoup de tort au modèle, en diabolisant le groupe comme lieu qui aspire l'individu et finit par le nier. Pourtant, nous savons que la problématique de l'addiction est enracinée dans des difficultés du lien, et que le groupe peut être un lieu réparateur pour des personnes dépendantes. Le travail en groupe est un point fort du modèle : la mise en commun des expériences de l'addiction, le fait de rentrer en relation d'une manière plus apaisée avec les autres et de trouver des manières plus appropriées d'interagir, sont des points clés de l'accompagnement groupal. Les échanges intimes, rendus possibles grâce à l'expérience communautaire, permettent de tisser des liens forts. L'autre devient une personne ressource dans une dynamique d'entraide.

Quels sont les autres points forts du modèle ?

Pour ceux qui souhaitent tenter l'abstinence, la question de son maintien et la prévention de la rechute est centrale. Arrêter de consommer est une chose, rester abstinente en est une autre. L'expérience d'Apte a beaucoup participé à l'élaboration du projet de la communauté thérapeutique d'Aubervilliers. Elle est installée près des scènes ouvertes du nord-est parisien, de la porte de la Chapelle et de la ligne 12 du métro qui traverse les lieux sensibles de consommation. La prévention de la rechute est au cœur de la transition du soin proprement dit, le sevrage puis l'arrêt de la consommation, vers un rétablissement durable. Avec l'expérience et en collaboration avec les usagers, l'équipe a construit une boîte à outils, un ensemble de recettes ou de stratégies pour faire face à des moments difficiles et éviter la reprise du produit, voire les envies de consommer. Chacun s'approprie petit à petit les outils : ce n'est pas l'autre qui me protège de la consommation, ni l'institution qui m'en empêche, mais une décision personnelle qui donne de la valeur à cette abstinence durement acquise.

Le dernier point important à mentionner concerne le travail effectué auprès et avec les proches. Pendant de longues années, nos centres de soins ont tenu les familles à distance et souvent pour responsables des difficultés des personnes dépendantes... Mais une approche systémique permet au contraire à la personne concernée

d'avoir à la fois une vision globale sur sa famille et une meilleure compréhension de l'impact des générations qui la précèdent. Ce travail n'est en aucun cas une thérapie familiale. Mais il favorise la reprise des liens et une meilleure compréhension du problème de l'addiction par les proches. Le travail familial est un des piliers du modèle Minnesota et participe à la prévention de la rechute.

Quels sont les éventuelles limites ou les points faibles de ce modèle ?

Apte demandait un sevrage préalable complet de tout produit, drogue et alcool, mais aussi de tout traitement médicamenteux. Nous n'avions pas la couverture médicale nécessaire pour mettre en œuvre les sevrages sur place. Cela a certainement dissuadé beaucoup de personnes de venir chez nous, d'autant que le sevrage à l'hôpital est très dur, pas toujours suffisamment accompagné.

Si je reste persuadée de la pertinence du travail thérapeutique rendu possible par le groupe pour les personnes dépendantes, pour une minorité, le groupe peut prendre le pas sur leur désir propre. L'envie de faire à tout prix comme les autres peut aveugler et entraîner des demandes déraisonnables d'arrêt qui les exposent trop rapidement à des difficultés.

L'abstinence, appliquée d'une manière trop rigide, pose un problème et crée des scissions dans la relation soignant/soin et ne prend pas assez en considération l'individu dans sa globalité. En demandant l'arrêt des traitements psychiatriques en amont du séjour de manière trop uniforme, nous en avons subi des conséquences à Apte, à la fois parce qu'ils ont fait défaut à certains, que cela a pu conduire à en exclure d'autres et enfin par le message inapproprié que nous avons véhiculé en procédant ainsi.

Apte s'est inspiré de la méthode Minnesota, issue des groupes d'entraide nés aux États-Unis comme Narcotiques anonymes. Est-ce plutôt un point fort ou une difficulté en termes d'image ou de communication sur cette approche ?

Le modèle Minnesota reprend un certain nombre de principes des groupes d'entraide. Nous avons professionnalisé, conceptualisé des éléments issus des 12 étapes. Il y a des éléments du programme des 12 étapes qui heurtent, comme la mention de Dieu ou d'une puissance supérieure. Le point le plus saillant emprunté aux 12 étapes est d'intégrer des travailleurs pairs dans l'équipe. Ce modèle challenge le rôle et la place de chacun : quelle place j'occupe en tant que travailleur social ou professionnel de santé

face au rétablissement dont l'autre se prévaut ? Est-ce qu'il a besoin de moi ? Suis-je « égal » à lui ou supérieur grâce à mon savoir académique ?

Quels sont les éléments de continuité entre Apte et la CT d'Aubervilliers ?

Nous avons construit le projet de la CT d'Aubervilliers en nous inspirant des années de travail à Apte. Le cahier de charges de la Mildt proposait une durée de séjour d'un an renouvelable une fois. Comment articuler un séjour avec un travail sur soi assez dense dans une temporalité aussi longue ? Notre expérience à Apte nous a convaincus de la pertinence de proposer un cadre « haut »² qui permet aux personnes de trouver des repères et des limites sécurisants. Articuler ce travail de soin avec des objectifs de réinsertion socio-professionnelle nous a aussi donné du grain à moudre. Comment soutenir une dynamique profitable au résident, qui ne s'essouffle pas, dans un espace restreint et urbain, tout en proposant un temps de séjour long ? Tel était le défi.

Pour nous aider, nous nous sommes beaucoup appuyés sur les travaux de George de Leon, le « grand-père » américain des communautés thérapeutiques³. Il parle de la « communauté comme méthode ». Un lieu réparateur qui permet la mise en scène et l'expérimentation de la vie dans toutes ses facettes. Le partage du quotidien avec les autres, l'organisation des activités, le fait de veiller au bon fonctionnement global, la prise de responsabilité progressive, l'accompagnement des plus jeunes vers l'extérieur, le ménage et l'entretien des locaux, l'accueil des visites et la gestion de la communication auprès d'autres services, sont les nombreux objets de travail qui participent au rétablissement et confèrent un sentiment de pouvoir d'agir aux résidents.

De Leon nous apprend que l'équipe fait partie de cette communauté et nous engage à entretenir des relations horizontales, conditions primordiales pour le succès du modèle, mais aussi un nouveau défi pour certains travailleurs sociaux habitués à être à distance. Cette méthode inverse en partie la question du pouvoir : en portant une attention forte aux nouveaux arrivants, tout en structurant le trajet et la responsabilisation progressive au cours du séjour, ce modèle insiste à la fois sur la transmission des savoirs des plus anciens vers les nouveaux et aussi sur les compétences de chacun.

Cette durée de séjour plus longue permet aussi de mettre l'accent sur les pratiques de vie au-delà du soin, les allers-retours entre le dedans et le dehors, ce qui permet de tester le monde extérieur et de faire face à l'autre, petit à petit, pour anticiper la séparation d'avec la structure.

² Selon Étienne Weselonndy, directeur des Hautes Fagnes, une CT de référence en Belgique

³ Community As Method: Therapeutic Communities for Special Populations and Special Settings, George de Leon



En France, il y a une douzaine de communautés thérapeutiques et vous réfléchissez ensemble au modèle qui est en partie unifié...

Le collectif des communautés est organisé par la Fédération Addiction. Nous nous regroupons chaque année pour échanger nos bonnes pratiques et faire évoluer les synergies. Nous sommes très unifiés et fidèles au cahier des charges à l'origine des communautés établi par la Mildt. En 2021, le collectif des communautés a fait un séminaire de positionnement des CT, un temps de travail consacré notamment à préciser ce qui est commun dans nos pratiques⁴.

Comment se positionnent les CT dans l'offre globale faite aux personnes qui ont des problèmes d'usage de drogues ?

Pour beaucoup, c'est au bout du panel de soins proposés en France : c'est un peu « j'ai tout essayé », des sevrages, des cures, des postcures, des séjours en psychiatrie, voire l'éloignement géographique. Les personnes que nous accueillons n'ont pas de difficulté à faire état de leur impuissance ou à s'identifier comme addict. Pour certains, c'est une dernière tentative, mais nous voyons aussi des personnes très jeunes avec des parcours de consommation denses et le désir de tout arrêter. Pour ces profils, la temporalité aussi est intéressante, un temps de restructuration, un appui éducatif important et une dynamique presque « familiale », bénéfique et réparatrice. Il y a un moment et une place pour chaque proposition dans un parcours de soin et nous avons tort de les opposer au lieu de les articuler. La substitution et le choix de l'absti-

⁴ Séminaire Brantôme, mars 2021 nence doivent coexister dans l'offre de soins.

Recevoir *Swaps*

Pour recevoir *Swaps*, merci de remplir le coupon ci-dessous

et de le retourner par mail à charlene.alzon@aphp.fr

ou par courrier à **Swaps / Pistes, 2 rue Conté, 75003 Paris**

nom

prénom

profession

organisme

adresse

code postal

ville

tél.

e-mail