

La Baisse

Une communauté thérapeutique pour psychotiques

The Baisse, a therapeutic community for psychosis

Marcel Sassolas

Volume 6, numéro 2, novembre 1981

Où va la psychiatrie ?

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/030113ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/030113ar>

[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

Sassolas, M. (1981). La Baisse : une communauté thérapeutique pour psychotiques. *Santé mentale au Québec*, 6(2), 143–160.
<https://doi.org/10.7202/030113ar>

Résumé de l'article

L'auteur décrit le fonctionnement et l'évolution d'une communauté thérapeutique nommée « La Baisse ». Fondée en 1979, elle accueille 7 patients psychotiques et un stagiaire. La première partie décrit les principes sur lesquels la communauté est fondée, et la deuxième partie décrit la structure, les participants et les trois étapes à travers lesquelles les patients passent. L'auteur conclut que l'expérience est positive.

LA BAÏSSE Une communauté thérapeutique pour psychotiques

*Marcel Sassolas**

Depuis 1966, l'équipe chargée des soins psychiatriques extra-hospitaliers à Villeurbanne, Santé mentale et Communautés, s'est particulièrement intéressée au traitement au long cours des troubles psychotiques dans la communauté. Elle a créé, en 1968, un service d'hospitalisation à domicile qui nous a donné les moyens de proposer aux patients des rencontres avec nous, dont le rythme et la forme puissent s'adapter aux nécessités fluctuantes de leur pathologie et de leur évolution (Hochmann et Sassolas, 1971; Hochmann, 1971). En 1971, nous avons ouvert le Foyer du Cerisier (Beetschen, 1974; Duvivier, 1974; Sassolas, 1977 et 1979). Cet enfant commun des patients et des soignants se voulait à la fois lieu de rencontre pour un groupe d'utilisateurs et lieu d'habitation pour certains d'entre eux. Il est à l'origine de deux des structures actuelles utilisables dans le cadre de ces prises en charge extra-hospitalières : le lieu de jour du Cerisier ouvert en 1974 (Dill, 1977; Sassolas, 1980), et la Maison de la Baïsse ouverte en décembre 1979.

La première partie de cet article, écrite au début de l'année 1979, tentait une réflexion sur la finalité et les moyens d'action de notre équipe dans ce domaine difficile, et souvent décevant, des soins aux patients psychotiques. Rédigé à usage interne, il constituait un préambule à la création d'un lieu de vie pour patients psychotiques et un projet précis pour cette création. C'est à partir de ce projet que fut ouvert à la fin de cette même année le lieu de vie de la Baïsse, où vivent actuellement sept résidents (Alombert, 1981; Boutin, 1981; Sassolas, à paraître; la

Baïsse, 1981). Réalisation riche de promesses, qui n'aurait sans doute jamais vu le jour sans le dynamisme et l'acharnement de notre ami Roland Iattoni-Gagné, directeur de notre association, aujourd'hui hélas disparu. Elle est largement son œuvre, il a participé à l'élaboration et à la discussion du projet, il a su en faire une réalité, puis il a accompagné avec vigilance ses premiers pas. En filigrane, dans tout ce que nous pouvons dire ou écrire aujourd'hui sur ce lieu de vie, il faut lire les sentiments d'amitié qui nous liaient à lui, et de reconnaissance qui nous lient à son souvenir. Ses attaches familiales québécoises justifient doublement que son nom soit évoqué.

À l'issue de ce texte initial, nous tenterons une confrontation entre ce qu'il soulignait ou annonçait, et ce que nous pensons aujourd'hui de ces deux premières années de fonctionnement.

L'APPROCHE DE TROUBLES PSYCHOTIQUES À VILLEURBANNE, DANS LE CADRE DE L'HOSPITALISATION À DOMICILE : RÉFLEXION ET PROJETS (1979)

Le traitement des troubles psychotiques

Le traitement des troubles psychotiques est une entreprise de longue haleine, lorsqu'il prétend à autre chose qu'à l'extinction forcée des symptômes, et se donne pour objectif de favoriser l'évolution de la personnalité du patient. Celle-ci a été bloquée par les processus affectifs inconscients dont la symptomatologie psychotique en est le reflet et la solution.

Cette solution élaborée par le patient est coûteuse. Il convient, dans un premier temps, de la respecter et de l'utiliser, et non de l'attaquer de front à coups de neuroleptiques ou de conditionnements. Ce sont des conditions pour que s'ins-

* L'auteur est psychiatre à Santé mentale et Communautés, Villeurbanne, France.

taure, entre le patient et les thérapeutes, cette relation suffisamment investie dont les avatars, l'évolution et l'élaboration progressive constitueront l'essentiel du traitement. Toutes les acquisitions de la psychanalyse dans le domaine de la psychose, au cours des vingt dernières années, confirment en effet que de tels troubles sont accessibles à une thérapie fondée sur une compréhension psychanalytique des fonctionnements psychiques, même si son déroulement n'a apparemment rien à voir dans son protocole avec la cure analytique classique. Dans cette perspective, c'est la relation née entre le patient et le thérapeute qui est le levier d'une possible évolution intra-psychique du patient.

La situation de soins doit répondre à deux critères :

1. Elle doit favoriser la création et le maintien d'une relation entre le patient et nous, malgré tout ce qui y fait obstacle :

- son angoisse, sa méfiance, son repliement sur soi, sa passivité, ses tendances interprétatives mégalomanes ou persécutives, ses pulsions destructrices qui s'exercent contre lui-même, contre ceux qui sont affectivement importants pour lui, contre ce qui est source de changement et d'angoisse, c'est-à-dire contre le traitement lui-même.
- notre incompréhension et notre peur devant ses comportements irrationnels et les faillites de son moi; notre angoisse devant les projections qu'il fait sur nous de tout ce qu'il ne peut contenir en lui, et qu'il vit comme mauvais; notre sentiment d'être à la fois envahis, vidés, niés dans notre existence et notre identité, refusés et mis en échec dans nos capacités créatrices.
- les réactions affectives fâcheuses de l'entourage qui est pathologiquement protecteur et fusionnel avec le patient, ou exagérément rejetant et agressif à son égard.

2. Elle doit permettre à cette relation instituée entre le patient et nous, d'être source de changements intra-psychiques chez lui, essentiellement dans deux directions :

- par une diminution de sa vulnérabilité narcissique excessive. Celle-ci l'amène à vivre les frustrations inhérentes à toute relation et à toute situation, comme des blessures

qui lui sont délibérément infligées. Il y réagit par le retrait et la fuite de la réalité, par des comportements délirants, ou par des passages à l'acte. L'analyse patiente de ces mouvements de retrait et de fureur, devant les fluctuations de sa relation avec nous pourra progressivement diminuer cette vulnérabilité narcissique. Le témoignage permanent de l'intérêt que nous lui portons quels que soient les déboires de notre relation avec lui, contribuera aussi à augmenter et renforcer son estime de soi particulièrement fragile.

- par l'acquisition progressive d'une meilleure capacité de maîtrise de ses mouvements affectifs profonds, jusqu'ici vécus comme une menace de chaos et d'éclatement intérieur. C'est en faisant l'expérience, dans sa relation avec nous, que ce qui se passe en lui n'est en réalité destructeur ni pour lui, ni pour nous, qu'il peut se concevoir comme capable d'éprouver des affects, de les contenir à l'intérieur de lui, de les exprimer sans dommage ni pour lui, ni pour autrui. Cela revient à remplacer peu à peu l'échappée dans les activités délirantes ou les passages à l'acte par la mentalisation et l'expression verbale. Ici encore, le rôle du thérapeute est essentiel. C'est grâce à la stabilité et à la fiabilité de sa présence (physique et émotionnelle), que le patient peut se laisser aller à vivre comme siens ses mouvements affectifs profonds, jusqu'ici étouffés ou projetés. C'est grâce à sa capacité de ressentir empathiquement ce qui se passe, et à son souci de reconstituer le sens caché de certaines situations, pour les restituer au patient, qu'il permet à celui-ci d'élaborer progressivement lui-même son vécu intérieur, de le vivre enfin comme sien.

Les divers aspects de la situation de soins

Pour y parvenir avec moins de difficultés, envisageons *le cas le plus simple*, celui dans lequel la relation entre le patient et le thérapeute va de soi, s'instaure et se maintient sans difficultés insurmontables pour le patient, pour le thérapeute et pour l'entourage, tout en étant productrice de

changement intra-psychique chez le patient. Nous venons de définir la situation analytique classique. Un certain nombre de patients psychotiques sont en effet susceptibles d'être abordés avec quelques chances d'évolution positive, par la voie d'une psychothérapie analytique isolée. Ils sont cependant rares.

Souvent, une telle relation duelle, proche et codifiée dans l'espace et dans le temps (lieux et heures fixes), est pendant longtemps insupportable au patient psychotique. Il doit alors se défendre, par des mouvements incessants de retrait, de fuite, ou même de rupture (qui alternent avec de brusques retours, et des exigences inattendues de proximité), contre des angoisses terrifiantes d'effraction de son moi pendant les séances, et de destruction du thérapeute à chaque séparation. L'essentiel pour le thérapeute (qu'il soit infirmier, psychologue ou médecin), est de garder le contact avec lui, à travers des rencontres informelles, fugitives et souvent intermittentes. À la longue seulement, celles-ci deviendront une relation stable, exploitable comme une relation psychothérapique.

Dans beaucoup d'autres cas, cette relation duelle stable ne peut se maintenir que si le patient a la possibilité de faire appel — parallèlement à elle — à d'autres soignants. C'est le principe de la *bipolarité thérapeutique*, dont maints auteurs ont souligné l'intérêt. Celui-ci introduit une dichotomie assez stricte entre la réalité intérieure du patient (dont il a à traiter avec son psychothérapeute), et sa réalité tout court, dont est censé s'occuper l'autre thérapeute (à travers par exemple, la prescription de médicaments, de repos, la délivrance de certificats, etc.).

Cet intérêt réside moins dans cette distinction fonctionnelle de deux pôles, que dans l'existence d'un tiers à côté du thérapeute. Ce tiers a pour effet de transformer radicalement une situation à deux en une situation à trois, et constitue le meilleur garant contre l'omnipotence réciproque du patient et du thérapeute, source fréquente d'enlèvement fusionnel de la situation thérapeutique. Dans notre pratique, ce deuxième pôle, complémentaire du pôle psychothérapeutique, s'incarne souvent dans une équipe de soutien à laquelle le patient sait pouvoir faire appel à tout moment (ce qui ne signifie pas d'ailleurs qu'il utilise beaucoup cette possibilité). Ainsi se sent-il soutenu

face à l'émergence d'angoisse parfois très intense, et peut-il faire l'économie du passage à l'acte (dont le plus habituel dans de tels cas est la rupture de la relation psychothérapique, ou la fuite vers une autre institution soignante). L'existence de ces interlocuteurs plus accessibles rend acceptables, pour le patient et son entourage familial, les frustrations inhérentes à la situation psychothérapique, et permet une véritable participation des interlocuteurs naturels du patient (parents ou conjoint) au travail élaboratif entrepris.

Lorsque les processus psychotiques sont prévalents dans le fonctionnement mental d'un patient, la création et le maintien de la relation avec le thérapeute deviennent plus problématiques. Lorsque cette relation parvient cependant à exister, elle court de plus en plus le risque d'être stérilisée, et de devenir une relation stéréotypée vide d'affects, c'est-à-dire de se chroniciser sans être source d'aucun changement intra-psychique chez le patient. À ce moment-là l'existence d'un autre pôle que le pôle psychothérapique classique se révèle indispensable, et que s'avère essentielle pour nous la médiation du groupe. Le groupe a l'intérêt d'offrir au patient des alter-ego plus proches que les thérapeutes, des possibilités d'échanges affectivement plus neutres, et une situation où il se sent moins l'objet de l'attention ou de l'attente de quelqu'un.

Cependant, il est bien connu que la situation de psychothérapie de groupe classique favorise l'apparition d'angoisses de type psychotique, angoisses de persécution, de fusion ou de morcellement. Il est donc indispensable d'aménager cette situation en fonction de la pathologie des patients psychotiques. On peut sans doute le faire de diverses façons. L'essentiel, et le difficile, est de présenter à travers ces aménagements, la potentialité psychothérapique du groupe, c'est-à-dire sa possibilité d'être source de changement intra-psychique chez le patient. Après deux ou trois ans de tâtonnements, nous avons mis en place à Villeurbanne un mode de fonctionnement groupal qui semble répondre à cet objectif. L'antidote aux effets psychotiques de la situation de groupe y est constitué par l'immersion de celui-ci dans la réalité la plus familière qui soit, la vie quotidienne. Quoi de plus banal, de moins inquiétant, que de se retrouver comme chez soi, dans un lieu connu, quitté trois jours plus tôt,

mettre le chauffage en marche, sortir faire les courses pour le repas, préparer celui-ci en fonction de ses goûts du moment, manger en parlant de tout et de rien, musarder à l'heure du café, se décider enfin à laver la vaisselle, passer le temps qui reste à rêver, jouer aux cartes ou bavarder?

Mettez tout cela au pluriel (cette situation concerne 6 à 10 patients et 2 soignants). Introduisez dans cette situation banalisée à l'extrême, d'autant plus spontanément investie qu'elle fait écho aux investissements premiers de chacun d'entre-nous – ceux de la nourriture, de la maison, de la famille – introduisez donc un nombre précis de paramètres fixes qui la rendent à la fois fiable et porteuse éventuelle de sens (entre autres, comme dans le protocole analytique, des horaires précis, des limites rigoureuses dans le temps et l'espace, un contrat stable régissant les échanges d'argent, une présence régulière et fiable des mêmes thérapeutes), et voici une situation de groupe où les risques psychotisans sont faibles, les apports narcissiques nombreux, et les possibilités d'élaboration psychothérapiques préservées. Depuis trois ans, un certain nombre de patients psychotiques bénéficient de *cette psychothérapie à double foyer*. Elle est constituée par deux séances hebdomadaires de psychothérapie analytique individuelle, et deux séances hebdomadaires de groupe, désignées sous le terme de séances de "lieu de jour" (au Foyer du Cerisier). Pour les uns, la participation au lieu de jour a précédé l'instauration d'une psychothérapie individuelle régulière; pour les autres, c'est à l'inverse, devant une situation psychothérapique figée et vidée d'affects, que la participation au groupe a été proposée.

Dans la plupart des cas, cette participation au lieu de jour a eu un effet très dynamisant sur le déroulement de la psychothérapie individuelle. Elle provoque l'irruption d'un matériel intensément mobilisé par le vécu de ces séances de groupe. Réciproquement, l'élaboration de ce qui est vécu dans le groupe avec une intensité émotionnelle risquant de déborder les capacités de maîtrise du patient, est facilitée par l'existence du pôle psychothérapique individuel. Cette psychothérapie à double foyer n'est possible et fructueuse que s'il s'agit d'une *seule démarche thérapeutique* et non de deux psychothérapies séparées et parallèles. Les thérapeutes de groupe et les thérapeutes individuels

font partie de la même équipe soignante. Les patients le savent et le voient. De plus, deux réunions d'équipe hebdomadaires inscrivent cette unicité du traitement dans la réalité. Dans les psychothérapies individuelles, le thérapeute peut comprendre certains mouvements apparemment insolites du vécu du patient (transférentiels entre autres), par référence aux événements récents qui se sont passés dans le groupe. Et cela même si le patient a besoin de se défendre, par divers moyens de défense psychotique, comme la projection par exemple, contre la perception d'un lien éventuel entre ce qu'il évoque dans la séance et les affects intenses mobilisés en lui par les événements d'une récente séance de groupe.

De la même manière, la connaissance par le thérapeute individuel de particularités biographiques du patient, dont celui-ci n'a pas forcément fait état dans le groupe, lui permet d'apporter aux thérapeutes de groupe (confrontés par exemple à une situation conflictuelle dont ils apprécient mal les implications personnelles pour ce patient) des éléments essentiels pour la compréhension de ses réactions, et par contre-coup des leurs face aux siennes.

Les traitements de longue durée

Les trois éventualités thérapeutiques que nous venons d'évoquer en fonction de la plus ou moins grande prévalence des mécanismes psychotiques dans le fonctionnement mental du patient ont pour caractéristique commune, d'être des *traitements de longue durée*. Longue durée qui se conçoit facilement pour peu que l'on soit familiarisé avec les énormes résistances au changement que mobilise chez de tels patients toute tentative thérapeutique. Ces résistances sont liées à la finalité a-conflictuelle de la psychose, dont les processus inconscients ont pour objectif de protéger le patient contre l'émergence d'un conflit intra-psychique, contrairement aux mécanismes névrotiques qui sont des tentatives de solution aux conflits intra-psychiques.

Cette notion de durée évoque aussitôt le spectre de la dépendance, de la chronicité, de la pérennité d'une prise en charge fixée. L'antidote à ce risque est *la discontinuité du traitement*. Contrairement à une prise en charge résidentielle (hospita-

lière en particulier), elle introduit des ruptures et des manques dans la relation entre le patient et l'institution soignante. L'investissement par le patient d'une telle situation de soins le confronte inévitablement à ces trous dans la réalité de sa relation avec nous, trous qui le renvoient à d'autres manques, réels ou imaginaires, qui ont marqué sa vie affective. Ainsi est sans cesse soulignée par la discontinuité même de la relation thérapeutique, et bien souvent dans la douleur et les conflits, la finalité psychothérapique (*et non orthopédique*) de sa relation avec nous.

Le risque qui guette en effet les thérapeutes des troubles psychotiques (risque d'autant plus grand que cette activité est plus investie par eux), est de céder au vertige de la réparation, et de créer une situation de soins qui vienne suppléer par son existence même, aux manques du patient. La véritable démarche thérapeutique est d'amener peu à peu le patient à la capacité de ressentir ses manques sans être détruit par la haine que soulève en lui la reconnaissance de leur existence (au lieu de les dénier comme il faisait jusqu'ici dans sa folie). Cela suppose, comme préalable pour les thérapeutes, d'avoir accepté leurs propres manques, d'avoir intégré leur propre haine et leur propre culpabilité, afin d'être capables de supporter la souffrance des patients, leur revendication affective déçue et leur haine sans y répondre aussitôt par des activités exclusivement réparatrices. Cette discontinuité des soins a un autre avantage. Elle distingue nettement dans la vie du patient les moments de traitement du reste de sa vie (ce qui n'exclut en rien d'ailleurs la possibilité pour ce reste d'être thérapeutique) inscrivant par là, dans la réalité, notre conviction qu'il n'est pas réductible à l'identité du malade.

Ainsi peuvent être sauvegardés ses investissements antérieurs (relationnels, sociaux, culturels, professionnels). Ainsi peuvent être favorisés de nouveaux investissements affectifs (en particulier par le biais du groupe), ce qui limite d'autant les risques d'investissement exclusif du traitement, et de dépendance maligne à notre égard. Ainsi le traitement peut s'insérer comme un apport narcissique supplémentaire dans le tissu fragile de la vie professionnelle et sociale du patient, sans l'endommager ni le rompre, comme le fait trop souvent une hospitalisation.

Cependant, cette prise en charge discontinuée suppose, pour être poursuivie avec profit, que le patient dispose d'un *milieu de vie naturel favorable*. Notre expérience depuis plus de 10 ans dans ce domaine le confirme. Tous les patients qui ont tiré bénéfice de cette prise en charge discontinuée (sous une des trois formes évoquées ci-dessus), bénéficiaient d'un milieu familial (parental ou conjugal) favorable. Tous ceux avec qui elle a échoué sont ceux qui vivaient seuls, ou dans une famille rejetante, pathogène ou conflictuelle à l'excès. Dans de tels cas, le malade s'est chronicisé : soit à l'hôpital psychiatrique dont il ne parvient pas à sortir, faute d'un milieu de vie substitutif à l'extérieur ; soit dans sa famille, où la collusion de sa résistance au changement et des bénéfices inconscients retirés de sa pathologie par son entourage ont définitivement figé la situation.

Seule l'existence d'un *milieu de vie substitutif*, qui ne soit ni l'hôpital ni la famille, pourrait donner à de tels patients une chance d'échapper à la chronicité, et permettre une éventuelle mise en œuvre du traitement psychothérapique approprié, sous l'un des trois aspects évoqués plus haut. En comparant les résultats positifs obtenus par le biais de la psychothérapie à double foyer, et les échecs enregistrés dans nos essais de lieu thérapeutique résidentiel, nous en sommes venus à séparer nettement dans notre esprit et dans la réalité de notre projet thérapeutique, ces deux notions complémentaires mais distinctes de *milieu de vie substitutif* et de *traitement*. Avant de préciser quelles sont les conséquences concrètes de cette distinction, il faut souligner à quel point la complémentarité des deux notions est essentielle. Créer des milieux de vie substitutifs pour de tels patients, sans se donner les moyens d'élaborer et de réaliser en même temps pour eux les modalités d'un traitement, serait renoncer à toute perspective évolutive. Ce serait aussi les installer dans la chronicité et mettre l'asile hors les murs, en le remplaçant par des foyers pour handicapés mentaux. De telles institutions sont sans doute envisageables pour des patients dont le handicap est fixé et définitif, comme les mongoliens et les arriérés profonds ; mais pour ceux dont nous évoquons le cas ici, une telle perspective orthopédique est à éliminer sans ambiguïté, à moins de vouloir stériliser toute recherche dans le traitement de la psychose.

De même, chercher à rendre plus efficaces les modalités psychothérapeutiques des troubles psychotiques — comme nous le faisons à Villeurbanne depuis plusieurs années — et renoncer à en faire bénéficier tous ceux que l'absence d'un milieu de vie adéquat condamne à la chronicité hospitalière ou familiale, ce serait restreindre stupidement les indications d'une telle prise en charge psychothérapeutique qui, si difficile et problématique qu'elle soit aujourd'hui, n'en reste pas moins la seule éventualité évolutive proposable à de tels patients. Pour être fructueux et cohérent, un projet de traitement des troubles psychotiques doit donc s'appuyer sur une prise en charge psychothérapeutique appropriée et un milieu de vie adéquat.

Bien entendu, lorsque le milieu de vie naturel existe, la première idée est d'essayer de le modifier s'il semble pathogène. Cependant, les psychothérapies familiales se sont avérées jusqu'ici non seulement difficiles mais décevantes. Rares sont les cas où cette démarche entraîne une réelle mobilisation des investissements réciproques dans le groupe familial. Le plus souvent, les rencontres avec la famille du patient ont pour résultat d'accroître la tolérance de l'entourage, de renforcer la position du patient dans le groupe familial (les soignants étant vécus comme ses alliés), et d'y privilégier la communication verbale des affects, plutôt que leur expression agie, ce qui n'est pas négligeable. Mais si dans la famille le patient est investi de façon pathologique, comme c'est très souvent le cas (un parent, par exemple, vivant le patient non comme un sujet distinct mais comme un prolongement narcissique de lui-même), seul un remaniement profond de ces investissements peut débloquer la situation. Seul, un traitement personnel approfondi entrepris alors par ce parent pourrait amener un tel remaniement, démarche qui est loin d'être toujours envisageable. Dans la plupart des cas, une telle situation évolue vers l'issue inverse, c'est-à-dire non pas vers la remise en question du fonctionnement psychique d'un ou plusieurs membres de l'entourage familial du patient, mais vers la remise en question de cette prise en charge ou du maintien du patient dans sa famille. Lorsque se font jour de telles conduites de rejet vis-à-vis du patient et (ou) du traitement, qu'elles soient déclarées ou au contraire larvées ou même niées, une alternative au maintien du

patient dans sa famille devient nécessaire. Jusqu'ici il n'y en a guère qu'une, l'hôpital.

Est-il donc si difficile d'en imaginer et d'en faire fonctionner d'autres? Les diverses structures intermédiaires mises sur pied ici ou là depuis une dizaine d'années, sous forme de foyers, appartements de post-cure, communautés thérapeutiques — y compris la nôtre, celle du FOYER du CERISIER ouvert en 1971 — ont eu le premier mérite d'exister, c'est-à-dire de mettre les désirs, hypothèses et illusions de leurs créateurs, à l'épreuve de la réalité. Proposer à un patient psychotique un milieu de vie adéquat relève de la quadrature du cercle, puisqu'il s'agit de satisfaire ses besoins archaïques d'être soutenu et contenu — comme un nourrisson par sa mère — tout en sauvegardant et en renforçant ses potentialités d'être un individu distinct, capable d'éprouver comme siens ses affects, de confronter ses désirs à la réalité, et d'agir sur celle-ci pour les satisfaire. Deux écueils menacent sans cesse toute institution de ce genre. Le premier est une défaillance de la fonction maternante de "holding", qui amène le patient à se vivre abandonné face au chaos de sa vie intérieure et aux aléas de la réalité extérieure, et à être bientôt submergé par une angoisse qu'il cherche à éponger dans des passages à l'acte. Le deuxième est au contraire un fonctionnement trop maternant, qui en protégeant sans cesse le patient contre toute émergence de conflit et d'angoisse — au niveau de la vie quotidienne par exemple — ne lui permet pas de s'expérimenter en tant que sujet désirant et conflictuel en face des soignants, des autres patients et du monde extérieur, c'est-à-dire le disqualifie en tant que sujet.

Le fonctionnement d'un tel milieu de vie ne peut être qu'un compromis permanent et un équilibre instable entre ces deux tendances, une navigation incertaine entre ces deux écueils qui risquent sans cesse de le transformer en un milieu psychotisant.

Le lieu de vie

À la lumière de notre expérience au FOYER du CERISIER depuis 1971, de celle des communautés thérapeutiques londoniennes d'ARBOURS, et du foyer thérapeutique créé par le Dr P.C.

Racamier à Besançon, nous envisageons le fonctionnement d'un tel milieu substitutif (désigné désormais ici sous le terme : lieu de vie) de la manière suivante :

SANTÉ MENTALE et COMMUNAUTÉS assure la gestion du fonctionnement de ce lieu de vie (conçu pour 8 personnes), à partir de deux sources de revenus : le loyer payé mensuellement par chaque utilisateur, et la participation de la *SÉCURITÉ SOCIALE*. Les utilisateurs ont pour interlocuteur gestionnaire un membre du personnel administratif de SANTÉ MENTALE et COMMUNAUTÉS, et non un soignant, ce qui a l'avantage de clarifier les rôles respectifs et d'éviter des ambiguïtés. SANTÉ MENTALE et COMMUNAUTÉS, à partir des revenus évoqués ci-dessus, assume les frais de location ou d'achat de la maison ou de l'appartement, le chauffage, etc., et le paiement du personnel participant au fonctionnement de ce lieu de vie. La présence en tiers de ce pôle de réalité gestionnaire entre les utilisateurs et leurs interlocuteurs soignants est essentielle. Quels que soient les conflits entre les patients et les soignants, ils ne pourraient ainsi en aucun cas, mettre en péril l'existence du lieu même, ni la présence du patient en ce lieu. Ainsi, l'institution pourra être investie par les patients comme un lieu fiable, comme une mère à la santé solide, capable de subir les attaques de son enfant sans voir son existence mise en péril. Rappelons que le FOYER du CERISIER, dans son fonctionnement initial, donnait aux patients la possibilité de compromettre l'existence de l'institution en ne payant pas leurs loyers, puisque ceux-ci étaient sa seule source de revenus. Il en est de même dans les foyers privés dont le financement est assuré par les familles des patients. Ceux-ci peuvent faire agir par leurs parents leurs fantasmes destructeurs envers l'institution, et mettre ainsi réellement son existence en péril par le biais des difficultés financières.

Une fois ce lieu de vie proposé, il reste à en structurer le fonctionnement, en essayant d'éviter les deux pièges évoqués ci-dessus, l'abandon qui déstructure le patient et la surprotection qui le disqualifie. Le patient risque d'être *abandonné* lorsque la réticence légitime des soignants devant ses désirs régressifs de dépendance et de passivité les amène à surestimer ses capacités à gérer seul sa vie émotionnelle, relationnelle et matérielle

(c'est ce qui s'est passé au FOYER du CERISIER dans ses premières années de fonctionnement). Le patient risque d'être *disqualifié* en tant que sujet lorsque la légitime inquiétude des soignants devant ses carences et ses angoisses, les amène à minimiser sa capacité d'affronter les situations conflictuelles ou angoissantes, et à s'interposer sans cesse entre ces situations et lui. Les communautés londoniennes d'ARBOURS ont trouvé un mode de fonctionnement qui semble réaliser un heureux compromis entre ces deux attitudes extrêmes et permettre au patient de n'être ni abandonné, ni disqualifié. C'est un mode de fonctionnement du même type que nous nous proposons d'adopter pour le lieu de vie.

Le compromis que nous venons d'évoquer s'incarne dans la personne de deux *stagiaires*, qui, avec six patients, vivent dans le lieu de vie, tout en ayant comme eux leurs activités à l'extérieur. Les stagiaires ont un point commun avec les patients. Chacun d'eux est là pour lui, pour sa formation, comme chaque patient est là pour lui, pour sa santé, à la différence des soignants qui, dans de telles situations, ne sont pas censés être là pour eux mais pour les autres.

Cette équivalence de situation (qui n'est pas une égalité) favorise les possibilités structurantes d'identification des patients aux stagiaires, comme les identifications angoissantes mais formatrices des stagiaires aux patients. De tels processus d'identification ont une grande valeur réparatrice pour le narcissisme des patients, sans doute davantage que les identifications aux soignants, souvent vécus comme un modèle inaccessible de parents tout-puissants. Le rôle des stagiaires est donc d'être là participants à part entière à la vie du groupe dans leur identité privilégiée de bien portants supposés. L'essentiel est leur *présence*, qui sera d'autant plus rassurante qu'ils seront perçus plus fiables dans leurs réactions émotionnelles face aux situations de la vie quotidienne.

Mais, pour que ces stagiaires puissent se vivre sans angoisse ni culpabilité comme participants à la vie du groupe et non comme soignants, encore faut-il que cette communauté ait des interlocuteurs soignants, et un système de régulation des conflits. Deux membres de l'équipe soignante sont les *correspondants extérieurs* du lieu de vie : vingt-quatre heures sur vingt-quatre, un des deux peut

être joint par téléphone si un problème personnel ou de groupe nécessite le recours à un tiers extérieur. Une fois par semaine, chacun d'eux participe à une réunion avec tous les habitants du lieu de vie (qui ont donc à leur disposition deux réunions de régulation hebdomadaires). Les objectifs de ces réunions sont : de faciliter la communication entre les personnes vivant sous ce même toit, mais dont les difficultés relationnelles sont autant d'entraves aux ébauches de vie communautaire; d'être un lieu d'expression et de régulation des conflits nés de la cohabitation quotidienne; et enfin, d'être un *organe de décision* en ce qui concerne la vie interne du lieu de vie (utilisation des locaux, de l'argent mis en commun pour la nourriture). Ce pouvoir de décision s'exercera en particulier dans les deux situations extrêmes d'exclusion d'un habitant dont le comportement s'avérerait incompatible avec un tel mode de vie, et d'*admission* d'un nouveau venu. Dans les deux cas, il est essentiel pour que les habitants du lieu de vie ne soient pas disqualifiés en tant que sujets, qu'ils aient le pouvoir effectif de dire "non, nous n'acceptons pas de vivre avec celui-là". En d'autres termes, personne n'a le pouvoir de leur imposer l'entrée ou le maintien de quelqu'un dans le lieu de vie, contre leur gré.

Cependant, l'expérience du FOYER DU CERIER nous a appris qu'il n'est pas toujours possible aux patients d'assumer leur propre protection par un tel refus, en raison des connotations agressives d'une telle décision, et de la culpabilité qu'elle suscite. Souvent les mécanismes d'identification projective réciproque amènent à percevoir l'autre comme quelqu'un qu'il faut réparer, fut-ce au prix de sa propre destruction. Dans de tels cas, où les patients sont dans l'incapacité psychique d'être celui qui dit non, leur laisser le pouvoir de décision exclusif revient à les abandonner à une situation dont l'issue risque d'être la destruction réciproque. D'où la nécessité de donner aux deux correspondants extérieurs, garants de la sécurité des habitants du lieu de vie, la possibilité d'assumer ce rôle du "mauvais" en leur donnant le droit de dire non, même lorsque les habitants ont dit oui. En d'autres termes, si les deux correspondants n'ont pas le pouvoir d'obliger les habitants à cohabiter avec quelqu'un contre leur gré, ils peuvent par contre s'opposer à l'entrée ou au maintien de quelqu'un dans le lieu de vie.

Voici donc situés ce cadre de vie et sa structure, et définis les principes de son fonctionnement. Faut-il ajouter que notre rôle s'arrête là et que la trame quotidienne de l'existence des habitants de ce lieu de vie est leur affaire, pas la nôtre? Car il ne s'agit pas de créer une institution totalisante, prenant en charge tous les aspects de la vie du patient, mais seulement de leur proposer un lieu où vivre, ce qui ne signifie pas que leur vie doit se résumer et se réduire à lui. Les loisirs, le travail, les études, le traitement, autant d'ailleurs possibles à investir. Parmi ceux-ci, ainsi que nous l'avons développé plus haut, la relation thérapeutique a un rôle dynamisant primordial. Rappelons une fois encore qu'elle implique d'autres lieux (dispensaire et lieu de jour) et d'autres interlocuteurs (d'autres thérapeutes). Ce principe de la discontinuité de la prise en charge dans le temps et dans les lieux est le contrepoint — et le contrepoids — nécessaire au principe fondamental de la continuité de la relation thérapeutique : toujours les mêmes thérapeutes, mais pas tout le temps, ni dans tous les lieux.

À ce prix peut être sauvegardé le potentiel thérapeutique de la relation entre le patient et nous, et évitée son évolution vers une relation totalisante, exclusive et fusionnelle, vers un état de "dépendance maligne".

À partir de ce projet, avec l'accord et le soutien de la Sécurité Sociale et de la Municipalité de Villeurbanne, notre association a acheté, réparé et aménagé une maison située à Villeurbanne, rue de la Baisse (d'où son nom). Elle comporte, sur deux étages, neuf chambres individuelles indépendantes, deux salles de bain, une cuisine, une salle de séjour, une salle réservée à la télévision, une cour intérieure. Son aspect général est confortable et sympathique.

Simultanément, nous avons négocié avec les responsables de l'enseignement de psychologie clinique à l'Université de Lyon un accord permettant à des psychologues en formation d'effectuer un des stages cliniques de leur cursus à la Maison de la Baisse.

Qu'en est-il aujourd'hui de ce lieu de vie, près de deux ans après qu'il ait accueilli ses premiers habitants le 1^{er} décembre 1979?

PREMIER REGARD SUR DEUX ANS DE FONCTIONNEMENT

Un lieu solide qui résiste

L'existence de ce lieu de vie n'a en aucun moment été mise en péril depuis son premier jour. Si je souligne avec quelque soulagement la fiabilité et la solidité de ce lieu, c'est pour avoir expérimenté dans notre travail au Foyer du Cerisier — cette structure intermédiaire de la première génération — à quel point de tels lieux sont vulnérables et menacés, aussi bien par la destructivité du dedans que par celle venue du dehors.

Voici un bref exemple de situation critique où le danger venait à la fois du dedans et du dehors. Une résidente se mit à vivre une relation intime avec un homme extérieur à la maison, et à le recevoir aussi bien dans sa chambre que dans les pièces communes, ce qui après tout était bien son droit. Cet étranger — qui l'était doublement, d'ailleurs, puisqu'il ne s'agissait pas d'un français — fut bientôt perçu comme un risque potentiel pour le lieu de vie, dans la mesure où lui et son amie ne se privaient pas d'évoquer ses passages à l'acte antérieurs, en particulier vis-à-vis d'institutions psychiatriques. Un beau jour, la résidente annonça au reste de la communauté avoir donné ses clefs à cet ami, qui pourrait désormais entrer dans la maison, même en son absence. Au cours de la réunion de régulation qui suivit, un des aspects du règlement intérieur lui fut alors rappelé par une stagiaire : chaque résident est libre de recevoir qui bon lui semble, mais est responsable des actes de son invité comme des siens propres. Était-elle d'accord pour se considérer responsable de ce que cet ami pourrait faire dans la maison en son absence ? À l'issue d'échanges parfois vifs, au cours desquelles les résidents purent exprimer leur inquiétude vis-à-vis de cette situation, l'intéressée commença à réaliser que ce geste apparemment anodin — confier ses clefs à un ami — grouillait en réalité de sous-entendus, d'autant plus que la personnalité de cet ami avait tout à la fois une connotation agressive (vis-à-vis de la maison) et séductrice (envers une autre résidente dont elle se montrait volontiers jalouse). Sans que la règle intérieure ait à aucun moment fonctionné comme un interdit — ce que cette résidente eût ressenti

à la fois comme une humiliation et une provocation — elle a pleinement joué son rôle de régulation. Sans disqualifier quiconque, elle signifiait que la vie relationnelle dans ce lieu est régie par une certaine convention de fonctionnement. À l'issue de cette réunion, la résidente revint sur son projet. La relation privée entre son ami et elle se poursuivit sans poser de problèmes particuliers, puis prit fin. On peut légitimement supposer que cette résidente était sur le point de faire mettre en actes par l'institution son propre désir — encore inadmissible consciemment pour elle à ce moment-là — de rupture avec cet ami encombrant. Ce type de démarche — chercher à transformer un problème purement personnel en un avatar institutionnel — est un des risques permanents d'un tel lieu. Un des rôles de la réunion de régulation est justement de déjouer de tels risques.

Dans la brève péripétie que je viens d'évoquer, la loi interne rappelée par la stagiaire d'abord, par les correspondants ensuite, n'a pas seulement fonctionné comme moyen de régulation de la vie sociale en ce lieu, mais aussi comme *signe*. Signe qu'une attention est portée non seulement à l'événement concret — les clefs données à un ami — mais à l'impact qu'il peut avoir sur chacun des habitants, et le sens qu'il peut revêtir. C'est sans doute à l'existence de tels signes que malgré des périodes de crise parfois éprouvantes vécues par tel ou tel résident, ce lieu n'a jamais été mis en péril. Grâce à ces signes, ils ne s'y sont pas sentis abandonnés, même si parfois ils se sont plaints de l'être. Le mode de fonctionnement pourrait laisser craindre un tel vécu d'abandon.

La réalité du dispositif

Au niveau de la plate réalité, ce fonctionnement est caractérisé par une prévalence incontestable des manques et des absences sur les apports et les présences. En effet, les sept résidents qui vivent là ont plusieurs *interlocuteurs institutionnels* : deux stagiaires, deux correspondants, un responsable médical, un directeur administratif, une secrétaire. Mais la caractéristique essentielle de ces interlocuteurs est davantage d'exister que d'être là. Jugez plutôt.

• *Les deux stagiaires* n'ont aucune obligation précise de présence, chacun module celle-ci selon

les aléas de sa vie personnelle, selon son investissement de la situation, selon son empathie ou son inquiétude. Mais ils existent, vivent des relations très proches et très personnelles avec les résidents, les rencontrent souvent en dehors de la maison, parfois passent un week-end ailleurs avec eux, se préoccupent d'eux, consacrent chaque semaine une heure de leur temps à parler d'eux et de leurs relations réciproques avec le responsable du projet, entretien dont l'existence est connue des résidents.

• *Les deux correspondants* sont les seuls membres de l'équipe soignante à venir régulièrement au lieu de vie, chaque mardi à partir de 18 heures, pour la réunion de régulation et le repas qui la suit. En dehors de cette soirée aucun d'eux (et aucun autre membre de l'équipe soignante) ne vient au lieu de vie à moins d'y être appelé : c'est un lieu privé. Une soirée c'est bien peu – mais ces deux correspondants existent. Chaque résident les connaît personnellement pour les avoir rencontrés avant son entrée; chacun peut faire appel à eux à tout moment, de jour comme de nuit; chacun, à l'occasion de la réunion hebdomadaire, est témoin de leur façon de prendre en compte l'impact affectif sur tel ou tel résident des incidents ou des décisions, et de réagir de façon cohérente par rapport au projet annoncé.

• *Le responsable de ce projet* – en l'occurrence moi – ne vient à la Baisse qu'à l'occasion du changement de stagiaires, c'est-à-dire deux ou trois fois par an selon la durée des stages. La dernière réunion de régulation à laquelle participent les stagiaires avant leur départ est l'occasion d'une évaluation plus globale des problèmes vécus par le groupe des résidents pendant la durée de ce stage, et d'un repas de fête. Le côté exceptionnel de cette réunion et soirée est souligné par la présence de celui qui incarne la cohérence et la continuité du projet, et par la présence des anciens stagiaires et résidents régulièrement invités à cette occasion. Deux ou trois fois par an, c'est bien peu; mais cette présence épisodique ne m'empêche pas d'exister dans la tête des résidents, d'autant plus que j'ai rencontré chacun d'eux personnellement plusieurs fois avant son entrée, seul et avec sa famille. Ces entretiens familiaux peuvent se renouveler durant les premiers mois du séjour si cette

démarche s'avère nécessaire, dans le cadre du dispensaire d'hygiène mentale, qui est le pôle soignant de notre dispositif, le lieu des consultations et des psychothérapies. Sur demande je peux recevoir un résident lorsqu'il s'estime confronté à un problème personnel vécu à la Baisse, dont l'évocation n'est pas du ressort de sa relation psychothérapique habituelle. C'est essentiellement par rapport aux projets de quitter le lieu de vie que je suis éventuellement consulté.

• Les deux autres interlocuteurs incarnent le pôle administratif. Une fois par mois, *la secrétaire* chargée des relations avec les résidents vient percevoir les loyers. Deux fois par an, *le directeur* de notre association vient présenter aux résidents le bilan financier du semestre écoulé. C'est l'occasion pour eux non seulement d'être informés de l'évolution des dépenses dont ils sont directement responsables (chauffage, électricité, téléphone) mais aussi de discuter des répartitions des loyers (selon les ressources de chacun). Mais ces deux interlocuteurs, même peu présents, existent : pour tout problème matériel l'un ou l'autre peut être joint très facilement. Le directeur, en particulier, est le garant du confort matériel de la maison et de l'intégrité de celle-ci. C'est donc avec lui que se négocient les remboursements des frais occasionnés par d'éventuels passages à l'acte vis-à-vis de la maison. Ceux-ci n'ont concerné jusqu'ici qu'un seul résident, qui vient en quelques semaines de briser son armoire et plusieurs vitres. L'existence de ce négociateur de réalité a permis que ces passages à l'acte ne soient pas traités seulement comme le souhaitait le résident sur le plan matériel de leurs conséquences, mais aussi avec nous sur le plan de leur signification par rapport à lui-même soit la jouissance de l'acte destructeur – la dilapidation instantanée dans celui-ci des économies avec lesquelles il pourrait accéder à d'autres plaisirs. Ce fut aussi traité par rapport aux autres résidents (dans un mouvement d'exclusion réciproque et alternée : contesté par les autres dans sa présence au lieu de vie, il répond par ces passages à l'acte qui ont sur eux un effet d'intimidation) et par rapport à la loi (dans une identification narcissique à la toute puissance supposée des soignants, l'amenant à se vivre de façon quasiment omnipotente à l'abri de toute possibilité d'exclusion).

Les éléments du dispositif comme moyens, signes et repères

Dans ce dispositif, les absences l'emportent largement sur les présences. Mais celles-ci sont codifiées, fiables, intégrées à un ensemble organisé et stable dont chaque élément fonctionne à trois niveaux : comme moyen, comme signe et comme point de repère.

1. *Comme moyen permettant au lieu de vie de fonctionner.* Ainsi les stagiaires qui partagent la vie quotidienne, les correspondants qui assistent à la réunion hebdomadaire de régulation, la secrétaire qui perçoit les loyers, le directeur qui représente le propriétaire des lieux et le responsable médical qui assure la cohérence du projet jouent chacun un rôle précis et spécifique dans ce dispositif.

2. *Comme signe de non-abandon psychique.* Le terme d'abandon psychique, que j'emprunte à Madame Joyce Mac Dougall, désigne ce que peut vivre un enfant, objet de la part de sa mère d'une sollicitude intense pour son vécu corporel, d'un intérêt massif pour toute douleur ou malaise physique, accompagnés d'une méconnaissance totale de ses états affectifs, d'un désintérêt voire d'une véritable négation de sa vie psychique. On peut le concevoir comme une forme particulière de "double-bind" ou de situation paradoxale, les attitudes de sollicitude pour le confort corporel étant simultanément et secrètement démenties par la perception qu'a l'enfant du désintérêt profond pour son vécu affectif qui accompagne ces attitudes. Il me semble, qu'à l'inverse, les divers dispositifs qui caractérisent le fonctionnement du lieu de vie sont perçus comme autant de signes de *non-abandon psychique*, signes qui rendent supportables et structurantes les situations d'absence et de manque vécues par les résidents au niveau de la réalité. Ces signes ont le grand intérêt de baliser une voie médiane entre les deux écueils majeurs évoqués dans la première partie, l'abandon et la disqualification. C'est ainsi que les résidents n'ont recours qu'à de très rares occasions à la possibilité de téléphoner à l'un ou l'autre d'entre nous, de jour comme de nuit. Lorsqu'ils le font, il semble que le simple fait de constater que nous sommes effectivement disponibles pour les écouter nous parler de ce qu'ils ressentent ait un effet d'apaisement de la tension,

sans qu'il ait été à aucun moment nécessaire de venir effectivement les rencontrer à ce moment-là. Notre rôle — celui des stagiaires quand ils sont là, celui des membres de l'équipe soignante disponibles par téléphone — est comparable à la fonction de pare-excitation dévolue à la mère paisible (ou à l'analyste bienveillant) dont la seule présence amortit la dangerosité imaginaire des mouvements pulsionnels du sujet.

Récemment un résident a traversé une période éprouvante où ses capacités de maîtrise et d'intégration des fantasmes violents prévalents en lui à ce moment-là semblaient atteindre un point critique. Une nuit, après avoir menacé verbalement les autres résidents, il passa plusieurs heures enfermé dans sa chambre à agresser le lieu de vie et ses habitants par le bruit de sa musique et de ses vociférations revendicatrices. Malgré son refus que soit fait appel à un membre de l'équipe soignante, le stagiaire finit par lui signifier son intention de mettre au courant un d'entre nous de la situation Aussitôt que le correspondant fut au bout du fil, le résident se calma, et une conversation s'établit entre lui (enfermé dans sa chambre) et le correspondant (chez lui) par l'intermédiaire du stagiaire (au téléphone) : "*non, qu'il ne se dérange pas, je sens que je suis en train de me calmer, je vais pouvoir dormir*". À ce moment-là, le bruit fait par ce résident était l'émergence sonore de sa détresse dont les véritables destinataires étaient les membres de l'équipe soignante, alors loin de lui comme l'était dans son enfance sa mère sans cesse malade et absente. De la même manière, il avait expulsé de ses souvenirs et de sa vie mentale toute revendication et tout ressentiment envers cette mère mauvaise parce que non fiable — tout en accusant de façon projective d'autres résidents, à ce moment-là, d'insulter celle-ci — de même, il avait besoin de tenir les soignants à l'écart de ses appels à l'aide pour les protéger contre le ressentiment violent qui les accompagnait. Le geste du stagiaire prenant à son compte l'appel aux soignants avait valeur d'interprétation. C'était faire un lien entre la détresse sous-jacente à la violence verbale et ses véritables destinataires, les soignants absents.

Les autres dispositifs qui caractérisent le lieu de vie, au même titre que cette possibilité de faire appel aux membres de l'équipe soignante

évoquée à travers l'exemple précédent, fonctionnent chacun sur un double registre : *moyen* pour remplir une fonction, et *signe* de non-abandon psychique, comme pourrait l'être un réseau de précautions prises par des parents dans la nécessité de se séparer de leurs enfants, pour que cette séparation leur soit moins inconfortable matériellement, et moins douloureuse moralement. L'existence de ce réseau de dispositifs permet aux résidents de réussir cette acrobatie de vivre là. Acrobatie qui n'est pas une fin en soi, mais le moyen par lequel peu à peu le résident pourra supporter de vivre le manque et l'absence, *d'intégrer ce vécu-là*, au lieu de le fuir dans la projection, le déni ou le délire. Les institutions traditionnelles sont comme la mère psychotisant évoquée plus haut. Elles dissimulent l'abandon psychique dans lequel elles laissent en fait les patients sous une prise en charge intensive de leur corps organique qu'elles nourrissent, abritent, occupent. Ce n'est pas là que le patient a quelque chance de prendre un jour conscience de sa revendication cachée et jamais assouvie, d'être aimé et reconnu comme sujet porteur de désirs et de souffrances, et non comme un corps accablé de besoins. Le psychotique fait tout pour nous convaincre qu'il n'est que ce corps organique et social accablé de besoins qu'il faut prendre en charge afin de détourner notre attention — et la sienne — de son vrai problème, qui n'est pas là, mais dans sa lutte de tous les instants pour se débarrasser des contenus insupportables de sa vie psychique.

3. *Comme points de repère structurant l'univers des résidents*, délimitant dans tous les possibles de la vie leur appartenance actuelle à cette unité sociale particulière régie par un ensemble de règles, celles que nous leur avons proposées, et celles que le groupe s'est peu à peu données. Ces points de repère fonctionnent comme des bornes dans le temps. Les présences ou absences des stagiaires dans la semaine, la réunion de régulation du mardi, la venue mensuelle de la secrétaire percevant les loyers, la soirée bilan marquant le changement de stagiaires, la réunion semestrielle de gestion — quoi qu'il se passe ou ne se passe pas, quel que soit le contenu de ces rencontres — sont investis par les résidents comme autant de moments-repères, de bornes temporelles par rapport auxquelles ils peuvent se situer. Lorsqu'on connaît la tendance spontanée de la psychose à l'intemporalité, on mesure

mieux l'impact essentiel de ces moments dans leur fonction salutaire mais souvent douloureuse de rappel de la temporalité. Le changement périodique des stagiaires, en particulier, est un événement particulièrement riche en répercussions sur le vécu des résidents, en raison des liens souvent intenses qui lient tel ou tel stagiaire à l'un ou l'autre d'entre eux. D'emblée nous avons redouté l'impact douloureux sur les résidents de cette succession de présences temporaires. Ce qui s'est passé jusqu'ici nous a cependant confirmé l'intérêt de cette formule, moins confortable certes qu'une présence permanente et inchangée pour ceux qui la vivent, mais beaucoup plus fructueuse ; ces séparations sont certes source de souffrance et de réactions défensives, mais le fonctionnement du lieu de vie rend ces souffrances tolérables et ces réactions défensives analysables. Les unes et les autres peuvent être alors l'occasion d'insights féconds pour celui qui les vit. De la même manière que le temps, l'espace est structuré par le fonctionnement du lieu de vie en territoires spécifiques et différents : la chambre dont seul le résident a la clef ; les lieux communs où tous les résidents ont accès, et eux seuls (avec leurs éventuels invités) ; le dispensaire désigné comme lieu de soins, où chacun a accès selon les modalités du contrat qui le lie à tel ou tel interlocuteur personnel, consultant ou psychothérapeute. Le reste de l'espace à investir est illimité. On découvre cependant que les portions d'espace investis par les résidents le sont souvent par rapport à ces espaces significatifs que je viens d'énumérer : le restaurant favori de l'un d'entre eux devenu le lieu de rencontre privilégié du groupe lors des sorties en ville ; la rue du dispensaire devenue un jour le lieu du jaillissement de la colère d'un résident ; la maison de campagne des amis d'un stagiaire devenue séjour de week-end ; le domicile de l'ami d'une résidente utilisé comme étape lors d'une sortie de ski en groupe.

Comme le lieu de vie n'a pas vocation de remplir tout le temps du patient, ni être son seul territoire, les points de repère temporels et spatiaux qui rythment son fonctionnement délimitent autant de *lacunes*, de manques, de vides, dont la persistance préserve l'investissement possible d'autres lieux, d'autres moments. Ces autres investissements le plus souvent se font essentiellement par rapport au lieu de vie, investi comme élément de base par rapport auquel s'ordonnent les autres aspects de la

vie du résident : en opposition, en complément, en juxtaposition. L'appartenance au lieu de vie joue alors le rôle d'un *facteur organisateur*, qui structure l'univers du résident. Nous avons eu l'occasion de constater que le lieu de vie a joué ce rôle structurant pour certains patients qui n'y ont pas vécu en fait, ou seulement une brève période d'essai sans lendemain. L'existence de cet ailleurs possible à côté de l'hôpital ou de la famille a alors donné au patient la possibilité de se situer lui, avec ses désirs et ses réticences par rapport à son mode de vie actuel, et parfois, avec l'aide de ses thérapeutes, de donner un sens à la fois à cette vie actuelle et à ses projets de changement.

La place du résident en ce lieu

C'est renvoyer à une des questions de fond posées par le fonctionnement de ce lieu – écho de l'interrogation fondamentale sous-jacente à la pathologie psychotique – celle de la place de chacun par rapport à lui-même, par rapport aux autres, par rapport à ce lieu. Derrière la question banale et cependant complexe de la place réelle du patient en ce lieu – décomposable en trois actes : y entrer ou pas, y rester ou pas, en sortir ou pas – se profile une série d'interrogations où s'enchevêtrent le passé et le présent, l'imaginaire et le réel. Ce sont entre autres celle de la *place de ce lieu* investi comme entité vivante dans l'imaginaire du sujet. Essayons de nous y retrouver dans cet écheveau compliqué, en considérant la présence du résident au lieu de vie dans ces trois actes qui la rythment, et la constituent comme événement susceptible d'avoir un sens : l'entrée, le séjour, la sortie.

1. *y entrer ou pas ?*

La procédure élaborée comporte trois étapes :

a) Première étape

Le candidat rencontre les correspondants du lieu de vie à qui il exprime sa demande. Ceux-ci lui expliquent le fonctionnement de la maison et lui indiquent l'étape suivante : rencontrer le responsable du projet. Cette première rencontre décante considérablement la situation, puisque moins d'un candidat sur deux prend ensuite rendez-vous avec moi. Cette première rencontre n'est cependant pas seulement informative. Elle a pour objectif essen-

tiel d'aider le candidat à discerner dans la mesure du possible ce qu'il en est de son désir à lui, et ce qu'il en est du désir de ses interlocuteurs habituels quant à ce projet ouvert devant lui en soulignant la prévalence à nos yeux de son propre désir. Un jeune homme hospitalisé depuis plusieurs mois à l'hôpital psychiatrique nous est adressé par son médecin. Comme ce patient n'est pas concerné directement par ce projet, il vient à cette première rencontre accompagné par un infirmier, en présence de qui a lieu ce premier entretien informatif. Le correspondant insiste sur le caractère personnel de cette démarche, et propose ensuite un autre entretien au candidat seul. Plusieurs semaines se passeront avant ce deuxième entretien, intervalle pendant lequel les soignants habituels de ce patient essaieront avec insistance et irritation de nous convaincre du bien-fondé de leur désir de le voir vivre en ce lieu, tandis que de notre côté, nous essaierons de les convaincre du bien-fondé de notre procédure, jugée par eux tatillonne et irréaliste. Étape transitoire pourtant et autant plus nécessaire dans l'histoire de ce patient que c'est son père, vivant à Paris, qui l'avait confié à ce service hospitalier lyonnais.

Réduire l'événement au seul aspect pragmatique de sa place réelle sur l'échiquier du dispositif soignant, n'était-ce pas dénier l'existence du problème non résolu de sa place dans l'imaginaire familial, et celui non moins résolu de la place de ces interlocuteurs soignants (lieux et personnes) dans son imaginaire à lui? Notre procédure a pour objectif de permettre qu'il soit posé. Ainsi ce patient prit rendez-vous avec moi à plusieurs reprises, sans jamais venir à ceux-ci. L'existence de cette double démarche (prendre rendez-vous et ne pas y venir) soulignait bien, d'une part, l'importance de ce projet pour lui et pour ses soignants, d'autre part la complexité de cette situation pour lui. Pendant six mois nous n'avons plus entendu parler de lui. Récemment il vient d'écrire au correspondant qu'il avait rencontré (depuis le service parisien où il est désormais hospitalisé) pour demander le prix du loyer. Celui-ci lui a répondu en lui donnant l'information demandée et en le remerciant de lui avoir ainsi donné de ses nouvelles. Le patient lui a aussitôt écrit à nouveau en évoquant son projet de prendre rendez-vous avec moi. Qu'en sera-t-il de cette candidature?

b) Deuxième étape

Au cours de l'entretien que j'ai alors avec tout candidat résident, c'est de lui, davantage que de la maison, que nous parlons. Mon rôle est cependant de souligner la spécificité du projet. Vivre là n'est pas une fin en soi, mais un moyen pour favoriser son évolution personnelle — d'où le caractère temporaire de ce séjour et l'importance d'une relation privée entre lui et un thérapeute, dans laquelle il pourra parler des avatars personnels de sa vie en ce lieu, auprès de qui il pourra trouver de l'aide en cas de difficultés. C'est situer sa présence là dans une certaine perspective, dire *quel sens* elle a pour nous. Il n'est pas superflu avec des patients fonctionnant sur le registre psychotique de souligner par des paroles, et par des actes — et d'incarner par des personnes — ce qui est prévalent à nos yeux, la vie psychique.

La famille du patient participe ensuite à un ou des entretiens ultérieurs dans lesquels les implications relationnelles de ce projet sont évoquées. En fait l'essentiel pour la famille comme pour le patient est que, dans ces rencontres, l'existence d'un projet cohérent soit incarnée dans une personne réelle. C'est par rapport à cette perception concrète de son existence, de sa réalité, que pourra prendre sens pour le résident l'*absence* du responsable dans le lieu de vie ; que ce responsable existe — au même titre que les correspondants — fait que la non-présence des soignants désignés comme tels au lieu de vie s'inscrit dans l'imaginaire du résident non comme un vide, un trou, mais comme une *absence*. Or le vide renvoie à l'inorganisé et au terrorisant de la période la plus archaïque de la vie psychique, celle que l'existence de la mère perçue dans ses alternances de présence et d'absence va ensuite organiser, transformant le vide en absence et la terreur en souffrance. Le vide renvoie à la non-existence, au non-sens ; l'absence renvoie à l'existence de soi et de l'autre, et ouvre accès au sens.

c) Troisième étape

Une fois notre accord obtenu pour venir vivre à la maison de la Baisse, le candidat prend contact directement avec les résidents. Le plus souvent invité à dîner une ou plusieurs fois, il a aussi l'occasion d'apprécier si ce mode de vie l'attire ou le rebute. En fait, quel que soit son discours antérieur, c'est là que va trouver à se

dire à la fois son désir et son effroi soit directement, soit de façon projective. Une candidate très partagée entre son désir de maintenir inchangée la relation fusionnelle dans laquelle elle se noie littéralement en sa mère, et celui de vivre sur un autre mode se présenta dès le premier jour sous un aspect physique séduisant, mais avec le discours le plus rebutant possible : "*Je suis schizophrène, je ne fais jamais rien, je reste couchée toute la journée, ma mère me nourrit comme un bébé*". La coutume s'est instaurée d'une période d'essai d'une semaine, à l'issue de laquelle les résidents et le candidat font le point. On découvre alors que les candidats les plus pressés et les plus impatients sont souvent ceux qui cherchent à étouffer dans une mise en actes précipitée leur profonde ambivalence devant ce changement dans leur mode de vie. Une candidate qui, jusqu'ici, n'avait quitté sa famille que pour les murs de l'hôpital psychiatrique força la main aux résidents en s'installant de façon apparemment définitive dès sa première visite. Mais, après avoir dormi une nuit et participé à une réunion où tout se passa sans aucune difficulté, elle disparut pour réapparaître huit jours plus tard (durée de la période d'essai) et annoncer son intention de vivre ailleurs, ni à l'hôpital, ni chez ses parents, ni au lieu de vie mais chez une autre parente. Nous ne considérons pas de telles situations comme des échecs, mais comme une participation effective et transitoire de notre équipe aux processus d'élaboration en cours chez le patient, même si nous ne le revoyons jamais — un peu comme sur un tout autre registre un candidat analysant peut tirer profit d'un entretien sans lendemain avec un analyste qui lui aura permis de mieux cerner les arrières-plans et les implications de sa demande d'analyse.

Une fois la présence du candidat au lieu de vie, entrée dans les faits, commence une période d'adaptation souvent problématique.

2. y rester ou pas ?

L'installation d'un résident à la maison de la Baisse constitue un changement, vécu parfois comme une rupture, dans sa vie relationnelle et affective, et ce changement remet en question l'équilibre antérieur. On conçoit que cette désta-

bilisation entraîne parfois une recrudescence de l'angoisse et des défenses psychotiques par lesquelles le résident va chercher à se protéger contre les stimulations psychiques induites par ce changement. Douze personnes ont vécu ou vivent encore en ce lieu. Six d'entre elles ont traversé une période de crise survenue le plus souvent dans les premières semaines de leur séjour, parfois plus tardivement. Parmi ces six personnes, trois ont pu traverser, dépasser et élaborer cette crise sans que celle-ci ne remette leur présence en question. Les trois autres ont du quitter la maison au plein cœur de la crise, et n'y sont pas revenues. La survenue de telles crises liées à la déstabilisation de la situation antérieure dépend à la fois des caractéristiques de celle-ci, et de celle du lieu de vie. La déstabilisation est d'autant plus nette que le hiatus est plus grand entre les deux modes de vie. En arrivant dans la maison de la Baisse, le résident est *sollicité en tant que sujet*, propriétaire de ses désirs et de ses actes, dans une relation de réciprocité avec d'autres sujets, et *accueilli dans un cadre structuré ressenti comme bon*, c'est-à-dire susceptible d'un investissement plus ou moins intense. Ceux qui ont achoppé sur le premier point – être sollicité en tant que sujet – vivaient jusqu'ici chacun à sa manière une existence de non-sujet, une relation symbiotique de type parasitaire soit avec un parent soit avec une institution investis l'un ou l'autre comme une partie d'eux-mêmes. Ils ont vécu la transplantation comme un arrachement, une amputation dans un vécu terrorisant de vacuité interne. La première s'en est défendue par un carrousel de relations sexualisées qui ne sont pas parvenues à combler ce vide interne, puis par un état d'excitation qui l'a conduite à l'hôpital; la seconde par l'éclosion d'un vécu persécutoire à tonalité agressive dirigée contre l'hôpital dans lequel elle vivait jusqu'ici; la troisième par un authentique accès maniaque. Il est intéressant de noter que ces trois patients ont été parmi les premiers à venir au lieu de vie, et qu'ils n'avaient pas eu le temps, dans une phase préparatoire comme nous la concevons aujourd'hui, d'élaborer aucune relation avec nous (pour eux l'absence était vide), ni nous de prendre la juste mesure de ce que risquait de représenter dans leur vie un aussi radical changement. Les trois autres résidents ayant vécu une

période de crise intense mais différente dans ses manifestations vivaient avant leur arrivée (il s'agit de trois hommes) à la maison de la Baisse dans un état de famine affective chronique. Peut-être était-ce faute d'avoir trouvé jusqu'ici le parent ou l'institution ayant accepté un mode d'investissement aussi particulier, ou peut-être parce qu'ils se défendaient de leur désir avide d'être nourri et aimé, ou de se nourrir de la substance d'autrui, par une attitude fuyante comparable à celle que l'on retrouve dans l'anorexie vis-à-vis de toute relation proche ou affectivement investie? Pour ceux-ci l'entrée à la maison de la Baisse a entraîné une très vive stimulation de leur avidité vis-à-vis de cet objet vécu comme bon, et des symptômes qui manifestent directement celle-ci (attitudes mégalomaniaques de possession exclusive des lieux) ou qui expriment une défense contre elle (repliement sur soi quasiment autistique). Dans ce cas l'interruption temporaire de la présence du résident dans le lieu de vie (en tant que source d'excitations difficilement intégrables) a eu à chaque fois un effet bénéfique, le retour provisoire dans la famille ou à l'hôpital étant proposé au résident comme moyen de réduire son excitation psychique et les problèmes relationnels qu'elle posait.

C'est lors des négociations internes suscitées par l'émergence chez un résident de comportements ressentis comme nuisibles par les autres que se pose avec le plus d'acuité cette problématique *de la place* à laquelle chacun a droit. Le contrat initial prévoit que le groupe des résidents a le droit de refuser la présence d'un d'entre eux devenu insupportable, l'exclusion dans ce cas ne pouvant être prononcée qu'avec l'accord des correspondants. Dans de telles périodes de crise la réunion de régulation devient volontiers le lieu de négociations entre deux pouvoirs : celui des résidents souhaitant l'exclusion d'un des leurs, et celui des correspondants essayant de trouver des solutions de compromis, prenant sans cesse en considération non seulement les nuisances suscitées par le résident remis en question, mais les souffrances sous-jacentes à celles-ci. À postériori, on découvre toujours que la non-exclusion a été ressentie par les plus violents partisans du rejet comme une mesure particulièrement rassurante pour eux. À travers les attaques répétées pour

remettre en question la place de cet autre parmi eux, c'est en fait la solidité de leur propre place dans le lieu de vie qu'ils étaient en train de tester... Lorsque la crise peut être traversée et élaborée, non seulement par le patient dans ses implications personnelles, mais par le groupe dans sa dimension relationnelle, la place de chacun devient plus confortable. C'est à l'occasion de telles périodes de maturation qu'apparaît avec le plus de netteté l'impact positif de l'appartenance à ce lieu pour ceux qui y vivent.

À cette occasion des manifestations (délirantes par exemple) jusqu'ici dénuées de sens pour le patient – et souvent pour nous – peuvent être, dans leur apparition, reliées à des mouvements relationnels précis vécus par lui avec les autres résidents, avec le lieu lui-même (comme appel d'investissement), avec l'équipe soignante. Dès lors ce qui était vécu jusqu'ici dans l'obscurité, la terreur et le non-sens peut commencer à prendre sens pour le sujet. Dès lors aussi des mouvements pulsionnels jusqu'ici réprimés – en particulier dans le domaine de revendications sexuelles et agressives – peuvent se faire jour, leur émergence étant moins ressentie comme un risque mortel d'éclatement et de chaos. Les correspondants, le responsable médical, le directeur administratif sont alors là comme autant de garants de la loi interne (celle qui justement déclare la violence agie contre soi, les autres ou la maison, hors-la-loi) qui protègent le lieu de vie contre les risques d'éclatement et de chaos.

En dehors de ces périodes difficiles, comment s'organise la vie en ce lieu, comment chacun y trouve-t-il sa place? Dans un travail intéressant rédigé à l'issue d'un an de séjour dans ce lieu de vie, un stagiaire a défini le groupe des résidents comme une *fratrie d'orphelins* condamnée à vivre le manque parental (et non à subir son obturation comme c'est le cas dans les institutions traditionnelles) et ainsi acculée à se donner à elle-même ce qui ne viendra jamais du dehors (Boutin, 1981). Situation acrobatique vécue jusqu'ici non sans difficulté ni sans échecs, mais rendue possible par ce réseau de signes, cette structuration symbolique de la situation évoquée plus haut. Sans vouloir entrer dans le détail de la vie quotidienne de ce lieu, et faire le catalogue des dispositifs de fonctionnement internes au groupe inventés par

les résidents eux-mêmes, évoquons l'existence d'une caisse commune où chacun verse sa participation pour les frais des repas pris en commun, et pour une réserve d'épicerie; et celle d'une caisse de secours financée par une participation de chaque résident, qui prête à court terme à quiconque est en difficulté d'argent momentanée. Ces deux dispositifs régissent les échanges d'argent, eux-mêmes centrés sur la nourriture. L'oralité occupe en effet une place centrale dans les relations de cette fratrie, occasion d'un maturation transversal, qui n'est pas toujours réciproque d'ailleurs. Le fonctionnement interne est suffisamment souple pour permettre à chacun selon les moments de moduler sa participation à la vie de groupe pour des temps successifs de retrait ou de proximité, de cohésion ou d'affrontement.

3. *en sortir ou pas?*

En insistant tout à l'heure sur les modalités d'entrée, je soulignais à quel point il nous semble important de laisser s'épanouir toutes les implications intra-psychiques du désir d'entrer, du fantasme d'entrer, de ne pas limiter ce moment à sa seule réalité. Il en est de même de la sortie. Ainsi ceux qui sont sortis sans que jamais n'ait été dit leur désir ou leur crainte de sortie ont vécu sans doute là une expérience dénuée de sens, ont manqué une possibilité d'élaboration intra-psychique : ce sont les trois résidents partis en état de crise, et un autre parti après quelques semaines d'une présence insaisissable. Deux résidents ont quitté la maison après qu'ait pu être vécues entre eux et nous – et eux et les autres résidents – un certain nombre de choses significatives pour eux, l'un après six mois de présence, l'autre après un an. Le premier, venu au lieu dépressif et suicidaire après une longue période où s'étaient peu à peu détruits tous ses liens personnels antérieurs, a pu réinvestir d'autres lieux et d'autres personnes. La seconde, qui n'avait jamais vécu hors de la protection fusionnelle parentale (sinon lors de séjours hospitaliers), a investi une relation amoureuse du même type – avec un homme plus âgé doté déjà d'une famille – qui constitue une étape très positive sur le chemin d'une plus grande autonomie. Quant à ceux qui vivent encore à la maison de la Baisse (trois

depuis deux ans, deux depuis un an, un depuis six mois), l'idée de sortie et de départ est une des données fondamentales de leur relation avec nous liée à la précarité stimulante et angoissante de leur présence en ce lieu.

CONCLUSION

Au terme de ce regard porté sur la Maison de la Baisse, deux ans après sa création, peut-on esquisser un bilan et parler de l'avenir? L'impact sur les utilisateurs peut être jugé globalement positif. Parmi les douze patients qui y ont séjourné, ou y vivent encore, sept en ont retiré un net bénéfice, et quatre aucun bénéfice.

Ces quatre échecs concernent des résidents ayant vécu une crise de déstabilisation suffisamment grave pour remettre leur présence en question au bout de quelques semaines, ou de quelques mois. L'amélioration progressive de notre mode d'approche de la phase préliminaire et de la phase initiale du séjour a rendu de telles crises plus rares et moins dommageables chez les résidents entrés au cours de la deuxième année de fonctionnement.

Quant aux critères permettant de considérer que pour sept utilisateurs sur douze ce mode de vie a eu un impact positif, ils concernent d'une part les modifications perceptibles dans le *fonctionnement mental* des intéressés (meilleure capacité d'insight, plus grande capacité d'intégration du vécu affectif et des excitations psychiques, moindre recours aux mécanismes défensifs antérieurs : délire, projection, retrait, rupture de la relation), d'autre part les changements dans la *vie relationnelle* (enrichissement du réseau relationnel, moindre dépendance à l'égard des parents ou des institutions hospitalières, plus grande capacité d'autonomie personnelle).

Le fonctionnement du lieu de vie a lui aussi évolué. Nous ne l'avons jamais voulu figé une fois pour toutes. C'est l'analyse patiente des difficultés rencontrées qui s'est révélée le meilleur moteur d'éventuels changements. Le témoignage des stagiaires — psychologues en formation de l'Université de Lyon — a, dans ce domaine, une valeur irremplaçable, au même titre que les dires et les actes des résidents. Ces stagiaires restent associés à la vie de la maison après leur départ,

à travers leur retour périodique aux soirées-bilans, à travers les liens privés que certains d'entre eux conservent avec des résidents. Ils s'intègrent ainsi à ce qui est en train de devenir une *histoire commune*. Mais ils sont associés aussi à notre réflexion critique sur ce mode d'approche nouveau de la psychose, et à nos projets.

La pertinence de ce regard venu du dedans vient, par exemple, de nous amener à modifier un des éléments du dispositif initial. Jusqu'ici, les stagiaires me rencontraient chaque semaine pour évoquer avec moi, responsable du projet, les difficultés éventuelles rencontrées dans leurs relations avec les résidents. À la réflexion, cette rencontre qui avait pour fonction de rassurer aussi bien le responsable que les stagiaires, s'est avérée présenter un risque : celui de pervertir le projet, en amenant les stagiaires à se vivre — parfois à tort, parfois avec raison — comme des intermédiaires entre les résidents et l'équipe institutionnelle, et en faisant de cette rencontre un lieu de passage de l'information pouvant parfois court-circuiter la réunion de régulation. Il vient donc d'être décidé, à l'issue d'une réunion de travail avec tous les anciens stagiaires, que l'interlocuteur hebdomadaire de ceux-ci sera, désormais, extérieur à l'équipe institutionnelle, ce qui devrait permettre aux stagiaires, et à cet intervenant, d'analyser avec plus de liberté les problèmes relationnels en jeu au lieu de vie (le responsable médical restant par ailleurs disponible pour rencontrer les stagiaires à leur demande, comme il peut recevoir, à sa demande, un résident). Ainsi serait mieux préservée et soulignée l'identité des stagiaires, personnes partageant avec les résidents un *espace privé*, et non, membres clandestins de l'équipe soignante.

Les ex-stagiaires sont aussi associés à nos projets, parmi lesquels celui d'un deuxième lieu de vie fonctionnant sur le même principe (qui verra sans doute le jour dans les premiers mois de 1983), et celui d'un *lieu d'accueil temporaire*. L'objectif de celui-ci serait d'accueillir, pour des séjours n'excédant pas quelques semaines, des personnes dont les troubles débordent temporairement leur propre capacité de maîtrise et la capacité de prise en charge de leur environnement habituel (famille ou ... lieu de vie). La réalisation de ce projet repose sur les mêmes principes fondamentaux que nos réalisations antérieures :

- primauté à l'impact relationnel plutôt qu'à l'attaque médicamenteuse.
- utilisation des capacités de soutien et de compréhension réciproques des patients entre eux dans le cadre d'un tout petit groupe.
- vie dans un cadre familial semblable au cadre de vie d'une famille.
- participation matérielle et financière des patients à la vie de la maison.
- présence d'une équipe disponible et fiable.

Ainsi pourrait se compléter de façon cohérente notre dispositif thérapeutique. Mais cette création se heurte à beaucoup d'obstacles, dans la mesure où l'existence de ce nouveau rouage permettrait, à long terme, à ce dispositif de soins aux psychotiques dans la communauté de devenir une *authentique alternative* à la psychiatrie classique centrée sur l'hôpital.

RÉFÉRENCES

- ALOMBERT, C., 1981, *Lieu de vie et traitement des psychotiques*, Thèse de médecine, Lyon.
- BETTSCHEM, A., 1974, *Le temps des Cerises*, Thèse de médecine, Lyon, n° 35.
- BONAMY, N., FISCHER, C., GIOFFREDI, G. et M. BEAUDRY, 1977, Les femmes au foyer, *Information psychiatrique*, vol. 53, n° 4.

- BOUTIN, M., 1981, *La maison de la Baisse, un regard du dedans*, Mémoire de DESS, Psychologie clinique.
- DILL, J., 1977, Le foyer, une maison de soins?, *Information psychiatrique*, vol. 53, n° 4.
- DUVIVIER, E., 1974, *Le foyer de la colère*, film Sandoz.
- HOCHMANN, J., 1971, *Pour une psychiatrie communautaire*, Éditions du Seuil.
- HOCHMANN, J. et M. SASSOLAS, 1971, Le traitement des psychotiques dans le cadre d'une expérience de psychiatrie communautaire, *Revue d'épidémiologie de médecine sociale et de santé publique*.
- IATTONI-GAGNÉ, R., 1977, Les échos de la rue, *Information psychiatrique*, vol. 53, n° 4.
- Maison de la Baisse (La)*, 1981, Montage magnéto-scopique réalisé par les habitants du lieu de vie, Lyon.
- SASSOLAS, M., 1977, Le foyer du Cerisier d'hier à aujourd'hui, *Information psychiatrique*, vol. 53, n° 4.
- SASSOLAS, M., 1980, La place des structures intermédiaires dans une approche psychothérapique des psychoses, *Transition*, n° 3.
- SASSOLAS, M., Les frères orphelins, à paraître dans *Transition*.
- SASSOLAS, M., 1979, Les maladies infantiles des structures intermédiaires, *Transition*, n° 1.

SUMMARY

The author describes the functioning and evolution of a therapeutic commune called "La Baisse". Founded in 1979, it houses 7 psychotic patients and one "stagiaire". The first part describes the principles upon which the commune is founded, and the second part describes the structure, the participants and the three stages through which the patients go. The author concludes that the experience is a positive one.