

Guillaume Maria

Psychologue clinicien

LAM d'Hestia

Lyon

LES LITS D'ACCUEIL MÉDICALISÉS (LAM) : UN DISPOSITIF INNOVANT ENTRE SOINS ET HABITAT

« La fonction originelle de la maison ne consiste pas à orienter l'être par l'architecture du bâtiment et à découvrir un lieu – mais [...] à y ouvrir l'utopie où le je se recueille en demeurant chez soi » (Lévinas, 1961, p. 130).

L'histoire d'une naissance

C'est en 2016 que l'association Organisation pour la santé et l'accueil (Orsac) ouvre un dispositif de 20 lits d'accueil médicalisés (LAM) répondant à un besoin sur le territoire Rhône-Alpes. Il s'agissait de libérer des lits dans des structures conçues pour des prises en charge de courte durée et mal adaptées à des patients atteints de maladie chronique, en situation de forte précarité. C'est dans ce contexte médicosocial que prennent naissance les LAM d'Hestia afin de répondre à cette nécessité. Au sein du 5^e arrondissement de Lyon, dans les murs d'une ancienne clinique spécialisée en soins de suite et de réadaptation (SSR), viennent s'installer les LAM ; un établissement entouré de verdure et situé au bout d'une allée.

Entre lieu de soins médicalisés et lieu de vie, les LAM – structures médicosociales – constituent un lieu atypique où équipe médicale et équipe psychosociale travaillent main dans la main pour accueillir et prendre en charge un public fragilisé, précaire et malade.

Cette structure présente un caractère novateur dans le domaine de la précarité. Elle conjugue la proposition d'un suivi médico-psychosocial et l'offre

d'un hébergement. La singularité de l'établissement naît du caractère innovant du dispositif accueillant des patients qui présentent des difficultés sur trois volets :

- *la santé* : pathologies chroniques invalidantes à pronostic plus ou moins sombre ;
- *le social* : précarité sociale et économique, parcours de rue ;
- *le psychologique* : fragilités et vulnérabilités psychiques, troubles psychiatriques et psychopathologies.

Ce dispositif de prise en charge de personnes vulnérables au parcours précaire s'inscrit dans une logique d'accompagnement global, de maintien d'un état de santé (non-dégradation), d'éducation à la santé et dans certains cas de réinsertion vers un lieu de vie adapté.

Le contexte sociopolitique actuel et l'évolution du phénomène de précarité semblent favoriser la création et l'extension de ce type d'établissement. Nous pouvons penser que les LAM sont amenés à se multiplier et à se pérenniser.

L'accueil d'un public démuné à multiples niveaux permet de libérer les structures dites « de droit commun » (hôpitaux, cliniques, etc.), difficilement adaptées à ces personnes dont la situation nécessite une régularisation socioadministrative.

L'objectif à long terme est de réinscrire ce public dans le droit commun à travers une forme de « réhabilitation globale ». Les LAM, nous le verrons, tentent de répondre en partie à cette problématique.

Les LAM se mettent au service d'une population en détresse, qui sans cesse met à l'épreuve le fonctionnement et les rouages sociétaux. « La figure du précaire ne se laisse définir par aucun déterminant social particulier, et semble plutôt être le reflet de l'air du temps, la figure précaire, éminemment mouvante, venant dessiner en creux celle d'une société, de ses contradictions, de ses échecs » (Velut, 2015, p. 48).

L'enjeu du dispositif

La particularité du dispositif est d'accueillir des personnes qui cumulent des maladies graves, des problèmes sociaux complexes et souvent une problématique

psychologique, voire psychiatrique associée. Nous nous retrouvons ainsi face à une prise en charge à trois facettes :

- *l'aspect médical* : prise en charge des corps bien souvent abîmés par l'expérience de la rue et de l'errance ;
- *l'aspect social* : remobilisation, réinscription et responsabilisation de la personne autour de ses droits sociaux ;
- *l'aspect psychologique* : prise en charge de la souffrance psychique et travail de subjectivation des expériences traumatiques.

L'alliance de ces trois volets constitue la singularité et la complexité de cette structure et comporte en elle-même un challenge fort. Elle induit la présence d'une équipe pluridisciplinaire, du purement médical au psychosocial, en passant par l'éducatif ou relevant d'autres disciplines de rééducation physique et psychologique.

Nous avons là une structure qui se dessine, où chaque acteur doit jouer son rôle et porter sa discipline dans un ensemble plus large ; une organisation, qui a pour mission de prendre soin et de soigner.

Cet ensemble nécessite une véritable coordination, un peu à l'image d'un orchestre où chaque musicien ayant une fonction spécifique se rend indispensable à la construction d'une mélodie harmonieuse. Cette mélodie, c'est la pratique d'un vivre-ensemble.

Au-delà des soins portés aux hébergés, l'objectif est la restauration du lien social. Dans ce contexte, la question du logement et de l'accompagnement vers une appropriation d'un lieu est au cœur des débats et des préoccupations aux LAM.

Un public singulier

La principale difficulté se situe dans le type de population accueillie. En effet, nos patients ont pour la plupart un parcours de rue et de précarité qui les ont menés, au fil de leur histoire, à la maladie chronique et parfois aux troubles psychiatriques.

Ces personnes se sont exclues ou ont été exclues d'une famille, d'un groupe, d'un fonctionnement sociétal et n'ont plus accès à un « ailleurs ». Jean Furtos évoque la notion de « syndrome d'auto-exclusion » pour illustrer ce phénomène de retraitement et d'effacement du sujet. Leurs histoires semblent les avoir amenés à fuir un

contexte, probablement devenu insupportable. Le sujet « [...] développe une économie de "survie" plus qu'une économie de vie et pour survivre il a dû se retirer de l'expérience, se retirer de lui-même, se retirer de sa vie ou d'une partie de celle-ci » (Roussillon, 2017, p. 13). Nous réaborderons plus loin ce thème du retraitement de soi, de la dés-habitation de soi qui nous intéresse tout particulièrement au regard d'une clinique que nous définirons comme une *clinique de l'habitat*.

Revenons aux notions de « trauma » et de « survie ». Dans l'auto-exclusion, le sujet semble mettre en place une stratégie de défense afin de se protéger du souvenir et de la répétition du sentiment d'agonie et de détresse en lien avec l'histoire traumatique. Le processus d'exclusion permettrait d'éviter la menace d'une réminiscence : « En quittant les situations sociales habituelles, celles qui peuvent réactiver les vécus d'échec et d'impasse, le sujet tente de se soustraire à la menace de réactivation des traces » (Roussillon, 2017, p. 14).

La précarité : un symptôme ?

Dans cette explication, l'exclusion et la précarité deviennent un véritable symptôme. Le symptôme est par définition un compromis trouvé par le sujet pour continuer à vivre ou à survivre, c'est une « solution » face à l'effraction traumatique. « Il y a bien un "bénéfice du symptôme", "primaire", celui qui consiste à éviter l'affrontement direct du conflit et, "secondaire", dans la mesure où, une fois installé, le symptôme peut représenter une précieuse "rente d'invalidité", ce pour quoi le sujet le "défend bec et ongles", selon l'image freudienne » (Assoun, 2010, p. 19).

Le bénéfice secondaire que peut représenter la « rente d'invalidité » est un phénomène que nous pouvons constater sur le terrain au contact de nos résidents qui, au fil de leur dégradation physique, psychique et sociale, finissent par désinvestir leur situation et s'identifier entièrement comme handicapés ou comme invalides. Cette identification devient un prétexte de relégation et nourrit le syndrome de dés-habitation de soi.

L'errance dans la précarité semble également être la résultante d'un phénomène où le sujet se désinscrit de son histoire, de sa filiation, forme de « disparition et d'effacement du sujet » (Velut, 2015, p. 51). Nous pourrions résumer la chose ainsi : disparaître pour survivre. Ce phénomène met en lumière toute la complexité de la problématique de l'exclusion et de la figure du précaire. Il donne une idée, un indicateur sur comment aborder ce public singulier. Il s'agirait d'accueillir la personne en considérant que son symptôme est porteur de sens et qu'il a une fonction d'étayage.

Un autre phénomène en lien avec le précédent me semble important à observer et à analyser, c'est celui du paradoxe auquel peut nous confronter cette population. La rue, son univers devient le théâtre de ce phénomène paradoxal où s'expriment à la fois la marginalité et le besoin d'être au milieu de la cité, au regard de tous. « [...] Formes de souffrances qui utilisent la scène sociale comme arène de leur processus de retrait ou de solution à l'impasse existentielle à laquelle la vie les confronte [...] » (Roussillon, 2015, p. 13). Ainsi l'exclusion et la marginalité s'exercent paradoxalement sur la scène sociale, celle qui pourtant semble à l'origine de leur fuite.

Le sujet précaire ne s'exclut pas dans la forêt, au fin fond de la campagne, en zone rurale ou bien au bord d'un paisible lac, mais au contraire s'expose et se rend vulnérable au centre de la ville, comme pour afficher une détresse, un malaise. Il semble y avoir un message, une demande à entendre du côté d'une souffrance, mais peut-être également du côté d'une revendication. « La déchéance affichée peut également être une façon de faire signe, comme ultime adresse à l'autre... » (Velut, 2015, p. 52).

C'est peut-être à cet endroit que de nombreuses questions peuvent se poser et réinterroger notre pratique au quotidien. De quelle(s) manière(s) peut-on soutenir ces sujets ? Comment se situer vis-à-vis d'eux ? Et comment ne pas s'égarer dans le diagnostic initial et ensuite dans le sens des objectifs donnés ? Comment aborder cette utilisation de la scène sociale dans l'exposition du symptôme ? Quelle est la part de « jouis-sens » (Jacques Lacan) dans cette conduite, dans cette solution trouvée ?

Il s'agirait alors de soutenir quelque chose du « désir de rue ». Peut-on supporter de ne pas vouloir le bien, de ne pas chercher la résolution à tout prix du symptôme d'exclusion ? *In fine*, comment ne pas s'imposer, et imposer une vision normative de l'existence ? Comment aider tout en respectant le sujet dans ses choix, dans sa posture de *sujet* ? Le symptôme se respecte en tant qu'il est une marque de subjectivité et de pulsion de vie. « Nous ne cherchons ni à édifier son sort, ni à lui inculquer nos idéaux, ni à le modeler à notre image avec l'orgueil d'un Créateur » (Freud, 1918, p. 138).

Les comportements paradoxaux de notre population doivent nous faire réfléchir sur la posture « soignante » à tenir. Il s'agit de ne pas tomber dans un jeu de dupes dans lequel le patient pourrait nous amener et nous piéger, menant irrémédiablement à l'échec de la relation et du travail entrepris. Le symptôme, avec son cortège de résistances, a cette fâcheuse tendance à mettre en échec

tout travail thérapeutique. Cette résistance est en quelque sorte l'objet de notre travail et ce sur quoi nous devons nous appuyer et nous concentrer. Rappelons-nous la formule lacanienne : « Gardez-vous de comprendre » (Lacan, 1966). Autrement dit, gardons-nous de toutes interprétations intempestives et sauvages. [...] S'il y a bien un "sens des symptômes" [...] le symptôme consomme la défaite du sens » (Assoun, 2010, p. 21).

Quelle posture ?

La première réflexion à mener est peut être, d'abord, de considérer la question de l'exclusion comme un symptôme qu'il ne faut pas éradiquer d'emblée. Le « retour » du trauma, qui n'a pu se symboliser à l'époque, et qui semble *a priori* à l'origine de la détresse pourrait renvoyer le sujet à une forme de sidération et concrètement renvoyer le patient directement à la case « rue », seul lieu de refuge qui en quelque sorte a montré ses preuves.

Il s'agirait donc de tendre l'oreille sur l'histoire du sujet, de retracer ensemble les épreuves traumatiques, et de laisser se jouer et se rejouer son histoire. L'objectif est de laisser le sujet déplier sa problématique, la répéter pour la transformer dans un cadre nouveau, un cadre contenant. Ce discours sur lui-même ou la mise en acte face à l'équipe lui permettra de vivre différemment son histoire, de la reconstruire, de lui donner une autre forme. Il s'agira plus tard d'associer au vécu traumatique et au sentiment de déplaisir une réassurance, un sentiment de sécurité et de confiance pour enfin s'ouvrir au plaisir.

Mettre à l'abri, réintégrer la personne dans des murs constitue un premier exercice. Ainsi, *in fine*, les murs deviendront thérapeutiques et auront fonction de soin.

Un abri et un vivre-ensemble : une fonction maternelle

En intégrant le patient dans les murs de l'établissement, le lieu est censé faire contenance et procurer un sentiment de sécurité. L'idée est de mettre le sujet à l'abri de lui-même, c'est-à-dire de son propre comportement souvent associé à une addiction, et également de le protéger des autres, de l'univers de la rue souvent hostile.

C'est donc avant tout admettre quelqu'un en situation de vulnérabilité, lui proposer un refuge et plus tard un ancrage. La clinique du vivre-ensemble a pour but de réparer les questions de rupture et d'exclusion.

La structure offre sa fonction maternelle en ce sens qu'elle nourrit, loge et blanchit l'arrivant. L'institution devient « mère » dans ces aspects de « prendre soin ». Cette fonction est primordiale ; elle introduit d'emblée un transfert du résident sur la structure de soin, transfert nécessaire au travail social, éducatif et psychologique qui s'installera dans un second temps en ligne de fond.

C'est donc à travers ce lien en construction entre le résident et l'institution que va pouvoir se déployer une projection des moi et par la suite une restauration de ces derniers. En effet, le moi dans le symptôme (symptôme d'exclusion, par exemple) effectue une forme de contorsion menant à « une luxation du moi » (Assoun, 2010, p. 19).

La structure devenue habitation devient l'espace, le lieu de projection du moi du patient.

Le moi du sujet s'assimile bien souvent à un espace. Dans les rêves, par exemple, il peut prendre la forme d'un espace où le sujet déploie son univers, ses problématiques et ses pulsions. Dans ce lieu sécurisé, le moi s'ouvrira à cœur ouvert en vue d'un travail sur soi, d'une réparation. La restauration d'un narcissisme mis à mal, dont les fondations se sont effondrées, va être une visée thérapeutique primordiale.

L'objectif des LAM est donc de ramener le sujet du côté d'un prendre soin de soi à travers déjà le prendre soin du lieu, le prendre soin de son habitat.

Les LAM deviennent le miroir des moi abîmés. À l'image d'une éponge, l'institution va s'imbiber des douleurs et des souffrances de nos patients. Il en découlera bien évidemment une difficulté du côté des équipes prises dans le faisceau transférentiel de ces instances moiïques en crises.

L'influence de ces sujets en situation de crise et le mouvement de leur investissement sont d'une grande importance et exigent une observation fine. Quelles répétitions vont se redéployer au sein de la structure ? Quels vont être les éléments clés à discerner afin d'analyser et de comprendre le sens de leur arrivée chez nous ? Comment éviter aux équipes de se fourvoyer dans les difficultés structurelles de nos patients ? En quoi le lieu, l'habitat proposé, peut permettre une reprise en charge de leur vie, un réinvestissement de leur désir ?

La question de l'habitat porte en elle de vastes champs de réflexion en ce qu'elle comporte de multiples avatars psychiques et corporels. L'habitat est une métaphore, d'abord celle du moi, ensuite celle du désir.

Le vivre-ensemble va permettre de tracer une ligne de travail, une ligne de vie. La thérapeutique sera celle-ci : une clinique du vivre-ensemble rendue possible par la proposition d'un habitat c'est à dire d'un lieu « plateforme » créant la base d'un dispositif où vont se traiter les liens humains et sociaux.

Dans cette perspective, nous pouvons noter et observer avec attention un mouvement, celui du passage de l'externe à l'interne, du dehors au-dedans. Ramener le sujet au-dedans, espace interne désinvesti depuis souvent bien des années, constitue tout l'enjeu thérapeutique lié à la problématique du sujet précaire, celle que l'on peut nommer « dés-habitation ».

Il y a une forme de désinvestissement d'un logement, d'un habitat d'une part et d'autre part désinvestissement de la vie, « dés-habitation de soi » (Velut, 2015) en ce sens qu'ils se sont retirés d'eux-mêmes (du corps et des sensations). Ils se sont désinvestis en tant que sujets désirants et responsables. À ce sujet, la question de la perte de responsabilité est véritablement notable chez ce public et est en lien avec la question du déni. C'est aussi une question éthique qui s'introduit du côté des professionnels : rendre le sujet responsable.

Le lieu de soin et d'hébergement devient donc la plateforme expérimentale permettant le déploiement d'une clinique que nous pourrions nommer ici « clinique de l'habitat » avec un enjeu principal : réinvestir un lieu de vie, retrouver un ancrage et réanimer le sujet du côté de la pulsion de vie.

Comment amener le patient à habiter son lieu de vie et à en prendre soin ? Comment permettre au sujet en errance de s'inscrire quelque part et reconstruire un « repère » faisant émerger un point d'ancrage ? De ce dernier pourrait naître ou renaître le désir d'habiter, voire de « s'habiter » comme sujet arrimé à un espace social et humanisant.

Le travail autour de la question d'habiter et le désir éthique de rendre le sujet « habitant » problématissent en partie l'enjeu de ce dispositif hors norme : prendre soin de son lieu pour prendre soin de soi ou bien prendre soin de soi pour prendre soin de son lieu, retrouver un enracinement et se réinscrire au sein de la sphère sociale par l'intermédiaire d'une vie en collectivité.

À travers l'habitat, lieu d'ancrage de la famille, la fonction maternelle prend toute sa place et irrigue l'ensemble de la vie dans l'établissement.

Un exemple de médiation

Une des illustrations de cette thérapeutique mise en pratique pourrait être celle, parmi tant d'autres, de mes tentatives en tant que psychologue, de venir éveiller ces sujets à travers une activité de médiation, le jardinage. Ce projet continue à me tenir à cœur pour faire vivre l'âme de cet établissement.

En effet, la réhabilitation des jardins fut mon premier projet lors de mon arrivée aux LAM. Ce projet avait comme ambition de réunir les patients et les professionnels autour d'une activité de médiation en lien avec la nature.

Faire pousser, remettre de la vie aux jardins bien souvent délaissés aux jeteurs de mégots, laissant le sol tapissé de détritiques, était un premier objectif. De mon point de vue, ces jardins symbolisaient la maladie, la mort. Ainsi donc, il s'agissait de nettoyer, purifier, remuer la terre et la recycler : déraciner, retirer la mousse et les mauvaises herbes pour ensuite replanter des arbustes, de belles plantes aux couleurs chatoyantes et de l'herbe fraîche, symboles de vie et de renaissance.

Ces activités ont créé rapidement la curiosité et l'observation de quelques patients interloqués par ma présence d'abord, dans ces jardins, les mains dans la terre, puis dubitatifs sur le sens et le résultat de cette tâche entreprise. Rapidement, je me retrouvai seul à jardiner avec un désir d'embellir les jardins, mais surtout de créer la réaction et l'éveil chez les résidents. Il me semblait que c'était une façon de leur parler et d'aller à leur rencontre, mais également de me présenter à eux.

Certains s'en saisirent, d'autres pas. Un résident ou deux s'amusera à jouer les superviseurs, d'autres mettront réellement les mains à la pâte comme de loyaux collaborateurs.

Cet exercice autour du jardin et de la terre interroge nos résidents autour de la nécessité à s'employer dans une telle entreprise et sur la valeur que cela peut avoir sur un plan plus personnel. Est-ce nécessaire, notamment face aux jets incessants de mégots ? Pourront-ils y trouver un réel plaisir, y trouver leur place ?

La question du beau et celle de l'esthétisme étaient à réinjecter avec ce que cela comporte de rêve. Embellir les jardins, pose concrètement et sans discernement la question de l'amour et du désir : aimer ce qui nous entoure et désirer le préserver.

La question de l'amour, c'est la question du transfert ; peut-on penser le jardin comme une instance moïque ? Le jardin peut-il devenir le support des projections subjectives ? Peut-on espérer une réparation des narcissismes par l'intermédiaire d'un transfert sur la terre, sur les plantes ? L'enjeu principal du dispositif se situe précisément sur ce point-là.

Prendre soin de son jardin, nous pouvons l'espérer, peut réanimer le sujet, le ré-enraciner quelque part, et l'amener à réinvestir la vie par l'intermédiaire d'un réinvestissement d'un lieu.

Se réapproprier un espace, c'est justement se constituer un jardin intérieur. Jardiner, n'est-ce pas, *in fine*, une façon de prendre soin de son intériorité ?

Parallèlement à cette réappropriation de soi, prendre soin du jardin, c'est aussi prendre soin du social. Les jardins représentent le dehors, l'extérieur et donc ce qui appartient au collectif. Avant de prendre soin de soi et de l'intime, doit-on prendre soin du collectif ? Ou bien est-ce l'inverse ?

Dans tous les cas, mon désir en tant que psychologue de prendre soin des extérieurs de l'établissement permettra, je le pense, de réanimer le désir des résidents d'en prendre soin à leur tour, comme une façon de se réinscrire dans le partage et dans le lien social.

Une fonction paternelle

Après avoir examiné la nécessité d'une fonction maternelle, abordons la dimension de l'autorité et de la loi.

Le droit social et le droit humain apparaissent comme des thématiques primordiales dans le travail au quotidien avec ces personnes, dont les limites semblent s'être désagrégées au contact de la rue. Le droit bien évidemment ne se dissocie pas des devoirs. Les questions des limites, des règles et plus largement de la loi apparaissent comme de véritables enjeux institutionnels particulièrement délicats à mener. C'est la fonction paternelle que l'institution doit porter. La difficulté pour l'institution sera de supporter l'incarnation de cette fonction. Tenir cette fonction, c'est tenir face aux « agir » de nos patients. Cela va constituer la toile de fond de ce qui va permettre la réinscription du sujet dans une réalité. Sans cette réalité, aucun vivre-ensemble n'est réalisable et aucune considération humaine n'est tenable.

Face au symptôme de fuite et d'exclusion, face aux comportements marginaux, un retour à la loi n'est-il pas une étape essentielle dans l'accompagnement au quotidien ? Tenir un cadre, n'est-il pas thérapeutique ?

La loi, et la notion de « culpabilité » qui en découle ne permettent-elles pas de réinjecter de la responsabilité chez le sujet ? N'est-ce pas une éthique que de persévérer à rendre le sujet responsable et désirant, lui (re)donnant accès au partage symbolique et à la reconnaissance, propre à l'être social que nous sommes. Pour ce faire, il s'agit de postuler que le sujet est capable de (re)devenir acteur de sa vie et de ses choix, qu'il est capable d'entendre ce que lui dit l'autre, en l'occurrence ici, l'*Autre paternel*. La loi permet de réintégrer le sujet dans la communauté humaine et lui indique le chemin vers ses droits. Au-delà de la resocialisation, nous nous situons là, à travers *le discours du Père*, dans une réhumanisation.

À travers les activités proposées aux LAM – médiations et ateliers –, ces questions peuvent se poser et se rejouer dans la relation. Elles peuvent instaurer un débat dont le but final sera de construire *a minima* un ordre structurant indispensable au *vivre ensemble*. Cependant, ces questions sont délicates au regard, surtout et paradoxalement, des équipes qui se situent dans l'écoute, la bienveillance et l'aide. Instaurer des règles et des interdits et surtout les tenir au quotidien, à travers des sanctions, peuvent constituer une difficulté, et un sentiment de contradiction au regard des valeurs humanistes de chacun, formant un sentiment de culpabilité. La question apparaît donc : la bienveillance peut-elle passer par l'autorité et l'instauration d'un cadre ? Freud évoquait la notion de « neutralité bienveillante ».

Sans pour autant tomber dans l'autoritarisme, le maintien d'un ordre face aux déviances de toutes sortes (alcool, violences, comportements inadaptés, etc.) des patients, face aux débordements pulsionnels parfois, semble pouvoir permettre d'institutionnaliser et de défendre un certain « bien-être » du collectif. Poser la loi, c'est prendre soin du collectif.

Pour ce faire, chaque acteur va jouer sa partition, chaque activité apportera une couleur, et chaque parole redonnera un sens au parcours de ces personnes.

Rêver le monde pour mieux l'habiter

Les hommes depuis longtemps ont rêvé d'avoir un coin de terre, un bout de terrain. De fil en aiguille, ce bout de terre devient une maison, un habitat, lieu de refuge où le sujet s'installe, se restaure, se reconforte. La maison devient un point d'ancrage, un centre autour duquel le sujet va pouvoir déployer sa vie et investir le monde.

Pour acquérir cette notion d'« ancrage », et pour devenir habitant, et ainsi habiter le monde, ne faut-il pas déjà rêver sa maison ? Rêver sa maison pour habiter le monde.

Les fonctions du fantasme et du déploiement de l'imaginaire en séance avec un psychologue ont cette ambition de reposer la question du rêve. Les séances de cinéma, proposées également une fois par semaine, réinjectent quelque chose de cette dose d'illusion nécessaire à la survie du désir de l'homme. Les ateliers d'arts peuvent également permettre au sujet de relancer le rêve et le désir à travers le dessin et la création. Enfin, la cuisine et les repas à thèmes que propose notre chef cuisinier chaque mercredi vont dans le même sens. Tous ces petits détails du quotidien portés par chaque acteur ont leur importance dans la construction de cette cause à défendre qu'est le rêve. C'est de mon point de vue une introduction vers la psychothérapie institutionnelle, en ce que l'institution va devenir soignante.

Par ailleurs, notre institution porte le nom d'Hestia : *les LAM d'Hestia*. Rappelons-nous dans la mythologie grecque Hestia est la divinité du foyer. Le foyer, c'est l'habitat, c'est aussi le feu et la chaleur autour desquels un groupe, un collectif a plaisir à se réunir et à partager, notamment autour d'un bon repas.

Le foyer, c'est un point de convergence où chaque individu, chaque âme en errance peut trouver réconfort et chaleur. Dans le domaine des sciences et de l'optique, un foyer est un point de convergence des faisceaux lumineux.

Les LAM d'Hestia à travers l'art du vivre-ensemble ont cette volonté de faire converger les énergies de chacun vers ce but ultime : la vie. ▀

BIBLIOGRAPHIE

Assoun, P.-L. (2010). Jouir du sens : le symptôme à la lettre. *Figures de la psychanalyse*, 19(1), 19-25.

Freud, S. (1918). Les voies nouvelles de la thérapeutique psychanalytique. Dans : S. Freud, *La technique psychanalytique* (p. 145-154). Paris : Presses universitaires de France.

Lacan, J. (1966). *Écrits*. Paris : Seuil.

Lévinas, E. (1961). *Totalité et infini. Essai sur l'extériorité*. La Haye : Phaenomenologica.

Roussillon, R. (2017). *Se retirer pour survivre. Rhizome*, 6(2), 13-14.

Velut, N. (2015). *Pathologie mentale et souffrance psychique de personnes en situation de précarité : de quoi parle-t-on ? Eupan*, 98(2), 47-54.