Document generated on 10/12/2024 12:48 a.m.

Santé mentale au Québec

Adolescence et institution s'opposent-elles?
Are adolescence and institutions opposed?

Laurent Renard, Philippe Lageix and Michèle Losson

Volume 13, Number 2, November 1988

De l'adolescence aux adolescents

URI: https://id.erudit.org/iderudit/031465ar
DOI: https://doi.org/10.7202/031465ar

See table of contents

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)
1708-3923 (digital)

Explore this journal

Cite this article

Renard, L., Lageix, P. & Losson, M. (1988). Adolescence et institution s'opposent-elles? *Santé mentale au Québec*, *13*(2), 135–143. https://doi.org/10.7202/031465ar

Article abstract

After reviewing and putting into perspective the general situation of institutions, the authors concentrate on the institutional aspects of the normal process of adolescence; the room given to psychopathological mechanisms in the transactions of certain adolescents with the institutions ; the usefulness of institutional formalization in setting up therapeutic environments and activities.

Tous droits réservés © Santé mentale au Québec, 1988

This document is protected by copyright law. Use of the services of Érudit (including reproduction) is subject to its terms and conditions, which can be viewed online.

https://apropos.erudit.org/en/users/policy-on-use/

érudit

This article is disseminated and preserved by Érudit.

Érudit is a non-profit inter-university consortium of the Université de Montréal, Université Laval, and the Université du Québec à Montréal. Its mission is to promote and disseminate research.

https://www.erudit.org/en/

Santé mentale au Québec, 1988, XIII, 2, 135-143

Adolescence et institution s'opposent-elles?

*Laurent Renard**
*Philippe Lageix**
*Michèle Losson**

Après un rappel et une mise en perspective de la problématique générale des institutions, les auteurs centrent leur réflexion sur les aspects institutionnels du processus normal d'adolescence; la place des mécanismes psychopathologiques dans les transactions de certains adolescents avec les institutions; l'utilité de la formalisation en terme d'institution pour la mise en place de milieux et activités thérapeutiques.

Pour répondre à cette question, nous envisagerons tout d'abord quelques notions très générales sur les institutions et un rappel sur l'histoire des institutions soignantes et les débats actuels les concernant. Après avoir proposé une hypothèse sur le rapport spécifique des adolescents aux institutions, nous poserons les principes guidant la technique de la milieu thérapie adaptée aux soins aux adolescents malades mentaux. Cette milieu thérapie, qui requiert une action coordonnée, nécessite de passer par une réflexion sur les institutions. Cette réflexion est notamment informée par la théorie psychanalytique.

L'esprit des institutions

Selon le point de vue considéré, et sans prétention à l'exhaustivité, il nous paraît utile de poser quelques jalons.

Premièrement l'aspect de résultat, de fait institué, qui vient actuellement le plus volontiers à l'idée du fait de l'utilisation du terme « institution » comme synonyme de celui d'« établissement » (et celui d'« institutionnel » comme synonyme de « résidentiel ») ne doit pas faire oublier l'aspect de processus, d'action d'instituer, d'établir. L'étude d'une institution comporte alors la prise en compte de sa fondation, de ses lois et règles, de son histoire. Continuons un peu plus loin dans cette perspective temporelle et plus près de notre sujet: le terme « institué » renvoie en français comme en latin au fait d'instruire, d'éduquer. Il y a bien des arguments dans l'histoire du lexique pour penser que ce deuxième sens n'est pas dans une relation de dérive métonymique par rapport au premier mais au contraire le précède et l'accompagne régulièrement. On parle d'instituteurs et d'institutrices non parce que ces personnes sont dans un certain rapport à des institutions s'occupant d'enfants mais dans la mesure où leur fonction est d'instituer (d'instruire) des enfants. Qu'en est-il de l'institution des adolescents? Nous tenterons de donner quelques pistes plus tard.

Deuxièmement, dans une optique fonctionnelle, une institution peut se définir comme un groupe se donnant un but ou un ensemble de buts et, pour cela, régi par un système de règles. En outre, ces groupes ainsi définis sont toujours en relation avec d'autres groupes aux mêmes caractéristiques, autres institutions. En ce sens les institutions ont à fonctionner en réseau, elles sont constamment soumises à une tension entre un mouvement d'ouverture qui, conduit au maximum mènerait à leur disparition, et un mouvement de clôture, dont la tentation totalitaire constitue l'asymptote. L'épistémologie de la réflexion sur les institutions suit ces oscillations. La tentation du repli et de la fermeture est un des risques guettant toute institution, renforcé par la difficulté à rejoindre ses buts initiaux. Il faut garder à l'esprit que ce qui est institué vise des buts spécifiques pour un groupe d'individus dont aucune institution ne peut assumer la totalité des besoins. Les institutions se définissent les unes par rapport aux autres, complé-

* Les auteurs sont psychiatre et pédopsychiatre à l'hôpital Rivière-des-Prairies.

mentaires et rivales entre elles, et constituent un système complexe d'interrelations externes et de hiérarchisations internes. Ainsi, exemple choisi car utile à la suite de notre propos, l'institution scolaire (Rutter et al., 1979) obéit à deux organisateurs : la règle, les programmes d'enseignement, à but d'homogénéisation, et les subdivisions internes qui ont une fonction de différenciation. Son analyse doit, sauf à rester dans l'abstrait, considérer ces subdivisions : systèmes scolaires nationaux et provinciaux, commissions scolaires, écoles, groupes classe, autant de groupes constituant autant d'institutions. Chacune de ces institutions a à se situer en opposition et en complémentarité par rapport aux autres : l'enseignement du français en deuxième année du secondaire se situe en relation avec les enseignements qui l'ont précédé et qui lui ont succédé ainsi qu'avec les autres enseignements qui lui sont contemporains.

Troisièmement, l'exemple de l'école ne doit pas faire illusion, une institution n'existe pas seulement par le nombre d'individus concernés, la force des règles explicites et implicites, les sommes financières en jeu. Les petites institutions ou micro-institutions sont également importantes à considérer et les considérer comme institutions peut être puissamment heuristique tant pour en étudier les effets propres et donc intervenir que pour comprendre la problématique générale des institutions.

En effet, ce sont elles qui permettent de mieux appréhender les relations entre action d'instituer et fait institué, entre structure et histoire, entre le dispositif concret et les effets symboliques correspondants. Mentionnons en passant ici que, si les moyens matériels ne résument pas les institutions, leur concrétude constituent un support important de l'identité de ces dernières.

Posons pour terminer que tout ce qui n'est pas espace absolument public ou absolument privé est institutionnel. Dans ce cas le hors institution ne peut être considéré que dans deux utopies : une utopie du privé mais l'institutionnel fait alors retour à travers le repli sur la famille et ses règles (pourtant bien le prototype de l'institution comme l'a montré l'anthropologie des structures de parenté et des lignages). Ce retour va aussi s'opérer par les rationalités économiques des techniques de production et des réseaux de distribution qui vont battre le rappel du social. Maison ou chalet sur son terrain privé, en fin de semaine, telle est l'utopie du pur privé. Quant à celle du pur public, deuxième utopie symétrique, lieu où soufflerait l'air pur mais glacé de l'esprit des lois, sa forme en est la rue, ou de moindre rigueur celle des galeries de métro ou des centres d'achat, lieux d'accueil de tant d'errances.

Ainsi, on voit déjà qu'à la diversité des formes institutionnelles répondra une diversité des modes d'insertion des individus dans celles-ci et de leurs types d'investissements. On peut certes définir une capacité humaine d'adaptabilité. Mais la notion d'adaptation (et de mésadaptation qui lui fait pendant), si elle constitue une notion utile, essentielle même pour notre propos, c'est à condition de ne jamais oublier que cette notion conjoint deux termes. Ainsi décrire un sujet humain mésadapté n'a de sens qu'en spécifiant à quel environnement, ici quelle institution, il se trouve mésadapté *et réciproquement* de quelle manière et de quelles façons l'institution n'est pas adaptée à ce sujet. Ainsi un individu, en situation dans diverses institutions, peut d'une part exercer des aptitudes différentes et d'autre part déployer sa vie mentale et fantasmatique dans des directions traçées tant par les buts de l'institution que par ses statuts et la position qu'il y occupe. Entre les excès de culturalisme selon lequel l'esprit serait façonné par le groupe et ceux du côté du psychologisme où ce dernier fonctionne comme une monade, on peut donner place à l'étude des informations réciproques entre psyché et environnement culturel (Jeammet, 1980). Cette articulation est importante à considérer pour tout adolescent, essentielle quand il s'agit d'adolescents malades ; nous développerons ces deux aspects. Elle intervient aussi chez tout à chacun : on se souvient tous du simple mais puissant effet produit par un champ en été et par une vacuité de son agenda sur un très normal fonctionnaire, le sous-préfet de Daudet.

Les institutions soignantes : historicité et spécificité

Le terme institution désigne actuellement communément les hôpitaux psychiatriques dans leur seule fonction d'asile. Leurs effets pervers de dépossession de sa propre vie, de concentration et de promiscuité forcées de pathologies et de misères de différentes natures, de restriction de liberté et d'enfermement sur soi-même et par rapport au monde extérieur, de coupure par rapport à ses réseaux affectifs et à sa propre histoire, de démotivation et de chronicisation enfin sont de longue date repérés et dénon-

cés. Depuis quelques années une réflexion et des pratiques se sont données pour but de minimiser ces dangers. Mais on s'est apercu que, poussée à l'extrême, l'absence de tout cadre institutionnel à la fois matériel et mental pouvait conduire à une autre chronicisation, en particulier sur le mode de l'errance. La désinstitutionnalisation ayant parfois abouti à jeter le malade de la poêle à frire au feu selon l'image de Kernberg (Kernberg, 1984).

Les travaux d'historiens des institutions médicales (Postel et Quetel, 1983) montrent comment de façon dialectique la nature et le caractère de l'institution hospitalière conditionnent l'émergence d'un discours scientifique et culturel spécifique. Outre cette relation entre cadre matériel et pensée, on peut, à la suite de ces historiens, retenir de l'étape initiale le fait que d'emblée étaient différenciés des espaces dans une relation d'opposition mais aussi de complémentarité et de constitution de réseaux. Mais les contraintes de l'époque faisaient alors de l'hospitalocentrisme une nécessité fondatrice.

Ainsi, c'est dans un tel réseau, à la fois matériel et mental que peuvent s'observer, se penser, se soigner des manifestations de la maladie mentale, souvent parmi les plus invalidantes. Ni instrument militant de rédemption, ni révélateur de toute la vérité du patient, l'institution n'a pas non plus à être le réceptacle résiduel de toute les folles misères du monde. On est bien obligé d'admettre que l'institution psychiatrique doive être tout simplement thérapeutique et doive susciter une réflexion pour créer des ressources de traitement. Mais, il y a aussi urgence à sans cesse prendre en compte la chronicité dans la maladie mentale qui se traduit par la persistance d'un noyau dur voire coriace aux efforts soignants et subsistant à l'amendement des troubles les plus voyants et les plus gênants.[1]

C'est donc, à nos yeux, bien légitimement que le dispositif psychiatrique actuel comporte d'une part des hôpitaux psychiatriques, d'autre part des institutions en marge de ceux-ci. Plutôt que d'« alternatives », nous préférons cependant qualifier ces institutions d'« intermédiaires » pour en penser la complémentarité. Elles peuvent bien sûr fonctionner comme alternatives : un patient peut les utiliser sans passer par l'hôpital. L'utilisation thérapeutique des milieux qui, sous le terme de milieu thérapie, est le plus souvent conceptualisé à propos de temps d'hospitalisation interne, est utilement étendue aux formules intermédiaires. De même, les modalités habituelles de traitement des patients dans la communauté, peuvent se voir judicieusement complétées par des formules d'action institutionnelle à temps partiel (Mises, 1982).

Ainsi, il nous paraît plus enrichissant pour la réflexion et l'action de *faire coexister institution et communauté dans une perspective plurielle plutôt que de continuer à opposer l'une à l'autre, une Institution et une Communauté.* Il s'agira de favoriser des espaces et des temps de rencontre en boucles récurrentes favorisant absences et retrouvailles contenues, pouvant permettre de tisser ou de laisser tisser une « institution mentale » (Hochmann, 1982) autorisant une compréhension, dans une réalité partagée, des actes d'un patient et de son histoire. Ainsi les bénéfices pragmatiques à l'établissement de plan de soins optimisés ne s'opposent pas à la liberté qu'a un sujet de se constituer.

Les institutions et le travail de l'adolescence

Qu'en est-il du phénomène institutionnel en ce qui concerne les adolescents ; qu'en est-il de la norme et de la pathologie des relations adolescent-institution ? Dans le travail de l'adolescence, il existe une dimension selon laquelle les bouleversements pubertaires sont informés et métaphorisés par des phénomènes culturels. Tous les intermédiaires sont possibles entre l'anticipation et le délai par rapport à la puberté.

De façon générale, selon Ariane Deluz (1984), le foyer ou plutôt l'éducation familiale et l'adolescence sont incompatibles. Le passage de l'enfance à l'âge adulte échappe à peu près partout au contrôle familial strict. Cet auteur étaye sa proposition en décrivant trois modes traditionnels, par lesquels les sociétés règlent ce problème du passage de l'enfance à l'âge adulte. Le premier consiste à confier les enfants à un autre foyer domestique. Le second les confie à des institutions extrafamiliales, « sous la conduite d'éducateurs et de chefs ». Le troisième autorise et encourage les jeunes à former entre eux des groupes libérés du contrôle des adultes.

Dans tous les cas, le travail psychique d'adolescence consiste, pour les parents, en un dessaisissement à l'égard de leurs enfants, phénomène conflictuel mais accepté, et, du côté des adolescents, en une prise d'autonomie par rapport à leurs parents. Cette autonomie, entre deux parentalités, exige l'intervention d'intermédiaires figurés et de phéno-

mènes de passage. Nos sociétés mélangent les trois modes précédents. La limite du rite de passage y subsiste mais démultipliée, délocalisée, fragmentée et placée en plusieurs temps et lieux.

Parmi les trois modes traditionnels envisagés par A. Deluz, *nous passons outre* à la question du statut des groupes adolescents et de la culture adolescente actuelle. Nous considérons que le recours à d'autres foyers domestiques reste marginal et réservé à des situations particulières. Nous nous concentrerons donc sur la question des « institutions extrafamiliales sous la conduite d'éducateurs et de chefs ».

C'est, bien sûr, dans les domaines de la pédagogie et de l'éducation que se retrouvent principalement ces institutions. Leurs buts ne peuvent se résumer à une simple transmission du savoir ; nous poserons que cette transmission constitue aussi un véhicule initiatique. Le rite initiatique de passage exige des dimensions peu sexualisées, socialisées, utilitaires et profanes, sur lesquelles l'accent initial, attiré à juste titre par le mystère et l'inouï, n'a pas été placé. Ces aspects favorisent la liaison au groupe dans les deux dimensions diachronique (de classe d'âge en classe d'âge, de génération en génération) et synchronique (de proche en proche, avec des discontinuités à une même classe d'âge). Enchâssant le mystère, ils en permettent une opérativité tolérable, une mise en latence. Ce n'est pas *malgré*, mais *par* sa fonction d'enseignement qu'un professeur a un rôle initiateur, ce n'est pas *malgré*, mais *par* son appartenance à une institution que ce rôle peut avoir lieu sans court-circuit pervers. Ouverture au groupe et à la culture et ouverture de la pensée liant les couches inconscientes et les fonctionnements du moi ne sont pas contradictoires mais bien, dans cette perspective, complémentaires. A l'inverse sécheresse de l'esprit et tumulte de l'âme peuvent s'aggraver mutuellement.

Ainsi les adolescences occidentales se caractérisent non seulement par leur longueur et le flou de leur limites, mais aussi par la diversité, le pluralisme de but et de fonction des institutions qui assurent les événements initiatiques. *Le phénomène initiatique occidental n'existe pas malgré mais plutôt par cette diversité et cette complexité.*

À ce propos, une situation particulière qui intervient à la préadolescence, attire notre attention ; c'est la multiplication des figures adultes à l'école. Son importance est grande, bien que souvent négligée. Le passage de l'école primaire à l'école secondaire doit être considéré comme un passage initiatique sérieux. Le jeune passe d'un professeur nettement défini, lieu de déplacement des investissements parentaux, à une pluralité de figures toutes également importantes dans leur diversité. Le travail psychique, nécessité par un tel passage, consiste à se référer et s'adapter à des types de personnalité et à des contenus d'enseignement très différents.

Adolescents malades et institutions

Dans les *Histoires comme ça* de R. Kipling, la perplexité du léopard devant la tortue et le porc-épic qui se font passer l'un pour l'autre pour aboutir au tatou, donne une bonne allégorie du vécu, éventuellement amplifié par des mécanismes d'externalisation, de certains jeunes adolescents au début du secondaire. Remarquons que ce jeune léopard, face au désordre de sa perception du monde, ne peut se référer qu'à sa mère. Tout comme lui, les adolescents malades ne peuvent, sans aménagements, tirer profit de la fonction initiatique d'institutions comme l'école.

Le bouleversement des investissements narcissiques et objectaux, suscité par les changements pubertaires et les exigences de séparation-individuation, ne pourra chez ces derniers se métaboliser dans un cadre institutionnel non spécialisé. Il serait trop long d'examiner en détail l'ensemble des mécanismes de défense primitifs et leurs effets sur les transactions de l'adolescent avec son environnement. Nous retiendrons particulièrement ici : 1) le fait que ce qui est apparemment subi dans la souffrance par l'adolescent est souvent déjà le fait d'une activité défensive (par le retournement sur la personne propre et le renversement en son contraire) ; 2) le risque de répondre à des mécanismes projectifs par des contre-attitudes qui vont conforter l'adolescent dans des perceptions négatives et haineuses de son environnement et de lui-même (Jeammet, 1980) ; 3) la notion que sont très vite en jeu l'estime et l'investissement narcissique de soi ; leur atteinte ouvre la voie aux phénomènes de régression narcissique et aux identifications pathologiques narcissiques et projectives.

Ces derniers phénomènes, outre leurs risques immédiats (en particulier dans le domaine des troubles des conduites comme les tentatives de suicide), sont également à la base de tentatives plus durables de cicatrisation du trouble d'identité comme celles qu'a dégagées Erikson (citons-en deux formes très

actuelles : les troubles des conduites alimentaires et certaines inhibitions intellectuelles). Tandis que les versions agressives des rites d'initiation, dans les sociétés où elles sont admises et intégrées dans la culture, ont une valeur surmoïque de liaison de l'agressivité et de la différence entre les générations, les conduites troublées de ces jeunes, bien que concrétisant des fantaisies antérieures, donnent essentiellement lieu à des phénomènes de décharge pulsionnelle et d'écrasement fantasmatique. C'est par suite de leur difficulté à intégrer les versions actuelles du phénomène initiatique - qui en retour vont avoir sur eux des effets désorganisants - que ces adolescents vont se tourner vers des pratiques dont la fonction rituelle correspondra plus à une fermeture et une fétichisation qu'à un passage et une initiation.

Donc, même si nous conférons à ce passage une valeur allégorique majeure, il y a aussi à considérer des situations où sa valeur initiatrice s'abolit. De telles ruptures révèlent souvent une impossibilité de figuration et de liaison des nouvelles potentialités et exigences de développement auxquelles est confronté le jeune. Ceci indique par là même qu'il est atteint dans sa fonction symbolique, à la faveur d'une organisation défensive marquée par le recours compulsif à une réalité peu ou mal figurée. L'expérience prend alors une valeur morcelante. Grands sont donc les risques d'instituer soit une réponse totalisante, prêtant alors à la contention une valeur à la fois globale et intégrative pour le jeune, soit une réponse morcelante, où le nombre et le flou des interventions tiennent lieu de liberté psychique. Plus que le simple fait d'impliquer la réalité extérieure, ce sont surtout l'ampleur, le caractère serré des mécanismes pathologiques et des défenses qui feront la différence entre des évolutions relativement favorables et des évolutions gravement incapacitantes. C'est donc l'étude psychopathologique qui, au-delà du repérage de telle conduite ou de tel symptôme, les replacera dans l'économie psychique du jeune, appréciera le fonctionnement d'ensemble de l'adolescent, les facteurs d'ouverture ou de fermeture pronostique. Soulignons enfin que ces modes de transaction pathologique avec l'environnement, au-delà d'une pathologie psychiatrique reconnue, sont également caractéristiques d'autres catégories de troubles comme les conduites délinquantes. Ces troubles ne signifient pas pour autant absence de limitation des capacités de fonctionnement ou absence de souffrance pour le sujet et/ou son entourage.

Soins et institutions

Quels seraient les buts propres des soins à donner? Leurs conditions de possibilité? Leurs moyens?

Plutôt que de chercher à être exhaustif dans un domaine complexe, voire intrinsèquement ambigu (Gunderson, 1983; Hochmann, 1981), nous nous bornerons à quelques remarques en gardant pour fil conducteur les deux questions de l'adolescence et de l'institution.

Un premier but des soins est de minimiser les conduites les plus dommageables (dans le sens de l'expression, voire de l'explosion, mais aussi du retrait et du vide) et de relativiser les mécanismes de défense. C'est la raison première du recours à une institution, plus particulièrement résidentielle; de plus la protection de la vie physique et psychique restera une préoccupation constante. *L'effet attendu de la nouveauté de ces milieux* peut généralement se ramener à une réduction des mécanismes d'identification projective qui empoisonnaient la relation dans les milieux d'origine et, tout en en commandant les réponses, en interdisaient une utilisation progrediente. En effet, un changement d'optique dans l'attention portée à ces mécanismes ainsi que des types de réponses et exigences différentes amènent déjà, habituellement, une sédation. Interruption ou relativisation de l'exigence de production[2], introduction d'une activité d'observation, précision quant au cadre et aux limites (l'enveloppe), attention et intervention sur certaines conduites (le squelette), écart entre contraintes et plaisirs partagés entre soignants et soignés, tels sont les éléments alors prédominants.

Il va de soi que, si on peut admettre (et nous avons pu en dégager certains des motifs) que les activités de la vie courante peuvent comporter une dimension thérapeutique spontanée naturelle, le recours à des milieux de soins se justifie à partir de l'absence d'efficacité des milieux habituels. Ces activités doivent donc s'inscrire dans un cadre de soins nettement désigné comme tel. L'institution doit être clairement désignée; elle doit faire du soin son objectif principal et se donner les moyens réflexifs autant que matériels d'un tel projet. Symétriquement, du côté de l'adolescent, il faut un contact suffisant avec sa souffrance et qu'il reconnaisse l'utilité d'une aide. C'est, selon notre expérience, le cas le plus fréquent, à condition qu'il y ait accord suffisant des adultes

impliqués sur la nécessité de l'aide à apporter et sa nature[3].

Dans la mesure même où les systèmes défensifs considérés, à la différence des symptômes et défenses névrotiques, conjuguent toujours activité et passivité, visée de l'objet et retournement sur la personne propre, ce nouvel espace est soignant en tant qu'il permet la mise en jeu de styles relationnels, *à la fois tolérables et intéressants pour les deux parties en présence*: adolescent et éducateur. C'est là qu'intervient le *caractère de médiation* des activités proposées, qui, de manière analogue au véhicule initiatique, va diriger leur choix. Ce choix sera guidé par l'attention aux besoins psychologiques de nos clients adolescents et par l'imagination. Il suffit de choisir, parmi les activités disponibles dans la culture, celles qui protégent la relation plutôt que celles qui y font obstacle.

Ce qui est plus difficile aux éducateurs, c'est d'être tolérants sans tomber ni dans la complaisance à la pathologie ni dans une rigidité défensive faite de pure fonctionnalité. Pour saisir la mesure du travail psychique à fournir par les soignants, il suffit de le confronter au peu d'espace entre le débordement par l'excitation (c'est-à-dire aussi les symptômes productifs) et l'étouffement par l'inhibition (symptômes négatifs ou bien encore « faux self ») du côté des adolescents. Un narcissisme suffisamment sain pour permetttre de bonnes relations d'objet, une formation initiale et continue, une volonté de réflexion en groupe sont tous trois essentiels aux soignants.

Il s'agit dans notre optique d'atteindre (là et lorsque c'est possible) une relativisation des mécanismes pathologiques et non leur extinction à tout prix. Il s'agit de sortir d'une pure répétition compulsive du même pour aller vers la répétition du semblable, afin de permettre aux adolescents, à partir de la réflexion des soignants, un changement et une réappropriation de leur problématique.

Étayage du désir sur la satisfaction des besoins, de l'auto-érotisme du sujet sur la présence de l'objet, et relance de l'activité mentale dans l'absence sont deux dimensions à prendre en compte. Ce qui nous paraît important, c'est le mouvement de relibidinisation qui se produit et en particulier, par le plaisir de fonctionnement retrouvé, une nouvelle répartition, une reliaison des investissements narcissiques au service du moi et des investissements libidinaux objectaux (indispensables à la réappropriation d'une place de sujet). Une activité de contenance, à la fois matérielle et symbolique, contribue à ce travail de liaison des pulsions agressives dans leurs aspects les plus destructeurs pour les relations comme pour la pensée du sujet. Il y a là de nouveau une forte analogie, peu repérée sinon de façon implicite par Bettelheim (1971), avec le passage initiatique.

Il y a là, à la fois, un temps thérapeutique indispensable et, d'autant plus qu'on se rapproche des pathologies les plus psychotiques, un risque de stagnation et de chronicisation, d'impossible issue du passage. Le cadre institutionnnel (au sens large, ce qui comprend les espaces physiques, les médiations proposées, les équipes soignantes, les personnes de référence) va dans ces cas fonctionner comme un moi auxiliaire dans une infinitude.

En effet, *le troisième moment de l'activité soignante, après celui de la survie psychique et celui de la vie ensemble, est bien évidemment celui consistant à se déprendre, se séparer dans un mouvement qui laisse le sujet client dans une position de sujet humain,* qui s'est réapproprié son identité et son intégrité. C'est là le pôle individuation de la conception de M. Mahler dont Masterson (1985) a, de façon si utile, étendu la conceptualisation aux adolescents « borderline » et à leur traitement.

Il y a là cependant deux écueils : celui d'une séparation infiniment retardée, entretenant la symbiose (c'est la chronicisation dans le giron de l'institution), et celui d'une séparation prématurée, si fréquente actuellement, laissant le sujet dans une insuffisance d'individuation. Ceci force les adolescents à reporter certaines de leurs expressions psychopathologiques au début de l'âge adulte et les plus démunis d'entre eux à se chroniciser ailleurs, en particulier dans les interstices des institutions (Lamontagne, 1987). C'est l'occasion de rappeler qu'un modèle éprouvé dans un domaine de la pathologie mentale ne doit pas être appliqué de façon automatique et de rappeler la nécessité de la réflexion psychopathologique, tant pour la mise en place des ressources que pour la sélection des sujets correspondants.

C'est par ce détour que nous situerons plus brièvement, par rapport à notre problématique, les questions de la spécificité de l'activité des soignants et du caractère total ou partiel des activités proposées. Pour être soignant, il faut se donner des moyens qui correspondent, d'une part, à une relation particulière aux activités et à leur support technique, et d'autre part, à un rapport déterminé entre activité et réflexion, entre observation d'autrui et auto-

observation. Confrontons cette spécificité à trouver avec la problématique de l'adolescence dans le domaine des identifications. Nos clients se caractérisent en effet par leurs difficultés d'identité et leur appétence identificatoire (leurs attitudes de refus le cachent mal et le plus souvent brièvement). Les moments thérapeutiques sont ceux par lesquels les adolescents se réapproprient les fonctions des soignants : de protection, de stimulation, d'(auto) observation, de réflexion. Il y a lieu ici de compléter le truisme selon lequel pour être soignant il faut se vouloir soignant. À la volonté proclamée correspondent une attitude de l'esprit et un mode de vie professionnel.

Ceci ne suppose pas, évidemment, qu'on se coule dans un conformisme mimétique. Bien au contraire, *pour les jeunes qui ont de la difficulté à inscrire et contenir une conflictualité intrapsychique, il est essentiel que différence et complémentarité soient incarnées par une pluralité de personnes partageant une même réflexion à leur sujet.* Y trouvent leurs places les différences de compétence technique comme les différences d'attitudes individuelles qui délimitent les diversités dans cet ensemble spécifique qu'est le soin.

À cet égard, la formalisation en institution constitue un outil indispensable. C'est elle qui permet : 1) par un système de règles, d'éviter les débordements dommageables ; 2) d'instaurer le fonctionnement soignant-soigné dans une relation et dans une différence ; 3) de fournir au soignant une sécurité suffisante sur son rôle professionnel et son statut de sujet[4], le laissant libre de se laisser investir par certains des dérivés pulsionnels de l'adolescent et de l'investir ; 4) de donner sens aux conduites observées en les situant sur un fond et dans un cadre. Une réduction de l'excitation psychique (et de son corollaire, l'inhibition) et la mise en latence des dérivés pulsionnels les plus gênants sont ainsi obtenues, de même que le surcroît de liberté psychique permettant au soignant d'en faire tantôt un peu plus, tantôt un peu moins que ce qui est apparemment nécessaire. Ceci est essentiel à l'accrochage puis au dessaisissement de l'adolescent, qui peut ainsi idéalement *s'identifier sujet à des sujets authentiques dans un cadre donné.*

S'il paraît souvent difficile d'objectiver ce que le soin a de spécifique et d'efficace dans l'immédiat, son développement se fonde cependant sur le postulat initial d'une nécessité vérifiable a posteriori. Il y a un moment où le besoin de soin se fait sentir, et un autre non. Il ne s'agit pas de prescrire ce qui est déjà accompli (ce n'est pas possible, autant par excès de complexité que par inévitable aléatoire) mais, dans une volonté thérapeutique, de fournir les conditions et occasions de rencontre, les limites et l'ouverture à partir desquels se développera l'effet proprement soignant, le sens en étant repris et construit par le patient dans sa trajectoire propre. Ces conditions s'avèreront alors thérapeutiques.

Ainsi, projet et ouverture, activité (pratique et théorique) des soignants et altérité du patient les surprenant se construisent plus qu'elles ne s'opposent. Évoquons les corollaires méthodologiques de cette conception, tant pour la mise en place que pour l'évaluation des pratiques, soulignons-en les implications politiques : il n'est pas rare que le soin reste, en plus ou moins grande partie, à un stade de « pré-soin », de soin non accompli, du fait d'une impossibilité de réappropriation par la fonction symbolisante des patients. La pathologie des institutions n'est pas seule en cause. Cependant, sans aller trop loin dans le sens d'une mystique de la fonction symbolisante et de l'humain, on peut quand même s'inquiéter d'un excès mécaniste dans la réadaptation des âmes. Il y a en psychiatrie une obligation dans les buts. De fait, la psychiatrie n'existe que dans un projet thérapeutique, même si le temps de pré-soin apparaît infini. Exclure le projet thérapeutique en psychiatrie, c'est exclure la maladie mentale du projet et la laisser se reporter ailleurs.

À la suite de Goffman, on a dénoncé abondamment le caractère totalitaire des institutions de soins résidentielles. J. Hochmann (1981) a bien décelé le mécanisme selon lequel une institution consacrée à la satisfaction des besoins fondamentaux, se verrait gênée dans sa mission soignante, qui suppose (au moins à terme) une réappropriation en tout ou en partie, par le sujet de son fonctionnement et de son altérité. Remarquons simplement, sur un plan théorique, que cette constatation conduit inévitablement à compléter le modèle de l'étayage par celui de la satisfaction hallucinatoire et donc, à dialectiser temps de présence et temps d'absence. Sur un plan pragmatique, il existe bien des sujets qui ont besoin, pour un temps plus ou moins long, d'une prise en charge d'une grande partie de leurs besoins. Dénier d'emblée aux institutions globales toute capacité de soin revient à limiter a priori le potentiel d'évolution de leurs clientèles. En outre, les petites institu-

tions ne sont pas de facto protégées du danger totalitaire, en particulier quand elles sont, de gré ou de force, amenées à fonctionner en autarcie.

C'est la raison pour laquelle, tant sur le plan théorique que pratique, il nous paraît important 1) de sortir de l'opposition radicale institution communauté, pour considérer les institutions dans une perspective plurielle; 2) d'utiliser une grille d'analyse analogue pour les institutions de la société civile en général et les institutions spécialisées en psychiatrie; 3) de différencier et de spécifier les institutions selon leur but, leur fonctionnement, les techniques utilisées et les personnes impliquées; 4) d'admettre que les différences puissent correspondre à des positions conflictuelles nécessaires (nous avions pris au début l'exemple des institutions pédagogiques, c'est tout autant maintenant celui des rapports entre les différentes institutions soignantes).

Comment introduire des discontinuités dans une continuité? Il s'agit ici de la même dialectique que celle qui concerne les notions de tactique et de stratégie[5]. On peut distinguer, pour les articuler, deux modèles qui correspondent tous deux au même champ théorique, l'un synchronique de la coexistence, l'autre temporel de la trajectoire.

La coexistence, ce peut être celle de lieux d'accueil et de soin à temps partiel, en même temps que l'adolescent continue à utiliser les milieux naturels (écoles, stages, etc); ce peut également être l'introduction d'activités spécifiques (activités pédagogiques, clubs éducatifs, etc) dans une institution globale, permettant une délimitation et des différenciations de lieux et de fonction. La trajectoire est faite de moments différents: par exemple, temps d'hospitalisation, recours à des résidences, activités de jour, qui, au delà de leur pertinence ou de leur nécessité dans le moment, vont permettre à l'adolescent de se retrouver dans des expériences et des espaces différents[6].

En conclusion

Il nous paraît important de souligner que le soin psychiatrique renvoie à une nécessaire technicité. En outre, ce soin psychiatrique, à côté et au-delà de ses effets rééducatifs ou réadaptatifs, consiste en l'apport de conditions nécessaires au maintien d'un rapport à des individus qui va soutenir et enrichir la relation objectale. Cette dernière est elle-même en effet, chez des adolescents malades, suffisamment menacée et menaçante pour mettre en danger l'intégrité narcissique. Ce sont ces cas qui, de manière plus ou moins durable, selon un dosage plus ou moins intensif, vont constituer des indications de milieu thérapie. Ceci de manière tout particulièrement cruciale à l'adolescence. Ce seront aussi, bien logiquement, les mêmes qui seront les plus sensibles aux effets pervers de certaines relations ou institutions. Ces effets ne sont cependant pas la conséquence de la formulation en institution qui, bien au contraire, permet, nous espérons avoir su le montrer, les nécessaires repérages et clarifications des rôles et des fonctions.

D'autres présupposés permettraient bien sûr d'autres développements. Mais nous pensons que, dans une optique de soin, les questions de la connaissance et du respect par chacun de sa place et de son rôle comme de ceux d'autrui, du repérage des appartenances institutionnelles et des mandats, constituent, au-delà des attitudes de prestance et d'affirmation de soi de chaque personne et de chaque institution, les conditions d'un travail effectif. Pluralité des niveaux d'intervention ne veut pas dire confusion des actions. Éviter le morcellement et les ruptures dommageables ne veut pas dire promouvoir la symbiose et l'absence de conflit. De même, soin ambulatoire et soin hospitalier peuvent être pensés de manière analogue et constituent deux modalités complémentaires bien plus qu'opposées.

Notes

1. Cette chronicité peut tout aussi bien s'installer hors de l'hôpital, dans des milieux communautaires ou familiaux.
2. C'est dans ce même ordre d'idée que se réfléchissent en fait les indications de recours à d'autres modalités comme les placements familiaux ou les résidences thérapeutiques ou encore les activités de soin à temps partiel.
3. La même logique peut amener le recours à d'autres modalités, comme les placements familiaux ou les résidences thérapeutiques, ou encore les activités de soin à temps partiel.
4. Éventuellement après quelques actions d'essai de la part de l'adolescent du côté de ses propres solutions.
5. C'est l'utilité de pouvoir, y compris dans une pratique individuelle ou communautaire, se référer à une réflexion partagée, organisée et poursuivie. C'est souvent même dans ces conditions que l'on a les plus grands efforts à fournir pour dépasser les simples contre-attitudes naturelles.
6. N'oublions tout simplement pas qu'il s'agit d'une logique du vivant, du psychique, du culturel, et non d'une logique de la simulation ou du « Kriegspiel ».

Références

Bettleheim, B., 1971, *Les blessures symboliques*, Paris, Gallimard.

Deluz, A., Gibello, B., Hebrard, J., Mannoni, O., 1984, *La crise d'adolescence*, Paris, Denoël.

Gunderson, J., Mosher, L., 1983, *Principles and Practice of Milieu Therapy*, New York, Jason Aronson.
Hochmann, J., 1980, Le soin psychiatrique à la recherche d'une spécificité ambiguë in Caroli, F., *ed.*, *Spéficité de la psychiatrie*, Paris, Masson, 139-152.
Hochmann, J., 1982, L'institution mentale: du rôle de la théorie dans les soins psychiatriques désinstitutionnalisés, *L'Information psychiatrique*, 58, no 8, 985-991.
Jeammet, Ph., 1980, Réalité externe et réalité interne. Importance et spécificité de leur articulation à l'adolescence, *Revue française de psychanalyse*, 44, no 3-4, 481-521.
Kernberg, O., 1984, *Severe Personality Disorders, Psychotherapeutic Strategies*, New Haven, London, Yale University Press.
Lamontagne, Y. et al., 1987, *La jeunesse Québécoise et le phénomène des sans-abri*, Québec, Québec-science.
Materson, J.F., 1985, *Treatment of the Borderline Adolescent: a Developmental Approach*, New York, Brunner and Mazel.
Mises, R., 1982, Les actions institutionnelles à temps partiel chez l'enfant en pratique sectorielle, *L'Information psychiatrique*, *58*, no 9, 1099-1224.
Postel, J., Quetel, Cl., 1983, *eds, Nouvelle histoire de la psychiatrie*, Toulouse, Privat.
Rutter, M. et al., 1979, *Fifteen Thousand Hours. Secondary Schools and Their Effects on Children*, Cambridge, Mass., Harvard University Press.

SUMMARY

After reviewing and putting into perspective the general situation of institutions, the authors concentrate on the institutional aspects of the normal process of adolescence; the room given to psychopathological mechanisms in the transactions of certain adolescents with the institutions; the usefulness of institutional formalization in setting up therapeutic environments and activities.