



Pour citer cet article :

Amado (G.), « Psychologie sociale appliquée et problèmes d'assistances », *La psychiatrie de l'enfant*, vol IV, fasc 2, 1962, pp. 443 - 508.



PSYCHOLOGIE SOCIALE
APPLIQUÉE
ET PROBLÈMES D'ASSISTANCE

12 ANS
DE PRATIQUE MÉDICO-PÉDAGOGIQUE :
Un centre d'observation à Vitry

par G. AMADO

* Tous les habitants de la terre
parlaient la même langue et
employaient les mêmes mots. *
(La tour de Babel, Gen. 11, 1.)

C'est au cours du dernier trimestre de 1948 que nous avons été introduit au Centre d'observation de Vitry comme médecin vacataire, chargé des examens des enfants. Depuis lors nous n'avons cessé de collaborer à ce centre, de façon de plus en plus proche, en particulier à partir de 1951 quand nous en avons pris la direction.

Aujourd'hui, il nous paraît intéressant de nous pencher rétrospectivement sur les douze années écoulées et de tenter d'en tirer quelques enseignements, en particulier pour ce qui concerne le psychiatre d'enfants (1).

(1) De nombreuses questions, intéressant moins directement les psychiatres, ne pourront être envisagées dans cet article. Le lecteur est prié de se reporter à l'ouvrage : *Méthodes psychologiques, pédagogiques et sociales en Psychiatrie infantile*, par l'équipe du Centre d'observation et de traitement accéléré de Vitry, Monographie de l'Institut National d'Hygiène, 1961.

En retraçant l'évolution de ce centre, nous essaierons de faire apparaître les problèmes concrets tels qu'ils se sont posés et aussi ceux qui se posent encore pour nous ou pour les organismes prenant en charge d'une façon ou d'une autre les enfants inadaptés. Nous exposerons comment ces problèmes ont ou n'ont pas été résolus à Vitry. Cela a dépendu à la fois de l'évolution de nos conceptions, reflétant sans doute, dans une grande mesure, les manières de voir des psychiatres en la matière, infléchies par nos tendances personnelles, et aussi des très riches enseignements de notre pratique dans ce centre. Enfin, nous nous permettrons de formuler des vœux s'adressant soit aux techniciens divers, soit aux organismes de tutelle administrative et financière.

*
* *
*

La continuité d'existence de ce centre et la possibilité qu'il a obtenu de perfectionner et d'accroître son action témoignent de l'intérêt que n'ont cessé de lui manifester à la fois des personnalités médicales et les administrations directement gestionnaires. Il s'agit probablement d'un cas rare. En effet, la plupart des organismes médico-pédagogiques qui se sont heurtés, depuis la fin de la dernière guerre, aux mêmes difficultés ont périclité : soit que le défaut de crédits, les complications administratives, les difficultés de recrutement et de formation du personnel aient entraîné à plus ou moins long terme leur fermeture pure et simple ; soit que leur persistance n'ait été possible qu'en sacrifiant certains besoins techniques. Ainsi beaucoup d'établissements ont-ils disparu, beaucoup d'autres vivent-ils sur leur lancée, sans progresser, et ne se maintiennent-ils plus au niveau des connaissances récentes.

On connaît assez l'importance des besoins en psychiatrie infantile et en prophylaxie mentale, comme la pauvreté de l'équipement en la matière (1). Nous en voyons, entre autres, trois raisons importantes : la complexité administrative, l'absence de doctrine cohérente, la difficulté de former du personnel.

(1) DUCHÊNE, Les possibilités techniques théoriques et les besoins médico-sociaux réels en psychiatrie infantile, *La psychiatrie de l'enfant*, vol. I, fasc. 2. LÉBOVICI, Le problème de la prévention, *La psychiatrie de l'enfant*, vol. II, fasc. 1. AMADO, Difficultés actuelles de placement, *Sauvegarde de l'enfance*, nov.-déc. 59.

Quand on sait que les questions concernant l'enfance inadaptée dépendent d'au moins quatre ministères (Éducation Nationale, Santé et Population, Justice, Travail et Sécurité Sociale, et, par-dessus tout, Finances) qui se renvoient les responsabilités et les demandes de crédit, on ne s'étonne pas des difficultés souvent insurmontables qui se dressent devant qui prétend, sachant par métier ou vocation la nécessité qu'il y a de la faire, s'intéresser aux enfants inadaptés ; ce qui est d'ailleurs réclamé par l'opinion et clamé par la presse. Convaincre autant de directions départementales et de services ministériels qui s'ignorent est un métier épuisant absorbant la plus grande partie d'une énergie qu'il vaudrait mieux dépenser pour un travail plus rentable. Tant qu'un organisme unique ne coordonnera pas les efforts, ceux-ci resteront désordonnés et peu efficaces.

Une excuse très valable, mise en avant par les administrations, est la suivante : les techniciens ne savent pas ce qu'il faut faire, ils risquent de nous entraîner dans des aventures décevantes et sans lendemain. A vrai dire, si l'on pose à des spécialistes la question « d'où provient l'inadaptation juvénile ? » ils sont bien empêchés de répondre d'une façon qui satisfasse le questionneur, tant les causes en sont nombreuses, intriquées, situées dans des domaines et à des niveaux différents. L'étude des enfants inadaptés montre bien qu'il peut exister une faille à chacun des moments contribuant à constituer une vie humaine, l'ontogenèse comme la phylogenèse : raisons individuelles, familiales — acquises, héréditaires — psychologiques, organiques — pédagogiques, sociologiques, économiques, culturelles, etc. L'administrateur le mieux intentionné ne peut y obtenir de réponse unique aux questions : que faire pour la prévention, que faire pour le traitement et la rééducation ? Si ce problème n'est pas nouveau, c'est cependant un problème étudié depuis peu de temps et qui, de ce fait peut-être, paraît se dérober quand on cherche à le saisir, bien qu'il semble élargir sous nos yeux l'aire de ses méfaits.

Chaque technicien, selon sa formation et la méthode de sa discipline propre, insistera sur la nécessité de s'attaquer à un facteur particulier parfois tendant à mésestimer d'autres points de vue. La multiplicité et la variabilité des solutions proposées pourront paraître décourageantes, et amèneront l'évo-

cation des causes premières inaccessibles, qui règlent la marche générale de l'humanité.

C'est que les techniciens ne sont formés que de fraîche date, et qu'on commence à peine à connaître les sciences et les méthodes convenant à leur apprentissage. Jusqu'à une période récente, chacun voyait le problème avec les yeux d'une expérience particulière de pédagogue, de psychologue, de sociologue, d'assistante sociale, de psychiatre, aucune ne s'adaptant à l'objet total de cette étude nouvelle.

Ce temps est révolu. L'ère des pionniers est dépassée. La grande extension qu'a prise cette question depuis plus de quinze ans a permis l'élaboration de méthodes et la formation de spécialistes compétents. Pris dans les différentes branches des sciences sociales, attelés à la même recherche, ils se sont convaincus, en travaillant côte à côte, de la nécessité de travailler en commun. Simultanément, leurs avis ne sont plus devenus contradictoires, mais, désormais, complémentaires.

Si les méthodes et les techniques restent encore en pleine évolution et sont loin d'apporter des solutions satisfaisantes à un grand nombre de problèmes, *il est cependant hors de doute qu'aujourd'hui les spécialistes de l'enfance inadaptée savent dans quelles voies il conviendrait de diriger leurs efforts pour que ceux-ci deviennent de plus en plus rentables*. Conscients de ce qu'ils connaissent et de ce qu'ils ignorent, ils n'en sont plus à préconiser des solutions à l'emporte-pièce.

On ne parle plus d'« enfance anormale » ni même de la division sans nuances des cas en « caractériels » et « débiles », on ne préconise plus de placement quasi systématique dans un institut rural, éloigné des hommes mais proche du ciel. Mais on a d'autant plus de mal à se faire entendre que le langage qu'on tient désormais, plus adapté aux réalités, est devenu de ce fait plus nuancé.

*
* *

Le centre « Le Coteau » de Vitry reçoit des enfants inadaptés des deux sexes, d'intelligence sensiblement normale, âgés de 6 à 12 ans. Il compte 82 lits. La durée moyenne des séjours est de 5 mois environ. Le premier dessein poursuivi au centre est celui d'observer l'enfant, de tenter, par la psycho-pédagogie, les traitements et les rééducations, le déconditionnement de

ses troubles et l'épanouissement de sa personnalité. En même temps, on favorise sa réadaptation scolaire et sociale. Les familles sont également observées au cours de visites et d'entretiens et sont prises en charge suivant les méthodes du service social moderne.

En second lieu, une orientation de l'enfant est décidée et, dans la mesure du possible, réalisée (1/3 des cas reçoit une orientation défavorable, autre que celle qui a été préconisée, cet état de fait dépendant surtout de l'insuffisance notoire de l'équipement spécialisé). Il s'agit dans près de la moitié des cas d'un retour au foyer familial, celui-ci étant contrôlé ultérieurement soit par le centre lui-même, soit par les organismes d'hygiène mentale ayant provoqué l'observation de l'enfant.

Dans 20 % des cas environ, l'orientation à la sortie se fait vers un internat normal, une maison d'enfants ou un établissement sanitaire.

Dans 25 % des cas environ, il s'agit d'un institut médico-pédagogique ou psychothérapique.

Enfin 10 % environ des enfants sont dirigés sur le placement familial psychothérapique, service annexe que nous avons développé depuis 8 ans, et qui compte actuellement 75 enfants.

Origine socio-économique de la population d'enfants

La population d'enfants du centre de Vitry présente des caractères sociologiques semblables à ceux des consultations d'hygiène mentale et de psychiatrie infantile des dispensaires et hôpitaux du département de la Seine, mais elle paraît encore nettement plus défavorisée. C'est ce que nos collaborateurs ont pu mettre en évidence en étudiant systématiquement la situation des sujets passés au centre au cours de trois périodes : 1950, 1952 à 1954, 1959. Ont été adoptées pour ce travail les méthodes du groupe d'ethnologie sociale et les variables choisies par Mme M.-J. Chombart de Lauwe dans un ouvrage récent (1). Les enfants qu'elle a pris en considération « ont moins de 14 ans, sont d'intelligence normale et ne présentent pas de troubles organiques évidents ». Ce sont les caractéristiques mêmes des enfants de Vitry.

(1) M.-J. CHOMBART DE LAUWE, *Psycho-pathologie sociale de l'enfant inadapté*, Éditions du C.N.R.S., Paris, 1959.

Il apparaît, d'une manière générale, que le niveau des variables de milieu se trouve manifestement inférieur à celui des consultants des organismes d'hygiène mentale de la Seine, qui se situe lui-même très au-dessous du niveau global du département. Ces constatations expriment le fait suivant : les enfants proposés pour être admis au centre représentent, pour beaucoup, les cas les plus préoccupants des consultations et ceux pour lesquels la séparation du milieu familial est nécessaire. Les conditions de milieu, facteur important d'apparition des troubles et de leur aggravation, sont donc naturellement très insuffisantes.

Ajoutons que, jusqu'à maintenant, ni la sévérité d'un cas, ni les conditions socio-économiques de la famille n'ont joué en défaveur de l'admission. Seul entre en ligne de compte l'espoir d'un bénéfice pour l'enfant ou, au contraire, la possibilité de le traiter plus efficacement dans d'autres conditions.

Enfin l'équipe du centre apparaît aujourd'hui habituée à prendre en charge des enfants assez sérieusement atteints, ce que la plupart des établissements ne peuvent se permettre de faire.

Ainsi, nous avons affaire à un nombre prédominant de familles de niveau socio-économique très bas, ce qui implique : une profession peu spécialisée, un revenu individuel très faible, un logement particulièrement insuffisant. En particulier, l'indice « nombre de personnes par pièces » atteint une moyenne générale de 2,6, dépassant le seuil pathogène à lui seul, évalué par le groupe d'ethnologie sociale à 2,5.

Le pourcentage de familles dissociées est plus élevé qu'ailleurs, les fratries sont beaucoup plus nombreuses, ce qui, on le sait, est plus fréquent pour la population pathologique (8 fois plus de familles de 5 enfants et au-delà, à Vitry, que dans la population générale de la Seine). De même, la proportion des maladies mentales avérées chez l'un au moins des parents est plus élevée. De même pour les alcooliques.

Enfin, une proportion importante des enfants provient de quartiers ou de communes de banlieue connus comme étant les plus défavorisés au point de vue écologique.

Il est étonnant de constater que la situation des différentes variables ne s'est pas améliorée depuis 1950. Au contraire, elle semble s'être aggravée pour certains facteurs, comme le

logement. Peut-être cela s'explique-t-il par le fait que les cas admis sont de plus en plus sérieux, comme en témoigne la comparaison des diagnostics de 1959 et de 1950. Ceux-ci ont été revus rétrospectivement en se servant des critères de 1959, et à l'aide des observations détaillées. Ces deux années paraissent ainsi pouvoir être comparées valablement (1).

	1950	1959
TOTAL DES CAS : 155 (pour chaque année).		
Troubles légers du caractère et du comportement ..	38	22
Troubles graves du caractère et du comportement	32	20
Troubles névrotiques-affectifs légers	52	34
Troubles névrotiques-affectifs graves ..	26	63
Prépsychoses ..	0	6
Psychoses	2	5
Déséquilibres psychopathiques ..	5	5
Troubles psycho-moteurs (déjà comptés dans les catégories précédentes) ..	26	28
PROPORTION DES TROUBLES GRAVES ..	42 %	64 %

*
* *

Le centre de Vitry est un des rares établissements médico-pédagogiques placé sous une direction médicale. Les dangers de cette direction seraient, pour certains, les suivants : insuffisance administrative, hypertrophie du personnel spécialisé, accent mis sur la pathologie. Mais il est vrai que peu de centres médico-pédagogiques justifient une direction médicale et que, dans bien des cas un pédagogue, dans quelques-uns un administrateur, conviendront beaucoup mieux.

En effet, la présence d'un médecin à la tête d'un centre infléchit sans aucun doute sa ligne générale : du fait que le médecin est clinicien et technicien, la clinique et la technique prendront le pas sur l'administration. Du fait qu'il est thérapeute, on y admettra de plus en plus de cas médicaux. C'est ainsi que, finalement, s'est constitué à Vitry, un établissement intermédiaire entre l'internat médico-pédagogique et le service hospitalier. Mais, si cela a pu se produire, c'est parce qu'un tel

(1) Les chiffres de 1960 correspondent presque exactement à ceux de 1959.

centre répondait à un besoin réel, celui d'une psychiatrie infantile concrète et engagée.

C'est pourquoi nous ne prétendons pas avoir décidé délibérément de cette orientation, pas plus que nous n'avons vraiment choisi nos méthodes. Le contact avec la réalité quotidienne a, petit à petit, édifié notre doctrine, inexistante pendant longtemps, puis élaborée par approximations et corrections successives. Notre chance a été de n'avoir pas eu à décider de la création de ce centre, ni de ses premières structures : d'autres que nous l'ont fait avant notre arrivée, qui savaient ce qu'il convenait de faire. Nous n'avons eu qu'à nous insérer au sein d'un organisme existant qui a agi sur nous autant que nous avons agi sur lui.

Si, pour en croire Lagache, un leader doit être un « dépendant excité », nous n'étions, pensons-nous, ni l'un, ni l'autre. Mais ces insuffisances nous obligèrent à revoir constamment nos positions. Comme l'absence de directives magistrales força, de leur côté, nos collaborateurs à s'interroger sans cesse. Cela ne fut pas sans heurts car l'insécurité de l'existence du centre et de son personnel, bien plus encore que celle de sa structure et de ses méthodes, se résolvait parfois en vives manifestations. Leur résultat fut de contribuer à l'établissement de normes, aussi bien pour les méthodes de travail que pour les statuts professionnels.

C'est ainsi qu'après un certain nombre d'années, grâce à un mouvement qu'il est convenu d'appeler dialectique, les échanges de bons et de mauvais procédés nous amenèrent, les uns et les autres, à la vision de plus en plus nette de ce que nous faisons et de ce que nous devrions faire.

*
* *
*

Personnellement, nous nous efforçons de comprendre et d'élaborer ce qui pourrait devenir une *technique de direction*.

C'est la relation humaine qui sert de dénominateur commun aux différentes méthodes, thérapeutiques et rééducatives, utilisées dans les établissements pour enfants inadaptés. Seuls font exception les moyens pharmacologiques, qui ne constituent aujourd'hui qu'un appoint d'une plus ou moins grande importance.

Si les relations sont justes, les personnalités des enfants peuvent, au moyen des différentes techniques, être modifiées dans un sens favorable. Sinon, toutes les tentatives finissent par être vouées à l'échec.

Les relations des adultes avec les enfants et les relations des enfants entre eux subissent inévitablement l'influence de l'atmosphère de l'établissement. Or celle-ci dépend, dans une grande mesure, des relations de la direction avec le personnel.

Jamais un directeur ne portera trop d'attention à ses attitudes, à ses réactions, et aux sentiments qui les inspirent et qui se dévoileront dans son « style » de direction. *Tel il sera avec ses collaborateurs, tels ceux-ci se montreront avec les enfants.* En poussant cette manière de voir jusqu'au bout, on pourrait ajouter : *tels seront les enfants entre eux, et tel sera chaque enfant avec lui-même.*

Sans devoir être prises à la lettre, ces notions sont valables pour l'essentiel. Si l'on veut que les enfants éprouvent une certaine sécurité dans un climat de compréhension, il est nécessaire que le personnel se sente lui-même assuré et qu'il ait l'impression que ses besoins essentiels sont compris.

Les relations directeur-employés se rapprochent assez de celles d'un leader avec les membres de son groupe, c'est-à-dire, de toutes les situations où joue l'autorité ; comme les relations parents-enfants ou éducateurs-enfants. Ce rapprochement peut être fait, en particulier, sous l'angle des tensions agressives, qui se développent chaque fois qu'il existe un rapport de dépendance entre deux individus ou deux groupes d'individus de statut différent.

Une direction autoritaire soulèvera des manifestations d'opposition qui, si elles ne peuvent s'exprimer directement envers les supérieurs hiérarchiques, en raison des pouvoirs de ceux-ci et des sanctions que peuvent encourir les manifestants, se feront jour envers ceux placés à l'échelon inférieur. C'est-à-dire dans le cas qui nous occupe, sur les enfants. On peut parler dans un tel cas d'une structure autoritaire de l'établissement, puisque toutes les relations, à quelque niveau que ce soit, se font sous le signe de la contrainte. La même structure se constituera dans les groupes d'enfants, où se développera le caporalisme dont l'exemple est venu d'en haut. L'attitude officielle consistera en conformisme vis-à-vis des supérieurs, agressivité

en leur absence et vis-à-vis des plus faibles, ceux-ci servant de boucs émissaires. A tous les degrés, s'accroîtront l'indifférence et le manque d'initiative.

Contrairement à ce que l'on a pu croire autrefois, ce n'est pas la seule autorité qui réussira avec les enfants caractériels, même s'ils ont manqué d'une structure familiale stable et d'un minimum d'éducation de base. Leurs excès ne peuvent guère être réprimés directement, si l'on désire obtenir un contrôle authentique qui soit autre chose qu'un placage fragile, appliqué par obligation. Car ils ont toujours vécu sous l'empire de la crainte (crainte de leurs parents ou de leurs substituts, crainte du lendemain). C'est bien pour s'en défendre qu'ils sont devenus agressifs et pour se punir qu'ils ne cessent de se faire rejeter. Cet inexorable cercle vicieux ne peut être rompu que par l'intervention d'un élément nouveau, qui leur a toujours manqué : l'amour et la sécurité.

Il s'agit, pour le directeur, de favoriser, dans l'ensemble du personnel et spécialement chez les éducateurs, l'apparition d'une détente et d'une disponibilité suffisantes pour que les enfants se sentent compris et acceptés. C'est donc compris et accepté que doit pouvoir se sentir également le personnel : il doit éprouver le sentiment que ses relations avec la direction sont justes, c'est-à-dire que chacun à son niveau possède le statut qui lui convient, ou tout au moins qui peut lui être octroyé, se trouve à la place à laquelle il a droit et peut ainsi entretenir des relations équilibrées avec lui-même et avec les autres. C'est bien le fait de détenir la même humanité qui peut définir l'égalité. Chacun est alors reconnu dans son être même.

Les heurts restent cependant inévitables et le dosage de l'autorité, les limites, sont difficiles à établir. D'autre part, les conditions réelles de travail, d'horaire, de salaires, donnent lieu, et ont surtout donné lieu, avant que les références et les règles ne soient discutées et fixées, à des revendications nombreuses. Il n'est pas étonnant que ces comportements aient été parfois mal compris à l'extérieur, en particulier par les administrateurs. Il leur est déjà déplaisant de se sentir talonnés et rendus responsables de la lenteur de décisions, prise pour de l'indifférence ou de l'incurie et, à tort ou à raison ils ne peuvent manquer d'en éprouver un malaise, se résolvant agressivement envers le centre, et surtout envers les éducateurs. Ceux-ci, de leur côté,

tendent à harceler les responsables. D'où des cascades de mauvaise humeur exprimant finalement, nous semble-t-il, la tension accumulée par le contact avec les enfants. Le pressentant à l'époque, nous pensions préférable de nous efforcer de les tolérer, afin que les enfants soient eux-mêmes supportés. Cependant le personnel, qui dépensait une énergie considérable à tenter de réagir avec objectivité et sans passion à l'égard des enfants, et qui extériorisait sa surpression envers la direction où l'administration ne comprenait pas qu'on lui reprochât son défaut de contrôle, car ce contrôle ne laissait rien à désirer dans le service.

Faisons encore un pas plus avant : nous avons remarqué, chez la plupart de ceux qui ont côtoyé tant soit peu le centre, sans y être intégrés, de fréquentes conduites ambivalentes, empreintes à la fois d'attachement et d'hostilité. Certaines réactions précises nous ont amenés à penser qu'il s'agissait là de mouvements intérieurs du même type que les prises de position envers la psychanalyse, suscités inconsciemment par l'atmosphère psychothérapique du centre. Les nécessités de l'observation et du traitement des enfants ont été maintes fois prises au-dehors pour de l'anarchie. De même, pour les nécessités de la formation du personnel. Mais ceux-là mêmes qui s'en plaignaient montraient en même temps un très grand intérêt pour ce type de travail.

Des réactions identiques s'observent chez les nouveaux membres du personnel, quel que soit leur grade ou leur fonction. Le plus souvent, ils oscillent pendant une longue période entre le trop d'autorité et le laisser-faire avec les enfants, la résistance ou la passivité avec la direction. Ces conduites évoluent par crises où alternent les périodes dépressives et agressives. Ce n'est qu'après plusieurs années (nous en comptons trois en moyenne) qu'ils parviennent à un comportement naturel, tant avec les enfants qu'avec les adultes. L'aisance et la spontanéité témoignent alors de la disparition de toute contracture, de toute peur des autres. Remarquons que les supérieurs hiérarchiques sont, dans l'ensemble, moins redoutés que les enfants.

On voit que, dans une telle conjoncture, toutes les personnalités sont soumises à rude épreuve. D'autant plus que les conduites de chacun suscitent des réactions collectives prenant

facilement, de ce fait, une ampleur excessive. Entretenir des relations justes avec une équipe, avec des enfants, avec soi-même, on ne peut y parvenir sans de vives résistances. On comprend que plusieurs ne puissent tenir à ce régime et s'effondrent. En tout cas, les insuffisances sont impitoyablement mises en évidence et ne peuvent qu'entraîner le retrait volontaire de celui qui en prend conscience.

Mais pour ceux qui progressent et réussissent, il s'agit d'un travail passionnant. Nous voulons parler du travail sur soi-même, qui n'est pas différent du travail sur les enfants. Dans la mesure où ceux-ci sont mieux compris, sa propre personnalité s'épanouit, s'approfondit, se renforce. Nous sommes, quant à nous, convaincus que les progrès individuels des pédagogues, qui apparaissent dans les résultats professionnels aussi bien que dans toute la vie sociale, attachent autant à ces métiers que les contacts avec les enfants. Cela est excellent et ce sont les enfants qui en bénéficient. Nous dirons même que les séparations constamment renouvelées d'avec les enfants, qu'on se prend toujours à aimer et qui ont coûté beaucoup de peine, servent de dures leçons de détachement.

Pour en terminer avec cette question, soulignons combien il est nécessaire que le directeur, plus que les autres encore, ne soit pas emprisonné dans ces problèmes. Pour conserver assez d'objectivité, il doit prendre une certaine distance, au sens propre comme au figuré, ses réactions personnelles ne devant pas intervenir dans sa vie professionnelle.

I. — L'ÉQUIPE

Nous avons exposé ci-dessus comment, petit à petit, et « pour le meilleur et pour le pire », a pu se former une équipe. Nous ne voulons pas dire qu'il s'agisse là d'un processus naturel, encore moins nécessaire, car il est certain qu'aujourd'hui l'expérience accumulée dans divers centres et la meilleure formation des spécialistes doivent rendre plus faciles, plus rapides, moins acrobatiques la mise en place et le rôdage d'une telle équipe de travail. Nous voudrions insister seulement sur quelques points.

Dans une certaine perspective, les difficultés qu'aura à résoudre l'équipe ressortissent du domaine de la communication. On pourrait dire que les « brouillages », qui limitent la « quantité d'information » transmise de membre à membre ou de membre à groupe dans une équipe de travail, sont faits d'émotions et de pensées dont la longueur d'onde contrecarre celles qui sont émises avec une certaine intention, qui les dénaturent ou les arrêtent. En termes de langage, il y a « confusion des langues » quand chacun parle en ne tenant compte que de son point de vue personnel sans se placer dans une perspective globale qui le dépasse et soit commune à tous. Cette confusion persiste tant qu'on n'a pas trouvé un « dénominateur commun » de compréhension permettant l'intégration des différents langages.

C'est dire la nécessité d'un idéal. Celui-ci ne peut être autre chose qu'un intérêt authentique pour les enfants. Tous ceux, venus d'horizons différents, qui veulent consacrer leurs efforts à la cause de l'inadaptation juvénile, manifestent apparemment un tel intérêt : le problème se ramène donc à celui des motivations de ce désir. Les motivations trop peu sincères ou véritablement névrotiques constituent des « ondes de brouillage » des communications. Le « langage particulariste » est comme un dialecte inassimilable.

Un premier tri est certes fait au cours de la formation professionnelle des différents techniciens, dont un certain nombre s'élimine spontanément. Un second barrage est celui qui a lieu au moment de l'engagement du personnel. Si les obstacles grossiers sont assez facilement dépistés par les

méthodes ordinaires, nous pensons aujourd'hui, pour avoir été plusieurs fois déçus, que seul le fait d'avoir vu travailler pendant longtemps quelqu'un peut fournir un gage suffisant de sécurité.

Quoi qu'il en soit, le nouveau membre de l'équipe doit être pris dans un réseau subtil de communications qui le corrige ou l'épaule à chaque instant. Comme nous l'avons dit ci-dessus, on peut s'attendre de sa part à une évolution difficile, qu'il mènera à bien s'il est soutenu, entre les phases d'opposition ou de découragement, par une grande bonne volonté. Ainsi peut-on parler d'une *formation continue* des membres de l'équipe, ce qui n'est pas sans analogie avec le passage ininterrompu des enfants, et avec le renouvellement incessant du personnel ce qui n'est pas en contradiction avec une certaine stabilité. Il est, en effet très important, que chacun dans son domaine puisse nourrir des *perspectives d'avenir*. Après quelques années, on se sentira apte à assumer des responsabilités différentes, souvent plus importantes. Ce peut être à l'intérieur même de l'équipe, mais souvent cela ne peut se produire qu'à l'extérieur. Si ces départs constituent évidemment une gêne, ils présentent aussi un aspect positif car, si l'on veut conserver tout son attrait et toute sa vitalité au travail, l'apport de nouveaux éléments peut amener un regain, grâce à la remise en question des habitudes anciennes et à l'impulsion qu'entraînent des points de vue neufs. Cela à condition qu'on prenne garde de ne pas laisser se dégrader les structures, et que les modifications soient assez rares pour ne pas mettre en cause l'équilibre de l'équipe.

Il importe d'accueillir favorablement les nouveaux éléments dans la mesure où ils apportent des valeurs différentes et fructueuses. L'attitude qui consisterait à vouloir les absorber purement et simplement serait opposée à une saine compréhension de la dynamique de l'équipe.

Par ailleurs, il faut considérer que tout individu a besoin, pour progresser, d'obtenir suffisamment de satisfactions. Les responsables devront y être très attentifs et doser, suivant les besoins de chacun, les marques d'approbation et de blâme, en tenant compte de celles qui sont apportées par les aléas du travail professionnel. C'est pourquoi il est nécessaire d'obtenir assez de résultats positifs pour entretenir un optimisme raisonnable, ce qui ne pourrait être le cas si l'ensemble des conditions

de travail et des méthodes employées était trop décevant.

On peut dire aussi qu'un groupe de travail ne peut former une équipe que si chaque individu y trouve son intérêt propre. Celui-ci est sauvegardé par l'application concrète des notions de respect et de responsabilité, étendues à chacun des membres.

Notre dessein n'est pas de décrire les différents phénomènes psychologiques mis en cause, ce qui nous entraînerait trop loin et ce qui, d'ailleurs, a déjà été parfaitement fait par d'autres. Comme, par exemple, en ce qui concerne l'étude des « efforts de facilitation et de réduction par le groupe » ou les phénomènes d'« identification mutuelle réductrice » (Lebovici). Remarquons seulement que ces phénomènes, jouant en faveur de la cohésion du groupe et de son travail, peuvent servir aussi à clore le groupe sur lui-même dans la béatitude de l'admiration réciproque. Il convient de s'en méfier, de même que du « code » adopté dans l'équipe, constitué de langage, de jugements et d'attitudes. Tout doit être remis en question sans trêve, c'est le seul moyen de retarder la sclérose qui guette toute activité sous la forme du mécanisme de répétition.

L'équipe existe implicitement dans le travail quotidien des adultes, jusque dans ses moindres détails. Elle s'explicite au cours des mille contacts individuels, et singulièrement dans les réunions. On ne compte pas moins, au centre de Vitry, de 12 types de réunions, régulièrement organisées, à différents niveaux et avec des périodicités différentes. Ce sont les suivantes :

Réunions de synthèse (bi-hebdomadaires) ;

- pédagogiques (hebdomadaires) ;
- d'assistantes sociales (entre elles) (hebdomadaires) ;
- d'assistantes sociales (avec le psychiatre) (hebdomadaires) ;
- des psychothérapeutes (hebdomadaires) ;
- de coordination des chefs de service (environ bi-mensuelles) ;
- des instituteurs et des psychologues (mensuelles) ;
- des rééducateurs et des psychologues (mensuelles) ;
- par groupes (périodicité irrégulière) ;
- des instituteurs entre eux (environ mensuelles) ;
- du comité de direction du centre (mensuelles) ;
- de synthèse du placement familial (mensuelles) ;
- du service de suite ou du service de recherches (périodicité irrégulière) ;
- des délégués du personnel (irrégulières).

(Nous ne comptons pas les réunions du personnel de service, de l'ensemble du personnel, les réunions syndicales, etc.).

Le médecin dirige un certain nombre de ces manifestations ou y assiste, mais non pas à toutes. Même s'il en avait le temps, il ne faudrait pas qu'il le fit, pour préserver une autonomie suffisante des différents groupes, comme des différents individus. Car, si elles ont lieu dans une perspective technique bien claire, elles servent aussi à résoudre des tensions personnelles à différents niveaux,

Insistons sur ce que dans chacune, et tout particulièrement au cours des réunions de synthèse, *les différents points de vue exposés sont toujours considérés comme complémentaires et non pas comme opposés*. Si le jeune éducateur ou le nouveau maître de classe apporte une opinion trop entachée de partialité ou trop superficielle, il ne saurait être question de le heurter. Les opinions des autres lui montreront suffisamment que la sienne n'est pas assez fondée et qu'il a besoin de la consolider par un supplément d'information. Mais, jusqu'à nouvel ordre, il ne peut faire davantage et son avis, à son niveau de novice, a au moins le mérite de la sincérité. Vis-à-vis des anciens, le décalage de son opinion avec la leur fera apparaître les progrès qu'ils ont faits, et par conséquent, ceux qui leur restent probablement à faire. Se rappelant leurs débuts, ils auront le désir d'aider leur collègue.

En définitive, le respect de chacun tel qu'il est et la responsabilité de son rôle propre imprégneront les relations à tous les niveaux. Ces notions s'étendront aux enfants et, aussi bien, à leurs parents. On n'omettra pas d'en faire bénéficier tous ceux qui travaillent, en dehors du centre, dans le même domaine et qui doivent être considérés avec une estime aussi justifiée que celle qu'on se porte volontiers entre coéquipiers.

II. — L'OBSERVATION

On peut s'étonner de la conception même de « centre d'observation » : il s'agit de séparer un enfant de son milieu, de le placer à part, pour pouvoir étudier son comportement naturel. A vrai dire, la seule observation vraiment objective est celle qu'on appelle « observation en milieu ouvert », où l'on étudie *in vivo* les conduites de l'enfant dans ses milieux habituels : dans sa famille, à l'école ou à son lieu de travail, au cours de ses loisirs. Il convient donc de s'interroger tout d'abord sur les renseignements qu'on désire obtenir quand on fait entrer un enfant dans un centre d'observation. Ce qui se passe alors est bien différent de ce qui se produit quand on met un malade en observation à l'hôpital, les symptômes de la maladie n'étant en général pas modifiés par cette mesure.

Insistons d'abord sur une notion souvent méconnue : *presque rien d'authentique ne peut apparaître au cours des premières semaines*, qui constituent pour l'enfant une période d'adaptation à ce nouveau milieu. Ainsi, une observation de deux semaines n'apporte-t-elle pas de résultats tellement différents de ceux d'une observation d'une journée, car le temps est trop court pour que d'autres attitudes apparaissent que celles dépendant de défenses superficielles. Les examens polyvalents tels qu'ils peuvent être faits dans une bonne consultation ont le mérite supplémentaire d'explorer des couches plus profondes de la personnalité. Sauf peut-être avant la période dite de latence, avant laquelle elles cèdent plus rapidement, il faut bien compter trois à quatre semaines pour que diminuent les réactions de surcontrôle et d'inhibition, qui masquent dans la vie quotidienne la personnalité véritable et rendent le comportement très artificiel. Chez les enfants plus âgés, et ceux dont le caractère est bien structuré, cette période peut s'étaler sur plusieurs mois. Toute observation des conduites en internat est donc précédée d'une phase morte, pendant laquelle il est rare qu'un observateur puisse se permettre d'énoncer un avis précis.

Que survient-il après cette phase ? Contrairement à ce

qu'on a espéré parfois, vers le 2^e, le 3^e mois, l'enfant, désormais suffisamment à l'aise avec ses camarades et avec les adultes, habitué à ce nouvel environnement, *va répéter dans ses grandes lignes ses conduites antérieures*. On pourra enfin l'observer tel qu'il était au moment où il a été exclu de son milieu.

Cela ne présente qu'un intérêt minime s'il doit à ce moment quitter l'établissement et retourner soit dans son milieu antérieur, soit dans un nouveau placement. Il aurait souvent suffi de procéder à une enquête et à des examens précis, au besoin répétés, pour en connaître à peu près autant. Telle est l'impression qui se dégage de la lecture des rapports de synthèse de certains centres d'observation. Leur rôle paraît donc être surtout celui de centres d'accueil. Dans certains cas de délinquance des adolescents, ils évitent la détention dans un milieu pénitentiaire tout en représentant une mesure d'autorité et en séparant le sujet d'influences extérieures nocives.

Par contre, l'expérience montre que les centres d'observation peuvent devenir beaucoup plus utiles lorsqu'on fait un pas de plus : si l'enfant observé n'était d'abord pas observable car peu sincère, puis si l'on n'a pu observer que ce qui se passait auparavant, peut-on, dans un troisième temps, obtenir une modification utile de ses conduites ? Si l'on attend un peu plus longtemps, on ne tardera guère à obtenir une réponse à cette question : vers le quatrième ou le cinquième mois, le sujet se révélera le plus souvent différent, et *tel qu'il n'a jamais été*.

La conclusion pourrait donc être celle-ci : les séjours en centres d'observation devraient être prolongés suffisamment pour que les conduites aient le temps de se modifier.

C'est ce qu'on a cru pour un temps jusqu'à ce qu'on ait remarqué que, dans beaucoup de cas, l'enfant rendu à son milieu d'origine reprenait, après quelques semaines, tout ou partie de son ancien comportement. Cela n'était donc pas encore suffisant (1).

(1) Le travail de recherches mené sur les enfants passés au centre de Vitry avec un recul d'environ dix ans semble cependant confirmer dans une grande mesure la valeur pronostique, à longue échéance, d'une évolution favorable au cours du séjour, même s'il existe, après la sortie, de nouvelles périodes difficiles. Les résultats de cette enquête ont été publiés partiellement dans un numéro spécial de la revue *Sauvegarde de l'Enfance* (sept.-oct. 1961. Le devenir des enfants inadaptés, par R. CAHN, M. CAPUL et D. CAHN-FILACHET). Ils feront l'objet d'un article dans *La Psychiatrie de l'enfant*, en 1962.

Il y a lieu d'essayer d'accélérer et de consolider les évolutions. Celles-ci ne peuvent devenir permanentes que dans la mesure où une modification intérieure est survenue dans le domaine qu'on appelle, en psychanalyse, la relation d'objet. L'observation la plus utile sera donc finalement celle de la relation objectale intérieure, extériorisée et observable dans le comportement et dans son évolution.

Tels sont, schématisés, les problèmes qui se sont posés au centre de Vitry en ce qui concerne l'observation.

Ainsi, le fait qu'on ait de plus en plus recherché un mouvement dynamique a conduit à diminuer l'importance de l'observation pure et neutre, pour en ajouter à l'action, c'est-à-dire à la pédagogie et à la thérapeutique.

Un centre d'observation devient alors un milieu pédagogique et thérapeutique qui doit être d'autant plus actif que le séjour des enfants y est bref.

Et aussi : *quelle que soit la durée du séjour, seule une très longue surveillance ultérieure comprenant, si cela s'impose, de nouvelles interventions, peut donner l'assurance d'un travail satisfaisant.*

* * *

Nous n'insisterons guère ici sur les moyens employés pour favoriser l'expression spontanée de l'enfant et son évolution, bien que leur importance soit essentielle. Nous dirons seulement et encore qu'il s'agit avant tout d'une question *d'atmosphère*. Dès leur entrée, ou même dès la consultation d'admission, les enfants sont plongés dans un lieu dont l'esprit les étonne autant par la tolérance, la compréhension, la sympathie sans réserves dont ils se sentent être l'objet, que par la richesse de la vie qui s'offre à eux. Le premier de ces facteurs est sous-tendu par une attitude générale et une doctrine de base sur laquelle on s'est suffisamment étendu. Insistons maintenant sur le second, en nous appuyant sur la notion de *niveau structural des milieux*.

En effet, ces enfants qui, dans leur majorité, ont vécu dans un ou des milieux matériellement, socialement, culturellement indigents, se sont fait une idée du monde à cette image. Pour eux, il n'existe rien d'autre qui soit réel, ou à quoi ils puissent jamais accéder. Ils n'ont aucune autre notion de la vie. Ainsi,

leur brusque passage dans un centre spécialisé où les activités, la vie de chaque jour et même la scolarité sont imprégnées d'une richesse intellectuelle et affective totalement inconcevable jusqu'alors, produit une sorte d'étonnement.

Il existe là un autre aspect éducatif que celui auquel on pense habituellement. L'élévation du niveau de la personnalité des inadaptés, la maturation affective, l'augmentation des contrôles, la socialisation, etc., sont facilitées par leur fréquentation d'un milieu de niveau structurellement élevé. Aussi l'éducateur, bien que devenu le psychologue des relations individuelles et de groupe, ne peut-il pas négliger pour autant l'éducation proprement dite. Par exemple, les repas ne doivent pas être considérés seulement comme des situations chargées d'affectivité où peuvent être recueillies des observations privilégiées de conduites anciennes, ou comme des instants où la vie de groupe prend un de ses aspects essentiels, et où les conduites peuvent être éduquées au sens habituel du terme, mais aussi comme des moments culturels au cours desquels les enfants assimilent une connaissance, supérieure à celle qu'ils ont pu obtenir jusque-là, d'une des activités essentielles de l'humanité. Un second exemple, parmi une multitude, pourrait être celui de l'acquisition au cours du séjour du goût de la lecture ou de la musique, sous des formes jusque-là insoupçonnées des enfants. On ne saurait négliger ce rôle de l'ensemble du milieu dans la structuration et l'épanouissement de la personnalité, ainsi que dans le développement, qu'il contribue à aider, de fonctions bloquées par des fixations primitives, stagnant dans des *gestalten* élémentaires. Nous pourrions faire notre l'aphorisme de Koupernik, *mutatis mutandis* car il l'applique au nourrisson : « L'apprentissage devient une partie de l'équipement organique. » Cela semble d'autant plus exact qu'il s'agit de personnalités plus immatures ou dysharmoniques, dont certains éléments paraissent n'avoir pas évolué depuis la première enfance.

*
*
*

Les fonctions de l'éducateur apparaissent donc comme multiples. Sans reprendre cet important problème, rappelons que, après de nombreux tâtonnements, il a reçu un début de solution au cours de ces dernières années. Il ne s'agit pas de nier l'import-

tance d'une réinsertion sociale des enfants par des moyens purement pédagogiques. Mais rien de solide ne peut être fait dans ce sens s'il n'y a pas en même temps modification profonde de la personnalité. Ainsi s'est fait jour progressivement dans la profession d'éducateur une tendance « psychologique » ou « thérapeutique ». Celle-ci a été combattue au point qu'on a parfois préféré définir l'éducateur de groupe d'une façon presque négative, comme celui « qui a la charge des enfants en dehors des heures de classe et d'atelier ». Ce n'est que récemment qu'un congrès international d'éducateurs a pu, dans ses conclusions, énoncer la définition suivante : *l'éducateur spécialisé « vise à construire un nouveau système de rapports de l'enfant avec son entourage et ceci grâce à la relation qu'il établit avec cet enfant dans le cadre d'une vie en groupe »* (1). Son statut devient donc celui de praticien des relations individuelles et de groupe, ce qui lui permet d'être reconnu comme un spécialiste ayant droit à une formation et à une place de choix dans l'équipe. En même temps, les exigences concernant son niveau dans tous les domaines deviennent plus strictes. Mais, répétons-le, il faut prendre garde que ses fonctions ne l'écartent des besognes quotidiennes élémentaires de soins et d'éducation, qui restent essentielles, d'autant plus qu'elles peuvent être accomplies dans un esprit nouveau et fructueux.

Nous nous contenterons de préciser que c'est cet ensemble qui fournit aux éducateurs les bases de leur observation. *Observation pleinement engagée* et résolument opposée dans sa méthode à celle d'un « observateur » libre, non impliqué dans les activités éducatives, et qui conserverait une stricte neutralité scientifique en recueillant des faits. Il nous semble que la charge affective des comportements échapperait en partie à ce dernier, du fait même qu'il ne s'identifierait pas aux situations vécues sous ses yeux. Ce qui gagnerait en exactitude perdrait donc en réalité.

L'éducateur ainsi conçu pourrait, dans une certaine mesure, être comparé, non pas tellement au psychanalyste (qui ne répond pas à son patient et demeure immobile, bien que s'identifiant dans une grande mesure à lui pour le comprendre, tout en s'efforçant de constamment prendre conscience de cette

(1) *Rapport de synthèse du congrès de l'A. I. E. J. I.*, Rome, juin 1960.

situation), mais au psychodramatiste jouant des scènes dont il comprend la valeur pour le sujet, agissant sur lui par sa conduite dramatique même et, éventuellement, lui communiquant ses interprétations. Cependant, ce dernier thérapeute se refuse toute attitude pédagogique, alors que celle-ci demeure un fondement du rôle de l'éducateur.

On comprendra mieux le rapprochement que nous proposons si nous disons qu'un *autre aspect important de ce rôle consiste dans le maniement du transfert*.

En effet, dans la majorité des cas, l'enfant, après la période neutre d'adaptation au nouveau milieu que nous avons signalée, passe par une véritable « névrose de transfert », où ses conduites antérieures vis-à-vis de ses parents sont reproduites avec les adultes du centre, et singulièrement avec les éducateurs, qui sont les plus proches. On peut ainsi facilement décrire un transfert paternel, dont l'éducateur est l'objet, et un transfert maternel, qui concerne l'éducatrice. De même, s'observent des résistances au transfert, souvent favorisées par l'attitude des parents eux-mêmes au cours du séjour de l'enfant, et des résistances de transfert, les relations reproduites s'opposant alors à l'évolution des positions. Les résistances, qui peuvent emprunter toutes les formes habituelles, prennent parfois celles de transferts latéraux sur des camarades. En effet, toutes les relations sont vécues dans le groupe et, aussi, par rapport au groupe.

En même temps que les résistances, les pulsions instinctives tendent à se manifester au cours de la période de transfert. Leur explosion à un certain moment constitue ce que les éducateurs ont coutume d'appeler la « phase de déblocage », où se mêlent des éléments agressifs ainsi que des intérêts régressifs oraux, anaux et génitaux qui peuvent se distinguer parfois dans leur succession chronologique. A mesure que se défont les nœuds des fixations archaïques et que se liquide l'agressivité, les éléments de transfert positif deviennent prédominants, et la personnalité peut se restructurer d'une façon plus harmonieuse.

Pendant toute cette évolution, les éducateurs restent attentifs à la situation de transfert, dont ils favorisent l'apparition puis le déroulement. Mâle exprime en raccourci l'essentiel de ce processus quand il écrit : « Le déconditionnement, c'est la

modification d'une image centrale, la mère, entourée d'autres images (1). » C'est bien ce qui se passe en effet et l'on comprend l'importance du couple éducateur où l'homme, d'abord image secondaire, sert à tempérer les transports ambivalents sur l'éducatrice, et à permettre la permanence d'une vie sociale non fantasmatique, avant de jouer, au moment où l'enfant aborde la situation œdipienne, un rôle plus positif, d'objet d'identification pour les garçons, d'objet d'amour pour les filles.

Les éducateurs ne se comportent pas différemment alors des thérapeutes et doivent veiller à la fois à ce que demande chaque cas et à ce qui est requis pour le groupe. Il faut donc, non seulement qu'ils connaissent la psychologie dynamique individuelle, mais encore qu'ils aient été initiés à la psychologie de groupe. Ils observent ainsi l'évolution sociale de l'enfant, contemporaine de ses progrès individuels.

D'abord rejetés du groupe ou isolé, l'enfant suit schématiquement une évolution centripète, en assurant différents rôles, assez connus en psychologie de groupe pour que nous n'ayions pas à les évoquer. Les premières relations sociales dans le groupe se font souvent par couple. Puis le sujet est admis dans un sous-groupe, parmi les plus faibles d'abord, ensuite parmi les plus forts. Il termine son séjour, dans les cas favorables, en tant que leader, ou tout au moins parmi les personnages importants du groupe. Cette évolution s'affirme d'autant plus nette qu'elle est favorisée par l'ancienneté, et que les départs fréquents des enfants encouragent cette promotion sociale.

Disons encore que tout ce qui survient dans les relations individuelles ou de groupe ne peut être mis sur le compte du transfert ou des résistances qui en dépendent, mais qu'il existe des *situations réelles, non transférentielles*, secteur important à préserver, car l'action pédagogique doit se mener de pair avec l'action psychothérapique.

Enfin, si cette évolution schématique a besoin d'être favorisée dans la majorité des cas, il arrive que le diagnostic, posé avant l'entrée de l'enfant, ou assuré dans les premières semaines de l'observation, contrindique une telle psycho-pédagogie. Il s'agit alors soit de structures caractérielles très établies et

* (1) P. MÂLE et J. A. FAVREAU, Aspects actuels de la clinique et de la thérapeutique des troubles affectifs de l'enfant, *La psychiatrie de l'enfant*, vol. II, fasc. 1.

qu'il serait dangereux de laisser s'affirmer davantage, le conditionnement de contrôles plus efficaces étant seul possible, soit de structures abandonniques sérieuses où les liens affectifs ne sauraient être établis sans qu'on puisse redouter de ne pouvoir les rompre qu'en provoquant un nouvel état dépressif, plus grave encore que les précédents. Dans ces deux sortes de cas, il n'y a en général pas lieu de prolonger le séjour au-delà du temps strictement nécessaire pour poser les indications d'un autre traitement ou d'un placement plus adéquat.

La durée moyenne du processus évolutif que nous avons esquissé est, pour les enfants d'une dizaine d'années, d'environ quatre à huit mois. Avec une certaine habitude, on parvient à en prévoir le déroulement chronologique, à déceler les cas où il sera rapide ou lent, où il aura besoin d'être aidé ou provoqué par une psychothérapie individuelle, où il ne pourrait se produire qu'en une, deux années et au-delà.

Nous avons vu que les éducateurs devaient prendre conscience du transfert à chaque phase, le favoriser, le supporter, le manier en dosant frustrations et gratifications. Tout cela sans perdre de vue le groupe, la pédagogie générale et, dans l'ensemble, en maintenant une atmosphère dynamique et progressive propre à satisfaire les besoins de la personnalité consciente des enfants comme de la leur propre. Ils doivent donc être à même de comprendre leurs principales réactions de *contre-transfert* de façon à pouvoir s'identifier authentiquement aux enfants avec le minimum de projections personnelles. Il s'agira de comprendre, d'observer, de rééduquer, tout en restant soi-même objectif et libre et sans se sentir trop impliqué dans les réactions, non plus qu'en présence de ses propres échecs ou succès.

Il est étonnant de constater comment les buts des éducateurs sont pris en cause par les enfants eux-mêmes, quand ceux-ci sont suffisamment avancés dans leur évolution et qu'ils saisissent intuitivement ce qui s'est passé pour eux. En même temps, leur identification aux pédagogues les incite à apporter leur aide dans le même sens que ceux-ci. Ainsi parfois, les arriérés affectifs, les psychotiques, sont-ils pris en charge par le groupe qui, aussi bien, peut se retourner contre eux lorsqu'ils commencent à se montrer agressifs.

Le sevrage se passe bien le plus souvent. Déjà l'on pouvait

admirer comment les changements d'éducateurs sont souvent bien supportés et même peuvent, dans certains cas, favoriser la liquidation d'un rôle joué, dont l'utilité est désormais périmée. Succession des rôles, succession des camarades, congés des adultes, tous ces changements ne seraient pas aussi bien tolérés, s'il ne persistait une atmosphère générale dont il est certain que l'enfant perçoit le soutien constant. Il faudra qu'il puisse y recourir, même après sa sortie, et parfois au cours de nombreuses années.

* *

Ce programme, qui peut paraître une gageure, est cependant réalisable dans ses grandes lignes et pour un bon nombre de cas, à condition que les rouages de l'équipe fonctionnent sans trop de grincements. Il est clair que les éducateurs ne sauraient assumer à eux seuls ces responsabilités s'ils n'étaient soutenus par l'équipe, à laquelle ils ont le loisir de se référer à intervalles fréquents et réguliers. Rien d'autre que cet état d'esprit ne saurait expliquer, à notre avis, la rareté des accidents graves, qu'on pourrait à juste titre redouter lorsqu'on place des enfants très perturbés dans ces situations. Au contraire, les incidents de peu de gravité se produisent constamment : il faut dire que ce qui paraîtrait sérieux dans une famille ou une école publique est considéré comme le pain quotidien de la psycho-pédagogie des enfants inadaptés. Les vols, les fugues, les colères clastiques, les oppositions systématiques, les grossièretés, la saleté, le désordre, les manifestations sexuelles, etc., s'ils surviennent, se produisent dans un contexte utile et peuvent parfois sembler opportuns car les réponses qui leur sont apportées par les adultes en permettent le déconditionnement et le dépassement.

L'attitude des autres techniciens de l'équipe n'est pas différente de celle des éducateurs. Nous ne nous y étendrons pas. Signalons que la pédagogie scolaire est inspirée des mêmes principes, et que les instituteurs ou institutrices peuvent faire aussi bien l'objet d'un transfert qu'ils utilisent de même que les éducateurs. A ce propos, des méthodes scolaires, différentes à la fois de celles qui doivent être employées pour des débiles et de celles qui conviennent aux enfants normaux, distinctes des méthodes actives et des méthodes traditionnelles doivent être élaborées spécialement pour ce type d'enfants.

Ce sont les assistantes sociales, ayant en charge les parents, qui apportent à l'observation les renseignements familiaux et le contenu des entretiens, qu'elles poursuivent parfois très régulièrement. Les actions des éducateurs et des assistantes sociales s'influencent donc réciproquement. Les divergences de conceptions sont, en particulier, des plus intéressantes. De même, les différences d'attitudes des parents avec les éducateurs considérés comme rivaux, avec les assistantes sociales, représentant le plus souvent une image maternelle, et, avec le médecin, symbole de l'autorité. En principe, lorsqu'ils voient les parents au cours des visites, les éducateurs se cantonnent volontairement dans le domaine de la vie concrète de l'enfant et des questions éducatives, et se refusent de pénétrer si peu que ce soit dans celui de leur vie familiale ou personnelle. Celui-ci est abordé plus ou moins profondément dans les entretiens avec les assistantes sociales et, au besoin, avec le médecin. Les visites des parents sont aussi l'occasion de les faire participer d'aussi près que possible à la vie du centre et à celle de leurs enfants. Le brassage des familles entre elles contribue à la dédramatisation des troubles et des situations familiales. En même temps, les parents réalisent l'existence d'un aspect ignoré de leur enfant, aperçoivent une perspective positive pour son avenir, de la même façon qu'ils parviennent à s'ouvrir eux-mêmes à un ordre de vie qui leur était souvent caché.

*
*
*

Ce qui précède permet de comprendre comment, dans la notation des observations des éducateurs et des différents techniciens, la description pure doit prendre peu d'importance. Il ne s'agit pas de noter des échantillons de comportements, à la manière behavioriste, ni même suivant la méthode phénoménologique (1), car ce travail prendrait finalement trop de temps. De même, nous avons depuis longtemps abandonné toute tentative de classification des faits observés (par exemple en conduites individuelles et sociales, opinions objectives et

(1) Cependant la description exhaustive de certaines tranches très courtes de comportement doit compléter la vision aérienne de la conduite qu'on peut obtenir par ailleurs. Elle permet parfois de pénétrer profondément dans la compréhension de la personnalité.

subjectives) et tous jugements de valeur (éléments favorables ou défavorables, etc.).

La notation comprend actuellement :

- des observations *quotidiennes* des faits principaux et significatifs pour chaque enfant et pour le groupe, consignées sur un cahier appartenant aux deux éducateurs du groupe et ne servant qu'à eux ;
- une fiche individuelle *mensuelle*, en vue de la réunion de synthèse, dont les rubriques concernent :
 - la description succincte des *relations* de l'enfant avec chacun des adultes d'une part, avec ses camarades et le groupe d'autre part ;
 - la description des *conduites* dans les principales situations quotidiennes, dans les activités diverses, au cours des visites des parents ;
 - *l'appréciation subjective* des éducateurs sur l'enfant, sur les méthodes pédagogiques (et les traitements) qu'ils préconisent, sur son orientation ultérieure, et le pronostic qu'ils portent ;
- enfin, des fiches relatant des événements exceptionnels sont rédigées chaque fois que cela paraît nécessaire.

Les éducateurs, en rédigeant ces fiches, se placent dans une perspective évolutive, en particulier en se reportant à leurs observations précédentes.

Insistons sur l'importance de ne pas fixer définitivement une forme aux fiches d'observations, de même qu'il faut s'efforcer de renouveler constamment le vocabulaire technique, sous peine que le travail ne devienne rapidement mécanique et évite, par facilité, de s'informer sans cesse dans la réalité vivante.

III. — ROLE MÉDICAL DU MÉDECIN

Ce n'est qu'une partie de son activité, surtout lorsqu'il est chargé de la direction de l'établissement mais dans tous les cas on ne concevrait plus un médecin qui se cantonnerait aux examens des enfants dans son bureau, examens suivis de prescriptions sur ordonnances transmises par l'infirmière ou la secrétaire. De toute façon, le médecin doit intervenir dans la discussion des cas, les réunions de synthèse, l'étude, avec l'assistante sociale, des situations familiales. Il doit s'intégrer à l'équipe et y prendre une part importante. Pour cela il lui faut une formation polyvalente, et non uniquement psychiatrique. Il devra développer en lui le goût du travail en commun et éviter de prendre des décisions magistrales sans discussion et sans appel. Pour ce faire, il est avant tout nécessaire qu'il ait le *temps* de s'intéresser aux enfants et à la maison.

Les normes de temps, pour un médecin vacataire, sans charge de direction, nous paraissent être approximativement les suivantes (non compris le temps qui peut être éventuellement dévolu à des psychothérapies) :

- pour un centre d'observation : mi-temps pour 60 enfants ;
- pour un institut médico-pédagogique ou psychothérapique : 3 à 4 vacations par semaine pour 60 enfants ;
- pour un externat psychothérapique ou hôpital de jour : 2 vacations pour 20 enfants, mi-temps pour 40 enfants.

Le rôle proprement médical du médecin comprend :

- les examens médicaux ;
- la prescription et la surveillance des traitements ;
- la surveillance de l'hygiène générale de l'établissement.

La plupart des psychiatres répugnent à se charger de la surveillance physique des enfants, encore plus de l'hygiène. On fait alors appel à un pédiatre ou, plus souvent, à un pra-

ticien de médecine générale. Nous reconnaissons qu'il est difficile d'assurer simultanément ces fonctions, dont la nature est très différente et pour lesquelles tous les psychiatres ne sont pas compétents. D'autre part, la rareté du psychiatre, aussi bien due à la faiblesse numérique des spécialistes qualifiés qu'au peu de temps qui lui est accordé dans l'établissement ou qu'il peut lui-même accorder, explique l'obligation où l'on se trouve souvent de scinder les activités médicales en deux parties.

Notre expérience a été différente, du fait que nous n'avons acquis la spécialité psychiatrique qu'après une expérience déjà assez longue de la médecine générale et de la pédiatrie. De plus, nous avons l'habitude, dans le service du P^r Heuyer, d'attacher une grande importance à l'examen physique et neurologique. Celui-ci ne demande d'ailleurs que peu de temps pour chaque enfant et, au début, nous n'avions jamais envisagé de le confier à quelqu'un d'autre.

Nous n'ignorons pas que cette habitude semble très critiquable à certains : un psychiatre ne devrait pas, prétendent-ils, au cours d'un examen qui pénètre dans l'intimité des pensées et des craintes de l'enfant, concernant aussi bien son intégrité corporelle et son sexe, violer le respect qu'ils viennent de lui témoigner, en l'observant dans sa nudité physique. Ces vues ne nous paraissent justifiées que dans le cas où le même médecin aurait à entreprendre une psychanalyse. Sinon, la simplicité et la bonhomie avec laquelle on peut procéder à l'examen physique ne sauraient, à notre avis, que détendre la situation réelle, sans modifier d'une façon ou d'une autre les fantasmes inconscients.

Un reproche voisin peut être énoncé : celui, pour un analyste, de prendre des décisions d'autorité. Là encore, en dehors d'un traitement psychanalytique, nous n'avons jamais vu surgir de difficultés. Au contraire, il nous a semblé que, conformément à certaines normes traditionnelles, il paraissait naturel aux enfants que le « docteur » fût investi d'un certain pouvoir de décision.

Enfin, les occasions d'un contact avec les enfants ne sont jamais trop fréquentes pour le médecin. Les examens de routine en procurent une, dans des conditions intéressantes car différentes de celles des examens psychiatriques.

*
*
*

On ne saurait négliger non plus l'aspect psycho-somatique des affections corporelles. C'est l'évidence pour les troubles de l'appétit, du sommeil et des sphincters. Mais à la plupart des affections physiques on peut reconnaître soit une origine, soit un retentissement psychologique, qui en font un symptôme digne de l'étude du psychiatre. Celui-ci est à même d'observer ainsi, de façon privilégiée, les mille symptômes d'hypocondrie, de complaisance somatique ou de conversion hystérique, quand il ne s'agit pas d'inquiétudes phobiques ou de névroses d'organes commençant à se structurer. Il peut mettre en évidence toute la gamme des conduites envers le corps propre, sa préservation, les craintes qui s'y attachent, les relations narcissiques ou masochiques que des sujets entretiennent avec ses différentes parties. Les traumatismes physiques eux-mêmes peuvent être révélateurs : leur répétition, leur survenue au cours de la psychothérapie, aux moments de résistance ou de régression, en font autant de passages à l'acte inconscients, de manifestations d'auto-punition ou d'auto-destruction.

A l'opposé, il est quantité de symptômes décrits par les parents, qui disparaissent très rapidement ou ne se présentent plus aussitôt après la séparation : ceux-là ne sont qu'induits par l'anxiété ou le sadisme familial et leur mécanisme n'est pas encore intériorisé. C'est le cas par exemple, de la plupart des troubles digestifs fonctionnels qualifiés jusqu'alors d'hépatiques, d'allergiques ou d'acétonémiques. Il est très exceptionnel que le régime instauré en ville se justifie désormais. De fait, ces enfants, patraques chez eux, tolèrent au centre toutes les sortes d'aliments. Leurs malaises servaient d'exutoire à l'agressivité des mères couveuses, à côté des tricots superposés, des fortifiants inutiles, des opérations chirurgicales, des appareils orthopédiques et orthodontiques.

*
*
*

Disons tout de suite, puisque nous abordons ces questions, l'importance du rôle de l'infirmière. Celle-ci décharge évidemment le médecin de tous les actes de soins simples : pesées, réactions tuberculiques, vérifications de la vision, de l'audition,

de l'hygiène corporelle, etc. Elle collecte et tient à jour tous les renseignements médicaux, fait prendre les médicaments (ce qui n'est pas toujours facile, malgré l'aide des éducateurs), fait les pansements et les soins. Elle signale au médecin chaque cas qui lui paraît nécessiter son attention. De plus, dans l'infirmerie, son domaine propre, elle entretient une atmosphère de sécurité et de tranquillité, bien connue des enfants (et qui explique la tendance excessive, que certains montrent à la fréquenter). Cette atmosphère rassure dès qu'on est malade, ou qu'on est trop anxieux, calme quand on est « en crise ». Dans l'hyperactivité de la maison, c'est un havre de paix, utilisé par les pédagogues, chaque fois qu'il devient nécessaire de soustraire un sujet à la vie collective et de le faire bénéficier, pour un temps, des avantages thermo-affectifs de la nidation.

Ce rôle rassurant est particulièrement utile pour des enfants brusquement atteints d'une maladie sérieuse qui, pour eux, et dans les conditions où ils se trouvent, peut être ressentie avec beaucoup d'angoisse. En cas d'hospitalisation, l'infirmière assure le passage sans heurt de l'infirmerie au service d'hôpital, s'évertuant à remplacer la famille absente et, au moyen d'objets, d'attentions diverses, à matérialiser auprès de l'enfant la sollicitude que le centre ne doit pas cesser de lui porter.

Il va sans dire que, pour tenir ce rôle, l'infirmière doit avoir acquis la compréhension d'une éducatrice, ce qui se fait progressivement au cours de sa pratique et par ses contacts avec les différents membres de l'équipe.

Signalons au passage que, si l'état physique des enfants à leur entrée est variable, mais rarement tout à fait mauvais, malgré les conditions de vie insuffisantes qui ont été souvent les leurs, les maladies contagieuses sont rares. Ceci malgré l'absence de lazaret, l'isolement à l'entrée étant pratiquement irréalisable et d'ailleurs contraindiqué du point de vue psychologique. *Le séjour au centre doit être aussi, dans la mesure du possible, un séjour sanitaire.* Le médecin et l'infirmière veillent sur tout ce qui concerne l'alimentation et la prise des repas, le repos, le sommeil et la sieste, l'équilibre des différentes activités. En règle générale, les enfants prennent du poids au cours de leur séjour. *La transformation physique est remarquable chez ceux qui font le plus de progrès.* Pour ceux qui n'évoluent pas favorablement, au contraire, la courbe de poids

reste stationnaire ou a tendance à descendre, en particulier lorsqu'ils commencent un état dépressif dont la sévérité est parfois confirmée par les pesées successives.

Toutes les questions concernant l'état somatique, qui servaient de refuge au médecin voilà encore vingt ans, nous paraissent aujourd'hui trop négligées, peut-être par réaction, par beaucoup de psychiatres de la nouvelle école. Cela est d'autant plus regrettable que, pour certains enfants, on a l'impression qu'une fois sortis du marasme physique ils auraient assez de vitalité pour dépasser leurs fixations infantiles. C'est pourquoi le placement en établissement sanitaire nous paraît être une solution valable pour quelques cas d'inadaptation.

Nous avons déjà attiré l'attention sur l'importance de l'élément physique et de maturation neuro-somatique dans une étude portant sur les poids de naissance des enfants passés au centre (1). Relevant les *poids de naissance* de mille enfants, dans leur ordre d'admission, nous avons remarqué une forte proportion de poids trop faibles ou trop élevés :

2,500 kg et au-dessous : proportion au moins double de celle d'un groupe de contrôle.

Au-dessus de 4 kg : proportion au moins triple.

Reprenant alors l'étude du développement des enfants de faible poids de naissance, nous avons essayé de montrer comment d'une part, quoique récupérant souvent assez rapidement un poids normal, ils conservent des secteurs faibles, une certaine fragilité somatique avec des retards d'évolution dans les domaines de la perception et de la psycho-motricité (instabilité, infantilisme moteur, dyslexie et dysorthographe d'évolution) comme de la maturation du caractère. Ces difficultés et cette fragilité, favorisant l'anxiété de l'entourage, motivent dès la sortie de la maternité, depuis les premiers soins et l'alimentation, des conduites hyperprotectrices qui tendent à les enkyster et à contribuer à la structuration de personnalités névrotiques. Celles-ci, disions-nous, paraissent revêtir le type décrit chez l'adulte par Sjögren sous le nom de « constitution du prématuré ».

On sait comment les anciennes anorexiques sont souvent

(1) G. AMADO, Les poids de naissance des enfants inadaptés intelligents, *Revue de neuro-psychiatrie infantile*, mai-juin 1958.

encore reconnaissables à l'âge adulte par leur typologie « miniature » (déjà évidente dès le second semestre de la vie), s'accompagnant parfois d'un utérus infantile. De même, il nous a semblé qu'on retrouvait fréquemment dans l'anamnèse des enfants de structure obsessionnelle une apathie notée par les parents depuis les premiers jours.

En ce qui concerne les poids de naissance dépassant 4 kg (parmi lesquels nous n'avons pas pu discriminer ceux qui dépendaient de la postmaturité et ceux qui étaient en relation avec des troubles biologiques ou endocriniens des parents ou avec une constitution héréditaire), il nous est apparu que ces enfants manifestent des instincts oraux particulièrement vifs, une hypertonie s'accompagnant d'explosions impulsives, des difficultés fréquentes du contrôle sphinctérien, spécialement pour le sphincter anal. Ils développent souvent des troubles du caractère plus que des névroses. Les méthodes pédagogiques et psycho-motrices sont pour eux plus souvent indiquées que la psychothérapie.

Il serait intéressant de pouvoir reconstituer dans cet esprit le passé exact des névrosés adultes, y compris les modalités de la naissance et des premières années, comme on peut les connaître pour les enfants inadaptés. Peut-être retrouverait-on des éléments somatiques de cet ordre, favorisant certaines structurations ou servant de point d'appel à une fixation. L'anoxie néo-natale, les convulsions de l'enfance, certaines affections du système nerveux peuvent exprimer ou précéder des difficultés bio-psychologiques de maturation et s'inscrivent à ce titre dans le mouvement d'échanges dialectiques entre le donné et le vécu, entre la mère et l'enfant aussi.

Nous avons remarqué, après d'autres, combien les affections médicales, en particulier celles ayant touché le système nerveux, sont fréquentes dans le passé de ces enfants, au même titre que les traumatismes psychiques.

Il s'agit là d'enfants « frustrants » pour les parents, ce qui n'est pas sans influencer sur leur équilibre personnel et sur toutes les relations familiales. On sait que, à l'inverse, la présence d'enfants « gratifiants » peut améliorer la vie de tout le foyer.

Remarquons l'extrême rareté des signes neurologiques de localisation, comme des signes de dysfonctionnement endocrinien : seuls des préjugés causalistes, quant au rôle de cer-

taines fonctions dans le développement psychologique, leur ont fait attribuer parfois beaucoup trop d'importance. Celle que nous accordons au physique ne va pas jusqu'à l'utilisation de fiches spéciales comprenant de nombreuses mensurations et la comparaison de certains indices de développement : nous ne croyons, pas non plus qu'on puisse trouver dans ces détails de significations bien précises ni de directives thérapeutiques.

C'est aussi pourquoi, si nous essayons toujours de déterminer une *typologie dominante*, nous ne pensons pas nécessaire de chercher à la décomposer en une multitude de facteurs. Sans doute les pycniques, les leptosomes ou les athlétiques ont-ils des comportements et des caractères psychologiques bien différents, et réagiront-ils autrement aux mesures pédagogiques ou thérapeutiques. Sans doute aussi les *modalités du tonus de fond* sont-elles essentielles à noter, comme l'enseigne Ajuria-guerra. Certains sujets nous frapperont comme étant introvertis ou extravertis, rétractés ou dilatés ; ou bien comme montrant une prédominance instinctive, sensorielle, affective ou intellectuelle. Mais il semble aujourd'hui plus rentable d'étudier la *structure mentale* suivant les méthodes de la psychologie analytique que de se perdre dans le maquis de l'analyse factorielle.

Ainsi en est-il encore, croyons-nous, pour les études neuro-physiologiques par *l'électroencéphalographie*, qui n'en sont, du point de vue des directives pratiques qu'on voudrait en tirer, qu'à leurs premiers balbutiements. La plupart des examens, que nous avons fait faire par des spécialistes particulièrement compétents, ont montré (si l'on exclut la découverte exceptionnelle d'une comitialité latente), une immaturité du tracé avec, souvent, une sensibilité à l'hyperpnée et à la stimulation lumineuse, en règle sans signes de localisation nette ; parfois une prédominance des ondes lentes dans une zone corticale, ce qui fait présumer, sans certitude, la possibilité d'une atteinte organique ancienne. Il va sans dire que les quelques traitements que nous avons tentés sur ces indications n'ont guère donné de résultats électriques, s'ils ont parfois produit des effets cliniques divers. L'électroencéphalographie étant parée, aux yeux du public, du triple prestige de l'examen électrique, de l'objectivité scientifique, et d'un nom difficile à retenir, fait figure de méthode magique capable de déceler avec

certitude des lésions cérébrales. On ne s'en souvient jamais assez en parlant aux familles.

Par contre l'étude attentive de la *psycho-motricité*, que nous faisons systématiquement suivant la méthode d'examen mise au point par Ajuriaguerra et ses collaborateurs, nous paraît très importante pour comprendre la nature de nombre de troubles du comportement et la façon dont le physique et le psychologique s'intriquent étroitement. Les troubles de la réalisation de l'acte qui, dans certains cas, approchent de véritables dyspraxies, indiqueront la prédominance des techniques de rééducation psycho-motrice.

*
* *

Mais ces différentes voies d'abord, de même que l'étude complète du dossier (comprenant la description minutieuse de la vie de l'enfant depuis la grossesse de la mère et la naissance, les antécédents pathologiques, les renseignements sur les parents, la description de l'environnement actuel, etc., tous points sur lesquels on insiste toujours très justement), ne servent qu'à préparer ou à étayer la partie essentielle de l'examen qui est l'examen psychiatrique proprement dit.

Celui-ci se base sur l'hypothèse fondamentale suivante : *il existe bien une psychiatrie infantile*, c'est-à-dire une science des troubles psycho-pathologiques de l'enfant, qui entravent, d'une façon prolongée ou permanente, le développement de la personnalité, se manifestent à l'extérieur par des conduites d'inadaptation et, sur le plan personnel, par l'existence d'une vie imaginative anormale pour l'âge du sujet et s'accompagnant d'une anxiété plus ou moins profonde. Si, dans certains cas, les importants remaniements de l'époque pubertaire amèneront une reconstitution de la personnalité pouvant la faire considérer à l'âge adulte comme dans les limites de la normale, dans d'autres cas les caractères pathologiques persisteront ou s'accentueront, aboutissant à des névroses, à des déséquilibres divers, à la délinquance, ou à la psychose. Ceci sans préjuger du fait, non encore démontré, que peut-être les psychoses délirantes relativement tardives n'apparaissent pas aussi inopinément qu'on pourrait le croire, mais se sont déjà préparées de

longue date dans certains caractères psycho-pathologiques de la période infantile.

C'est justement l'un des rôles de la psychiatrie infantile, à côté de ceux de prophylaxie et de thérapeutique, que de permettre des études longitudinales de cas, s'étalant dans le temps depuis la première enfance jusqu'à l'âge mûr, pour éclairer ces questions d'importance capitale. Nous dirons ailleurs comment nous avons tenté d'entreprendre à Vitry une étude de cette sorte.

Une telle définition de la psychiatrie infantile inclut sans doute les encéphalopathies et les arriérations intellectuelles. Mais celles-ci ne constituent plus aujourd'hui les seuls chapitres de cette science. Si la découverte des retards intellectuels d'origine affective, des troubles perceptivo-moteurs, des dysharmonies d'évolution et des pré- ou para-psychoses de l'enfant a fait éclater le groupe des déficits intellectuels, il nous semble que l'objet de la psychiatrie infantile concerne tout particulièrement le type d'enfants admis à Vitry, dont une grande partie présente de véritables troubles psychopathologiques.

C'est pourquoi, on ne saurait qualifier simplement ces enfants de « caractériels ». On ne saurait non plus se contenter de les classer par constitutions, comme s'il s'agissait de catégories non susceptibles de modifications. Ce n'est pas que, comme nous l'avons noté déjà ci-dessus pour les types physiques, il n'existe pas de prédisposition ou d'hérédité de la structure caractérielle. Mais, comme pour tout ce qui est donné à la naissance, cette prédisposition vient jouer, dans un mouvement de brassage plurifactoriel, parmi les différents apports extérieurs. Aussi nous paraît-il utile, mais non pas décisif, de noter une disposition émotive, des traits paranoïaques, des tendances schizoïdes, etc., sans vouloir leur donner la valeur d'une explication univoque.

Le médecin s'informe ainsi de différents côtés, examinant plusieurs aspects du sujet pour lequel un diagnostic est requis. Il s'est développé chez lui une sensibilité globale aux formes du corps et du visage, aux gestes, au langage, à toutes les expressions. De l'ensemble de ces données surgira tout à coup, presque inopinément, le diagnostic, intuition claire nourrie par mille facteurs de détail ou parfois affirmée par un seul trait d'importance déterminante.

Nous n'avons pas à détailler ici l'examen mental, pierre angulaire du diagnostic, dont les psychiatres d'enfants de la nouvelle école sont suffisamment avertis. Nous dirons seulement ce qui est particulier à nos propres conditions d'examen.

En effet, nous n'intervenons qu'après un autre psychiatre, qui nous adresse l'enfant en vue d'une admission et nous communique les résultats de son ou de ses examens (notons en passant la différence considérable de valeur de ces examens par rapport à ce qu'ils étaient voilà dix ans). Un intervalle de plusieurs semaines, parfois de plusieurs mois, sépare notre premier examen de la dernière consultation. La situation est autre car elle est ressentie dans la perspective du placement au centre, ce que n'ignore pas l'enfant. Aussi pouvons-nous comparer ce que nous observons avec ce qui a été noté précédemment. Les différences ne sont cependant pas considérables puisque, malgré l'encombrement, nous ne refusons pas plus de 20 % des sujets présentés. La plupart du temps, il s'agit alors d'enfants qui ne pourraient pas bénéficier du centre. Par exemple, du fait qu'ils présentent des troubles caractériels importants et anciens, ne justifiant pas une psychothérapie ni une tentative de traitement ou de psycho-pédagogie courtes et de plus qu'ils se sont fait renvoyer des écoles, ne pouvant être, en tout état de cause, rendus au milieu familial. Ces enfants relèvent d'emblée d'un placement prolongé en institut spécialisé. Parfois, à l'opposé, les troubles se sont amendés depuis quelques mois et il semble que toute séparation puisse être évitée. D'autres fois encore, le niveau intellectuel, douteux à l'examen de la consultation d'origine, paraît, avec de nouvelles épreuves, décidément très au-dessous de la moyenne, etc.

L'examen suivant, auquel nous procédons une à trois semaines après l'entrée au centre, nous apporte encore d'autres éléments : tout un côté réactionnel de la personnalité peut s'être déjà modifié sensiblement. Nous reviendrons sur ce point à propos des indications psychothérapiques : en particulier celles qui ont été posées au cours d'une consultation externe doivent quelquefois déjà être modifiées.

Ce sont surtout les examens successifs, après quelques mois de séjour, qui vont montrer des différences intéressantes. On assistera en effet à des structurations progressives de la personnalité, à des modifications de l'aménagement des relations

objectales, des investissements, à des changements radicaux d'attitude devant les personnes et les objets extérieurs. *Mais la structure profonde reste toujours inchangée.* Il ne faut pas s'attendre à autre chose, puisqu'en la cherchant de manière appropriée, on la retrouverait aussi bien chez les enfants normaux ou les adultes, comme cela se produit dans les psychanalyses didactiques par exemple.

Nous insisterons à nouveau sur un point déjà observé mais sur lequel, à notre avis, l'accent n'a pas été suffisamment mis : l'extrême sensibilité au transfert de beaucoup d'enfants rend difficile l'appréciation de ce qui, dans le matériel subconscient obtenu au cours de l'examen, peut être considéré comme faisant partie d'une structure permanente ou ce qui est favorisé ou même créé par les seules conditions d'examen. Sans doute faut-il éviter de donner à l'enfant trop d'approbation et de sécurité, ce qui aurait pour effet de supprimer son anxiété et de ne lui permettre de montrer que des compensations faciles et susceptibles de plaire à l'examineur, et non pas ses principaux mécanismes de défense, encore moins ses fantasmes inconscients. Mais il faut se garder aussi de trop le frustrer, de soulever une angoisse excessive, faisant apparaître automatiquement un matériel prégénital qui peut, en temps ordinaire, être refoulé d'une façon saine. On dirait que certains jeunes analystes, frais émoulus d'une formation théorique poussée, ne peuvent s'empêcher de retrouver des signes de prépsychose chez des enfants qui, à d'autres examinateurs, apparaissent seulement comme apeurés, ou d'autres fois dotés de facultés intellectuelles très inférieures à la normale. Autant nous sommes convaincus du bien-fondé de la psychiatrie infantile, autant nous nous posons en ennemis d'un « psychiatrisme » qui pathologiserait les moindres mouvements et risquerait, en effrayant les parents et, dans l'ensemble, tous ceux qui ne sont pas psychanalystes, de rendre un mauvais service.

Il sera toujours prudent de faire dessiner l'enfant seul, en dehors du médecin, de recueillir l'observation de son comportement dans la salle d'attente, de confronter ces données avec l'opinion des parents et aussi avec celle du maître d'école qui le fréquente six heures par jour durant des mois et dont les rapports montrent dans l'ensemble, beaucoup d'objectivité. Ainsi risquera-t-on moins de surévaluer les

résultats de l'examen qu'on vient de pratiquer. On se rappellera que la situation d'examen reste, de toute façon, particulière et que, si les renseignements qu'on peut y obtenir touchent des plans ou des secteurs plus profonds que ne peut le faire toute autre technique, ils n'ont pas toujours besoin d'être valorisés ou tous utilisés.

Le pronostic est, aussi, difficile à porter. A mesure que nous avons plus de recul, que nous suivons des enfants depuis plus longtemps, dix ans, douze ans et davantage, nous devenons plus prudents, sinon plus hésitants. Nous ne cessons d'être surpris, dans un sens ou dans l'autre, par certaines évolutions à long terme. C'est pourquoi, en ce qui concerne le pronostic, la *perspective optimiste est la seule objective* si elle favorise les progrès et permet les mesures nécessaires.

Nous avons souvent fait observer que l'examen psychiatrique devait *s'efforcer de déterminer, non seulement la structure de la personnalité, mais aussi sa dynamique*, voulant dire par là qu'il importait au plus haut point de prévoir quelle quantité d'énergie restait disponible ou libérable, dans chacun des trois grands secteurs des investissements : intelligence, activité, affectivité. Quelles possibilités existe-t-il pour d'authentiques sublimations dans ces trois domaines ?

Nous rejoignons ici le point de vue de Lebovici quand il cherche à connaître « l'ensemble de potentialités permettant de prévoir une heureuse évolution » (1), qui se résument pour lui en la « capacité au bonheur ». Il faut penser à cela, sans se contenter d'un diagnostic de structure. Mais la conséquence logique de cette attitude ne peut être que la tentative de placer le sujet dans les conditions les meilleures pour susciter, réveiller en lui cette capacité, souvent aussi enfouie que la Belle au bois dormant dans sa forêt centenaire. Ce dessein est difficile à réaliser au cours d'un examen médical. On pourra cependant soupçonner quelles sont les capacités positives facilement mobilisables par *la nature du contact*, c'est-à-dire de la réponse obtenue à l'attitude du médecin lorsqu'il cherche à établir une relation avec le patient. Le psychiatre se montre alors disponible, proche, prêt à comprendre et à aider l'enfant, libre des préjugés habituels de l'entourage familial et scolaire à son

(1) D. BUCKLE et S. LEOVICI, *Les centres de guidance infantile*, Editions de l'O.M.S.

endroit, aussi bien que peu enclin à s'en laisser accroire. Cette disposition du médecin n'a rien d'une « séduction », qui ne saurait obtenir en réponse qu'une conduite artificielle, d'inhibition, de prestance ou de passivité.

Il est difficile de qualifier les différentes modalités du contact. Celui-ci peut être : rapide, différé, réticent, refusé. En même temps il est : solide ou lâche, profond ou superficiel, détendu, naturel ou inquiet, indifférent, narcissique, captatif, puéril, etc. L'impression, intuitive, mais très claire, qui est retirée de ce contact, indique la qualité des relations pouvant être d'emblée obtenues. Celles-ci dépendent à la fois du fond affectif, de la structure psychologique, de la distance entre les défenses immédiates et les désirs profonds. La persistance de possibilités d'investissement immédiat, à la condition d'une situation favorable, indique la probabilité de dépassement d'un certain nombre de conflits et de conduites (1). Mais cette impression passagère du médecin, si importante soit-elle, ne peut déterminer avec certitude un pronostic même rapproché. C'est pourquoi l'observation dans un milieu approprié peut devenir nécessaire, pour le diagnostic, comme pour le pronostic et les indications thérapeutiques.

Celles-ci seront envisagées surtout dans la partie de notre exposé relative à la psychothérapie.

*
* *

Nous dirons ici quelques mots des traitements médicamenteux, parfois trop négligés. Les drogues nous ayant donné le plus souvent des résultats favorables sont certainement les neuroleptiques (Largactil, Nozinan, Equanil, Clarmil, Tofranil, Marsilid) associés ou non à des barbituriques et à d'autres hypnotiques. (Nous avons été beaucoup plus souvent déçus par les traitements antispasmophiliques qui, essayés dans des cas qui paraissaient les justifier pleinement, ne nous ont donné que de rares succès par rapport à ceux obtenus dans les mêmes cas par des thérapeutiques non spécifiques.)

(1) Au moment de remettre notre manuscrit, une conférence d'E. Minkowski nous fait connaître l'importance qu'il attache à la distinction entre « affectivité-contact » et « affectivité-conflit ». C'est bien cela que nous avons tenté de faire ressortir.

L'intérêt de ces médications, dans un internat spécialisé, est de diminuer l'agitation, l'opposition ou l'anxiété quand ces manifestations nuisent par trop à la vie collective et lorsqu'elles ne sont d'aucun bénéfice cathartique pour l'enfant ; surtout au début du séjour. Il ne peut s'agir, bien entendu, de vouloir calmer à tout prix. (Cependant, des cures de neuroleptiques voire des cures de sommeil, comme les pratique J.-H. Faure, ne nous paraîtraient pas exclues, mais nos conditions actuelles de travail ne nous permettent pas de les entreprendre.) Le traitement peut souvent être réduit ou supprimé, quand les premiers attachements se sont noués, et que des intérêts pour la vie du centre ont commencé à s'éveiller. D'autres fois, il est nécessaire de le continuer pendant tout le séjour, et même au-delà : nous suivons ainsi des caractères psychopathiques ou des troubles post-encéphaliques où l'instabilité, véritable agitation hypomaniaque, ou bien l'impulsivité sont remarquablement atténuées de cette manière, ce qui permet à ces enfants de mener une vie pratiquement normale dans leur milieu et de progresser dans leur évolution personnelle.

L'expérience montre que la surveillance de ces traitements pendant le séjour en internat est possible quoique difficile. De même pour les traitements anticomitiaux : nous ne pensons pas devoir écarter du centre les enfants présentant des absences ou des crises généralisées rares. Il est très regrettable que les instituts médico-pédagogiques refusent le plus souvent de les prendre en alléguant la difficulté de surveillance et la trop grande responsabilité. Les établissements pour épileptiques recevant de préférence, et à juste titre, les enfants faisant des crises fréquentes, ceux qui n'en ont que de rares ne peuvent strictement pas être placés.

*
* *

Nous ne pouvons terminer ces lignes concernant le rôle médical du médecin sans évoquer les *examens des parents*. D'une façon générale, le médecin ne peut avoir que de rares entretiens avec eux. Il les voit tout au moins une fois lors de la consultation d'admission. L'aspect médical des troubles de l'enfant est alors mis à sa juste place. Il est rarement utile d'insister auprès des parents sur l'aspect pathologique, sauf

lorsqu'il s'agit de troubles graves atteignant le noyau de la personnalité que les familles prennent pour des difficultés mineures, quand elles ne se réfugient pas derrière la notion de « mauvaise volonté ». Le plus souvent, il paraît préférable, non pas de minimiser, mais de dédramatiser les difficultés, de réduire les tensions, de rétablir la réalité des faits, particulièrement pour ce qui concerne la responsabilité des troubles. La dynamique du conflit familial exige trop souvent qu'on accuse l'un ou l'autre des participants, à moins qu'on ne rejette la faute sur le milieu extérieur, le quartier, les mauvaises fréquentations. Les avis formulés dans les différentes consultations ont été souvent déformés, soit qu'on n'en ait retenu qu'un vague jugement de valeur désormais monté en épingle soit, au contraire, qu'on rejette en bloc une opinion paraissant contraire à la réalité parce qu'impartiale. Au moment où va intervenir la séparation, il est moins difficile de faire entendre aux parents que, même si les conduites des uns et des autres ont attisé un conflit, même s'il existe des dispositions anciennes (qui ne sont pas nécessairement congénitales ou héréditaires), ils se trouvent désormais amenés à reconnaître la réalité actuelle des faits, puisqu'ils acceptent des mesures médico-sociales et que la seule attitude juste consiste à y faire face. C'est-à-dire à prendre du recul, à devenir témoins objectifs et non plus à la fois juge et partie, attitude que s'efforcent de faire comprendre le médecin et ses collaborateurs par leur propre conduite. En même temps, ceux-ci valorisent la personne de chaque parent et requièrent sa collaboration, qui ne doit pas cesser au cours du placement.

Cette consultation pourra servir de référence aux parents, avant qu'ils aient compris suffisamment les principes dirigeant le séjour de leur enfant, principes qu'ils assimileront progressivement durant les visites.

C'est au cours de ces visites, en général bi-mensuelles, qu'ils auront des entretiens avec les assistantes sociales. Celles-ci supportent une lourde charge, mais y sont aidées par la collaboration des éducateurs et instituteurs, et par la possibilité constante qu'elles ont de se retourner vers le médecin. L'intervention de celui-ci a lieu au cours de réunions hebdomadaires avec les assistantes, où sont exposés soit des cas suivis pendant une longue période, soit des situations momentanées et urgentes

posant un problème difficile. Les contacts individuels avec les assistantes sont également fréquents. Ces discussions sont parfois suivies de la décision d'un rendez-vous avec un parent. Il s'agit alors de cas où l'autorité ou la compétence psychiatrique du médecin doivent être mises en jeu ; par exemple, lorsqu'il faut appuyer ou s'opposer à des décisions importantes, ou lorsqu'il est nécessaire d'évaluer l'équilibre mental d'un père ou d'une mère, pour éventuellement le faire soigner. Fréquemment, en effet, des parents mis en confiance par la façon dont ils sont considérés n'hésitent pas, après avoir évoqué les relations familiales, à relater leurs troubles personnels, psychiques ou somatiques, pour lesquels l'assistante conseille le recours au médecin. Signalons particulièrement le cas des pères alcooliques qu'il est parfois possible, par le biais de leur attachement à leurs enfants, de diriger vers des cures de désintoxication.

On pourra regretter que le médecin n'ait pas le loisir de pénétrer plus profondément dans les relations familiales, encore moins d'entreprendre des psychothérapies de parents, individuellement ou en groupe. Le volume du travail et le petit nombre de médecins ne le permettent pas en effet. En revanche, le fait que ce soit des assistantes sociales spécialisées qui se chargent d'un aspect de ces questions présente certains avantages. Comme le souligne Lebovici, les contacts avec un psychiatre amènent à pénétrer les couches profondes de la personnalité, ce qui n'est pas toujours utile. Mais, aussi bien pour le sujet que pour le médecin, il s'agit d'une tendance naturelle et quasi automatique. Or, les parents ne consultent pas pour eux, mais pour un de leurs enfants et, chaque fois que l'équilibre de leur personnalité paraîtra suffisant et corrigible dans certains de ses aspects, grâce à la compréhension apportée par les entretiens avec l'assistante et le contact général avec le centre, il sera inutile, parfois dangereux, de pénétrer plus avant. Cependant, les assistantes ne doivent pas hésiter à demander un avis médical chaque fois qu'elles ont un doute sur l'utilité d'une intervention psychiatrique.

IV. — LA PSYCHOTHÉRAPIE

L'application de techniques psychanalytiques et dérivées a posé dès le début, au centre de Vitry, d'intéressants problèmes.

On sait qu'Anna Freud considère que l'enfant n'est pas prêt au transfert parce que toutes ses joies et ses déceptions lui viennent encore par ses parents. Aussi imaginait-elle des établissements où l'enfant pourrait progressivement faire un transfert sur les éducateurs, ce qui permettrait l'analyse, dans un second temps. Elle se posait cependant la question suivante : à sa sortie, l'enfant pourra-t-il s'attacher de nouveau à ses parents ? Restera-t-il, par rapport à eux, un révolté ? Ou bien, s'il renouvelle ses liens anciens, retombera-t-il dans sa névrose ?

Autant de problèmes pratiques que nous avons dû étudier, comme le montrent les différentes parties de ce travail. Nous avons été conduits à essayer différentes solutions que nous allons brièvement résumer.

Certains, en effet, s'appuyant sur les essais de traitements dans des instituts psychothérapiques, où les enfants étaient séparés de leurs parents pour une période prolongée, dépassant une année, se sont heurtés à des difficultés qui les ont amenés à rejeter délibérément ces techniques (1). Leurs principaux arguments sont les suivants :

La psychothérapie analytique et la rééducation en internat sont deux techniques qui s'opposent théoriquement. Au cours du processus thérapeutique en effet, le milieu où vit l'enfant, sa famille habituellement, ne change pas. Les conflits sont constamment entretenus par les conditions de vie qui les ont suscités. Leur examen et leur liquidation en sont facilités. En internat, l'attention de l'enfant est distraite de ses conflits familiaux et dirigée sur ceux du groupe. De plus, des difficultés risquent de naître au moment de l'extériorisation de tendances antisociales, sexuelles et agressives, fréquentes au cours des psychothérapies, mais s'opposant aux impératifs de la vie en

(1) S. LEBOVICI, A propos de la psychothérapie chez les enfants placés en internat de rééducation, *Enfance*, nov.-déc. 1949. R. DIATKINE, Note sur quelques observations pratiquées au cours d'une tentative psychothérapique dans un internat médico-pédagogique pour caractériels, *ibid.*

groupe. La neutralité du thérapeute risque aussi d'agir par contagion sur les éducateurs en favorisant une tendance, qui serait erronée, à supprimer les sanctions. Or, de même qu'un psychothérapeute n'est pas et ne doit pas être un éducateur, de même un éducateur ne peut être un psychothérapeute.

D'autre part, on est constamment gêné par les impératifs du groupe et l'action des meneurs, exagérant les transferts négatifs et s'opposant à l'évolution du traitement.

Enfin, les psychothérapies individuelles ont semblé décevantes dans plusieurs autres établissements pour inadaptés où, après une expérience de quelques années, elles ont été abandonnées. En y regardant de plus près il nous paraît que la majorité de ces échecs dépend peut-être d'un engouement trop marqué par rapport à la maturité des méthodes, de ceux qui les appliquaient et du milieu de l'internat en général. Par exemple, les nombreux passages à l'acte au cours des séances, notés avant les années 50, et observés par nous-mêmes à Vitry, n'ont pratiquement plus lieu aujourd'hui. On sait mieux les éviter depuis qu'on a compris qu'un contrôle minimum ne représentait pas une mesure pédagogique, mais une nécessité de la situation réelle. On peut dire aussi que l'acceptation des directeurs et des éducateurs n'allait pas sans de fortes résistances inconscientes à la méthode ainsi qu'aux psychothérapeutes « magiciens ». Ceux-ci ne possédaient pas souvent encore la pratique des relations avec les parents et les éducateurs. Enfin les différentes techniques, assez bien codifiées aujourd'hui, suivant l'âge, le diagnostic, le milieu, etc., n'étaient pas bien délimitées ni utilisées.

C'est dans cette situation que Lebovici et Diatkine ont utilisé les psychothérapies de groupe, dont ils pensaient qu'elles permettraient l'étude des tensions des groupes d'internat, en espérant que la dynamique de ceux-ci pourrait en être modifiée.

Des traitements de groupe étaient déjà employés dès 1948 à Vitry, et ils furent poursuivis sous la direction de Lebovici. On ne peut les considérer que comme des tentatives poursuivies trop peu de temps pour qu'on puisse juger de leurs résultats. Nous fûmes gênés en particulier par l'impossibilité de maintenir un groupe thérapeutique homogène, du fait des sorties et des entrées incessantes.

Dans la même perspective, on essaya la psychothérapie de

groupe non directive comme la pratiquait Slavson. Un groupe d'une dizaine d'enfants fut réuni à heure fixe dans une salle, des jeux et objets divers étaient à leur disposition, la surveillance étant confiée à une thérapeute. Dès la deuxième séance, l'explosion agressive fut telle que celle-ci fut soumise à une épreuve difficile à supporter, les passages à l'acte se dirigeant directement contre elle. De plus, les enfants ne faisant pas partie de ce groupe, avertis par leurs camarades après la première séance, assiégèrent la salle, réclamant d'entrer et finissant par briser un grand nombre de vitres. Cette situation découragea de poursuivre l'expérience, car il nous semblait que les perturbations provoquées dans la maison risquaient de dépasser le bénéfice escompté. Les psychothérapies collectives, la preuve en était faite, n'étaient pas applicables sans une extrême précaution et pouvaient s'opposer à la vie d'internat, tout comme les traitements individuels.

Cette tentative, et aussi le manque de spécialistes, nous incita à persévérer dans cette dernière voie, bien que ce ne fût pas sans vicissitudes. Une constatation nous influença aussi : bien que le personnel fût déjà relativement nombreux et commençât à se stabiliser, les enfants n'avaient que rarement l'occasion de contacts individuels et de relations proches. Si bien qu'après un séjour de plusieurs mois, il arrivait qu'ils n'aient guère pu parler de leur passé, de leurs désirs, de leurs craintes, de leur avenir. Les éducateurs n'étaient pas encore prêts à affronter ces questions dans une perspective exacte. Le médecin n'aurait pu y suffire. Nous pensâmes un instant à confier à chaque adulte, sauf aux éducateurs de groupe, un enfant en particulier pour des conversations personnelles. Ce projet n'avait guère de sens ; il traduisait seulement notre préoccupation.

Aussi la psychothérapie individuelle subsista-t-elle sous deux formes : entretiens d'explication et de soutien, psychothérapies analytiques.

Cependant ces deux types très différents de traitements n'étaient pas au début complètement distincts. Nous étions, en effet, très soucieux de ne pas entreprendre de longs traitements, incompatibles avec la formule du centre. Nous craignons de laisser un enfant en pleine phase régressive. D'où la réticence à aborder les relations profondes, à utiliser systéma-

tiquement l'interprétation du transfert. Nous avons conscience d'avoir alors brusqué certains thérapeutes qui tendaient à s'installer confortablement dans l'attente de l'évolution d'une névrose de transfert, ce qui était incompatible avec les conditions réelles. En même temps, nous étions frappés de ce que certains enfants, qui auraient dû être pris en psychothérapie mais n'avaient pu l'être, suivaient, par la seule pédagogie, une évolution favorable. En tant que directeur du centre, nous éprouvions scrupules et réticences. En tant qu'analyste nous ne pouvions pas scotomiser la nécessité de certains traitements. C'est dans ces conditions que chaque psychothérapeute imprima sa marque personnelle et que se forma, petit à petit, une doctrine plus cohérente.

Aujourd'hui, il nous semble que nous sommes parvenus à des positions plus sûres et plus efficaces, que nous allons maintenant exposer.

Indications

Nous ne reprendrons évidemment pas le problème des indications de la psychanalyse, les divergences opposant Anna Freud à Melanie Klein, la position actuelle de l'école française, ces points ayant été bien développés par des auteurs compétents et n'entrant pas directement dans notre propos. Nous nous bornerons à dire comment se présente notre situation particulière.

En premier lieu, il n'est pas rare que nous observions des modifications des indications dans le temps. Les symptômes et les attitudes notés par le médecin qui demande l'observation, s'ils sont en général, nous l'avons vu, retrouvés à la consultation d'admission (sauf parfois si celle-ci est déjà éloignée de la première), n'apparaissent plus toujours aussi clairement. Cela ne s'explique pas seulement par le changement de médecin, la différence de personne et de contact. C'est surtout la séparation du milieu familial qui explique ces changements : l'enfant désormais est seul, sans parent à proximité. Il est soustrait, pour une période qu'il sait assez longue, aux influences immédiates de son milieu. Cela peut soit l'inquiéter, soit le rassurer. De plus, la crainte du placement et des divers traitements punitifs imaginés a disparu devant la réalité de la vie

du centre, expérimentée depuis quelques jours. *Les superstructures se modifient, et l'on appréhende différemment la distance qui les sépare des fixations profondes.* Des attitudes ou des fantasmes apparus aux examens antérieurs paraissent dépassés sans dommage, des mécanismes de défense ayant semblé rigides se sont évanouis. En particulier, certaines inhibitions de consultation, paraissant assez ancrées, disparaissent pour faire place à une aisance suffisante, ce qui fait annuler l'indication de psychothérapie portée auparavant.

Dans le cours du séjour, si l'on hésite à entreprendre un traitement, et que l'examen médical et les renseignements extérieurs ne permettent pas de conclure absolument, les modifications et l'évolution rapportées par les divers observateurs emporteront la décision dans l'un ou l'autre sens. Il arrive aussi que, peu de temps avant la sortie, une stagnation, inattendue à l'origine et la confirmation progressive d'une structure résistante, amènent à préconiser une psychothérapie trop tard pour que celle-ci puisse être engagée au centre.

Les possibilités de traitement dépendent pour nous des conditions et de la durée du séjour et non pas de considérations concernant le milieu extérieur, le point de vue des parents, les difficultés pratiques de conduire l'enfant aux séances, etc. Hors la limitation dans le temps, il n'y aurait en principe aucun obstacle à la décision. Mais cette seule clause sous oblige déjà à en réduire le nombre. Certaines structures prépsychotiques, les dysharmonies sérieuses d'évolution, les névroses de caractère et les névroses très structurées du type obsessionnel sont, en principe, éliminées en raison de la durée des traitements qui seraient nécessaires. On sait pourtant que ces diagnostics ne peuvent parfois apparaître avec évidence qu'après plusieurs mois de traitement. Aussi sommes-nous amenés alors à poursuivre pendant un an et plus un traitement prévu pour durer quelques mois. On ne peut plus, le traitement entrepris, se dégager de la responsabilité assumée que par la poursuite de l'analyse jusqu'à son terme. D'un autre côté, il arrive qu'on prévoie dès l'entrée au centre et parfois même auparavant, qu'une analyse y soit commencée pour être poursuivie à l'extérieur, ou au placement familial, par le même thérapeute. Ces dispositions, éminemment souhaitables, ne peuvent être qu'assez rarement réalisées du fait des circonstances pra-

tiques et aussi parce que, très souvent, le séjour au centre constitue un tout dont il est difficile de prolonger une partie : outre qu'il faut alors convaincre la famille de la nécessité de continuer le traitement après la sortie, l'enfant lui-même éprouve une gêne en ce qui concerne les relations avec ses parents et avec la psychothérapie, commencée dans des conditions différentes. Son transfert n'avait, jusqu'alors, soulevé de problèmes que pour lui, et il se trouve désormais dans une situation où sont réellement impliqués ses parents ainsi que ses relations actuelles avec eux. Ceux-ci n'ont pas été amenés à saisir progressivement le rôle du thérapeute. Une telle situation peut se rencontrer même quand un enfant sort du centre pour un placement nourricier : la famille éducatrice n'est pas toujours coopérante pour la poursuite de l'analyse et l'enfant, qui vit dans cette famille une situation nouvelle qu'il pressent devoir constituer un nouveau transfert, n'est souvent plus assez disponible pour poursuivre des relations de la même intensité avec le thérapeute.

En général, il nous faut donc nous abstenir d'entreprendre des psychanalyses prolongées véritables. Cependant, pour de nombreux cas, des *psychanalyses courtes* sont possibles et indiquées. Elles ont lieu à raison d'au moins deux séances par semaine, parfois trois ou quatre, pendant une année scolaire par exemple. D'autre part, des *psychothérapies analytiques* sont entreprises régulièrement. Les cas pouvant bénéficier de ces techniques se situent entre les névroses graves à structure rigide et les troubles réactionnels ne nécessitant pas de psychothérapie ou seulement sous forme d'entretiens d'explication et de soutien. (Nous verrons plus loin l'utilité des psychothérapies de soutien dans les cas les plus graves.)

Rappelons que la plupart des enfants que nous avons à traiter sont dans l'âge de la période de latence théorique (on pourrait d'ailleurs discuter l'existence même d'une période de latence dans les cas, les plus nombreux, où le Moi est resté pré-génital et où l'on observe aussi différents caractères psychologiques, psycho- et perceptivo-moteurs témoignant d'une immaturité neurologique. Au minimum, cette phase est retardée de plusieurs années). Les plus âgés seulement sont prépubères ; quelques filles atteignent la puberté.

Les cas relevant d'une analyse courte sont avant tout des névroses. Le diagnostic ne se fonde pas tant, on le sait, sur la

nature des symptômes que sur les notions de permanence des troubles et la répercussion sur le processus de maturation. Ce sont des cas où l'élément réactionnel n'intervient que très peu et pour lesquels le changement de milieu et la psychopédagogie, telle qu'elle est conduite au centre, restent sans effet. Tout au moins éprouve-t-on l'impression qu'il faudrait que les mêmes méthodes soient poursuivies très longtemps, pendant plusieurs années, pour obtenir un résultat appréciable. Et encore, le doute persiste-t-il à ce sujet. Au contraire, on est convaincu de pouvoir gagner du temps, de permettre l'action de la psychopédagogie, de dénouer une situation qui risque de ne plus pouvoir l'être plus tard, en décidant une psychothérapie individuelle.

Nous insisterons sur un type de cas très fréquent où l'analyse courte produit un bénéfice particulièrement important. Il s'agit de *grandes immaturations de la personnalité* qu'on peut étiqueter hospitalisme, abandonnisme, dysharmonies de la personnalité ou parfois prépsychoses. Une psychothérapie est indiquée s'il n'existe pas de véritables mécanismes psychotiques, identification projective et fusion avec l'objet (ou, au minimum, si le contact avec le réel est conservé dans la plupart des situations), si l'angoisse n'est pas trop extériorisée et figée dans une armature caractérielle (les troubles du caractère existant toujours dans ces cas), à condition aussi qu'il n'existe pas de véritables défenses obsessionnelles (dont on découvre le plus souvent l'ébauche). Ces cas, qui paraissent pouvoir facilement évoluer vers la psychose ou la délinquance, conservent encore une remarquable plasticité. Les graves frustrations réelles subies au début de la vie, la profonde angoisse persistante ont empêché une structuration véritable de la personnalité de ces enfants. Cela peut expliquer l'impression de vide qu'on éprouve à leur contact, et l'avidité qu'ils montrent dès qu'ils sont placés dans une situation où ils y sont enfin autorisés à combler ce vide. Ces cas s'opposent à ceux où une structure déréelle ou antisociale a masqué ce besoin d'une manière parfois déjà définitive.

La disponibilité persistante de ces enfants leur permet de nouer assez rapidement, après un à quatre mois de séjour au centre, des relations affectives. Mais celles-ci sont trop archaïques pour pouvoir être vécues suffisamment dans le groupe. Encore

moins pouvaient-elles l'être dans une famille. Une analyse est nécessaire. Mais elle peut rester assez courte, la régression étant immédiate et les différents stades pouvant ensuite être franchis rapidement. Sans doute, à la fin du traitement, ces personnalités restent-elles fragiles. Mais il faut tenir compte de l'énorme importance des investissements extérieurs réalisés dans le centre, du déblocage intellectuel et des progrès scolaires qui sont habituels. Ce sont cependant des enfants ayant besoin d'être protégés pendant de nombreuses années dans un milieu affectueux et éducatif.

Nous donnons une grande place, pour poser les indications thérapeutiques, à la *nature du contact* établi avec l'enfant pendant les examens. Et plus particulièrement à l'intensité de l'*anxiété mobilisable*. Nous nous sommes souvent étonnés d'entendre affirmer, à la suite d'Anna Freud, que l'enfant ne souffrait pas de sa névrose. Au contraire, nous avons toujours eu tendance à penser, ce que nous avons trouvé confirmé par Melanie Klein, que l'enfant (ou l'adolescent) ressent l'angoisse avec plus d'intensité que l'adulte. Dès qu'il sait qu'une aide peut lui être apportée, il l'accepte presque toujours avec soulagement et reconnaissance, ce qui l'incite à aller plus avant bien que, par la suite, se développent des résistances pouvant parfois faire échouer un traitement.

Notre expérience des psychanalyses d'enfants s'inscrit entièrement dans celle de Melanie Klein, compte tenu des réserves faites, du point de vue génétique, par Ajuriaguerra, Lebovici et Diatkine. Une véritable névrose de transfert peut être développée sans difficultés. Et, contrairement aux vues exprimées à ce sujet par certains auteurs et que nous avons rapportées ci-dessus, le transfert peut être interprété vis-à-vis des parents, leur absence ne modifiant en rien l'évolution à laquelle on peut s'attendre dans toute psychanalyse, l'angoisse ne se rapportant pas uniquement aux véritables parents, mais plus particulièrement aux parents introjectés, aux relations objectales. Il est rare qu'il y ait lieu, au contraire, d'interpréter les relations extra-parentales établies entre les enfants et leurs éducateurs ou avec le groupe. Par ailleurs, l'attitude thérapeutique pourra facilement être débarrassée de toute préoccupation éducative. Ce plan pourra être dévolu aux parents éclairés que sont les éducateurs.

Cependant, nous faisons notre la remarque de Berge (1) quand il rappelle qu'il existe trois attitudes vis-à-vis du transfert : l'analyser, s'en servir pour satisfaire en particulier les besoins du malade, offrir une image parentale favorisant l'identification, cette dernière faisant souvent partie des deux autres. En effet, analyser n'est pas tout, les interprétations ne doivent être données que dans la mesure où elles sont nécessaires. Il convient de se régler sur un ensemble de faits pour décider ou non de la poursuite du *working through*. Il est certes nécessaire de ne jamais rester sur un plan superficiel, en particulier de pénétrer toujours dans les problèmes prégénitaux, qui sont prédominants, ces enfants faisant toujours un transfert presque uniquement maternel ou, plus exactement, les imago paternelle et maternelle étant encore peu différenciées. Par contre, les interprétations de toutes les situations archaïques, interprétations qu'on voudrait parfois exhaustives (et qui n'épuisent d'ailleurs jamais les multiples aspects du vécu, totalité non reconstituable par définition) ne sont pas toujours indispensables. On sait que les fixations prégénitales ne pourront jamais être tout à fait liquidées et qu'elles ne seront finalement que recouvertes par des structures successives. Ce qui compte, c'est la solidité des défenses et de la distance prise par rapport à elles, la « quantité » d'énergie débloquée de ces fixations. Dans la mesure où la libido, le besoin d'aimer, s'extériorise et s'investit, où les pulsions négatives, qui persistent dans l'inconscient, entraînent moins d'angoisse et moins de déséquilibre des conduites, peu importe si tous les recoins n'ont pas été visités et éclairés. C'est l'élévation du niveau de l'ensemble qui compte.

Pour comprendre l'action de la psychanalyse chez l'enfant, il faut se reporter à autre chose qu'à la technique et à la théorie, c'est-à-dire aussi aux besoins d'amour et de sécurité, essentiels pour tous les enfants. Ainsi ne doit-on s'arrêter à la seule analyse du transfert qu'autant que les éléments du traitement et ceux qu'apporte régulièrement l'information extérieure la montreront indispensable. Il vaut mieux éviter de s'attacher trop à la signification symbolique du matériel inconscient, dont le sens ne reste jamais qu'approximatif, et accepter de le laisser passer ou de le délaisser si d'autres critères, parmi

(1) A. BERGE, Psychanalyse et éducation, *La psychanalyse d'aujourd'hui*, P.U.F.

lesquels les modifications du contact, l'autorisent. Il convient de se rappeler que le matériel analytique, comme le remarquent Lebovici et Diatkine, est recueilli dans la situation de transfert et n'a de signification qu'en fonction de cette situation. Il peut être retrouvé, dans les mêmes conditions, au cours des traitements des enfants et adultes les plus normaux. Il traduit le déroulement inéluctable de situations affectives passées ou, seulement, rattachées imaginativement au passé (alors qu'il peut s'agir aussi bien du développement phénoménologique d'une relation poussée jusqu'aux arcanes collectifs de la psyché humaine). Cela ne s'oppose pas à ce que l'analyste reste très attentif à ce matériel, pour ne pas manquer de saisir chacune de ses modifications, mais tout en gardant présents à l'esprit l'ensemble de la personnalité de l'enfant, le déroulement général de son traitement et de ses conduites extérieures.

Disons encore, à propos de la technique de l'analyse chez ces enfants, qu'il n'est pas toujours possible ni souhaitable de rester strictement neutre. Rappelons que dans la plupart des névroses d'abandon et des névroses de caractère on parvient, souvent très vite à cet âge, après les incohérences de la vie passée, à des *positions dépressives*. Ces effondrements nécessitent une attitude plus active et gratifiante, comme on est conduit à le faire dans les analyses de psychotiques. A ces enfants gravement frustrés s'applique particulièrement la remarque de Melanie Klein : « La foi en l'existence de personnalités bienveillantes et secourables, due à l'action de la libido, permet aux objets réels de s'imposer de plus en plus fortement et aux images fantasmatiques de passer au second plan. » Mais il est fréquent que ce ne soit nécessaire que pour un temps. La restructuration permettra bientôt de reprendre une attitude plus réservée.

D'ailleurs, la marche des traitements n'est pas sans être influencée par le comportement des enfants dans le centre. De même leur terminaison. Celle-ci ne peut être décidée par l'analyste avant que le conflit œdipien ait été abordé et que des positions génitales suffisamment solides, viriles ou féminines, puissent être assumées. Mais, presque toujours, ces événements sont contemporains d'une évolution très positive dans le groupe et dans les différentes activités, évolution qui, parfois, aura même précédé la progression heureuse du traitement.

Envisageant maintenant les *psychothérapies analytiques*, nous ferons une remarque à propos des interprétations de transfert : théoriquement, elles ne devraient pas être données au cours de cures non strictement analytiques. En fait, d'autres que nous ont déjà remarqué la valeur dynamique de ces interprétations au cours de psychothérapies. Il est rare finalement qu'on puisse mener à bien une véritable psychothérapie sans utiliser ce moyen efficace de débloquer rapidement une situation et de faire appréhender des explications données en dehors du transfert.

Quant à la règle d'éviter une régression sur le plan pré-génital dans les psychothérapies, nous ne pensons pas non plus qu'elle doive être systématiquement respectée. D'une part ce serait se condamner, chez beaucoup d'enfants, à ne rien faire que les rassurer, car il ne leur est pas besoin de régresser beaucoup pour livrer des fantasmes oraux et anaux. D'autre part, la régression n'est pas bien grave, justement pour cette raison, et elle devient fructueuse si le thérapeute reste capable de contrôler l'ensemble de la marche du traitement sans relâcher son contact et en s'efforçant de maintenir l'enfant suffisamment hors d'eau pour que l'angoisse soulevée reste supportable et passagère. Bien entendu, il ne s'agit pas, dans cette technique, de laisser se développer de bout en bout les relations pré-génitales. Aussi éviterions-nous de donner ce conseil à des thérapeutes de peu d'expérience.

A la fin de la *période prépubertaire* et au début de la puberté, les problèmes de psychothérapie ne sont pas essentiellement différents chez les garçons : les pulsions sexuelles violentes ne font chez eux que recouvrir des préoccupations orales et anales. Le contact peut être excellent avec une femme dont l'attitude favorise l'accession à un statut viril. Avec un homme, le besoin d'imitation directe d'un adulte du même sexe peut être utilisé très vite avec profit.

Par contre, pour les filles d'une douzaine d'années, les relations nous ont paru beaucoup plus difficiles. A cet âge, en effet, les thérapeutes femmes sont considérées d'emblée comme des rivales et cela suffit à bloquer le traitement dès le début. D'autre part, le contact avec un homme est trop érotisé pour ne pas provoquer une inhibition très gênante. Il nous semble actuellement préférable de confier tout de même ces enfants à des thérapeutes femmes, qui devront d'abord s'efforcer de

se faire accepter et ne pas s'attendre à en recueillir le fruit aussitôt. Si ce cap a pu être franchi, alors le transfert positif pourra être excellent et le besoin d'imitation, avec l'influence directe qui l'accompagne, pourra devenir une précieuse ressource, utilisable pendant les difficultés ultérieures de l'adolescence et même jusqu'à l'âge adulte.

On connaît aussi l'utilité d'introduire des séquences psychodramatiques dans les traitements faits à cet âge, au moins lorsque les techniques de jeu et de dessin sont refusées et que les difficultés d'exprimer verbalement ses conflits bloquent complètement l'enfant.

Les simples psychothérapies explicatives ou de soutien sont parfois d'une efficacité inespérée. Nous avons déjà dit combien la plupart de ces enfants, séparés de leur famille et vivant en collectivité, éprouvaient le besoin d'une attention personnelle. La plupart du temps ces entretiens sont destinés à éclaircir la situation de l'enfant au cours de son placement et à la lui faire accepter à la faveur d'un contact affectif. Ou encore à lui permettre de parler (ou à lui parler) de sa situation de famille, parfois de sa filiation, de son avenir qu'il est nécessaire de préparer avec lui. Trop souvent en effet, l'enfant n'est pas plus consulté ou même averti de sa destination qu'un colis expédié de place en place. Il sent qu'il n'a pas voix au chapitre. L'incertitude de sa situation l'amène alors à agir l'anxiété qu'il n'a pas le droit d'exprimer verbalement. Aussi ces contacts qui reconnaissent son existence et sa personne propre ont-ils parfois un effet libérateur. On observe alors la disparition subite de conditionnements qui paraissaient anciens et structurés et un épanouissement presque inattendu. On peut se permettre de prendre aussitôt une attitude valorisante et pédagogique qui s'avère des plus rentables. Aussi, dans les cas les plus graves, cette technique apparemment simpliste mérite-t-elle parfois d'être tentée.

Par contre, les psychothérapies uniquement dirigées contre un symptôme paraissant particulièrement gênant nous semblent très peu indiquées. On sait que, lorsqu'elles sont efficaces, ce peut bien être par le remplacement du trouble par un mécanisme psychologique moins visible, mais moins accessible, au détriment de la structure de la personnalité. Ce qui peut se faire, par contre, c'est qu'un symptôme puisse être évoqué

par le thérapeute, au moment où celui-ci perçoit qu'il est désinvesti et qu'une aide directe, à ce moment précis et grâce au transfert positif, entraînera sa disparition et un mouvement général de progrès.

Les troubles sphinctériens, très fréquents, ne sont jamais abordés directement, pas plus que ne le font les éducateurs dans les groupes. Pratiquement, très rares sont les enfants du centre qui sont assez solides et assez âgés pour qu'on puisse employer sans risque les techniques de déconditionnement rapide. Pourtant, *au cours de leur séjour, plus de la moitié des enfants énurétiques ou encoprétiques deviennent propres*, qu'ils aient ou non bénéficié de psychothérapie (ces troubles ne constituant évidemment pas en eux-mêmes une indication). Nous utilisons parfois l'appareil de Lepoutre, suivant la technique que nous a enseignée Soulé (1), mais uniquement chez les enfants de plus de 11 ans et pour ceux paraissant avoir une personnalité assez solide, s'ils ont déjà fait des progrès au cours de plusieurs mois de séjour, et que l'énurésie paraît en voie de désinvestissement. Il faut vérifier auparavant la sincérité de leur désir de la faire disparaître, en demandant aux éducateurs d'observer particulièrement leur conduite à l'égard de ce trouble. L'application de cette technique nécessite le coucher à l'infirmerie et l'intervention de l'infirmière, ce qui peut être utilisé de façon positive. Nous avons ainsi obtenu quelques succès, mais ce fut chaque fois à la condition d'un contact psychothérapique proche.

*
* *

Les conditions de la vie des enfants au centre, que nous avons évoquées au début pour montrer qu'elles ne s'opposaient pas nécessairement à la psychothérapie, constituent au contraire des avantages considérables.

La séparation des parents d'abord. On sait que leur adhésion en premier lieu, leur collaboration prolongée ensuite, sont si difficiles à obtenir que leur action consciente ou inconsciente fait échouer un grand nombre de psychothérapies ambulatoires. Les difficultés sont beaucoup plus importantes dans les milieux

(1) M. et N. SOULÉ, Traitement de l'énurésie, *La psychiatrie de l'enfant*, vol. II, fasc. 2.

peu éduqués, d'autant plus que les problèmes pratiques d'horaires, de transports, d'accompagnement, souvent insurmontables, demandent en tout cas de gros efforts de coopération et peuvent facilement être utilisés pour interrompre les traitements.

Rien de tel dans notre cas. Il ne s'agit pas de dissimuler la psychothérapie à la famille, mais ce traitement fait partie d'un contexte médico-pédagogique auquel elle a donné un accord global de principe lors de l'admission de l'enfant. Le problème ne va pas se reposer pour les parents à l'occasion de chaque séance. Malgré tout, il arrive que certains cherchent à s'opposer, par leurs interventions auprès de l'enfant, aux progrès de la psychothérapie, comme ils le font d'ailleurs pour l'action du centre en général. Cela reste heureusement assez rare.

Nous avons déjà indiqué que, contrairement à la crainte exprimée par certains auteurs, le traitement pouvait parfaitement se dérouler par rapport aux images des parents, malgré l'absence de leur personne réelle. La situation serait certainement différente après une ou plusieurs années de séparation. D'autre part, rappelons que la plupart des parents viennent visiter leurs enfants une ou deux fois par mois. Enfin, comme cela est exposé par ailleurs à propos du rôle des relations affectives nouées au centre et surtout au placement familial, l'expérience montre que, si la trace des premières années vécues demeure vivace et inscrite dans la structure de la personnalité, les expériences successives, surtout quand elles sont positives, parviennent à modifier complètement les réactions superficielles, pénétrant plus ou moins profondément dans le Moi suivant leur durée, c'est-à-dire selon la sécurité qu'elles apportent. Aussi, dans une psychanalyse ou une psychothérapie, l'enfant fait-il non seulement l'expérience du transfert en tant que répétition des émotions anciennes, mais aussi celle d'une relation nouvelle et irremplaçable dans ce qu'elle apporte de compréhension et d'amour inconditionné.

Un autre avantage de la psychothérapie en internat est d'éviter que des réactions instinctives, sexuelles et agressives, se produisent dans le milieu familial. Celui-ci, déjà intolérant, y réagit parfois très mal et culpabilise l'enfant. Ou bien il adopte une attitude artificielle, qu'il croit être la bonne et qui est diamétralement opposée à la position éducative antérieure.

Parfois, la crainte extérieure de la désapprobation des parents, renforçant un surmoi incomplètement autonome, interdit à elle seule le déroulement d'un traitement ambulatoire qui paraît consister d'abord, aux yeux de l'enfant, dans le fait de juger ses parents. Il arrive ainsi que de ces traitements, impossibles en ville, démarrent sans plus aucune difficulté au centre. Ajoutons encore que les « convocations » pour psychothérapies ou examens sont si nombreuses et fréquentes que l'enfant les accepte comme faisant partie de la vie courante du Centre.

Mais c'est surtout le contexte psycho-pédagogique qui épaulé efficacement ces traitements.

Du point de vue du psychothérapeute d'abord. Celui-ci éprouve une tranquillité essentiellement liée à l'absence de la famille et de ses réactions, ce qui lui laisse une grande liberté de manœuvre. En second lieu, il se sent soutenu par toute une équipe et, s'il conserve de toute façon sa responsabilité, celle-ci n'est pas isolée mais partagée : ce qui est loin d'être négligeable pour les cas graves et au cours des péripéties. En un mot sa sécurité est beaucoup plus établie, ce qui ne peut qu'influencer favorablement son contre-transfert. Par ailleurs, il bénéficie de plusieurs sources d'informations : outre l'anamnèse minutieuse qui lui est fournie et qu'il peut faire compléter sur tel point particulier, il peut connaître le comportement exact de l'enfant au centre et, par comparaison, les déformations que la vie familiale ou l'état d'esprit des parents lui ont fait subir. Il est tenu régulièrement au courant des modifications de ce comportement ce qui l'aidera à doser l'angoisse, les frustrations et les gratifications, suivant ce qu'on lui dit des réactions de l'enfant. Pour le thérapeute, il est souvent difficile d'évaluer dans quelle mesure l'apparition ou la liquidation de telle situation psychothérapique revêt une importance décisive ou ne doit être considérée que comme l'un des nombreux moments de la cure : le retentissement dans la vie courante servira à estimer ces situations selon leur juste valeur.

Il arrive qu'un enfant soulève au cours d'une séance un problème inattendu qui fournit la clef de bien des malaises familiaux. Le thérapeute possède alors la faculté de faire appel

à tel membre de l'équipe susceptible d'approfondir ce problème, de lui apporter une solution.

La réciproque est aussi vraie : sans trahir la confiance de l'enfant, le thérapeute pourra fournir des précisions sur la hiérarchie de ses problèmes et de ses besoins aux autres membres de l'équipe. Ceux-ci s'appuieront sur lui pour comprendre chaque phase de son évolution et lui adapter avec souplesse l'attitude lui convenant le mieux. On ne peut évidemment guère dire ou faire dire à des parents, sous peine d'être mal compris, que leur style pédagogique devrait momentanément s'assouplir ou au contraire se raidir. On ne peut non plus toujours leur demander de favoriser des investissements extérieurs, d'apporter un soutien affectif plus particulier, etc. Tout cela peut au contraire être discuté sans risque avec les éducateurs. Les maîtres de classe eux-mêmes participent d'une certaine façon à la psychothérapie, habitués qu'ils sont à comprendre ce qu'ils peuvent exiger d'un enfant et se tenant avec intérêt au courant de son évolution. De même le rôle des assistantes sociales est important, car elles s'efforcent, dans la mesure du possible, de faire comprendre aux parents la nature du traitement, les réactions de l'enfant au cours des visites, la nécessité éventuelle d'une prolongation de séjour, etc. Averties de la prochaine terminaison d'une cure, elles préparent la famille au retour au foyer.

Disons maintenant en quoi les enfants eux-mêmes bénéficient de conditions privilégiées pour la bonne marche de leur psychothérapie.

Nous avons vu comment ils pouvaient se sentir plus à l'aise, n'ayant pas à tenir compte des opinions de leurs parents, ni à répondre à leurs questions, ne dépendant de personne pour être conduits aux séances, ne risquant pas d'être gênés par les rivalités et jalousies familiales par rapport au thérapeute, ou par rapport au traitement lui-même.

La plupart du temps, les enfants se rendent volontiers aux séances. S'ils hésitent ou s'opposent, les pédagogues savent mieux que les parents comment les inciter à les accepter. D'ailleurs, ils conservent toujours le droit de refuser, soit totalement, soit de temps à autre, ce qui, en tout état de cause, serait difficile à accepter pour des parents.

Il arrive également, comme en ville, qu'un enfant refuse

totale­ment la psychothé­ra­pie. Des interactions nuisibles se produisent aussi parfois entre plusieurs enfants pris en traitement, de même que certains, qui ne le sont pas, peuvent se sentir frustrés. Les réactions de groupe sont des plus rares, mais on les a vues gêner ou saboter une évolution. Cependant, disons à nouveau qu'en règle ces incon­vé­nients sont loin de contre balancer les avantages, des psychothé­ra­pies, prati­quées au centre.

Plus essentiel encore est l'avantage suivant : *la psychothé­ra­pie se poursuit dans tous les moments de la vie de l'enfant au centre.*

On nous accordera que cette affirmation contient au moins une part de vérité si l'on se réfère à ce qui est dit par ailleurs, car l'atmosphère psychothé­ra­pique imprègne véritablement la maison. Non pas que la situation analytique et les fantasmes régressifs puissent être explicités et interprétés ailleurs qu'en psychothé­ra­pie. Mais tous les adultes, ainsi que les activités, les règles de vie et les méthodes employées participent d'une compréhension que l'enfant ne peut manquer de percevoir. D'une certaine façon, la séance est une concentration d'un champ magnétique qui est partout sensible. Il n'existe pas de contradiction entre la séance et le reste de la vie au centre.

C'est pourquoi, parmi d'autres raisons, cette vie collective reste artificielle malgré les ouvertures sur l'extérieur, et ne peut durer qu'un temps. C'est pourquoi aussi elle est thérapeutique.

Le déconditionnement pédagogique ne contredit pas la psychothé­ra­pie, les transferts sur les pédagogues ne s'opposent pas à celui sur le thérapeute. Il est parfaitement possible que les adultes ne se jaloussent pas pour l'attachement d'un enfant : les novices ont seuls besoin d'obtenir cette preuve de leur valeur et de leur efficacité. Au contraire, thérapeutes, éducateurs, instituteurs, assistantes sociales, cherchent à utiliser, au mieux de l'intérêt de l'enfant, l'affection que celui-ci peut éprouver pour l'un d'entre eux. L'habitude fait que les rôles se répartissent sans heurts et tout naturellement. Il arrive qu'une éducatrice conduise un enfant à la séance ou vienne l'y chercher. D'autres fois, c'est la thérapeute qui conseillera à l'enfant de s'adresser à ses éducateurs pour régler tel problème. Les explications sur la filiation, les explications sexuelles peuvent être

données par les uns ou par les autres suivant les cas, après une étude en commun de la solution la plus indiquée. Il peut se faire aussi que l'enfant aille voir le même jour et successivement l'assistante sociale et la thérapeute : si celui-ci désire conserver une attitude strictement analytique, l'assistante fournira toutes les explications souhaitables sur des affaires concrètes et servira à la liaison avec les parents.

Comme on le voit, il existe de multiples façons d'utiliser les compétences des différents membres de l'équipe et les psychothérapies sont d'autant plus efficaces qu'elles font appel à la collaboration de tous.

Il est intéressant de noter comment se passe le sevrage dans ces conditions. C'est évidemment toujours une période importante, difficile, qui doit être utilisée à la fois pour compléter ou approfondir la situation analytique et, dans un second temps, pour diriger l'énergie libérée vers des sublimations. Il nous paraît nécessaire que la fin du traitement coïncide avec la fin du séjour. La venue de cette période, où tous les attachements doivent être rompus, où tous les intérêts auxquels l'enfant s'est ouvert vont lui être brusquement retirés, où il quittera cette ambiance, où il a dans la majorité des cas vécu une expérience cruciale, pourrait être redoutée à juste titre. Nous ne cessons nous-mêmes de nous étonner qu'il n'en soit pas ainsi et que la fin du séjour et du traitement se passe en général assez bien (l'un et l'autre étant liés dans son esprit car il est attaché autant à ses éducateurs qu'à son thérapeute). Il faut dire que l'enfant a toujours su que la durée de son placement était limitée. Il percevait de longue date l'approche de son terme. Terme espéré par ailleurs : l'ambivalence vis-à-vis de l'internat n'a jamais complètement disparu et s'il est de mode parmi les enfants de réclamer sa sortie, c'est avec une sincérité qui n'est qu'à moitié feinte. D'ailleurs les intérêts du centre commencent à s'épuiser après un certain nombre de mois. La sortie est attendue aussi comme la fin de la séparation familiale, le retour au foyer est d'autant plus désiré qu'il est idéalisé. Mais, parfois aussi, un nouvel internat peut être accueilli favorablement, car ceux qui restent regardent avec envie le sortant qui acquiert ainsi plus de prestige.

N'exagérons pas cependant : certaines de ces conduites à la sortie ne sont que de prestance. Certains enfants se montrent véritablement anxieux, déprimés ou agités avant leur départ, au point qu'on peut se demander s'il restera quelque chose des progrès qu'ils semblaient avoir faits peu de temps auparavant. En définitive, il sera extrêmement difficile de savoir si le sevrage qui, dans la majorité des cas, paraît superficiellement bien supporté l'est aussi de façon durable et dans la profondeur. Seule une enquête quelques mois plus tard à ce sujet et pour fixer déterminera si de nouvelles interventions, psychothérapiques ou pédagogiques, sont nécessaires.

Remarquons également que le bénéfice du séjour, avec ou sans psychothérapie, n'est parfois perçu que dans les mois ultérieurs, comme si l'intégration ne pouvait se faire que dans un autre milieu, après une nouvelle rupture. Cette constatation nous a conduits à tenter des retours au foyer, ou des placements familiaux dans des cas dont l'adaptation paraissait incertaine. Ces périodes d'essai peuvent parfois devenir définitives.

Les réactions des adultes à la sortie d'un enfant pour lequel on s'est engagé à fond affectivement et qui a demandé une grande dépense d'énergie, n'ont pas à être envisagées ici. Disons qu'elles sont excellentes et du type de celles des thérapeutes, tous étant rompus à ces séparations réitérées.

Si nous confondons les réactions de tous dans la même phrase, c'est bien parce qu'elles ne sont pas de nature différente. La participation des différents membres de l'équipe est de même nature. Ainsi, il nous paraît très important que les thérapeutes, même s'ils ne viennent que pour deux vacations par semaine, parviennent à s'y intégrer. Cela n'est possible que s'ils ressentent pour les enfants eux-mêmes un intérêt proche, et non pas seulement pour une méthode thérapeutique. Il est bon qu'ils éprouvent le désir de connaître la vie de la maison et de participer à certaines manifestations, les fêtes par exemple, sans crainte de se trouver, en dehors des séances, face à face avec leurs clients, et de se comporter avec eux tout naturellement. Les réticences à le faire que nous avons parfois remarquées ne se justifient guère et montrent au contraire un danger à éviter. C'est pourquoi il nous a toujours paru très important que les psychothérapeutes, médecins ou psychologues aient l'habitude des contacts enfantins sur un mode non théra-

peutique. Le chemin qu'ils doivent parcourir est en sens inverse de celui des éducateurs : ceux-ci partent des contacts quotidiens et banals, des réactions affectives ordinaires, pour parvenir à une compréhension psychologique. Ceux-là, qui ont reçu la formation psychanalytique d'abord, auront à prendre l'habitude de l'oublier dans la vie courante avec les enfants, pour qu'elle leur devienne naturelle et se dégage de tout semblant d'artifice. C'est pourquoi il serait inestimable, pour les médecins aussi bien que pour les psychologues, d'avoir été auparavant éducateurs. Ils peuvent tout au moins ne pas refuser de se conduire à l'occasion comme tels.

C'est dans cet esprit qu'ont lieu les réunions hebdomadaires des psychothérapeutes. Tous les membres du personnel pédagogique, à l'exclusion des stagiaires, sont admis en principe à suivre les exposés de cas. Le déroulement de ces séances en comité secret ne manquerait pas d'intriguer, d'élever des barrières et des ressentiments. Dans la pratique, personne d'autre que les psychanalystes n'y assiste régulièrement. Certains éducateurs y participent parfois si le cas d'un enfant de leur groupe, particulièrement difficile à comprendre, est rapporté. Leurs observations sont alors sollicitées car les rapprochements entre les séances et les conduites dans le groupe se montrent pleins d'enseignements. Des assistantes sociales font aussi le point de leurs entretiens avec les parents et se tiennent au courant de l'évolution de certains traitements, information utile pour la compréhension du cas et la préparation de l'avenir. Si le langage analytique peut paraître obscur aux participants non spécialisés, voilà une occasion pour tenter de le dépouiller de ses excès et le rendre plus accessible. Nous ne croyons pas en effet que, pour ceux dont le métier consiste à connaître en profondeur les enfants, ces discussions de cas puissent être traumatisantes. Le fait de considérer les fantasmes régressifs ne peut qu'aider les adultes à dissiper le malaise qu'ils peuvent éprouver au début à les entendre exposer : ce malaise n'est pas différent de celui qu'ils ressentent encore au contact des enfants inadaptés. Nous pensons que c'est encore l'atmosphère de la réunion qui permet à chacun d'en retirer un bénéfice.

CONCLUSION

Les quelques aspects d'un centre médico-pédagogique que nous venons d'exposer sont envisagés sous l'angle des problèmes que doit résoudre un psychiatre et sont loin d'épuiser le sujet. Sauf pour ce qui concerne le médecin et l'« équipe » en général, on n'a pas étudié la doctrine, les techniques et les méthodes des différents spécialistes participants. Ce qui a trait aux familles, aux relations extérieures, etc., a également été passé sous silence, de même que les questions concernant l'avenir des enfants. Celui-ci comprend les problèmes d'orientation et de placement pour lesquels nous avons expérimenté avec succès la solution du *placement familial* (1), tout en continuant à nous heurter à des difficultés inchangées depuis dix ans pour le placement dans des internats spécialisés. Il comprend encore l'organisation d'un service de suite indispensable à la fois pour préserver la continuité du traitement (sans laquelle les résultats obtenus par des efforts cohérents, mais momentanés, risquent de s'effriter alors que s'organisent des conditionnements pathologiques de plus en plus résistants) et pour préparer des recherches catamnestiques. Un tel travail s'intègre dans un programme d'*action research*.

En effet, seules des recherches de ce type, par leur poursuite ininterrompue pendant 10 ans, 20 ans et au-delà, et par leur répétition, permettront de comprendre exactement la signification et la valeur des troubles observés dans l'enfance et la portée des méthodes employées en psychiatrie infantile.

Par ailleurs, l'équipe qui s'est formée de la façon exposée ci-dessus constitue un ensemble assez cohérent et assez dynamique pour prendre en charge une extension de l'établissement. Un projet comprenant un internat psychothérapique de séjour prolongé n'a pu voir le jour, du fait de difficultés soulevées par certaines administrations. Un hôpital de jour et des foyers familiaux psychothérapiques, encore à l'étude,

(1) Cf. *Revue de neuro-psychiatrie infantile*, août-septembre 1960. Numéro consacré à la journée d'étude sur les placements familiaux.

permettraient d'élargir l'application des mêmes méthodes à un éventail des solutions, nécessairement très variées.

Nous concluons en indiquant que nous avons pleinement conscience de ce que le fonctionnement du centre de Vitry peut paraître en dehors de la ligne habituelle : nous voulons dire qu'il se situe sur un plan différent de celui de l'équipement actuel dans son ensemble, privilège qu'il partage avec très peu d'établissements. Ce type de travail soulève des manifestations fréquentes d'incompréhension étant donnés les moyens employés (qui paraissent au contraire trop modestes à d'autres) par rapport aux besoins d'ensemble du pays. Mais des centres pilotes sont nécessaires, à la fois pour l'étude en profondeur de problèmes théoriques et pratiques, qui ne peuvent être qu'abordés superficiellement ailleurs, pour l'enseignement des spécialistes, et pour la diffusion des connaissances actuelles en psychiatrie infantile et sur les problèmes de l'inadaptation.

Il est clair que tous les établissements ne peuvent et ne doivent pas être de ce type. De même que pour beaucoup d'enfants suffit une seule consultation ou une surveillance externe à intervalles éloignés, de même que certains cas relèvent de cures ambulatoires, de même, parmi ceux qui nécessitent un placement en internat, les méthodes médico-pédagogiques appliquées actuellement dans nombre de bons établissements peuvent obtenir d'excellents résultats avec un personnel moins nombreux et moins qualifié. Mais on sait aussi que ces internats n'acceptent pas souvent (et c'est à bon escient car ils se savent non qualifiés pour le faire) de prendre en charge les cas sérieux ou graves. Une structure plus spécialisée, plus médicale, est nécessaire pour ceux-ci. L'expérience nous enseigne qu'ils sont dépistés de plus en plus fréquemment et que leur réadaptation définitive dépend des moyens dont on dispose : nous connaissons de mieux en mieux ceux qui s'avèrent efficaces.

RÉSUMÉ

L'auteur décrit l'organisation du Centre de Vitry et montre comment peu à peu ce centre a été amené à prendre en charge des enfants plus perturbés que ceux que l'on trouve habituellement dans les instituts médico-psychologiques.

L'accent est mis sur l'observation de la relation objectale intérieure, extériorisée et observable dans le comportement et dans son évolution.

Une gamme nuancée de méthodes psychothérapeutiques est destinée à favoriser cette évolution ; mais ces méthodes ne peuvent être efficaces que si les cadres de l'institut constituent une équipe homogène qui créera une atmosphère de sécurité dont le retentissement est si important pour l'évolution de la communauté des enfants.

Quel est le rôle dévolu à chacun dans l'équipe ? Quelle doit être la durée du séjour ? Ce sont là quelques-unes des questions auxquelles l'auteur répond en tirant les leçons de son expérience de directeur de ce centre.