

La communauté thérapeutique

Deuxième partie : La Chrysalide

Therapeutic community. Part 2 : La Chrysalide

Yves Lecomte et Charles Tourigny

Volume 8, numéro 1, juin 1983

Structures intermédiaires ou alternatives?

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/030170ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/030170ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Lecomte, Y. & Tourigny, C. (1983). La communauté thérapeutique : deuxième partie : La Chrysalide. *Santé mentale au Québec*, 8(1), 122-134. <https://doi.org/10.7202/030170ar>

Résumé de l'article

Dans cet article, les auteurs explicitent la conception de la psychose sous-jacente à leur approche dans une communauté thérapeutique fondée en janvier 1981, et qui se nomme La Chrysalide. Pour eux, la psychose est un système de défense face aux conflits relationnels et aux conflits intrapsychiques. En un mot, ils croient que la folie est compréhensible et que le client, une fois cette compréhension acquise, ne recourra plus à ses défenses habituelles pour s'adapter au milieu environnant. Ils explicitent ensuite concrètement la structure et le fonctionnement de cette communauté, pour analyser par après les seize premiers mois de fonctionnement selon l'approche sociale de Jones. Ils analysent en particulier les types de crise, les rôles et retracent l'évolution cyclique du groupe de résidents durant ces quelques mois, évolution qui a oscillé entre l'individualisme et le communautaire. Ils concluent leur article en énumérant les dangers qui guettent les participants d'une telle entreprise.

LA COMMUNAUTÉ THÉRAPEUTIQUE

Deuxième partie : La Chrysalide

*Yves Lecomte**
*Charles Tourigny**

Dans cet article, les auteurs explicitent la conception de la psychose sous-jacente à leur approche dans une communauté thérapeutique fondée en janvier 1981, et qui se nomme La Chrysalide. Pour eux, la psychose est un système de défense face aux conflits relationnels et aux conflits intrapsychiques. En un mot, ils croient que la folie est compréhensible et que le client, une fois cette compréhension acquise, ne recourra plus à ses défenses habituelles pour s'adapter au milieu environnant. Ils explicitent ensuite concrètement la structure et le fonctionnement de cette communauté, pour analyser par après les seize premiers mois de fonctionnement selon l'approche sociale de Jones. Ils analysent en particulier les types de crise, les rôles et retracent l'évolution cyclique du groupe de résidents durant ces quelques mois, évolution qui a oscillé entre l'individualisme et le communautaire. Ils concluent leur article en énumérant les dangers qui guettent les participants d'une telle entreprise.

"We do not cure;
But we do not harm"
(Berke, 1977)

Traiter des individus ayant une structure psychotique représente une entreprise périlleuse et ardue. Qui parmi les intervenants auprès des psychotiques n'a jamais ressenti profondément ce déchirement, cette division entre le monde de la réalité et le monde des fantasmes, entre le vécu et le théorique, entre le symbolique et le concret, entre la surprotection et l'abandon? Toutes ces questions reflètent les difficultés de la rencontre avec la personne psychotique. Cependant, nous voulons nous arrêter sur une autre difficulté qui,

celle-là, se présente presque inévitablement et c'est celle du milieu de vie.

Quand nous parlons de lieu de vie pour psychotique, nous pensons immédiatement à ceux qui jalonnent son parcours habituel c'est-à-dire la maison familiale, l'hôpital, les foyers d'accueil, la chambre isolée. Ces lieux arrivent presque tous à refléter la même image, de dépendance, d'impuissance et d'irresponsabilité. La mise sur pied de la communauté thérapeutique La Chrysalide tente précisément de répondre à ce défi de créer un milieu de vie permettant de faire évoluer la personne psychotique en brisant le cercle de l'irresponsabilité.

La démarche qui a donné naissance à cette communauté thérapeutique s'est inscrite avant tout dans des préoccupations très pratiques vécues par des cliniciens d'une clinique externe de psychiatrie d'un hôpital général de Montréal, soit l'hôpital Saint-Luc. Ces praticiens étaient confrontés depuis des années à la réalité quotidienne de personnes psychotiques vivant dans des quartiers (Centre-Sud et Centre-Ville) considérés comme nettement défavorisés économiquement. C'est donc, dans un premier temps, l'aspect de l'isolement social de notre clientèle psychotique qui a posé la question du lieu de vie adéquat. Dans notre pratique quotidienne, cette réalité sociale se traduisait surtout sous forme de pro-

* Yves Lecomte, m.a. criminologie, m.ps. psychologie, et Charles Tourigny, psychologue, travaillent au Centre de Santé Mentale Communautaire, clinique externe de psychiatrie rattachée à l'hôpital St-Luc. Les auteurs remercient les résidents de leur participation, les intervenants, les membres du comité de gestion et du conseil d'administration du Centre de Santé Mentale Communautaire de Montréal (C.S.M.C.M.). Les auteurs remercient aussi la Société de services Ozanam inc. et la John Baker Fellows Foundation pour leur support financier. Mentionnons enfin que ce projet est sous la responsabilité administrative du Centre de Santé Mentale Communautaire de Montréal, corporation à but non lucratif, incorporée en 1971 et qui n'est pas sectorisée.

blème d'hébergement. Dans ces secteurs, la formule des maisons de chambre constitue d'une certaine façon pour notre clientèle l'équivalent des foyers ou familles d'accueil. Dans ces chambres, même le patient le plus bizarre à nos yeux est assuré de trouver l'isolement qui le protégera des pressions sociales; mais, sans doute, son exclusion y sera confirmée de façon aussi efficace que jadis à l'asile.

Un autre type de réalité sociale justifie la création d'un milieu de vie substitutif, si ce n'est thérapeutique, c'est la répétition très fréquente de situations où prévaut une relation symbiotique surtout de type mère-enfant et l'inefficacité de toute tentative thérapeutique de séparation avec les outils que nous avons en main.

D'autre part, suite à la politique de réduction de la population des grands centres hospitaliers psychiatriques de la région métropolitaine, nous avons été confrontés de façon très massive au phénomène de la dépendance institutionnelle chronique, car nos secteurs pauvres sont vite devenus les hôtes de l'exode des pensionnaires des asiles en régression. Débordés par cette population de patients chronicisés, nous avons pu observer de très près l'effet débilisant et destructeur à long terme d'un milieu de vie inadéquat. Ainsi se manifesta l'urgence de la création de milieux de vie qui donneraient une chance à la personne psychotique de s'inscrire dans une perspective d'évolution et d'espoir.

Cette réflexion et ce désir d'action ont trouvé support surtout au contact de jeunes gens déjà en traitement à la Clinique. La plupart de ces derniers avaient déjà été hospitalisés lors d'au moins un épisode psychotique, et avaient été évalués par les cliniciens comme non encore entrés dans la roue infernale des longs internements ou des «follow-up» trop souvent désabusés, devons-nous avouer, des cliniques externes de psychiatrie.

C'est donc à partir de ces considérations éminemment pratiques qu'en janvier 1981 s'est ouverte La Chrysalide, simple lieu de vie ou communauté thérapeutique, ceci restait à préciser et surtout à vivre. Cependant est apparue rapidement la nécessité de développer de façon concomitante des points de repère théoriques qui serviraient à organiser les interventions des thérapeutes, ceci afin de leur donner une orientation commune, de les systématiser et de les corriger, souvent

après coup, et d'éviter ainsi de sombrer dans le spontanéisme pur et la seule bonne volonté.

Cette recherche de points de repère théoriques est un processus dynamique mais lent qui se déroule à La Chrysalide autant par confrontation dans la pratique d'hypothèses théoriques que par analyse de situations conflictuelles passées. Nous avons choisi, dans cet article, de nous pencher plus particulièrement sur un cadre de référence qui nous a servis et nous sert actuellement de repère pour comprendre et travailler les phénomènes interactionnels expérimentés à l'intérieur du groupe. C'est d'ailleurs cet intérêt et cette croyance en l'utilisation des phénomènes de groupe qui nous a amenés à définir la vocation de La Chrysalide en termes de thérapeutique et non seulement de milieu de vie substitutif. C'est aussi pour cette raison que cet exposé s'attache à la mise en pratique du concept qu'a développé Maxwell Jones mais appliqué à une petite communauté thérapeutique de psychotiques. Cette analyse ne veut aucunement diminuer l'apport d'autres contributions théoriques et pratiques, et nous pensons en particulier à l'influence toujours très présente dans nos orientations de l'expérience de la communauté de La Baisse dirigée par le Docteur Sassolas.

Enfin, nous avons choisi de centrer nos observations sur les conflits interactionnels entre les résidents, leurs rôles et l'évolution cyclique de la communauté. Cette exclusion artificielle, devons-nous avouer, des interactions résidents-thérapeutes ne signifie pas que nous n'en tenons pas compte mais plutôt que nous en sommes à une première étape d'analyse. Dans un article ultérieur, nous analyserons plus spécifiquement cet aspect et élaborerons notre modèle théorique et thérapeutique. Avant de nous arrêter à l'application du concept de communauté thérapeutique, nous donnerons brièvement un aperçu des principes généraux sous-jacents à l'organisation de La Chrysalide et à son fonctionnement.

A. PRINCIPES SOUS-JACENTS À L'ORGANISATION DE LA CHRYSALIDE

1. Conception de la psychose et de l'intervention

Notre conception de la psychose la situe sur un registre psycho-dynamique, c'est-à-dire que

nous voyons prioritairement ses manifestations comme un système de défense face aux conflits relationnels et aux conflits intrapsychiques. La psychose sert essentiellement à nier les conflits, à les faire dévier, à les éteindre, à les déguiser, etc.

Ce système de défense s'exprime non seulement à travers des symptômes, mais se manifeste aussi au cours des relations interpersonnelles, et particulièrement au cours des relations avec les résidents et les thérapeutes de la communauté. Le travail du thérapeute consiste alors à analyser avec le résident ses comportements en se servant des facteurs interactionnels et contextuels observables et des éléments intrapsychiques interprétables, au lieu de s'appuyer sur un diagnostic maison. En étant ainsi confronté à ses comportements et compris à travers eux, le résident apprend à considérer de lui-même sa propre expérience comme valable et à en devenir responsable peu à peu.

L'intervention des thérapeutes ne vise pas tant à faire disparaître les symptômes qu'à aider la personne à intégrer ces manifestations défensives dans le continuum de sa vie et de ses relations actuelles.

Pour y arriver, nous croyons à la nécessité d'une thérapie individuelle avec un thérapeute extérieur à la commune, afin que le résident ait un lieu personnel où il puisse réaliser l'intégration de ses conflits intrapsychiques. Mais nous croyons aussi en la validité de la thérapie de groupe entre les résidents de la commune. Cette dernière aide à comprendre la contrepartie relationnelle de la vie intrapsychique, favorise la communication et dénoue les nœuds qui naissent à travers le partage de la vie quotidienne.

Nous pourrions résumer ainsi le rôle des thérapeutes auprès du groupe :

a) Ils établissent des relations, les stimulent, voient à ce que les contacts entre résidents et entre résidents et thérapeutes ne soient pas stéréotypés, rigides ou aseptisés.

b) Ils régularisent les conflits qui naissent de la cohabitation.

c) Grâce à la stabilité et à la fiabilité de la présence (physique et émotionnelle) des thérapeutes, le résident peut se laisser aller à vivre comme siens ses mouvements affectifs profonds, jusque-là étouffés ou projetés. C'est d'ailleurs grâce à leur

capacité de ressentir empathiquement ce qui se passe et à leur souci de reconstituer le sens caché de certaines situations pour les restituer au résident, que les thérapeutes permettent à ce dernier d'élaborer progressivement lui-même son vécu intérieur et de le vivre comme sien.

2. La concrétisation de la notion de responsabilité

Comme le dit Berke dans *L'Homme Papillon* (Berke, 1977), on peut difficilement voir l'hôpital psychiatrique autrement que comme une institution qui prive l'individu de ses droits et qui remplace la liberté par la sécurité. On peut répéter au malade que *tout dépend de lui* mais lorsque tout, traitement médical, repas, gîte et loisirs, est organisé pour lui, cette phrase perd tout son sens.

Pour briser ce cercle vicieux d'irresponsabilité du psychotique, nous voulons, à La Chrysalide, remettre le plus de responsabilités possibles entre les mains des résidents :

- responsabilité de leur évolution ;
- responsabilité de l'organisation de la vie quotidienne ;
- responsabilité de l'admission et de l'exclusion des membres ;
- responsabilité des tâches ménagères ;
- responsabilité d'assurer la survie de ces lieux en respectant les règles de base.

3. La souplesse de la structure sociale

À La Chrysalide, les règles de fonctionnement sont d'une grande souplesse :

- elles sont réduites au minimum ;
- elles font l'objet de décisions de groupe, selon les principes démocratiques ; chaque personne est libre d'y organiser son emploi du temps comme elle le désire ;
- les seules règles immuables sont celle édictées pour la sécurité des résidents et de la maison.

4. La durée

Pour nous, le traitement des psychotiques s'étend nécessairement sur une longue période ; il s'agit alors d'éviter la dépendance et la chronicité, en se gardant d'une prise en charge totale qui ne laisse pas de manques. Ainsi, nous permettons

que s'instaurent des ruptures et des manques dans la relation du patient avec l'équipe soignante. Ces trous dans la réalité le renvoient à d'autres manques réels ou imaginaires, qui ont marqué sa vie affective. Par le fait même le milieu de vie doit trouver une complémentarité dans la communauté environnante. Le résident doit aller y chercher loisir, travail et engagement social, si possible.

B. LA STRUCTURE PHYSIQUE ET ADMINISTRATIVE DE LA CHRYSALIDE

Dans une communauté thérapeutique, si la personnalité des résidents est importante, la structure de la personnalité légale (la communauté) est essentielle. Aussi, allons-nous la décrire en détails.

1. Les lieux physiques

La maison comporte quatre étages, le Centre de santé mentale communautaire de Montréal (C.S.M.C.M.) loue deux d'entre eux pour y loger La Chrysalide. L'appartement a un escalier intérieur. Au premier étage, se trouvent un salon, une cuisine avec boudoir attenant, deux chambres, une salle de toilette et une salle de bain. Au deuxième étage, il y a 4 chambres qui ne ferment pas à clé, une salle de toilette et une salle de bain. C'est un appartement vaste, très propre, permettant à chacun de vivre isolé ou avec les autres, selon ses désirs.

2. Les thérapeutes

Du 18 janvier 1981 (date d'ouverture) au 1^{er} mars 1982, trois thérapeutes (Monique Frenette, Yves Lecomte et Denis Vincent) étaient responsables de l'intervention thérapeutique dans la communauté. Après cette date un quatrième thérapeute (Michael Ashton) s'est ajouté à l'équipe. Chacun a une clé des lieux. Ils y vont à tour de rôle selon l'horaire suivant : les quatre assistent à la réunion communautaire du lundi (de 19 à 21 hres); un thérapeute, différent à chaque fois, y va les mardi, jeudi et vendredi à l'heure du repas (2 heures de présence) et le week-end, 2 heures par jour, le samedi matin et le dimanche, aux heures de son choix. (Depuis octobre 82, l'horaire a été modifié. Il y a réunion les lundi et jeudi et

présence d'un thérapeute les mercredi et vendredi durant 2 heures.)

Que font les thérapeutes? Ils animent d'abord la rencontre du lundi soir; leur approche y est relationnelle et chacun intervient selon son désir. Lors de la rencontre du samedi à propos de l'entretien ménager, ils participent au même titre que les résidents lesquels ont une tâche fixe. Lors des visites individuelles, le thérapeute présent discute avec les résidents. Les thèmes varient d'une journée à l'autre, selon les membres présents et selon leurs préoccupations. Par exemple, l'un discutera une journée de problèmes de travail ou de problèmes relationnels des résidents entre eux et, le lendemain, de musique, cinéma, etc.

3. L'administration

L'administration des fonds de la commune relève d'un comité de gestion formé de deux personnes (Colette Bouchard et Hélène Giroux). Celles-ci collectent le loyer, administrent les subventions, autorisent les achats des biens communs par les résidents, achètent elles-mêmes des biens. Elles sont aussi responsables des problèmes matériels et doivent intervenir en cas de non-paiement du loyer, fixé actuellement au taux de 117 \$ par mois. Sans assumer la responsabilité des interventions thérapeutiques, le comité de gestion doit quand même en tenir compte lors de ses décisions. Toute démarche, tout paiement ou refus de payer de la part d'un résident doit être vu comme partie intégrante de son évolution psychique.

4. Les réunions

Dès le début, les thérapeutes ont décidé de tenir une réunion hebdomadaire ayant pour objet le fonctionnement de la communauté et l'évolution des individus et du groupe. Tous doivent y assister, à moins d'avoir des raisons valables.

Cette réunion se divise en deux parties. Dans la première, il y a discussion de l'ordre du jour et prise du procès-verbal. S'y règlent les problèmes matériels, la distribution des tâches, les travaux communautaires, les achats, etc. Les décisions sont prises au consensus lorsqu'elles impliquent la participation de tous (par exemple, une nouvelle répartition des tâches). Les thérapeutes votent au même titre que les autres lorsque les décisions les concernent.

La deuxième partie est centrée sur l'évolution individuelle et sur celle du groupe. Chacun parle de soi ou de ses rapports avec autrui. Au début, les propos étaient inscrits au procès-verbal mais, après quelques semaines, il fut décidé de ne plus les inscrire.

Le samedi, les résidents se réunissent pour accomplir les tâches d'entretien ou les tâches exceptionnelles, telles l'isolation, la décoration. Chacun est libre de participer à cette réunion mais doit faire sa tâche hebdomadaire.

5. Les règlements

La communauté a un certain nombre de règlements relatifs à la vie commune. Chacun doit respecter l'intimité d'autrui, de même que l'intégrité des lieux. Il doit assumer ses tâches d'entretien et acquitter le montant de son loyer. Un mois de préavis est demandé avant de déménager.

Une règle importante concerne le compte-conjoint qui a été créé pour que chaque résident ait suffisamment d'argent pour se nourrir jusqu'à la fin du mois. Tous les mois, chacun doit déposer dans ce compte (sous la responsabilité d'un thérapeute et d'un résident) un minimum de 75 \$ qui lui est remis proportionnellement les 2^e, 3^e et 4^e semaines du mois. Chacun est libre d'y déposer un montant plus élevé.

Une autre règle de vie a été conçue par les résidents, soit le «pot». Chacun y dépose 5 \$ pour l'achat de biens communs tels que papier de toilette, savon à vaisselle, sacs à ordures, ou autres.

Enfin, soulignons qu'il n'y a pas de sanction dans ce milieu, si ce n'est de quitter les lieux à la demande des thérapeutes et des résidents et ce, pour des motifs très graves.

C. LES CRISES À LA CHRYSALIDE

Racamier et Carretier (1972), ont utilisé le concept de crise dans leur analyse de la petite communauté du *Foyer de la Veulote*. Ils ont distingué trois moments de crise pour un individu : l'insertion, la migration et la terminaison.

La première crise a lieu entre le deuxième et le quatrième mois de résidence. Le nouveau venu craint la fusion dans le groupe et il recourt à sa stratégie défensive habituelle pour s'en protéger.

La deuxième crise se situe au moment où le sujet oscille entre son désir d'appartenance à la communauté et son désir d'autonomie. C'est la période de migration. Selon les auteurs, le psychotique devient parfois névrotique ou caractériel au terme de cette crise. Malgré les apparences, la partie n'est pas encore perdue car cette phase transitoire «marque la réinstauration d'investissements durables et le retour malaisé du principe du plaisir dans le fonctionnement mental» (1972, p. 281).

La troisième crise est celle de la terminaison. Cette phase, qui reproduit le caractère de la phase migratoire mais à un stade d'évolution plus élevé, a trois temps : amorce, élaboration et consolidation. Racamier et Carretier en distinguent deux modalités : *progressive*, c'est-à-dire que les trois temps s'y enchaînent progressivement, en douceur, ou *disruptive*, c'est-à-dire plus abrupte et plus aléatoire dans son issue, les deux premiers temps s'y rapprochent, s'y consolident tandis que le troisième temps se fait hors de la vue des thérapeutes.

Pour sa part, Jones a identifié deux causes majeures de conflit dans une communauté : l'arrivée et le départ d'un résident, d'une part, et la réactivation des affects associés à un événement traumatique vécu antérieurement par un résident, d'autre part. Examinons ces notions de conflit individuel et collectif à la lumière de nos données d'observation, qui couvrent la période des *16 premiers mois* de fonctionnement de La Chrysalide.

1. L'arrivée

Les réactions à l'arrivée d'un nouveau résident ne sont pas les mêmes selon qu'il s'agit d'un homme ou d'une femme. Ainsi, avant l'arrivée de Gabrielle (toutes les personnes mentionnées ont des noms fictifs), il n'y avait pas eu de femme depuis longtemps dans la communauté. Gabrielle est donc accueillie avec plaisir et suscite beaucoup d'attentes de la part de deux (Antoine et Arthur) des trois résidents. Le troisième, (Nicolas) l'accueille sans enthousiasme mais sans crainte : selon lui, «sa présence n'a rien de problématique». Gabrielle peut remplir son rôle de sœur et de mère sans menacer personne, la place est vide et n'est enviée par personne. Malgré cela, elle a de la difficulté à jouer ce rôle. «J'ai de la difficulté à m'intégrer»

dit-elle, et elle s'absente souvent, ce qui a pour effet de décevoir rapidement Antoine et Arthur et d'éviter des conflits avec Nicolas.

Il n'en est pas de même lorsque Joseph se présente. Il n'est pas désiré. Il rétrécit l'espace des mâles. De plus, il fait peur : il hallucine souvent et rit seul pendant des heures, assis dans la chaise berçante. Aussi dès son introduction dans la communauté, il suscite des réactions de méfiance chez Antoine, Arthur et Nicolas. Ces derniers demandent tour à tour à un thérapeute («s'il le connaît bien!»). D'autres remarques démontrent aussi que ce résident n'est pas bienvenu. «Vivre à 5 est difficile. Quatre serait le chiffre idéal» dit l'un. Un autre craint que «nous rentrions un malade qui puisse l'attaquer.» Le troisième ajoute : «Ils peuvent venir mais il faut qu'ils soient calmes et ne remettent personne en cause, ne résolvent pas un problème sur notre dos. Plus il y a de monde, plus il y a de relations possiblement conflictuelles car toutes les relations sont conflictuelles. Alors, je ne veux pas de contact car cela veut dire se battre».

Quelques jours plus tard, il se produit un incident mettant en cause le dernier venu. Par inadvertance, Joseph verrouille la porte de la salle de bain du quatrième étage, privant de ce fait Nicolas de l'usage du lavabo qui lui était dévolu, vu qu'il n'en a pas dans sa chambre. Ce dernier engueule le nouveau, ce qui ne va pas les rapprocher. Lors de la réunion suivante, Joseph relate cet événement et Nicolas l'engueule à nouveau. Il finit son altercation par ces mots : «Les insultes que je t'ai dites équivalent à ce que moi, j'ai ressenti de désagréable».

Ce nouveau venu, qui avait beaucoup d'attentes envers la commune, sentit le rejet des trois anciens. Il réagit en manifestant le désir de quitter la communauté dès la deuxième semaine de son séjour. Par la suite, les manifestations d'agressivité et de méfiance à son égard disparaissent mais tous demeurent très distants avec lui. Ils le tolèrent car ils n'ont pas le choix. Seule, Gabrielle lui accorde un certain support.

L'étude de ces arrivées nous amène à nous interroger sur les motivations des résidents à vivre dans un tel endroit. À ce jour, nous avons remarqué deux types de motivation. Le premier type est instrumental : «économiser ses sous, faciliter ses

démarches d'emploi, trouver un gîte». L'autre est émotif : «sortir de son isolement social, s'épanouir, vivre une expérience communautaire, se sentir en sécurité, se défaire de la relation maternelle». Les deux peuvent évidemment se retrouver chez la même personne. Ces motivations indiqueront à coup sûr le genre d'engagement et le rôle que le candidat assumera dans la communauté.

Donc, l'arrivée d'un nouveau résident peut créer une période conflictuelle, comme l'a souligné Jones, mais nous avons vu que là n'est pas toujours le cas. De plus, la crise d'insertion vécue par le résident peut survenir dès les premiers jours de son séjour.

2. Les départs

Nous avons connu durant cette période deux types de départ : l'un volontaire, l'autre, demandé par les thérapeutes.

a) *Le départ volontaire*

Il y eût un départ volontaire précédé plusieurs mois auparavant d'un conflit entre Colette et les autres résidents. Ces derniers lui reprochent alors d'être responsable de la mauvaise atmosphère dans la communauté. Colette insiste beaucoup sur l'instauration d'un esprit communautaire dans lequel tout serait partagé et accompli en commun, mais manifeste à chaque début de mois son désir de quitter la communauté. Les autres deviennent agressifs à son égard car elle les incite à se rapprocher et lorsqu'ils le font, les abandonne en leur disant qu'elle veut partir.

Cette dynamique dure quelques semaines. Puis éclate un conflit entre Colette et Bernard. Suite à un rapprochement entre Colette, Richard et Jean-Louis, Bernard se sent exclu. Il contre-attaque lors d'une réunion en demandant aux autres résidents l'exclusion de Colette. Ceux-ci refusent. Il la demande alors aux thérapeutes qui refusent également. Il retraite en quittant la réunion. La semaine suivante, il s'emporte à nouveau contre Colette, mais en son absence. Bernard la rend responsable de ses problèmes, d'autant plus qu'il l'envie de réaliser un de ses grands désirs, celui de travailler. Suite à cette attaque, il a une crise paranoïde. Il pense que quelqu'un a mis de la

vitre dans ses confitures. Il se dit victime d'un complot de la part des autres résidents, dont l'instigatrice serait Colette. L'angoisse diminuant, Bernard déplace ensuite son hostilité en la dirigeant contre les visiteurs, intrus invités par Colette.

Durant ces 4 semaines houleuses, Colette est déprimée. Elle manifeste le désir de participer à un rapprochement entre les résidents, tout en doutant du succès de l'entreprise. «Le mouvement de départ doit venir des résidents mais c'est impossible». Ce sentiment d'échec se double d'une perte d'influence dans le milieu. Lors d'une réunion, les autres résidents refusent de se rapprocher émotivement par l'intermédiaire de repas communautaires, et choisissent de ne se réunir que pour des corvées, à la suggestion de Bernard. C'en est trop. Colette quitte la semaine suivante.

Ce type de départ correspond à la crise de migration notée par Racamier et Carretier. Le départ est désiré par le sujet lui-même, mais ne peut se faire facilement, car le sujet demeure attaché à la communauté. Le résident est ambivalent. Par ailleurs, il ne peut que provoquer une situation conflictuelle dans la communauté, car il est trop déstabilisateur et oblige tous les autres à prendre position, soit partir ou rester.

Ce désir de quitter s'explique de plusieurs façons. La communauté ne peut répondre aux attentes et aux besoins énormes des résidents. Ainsi, certains candidats croient y trouver un oasis de paix, un gîte calme où tous s'entendent et s'aident. Ce n'est évidemment pas le cas. Ceux-là sont rapidement déçus. Ils trouvent que «c'est mort, que les résidents sont des zombies».

D'autres sont désenchantés parce qu'ils espéraient trouver une présence constante des thérapeutes ou pensaient régler rapidement leurs problèmes. Finalement, d'autres quittent parce que la vie en communauté ne correspond plus à leurs besoins. Il y a trop de monde et ils doivent partager trop de choses.

Ce désir de quitter est continuellement sous-jacent : «on ne peut pas habiter éternellement la commune. Il faudra bien partir un jour» disent certains. Cet énoncé traduit leur ambivalence. On désire y vivre toujours car on s'y sent en sécurité mais la réalité leur rappelle qu'ils devront un jour s'en séparer. Ils oscillent donc entre ces deux désirs, ce qui se répercute sur leurs rapports

interpersonnels. D'autre part, cette ambivalence est amplifiée par la crainte de l'exclusion s'ils ne répondent pas aux attentes du projet, s'ils ne sont pas assez actifs ou s'ils ont des comportements fous.

b) *Le départ demandé par les thérapeutes*

Jean-François, qui avait énormément investi d'énergies dans la commune durant un an, demanda à ses parents de l'aider financièrement afin qu'il puisse la quitter. Ceux-ci refusèrent. Il n'en parla à personne, sauf à un thérapeute et ce, de façon évasive. Il avait donc le désir de quitter mais ne pouvait le faire, faute de moyens matériels. À la même période, il se rapproche beaucoup des autres résidents lors de festivités. Ce rapprochement provoque rapidement chez lui une réaction paranoïde. Selon lui, la menace est extérieure : on lui a volé ses clés, et ce, dans un endroit important pour lui.

«Il faut changer toutes les serrures» dit-il. Puis, son angoisse s'apaise le mois suivant, période durant laquelle il continue de collaborer avec les autres dans les activités qui satisfont ses besoins primaires : la propreté et la préparation des repas. Durant cette même période, il termine un travail fait à l'extérieur de la communauté, travail dans lequel il avait beaucoup investi.

Débutent alors une période de désorganisation. Devant la menace que représente pour lui le rapprochement émotif vécu pendant les repas, il développe un discours qui aseptise tous les rapports et les qualités thérapeutiques de La Chrysalide. Pour lui, les résidents deviennent les propriétaires de la commune, désormais coopérative d'habitation. La réunion devient facultative et les thérapeutes ne sont que des personnes ressources. Ces derniers mettent alors des limites à son discours. Il réagit en accusant deux résidents de lui voler de la nourriture et de souiller son lait. Ceux-ci, dit-il, veulent qu'il devienne violent afin que les thérapeutes profitent de ce prétexte pour l'exclure. De plus, il ne veut plus utiliser la même vaisselle que les autres, car, selon lui, ils ne la lavent pas.

Lors d'une autre rencontre, son discours dévoile sa perception de lui-même et des autres : il a bâti la commune et a fait plus que les autres, car il y était avant eux. De plus, vu que la maison où est

située la communauté sera bientôt vendue, il veut être consulté lors de cette vente. Il désire avoir un droit de véto sur tout. Ainsi, sous prétexte qu'il manque de l'argent dans le «pot», il veut que toute décision ou transaction effectuée sans son accord soit bloquée, car ce serait le voler.

À ce moment-là, selon lui, l'unique façon pour les thérapeutes de l'aider est de chercher le responsable de ses problèmes actuels. Devant leur refus, il s'emporte contre eux.

Il a de plus en plus le sentiment qu'il sera exclu de la communauté. Il réagit alors en demandant d'insérer dans le procès-verbal que lui aussi est en démarche thérapeutique et que cela ne doit pas servir de prétexte à son exclusion.

Cela ne le rassure pas. Il croit maintenant qu'une résidente, Françoise, cherche à l'exclure pour mettre à sa place un ami. Il devient de plus en plus confus au point de nier toutes ses paroles ou tous ses gestes antérieurs et de défaire tout ce qu'il avait fait jusqu'à ce jour.

La décision de lui demander de partir est alors prise. Devenant de plus en plus fermé aux autres, il est en train de les exclure de l'endroit. Les autres résidents n'osent pas l'affronter. Seul l'un d'eux ose demander son exclusion alors que les autres préfèrent s'exclure de leur lieu de vie. Devant la menace d'éclatement de la communauté (le départ des résidents ou la possibilité d'un conflit violent), les thérapeutes décident de lui demander de partir. Il réagit agressivement et devient ensuite déprimé. Il manifeste alors un grand attachement à la communauté et le désir d'aider les autres. Mais la décision est maintenue. Comme le signale Jones, les thérapeutes doivent dans de tels cas manifester leur autorité ordinairement latente, lorsque la désorganisation est telle que les résidents ne peuvent eux-mêmes exercer leur autorité. Ce départ est un autre exemple de crise de migration.

3. La réactivation des affects associés à un événement traumatique passé

C'est un autre mode de conflit, individuel cette fois, mais vécu par tous. Ainsi, Christiane arrive directement de l'hôpital, après un séjour houleux, précédé d'autres séjours semblables dans différentes institutions. En arrivant dans la communauté, elle revit les mêmes affects qu'en institution. Selon elle,

les intervenants sont des gardiens répressifs et la communauté, un lieu d'emprisonnement. Elle leur fait payer très cher sa rage et sa colère inassouvis des mois précédents. De plus, en arrivant dans un milieu envahi par les hommes, elle revit ses peurs antérieures d'être violée.

Cette notion peut être illustrée par un autre exemple. Avant son arrivée dans la communauté, Christian vivait depuis des années dans un état d'isolement affectif et social important malgré la fréquentation d'un groupe d'entraide. Dès son entrée, il cesse ses rapports avec tout groupe ou toute personne thérapeutiquement significative. Il essaie par la suite de faire adopter par les autres sa vision instrumentale des rapports interpersonnels afin d'éviter tout conflit. Mais les autres n'acceptent pas cette vision. Malgré ses peurs il doit donc se rapprocher de ces derniers, mais ce mouvement l'amène à la panique. Pour survivre, il réactive alors sa stratégie défensive, qui consiste à s'enfermer dans le mutisme et à réifier tous les rapports, tout en développant un discours accusant les autres de comploter pour l'exclure.

Ces exemples nous amènent à la stratégie d'intervention élaborée par Jones pour travailler sur les conflits. Cette stratégie est applicable dans notre milieu. Cependant, il est rarement possible de le faire au moment de la crise car les intervenants ne sont présents que sporadiquement. De plus, comme un patient en crise psychotique ne peut être confronté à ce moment, cela ne peut se faire que beaucoup plus tard. Aussi, entretemps, faut-il ne travailler la crise qu'avec les autres résidents. Il est toutefois important de confronter à un moment donné le sujet avec la réalité et de ne pas passer sa crise sous silence. Dans certains cas, cette intervention ne peut avoir lieu (comme l'illustre l'exemple du départ d'un résident demandé par les thérapeutes). Pour appliquer cette stratégie, il faut aussi vaincre une règle informelle de la communauté qui impose le silence sur les conflits.

En effet, dans ce milieu, les résidents font tout pour éviter les conflits et, s'il s'en produit, ils ne veulent pas en parler. Il ne faut pas dire à l'autre ce qui nous irrite car «en parler, c'est déjà susciter un conflit». Aussi, faut-il taire ses tensions et ses malaises car «parler de l'émo-

tif, ça génère des conflits et c'est faire le jeu des thérapeutes»... «On ne peut pas parler des conflits dans les réunions car en parler est dangereux. La parole sert à envenimer les conflits et est conflictualisée.»

Chacun élabore sa stratégie pour rendre effective cette loi du silence. L'un achète la paix en prêtant de l'argent; d'autres se liguent contre le plus anxieux qui ne sait pas tenir sa langue; un autre joue l'intermédiaire en parlant à tous, il satisfait ainsi son besoin impérieux «de demander à l'autre ce qui se passe pour se rassurer».

Si un conflit éclate malgré tout, on réagit en cherchant un coupable. S'il est impossible d'en trouver un parmi les résidents, on désigne les thérapeutes ou, quelque chose de neutre émotivement, comme «l'inactivité».

Les conflits peuvent être verbaux ou physiques, mais ils sont rarement physiques car il faudrait pour cela transgresser une des règles du milieu. Les sources de conflit, en plus des arrivées et des départs, concernent la nourriture, le «pot», le compte-conjoint, l'utilisation des espaces communs, l'entretien ou les échanges interpersonnels. Pour certains, tout est conflictuel alors que d'autres tolèrent tout.

Une fois la crise passée, on justifie ses attitudes et ses comportements en les rationalisant. «Rien ne sert de changer les autres. Fermons le sujet et souhaitons que ça ne se répète pas. Rien ne sert de clarifier les situations car ce serait vouloir changer l'autre. Aussi, on ne peut changer autrui car notre agressivité doit être plus grande que celle de l'autre. Donc, il vaut mieux apprendre à vivre avec l'autre. Ce n'est pas compliqué. Si tu as tort, tu le prends et ça vient de s'éteindre.»

D. L'ÉVOLUTION CYCLIQUE

Dans son étude sur l'hôpital Belmont, Rapoport (1974) observe que cette communauté thérapeutique est soumise à des variations cycliques qui affectent le degré de participation des malades, les pratiques et les résultats thérapeutiques. Ainsi, en période de perturbation collective, les départs prématurés augmentent et les malades adoptent les uns vis-à-vis les autres et à l'égard de leur leader une attitude plus négative. D'autre part, certaines variations ont un effet thérapeutique

positif. Elles suscitent l'expression de pulsions réparatrices et des engagements affectifs favorisés par l'approche de crises. L'évolution de La Chrysalide suit-elle ce schéma?

La Chrysalide a connu cinq périodes différentes en 16 mois d'opération. La *première* est celle de l'implantation et a duré quatre mois et demi. La *deuxième*, «la vie en suspens», s'étend sur trois mois et demi. La *troisième* période a duré trois mois et se nomme la dépression à trois. La *quatrième* période concerne la croissance du groupe et s'étend sur quatre mois et demi. La *dernière* période, la décroissance du groupe, a duré un mois et demi.

1. La période d'implantation

L'étape d'implantation dure quatre mois et demi. Dans une première phase, cinq rencontres mettent en présence des candidats intéressés par ce milieu de vie. Elles ont pour objectif de permettre aux futurs résidents de se connaître et de discuter à propos du fonctionnement concret. Rapidement, les discussions se focalisent sur la nourriture. Doit-on manger seul ou en groupe? Après avoir pesé le pour et le contre, les participants décident de faire des achats en commun et de tout partager. «C'est plus économique», disent-ils.

La deuxième phase consiste en l'essai de cette formule. Elle dure un mois. Une telle entente présuppose des négociations quotidiennes, une proximité physique et une grande confiance en autrui. Il faut aussi concilier des habitudes alimentaires différentes (boire du «Tang» plutôt que du jus d'orange naturel). De façon plus terre à terre, il faut faire face à des récriminations telles que «ça a coûté 100 \$ d'épicerie depuis lundi dernier et je n'étais pas toujours présent. Je veux être dédommagé». Euphorique au début, l'atmosphère devient de plus en plus tendue. Le conflit éclate entre Marcel et Charles à propos du partage d'une cruche de vin. Ils en seraient venus aux coups si le thérapeute alors présent ne s'était interposé. À la réunion suivante, on décide que chacun achètera sa nourriture. Cette période connaît aussi un premier départ occasionné par des raisons judiciaires non liées à la communauté.

Débutent alors la troisième phase. Charles et Jocelyne manifestent le désir de partir mais

décident de rester pour voir ce qui va arriver. David arrive et Marcel ne dit plus mot. Les tensions entre les résidents qui étaient focalisées sur la nourriture se centrent alors sur le conflit entre Marcel et Jocelyne. Le premier incarne le pôle individualiste, matériel et la seconde, le pôle communautaire et émotif. Même si chacun s'est trouvé un *modus vivendi*, l'atmosphère reste tendue. Marcel supporte mal la proximité physique des autres (il veut une deuxième table car il trouve la première trop petite alors qu'elle a 8 pieds de long) et l'aspect thérapeutique du projet. Charles apprend à rencontrer quelques jeunes filles, amies de résidents. Jocelyne amène régulièrement des visiteurs et ne cesse de tout critiquer. Quant à lui, le nouveau venu David veut tenir à distance les thérapeutes qu'il ressent comme trop menaçants pour l'instant. Chacun est donc en attente. Puis le conflit survient. Marcel demande l'exclusion des visiteurs de Jocelyne (la communauté a comme règle que chacun est responsable de ses visiteurs). Les autres refusent. La semaine suivante, Charles demande l'exclusion de Jocelyne car «elle n'est pas bien dans la commune». «Elle nuit à l'atmosphère.» Malheureusement pour lui, Marcel et Jocelyne se liguent contre lui, car, «il ne faut pas parler de l'émotif, ça génère les conflits». À cette occasion ils mettent en sourdine leurs conflits réciproques.

Commence alors la quatrième phase qui dure deux semaines. Charles, ne trouvant plus aucun appui auprès des deux leaders, décide de partir. Puis David se range du côté de Marcel et demande l'exclusion de Jocelyne, car il juge que le conflit de cette dernière avec Marcel envenime l'atmosphère de la commune. Il se range ainsi du côté du moins menaçant (en apparence, du moins) car, plus tard, il dira au sujet de Jocelyne : «Elle avait un besoin sexuel qui a mis tout le monde sur la défensive, parce qu'elle recherchait une relation fusionnelle.» Cette période se termine avec le départ de cette dernière.

Durant cette phase d'implantation, nous assistons à un lever de rideau. Chacun dévoile ses habitudes de vie : sommeil, activités, habitudes alimentaires. Un monde de différences se révèle. L'un se lève tôt le matin alors qu'un autre se couche vers la même heure. L'un est végétarien et l'autre se nourrit de conserves. C'est aussi la

remise en question ou la redéfinition du projet. L'un veut un projet où tout est partagé, un autre rejette tout projet communautaire ou thérapeutique. Pour lui, «c'est une coopérative d'habitation ici et les thérapeutes ne sont que des consultants». On conteste aussi l'utilité de tenir une réunion hebdomadaire.

C'est aussi une phase d'exploration du territoire. On fait sa place. En plus de sa chambre, on a un espace dans le réfrigérateur, un espace pour sa nourriture et une place désignée autour de la table. Certains ustensiles peuvent même être réservés à l'usage d'un seul résident. Si on se sent à l'étroit dans son espace, on peut l'agrandir en faisant le vide autour de soi, en ne disant mot et en faisant peur, ou encore on attend d'être seul pour manger.

2. La vie à quatre ou la vie en suspens

Cette période est marquée par l'investissement des énergies à l'extérieur de la communauté et corollairement par un moindre investissement à l'intérieur. Les résidents se cherchent un emploi. L'entretien ménager se fait plus ou moins bien et seulement deux repas communautaires ont lieu durant cette période. Ceci montre bien l'isolement de chacun. On ne bouge pas. L'un va même jusqu'à dire qu'il ne veut pas s'impliquer car «il ne veut pas se défaire en petites pièces et rester comme ça après. Les autres ne font rien non plus». Après deux mois et demi de ce régime, se réeffectue un investissement dans la communauté sous forme de rapprochement entre trois des quatre résidents. Cela rallume les hostilités entre les deux leaders du groupe, aux antipodes l'un de l'autre. Comme les deux autres résidents ne disent mot sur ce conflit et se rangent par le fait même au côté d'un des leaders, l'autre décide alors de quitter la commune, n'y sentant plus aucun appui.

3. La dépression à trois

Les résidents font l'autopsie du départ de la résidente. «Je ne savais que lui répondre»... «Elle disait des choses qui n'avaient pas d'allure»... «Elle ne me parlait pas.» Malgré un voyage fait ensemble par deux résidents, le climat est déprimant durant cette période. Chacun est isolé et nie ses sentiments dépressifs. Un seul incident a

lieu durant cette période. Un résident enfreint la règle du compte-conjoint car «lorsqu'il a faim, plus aucune règle ne tient», dit-il.

Vers la fin août début septembre, les résidents cherchent à sortir de leur état dépressif. Ils veulent réinstaurer des repas communautaires et inviter des gens à ces repas. Parallèlement, la colère commence à monter entre eux. L'un critique un autre parce qu'il laisse traîner ses journaux et n'entretient pas la table. Ce dernier est en colère car l'autre ne s'adresse à lui que pour le critiquer. On parle aussi de la peur que l'un des trois suscite. Cette période se termine avec l'arrivée de nouveaux résidents.

4. La croissance du groupe

Cette période débute avec l'arrivée de deux nouveaux. Malgré les difficultés d'adaptation, quatre des cinq résidents se rapprochent progressivement les uns des autres. Ils discutent de façon informelle au réveil, ils sortent ensemble dans des cafés. Comme la période des fêtes approche, c'est l'occasion de préparer les festivités, malgré le scepticisme de certains. Ces préparatifs contribuent à créer une véritable atmosphère des fêtes autour de neuf repas communautaires en huit semaines. On mange, on rit, on boit et on se saouïe. Même le résident habituellement à l'écart des autres participe à ces activités tout en continuant à se dérober aux rencontres informelles.

Donc, cette période marque la constitution d'un groupe composé de quatre patients qui, en dépit de difficultés relationnelles, réussissent à former corps entre eux pour se faire plaisir. Cependant, il apparaît rapidement que ce corps s'est aussi constitué en réaction à une menace latente : la conduite de Marcel, le résident solitaire.

5. La décroissance du groupe

Effectivement, cette menace se concrétise bientôt. Dès que Marcel désinvestit ses activités extérieures, il se retrouve sans projet et déprimé. Il recourt à sa stratégie défensive habituelle, la projection de sa colère et de ses peurs sur un ennemi potentiel. Le déploiement de ses mécanismes de défense va perturber le groupe. Les repas communautaires cessent durant 1 mois et demi. Les résidents restreignent leur espace, cachent

leurs sentiments et n'osent plus se faire plaisir. Ainsi, lorsque les thérapeutes leur suggèrent de faire un repas communautaire, ils acceptent l'idée, mais mangeront au restaurant. Ils ne peuvent manifester leur cohésion devant Marcel car cela actualise leur désir de l'exclure. Ce repas n'a d'ailleurs lieu que trois jours avant le départ de Marcel, et en présence de trois thérapeutes. Donc, la stratégie défensive de ce dernier bloque toute communication et scinde le groupe en deux, lui et les autres. L'atmosphère se détériore de jour en jour. Les conversations sont pleines de sous-entendus ou on se tait en sa présence. On ne veut pas envenimer la colère de Marcel. Il apparaît de plus en plus qu'aucune confrontation n'est possible, d'où la décision de demander son départ, ce qui met un point final à cette période.

Il y a donc eu une évolution cyclique dans La Chrysalide. Parti d'une euphorie communautaire, le groupe a vécu une phase dépressive pour ensuite se relancer dans une autre phase communautaire, suivie cette fois d'une période de désorganisation due à la désorganisation psychique d'un sujet qui ne pouvait supporter la proximité émotive de la phase précédente. Cette évolution ne correspond pas tout à fait à celle observée par Rapoport à l'hôpital Belmont. Elle est plus spécifique à un groupe de psychotiques, à savoir qu'elle oscille entre deux pôles : esprit communautaire et esprit individualiste dont la contre-partie serait la fusion et l'autisme.

E. LES RÔLES

Dans une petite société, comme dans une grande, certaines fonctions sont essentielles à la survie et au fonctionnement. À La Chrysalide, ces fonctions sont l'entretien des lieux, les négociations avec le comité de gestion, la préparation des repas, la responsabilité du compte-conjoint et la prise des procès-verbaux lors des réunions. Parmi elles, l'entretien des lieux et la prise des procès-verbaux sont les seules tâches interchangeables, les autres le sont très peu. Une fois un résident assigné à une fonction, il a tendance à s'y figer. De cette façon, chacun se cristallise dans un rôle déterminé, fait ce qu'il croit conforme aux attentes des autres, mais sans tenter de les dépasser. Il apprend donc à maîtriser une certaine fonction

et s'y confine. Il se sent ainsi en sécurité tout en ayant l'impression de répondre au minimum d'attentes nécessaires à son acceptation dans la communauté. De plus, comme il est figé dans ce rôle, il ne menace pas les autres, chacun ne dépassant pas les limites assignées à sa fonction.

Par ailleurs, dans cette société, les résidents jouent aussi d'autres rôles instrumentaux issus des rapports interpersonnels et conformes à leur personnalité et à leurs désirs. Ainsi, l'un sera le bricoleur, l'autre le prêteur d'argent, un autre le modérateur ou l'intermédiaire. Ces rôles ne sont pas interchangeables car ils sont trop liés à la personnalité de chacun.

Enfin, cette société, de nature familiale, voit les résidents jouer des rôles appris très tôt et reflétant ceux qu'ils avaient ou voulaient avoir dans leur famille. L'un est l'aîné et sert de modèle aux autres, l'autre est la fille de la maison et joue le rôle de grande sœur ou de mère, l'autre est l'intellectuel et lit tout le temps, l'autre est le fou joyeux ou halluciné, un autre est l'anxieux (il ne peut tenir sa langue), un autre est l'homosexuel alors qu'un autre sera l'ivrogne. Enfin un autre est le mouton noir ou le bouc émissaire. Ces rôles peuvent être joués par un seul résident ou par plusieurs à la fois. Ils sont connus, ancrés en soi et donc, extrêmement difficiles à modifier car, en fait, ils sont le reflet de la personnalité de chacun. Reconnaître ces rôles et les analyser est très utile thérapeutiquement car cela concerne la structure de personnalité de chacun. Cette analyse permet aussi de comprendre les antécédents familiaux de chacun. De cette façon, il est alors possible de les aider à se modifier et à évoluer.

CONCLUSION

Après cette exploration des principaux concepts en jeu dans l'expérience de la communauté thérapeutique et leur illustration pratique, nous terminerons par quelques réflexions générales sur les dangers qui guettent une telle communauté thérapeutique.

En premier lieu, les assises financières en seront toujours fragiles. En effet, une telle communauté ne veut subir aucune contrainte administrative et doit protéger sa liberté d'action en évitant de se lier à un organisme qui «avalera à coup sûr». Elle

doit donc dans la mesure du possible s'auto-financer ou diversifier la provenance de ses fonds, ce qui exige beaucoup d'énergie.

L'épuisement des thérapeutes est un autre danger. Tel que conçu, ce projet est très exigeant sur les plans émotif et énergétique. Les interventions ont lieu en fin de journée ou les week-ends, à un moment habituellement réservé au repos. Il exige d'eux une foi en l'avenir à toute épreuve, car ce travail est ardu et peu gratifiant. Il exige de plus l'adhésion à une philosophie de traitement cohérente. Or, au cours des ans, cette philosophie doit changer pour répondre à des besoins nouveaux et correspondre aux nouvelles connaissances acquises. Maintenir le consensus chez les intervenants, partager l'information et conserver au traitement une ligne directrice rationnelle, tout cela consomme, comme on sait, beaucoup de temps et d'énergie.

Le danger peut aussi venir de l'extérieur. Si la folie des résidents déborde les lieux et se manifeste chez les voisins, il y a risque d'une contre-réaction destructrice de leur part. Le foyer du Cerisier à Lyon en est un exemple.

Le danger peut aussi être intérieur. Nous pensons évidemment aux pulsions destructrices toujours latentes des résidents. Nous pensons en particulier à un phénomène spécifique à ce projet, l'aseptisation. C'est un mécanisme par lequel un sujet enlève toutes qualités thérapeutiques au projet, le stérilise et le transforme en un autre projet dénué de tout sens thérapeutique. Ce danger est énorme car il rend insignifiante toute intervention ou toute interprétation et paralyse tous les rapports interpersonnels et la démarche thérapeutique.

Un dernier danger, et non le moindre, est constitué par le manque de motivation de la part des résidents. Ce projet exige d'eux une motivation à toute épreuve car il est extrêmement angoissant de faire face à ses peurs et à des expériences traumatisantes vécues comme destructrices. Aussi, ne faut-il pas se surprendre du découragement de certains. Il faut en retour reconnaître le courage de ceux qui continuent et s'impliquent activement.

RÉFÉRENCES

BERKE, J., 1977, *Butterfly man*, the Anchor Press Ltd, London.

- JONES, M., 1952, *Social Psychiatry, A Study of Therapeutic Communities*, Tavistock, London.
- JONES, M., 1972, *Au-delà de la communauté thérapeutique*, Simep, Villeurbanne.
- RACAMIER, P.C., CARRETIER, L., 1974, Un foyer thérapeutique. Remarques sur la méthode de soins dans les évolutions au long cours, in Chiland, C., Bequart, P. eds, *Traitements au long cours des états psychotiques*, Privat, Toulouse, 413-440.
- RAPOPORT, R.N., 1974, *La communauté thérapeutique*, F. Maspéro, Paris.
- SASSOLAS, M., 1981, La Baisse, Une Communauté thérapeutique pour psychotiques, *Santé mentale au Québec*, VI, 2, 143-60.

SUMMARY

In this article, the authors make explicit the conception of psychosis underlying their approach in a therapeutic community called "La Chrysalide", founded in January 1981. They view psychosis as a defence system against relational and intrapsychic conflicts. Subsequently they describe, in concrete terms, the structure and functioning of this community and then analyze its first sixteen months of operation which followed the social approach of Jones. In particular, they analyze the types of crisis, the roles, and retrace the cyclical evolution of the group of residents during these several months.