

La communauté thérapeutique

Première partie : Définition, caractéristiques et évolution

Therapeutic community. Part 1 : Definition, characteristics and evolution

Yves Lecomte et Charles Tourigny

Volume 8, numéro 1, juin 1983

Structures intermédiaires ou alternatives?

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/030169ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/030169ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Lecomte, Y. & Tourigny, C. (1983). La communauté thérapeutique : première partie : Définition, caractéristiques et évolution. *Santé mentale au Québec*, 8(1), 107–121. <https://doi.org/10.7202/030169ar>

Résumé de l'article

Dans cet article, les auteurs analysent l'évolution et le développement du concept de communauté thérapeutique dans le monde anglo-saxon. Dans une première partie, ils définissent ce concept et ses caractéristiques. Ensuite, ils explicitent les concepts-clés sous-jacents à l'intervention thérapeutique dans une communauté typique (l'hôpital Belmont de Maxwell Jones), soit l'organisation sociale, le leadership, la prise de décision, le feedback et l'apprentissage social. Dans une deuxième partie, ils explicitent les critiques de Mosher et Menn, de Berke et de Sassolas envers le traitement de la psychose pratiqué dans le système de soins institutionnel, critiques qui peuvent se résumer sous les termes suivants : le modèle théorique prédominant (le modèle médical), le nombre, la structure sociale et l'utilisation des médicaments. Finalement, ils illustrent l'approche proposée par ces thérapeutes-théoriciens, approche basée sur la conception que la psychose est compréhensible.

LA COMMUNAUTÉ THÉRAPEUTIQUE

Première partie : Définition, caractéristiques et évolution

Yves Lecomte*
Charles Tourigny*

Dans cet article, les auteurs analysent l'évolution et le développement du concept de communauté thérapeutique dans le monde anglo-saxon. Dans une première partie, ils définissent ce concept et ses caractéristiques. Ensuite, ils explicitent les concepts-clés sous-jacents à l'intervention thérapeutique dans une communauté typique (l'hôpital Belmont de Maxwell Jones), soit l'organisation sociale, le leadership, la prise de décision, le feedback et l'apprentissage social. Dans une deuxième partie, ils explicitent les critiques de Mosher et Menn, de Berke et de Sassolas envers le traitement de la psychose pratiqué dans le système de soins institutionnel, critiques qui peuvent se résumer sous les termes suivants : le modèle théorique prédominant (le modèle médical), le nombre, la structure sociale et l'utilisation des médicaments. Finalement, ils illustrent l'approche proposée par ces thérapeutes-théoriciens, approche basée sur la conception que la psychose est compréhensible.

En 1943, les analystes anglais Bion et Rickman publiaient un article intitulé *L'étude par le groupe de ses tensions internes*. Ils terminaient leur étude (qui portait sur un groupe de soldats névrosés) en se demandant si l'atmosphère de leur hôpital était vraiment propice à la psychothérapie. Cette réflexion eût un grand retentissement et incita les praticiens en psychiatrie à s'intéresser davantage à la structure et aux composantes dynamiques de la vie de groupe. Plus spécifiquement, ces derniers se mirent à analyser les structures institutionnelles et prirent conscience des effets négatifs des institutions psychiatriques traditionnelles sur les patients. Parallèlement, plusieurs recherches en institutions vinrent corroborer scientifiquement les observations des praticiens¹. (Stanton et Schwartz, 1954; Caudill, 1958; Belknap, 1956; Dunham et Weinberg, 1966; Goffman, 1958; Greenblatt *et al.*, 1957).

Certains praticiens n'en restèrent pas là. Ils entreprirent donc de modifier leurs institutions pour en faire de véritables lieux thérapeutiques. En Angleterre, ces pionniers ont été : à l'hôpital Belmont, Maxwell Jones (1952); à l'hôpital Clayberry, D.V. Martin (1969); à l'hôpital Fulbourn, D.H. Clark (1964), et à l'hôpital Ingrebour-

ne, R. Crockett (1966). Aux États-Unis, les deux plus connus ont été M. Woodbury (1966), au Chestnut Lodge, et H. Wilmer (1958), au Oakland Naval Receiving Ward. En Hollande, il y eut J. Foudraïne (1975) à la clinique de Veluweland, et Franco Basaglia (1968), à l'hôpital psychiatrique de Gorizia en Italie.

Durant les quarante dernières années, la communauté thérapeutique connut trois grandes phases : d'abord, une période d'expansion dans les hôpitaux psychiatriques traditionnels de 1947 à 1960, suivie d'une période de désillusion dans les années 60, puis d'un regain d'intérêt depuis 1970.² De nouvelles formes de communauté thérapeutique apparaissent en effet durant cette décennie. Certaines s'adressent aux toxicomanes, comme les communautés de Daytop Village (Durand-Dassier, 1975) ou Portage (Nadeau, 1978 et 1980), alors que d'autres visent à traiter les psychotiques, telles celles d'Arbours Association (Berke, 1977), de la Philadelphia Association (Schatzman, 1969) et de Santé Mentale et Communautés de Lyon (Sassolas, 1981).

Aujourd'hui, les auteurs s'accordent généralement pour dire que la communauté thérapeutique est une approche thérapeutique valable et reconnaissent qu'elle constitue une bonne façon de structurer une institution résidentielle en endroit thérapeutique. Ces mêmes auteurs affirment aussi que la contribution majeure de la communauté

* Yves Lecomte, m.a. criminologie, m.ps. psychologie, et Charles Tourigny, psychologue, travaillent au Centre de Santé Mentale Communautaire, clinique externe de psychiatrie rattachée à l'hôpital St-Luc.

thérapeutique à la psychiatrie sociale a été l'utilisation qu'elle a fait du milieu résidentiel en vue de susciter une modification des comportements et de la personnalité des patients. D'autres contributions, considérées révolutionnaires dans les années 50, mais apparaissant ordinaires aujourd'hui, doivent être ajoutées à son crédit, soit : le changement dans les attitudes du personnel envers les patients, le rapprochement hiérarchique de ces deux groupes ainsi que l'utilisation mutuelle des potentialités des patients à des fins thérapeutiques. Les auteurs soulignent toutefois une lacune importante : aucune théorie globale de développement psychosocial n'a encore été élaborée à partir de ces expériences, ce qui limite leur portée théorique et scientifique. Aussi, dans cet article, nous attarderons-nous à la description des principaux concepts de la communauté thérapeutique afin de montrer les quelques éléments théoriques élaborés par les praticiens.

En premier lieu, nous définirons la communauté thérapeutique. Ensuite, nous analyserons une communauté thérapeutique typique, soit l'hôpital Belmont. Notre étude portera surtout sur les concepts qui sous-tendent son intervention ainsi que sur son fonctionnement concret. Dans la troisième partie, nous expliquerons les principaux concepts qui sont à la base des communautés thérapeutiques d'Arbours Association et de Santé Mentale et Communautés, de manière à en saisir l'originalité.

I. DÉFINITION ET CARACTÉRISTIQUES DE LA COMMUNAUTÉ THÉRAPEUTIQUE

Depuis que Main a créé en 1946 l'expression «communauté thérapeutique»³, beaucoup d'auteurs⁴ ont tenté d'éclaircir ce concept et de le définir, sans toutefois faire l'unanimité. Après avoir analysé plusieurs définitions, nous avons retenu celle qui nous semble la plus explicite, qui est également la plus récente : «The therapeutic community is a group of people living and working together with the prime aim of therapy i.e. producing change in the members. It may be a ward in a hospital or an independent unit. It is small enough for frequent face-to-face meetings of the whole group. The contributions of all members are welcomed (and required), whether they come

originally as clients or experts, as patients or as paid staff. A major aim for all, residents and staff, is learning, personal growth and change. The main themes of the approach are tolerance of deviant behaviour with a view to understand it by social analysis and reality confrontation, aimed toward rehabilitation to an effective and tolerable life role» (Clark, 1977, 560).

Cette définition décrit bien l'environnement, les buts et les principes de la communauté thérapeutique. Cependant, il lui manque certaines caractéristiques fondamentales. Ces autres caractéristiques, tirées de Rapoport (1970), de Clark (1965) et de Filstead et Rossi (1973) sont les suivantes :

1. *L'organisation sociale* : elle est essentielle à la création d'un milieu qui puisse favoriser le maximum de succès thérapeutique.
2. *Le postulat psychodynamique* : on postule que l'individu est influencé par ses relations avec ses pairs et que l'analyse et la compréhension de ses relations avec eux peut l'aider à se développer.

Pour ce faire, la communauté thérapeutique emploie certaines méthodes sociales, soit :

3. *L'analyse des événements* : tous les membres tentent de comprendre les événements qui surviennent dans la communauté.
4. *La communication* : on cherche à améliorer la communication entre tous les membres de la communauté, de manière à la rendre effective de haut en bas et de bas en haut de la hiérarchie. On postule, en effet, que la communication possède une grande valeur thérapeutique et qu'elle exerce une fonction d'information importante.
5. *La réduction de la structure pyramidale* : on tente de rapprocher tous les membres du milieu afin de créer un sentiment d'unité et d'appartenance à la communauté. En conséquence, le contrôle des comportements doit être exercé par toute la communauté, et non pas par l'autorité hiérarchique.
6. *Les expériences d'apprentissage* : ce sont des situations où les patients sont encadrés et où on les incite à apprendre de nouvelles façons d'affronter leurs difficultés. Ces expériences permettent à ceux-ci d'exprimer leurs sentiments cachés, font ressortir leurs distorsions de perception et mettent en évidence les

aspects répétitifs et inacceptables de leur comportement.

7. *L'analyse des rôles* : chaque rôle est analysé afin qu'il devienne flexible et puisse refléter, à n'importe quel moment, les attentes et les besoins des patients comme du personnel. Le patient participe activement à cette analyse. Il acquiert ainsi une responsabilité dans l'analyse des problèmes de relation entre les pairs, entre les patients et le personnel et des passages à l'acte; de même, participe-t-il aux décisions concernant les congés des patients, leur transfert, et le choix des actions disciplinaires. Un tel engagement des patients a comme conséquence d'inciter le personnel médical à ne plus se percevoir comme des professionnels, et à s'identifier en premier lieu à la communauté.⁵

Toutes ces conditions visent à créer une *atmosphère* où le patient pourra se sentir libre de faire des erreurs et pourra se découvrir lui-même, croître et apprendre à mieux vivre.

II. UNE COMMUNAUTÉ-TYPE : L'HÔPITAL BELMONT

Pour transformer leur institution, nombre de praticiens se sont inspirés des travaux de Maxwell Jones (1948) effectués à l'unité de l'hôpital Belmont (ou Henderson, depuis 1959). Comme cette unité est devenue une communauté-type, nous allons nous y attarder ici. Nous expliquerons plus précisément les concepts qui sous-tendent sa méthode de travail et décrirons concrètement son fonctionnement.

A. Les concepts

Nous avons retenu cinq concepts qui déterminent les axes d'intervention à l'intérieur de cette communauté, soit : l'organisation sociale, le leadership, la décision par consensus, le feedback et l'apprentissage social.

1. *L'organisation sociale*

Pour que l'hôpital puisse constituer une organisation sociale qui maximise ses potentialités thérapeutiques, la communication doit engager tous les membres de la communauté (laquelle ne

devrait pas dépasser cent personnes, idéalement); un mécanisme doit également permettre un partage des décisions entre tous les paliers de la structure, afin que chacun puisse s'identifier à la communauté; enfin, il faut une culture thérapeutique qui reflète vraiment les attitudes et les croyances du personnel et qui accorde une grande importance aux rôles dans les rapports interpersonnels.

Dans une analyse de l'hôpital Belmont, Rapoport (1974) a dégagé quatre attitudes inhérentes à cette culture. Ce sont : la démocratisation, la permissivité, l'esprit de communauté et la confrontation avec la réalité.

La démocratisation est «l'opinion selon laquelle tous les membres de la communauté doivent participer sur un pied d'égalité à la prise des décisions relatives à la communauté tant sur le plan thématique qu'administratif» (Rapoport, 1970, 72). Selon les institutions, les décisions peuvent être prises en commun par le personnel et les soignés, ou encore prises séparément par les patients puis communiquées au personnel qui prendra la décision finale. En adoptant cette attitude, le personnel cherche à accroître le sens des responsabilités des patients et à changer leur attitude envers l'autorité. On espère ainsi pouvoir briser les barrières existant entre les patients (habituellement issus de la classe ouvrière) et le personnel (plutôt de classe moyenne).

La permissivité est la «conviction selon laquelle tous les membres du service doivent accepter chez les autres tout comportement qui pourrait être inquiétant ou déviant, d'après des critères normaux. Dans l'idéal, cela doit permettre à certains de manifester librement leurs difficultés de comportement et aux autres de réagir tout aussi librement, afin d'analyser les deux aspects des schèmes de relations sociales» (Rapoport, 1970, 76). Grâce à la tension créée par l'application d'une telle attitude, les patients expriment des sentiments inhibés qui deviennent alors accessibles à la compréhension et à l'analyse. Suite à cette analyse, ils peuvent essayer de nouveaux comportements et jouer de nouveaux rôles.

L'esprit de communauté est la «conviction selon laquelle le fonctionnement du service doit reposer sur des relations étroites, fortement imbriquées et marquées par la communication sociale» (Rapoport, 1970, 79). Cette attitude crée un sentiment d'appartenance à la communauté

et va à l'encontre de l'anonymat vécu à l'extérieur de l'institution.

La confrontation avec la réalité est la « conviction qu'il faut constamment présenter aux malades les interprétations de leur comportement, tel que les autres le voient » (Rapoport, 1970, 80), car l'un des principes thérapeutiques fondamentaux est que chacun doit constamment examiner ce qu'il fait, comprendre pourquoi il le fait et modifier sa manière d'agir à la lumière des expériences ainsi faites.

L'une des caractéristiques de cette organisation est donc qu'elle tient compte de l'évolution dynamique de la communauté et qu'elle tend perpétuellement au progrès de ses membres et de sa structure.

L'outil privilégié grâce auquel cette organisation peut naître et se développer est le groupe. Nous décrivons les différentes formules de vie en groupe dans la partie consacrée au fonctionnement de la communauté.

2. *Le leadership*

Définissant le leader par le terme de « catalyseur », Jones identifie quatre formes de leadership : principal, secondaire, multiple, et celui des malades.

a) *Le leadership principal*

Les quatre qualités essentielles d'un leader sont : la sensibilité aux besoins d'autrui ; la capacité de préserver l'intégrité de l'organisation tout en encourageant chez les autres la souplesse, l'examen de soi, l'apprentissage social et le changement ; la connaissance du fondement rationnel de ses actes ; et, enfin, la capacité de se retirer quant tout va bien, ou de devenir plus actif quand il y a crise.

b) *Le leadership secondaire*

Pour introduire cette notion, Jones distingue le leader principal, qu'il surnomme « instrumental » (au sens de Bales : celui « qui achemine le groupe vers son but mais qui engendre des tensions ») et le leader secondaire, qualifié de « populaire » (celui « qui s'identifie au groupe et agit comme conciliateur »). Lorsqu'il y a un conflit entre le leader instrumental et d'autres membres, le leader populaire est plutôt porté à utiliser la désaffection du groupe à une fin d'apprentissage plutôt qu'à des fins personnelles.

D'autre part, s'il y a un conflit entre ces deux leaders, un troisième devient nécessaire, d'où la notion de « leadership multiple ».

c) *Le leadership multiple*

Cette notion signifie que différentes personnes agissent comme leaders à différents moments, selon les circonstances, leur formation, etc. À la limite, elle implique que le leadership est assumé par le groupe en cas de conflit entre les principaux leaders. Cela suggère l'idée d'un leadership des malades.

d) *Le leadership des malades*

Comme l'autodétermination des malades est un des buts de la communauté, on encourage l'accroissement de leurs responsabilités. Certains participeront même activement à la planification et à la réalisation de leur traitement.

L'expérience a permis de tirer deux principes de cette notion, à savoir : premièrement, que le degré de participation et de responsabilité des patients dépend de l'état plus ou moins organisé du moi collectif des malades ; et que, deuxièmement, la situation risque de devenir dangereuse si on ne permet pas à chacun de donner son maximum comme individu et comme leader.

3. *La prise de décision*⁷

Dans la communauté, on évite toute décision unilatérale sur une question qui intéresse l'ensemble des membres. Cependant, si un conflit ne peut être résolu et que la prolongation de la tension et de l'incertitude devient préjudiciable aux malades et au personnel, le responsable de l'unité prend alors l'ultime décision.

4. *Le feedback*

Cette expression signifie que tout comportement, toute parole ou tout geste peuvent être évalués par l'ensemble de la communauté à la demande, directe ou indirecte, des personnes concernées. Jones a constaté que plus il y a de confiance, de stabilité et d'aptitudes personnelles à l'intérieur d'un groupe, plus le feedback y est important. Il fait toutefois une mise en garde contre cette pratique lorsqu'un patient n'a pas développé une confiance suffisante envers la culture thérapeutique ou envers ses pairs.

5. *L'apprentissage social* («living-learning situation»)

Jones définit ainsi cette notion : «une communication à deux sens qui implique la liberté d'expression des sentiments ainsi que l'aptitude à s'engager facilement dans l'examen de ses attitudes et de son comportement, et de ceux des autres, en vue d'amener un changement et l'établissement d'un équilibre» (1972, 89). Cet apprentissage est, finalement, le processus de changement issu de l'interaction entre les personnes lors de l'analyse d'une crise ou d'un conflit. L'auteur distingue la situation d'apprentissage vécu et la situation de crise.

La situation d'apprentissage vécu concerne les problèmes de la vie quotidienne d'un individu et se caractérise généralement par une angoisse de faible intensité.

Dans une situation de crise⁸, l'individu vit une situation intolérable et très angoissante qui peut devenir dangereuse si certaines mesures ne sont pas prises immédiatement. Chez les patients, de telles crises peuvent survenir à l'arrivée ou au départ, ou lorsqu'ils revivent un conflit affectif passé. Chez les membres du personnel, les situations de crise surgissent surtout lors d'une implication émotive inappropriée avec les patients, ou en cas de conflits de rôle et de rivalité entre eux.

Jones introduit à ce propos un autre concept, celui de *confrontation*, qui désigne une situation (en l'occurrence une réunion) réunissant à la fois l'interaction sociale, l'expression des sentiments et l'apprentissage social. Pour que cette confrontation soit efficace, elle doit répondre aux six principes suivants :

- La confrontation doit réunir tous les individus concernés, afin que la communication soit la plus adéquate possible.
- Le moment de la confrontation doit suivre une situation de crise et même, si les affects le permettent, se faire durant la crise.
- Un leader neutre et qualifié doit être présent pour analyser les causes de la crise et en tracer l'historique ainsi que la dynamique propre. Il lui appartiendra de déterminer le moment de la confrontation et d'en choisir les participants.
- La communication doit se faire librement, c'est-à-dire que l'on doit pouvoir exprimer ses

sentiments ouvertement et sans crainte de représailles.

- Il doit y avoir expression de sentiments. Deux principales difficultés peuvent alors se présenter : d'une part, des sentiments trop intenses empêcheront la solution du conflit, alors qu'à l'inverse, une situation trop peu tendue ne pourra pas stimuler la motivation au changement.
 - Il faut que les participants désirent évoluer. Il doit y avoir une volonté de s'examiner soi-même, ainsi que son rôle, devant les autres.
- Ces principes de solution des crises s'appliquent aussi à la situation d'apprentissage vécu.

B. Le fonctionnement

En 1970, l'hôpital Belmont avait une possibilité d'hébergement de 68 patients (une unité de 20 patientes et 2 unités de 24 patients) et comprenait un personnel de 46 membres. Il fonctionnait quotidiennement selon le programme suivant : une réunion de la communauté, des groupes de psychothérapie et quatre ateliers de travail.

1. *La réunion de la communauté*

Cette réunion est la plus importante. Elle dure 1 heure et 15 minutes. Tous les problèmes de la journée et de la nuit précédente y sont rapportés en présence de tous les membres. On y discute librement de tout et les décisions sont prises au consensus. Si l'un des membres exprime un désaccord, on vote à main levée. La réunion est animée par un membre du comité des malades.

Cette réunion est exigeante pour le personnel car il y exprime ses sentiments et examine son comportement devant les patients. Par ailleurs, elle a de nombreux avantages. Elle permet au personnel de mieux connaître les comportements qui perturbent les patients, et pourquoi. Un tel échange entraîne une participation plus active des patients à leur vie quotidienne.

2. *La réunion du personnel*

Ayant lieu immédiatement après la réunion de la communauté, et durant trente minutes, elle permet au personnel de discuter de ses préjugés, de ses attentes, de ses habiletés, de ses perceptions

et de ses sentiments, et de faire l'analyse de la réunion avec les patients. De plus, on peut y aborder les problèmes de rôle entre les membres du personnel, ce qui peut contribuer à réduire leurs tensions et leur anxiété.

3. *Les groupes de psychothérapie*

Ces rencontres de groupe durent 1 heure et trente minutes et sont animées par un médecin. Les groupes comprennent de huit à quinze patients, en plus d'un infirmier, d'un instructeur et d'un sociothérapeute. On y traite des problèmes individuels et des relations soignants-soignés. Le but de ces groupes est de faire prendre conscience au malade qu'il est responsable de son traitement. Après la rencontre, les quatre membres du personnel en discutent durant un quart d'heure.

4. *Les ateliers*

D'une durée de deux heures, on en compte quatre : couture, réparation et fabrication de meubles, entretien, et recherches sur les résultats thérapeutiques de la communauté.

5. *Les autres réunions*

Durant la semaine, il y a d'autres réunions. Ainsi, la réunion de pavillon a lieu hebdomadairement durant une heure et les sujets relatifs à la vie collective, tels la popote et le bruit, y sont discutés. Les problèmes individuels peuvent aussi y être abordés.

Il y a une autre réunion le dimanche, qui dure 1 heure et trente minutes. La participation n'est pas obligatoire et les thèmes de discussion sont libres. Cependant, les comportements perturbateurs de la veille y sont abordés.

Il y a aussi des groupes de famille deux fois par semaine, d'une durée de 1 heure et trente minutes. Peuvent y participer les membres de la famille d'un patient, les patients invités ou la famille d'un autre patient. Elle a lieu en présence des membres des groupes de psychothérapie.

Il y a aussi des réunions spéciales. Elles concernent des sujets qui inquiètent grandement un individu ou la communauté.

Enfin, il y a des activités sociales, en soirée, qui favorisent l'interaction avec les autres.

6. *Le comité des patients*

Composé de trois patients, ce comité s'occupe de la réunion quotidienne, du comité d'accueil, du groupe de visiteurs, des privilèges, de l'entretien, de la liste des travaux à effectuer, etc. Il collabore aussi avec le personnel dans sa tâche thérapeutique. Selon Jones, le contenu des discussions de ce comité devrait être amené à la réunion de la communauté.

III. L'ÉVOLUTION DU CONCEPT DE LA COMMUNAUTÉ THÉRAPEUTIQUE PAR RAPPORT À CELUI DE PSYCHOSE

La formule de la communauté thérapeutique a certes contribué, par la rigueur de son analyse sociale, à faire prendre conscience des effets négatifs des institutions psychiatriques traditionnelles et à les transformer en des milieux plus humanisés.

Cependant il a fallu attendre le milieu des années 60 pour que naisse un débat véritable sur l'approche thérapeutique du psychotique. Ce souffle nouveau fut induit tout d'abord en Angleterre par les travaux du groupe qu'on appella, à tort ou à raison, le groupe des antipsychiatres. Les travaux de D. Cooper, R.D. Laing, A. Esterson et Joe Berke ont été, à tour de rôle, les fers de lance de ce débat autour de la psychose. Parmi les nombreuses influences qui ont donné naissance à ce mouvement antipsychiatre, il est important de noter celle de la psychiatrie sociale de Maxwell Jones, d'une part et, d'autre part, celle de la tradition psychanalytique (dont Winnicott).

Il ne s'agissait plus, pour les antipsychiatres, de transformer l'hôpital psychiatrique en un milieu thérapeutique, mais d'en sortir et de créer de nouveaux lieux qui permettraient d'expérimenter plus librement l'application d'une nouvelle conception de la psychose. Parmi ces nouveaux lieux, il y eut notamment Kingsley Hall, dirigé par R.D. Laing, et rendu célèbre par le livre de Mary Barnes et de Joe Berke (1973) racontant le voyage de Barnes à travers la folie. Après l'éclatement du groupe originel, en 1970, Laing travailla à la formation de la Philadelphia Association qui existe toujours aujourd'hui et comprend sept communautés thérapeutiques. En Grande-Bretagne, apparut aussi

l'Association Arbours, fondée par Joe Berke et Morry Schatzman, qui comprend aujourd'hui un réseau de trois communautés ainsi qu'un centre de crise, à Londres.

On assista en même temps, aux États-Unis et en France, à des expériences moins controversées, en ce sens qu'elles reposaient sur une conception psychanalytique plus orthodoxe, et peut-être moins échevelée, de la psychose. Nous parlons ici du Chesnut Lodge (Woodburry, 1966) aux États-Unis, et du foyer thérapeutique de P.C. Racamier (1974) en France. Plus récemment, dans cette même lignée, a été fondée la maison de la Baisse, à Lyon sous la direction du docteur Marcel Sassolas.

Tous ces nouveaux milieux de vie, ou de traitement pour psychotiques, ont certes quelque chose en commun avec la communauté thérapeutique de Maxwell Jones. Mais ils représentent aussi une évolution dans la recherche d'une structure sociale plus appropriée au traitement de la psychose et, surtout, dans le questionnement de la conception même de la psychose, ce que n'avait pas vraiment touché la psychiatrie sociale de Maxwell Jones.

Nous allons donc tenter de dégager, dans un premier temps, les principales caractéristiques institutionnelles que ces nouveaux lieux de traitement de la psychose remettent en question, tant en regard du milieu hospitalier traditionnel qu'en regard, à un degré différent, de communautés thérapeutiques du type de l'hôpital Belmont.

Puis nous allons décrire, dans leur approche conceptuelle et dans leur fonctionnement, deux exemples de ces communautés pour psychotiques, soit l'une des communautés de l'Association Arbours d'Angleterre ainsi que la maison de la Baisse en France.

1. Les barrières à modifier

L.R. Mosher et A.Z. Menn (1978) ont parlé de «barrières» pour illustrer les empêchements créés par la structure hospitalière à l'établissement d'une véritable relation thérapeutique avec le psychotique. Ils se sont attardés à analyser quatre types de barrière propres aux milieux hospitaliers. Ce sont : le modèle théorique prédominant, la grandeur du groupe, la structure sociale et l'utilisation de la médication.

a) Le modèle théorique prédominant

La plupart des départements internes de psychiatrie donnent prédominance au modèle médical, qui peut être illustré ainsi :

1. les «médecins» ont l'autorité finale dans la prise de décision.
2. les médicaments ont une valeur thérapeutique primordiale et sont utilisés de façon extensive.
3. la personne est vue comme ayant avant tout une maladie, à laquelle sont associés des incapacités et des dysfonctionnements qui doivent être «soignés» et «guéris».
4. enfin tous ces éléments mènent à l'étiquetage diagnostique et aux conséquences interpersonnelles qui en découlent, soit l'objectivation et la stigmatisation.

L'implication majeure d'un tel modèle est de cultiver l'identité de «malade mental», c'est-à-dire de donner plus d'importance au diagnostic comme explication de tous les comportements de la personne qu'à l'effet des facteurs interactionnels et contextuels. En conséquence, le patient apprend à discréditer lui-même sa propre expérience et à se voir comme une victime impuissante d'une maladie sur laquelle il a peu de contrôle et dont il n'a pas la responsabilité. C'est ce qu'on appelle l'identité du malade mental, c'est-à-dire : la dépendance, l'impuissance et l'irresponsabilité.

b) Le nombre

Une autre barrière apparaît sous la forme du nombre de patients qui sont traités dans un département. Il faut réaliser que, dans une salle où il y a 30 patients, il faut compter un groupe patients/personnel comprenant de 40 à 60 individus. Pour des personnes sérieusement désorganisées, cela constitue un groupe social trop grand et trop complexe. Il devient alors très difficile pour elles de connaître ce nouveau milieu, d'y avoir confiance et de l'utiliser comme substitut familial. Comment est-il possible de penser à une certaine intimité dans un tel milieu, de telle sorte que la personne puisse, sans crainte d'être jugée ou punie, développer la confiance et le désir d'explorer son monde intérieur?

c) *La structure sociale*

Liée très étroitement au nombre de patients se trouve une troisième barrière, la structure sociale. Pour fonctionner efficacement, n'importe quelle organisation, grande ou petite, a besoin d'une structure. Mais, en règle générale, plus l'organisation est grande, plus la structure sera élaborée.

Malheureusement, les structures les plus élaborées ont des conséquences néfastes sur les personnes vivant une désorganisation psychotique. Ainsi, l'inflexibilité des règles, la soumission à l'autorité, l'institutionnalisation des rôles et l'éloignement du pouvoir de décision dans une hiérarchie hors d'atteinte du patient, sont autant de caractéristiques d'une grande organisation qui provoquent inévitablement, chez les subalternes, des sentiments d'impuissance, d'irresponsabilité et de dépendance.

d) *L'utilisation des médicaments*

Enfin, une quatrième barrière est l'utilisation extensive des médicaments (les neuroleptiques). Une telle utilisation encourage grandement l'attente d'une guérison magique de la part du patient, même si nous connaissons pertinemment le caractère fantaisiste d'une telle attente. Ce qui est remis en cause ici est surtout l'utilisation inconditionnelle des médicaments, ceux-ci s'avérant dommageables non seulement à cause de leurs effets toxiques parfois irréversibles, mais surtout à cause de la barrière qu'ils font intervenir dans le processus psychotique. Le principal effet nocif des médicaments est qu'ils empêchent la personne d'avoir une meilleure connaissance d'elle-même, plus particulièrement des dimensions qu'elle a tendance à ne pas reconnaître, mais qui apparaissent de plein fouet dans la psychose.

2. Les communautés de l'Association Arbours

Il est difficile de parler de l'Association Arbours sans dire quelques mots aussi de l'autre célèbre association «antipsychiatrique» qu'est la Philadelphia Association de Laing.

Depuis 1970, les deux associations se sont développées parallèlement en prenant des orientations légèrement différentes. Nous avons choisi de présenter le modèle des communautés de l'Association Arbours car elles ont évolué vers un modèle plus facilement reproductible.

Par contre, à notre avis, la Philadelphia Association est restée plus conforme aux principes originaux du mouvement antipsychiatrique. Ses communautés actuelles consistent pour la plupart en des logements où l'on vit en squatters et où existe une tolérance très grande envers la régression des résidents, au point où certains peuvent y vivre ce que l'on a appelé des «voyages à travers la folie». Une autre différence marquée entre ces deux modèles de communauté est que la Philadelphia Association ne pose aucune limite au temps de séjour des résidents et qu'elle offre une façon différente de vivre («alternative way of life») aux psychotiques qui le désirent.

L'orientation adoptée par les communautés de l'Association Arbours s'est éloignée, comme nous le verrons, de cette idée d'offrir uniquement un refuge pour libérer la folie. Ses communautés sont beaucoup plus organisées en fonction du voyage à travers la folie par la thérapie individuelle et par, le cas échéant, un séjour dans un centre de crise spécialement conçu pour recevoir les résidents en phase de régression.

a) *L'approche conceptuelle*

Comme il n'est pas dans notre propos de disserter sur les bases théoriques du mouvement antipsychiatrique, nous allons essayer de nous en tenir à un concept central, soit celui de la métanoïa.

En effet, la croyance essentielle qui sous-tend toute l'organisation des services à Arbours est que la psychose est un événement cyclique comprenant une période de fragmentation psychique suivie d'une période de reconstruction sur le plan émotionnel. Dans cette perspective, les expériences, même les plus bizarres, peuvent être comprises et les souffrances émotionnelles peuvent prendre un sens positif. Les psychotiques ont donc besoin d'espace, de temps ou d'encouragement pour faire, être et devenir ce qui leur a toujours été interdit d'être auparavant.

Cette approche consiste donc à laisser s'opérer la métamorphose inhérente à l'expérience psychotique. Pour y arriver, on a créé des milieux de vie, c'est-à-dire trois communautés et un centre de crise, qui sont des lieux où l'individu peut se reconstruire mentalement, physiquement et spirituellement.

b) *Le fonctionnement*

Nous nous attarderons plus longuement sur le fonctionnement des communautés, car on en parle peu dans la littérature qui leur est consacrée. J.P. Fabre (1978), psychiatre français qui a vécu pendant 9 mois dans l'une des communautés de l'Association Arbours, est celui qui décrit le plus en détails ce qui s'y passe dans un mémoire présenté à l'Université de Bordeaux. Par contre, Joe Berke, dans un livre intitulé *L'Homme Papillon* (1977) explique plus en détails le fonctionnement du centre de crise.

Fondée en 1970, l'Association Arbours gère à l'heure actuelle trois communautés et un centre de crise. Elle peut abriter en même temps un total d'une trentaine de personnes. Elle ne reçoit aucune subvention officielle. Elle subsiste grâce au loyer que versent les résidents et aux dons. Son fonctionnement est basé sur le bénévolat.

L'Association regroupe un ensemble de services, c'est-à-dire les communautés, le centre de crise, les centres d'activités de psychothérapie individuelle et le programme de formation pour psychothérapeutes. Pour les fins de notre exposé, nous allons surtout centrer notre attention sur le fonctionnement spécifique des communautés tout en n'oubliant pas qu'elles font partie d'un ensemble, dont l'élément original reste le centre de crise.

Le nombre d'occupants d'une communauté est déterminé en fonction de la taille de la maison : chaque habitant doit avoir sa propre chambre et des pièces communes doivent être réservées pour la vie de groupe. Le nombre varie de 7 à 12 résidents. Il est important de signaler, au départ, que les personnes vivant dans les communautés y font le plus souvent des séjours assez longs, qui peuvent s'étendre de plusieurs mois à plusieurs années. La communauté n'est pas, pour les résidents, un lieu de passage ou une période de transition précédant la vie à l'extérieur, c'est leur maison, leur «chez-eux». Ils sont les maîtres de la maison et sont donc les seuls à prendre les décisions concernant la vie qu'ils y mènent. Par exemple, chaque occupant est responsable de l'aménagement et de la décoration de sa chambre, alors que le groupe décide en commun de ce qui concerne les pièces communes.

Dans la maison, chaque personne est responsable de l'utilisation de son temps. Elle n'est pas obligée de suivre un horaire ou encore de faire des activités programmées. Elle est libre de s'isoler ou de se joindre au groupe dans les pièces communes. C'est par consensus que les résidents se retrouvent ensemble autour de la table pour le repas du soir, moment fort de la vie en commun. D'autre part, ils participent habituellement aux réunions de groupe (House Meetings) et ils sont présents quand une nouvelle personne rend visite à la communauté dans l'intention de s'y joindre (Visitor's Night).

Ils se répartissent les tâches ménagères concernant les pièces communes, de même que la préparation du repas du soir et la vaisselle. Il peut arriver que l'un d'entre eux soit exempté de ces tâches, surtout s'il est en période de «décompensation»; mais les résidents semblent assez imbus de leur responsabilité individuelle pour que de telles situations ne durent pas longtemps.

La participation financière de chaque habitant à la vie de la maison est obligatoire, mais elle se fait selon les possibilités financières de chacun.

Les modalités d'admission exigent que la personne qui fait une demande contacte par elle-même l'Association Arbours. En effet, vivre dans une communauté ne doit en aucune manière être le résultat d'un «placement» mais d'une démarche librement consentie par la personne concernée. Cette condition est très importante et a pour but de briser dès le départ le cercle vicieux de «déresponsabilisation» qui est souvent l'apanage des services offerts aux «malades mentaux».

La procédure d'admission utilisée est celle d'une soirée de rencontre, par laquelle les résidents de la communauté prennent le temps de décider s'ils peuvent et s'ils désirent admettre un nouveau membre dans le groupe. L'unanimité des membres est nécessaire pour admettre quelqu'un. Si l'un des résidents oppose son veto, le nouveau membre ne sera pas admis.

Une fois admis, le résident devient membre à part entière de la communauté. Il est important de souligner qu'il doit se soumettre à deux règles générales, qui s'appliquent d'ailleurs à toutes les communautés de l'Association Arbours : ne pas attenter à ses jours et ne pas mettre en péril la vie d'un autre résident. «Ces 2 règles sont vitales pour

l'Association qui risquerait de disparaître si un suicide ou un crime était commis dans l'une des communautés. Elles sont scrupuleusement respectées par les résidents, même les plus perturbés. Il est en effet fait appel à leur responsabilité : tous savent que les conséquences seraient très graves pour l'Association». (Fabre, p. 4)

La plupart des résidents des communautés choisissent de suivre une psychothérapie individuelle avec un thérapeute extérieur à la communauté. Ils choisissent eux-mêmes leur thérapeute et le type de thérapie qu'ils veulent suivre. Il semble que tous acceptent facilement le principe de la psychothérapie, étant donné leur désir de changer de vie et, surtout, de ne plus être traités comme des malades mentaux. Ces psychothérapies ont toujours lieu à l'extérieur de la maison et ne font donc pas partie de la vie de la communauté.

La plupart des nouveaux arrivants sont sous médication antipsychotique. L'Association n'intervient pas quant à la cessation ou la continuation de la médication, selon le principe que cette décision appartient au patient et au psychiatre qui lui a prescrit ces médicaments. On a observé que le nouvel arrivant garde habituellement sa médication jusqu'à ce qu'il se sente intégré à la communauté après quoi il l'abandonne généralement.

Chaque maison a deux psychothérapeutes membres de Arbours. Les résidents ont la possibilité de les choisir. Ces psychothérapeutes vont habituellement deux fois par semaine prendre le repas et passer la soirée avec la communauté. «Leur fonction est de permettre une meilleure verbalisation des conflits interpersonnels existant au sein de la maison. Leur position qui est à la fois d'appartenir à la communauté et à la fois de venir de l'extérieur leur permet d'apporter une clarification à certains problèmes qui, de l'intérieur, paraissent inextricables. Ils ont aussi le rôle d'assister la communauté et peuvent être appelés à l'improviste si une crise grave et urgente surgit dans celle-ci. Le «House Therapist» a alors un rôle important de sécurisation à jouer.» (Fabre, p. 44)

Il semble que les résidents parviennent habituellement à régler entre eux les situations de crise. Ils font preuve d'une grande ouverture d'esprit et d'une grande tolérance entre eux, et un soutien très efficace se développe dans leurs interrelations. Cependant, si l'état de crise dépasse les capacités

de tolérance du groupe, un résident peut être invité à aller séjourner au centre de crise où, mieux contenu, il pourra laisser son expérience psychotique se dérouler avec l'aide des deux thérapeutes qui y vivent en permanence.

Il n'y a donc pas de thérapeutes en permanence dans les communautés. Il y a souvent dans la maison une personne ayant une formation de psychothérapeute ou en train de l'acquérir, mais elle n'a pas de statut particulier et doit donc se soumettre aux mêmes règles que les autres résidents. Cette personne n'est pas considérée comme responsable du groupe et n'y exerce pas un rôle spécifique. Pour être admis, elle a dû passer par le même processus que les autres résidents. C'est ainsi que J.P. Fabre a pu vivre 9 mois dans une des communautés.

Il serait intéressant de rappeler ici quelques critiques faites par ce dernier suite à son séjour au sein de cette communauté. Selon lui, l'importance donnée à la psychothérapie individuelle extérieure à la communauté ainsi que la possibilité, pour un des résidents en état de crise, d'être admis au centre de crise font en sorte que les membres de la communauté deviennent de moins en moins tolérants envers la détresse émotionnelle d'un des leurs. Fabre a constaté que les membres cherchent surtout à préserver l'atmosphère de calme de leur communauté au détriment de l'aide qu'ils pourraient s'apporter les uns les autres. Dans ce contexte, la dynamique du groupe devient secondaire car les problèmes se règlent à l'extérieur de la communauté et le voyage à travers la folie se fera de plus en plus dans le cabinet du thérapeute individuel plutôt que dans la communauté.

3. La Maison de la Baisse

Ce lieu de vie pour psychotiques a été ouvert en 1979, à Lyon. C'est une expérience pilotée par une équipe psychiatrique de secteur.

a) Approche conceptuelle

À la Baisse, Sassolas et son équipe (1981) se réfèrent à une grille psychanalytique plus classique. On voit la symptomatologie psychotique comme le reflet et le résultat des blocages effectués par les processus affectifs inconscients. Les résistances

très grandes présentées par les psychotiques au traitement sont liées, selon eux, à la finalité a-conflictuelle de la psychose, dont les processus inconscients ont pour objectif de protéger la personne contre l'émergence d'un conflit intra-psychique.

Dans cette perspective, c'est la relation née entre le patient et le thérapeute qui devient le levier d'une possible évolution intra-psychique du patient. Cette primauté de la relation thérapeutique individuelle se répercute dans l'organisation des soins de l'équipe Sassolas. Selon cette équipe, un projet de traitement des troubles psychotiques doit, pour être fructueux et cohérent, s'appuyer sur une prise en charge psychothérapique appropriée et sur un milieu de vie adéquat.

La principale caractéristique de ces milieux de vie pour psychotiques est, selon Sassolas, le refus de céder au vertige de la «réparation», c'est-à-dire le refus de créer une situation où les soins viendraient suppléer par leur existence même aux manques du patient. Car une véritable démarche thérapeutique avec les psychotiques consisterait à les rendre peu à peu capables de ressentir leurs manques sans pour autant qu'ils soient détruits par la haine que soulève en eux le fait de les reconnaître (au lieu de les dénier, comme ils faisaient jusqu'ici dans leur folie). La problématique même posée par la personne psychotique situe d'emblée non seulement la structure, mais encore plus les thérapeutes, dans une relation affective dont les deux pôles sont la surprotection et l'abandon. Comme il n'y a pas de structure (aussi démocratique soit-elle) qui puisse assurer par elle-même l'équilibre entre ces pôles, le rôle des thérapeutes consiste alors à se mouvoir entre ces embûches dans une perspective dynamique.

C'est ici que nous voyons l'avantage d'une structure administrative et gestionnelle légère, dans le sens qu'elle permet de changer de cap plus facilement que dans le cas d'une structure hospitalière ou institutionnelle traditionnelle.

b) *Le fonctionnement*

Comme nous avons déjà donné un long compte-rendu du fonctionnement de la Maison de la Baisse dans cette revue (volume VI, numéro 2, novembre

1981), nous allons en faire ressortir très schématiquement ici les principales caractéristiques.

- Nombre de résidents : 7
- Financée par la participation financière des résidents et par la Sécurité Sociale.
- Existence d'un gestionnaire non thérapeute qui s'occupe de la gestion financière pour éviter que des conflits d'argent puissent détruire la Maison.
- Y résident aussi 2 stagiaires dont le rôle est de participer pleinement à la vie de groupe avec l'identité privilégiée que leur donne leur statut de bien-portants. L'essentiel est qu'ils soient présents.
- Deux membres de l'équipe soignante constituent les correspondants extérieurs au lieu de vie. Leur rôle est d'assurer un système de régulation des conflits. Une fois par semaine, chacun d'eux participe à une réunion avec tous les habitants du lieu de vie.

Les objectifs de ces réunions sont :

1. de faciliter la communication entre les résidents dont les difficultés relationnelles sont autant d'entraves à une vie communautaire ;
2. d'être un lieu d'expression et de régulation des conflits issus de la cohabitation ;
3. d'être un organe de décision en ce qui concerne la vie quotidienne du lieu de vie, c'est-à-dire de décider à propos des locaux, de l'argent à mettre en commun pour la nourriture, de l'admission et de l'exclusion de membre(s), etc.

CONCLUSION

Dans cet article, nous avons retracé les origines du concept de communauté thérapeutique, et en avons fait l'histoire jusqu'à nos jours. Après avoir constaté les effets négatifs des institutions psychiatriques existantes sur le traitement des patients, Maxwell Jones et ses collègues élaborèrent dans les années 50 un modèle de lieu de traitement qui maximiserait les possibilités de changement des clients. Ils conçurent une organisation sociale particulière dont les buts étaient doubles : traitement et réadaptation. Le traitement « signifie toutes les mesures prises par n'importe quel individu apte à le faire qui ont pour objectif immédiat de modifier la personnalité de l'individu dans le sens d'une meilleure intégration psychique » (Rapo-

port, 1974, 47) alors que le terme réadaptation « désigne les mesures qui ont pour objectif immédiat d'adapter une personnalité donnée aux exigences d'un système social » (Rapoport, 1974, 47). Pour ce, ils modifièrent les modes de communication et les mécanismes traditionnels de prise de décision, permirent de nouvelles formes de leadership, et créèrent une culture thérapeutique propice à la participation des patients à la vie quotidienne de l'institution. L'outil privilégié pour assurer cette participation était l'intervention de groupe. Quant à l'approche thérapeutique, elle s'inspirait fortement de la dynamique de groupe de Kurt Lewin (1964).

Cette approche sociale s'adressait principalement aux individus souffrant de troubles de comportement. Pour les praticiens qui l'utilisèrent avec des psychotiques, elle se révéla limitée conceptuellement. C'est ainsi qu'apparut à la fin des années 60 un groupe de psychiatres, dits antipsychiatres, lesquels vont chercher non plus à transformer l'institution psychiatrique, mais à créer un nouveau milieu de vie conforme à leur conception de la psychose. Cette conception peut être résumée par les concepts de métanoïa, du double lien et d'analyse de la communication familiale. Ces nouveaux milieux de vie furent Kingsley Hall et, par la suite, Arbours Association et Philadelphia Association, à Londres, et la Baisse à Lyon.

Ces trois associations ont des buts différents l'une de l'autre. À la Philadelphia Association, il ne s'agit pas de traiter mais de donner à des psychotiques des lieux qui leur permettent de vivre leur folie (métanoïa). C'est une « alternative way of life ». À Arbours Association et à la Baisse, la communauté est un milieu de vie supportant qui permet aux résidents de vivre dans une atmosphère de tolérance et d'acceptation. L'outil d'intervention est la psychothérapie individuelle, d'orientation analytique, plus particulièrement kleinienne.

Aux États-Unis, la communauté thérapeutique aura aussi un certain retentissement. Plus spécifiquement, l'analyse sociale du traitement des psychotiques au sein des institutions hospitalières sera reprise par Mosher et Menn par l'intermédiaire du concept de « barrières ». Ce concept désigne les divers obstacles à la relation thérapeutique engendrés par la structure hospitalière. Ces barrières sont : le modèle médical, le

nombre, la structure sociale et l'utilisation de la médication.

Quant à nous, en décembre 80, nous avons aussi créé un milieu de vie pour psychotiques, appelé la *Chrysalide*. Nous avons adhéré à la conception dynamique de la psychose de Sassolas et à l'analyse des barrières de Mosher et Menn. Nous nous sommes toutefois distingué des expériences précédentes sous trois aspects : aucun stagiaire n'habite le milieu de vie ; nous intervenons thérapeutiquement lors de la réunion de groupe au moyen de la dynamique de groupe, combinée à une grille de compréhension analytique des comportements et du contenu psychique des résidents ; parallèlement à cette approche, nous demandons enfin aux résidents de s'engager dans une psychothérapie individuelle. Ce milieu et cette approche sociale sont décrits dans la deuxième partie de cet article intitulé *La communauté thérapeutique. Deuxième partie : La Chrysalide*. (publié dans le présent numéro, pages 122-134).

NOTES

1. D.V. Martin (1969) a très bien décrit le fonctionnement de ces institutions. La structure sociale de l'hôpital est autoritaire. Son but est d'assister et de contrôler les malades plutôt que de les aider. Son bon fonctionnement dépend de la soumission des malades. Pour les soumettre, les moyens utilisés iront de la fermeture des portes à la lobotomie pré-frontale. Ce système s'appuie donc sur un contrôle répressif des tendances affectives, ressenties comme mauvaises par les malades et le personnel. Il est de plus renforcé par une peur consciente ou inconsciente des malades et du personnel infirmier.

Le système d'autorité est fondé sur une hiérarchie clairement définie. La conséquence de cette structure autoritaire est que les communications à l'intérieur de l'hôpital s'effectuent à sens unique, de haut en bas. Cela engendre alors à tous les paliers des nœuds de tension, de frustration et d'anxiété qui ne peuvent se dénouer ou se détendre d'aucune façon, si ce n'est dans d'impropres exutoires, tels les ragots et les commérages.

Dans ce système, le malade est dépendant des autres. Cette dépendance à l'autorité lui donne certes une sécurité qui apaise ses symptômes, mais elle lui enlève la motivation nécessaire pour résoudre ses problèmes. De plus, il est obligé d'accepter les décisions sans contester et doit s'enfermer dans la chronicité pour survivre. (Le système est conçu pour lui et non avec lui). Il devient alors très anxieux face à l'émergence de ses pulsions, à cause des réactions répressives qu'elles risquent d'engendrer.

Ce système a aussi des incidences sur le personnel médical et infirmier. Il favorise évidemment le médecin.

Sa tâche est allégée, et son statut en est renforcé. L'infirmier s'y sent rassuré mais il perd sa spontanéité et sa liberté dans ses rapports avec les malades. Il affecte même ses réactions aux comportements perturbateurs et socialement inacceptables des malades. Pour leur part, Clark et Yeomans (1969) disent que l'organisation hiérarchique traditionnelle est conçue en fonction d'une orientation biologique et individuelle. L'atmosphère y est anti-thérapeutique, car une hiérarchie de pouvoir rigide engendre l'uniformité, restreint la communication, paralyse l'initiative du personnel et accroît la dépendance du patient.

2. Selon Manning, en plus d'être une méthode de thérapie, la communauté thérapeutique est aussi un mouvement social. Un tel mouvement connaît habituellement trois étapes :

«an early-stage of unrest, perhaps with certain surrounding social strains or tensions; an enthusiastic mobilization or popular appeal, when the movement takes off; and a final stage of institutionalization when there is often goal displacement and stagnation». (Manning in Clark, 1977, 561).

La communauté thérapeutique en est à la troisième étape. Depuis 1950, son influence a en effet continuellement décliné. En fait,

«As with many psychiatric innovations, early partisans felt that the therapeutic community was panacea. Now, it has more limited but more realistic aims : providing therapeutic resources for certain problems; gaining experience in organization development, in close association with a tolerance for self-criticism and research. The therapeutic community is coming in from the cold and will continue to play a modest role in the field of residential institutions through its special experience of individual and social process». (Manning in Clark, 1977, 561-2).

S. Whiteley (1979) parle aussi de trois périodes. Dans la première décennie (1950-60), on applique avec enthousiasme les concepts de la communauté thérapeutique. De 1960-70, son implantation est freinée car apparaissent d'autres alternatives de traitement (par exemple, les neuroleptiques). Durant cette période, certains concluent même à sa faillite et des institutions s'inspirent à nouveau du modèle médical pour traiter les patients (selon Clark, 1977, seulement six institutions anglaises seraient des communautés thérapeutiques en 1966). Enfin, depuis 1970, c'est une nouvelle période consacrée à la consolidation de la méthode et à son évaluation. C'est aussi en 1972 qu'est créée en Angleterre l'Association des communautés thérapeutiques (ATC).

3. Main a décrit l'expérience de l'hôpital Northfield comme «an attempt to rise a hospital not as an organization run by doctors in the interests of their own greater technical efficiency, but the community with the immediate aim of the participation of all its members in its daily life and the eventual aim of the resocialization of the neurotic individual for life in ordinary society. Ideally, it has been conceived as a therapeutic setting with a spontaneous and emotionally structured rather than medically dictated organization in which all staff and patients engage». (Clark, 1965, 947).

Il ajoute que son but est : «The socialization of neurotic drives, their modification by social demands

within a real setting, the ego strengthening, the increased capacity, sincere and easy social relationships, and the socialization of super ego demands, provide the individual with a capacity and a technique for stable life in the real world» (Wilmer, 1958, 825).

4. Jones et Rapoport la définissent ainsi : «A therapeutic community differs from other hospital in that it is committed to the idea that social environment and interpersonal influences play an important, though not exclusive, part in the treatment program, and it is characterized by an atmosphere of intimate, spontaneous face-to-face interaction in which lines of communication are relatively free, with to the patients and staff having access to the total body of relevant knowledge in the life of the institution (Wilmer, 1958, 825).

Dans *Au delà de la communauté thérapeutique*, Jones dit qu'une communauté thérapeutique est «une tentative pour réaliser une structure sociale qui renforce et complète les techniques thérapeutiques couramment employées en psychiatrie» (1968, 39).

Filstead et Rossi (1973) la définissent comme «a method of organizing the social structure of a treatment setting to cultivate and take advantage of natural social relationships» (10).

Stubblebine (1973) dit que la communauté thérapeutique «is a forum in which to learn to deal with others and with one's own life in a more selfless, objective, and goal directed manner than has been possible» (in Filstead et Rossi, 1973, 56).

5. Concrètement, les rôles changent pour tous les membres. Ainsi, selon Clark et Yeomans (1969), le médecin devient un membre de l'équipe et son travail est de promouvoir le développement de la communauté et de ses membres, afin que l'intervenant agisse envers le patient d'une manière aidante et thérapeutique. De plus, le travail du médecin est soumis à l'analyse et à la critique des autres membres.

L'infirmier a plus de responsabilités dans le traitement et doit développer de nouvelles habiletés interpersonnelles appropriées à sa tâche.

Le patient n'est plus passif. Il prend une part active dans son propre traitement, utilisant les ressources de la communauté pour explorer ses problèmes, essayer de nouvelles attitudes et de nouveaux comportements, et reconstruire sa personnalité. De plus, il doit assumer sa part de responsabilité dans le fonctionnement de la communauté, le traitement et le bien-être des autres patients.

Les parents et les amis des patients sont encouragés à participer aux efforts thérapeutiques en assistant aux réunions de la communauté.

6. Jones définit ainsi la culture : «the attitudes, beliefs and behaviour patterns which have gradually been built of through time and are common to a large part of the unit» (Jones, 1968, 87).
7. Jones entend par consensus : «a full understanding of the situation by every person present, and a willingness to compromise» (Jones in Filstead et Rossi, 1973, 330). Cela signifie que personne n'a exactement ce qu'il désire et que chacun doit avoir en tête les buts de l'institution et modifier ses choix en fonction des besoins de l'hôpital.
8. Chaque crise a une histoire. La série des événements qui la précèdent, et les relations subséquentes entre les

participants, forment la structure dans laquelle la crise a lieu. La crise elle-même présente sous un jour exagéré et plus net les termes et les conflits subtils qui se sont lentement développés au cours des mois précédents.

9. Dans un hôpital hébergeant beaucoup de patients psychotiques, le fonctionnement est légèrement différent. Ainsi, en 1967, à l'hôpital Dingleton, la réunion de pavillon était en fait un groupe de psychothérapie de 8 et 10 patients. Certains recevaient des neuroleptiques ou des électrochocs. Dans les unités de patients séniles ou débiles, les réunions étaient moins fréquentes ou prenaient la forme de séances de travail ou de distractions de groupe.

RÉFÉRENCES

- BARNES, M., BERKE, J., 1973, *Mary Barnes : un voyage à travers la folie*, Seuil, Paris.
- BASAGLIA, F., 1970, *L'institution en négation*, Seuil, Paris.
- BELKNAP, I., 1956, *Human Problems of a State Mental Hospital*, London, McGraw Hill.
- BERKE, J., 1977, *Butterfly Man*, The Anchor Press Ltd, London.
- BLEANDONU, G., 1970, *Les communautés thérapeutiques*, Éd. du Scarabée, Paris.
- CAUDILL, W.A., 1958, *The Psychiatric Hospital as a Small Society*, Harvard University Press, Cambridge.
- CLARK, A.W., YEOMANS, N.T., 1969, *Fraser House : Theory, Practice and Evaluation of a Therapeutic Community*, N.Y., Springer.
- CLARK, D.H., 1964, *Administrative Therapy*, London, Tavistock.
- CLARK, D.H., 1965, The Therapeutic Community : Concept, Practice and Future, *British Journal of Psychiatry*, III, p. 947-54.
- CLARK, D.H., 1974, *Social Therapy in Psychiatry*, Harmondsworth, Penguin.
- CLARK, D.H., 1977, The Therapeutic Community, *British Journal of Psychiatry*, 131, p. 553-64.
- COOPER, D., 1970, *Psychiatrie et anti-psychiatrie*, Seuil, Paris.
- COOPER, D., 1972, *Mort de la famille*, Seuil, Paris.
- COOPER, D., 1976, *Une grammaire à l'usage des vivants*, Seuil, Paris.
- COOPER, D., 1978, *Le langage de la folie*, Seuil, Paris.
- CROCKETT, R., 1966, Acting-out as a Mode of Communication in the Psychotherapeutic Community, *British Journal of Psychiatry*, 11, p. 383.
- CROCKETT, R., 1966, Authority and Permissiveness in the Psychotherapeutic Community : Theoretical Perspectives, *American Journal of Psychotherapy*, XX, 4, p. 669-76.
- DUNHAM, H.W., WEINBERG, S.K., 1966, *The Culture of the State Mental Hospital*, Detroit, Wayne State University Press.
- DURAND-DASSIER, J., 1970, *Psychothérapies sans psychothérapeute : L'expérience de Daytop*, Epi, Paris.
- ESTERSON, A., 1972, *La dialectique de la folie*, Payot, Paris.
- FABRE, J.P., 1978, *Les communautés antipsychiatriques : une approche différente de la psychose*, Mémoire pour le certificat d'études spéciales de psychiatrie, Université de Bordeaux.
- FOUDRAINE, J., 1975, *La folie qu'on enferme*, Flammarion, Paris.
- GOFFMAN, E., 1961, *Asylums*, Anchor Books, N.Y., Inc., traduit sous le titre *Asiles*, 1968, Les Éditions de Minuit, Paris.
- GREENBLATT, M., LEVINSON, D.J., WILLIAMS, R.H., 1957, *The patient and mental Hospital*, Glencoe, Illinois, Free Press.
- JONES, M., 1952, *Social Psychiatry : A Study of Therapeutic Communities*, Tavistock, London.
- JONES, M., 1968, *Social Psychiatry in Action*, London, Penguin Books.
- JONES, M., 1972, *Au-delà de la communauté thérapeutique*, Simep, Villeurbanne.
- JONES, M., 1977, Communautés thérapeutiques : la théorie et la pratique, *Toxicomanies*, v. 10, p. 45-49.
- LAING, R.D., PHILIPSON, H., LEE, A.R., 1966, *Interpersonal Perception*, Perennial Library, N.Y.
- LAING, R.D., 1971, *Nœuds*, Stock, Paris.
- LAING, R.D., 1969, *La politique de l'expérience*, Stock, Paris.
- LAING, R.D., 1970, *Le moi divisé*, Stock, Paris.
- LAING, R.D., COOPER, D.G., 1971, *Raison et violence*, PBP, Paris.
- LAING, R.D., 1971, *Soi et les autres*, Gallimard, Paris.
- LAING, R.D., 1972, *La politique de la famille*, Stock, Paris.
- LAING, R.D., ESTERSON, A., 1974, *L'équilibre mental, la folie et la famille*, Éditions l'Étincelle, Montréal.
- LECOMTE, Y., TOURIGNY, C., VINCENT, D., 1983, *Paradoxes d'une intervention mixte : en institution et en ressource alternative*, à paraître dans *Actes du premier colloque franco-québécois sur les ressources alternatives*, automne.
- LEWIN, K., 1964, *Psychologie dynamique*, P.U.F., Paris.
- MAIN, T.F., 1946, The Hospital as a Therapeutic Institution, *Bulletin of the Menninger Clinic*, 10, p. 66.
- MARTIN, D.V., 1969, *Aventure en psychiatrie*, Éditions du Scarabée, Paris.
- MOSHER, L.R., MENN, A.Z., 1978, Lowered barriers in the Community : the Soteria Model, in Stein, L.I., Test, M.A., eds, *Alternatives to Mental Hospital Treatment*, Plenum Press, N.Y., p. 75-113.
- NADEAU, L., 1978, La posture pour toxicomanes, *Toxicomanies*, v. 11, p. 143-151.
- NADEAU, L., 1978, Propositions pour l'intervention auprès de femmes alcooliques et toxicomanes, *Toxicomanies*, v. 11, p. 239-243.
- NADEAU, L., 1980, L'itinéraire du groupe d'encadrants dans un centre résidentiel pour toxicomanes, *Toxicomanies*, v. 13, p. 101-110.
- NADEAU, L., 1980, La communauté thérapeutique : un programme de traitement, *Toxicomanies* v. 13, p. 209-16.
- RACAMIER, P.C., CARRETIER, L., 1974, Le foyer thérapeutique. Remarques sur la méthode de soins dans les évolutions au long cours, in Chiland, C., Bequart, P. eds, *Traitements au long cours des états psychotiques*, Privat, Paris.
- RACAMIER, P.C., CARRETIER, L., 1975, Organisation dynamique d'un foyer de cure, *Revue Pratique de Psychologie de la vie Sociale et de l'Hygiène Mentale*, 4, p. 411-28.
- RAPOPORT, R.N., 1974, *La communauté thérapeutique*, F. Maspéro, Paris.

- RICKMAN, J., BION, W.R., 1965, L'étude par le groupe de ses tensions internes, in Bion, W.R., *Recherche sur les petits groupes*, P.U.F., Paris.
- ROSSI, J., FILSTEAD, W.J., 1973, Therapeutic Milieu, Therapeutic Community and Milieu Therapy : Some conceptual and Definitional Distinctions, in Rossi, J., Filstead, W.J. (éds), *The Therapeutic Community*, N.Y., Behavioral Publications, Inc., p. 3-13.
- SASSOLAS, M., 1981, La Baisse. Une communauté thérapeutique pour psychotiques, *Santé mentale au Québec*, VI, 2, p. 143-160.
- SCHATZMAN, M., 1969, Madness and Morals in Berke, J., eds, *Counter Culture*, Peter Owen Ltd, London, p. 290-313.
- STANTON, A., SCHWARTZ, M., 1954, *The Mental Hospital*, Basic Books, New York.
- STUBBLEBINE, J.M., 1973, The Therapeutic Community - A Further Formulation, in Rossi, J., Filstead, M.J. (eds), *The Therapeutic Community*, N.Y., Behavioral Publications, p. 47-57.
- WHITELEY, S., 1979, Progress and Reflections, in Hinshelwood, R.D., Manning, N. (eds), *Therapeutic Communities*, Routledge and Kegan Paul, London.
- WILMER, H., 1958, *Social Psychiatry in Action*, C.C. Thomas, Springfield.

- WILMER, H., 1958, Toward a Definition of the Therapeutic Community, *American Journal of Psychiatry*, 114, p. 824-33.
- WINNICOTT, D.W., 1975, *Jeu et réalité*, Gallimard, Paris.
- WOODBURY, M., 1966, Chestnut Lodge, *L'information psychiatrique*, 42, p. 1079-1125.

SUMMARY

In this article, the authors analyze the evolution and development of the therapeutic community concept in the Anglo-Saxon world. In an initial section, they define this concept and its characteristics. Then they make explicit the key concepts which underlie therapeutic intervention in a typical therapeutic community : that of Maxwell Jones at Belmont Hospital. Finally, on the basis of the work of Mosher and Menn, of Berke, and of Sassolas, they elucidate the criticisms made by the above mentioned authors with regard to the treatment of psychosis practised in the institutional treatment system, and they illustrate the approach proposed by these therapist-theoreticians.