
Introduction

DEPUIS 1965, j'ai eu l'opportunité de travailler dans plusieurs lieux d'accueil pour adolescents ayant des troubles du caractère et du comportement, en internat, en consultation et en externat. Curieusement, tous ces lieux s'étaient structurés autour de locaux vétustes, auprès desquels se construisaient des bâtiments modernes et salubres. Cloître, maisons construites par les adolescents eux-mêmes, dans le cadre des ateliers professionnels, baraques militaires de camps de prisonniers de la dernière guerre, mètres carrés sociaux d'HLM, ancienne usine, tous avaient en commun l'inconfort et l'insalubrité, tout au moins l'inadaptation à leur vocation, pour accéder, en une sorte de rédemption, aux normes de confort, d'hygiène et de sécurité réservées aux collectivités d'enfants lors d'un déménagement dans des locaux spécialement, mais toujours imparfaitement, construits. Avant la loi de 1975, ces établissements étaient fréquentés, selon la nomenclature en vigueur, par des cas sociaux et des caractériels. La formation des éducateurs spécialisés, avant l'instauration du diplôme d'État de 1970, faisait la part belle au travail auprès de cette population, et les stages durant les études y étaient en grande partie consacrés. On nommait déjà institut de rééducation (IR) les établissements habilités à la recevoir. Et on y ajoutait le P de psychothérapeutique (IRP) ou le PP de psycho-pédagogique (IRPP), sans crainte du rapprochement avec le terme de rééducation, plus rude maintenant qu'au moment où l'on parlait encore de maisons de correction, de centres de redressement ou de Bon Pasteur. Il s'agissait de la rééducation des fonctions psychiques du moi, connotée psychanalytiquement pour les professionnels, et représentée coercitivement dans l'opinion publique. La réticence à fréquenter un tel institut de rééducation a été manifeste jusqu'aujourd'hui, les représentations de la punition restant vives, tant chez les jeunes que chez leurs parents, surtout si les jeunes ont à se reprocher des actes délictueux. Par la suite, les lois de décentralisation n'ont pas éclairci la situation : entre les établissements sociaux au financement décentralisé des conseils généraux, les établissements et services de l'Aide sociale à l'enfance (ASE) et les établissements médico-sociaux financés par l'assurance maladie

sous le contrôle financier des directions départementales déconcentrées du ministère des Affaires sociales et de la Santé (terme générique évoluant en fonction de ses attributions), ces lois ont *de facto* organisé deux filières d'accueil d'adolescents dont les difficultés symptomatiques ne semblent pas toujours se différencier. La situation se complique encore lorsque l'on considère une part de la clientèle de certains hôpitaux de jour psychiatriques pour adolescents, parfois très proche du point de vue symptomatologique.

Une fois encore, concernant la différenciation entre soins et éducation, les adolescents dont la société pense qu'elle se doit de les aider, se sont retrouvés pris dans une confusion. Les intérêts sont alors contradictoires et complémentaires. Depuis la parution de la première édition de ce livre un important appareil législatif a considérablement modifié le paysage professionnel dans lequel nous étions habitués à évoluer. On y reviendra au fur et à mesure de notre progression.

L'histoire de l'éducation spécialisée et l'histoire de la psychopathologie de l'enfant se retrouvent autour d'un certain nombre de méthodes éducatives ou de méthodes de soins, identiques, voisines ou cousines. Dès l'origine, ce sont les médecins qui utilisent les méthodes des pédagogues ou bien deviennent pédagogues eux-mêmes. On a pu dire alors que la méthode pédagogique employée était le principal constituant des soins qu'ils prodiguaient, aux enfants arriérés comme aux enfants irréguliers. Si l'application de ces méthodes a le plus souvent été le fait de leurs créateurs, c'est à partir de leur disparition et de celle de leurs élèves les plus directs qu'elles ont périclité, généralement par l'appauvrissement qui a résulté de leur diffusion en techniques morcelées — et donc de leur réduction — généralement parce que l'application de la méthode entière par les élèves et par les successeurs était trop contraignante. Cette démarche réductionniste de l'application d'une seule méthode en plusieurs techniques en fait perdre le sens initial.

Un phénomène curieux fait que les méthodes anciennes dans ces champs de référence émergent à nouveau, de temps en temps, totalement ou empiriquement « réinventées », ou bien encore remises au goût du jour par de nouveaux adeptes, militants convaincus. Il en est ainsi de la méthode médico-pédagogique d'Édouard Séguin (1843) remise au goût du jour après un oubli d'un demi-siècle par le Dr Désiré Magloire Bourneville. Il la perfectionna à Bicêtre et à la Fondation Vallée, puis par la création de son institut médico-pédagogique (1880-1909). Cette méthode trouva son aboutissement dans le jardin d'enfants de Maria Montessori. Celle-ci, en réduisant une méthode de soins à une méthode d'éducation, ne retint que l'aspect instrumental du travail entrepris. Il en est de même de l'institution soignante en psychiatrie qui, à partir de la notion de gouvernement des aliénés et de la police des asiles portée d'abord par Philippe Pinel (1800), trouvera à se développer tout au long de l'institutionnalisation des soins aux malades mentaux par le traitement moral. On en relève des traces chez Henri Wallon lorsqu'il préconisait d'instaurer dans les collectivités

d'enfants ce qu'il nommait « l'ambiance maternelle ». D'autre part il faut aussi tenir compte, pour le développement de la notion de vie institutionnelle et d'institution soignante, du choc provoqué chez les psychiatres par les conditions déplorables de l'internement dans les hôpitaux psychiatriques durant la Seconde Guerre mondiale. En réaction, François Tosquelles, dès la guerre, puis Henry Ey et ensuite Philippe Rappart ou Philippe Paumelle ont institué les valeurs collectives et la vie en communauté comme éminemment soignantes parce que socialisantes. Ils se sont aussi aperçus de la similarité des mauvaises conditions d'hospitalisation durant la guerre et de celles des camps de déportation et d'extermination. Non seulement le choc a été rude pour ces hommes de convictions et d'horizons divers, mais il a permis que les soins se mobilisent autour du sujet et de ses interactions avec les autres malades et les soignants, en faisant évoluer l'institution. Ce furent les débuts de la psychothérapie institutionnelle dont l'exemple le plus célèbre reste le travail commencé à Saint-Alban dans le service de François Tosquelles durant la Seconde Guerre mondiale.

On a l'habitude de parler d'institution lorsque l'on nomme l'établissement dans lequel on travaille : « Mon institution ». Cette modalité d'appropriation marque bien la prégnance de la famille comme modèle primordial des institutions dans les civilisations occidentales. Si l'institution — et il va falloir comprendre tout au long du texte « établissement » ou « représentant des institutions » — s'établit sur un tel modèle, on ne sera pas surpris de découvrir que tout son support législatif et réglementaire découle de la modélisation des textes qui, eux aussi, sont nommés comme étant les institutions de la République, à savoir la Constitution et les lois. On comprend ainsi que, métaphoriquement, la formation du citoyen fait partie des objectifs sociaux implicites des modalités d'accompagnement et de séjour dans les milieux institutionnels sanitaires, sociaux ou médico-sociaux. Le travail institutionnel reste nécessaire dès lors que la mission impartie à l'établissement est — par le biais du projet d'établissement et des projets individualisés des patients, qui revêtent législativement et réglementairement un caractère obligatoire — de faire vivre et de faire évoluer une collectivité humaine dans le respect de règles fondamentales, rattachées aux grands interdits sociaux : on ne tue pas, on ne viole pas, on ne dévore pas. Cet implicite du respect de la loi se décline à tous les niveaux relationnels vécus dans l'institution, par toutes les personnes qui y travaillent. C'est la loi du non-parasitage des activités. Le travail, notion socialisante, se partage entre le personnel qui porte une fonction soignante et/ou éducative, et les personnes que celui-ci accompagne, éduque, prend en charge ou soigne. En effet, une des règles énoncées lors des entretiens préliminaires à l'admission veut que la présence, le parcours et les activités réalisés par un jeune soient reconnus comme étant un travail, celui qui consiste à aller mieux, en construisant de la pensée, celle qui individualise et qui rend possible de se positionner par rapport à autrui et parmi les autres.