

LE PROJET D'ABSTINENCE, POURQUOI Y CROIRE ?

> Georges van der Straten, Fondateur et directeur du centre Trempoline.

Directeur d'une communauté thérapeutique, Georges van der Straten questionne la notion d'abstinence et ses implications pour la population des personnes dépendantes. Après avoir longtemps tenu le haut du pavé, le modèle de l'abstinence a été fortement disqualifié suite à la généralisation des traitements de substitution et l'émergence d'une philosophie de la réduction des risques. Fort de son expérience, l'auteur entend redorer le blason du modèle de l'abstinence et nous invite à dépasser querelles et controverses entre les différents modes d'intervention, tablant sur leur mise en réseau et leur complémentarité dans l'intérêt des usagers.

Pourquoi proposons-nous aux personnes dépendantes un projet d'abstinence ? Combien d'entre elles sont capables de devenir « abstinentes » après un traitement approprié ? Au nom de quoi est-il légitime de les encourager à devenir abstinentes ? Le prix et les efforts à investir pour atteindre cet objectif sont-ils acceptables et justifiés ? Autant de questions qui nous permettront de saisir ce que l'on entend par « abstinence », de circonscrire les cas et les situations dans lesquels elle semble être la meilleure solution et de passer en revue certaines approches ou outils qui semblent pertinents par rapport à l'objectif qu'elle représente.

1. A chaque époque « sa solution miracle »

Depuis les années 70, nous avons assisté à une succession de « grandes solutions » et de modèles canoniques :

Dans les années 70, les traitements aux produits de substitution étaient autorisés pour des périodes d'environ trois mois mais la maintenance de ces produits à long terme était considérée comme un entretien de toxicomanie. Les communautés thérapeutiques (CT) représentaient alors l'unique solution et l'abstinence le seul objectif possible. La législation de cette époque concernant les traitements de substitution et l'incidence relativement faible de la toxicomanie sur la sécurité publique ainsi que de l'hépatite et du Sida sur la santé publique pouvaient justifier ce choix.

Au cours des années 80, l'apparition du Sida et la croissance rapide du nombre de toxicomanes ont contraint le législateur à trouver d'autres solutions pour endiguer l'épidémie et traiter la majorité des toxicomanes qui n'étaient pas motivés par les programmes d'abstinence. Ainsi l'Etat se résout-il, dans le milieu des années 90, à autoriser les médecins à prescrire des produits de substitution pour

des durées indéterminées. Ces traitements font alors figure de nouvelle panacée contre la dépendance. Et pour cause, l'héroïnomane « sous méthadone » semble pouvoir mener une vie normale. Grâce à son traitement, il peut désormais travailler et n'est plus contraint de voler. Bref, il est en mesure de s'insérer dans la société. Dans ce contexte, le « projet d'abstinence » défendu par les groupes de « self-help » et les CT apparaît obsolète. Or, bien que les traitements de substitution ont répondu aux attentes de certains héroïnomanes, à l'instar des CT et de leur projet d'abstinence, le rêve de « solution miracle » était trop simple (ou simpliste) pour atteindre son but. Dans de nombreux cas, les patients sous substitution continuent à consommer de l'héroïne ou passent à la cocaïne afin de ressentir de nouvelles sensations. Dix ans plus tard, nous observons que pour de nombreux patients, la dépendance n'est pas passée de l'héroïne à la méthadone mais s'est plutôt muée en une dépendance simultanée à deux produits : l'héroïne et la méthadone. En outre, on constate que de nombreux cocaïnomanes recourent à la méthadone pour amortir le syndrome du « crash » et deviennent ainsi dépendants à la méthadone en plus de la cocaïne. Au final, il est donc apparu que, ni les cures de substitution, ni les CT ne suffisent pour résoudre le problème de la toxicomanie.

A partir des années 2000, la progression du Sida et de l'hépatite C ainsi que l'usage accru de « nouvelles drogues » telle que l'ecstasy et la recrudescence du phénomène de poly-consommation ont ouvert la voie à une nouvelle approche non médicale qui semblait plus réaliste pour les usagers de drogues auxquels les CT et les traitements de substitution ne convenaient pas. S'affichant comme pragmatique et refusant la stigmatisation des usagers de drogues, l'approche dite de réduction des risques (RDR) vise seulement à limiter les risques et les dommages, non pas la consommation de drogues en tant que telle. Il s'agit avant tout d'informer le public des techniques qui réduisent ou augmentent les risques de transmission de maladies ou d'overdose et d'apprendre

Les communautés thérapeutiques

Apparues aux Etats-Unis à la fin des années 50, les communautés thérapeutiques (CT) sont des lieux de vie communautaire accueillant des usagers de drogues. Leur prise en charge se fait aussi bien par les éducateurs que par les pairs (envisagés comme une famille chaleureuse et exigeante). La vie collective et ses lois étant considérées en elles même comme thérapeutiques, ces lieux de vie ont pour objectif de conduire le toxicomane vers la réinsertion sociale, professionnelle et affective. Le terme de CT s'applique à la fois à l'institution et à une prise en charge de la toxicomanie faisant de l'environnement le facteur essentiel d'une modification du comportement et du maintien de l'abstinence. Aux yeux du grand public et de nombreux professionnels du secteur, les CT ont souvent mauvaise presse. Elles évoquent les institutions coercitives américaines et leurs dérives sectaires ainsi que l'association Le Patriarce, si controversée. Elles n'en représentent pas moins, de par le monde, l'une des principales modalités de traitement des toxicomanes.

à tous les consommateurs comment développer un « usage géré ou raisonnable » Comme toute idée neuve, la réduction des risques a semblé révolutionnaire et prometteuse. Dix ans plus tard, il apparaît que la RDR a été essentiellement bénéfique dans la lutte contre le SIDA, mais s'est montrée parfois contre-productive sur le plan de la prévention des assuétudes. Il va sans dire que cet effet indésirable de la RDR pose un important problème en termes de santé publique globale.

A l'orée de cette nouvelle décennie, la progression du nombre d'usagers de drogues qui demandent un traitement pour assuétude ou pour des problèmes associés à la consommation nous oblige à reconsidérer également les ambitions de la RDR. En plein âge d'or des neurosciences, certaines firmes pharmaceutiques nous prédisent l'apparition de nouveaux remèdes miracles tels que des vaccins contre la cocaïne, le cannabis ou l'héroïne. Une évolution qui soulève de nouvelles questions éthiques : faut-il faire des vaccins multiples aux poly-toxicomanes ? Ces vaccins suffiront-ils à apaiser leur souffrance existentielle et à leur donner une vie de qualité ? Faut-il vacciner préventivement les adolescents à haut risque ?

En définitive, chacune de ces approches présente des avantages et connaît des succès réels, mais aucune d'entre elles ne se suffit à



elle-même pour renverser la tendance de ces trente dernières années : l'augmentation des consommations abusives de substances légales et illégales. Aucune n'a pu endiguer tous les dommages collatéraux de ces abus ; d'où, peut-être, le regain d'intérêt pour la question de l'abstinence.

2. Qu'entend-on par « abstinence » ?

Comme tous les mots, le terme « abstinence » souffre plusieurs interprétations :

a) *Abstinence radicale*

Pour les Alcooliques Anonymes (AA) ou les Narcotiques Anonymes (NA), le terme est clair : il s'agit de ne plus consommer aucune substance psychotrope, excepté éventuellement celles qui seraient indispensables et prescrites par un médecin (par exemple, un antidouleur

à l'occasion d'une opération). L'avantage de cette conception est sa simplicité et sa clarté. « Rien ! » est compris par tous et ne rien consommer est la meilleure façon de ne pas rechuter.

b) *Abstinence personnalisée*

Pour une CT, l'abstinence est un moyen d'apprentissage et non un but en soi. Elle constitue une expérience de vie permettant d'apprendre énormément de choses sur soi et sur les autres. « Quels sont les émotions et les besoins qui apparaissent quand je suis en manque ? », « Suis-je capable de gérer cette frustration sans consommer ? », « Que se passe-t-il quand je parle à autrui de ces frustrations et que je leur demande de l'aide ? », « Que se passe-t-il si je fais cela pendant des semaines et des mois ? ». En pratique, de semaine en semaine, j'apprends à me connaître, à gérer mes besoins sans passer par les drogues et à vivre en société. En fin

1 Une prise en charge de ce type est, par exemple, proposée dans le cadre du programme de jour développé par l'ASBL Phénix à Namur. (<http://www.asblphenix.be>).

de traitement, j'ai la preuve que je suis capable d'affronter de multiples situations difficiles et stressantes et de les résoudre sans recourir aux drogues. Le thérapeute et le patient doivent toutefois être conscients que, pour un ex-toxicomane, le risque de rechute est chronique et que, s'agissant de la consommation de psychotropes, ils devront être vigilants, chaque jour et pour le reste de la vie de l'ex-usager. En effet, une consommation modérée d'une substance proche de celles dont on a déjà été dépendant est impossible pour l'immense majorité des toxicomanes et ex-toxicomanes.

La plupart des CT ont une interprétation de l'abstinence moins stricte que celle des AA ou des NA. En effet, on a pu constater que certains anciens héroïnomanes étaient capables de consommer de l'alcool avec modération. Il s'agit donc de choix personnels de l'ancien patient de s'abstenir de toute substance psychotrope ou de s'autoriser un usage modéré et très prudent de certaines substances auxquelles il n'a pas été dépendant. Par ailleurs, les CT ont dû modérer le recours à l'abstinence pour certains patients qui, au bout de plusieurs essais de traitement, n'arrivaient pas à vivre complètement abstinents et menaient cependant un mode de vie considérablement amélioré par rapport à ce qu'ils avaient connu avant leur programme thérapeutique. La position binaire des CT face à ce public (abstinence ou échec) apparaissait brutale et irrespectueuse des progrès qu'ils avaient accomplis. Cela signifie-t-il que les CT ne doivent plus viser l'abstinence mais uniquement une amélioration du mode de vie ? Auquel cas, elles s'aligneraient sur les objectifs des traitements de substitution et de la RDR. Mais est-ce bien là leur rôle ?

c) L'abstinence comme projet

L'abstinence peut également être un but relativement lointain pour des personnes qui, après plusieurs tentatives de changement, constatent leur incapacité à réduire les dommages liés à leur consommation. L'environnement dans lequel elles vivent, la fragilité de leur motivation et les limites de l'assistance qu'elles peuvent recevoir font qu'elles peuvent s'inscrire dans

un projet thérapeutique visant l'abstinence et comptant plusieurs étapes avant le sevrage, ainsi que la possibilité de poursuivre le même traitement après une éventuelle rechute.¹

3. L'abstinence, une proposition radicale et inconfortable.

Quelques raisons de ne pas croire au projet d'abstinence :

Depuis 30 ans, le projet d'abstinence des CT a souvent été mis en question. Nombreux sont les intervenants en toxicomanie, les médecins, les policiers et les juges n'ayant jamais rencontré de toxicomanes qui s'en sortent et ne connaissant que ceux qui rechutent. Pourquoi dès lors faut-il des CT, d'autant que les traitements de substitution semblent fonctionner ? Qui plus est, la majorité des toxicomanes qui entament un projet d'abstinence ne vont pas jusqu'au bout de leur traitement et parmi ceux qui arrivent en phase de réinsertion, il faut encore compter un taux significatif de rechutes. Les CT constatent elles-mêmes qu'un énorme fossé se creuse entre, d'une part, les traumas et les carences de la population qui entre en traitement et, d'autre part, le haut seuil d'exigence d'autonomie et de performance requis dans la phase de réinsertion sociale. Proposer l'abstinence à des personnes en perpétuelle rechute a-t-il un sens ? Ne faut-il pas plutôt considérer la toxicomanie comme une maladie chronique ? Dans une société postmoderne qui reconnaît à chaque citoyen le droit de faire ses propres choix de vie en matière sexuelle, religieuse, etc., sur quelle base lui interdirait-on de consommer les produits de son choix ? Où commence l'inacceptable ? Qui est en droit d'intervenir ? Qu'est-ce qui permet aux CT de croire que le chemin vers l'abstinence est inséparable de certaines valeurs et souffrances ? Qui a le droit d'imposer à autrui des valeurs et des souffrances ?

En décalage culturel

L'abstinence est un modèle culturel en profond décalage avec le modèle de « consommation » qui imprègne la société actuelle. Le projet de dépassement de la dépendance proposé

les CT entre également en contradiction avec la relativisation des valeurs et l'estompement des normes de notre environnement, ainsi qu'avec une conception pragmatique qui invite à renoncer à des objectifs trop ambitieux. Le projet d'apprendre à vivre sans drogue relève d'une philosophie humaniste selon laquelle l'individu a besoin du groupe et de la référence à la loi pour se développer. Dans cette optique, la collectivité doit, en outre, avoir pour but de développer chaque personne au maximum de ses capacités. Cette philosophie, en vogue après la deuxième guerre mondiale, se trouve actuellement marginalisée par deux nouvelles approches :

- d'une part, l'idéologie empiriste et ultralibérale qui accorde la priorité à la rationalisation des parcours de soins, à la réduction des dépenses publiques, au sécuritaire, à la vérité des statistiques et mise beaucoup sur les approches biochimiques proposées par les milieux médicaux et pharmaceutiques ;
- d'autre part, les courants des « droits individuels » qui forment un deuxième courant philosophique contestant l'abstinence en tant que principe ou projet de vie ayant une valeur propre. A l'instar de Foucault, Nietzsche et d'autres théoriciens de la postmodernité, ses défenseurs revendiquent le droit de chaque adulte à vivre selon sa propre philosophie. Pour eux, rien ne dépasse le droit de l'individu à disposer pleinement de soi pour atteindre son plaisir maximal et l'Etat n'a pas à lui imposer de valeurs ou une morale particulière.

Aujourd'hui, pour qu'une approche de la toxicomanie soit reconnue comme légitime, il est indispensable de tenir compte de certains aspects de chacun de ces trois grands courants de pensée.

Clivages et polémiques

Pendant de nombreuses années, le projet d'abstinence proposé par les CT s'est heurté à

l'incompréhension de confrères qui s'étaient spécialisés dans d'autres approches de la toxicomanie et au désintérêt des médias et les décideurs politiques. En outre, les simplismes et les amalgames véhiculés à propos de l'abstinence, des traitements de substitution et de la RDR ont occasionné des polémiques stériles, défavorables à une collaboration de tous les services et de toutes les approches en vue d'offrir à chaque type d'usager la réponse qui lui convenait le mieux en fonction de la situation où il se trouvait. Toutefois, depuis une dizaine d'années, l'expérience acquise par chacun et la prise de conscience de la relativité de nos solutions ont favorisé un certain respect mutuel et même, dans certains cas, un travail en réseau très constructif pour les patients.

Est-ce qu'on tourne en rond ?

Y-a-t-il une lumière au bout du tunnel ? Cette question hante beaucoup d'usagers de longue date, de praticiens, voire de simples citoyens intéressés par la problématique. D'autant plus si ces derniers n'ont jamais rencontré d'ex-toxicomanes stabilisés. Or, il faut savoir qu'une personne dépendante ne dispose pas des moyens nécessaires à la réalisation de ses rêves. Elle a besoin de la force et de modèles de vie puissants proposés par des intervenants compétents pour construire progressivement le chemin qui lui permettra de réaliser ses objectifs. En effet, comment un patient peut-il croire que l'abstinence est possible si les intervenants qu'il rencontre n'y croient pas ? Cette question est particulièrement aiguë pour des usagers de longue date. N'a-t-on mieux à leur proposer qu'une substitution à vie ou qu'une RDR à vie ?

Si nous n'y croyons pas...

On observe, aussi bien en milieu scolaire et familial que dans le traitement des toxicomanes, un parallèle saisissant entre les convictions des intervenants adultes quant au potentiel des jeunes ou des patients et la croyance de ces derniers en leur propre potentiel. Cela joue en positif (effets de renforcement de la motivation) comme en négatif (recul de la motiva-

tion). Comment, par exemple, des professionnels confrontés quotidiennement à des usagers qui reviennent sans cesse à la rue après de multiples essais de traitement trouveront-ils des modèles leur permettant de croire avec force qu'il est possible d'en sortir ? Comment, dans ces conditions, pourront-ils renforcer la motivation des usagers qui voudraient s'en sortir ? De plus en plus de praticiens considèrent la toxicomanie comme une maladie chronique et, comme pour un traitement de diabétique, déconseillent aux patients d'interrompre un traitement de maintenance à la méthadone au risque de rechuter, de confirmer la mauvaise image de soi et éventuellement de nuire d'avantage à sa santé et à son insertion sociale. N'est-on pas là, face à des prédictions auto-réalisatrices ?

4. L'abstinence comme droit des usagers

En trente ans, nous sommes passés du paradigme de l'abstinence comme devoir à un paradigme d'abstinence comme droit fondamental pour les usagers et comme objectif éducatif légitime pour la jeunesse. Ce changement de paradigme s'est particulièrement illustré en France où les CT ont été bannies à partir de 1981, suite à l'image sectaire et carcérale qu'en avaient retenu les professionnels de la toxicomanie ainsi que la Ministre de la santé de l'époque, Madame Simone Veil. Les praticiens français ont donc été contraints de développer de multiples services d'aide basés sur des approches médicales, psychanalytiques et systémiques ou de mettre en œuvre des chantiers d'insertion sans référence possible à la pratique du mouvement international des communautés thérapeutiques. Le développement des traitements de substitution étant progressivement devenu la norme, aussi bien en service ambulatoire qu'en service résidentiel, les toxicomanes français qui souhaitaient apprendre à vivre sans drogue et sans produits de substitution étaient forcés de gagner l'étranger pour se faire soigner.

Confronté de manière répétée à des toxicomanes inculpés qui déploraient l'impossibilité d'accéder à de tels traitements en France, un magistrat de Paris interpella le Premier Ministre français de l'époque (2002) sur l'anomalie grave que représente, en droit européen, l'impossibilité pour un citoyen d'accéder dans son pays à une offre de soins proposée dans tous les autres pays européens. Suite aux recommandations de la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Toxicomanies (MILDT), le Gouvernement s'engagea finalement par décret ministériel à ouvrir 25 CT « drug free » sur le territoire dans les dix prochaines années. L'apprentissage de la vie sans drogue est donc désormais considéré comme un droit fondamental (et non un devoir) pour tout usager de drogues en Europe.

5. Cohérence et complémentarité

Ces dernières années, il est à noter que plusieurs théories innovantes ont permis à la fois de mieux expliquer le pourquoi et le comment du projet d'abstinence, ses limites, le type de patient auquel il convient et de collaborer, dans un respect réciproque, avec d'autres types d'approches.

La motivation au changement :

Parmi ces théories, celle du cycle du changement proposée par DiClemente et Prochaska² a compté pour beaucoup dans la revalorisation du projet d'abstinence tout en ouvrant de nouvelles perspectives dans la prise en charge des personnes dépendantes. Dans l'esprit de ses auteurs, toute personne en prise avec une problématique de dépendance passe par une série de stades de changement (pré-contemplation, contemplation, préparation, action, maintien, rechute). Dans le premier, celui de la pré-contemplation, la personne dépendante ne croit pas ou ne veut pas croire au changement. Entrée en contemplation, elle en rêve mais n'a pas la force requise pour le concrétiser.

2 Prochaska, J.O. et DiClemente, C.C. *Transtheoretical therapy toward a more integrative model of change*, in *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19(3), 1982, p. 276-287.

A ce stade, une aide appropriée lui est encore nécessaire. La même personne peut ensuite croire et vouloir changer et entre alors en phase de préparation ou d'action. Au final, elle se maintiendra dans le changement ou rechutera. Ce cycle est valable pour tous et concernent toutes les addictions. Dans le cadre d'une prise en charge, il appartient dès lors à l'intervenant compétent d'identifier le stade de motivation au changement d'un patient et d'en tenir compte dans ses interventions. Ce cycle du changement a permis de dédramatiser le phénomène des rechutes tout en laissant intact le projet d'abstinence. En effet, partant du constat que le taux moyen de fumeurs de tabac aux USA a reculé de manière spectaculaire en 20 ans, alors même que l'écrasante majorité des fumeurs de tabac connaissent une moyenne de 5 rechutes dans leurs tentatives de changement, les auteurs en ont conclu que la répétition des cycles après rechute augmente la probabilité de stabiliser le changement. Autrement dit, la rechute constitue une étape quasi inévitable, voire nécessaire, avant d'atteindre l'abstinence et de s'y stabiliser.

Comme nous le disions plus haut, le toxicomane qui rêve de devenir abstinent a besoin du regard confiant et convaincu du professionnel pour pouvoir croire lui-même dans son projet de changement. Mais chaque professionnel (toutes approches confondues), est régulièrement confronté à des situations d'échec ou le meilleur de nous-mêmes et de nos excellentes méthodes n'a pas suffi. Où pouvons-nous alors réalimenter notre croyance dans le changement ? Cette question se pose aussi bien aux équipes des CT qu'à celles de traitements de substitution ou de RDR. C'est ce qui a amené les équipes des CT à entretenir des échanges réguliers au niveau international afin de s'alimenter de l'expérience, des succès et des échecs des meilleurs confrères. Un réseau européen d'échanges de savoirs a d'ailleurs été mis sur pied à leur intention.

La mise en réseau

Si mon expérience professionnelle m'a apporté une conviction fondamentale, c'est que les patients attendent de notre part (les intervenants en général) un minimum de cohérence malgré nos différences. Nous devons être capables de reconnaître réciproquement nos forces et nos limites de telle sorte que nous puissions les aider en étant complémentaires.

Sur ce sujet, on pourra s'inspirer des travaux de Georges De Leon et plus particulièrement de son « Integrated System Approach »⁴. Selon ce modèle, à chaque stade de motivation au changement correspond un type particulier d'intervention. Le choix de la prise en charge résulte donc de l'évaluation du stade où se situe la personne. L'avantage de cette approche est qu'elle permet, à la fois, de décroiser l'offre de services en suscitant leur mise en réseau, et d'ouvrir le champ d'intervention aux différents modèles thérapeutiques. L'efficacité du réseau suppose que les intervenants restent en permanence leurs échanges sur l'intérêt de chaque usager à un moment précis de son parcours. Pour les équipes des CT, cela implique la construction d'une alliance forte au sein de nos équipes et au sein du groupe des patients en traitement, mais aussi avec leurs familles, leurs médecins, les services qui les orientent vers nous ainsi que ceux qui prendront la relève, avec les mutualités qui nous financent via le service de revalidation de l'INAMI, avec la fédération européenne des communautés thérapeutiques (EFTC), le mouvement N.A., des services universitaires, etc. Nous savons, que ni le toxicomane ni nous-mêmes, ne pouvons y arriver seuls. Nous avons besoin des compétences des autres services, mais en ayant conscience de leurs limites afin de leur prêter main forte autant que nous en attendons de leur part.

4 www.ecett.eu

De Leon, G., *Integrated Recovery: A stage Paradigm*, in *Substance Abuse*, vol 17 (n°1), 1996.

5 Ledermann, S., *Alcool, alcoolisme et alcoolisation*, 2 vol. *Travaux et Documents*, Cahier n° 29 et n° 41, INED/PUF, 1956 et 1964.

6. Et les autres usagers ?

J'ai commencé cet article en annonçant que ma réflexion serait centrée sur le groupe des usagers dépendants. Ce que j'ai appris auprès d'eux me permet d'émettre quelques réflexions pour les publics en amont, à savoir les usagers modérés ou responsables ainsi que les usagers à risque et les abuseurs. Si l'on en croit les travaux de Sully Ledermann⁵ concernant la relation entre le taux d'alcoolisme dans un pays donné et la législation nationale réglementant l'accès à l'alcool dans ce même pays, l'importance du sous-groupe alcoolique parmi l'ensemble des consommateurs d'alcool (modérés, à risque, abus, etc.) est proportionnelle à la facilité d'accès à l'alcool, prévue par la législation de ce pays pour l'ensemble des consommateurs d'alcool. Autrement dit, plus la population soutient des réglementations qui limitent l'accès à l'alcool, et qui « pénalisent » donc la majorité des consommateurs responsables ou modérés, moins le sous-groupe alcoolique sera nombreux. Inversement, plus l'accès à l'alcool est facilité pour la majorité de consommateurs modérés, plus le sous-groupe d'alcooliques dans ce pays sera important. Il y a donc une corrélation entre buveurs modérés et buveurs excessifs. Ce qui vaut pour l'alcool vaut probablement pour les autres drogues.

Deux sous-groupes fondamentaux traversent toutes les catégories d'usagers, qu'il s'agisse de consommateurs modérés, abusifs ou dépendants, de substances légales ou illégales : a) les mineurs d'âge, b) les majeurs d'âge. Concrètement, il s'agit de deux sous-groupes qui sont dans des phases bien distinctes de leur développement. Il est démontré que pour l'alcool et pour d'autres drogues il existe un lien certain entre la précocité des premières consommations et la probabilité d'être alcoolique ou toxicomane à l'âge adulte. L'adolescence est donc une période d'apprentissage particulièrement sensible au cours de laquelle les messages adressés par les adultes (parents, professeurs, éducateurs, l'Etat, etc.) devraient être : « ne consomme pas de psy-

La Nouvelle communauté thérapeutique (Academia-Bruylant, 2009)

Georges van der Straten et le professeur Eric Broeckaert se sont entourés de professionnels des communautés thérapeutiques pour rédiger cet ouvrage qui fait l'état de l'évolution des CT depuis leur apparition aux USA jusqu'à leurs développements multiples en Europe. Le livre apporte un éclairage neuf à tous les intervenants en toxicomanie et permet d'articuler l'approche communautaire avec les autres types de services : hospitaliers, aide psychologique, substitution..., dans une optique de travail en réseau.



chotropes tant que tu n'es pas sorti de l'adolescence. Règle tes problèmes de plaisir, de frustration, d'image de toi, d'amour et d'amitiés en parlant et en essayant mille choses plutôt que de te bourrer la gueule ou de te défoncer. Quand tu auras appris cela, il sera encore temps de décider si tu consommes, ce que tu consommes, en quelle quantité, avec qui, et pour quelle raison ? ». L'adolescent a besoin de normes, de messages clairs, de modèles de vie et de limites pour pouvoir bien se développer. Chacun sait que ce n'est pas parce qu'on dit « non » que l'interdit sera respecté. L'adolescence est, en effet, une période d'expérimentation et de transgression, mais l'adulte a la responsabilité de tracer une ligne au-delà de laquelle il estime qu'il y a danger. Si l'adulte ose partager ses sentiments, ses valeurs, ses expériences positives et négatives par rapport à cette limite et son dépassement, l'adolescent disposera d'une référence claire qu'il est libre de franchir ou non. C'est ce que les jeunes sont en droit d'attendre de nous. La collectivité a le droit et le devoir de tracer des limites, de donner des directions et de réagir pour aider les jeunes à grandir. ■