

Adolescence et troubles du comportement en institution

Adolescence et troubles du comportement en institution

3^e édition

Claude Wacjman

DUNOD

Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.

Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements



d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour

les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée. Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).

© Dunod, Paris, 2011
ISBN 978-2-10-055939-8

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

Sommaire

<i>Avertissement</i>	VII
<i>Introduction</i>	1
1. Données administratives et légales	7
2. Adolescence en difficultés : quelques chiffres	23
3. Classifications des troubles de l'adolescence	37
4. Éléments de psychopathologie	57
5. Questions d'anthropologie	97
6. L'ITEP : fonction et organisation	123
7. Actualité de la législation	195
8. La controverse sur les troubles du comportement	211
<i>Conclusion</i>	229
<i>Annexe. Décret n° 2005-11 du 6 janvier 2005</i>	233
<i>Annexe. Circulaire interministérielle n° 2007-194 du 14 mai 2007</i>	241
<i>Bibliographie</i>	257
<i>Glossaire des sigles</i>	265
<i>Table des matières</i>	269
<i>Index</i>	273

Avertissement

DEPUIS la parution de la première édition de ce livre, en 2002, sous le titre *Les adolescents en institut de rééducation*, un important appareil législatif et réglementaire est venu compléter et modifier le cadre de travail dans ces établissements, aussi bien du point de vue administratif que du point de vue clinique. Parmi les principaux textes, la loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale, le décret 2005-11 du 6 janvier 2005 transformant les instituts de rééducation (IR) en instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques (ITEP), ainsi que la loi 2005-102 sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, la circulaire interministérielle du 14 mai 2007 relative aux ITEP et à la prise en charge des enfants accueillis, ont considérablement modifié le paysage professionnel dans lequel nous étions habitués à évoluer. La troisième édition de ce livre intègre ces modifications et en situe leurs applications et leurs transformations dans l'évolution des IR en ITEP. Les considérations sur la psychopathologie et l'anthropologie, notamment, sont augmentées. Les chiffres et les statistiques ont été modifiés et les plus récents sont présentés. Deux nouveaux chapitres ont été ajoutés, l'un à propos des modifications législatives, l'autre au sujet des polémiques qui se sont fait jour à propos des récentes expertises sur les thérapies et le trouble des conduites. Des éclaircissements sont apparus nécessaires au sujet de la prescription des médicaments. L'actualité de l'évolution de la société, ainsi que ses plus récents événements, en regard de la jeunesse et des médicaments, sont pris en compte lorsque leur rapport à notre position de professionnel et de citoyen le nécessite.

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.

Pour favoriser ce travail en ITEP et le rendre accessible sans personnaliser à outrance, c'est-à-dire sans juger, mais en donnant la possibilité à chacun de tenir un rôle, de le faire évoluer, d'en changer, il faut instituer les conditions de liberté d'une parole qui circule dans l'établissement et dans les réunions. Lorsqu'une parole est portée, informative, justificative, revendicative, il

convient de la valider par l'écoute et d'inviter le locuteur à la transporter dans le lieu le plus approprié à son intérêt, richesse alors exploitée pour tous ou pour plusieurs. Un système de réunions, petites et grandes, scandant le temps des activités, doit pour cela être mis en place. Ces réunions érigent le discours du sujet en tant que porteur de désir à partir de l'épouvantable banalité de la vie quotidienne. Cette parole portée et non stigmatisante favorise la définition de la place de chacun, jeune ou adulte, et montre combien les observations transféro-contretransférentielles sont finement effectuées par les jeunes eux-mêmes. Mais il n'y a pas de réunion pour le seul plaisir de la réunion. Chaque réunion aussi difficile soit-elle, aussi festive puisse-t-elle être, a l'exigence d'un rendement au travail. Celui-ci peut être divers : partir en claquant la porte, parasiter en frottant ses pieds sur le plancher ou faire des remarques incongrues (tant que ça ?) à voix haute, prendre une décision, se taire, signes que l'on construit de la pensée... Toutes ces attitudes témoignent d'un travail. Pour accentuer cette notion de travail, il convient de construire une ossature du fonctionnement institutionnel qui tienne compte d'un certain parallélisme entre les réunions des adultes, productrices d'un travail et témoignant d'un rendement au travail et celles des adolescents dans leurs thèmes et la fréquence qui vient scander le rythme de leurs activités. Une réunion commune adultes/adolescents permet l'expression des inquiétudes, des envies et des revendications. C'est là où le discours de chacun instaure les individualités dans les modalités de respect de la loi de tous.

Je souhaite différencier le travail de la psychothérapie institutionnelle de celui de l'institution thérapeutique. On peut aussi nommer cette dernière comme étant l'institution soignante. Si les sources sont les mêmes, référencées à la théorie psychanalytique, leur application ne prend pas le même sens sur le terrain clinique. La psychothérapie institutionnelle est une méthode de soins qui pose comme préalable la reconnaissance de ce que l'institution porte en elle de pathologique et qu'il faut vaincre par le traitement des activités et de la parole. Par un résumé un peu rapide, on peut dire que l'objectif est de soigner l'institution. Il subsiste en France, à l'heure actuelle, un certain nombre de services et d'établissements pour adultes qui pratiquent de cette façon. L'institution thérapeutique, si elle a des ambitions plus modestes, semble mieux adaptée au travail avec les enfants et les adolescents. Par son dispositif, elle installe les conditions de la circulation de la parole des patients sur leur trouble ou sur leur difficulté. Les soignants relaient cette parole par les liens transféro-contretransférentiels dans leurs instances de travail et ils favorisent ainsi la circulation et le commentaire de leur propre parole. Dans ce dispositif, c'est le travail des personnes qui se met en scène ; c'est le travail qui est en jeu, bien plus que les personnes. L'institution est alors cette scène où se jouent les conflits, les répétitions, les reproductions par le biais de l'activité imaginaire mise à contribution. Dans le travail institutionnel il est important de se souvenir que, comme l'écrit Octave Mannoni, « l'imaginaire

apparaît finalement comme l'ombre portée du symbolique¹ ». Il poursuit en expliquant que « le lieu de l'imaginaire, c'est le moi, non pas celui des débuts de la théorie freudienne, qui était chargé de l'adaptation à la réalité. C'est au contraire le moi du narcissisme, le lieu des reflets et des identifications² », si précieux et si efficace à travailler dans une perspective soignante auprès d'adolescents en ITEP. Ainsi, cet imaginaire, cette fantaisie qui se donne à voir et à entendre permet qu'une évolution se fasse. Maud Mannoni nous rappelle que « pour Freud, le royaume de la fantaisie constituait une réserve organisée lors du passage douloureusement ressenti du principe de plaisir au principe de réalité, afin de permettre de substituer une satisfaction imaginaire aux satisfactions réelles qui n'ont pu être atteintes ».

Il n'est point besoin d'être reclus dans l'institution pour que les effets marqués par son appartenance se produisent à l'extérieur et à destination des autres, appartenant ou n'appartenant pas à l'institution. C'est ce que Maud Mannoni a nommé « l'institution éclatée³ », dont les effets sont le gage de l'évolution des patients. On sait aussi que dans des collectivités ordinaires d'enfants des applications similaires existent par les effets d'une pédagogie institutionnelle où la vie du groupe est régulée par la valeur accordée à la circulation de la parole. Les pédagogies d'éducation active et les pédagogies d'éducation nouvelle sont porteuses de ces principes⁴. Elles ont un but commun, aussi bien en éducation spécialisée qu'en pédagogie ordinaire : c'est la formation du citoyen, dans et par la pratique des institutions, haut degré d'intégration sociale. Il faut rappeler que l'éducation spécialisée a été en première ligne de ces pratiques, notamment à la fin et dans l'immédiate après-guerre. On a vu des républiques d'enfants, on a vu des institutions fonctionner dans le tissu social : Ker Goët et La Prévalaye en Bretagne avec Paul Lelièvre, Fernand Joubrel et Michel Lemay, le Hameau-École de l'Île-de-France à Longueuil-Annel avec Robert Préaut. Ces établissements fonctionnaient alors sous le régime des centres d'observation et recevaient la clientèle actuellement reçue par les ITEP.

Les structures de soins traversent en ce moment une crise importante relative à la disparition de l'usage de l'outil que représente le travail institutionnel. On peut incriminer la crise que traverse actuellement la psychiatrie. Trois grandes causes apparaissent. Les psychiatres institutionnalistes partent à la retraite et par le biais du *numerus clausus* instauré pour l'accès à l'internat de spécialité, le nombre des jeunes psychiatres en formation n'est plus suffisamment important pour les remplacer, les transmissions

1. Mannoni O., « L'illusion comique ou le théâtre du point de vue de l'imaginaire », in *Clefs pour l'imaginaire ou l'Autre Scène*, 1969, p. 169. Freud a noté, dans les *Minutes de la Société viennoise*, que « la suspension de la réalité – comme au théâtre – est dans bien des cas une condition nécessaire à la formation de la fantaisie » (23 janvier 1907).

2. *Ibid.*, p. 171.

3. Mannoni M., *Éducation impossible*, Paris, Le Seuil, 1973, p. 71-98.

4. Voir notamment Vasquez A. et Oury F., *Vers une pédagogie institutionnelle*, Paris, François Maspero, 1972 (1^{re} édition, 1967).

ne sont plus assurées, les références se perdent, il y a de moins en moins de « style » de travail. Durant leur formation les psychiatres sont sollicités par différents champs de références théoriques qu'ils apprennent à utiliser comme des techniques sans pouvoir s'en tenir à une seule méthode. Cette sorte d'antipsychiatrie institutionnelle accroît le phénomène de désinstitutionnalisation⁵ et transforme parfois les établissements en garderies où les activités sont occupationnelles et les thérapeutiques appliquées comme en cabinet sur rendez-vous. Il n'y a donc plus de sens donné à la présence du patient dans un dispositif qui lui échappe et qu'il lui est impossible de s'approprier. Les aspects de morcellement psychique ressentis par des patients démunis psychologiquement — dont beaucoup d'adolescents — sont alors très souvent renforcés et l'institution devient pathogène. Enfin une troisième cause est liée à l'inquiétude des psychiatres de faire reconnaître leur spécialité comme médicale — qui le nierait dans le grand public ? Des médecins pensent le contraire. Cette attitude alarmée cantonne l'exercice de certains de ces spécialistes dans la prescription chimique, faisant diminuer la pratique psychothérapeutique, ne parlons pas de la psychanalyse, méthode à laquelle il faut se former longuement. Méthode et longtemps sont deux termes qui, face à la rapidité d'emploi des techniques, ne pèsent pas beaucoup lorsqu'il s'agit de démarche thérapeutique à long terme. Si on peut penser que ce qui précède est surtout vrai en psychiatrie de l'adulte, ne nous leurrions pas : la situation est très voisine en pédopsychiatrie où se perd peu à peu la notion de cure institutionnelle mise en avant par Roger Misès. Il résulte de cela une tendance à médicaliser et à individualiser (dans le sens d'isoler) la relation soignant/patient, en gommant la richesse du travail psychique effectué par l'individu en collectivité. Pour que sa présence et son parcours prennent sens pour lui, il faut lui laisser la possibilité de faire des liens entre les diverses séquences de la méthode de soins qui lui est proposée. C'est donc un aspect technocratique et scientifique qui s'opposerait aux effets de la recherche des équilibres ou des modifications — qu'ils soient psychopathologiques ou qu'ils soient normalisés, s'inscrivant tous deux dans une perspective de travail psychodynamique — dont la collectivité soignante porte sur le devant de la scène l'aspect individuel.

5. À ne pas confondre avec l'anti-psychiatrie prônée par les Britanniques ou par les Italiens, qui comme méthode de base, remet en cause les institutions fondamentales sociales et familiales.