



Pour citer cet article :

Mâle (Pierre), « Les rééducations et les psychothérapies conjuguées dans le cadre d'une guidance infantile », *Revue de neuropsychiatrie infantile et d'hygiène mentale de l'enfance*, n°5, mai 1971, p. 241-252.



LES REEDUCATIONS ET LES PSYCHOTHERAPIES CONJUGUEES DANS LE CADRE D'UNE GUIDANCE INFANTILE

(Hôpital Henri Rousselle) (*)

par P. MALE (**)

(Paris)

Les bases du problème

Nous voudrions aborder ici l'étude basée sur une clinique en évolution, des actions rééducatives et psychothérapeutiques conjuguées, que nous avons essayé d'établir progressivement, dans le cadre d'une expérience commencée en 1949 et poursuivie dans le Service de l'Hôpital Henri-Rousselle. Il s'agissait de mettre en application les développements très rapides de la psychiatrie de l'enfant.

En 1927 quand, avec le Docteur Gilbert ROBIN, nous ouvrimus une consultation de neuropsychiatrie infantile, cette discipline n'avait qu'un début d'existence, rassemblant des connaissances pédiatriques, endocrinologiques, neurologiques ou empruntées à la psychiatrie de l'adulte, véritable mosaïque mal cimentée. Mais déjà intervenaient la notion de mesure en psychologie (les tests) et surtout les études sur le développement de l'enfant notamment les travaux de WALLON et de PIAGET dont les vues remarquables ont permis de situer le montage progressif du comportement infantile, l'évolution des structures perceptivo-sensorielles et intellectuelles, ces aspects nouveaux tendant à s'écarter de la psychologie traditionnelle en mettant en valeur l'originalité du développement de l'enfant.

Cette recherche a contribué à situer autrement tous les problèmes de psychiatrie infantile. La psychiatrie de l'époque, en effet, se rattachait à des aspects mécanicistes, constitutionnalistes tels qu'ils apparaissent encore dans l'œuvre de DUPRÉ, DELMAS, etc. En fait, on distinguait classiquement de grands arriérés, en général de base organique, les déficits mentales du type Chaslin, les enfants caractériels et délinquants et les instables psycho-moteurs. La neurologie, pour sa part, paraissait seulement émerger des positions classiques de référence anatomo-clinique : séquelles encéphalopathiques, troubles méningés, comitialité. Elle commençait seulement à s'orienter vers un abord du développement et des difficultés fonctionnelles, inaugurées en grande partie, par les études sur la

(*) Communication présentée à la Réunion commune du Groupement Français d'Etudes de Neuropsychopathologie Infantile et de la Société de Psychiatrie de l'Est, Strasbourg, 30-31 mai 1970.

(**) Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, 75 - Paris 14.

débilité motrice. On sait, depuis, toute l'importance qu'ont pris ces problèmes d'organisation du mouvement dans le cadre de la maturation et de sa relation avec la Psyché. Les travaux notamment d'AJURIAGUERRA et de son école ont mis en valeur, d'une manière très subtile, tous les problèmes de dyspraxie, de latéralisation. On tentait ainsi de faire sortir la psychiatrie de l'enfant du cadre asilaire où elle se trouvait confinée. Mais c'est surtout au contact des découvertes freudiennes et de leur orientation, entre les deux guerres, que « l'enfant plat », décrit plutôt que compris, s'est, en quelque sorte étoffé, par une connaissance progressive de l'évolution de l'ensemble de la personnalité. Construite par le jeu des mouvements instinctifs évoluant dès le début de la vie, elle contient une histoire qui vient constamment s'exprimer dans le développement, non seulement du caractère, mais de la vie intellectuelle.

La notion d'inconscient, la notion de sexualité infantile sont à l'origine de cette attitude nouvelle. Cette psychiatrie, issue de la compréhension profonde du développement affectif, est celle qui est actuellement en jeu. Elle a rencontré des problèmes difficiles : celui de la névrose, celui des limites de la normalité, celui du sens du comportement, celui surtout des traitements. Elle est, d'ailleurs, d'application intuitive et demande un travail renouvelé dans chaque cas. En effet, notre appréciation clinique nous introduit dans un monde mouvant représentant une histoire vécue qui comprend l'évolution somatique dans son ensemble, les rythmes personnels, les difficultés et les crises du milieu familial et de l'environnement, les situations conflictuelles constamment remaniées dans leur étagement et sans cesse actualisées. Cela nous amène à une étude conjointe des phénomènes maturatifs et de l'activité constructive interrelationnelle.

Cependant, l'équipement, c'est-à-dire l'action des organisateurs sur la maturation même de l'individu, nous paraît conserver une importance considérable, quoi que, certes, différente de la conception classique de l'hérédité. Constamment dans l'œuvre analytique qui est dans l'ensemble centrée sur l'histoire complexe des relations d'objet structurant l'individu et de ses investissements, apparaît « dans la marge », la trace d'un facteur personnel, individuel, défini aussi bien par FREUD que par ses disciples, notamment Mélanie KLEIN, WINICOTT, etc. Il s'agit constamment, en effet, de la quantité des instincts, de la qualité et de la forme libidinale, de facteurs d'organisation du Moi qui, certes, se construit grâce à l'organisation même des défenses, mais par l'aménagement d'une potentialité, d'une originalité individuelle. Cependant, on conçoit facilement que cette apparente finalité est impossible à autonomiser et inséparable même de la relation. Nous pourrions dire qu'il s'agit là d'un héritage différencié constamment remis en jeu dès l'origine, « hérédité vécue », remaniée, reprise dans un cadre historique qui permet et nécessite de nouvelles structures. Les virtualités d'un sujet, son mode défini de croissance, ses disponibilités sont constamment mises à l'épreuve, ainsi d'ailleurs, que la force, la qualité, la quantité de ses pulsions instinctives. Ainsi s'établit une confrontation continue et difficile entre cette croissance et la relation vécue dans le cadre de la dyade mère-enfant, puis dans le jeu œdipien. Il s'agit donc d'une maturation constamment remaniée, remodelée et d'une discrimination difficile. Les rythmes endogènes, comme le rythme nyctéméral, le rythme alimentaire, l'organisation de l'espace ou du temps, aboutissent finalement à des aspects personnels qui sont continuellement remis en jeu par le milieu.

Une rencontre se fait continuellement entre les dispositions, les besoins, le rythme, la quantité et la qualité initiale des instincts, les formes d'éveil intellectuel, la résistance à la peur et le destin des relations objectales. On peut dire que dans l'ensemble, chaque difficulté de croissance et de maturation fait surgir des modèles relationnels qui s'installent peu à peu et sont comme la matrice, le point de départ de perturbations accessibles aux rééducations et aux traitements psychologiques.

Il faut donc se garder d'un sectarisme qui ferait tantôt un crédit étendu à la maturation neuro-psychologique isolée telle que certaines voudraient la voir dans les troubles du langage, par exemple, ou à l'inverse, considérerait toutes les relations avec le milieu, verbales ou motrices, comme une pure et simple création maternelle, faisant de l'enfant un protoplasme modelé et organisé par la mère.

Par exemple chez les sujets atteints de troubles du langage, de dyslexie, de dysorthographe, on retrouve, à côté de la sénestralité si fréquente ou d'une latéralisation perturbée, des composantes familiales analogues. Sur ce terrain, vont prédominer des troubles d'élocution, du langage écrit marquant l'atteinte temporo-spatiale. Les structures ainsi établies semblent devoir indiquer des rééducations classiques telles que les pratique l'école de M^{me} BOREL. Mais le problème se complique de l'investissement habituel de ces troubles, par des difficultés conflictuelles sans cesse présentes dans la relation avec le milieu ; d'où leur importance variable et leur curabilité inégale.

Les troubles instrumentaux engagent le développement et la lignée même, mais sont comme utilisés et maintenus par les tensions conflictuelles. Ces problèmes vont se présenter constamment devant nous au cours des rééducations et du mouvement psychopédagogique. Nous pouvons même dire que, souvent, dès le premier examen, le destin d'une rééducation est parfois apparent, soit que l'enfant semble assez libre de conflits, soit qu'il paraisse, au contraire extrêmement surchargé du point de vue névrotique. Nous voyons ainsi peu à peu une ligne de pronostics bien connus des rééducatrices formées du langage, lesquelles étudient dans un même mouvement, les problèmes techniques et instrumentaux et sur le plan relationnel, l'évolution du sens affectif des troubles.

Dans les difficultés motrices, mises en valeur depuis surtout les travaux de WALLON, repris et critiqués par AJURIAGUERRA, on ne peut nier les perturbations maturatives de l'organisation motrice, les troubles d'équilibration et de tonus qui sont la trame même de syndromes du type de l'instabilité psychomotrice associant des troubles de l'action et de la pensée. Le découpage typologique aboutissant à ces aspects hypertoniques en cuirasse ou à ces hypotonies labiles, semble dépendre dans une large mesure d'une orientation générale développant une structure. Mais la clinique nous montre constamment le sens d'attitudes d'inhibition ou excito-motrices de fuite en avant, avec une agitation diffuse, qui sont comme une forme de réponse à des perturbations instinctives suivant des voies de « facilitation ». Les dyspraxies notamment, sont tantôt d'orientation très neurologique, tantôt plus centrées sur des problèmes affectifs qui les mettent en valeur. Nous sommes là devant un champ d'action très vaste qui va de certaines atteintes neurologiques pouvant être l'objet de rééducation simple, jusqu'à des troubles de la maturation beaucoup moins différenciés et tout à fait dépendants des conflits vécus.

La résistivité du trouble à notre action, sa relation avec l'évolution intellectuelle et affective, sont constamment à réapprécier. Quoi qu'il en soit et dans toutes les rééducations, que ce soit celle du langage (retard, troubles de l'articulation, dyslexie), ou de la motricité, nous voyons que le bilan doit être constamment double pour établir un pronostic et pour préciser les modalités rééducatives et leur chance de succès. C'est ainsi que ce qui revient à la structure vécue, remaniée sans cesse, doit être confronté à ce qui est perturbé dans la relation actuelle et ancienne, avec le milieu. Nous voyons là s'ébaucher le sens des rééducations, leurs formes, leur conjugaison ou leur alternance entre elles ou avec l'action psychothérapeutique.

La guidance infantile : le déconditionnement

Ces problèmes nous amènent maintenant à envisager, dans la pratique, l'organisation d'une guidance infantile.

Tout d'abord, à la consultation, les troubles de l'enfant pourront être classés en plusieurs variétés que l'on pourrait définir, un peu artificiellement certes, mais de manière utile, de par leurs mécanismes et leur aspect, en troubles réactionnels, névroses, psychoses, difficultés instrumentales investies. Les troubles réactionnels représentent une sorte d'actualité vécue, une réponse de l'enfant aux perturbations de la famille, au père alcoolique, à la mère psychotique, obsessionnelle, abandonnique, aux frustrations et aux traumatismes que les parents suscitent ou parfois, à un milieu moins grossièrement touché, mais où domine la névrose. Dans ce cas, l'I.M.P. semblait jadis la solution désirable réalisant l'éloignement du milieu familial par l'action d'un nouveau cadre. Bien que l'I.M.P. et le centre d'observation conservent des indications certaines, le but de la construction d'un service de guidance infantile a été surtout d'essayer de sortir d'une position formelle pour obtenir en même temps que des possibilités rééducatives diverses, ce que nous pourrions appeler le « déconditionnement » qui maintient la relation maternelle elle-même. On sait l'importance qu'ont pris, proches de cette formule, des externats médico-pédagogiques ou des hôpitaux de jour, qui tendent à travers les actions conjuguées à respecter la trame familiale. Que pouvons-nous entendre par déconditionnement tel qu'on peut le comprendre dans le cadre de cette expérience ? Il s'agit là d'une attitude du milieu, permissive et vigilante à la fois, non sanctionniste, nouvelle pour l'enfant, qui au-delà des parents, ne connaît jusque là que les maîtres et les obligations du milieu. Le libéralisme, l'acceptation d'un certain nombre de conduites agressives ou actives de l'enfant à l'intérieur du groupe et dans le cadre d'une école à petit effectif, les oscillations vivaces de l'affectivité, dégagent peu à peu, certains aspects nouveaux d'autonomie. La personnalité de l'enfant semble sortir ainsi des automatismes de répétition et s'adapter à une novation, à un nouveau mode relationnel, abandonnant l'opposition et le refus. Sous l'action d'une équipe très entraînée, acceptant, en dehors de la rigidité pédagogique, la présence continue et mobile des troubles du comportement, tels qu'on les voit dans le refus scolaire.

Ce déconditionnement s'accompagnera de rééducations ou de psychothérapies in situ, sur lesquelles nous allons avoir l'occasion de revenir et surtout de contacts réguliers avec la famille et essentiellement avec la mère qui, dans

beaucoup de cas, présente un seuil d'accessibilité suffisant pour notre action. Nous avons donc là un maintien de la relation familiale, un contact avec les parents, la possibilité de poursuivre l'une ou l'autre forme de rééducation linguistique, motrice ou scolaire dans le cadre de l'école, associée ou non à une psychothérapie qui s'étend à la mère. Cette psychothérapie conjugquée n'est pas à proprement parler un traitement direct de celle-ci, mais une analyse de ses conduites vis-à-vis de l'enfant dans le cadre de sa vie familiale qu'elle doit être en quelque sorte à même de remanier. Un certain nombre de mères, cependant qui ont des perturbations importantes, peuvent être, dirigées vers une psychothérapie personnelle. Ainsi, dans ce cadre, outre l'organisation des conduites rééducatives ou psychothérapiques l'école à petit effectif permet de suivre individuellement les enfants dans un cadre de déconditionnement, de saisir leurs problèmes, le sens de leur refus scolaire et des désordres du comportement, et de s'attaquer à travers les rééducations à l'évolution de leurs difficultés. Notre but est donc essentiellement de faire non seulement du rattrapage et de la rééducation, mais de permettre à ces enfants de reprendre, en un ou deux ans, leur vie familiale et une scolarité normalisée par l'abord des situations conflictuelles peu à peu modifiées.

Langage et motricité

Avant de reprendre le problème de l'organisation conjugquée des rééducations et des psychothérapies, il faut essayer de les situer dans leur forme et leur technique. Nous rappelons ici que les rééducations du langage, de la dyslexie, de la dysorthographe et des troubles temporo-spatiaux dans leur ensemble doivent faire appel à une technique particulière précisée dans les méthodes d'enseignement de M^{me} BOREL par exemple. Tout ce que nous avons dit de l'intrication des facteurs nous permet de penser que les rééducatrices débordent, dans leur action, de loin le problème de l'application d'une simple technique. La relation va être constamment élaborée dans leur comportement avec l'enfant. Ce fut une des tâches du Service que de dépasser la technique pour entrer dans une compréhension souple des difficultés. Néanmoins pour certaines rééducatrices, les difficultés vécues par l'enfant dans le cadre de la relation familiale sont une contre-indication à la rééducation pratiquée, du moins, selon une formule précise.

Pour d'autres, au contraire, l'accès possible au trouble instrumental, est à mesurer par l'expérience vécue d'une relation qui peut durer quelques mois. Constamment un dialogue s'établit entre la rééducatrice, le médecin, l'équipe dans le but de dégager un bilan et d'obtenir un résultat à la fois symptomatique et global. Nous reprendrons ce problème à propos des synthèses. Laisser s'organiser la relation, utiliser constamment un « transfert » qui peut liquider, dans une certaine mesure, le refus, l'inhibition installée, qui entretiennent les difficultés d'apprentissage, doit être la tâche de la rééducatrice. On voit, en effet souvent après de grandes hésitations, un accès souvent difficile, les problèmes s'améliorer par l'aménagement de la relation. Souvent même lorsque l'enfant commence à évoluer favorablement notamment du point de vue de la dyslexie

ou de l'écriture, il développe d'une manière très précise, un véritable transfert vis-à-vis de la personne qui lui a permis de s'affirmer, d'érotiser la relation nouvelle avec l'objet culturel conquis et de pouvoir ainsi se comparer aux autres et sortir d'un sentiment d'infériorité considérable qui l'écrasait antérieurement. Cette psychothérapie incluse dans la rééducation est bien connue actuellement. Elle dépend beaucoup de la formation de la technicienne.

Cependant, dans un certain nombre de cas, nous devons reconnaître que pour des raisons personnelles (importance des investissements) ou familiales (conflit latent de la mère avec les rééducatrices) le problème se dégage mal et qu'il doit être vécu autrement d'une manière qui puisse remanier en profondeur le plan affectif. La « main passe », si l'on peut dire, de la rééducatrice au psychothérapeute. Mais dans un certain nombre de cas, comme celui de la guidance infantile, l'association se fait entre ces deux techniques qui se juxtaposent. Nous avons donc, en résumé, plusieurs types d'actions liées : l'une qui est la psychothérapie avant rééducation pour permettre celle-ci, l'autre, la forme conjuguée, la troisième enfin, l'action psychothérapeutique secondairement établie devant les hésitations ou les échecs de la rééducation. Toute cette imbrication va poser, d'ailleurs, d'autres problèmes sur lesquels nous reviendrons, notamment des problèmes de transferts multiples.

Pour ce qui est de la motricité dont nous avons déjà parlé, elle est souvent le complément de ces rééducations du langage et de la scolarité et devient une sorte d'instrument quasi pédagogique. Le langage est restauré, dans une certaine mesure, par une meilleure image du corps. C'est là une certaine forme psychothérapeutique de relation avec soi-même qu'utilise le rééducateur de la motricité par la relaxation et le rythme et par des actions individuelles et de groupe. On sait toute l'importance de ces formes de rééducation motrice dans les troubles de l'attention si importants dans le cadre scolaire. La possibilité d'émerger des inhibitions, la possibilité de concentrer une pensée flottante, peuvent être obtenues grâce au lien retrouvé et de ce fait, amener une présence scolaire toute nouvelle. Constamment, le pédagogue formé, pratiquant ce déconditionnement dont nous avons parlé comme le rééducateur du langage, demandera un appui à un rééducateur de la motricité.

Psychothérapies

Nous arrivons à un chapitre un peu particulier que nous avons déjà évoqué, c'est celui des psychothérapies centrées sur des problèmes de névrose mais aussi représentées parfois dans les troubles instrumentaux.

Il s'agit donc de situer la psychanalyse de l'enfant telle que nous pouvons l'envisager. En pratique habituelle de clientèle, nous sommes amenés à choisir un mode thérapeutique relativement isolé car la famille ne pourrait pas, pour des quantités de raisons, faire face à de multiples traitements. Donc nous pouvons là envisager, soit la rééducation motrice du langage, soit la psychothérapie, soit une nouvelle pédagogie. Dans le cadre de la guidance infantile, nous avons la possibilité d'unir en faisceau toutes les formules et l'enfant étant disponible, d'associer et de conjuguer nos actions rééducatives et psychothérapeutiques.

La psychothérapie nous paraît de ce fait une des pièces maîtresses du Service de Guidance Infantile.

C'est autour de la névrose infantile que pourront être posées des indications. Mais il est difficile parfois d'en saisir les limites, la forme, comme l'évolution ultérieure même vers la névrose de l'adulte. Quoiqu'il en soit, fixation et régression mettent en action des mécanismes de défense, qui normaux à une certaine époque de l'évolution, tels que les phobies ou les rituels, semblent s'organiser et se maintenir à la période de latence.

Cependant tout aspect régressif, toute attitude d'inhibition, toute formation caractérielle, toute émergence phobique, tout jeu obsessionnel, n'est pas névrose constituée.

Beaucoup de ces signes semblent conserver un aspect mouvant, voire adaptatif.

Le diagnostic de névrose convient essentiellement, pensons-nous à des aspects symptomatiques refermés ou organisés, à une symptomatologie constituée qui laisse transparaître une organisation assez profonde.

Il s'agit là, dès la consultation, appuyée par des examens complémentaires, psychologiques notamment, de saisir l'authenticité des troubles, l'angoisse qui nous est offerte, les inhibitions intellectuelles et scolaires, parfois les signes somatiques associés (tics, énurésie), et enfin, le problème qui justifie la conjugaison des cures, celui de l'investissement névrotique, notamment touchant les difficultés du langage.

Dans ces cas qui sont essentiellement ceux qui bénéficient de la guidance infantile et de l'école spécialisée, la vie affective de l'enfant a évolué sur « de fausses pistes ». Elle dépend encore des images du passé, de vieilles craintes, de vieilles peurs portées dans une actualité qui semble maintenir des mécanismes de défenses périmées.

Le glissement entre des troubles réactionnels à un milieu traumatique et la névrose, elle-même force constituée, est souvent difficile.

Les premiers cas relèvent d'I.M.P., parfois de rééducations ou d'actions psychothérapiques comprenant la mère lorsqu'elle est accessible.

Les cas d'orientation névrotique ou d'investissement sont ceux qui bénéficient de l'association des techniques pédagogiques, rééducatives et psychothérapiques.

Nous ne pouvons ici que situer le sens de ces psychothérapies de l'enfant dont une certaine technique a été peu à peu fixée dans ces vingt années de pratique.

Maintenant les règles fondamentales de neutralité, elles utilisent le jeu, le dessin ou le dialogue. Elles procèdent par interprétations qui mettent en valeur le transfert. Ces psychothérapies tendent à ramener à la surface, à ouvrir les évolutions œdipiennes, à travers un matériel ancien, qui doit être tantôt laissé de côté, tantôt au contraire interprété, lorsque le moment paraît favorable, mais peut-être d'une manière moins systématique que dans l'orientation kleinienne classique ; ceci en dehors des pré-psychozes et des psychozes qui évoquent et permettent l'accès au matériel profond.

Cette technique d'abord psychothérapique, dont nous avons l'impression qu'elle est adoptée dans bien des groupes de travail, s'étend comme nous l'avons vu, grâce à l'intervention d'un thérapeute différent qui s'occupe de la mère pour lui faire saisir les problèmes de son enfant, le sens de son agressivité et de ses troubles du caractère, ses propres réactions vis-à-vis de lui, du couple et ses problèmes anciens remontant à sa propre enfance.

Que vont devenir à travers ces actions multiples, les tensions transférentielles ? Dans beaucoup de cas s'établira un transfert dominant, soit sur le thérapeute, soit sur les rééducatrices. Mais l'enfant utilisera souvent cette relation pour maintenir des conduites de dérobade ou d'agressivité.

Dans d'autres cas, on a le sentiment que l'enfant évolue favorablement : la rééducation marche, la psychothérapie avance, la pédagogie est en bonne voie, le comportement familial modifié favorablement. Au contraire, parfois une sorte de dissociation s'établit. L'enfant semble évoluer d'un côté et se bloquer de l'autre. C'est là une difficulté, celle des orientations du transfert qui sont proposées ainsi dans le cadre du Centre. Néanmoins, les synthèses qui permettent d'aborder les difficultés que rencontre chacun des rééducateurs ou des rééducatrices et celles que le psychothérapeute aborde au cours de son traitement et aussi la relation du médecin qui suit la mère, permettent une continuelle confrontation.

Il est évident que dans bien des cas, l'enfant aura tendance à jouer avec les rééducatrices, car on le laisse s'exprimer librement au cours de la psychothérapie et à scolariser ladite psychothérapie. Néanmoins, ces actions conjuguées permettent une sorte d'ascension et de maturation qui doit être sans cesse réévaluée et mesurée. Si dans une rééducation isolée, une relation triangulaire s'opère, mère, rééducatrice, enfant, dans le cadre de la guidance infantile, une relation plus complexe, comme quadrangulaire s'établit qui comporte la mère, le thérapeute et le groupe comprenant les différentes personnes qui le constituent et qui sont elles-mêmes des objets de transfert. On voit donc que s'organise très subtilement la vie affective de l'enfant, laissant apparaître les points sur lesquels il faut porter notre action.

Personnalité et symptômes

Un problème qui paraît extrêmement important, c'est celui, à travers ces déconditionnements et ces traitements, d'obtenir plus une maturation de l'ensemble de la personnalité que l'amélioration de symptômes divers (tics, énurésie, troubles caractériels, troubles scolaires) qui paraissent, dans une certaine mesure secondaires et uniquement symptomatiques.

Faut-il adhérer entièrement à cette position ?

Nous pensons, pour notre part, que la disparition des symptômes, dans beaucoup de cas signifie une évolution favorable et non pas seulement un déplacement de l'angoisse. La disparition d'une énurésie, l'amélioration d'une dyslexie sont chargées de sens et mobilisent l'ensemble de la situation névrotique. Certes, les tics peuvent faire place lorsqu'ils servent de défense, à des traits caractériels révélant une fuite en avant. Cependant, dans beaucoup de

circonstances, le franchissement d'un obstacle, la fin d'un refus scolaire, la possibilité d'accès à la lecture par exemple, sont extrêmement importants à obtenir car ils sont vécus au cours d'une relation de transfert qui les authentifient. L'objet culturel ainsi atteint est un véritable point de départ, de même qu'une motricité retrouvée, permettant une meilleure utilisation du corps, est une source de satisfaction pouvant faciliter des adaptations ultérieures. Ne négligeons pas trop, comme on le fait, le symptôme sous le prétexte qu'il peut être escamoté, remplacé, dans le cadre d'une évolution névrotique ultérieure. C'est un des problèmes les plus difficiles que l'évaluation du sens de l'amélioration symptomatique chez l'enfant. D'autres part, toutes nos enquêtes à l'Hôpital Henri-Rouselle, nous ont montré que la méconnaissance du symptôme et parfois des rééducations, notamment en ce qui concerne l'activité verbale ou le calcul, au profit d'un simple essai de maturation affective, laisse « un temps manqué » subsister sans réparation. Le langage intérieur, la pensée linguo-spéculative perturbée, si elle n'a pas été reprise assez précocément, risque de laisser une difficulté pour l'avenir, qui inhibera un certain nombre d'activités intellectuelles. De ce fait, les acquêts revalorisent les structures et doivent être obtenus précocément et dans un cadre précis. Le succès pédagogique doit être tout de même atteint, bien qu'il ne soit pas tout.

Aspects d'organisation d'un Service de Guidance

Nous voudrions terminer cet exposé en évoquant quelques aspects de l'organisation même du Service de Guidance Infantile.

Nous avons notamment essayé, pour répondre au problème de l'oscillation transférentielle que suscitent des actions conjuguées, d'aménager séparément, aussi bien dans l'organisation des horaires que des locaux employés, la relation psychothérapique de manière à préserver son autonomie par rapport aux activités pédagogiques et rééducatives.

De plus, les supervisions et les contrôles offerts dans le service, nous permettent de disposer d'un certain nombre de thérapeutes, ce qui permet de résoudre les problèmes posés souvent par la compétition des enfants à l'égard d'un même médecin.

D'autre part les synthèses permettent d'évaluer l'évolution dans son ensemble et de peser en commun l'action au niveau de chacun des postes (motricités, langage, pédagogie).

Il en sort parfois un aspect uniforme homogène. Parfois des contradictions apparaissent entre le comportement à l'école, à la maison, à l'égard des rééducatrices.

Parfois, la participation du psychothérapeute à la synthèse paraît importante pour situer l'état d'une cure avant décision, mais nous insistons sur l'autonomie relative de son traitement qui doit être préservée.

En résumé, un dialogue est toujours ouvert dans le service en-dehors même des synthèses et dans le cadre des échanges entre les divers éléments de l'équipe d'Henri-Rouselle, équipe qui est arrivée à une certaine unité et à une vue homogène des problèmes de l'enfant.

De plus, contrairement à ce qui se passe dans certains internats, les médecins, les psychologues, les éducateurs ont des activités « au-dehors », ne travaillant pas à plein temps, et peuvent apporter de ce fait, une autre expérience et un certain renouvellement qui permet d'enrichir le travail d'équipe.

En résumé, la guidance infantile est un centre d'activités, d'actions pédagogiques, rééducatives et psychothérapiques. Mais la plaque tournante reste la consultation, qui n'est pas ouverte uniquement sur la guidance, mais aussi sur l'orientation d'un grand nombre d'enfants, soit vers les I.M.P., soit vers les Centres d'Observation pour une période transitoire, soit vers une rééducation isolée, une psychothérapie particulière, maintenant le contact avec la famille et n'interrompant pas les activités scolaires.

Une activité médico-psychologique importante s'organise donc en dehors du centre d'action. Elle permet la post-cure des enfants suivis et cette post-cure nous a amené évidemment à envisager la construction d'un volet nouveau : *la cure des adolescents*.

Un centre d'examen et de psychothérapie externe de l'adolescent, très distinct par conséquent de l'hôpital de jour, s'est établi. Nous avons pu, depuis plus de vingt ans, y établir les bases d'une psychothérapie pubertaire et juvénile qui évoque une nosographie elle-même en mouvement.

Nos enquêtes, sur le destin de ces cures, nous ont permis de constater que dans ce que nous avons été amenés à appeler les névroses d'échec et d'inhibition liées bien souvent à des conflits du style œdipien, de la deuxième enfance, les résultats étaient tout à fait remarquables : 80 % d'amélioration.

Au contraire dans les névroses de caractère et les déséquilibres psychiques, l'action s'ensablait souvent, était difficile à poursuivre et n'amenait guère que 30 % de résultats vraiment favorables.

Mais dans presque tous ces cas de troubles sérieux de l'adolescence avec échec thérapeutique relatif, nous avons été amenés à reconnaître des perturbations importantes du début de la vie, semblant liées à la rencontre d'un équipement perturbé et d'une relation maternelle mauvaise.

Ces modèles anciens reparaissent à l'adolescence souvent après une certaine latence dans la seconde enfance lorsque s'opère une nouvelle individuation.

L'échec relatif des cures de déséquilibre sévère de l'adolescent, période pourtant très accessible, par sa mouvance, à l'action thérapeutique, nous a renvoyé par conséquent à un *essai d'organisation prophylactique de la psychothérapie du premier âge*. Elle est un autre volet de l'activité du Service annexé à la guidance. Cette psychothérapie, en liaison avec la pédiatrie, pratiquée à l'occasion de troubles de l'appétit, du sommeil, du schéma corporel, a ses techniques spéciales que nous nous proposons de décrire avec M^{me} Doumic et l'équipe d'Henri-Rousselle. Le jeu avec les objets familiers, « la réparation », la mère étant présente à la séance et jugeant de ses propres difficultés, amène souvent des résultats remarquables.

Nous ne pouvons insister outre mesure sur ces traitements d'avenir, qui contiennent à notre avis, la clé d'une prophylaxie de beaucoup de troubles ultérieurs.

En résumé, nous voyons qu'autour de cette guidance, s'établissent peu à peu des constructions cliniques qui permettent de la prolonger et de l'étayer.

La plaque tournante reste cependant la consultation qui permet d'établir un dialogue continu et un enseignement transmis.

D'autre part, profitant des nombreuses perspectives offertes par un service de cet ordre, des petits groupes de recherches entreprennent de définir, de préciser des techniques psychothérapeutiques, rééducatives et pédagogiques et de les faire sortir de la seule intuition.

RESUME

Le Service de Guidance Infantile de l'Hôpital Henri Rousselle tel que nous avons essayé de le construire en équipe depuis 1949, répond à deux indications principales : maintenir le contact avec le milieu familial et la mère, en évitant ainsi la rupture créée par le placement en I.M.P., et permettre, dans le cadre d'un déconditionnement, des rééducations conjuguées du langage, de la motricité associées à l'action psychothérapeutique. Le centre du Service est une école spécialisée.

Nous avons surtout retenu des cas de névrose

ou de pré-psychose infantile à niveau intellectuellement normal et présentant le plus souvent des troubles scolaires et des troubles instrumentaux.

D'autre part, peu à peu, s'est développé dans le cadre de la postcure, un centre de traitements et de psychothérapies de l'adolescence. Enfin, depuis quelques années, un groupe de psychothérapies du premier âge dont l'importance prophylactique nous a paru capitale, a été établi comme élément associé à la guidance.

CONJUNCTION OF RE-EDUCATION AND PSYCHOTHERAPY IN CHILD GUIDANCE

Since 1949 the Department of Child Guidance in the Henri-Rousselle Hospital has been organized on lines dictated by two aims, viz. maintenance of contact with the family environment and particularly the mother in order to avoid the emotional upset resulting from admission to a child guidance unit, and efforts to ensure — in the context of deconditioning — the correlation of verbal and motor reeducation with psychotherapy. The child guidance unit is a specialized school.

Efforts are focussed particularly on cases of

neurosis and the prepsychotic syndrome in childhood, which do not affect intelligence and usually involve scholastic and instrumental disturbances.

On the other hand, in the context of after-care a center for the treatment and psychotherapy of adolescents has gradually developed. Another aspect associated with this type of guidance in recent years has been the creation of a child psychotherapy team, the work of which is considered to be of great importance in prevention.

GEKOPPELTE REEDUKATION UND PSYCHOTHERAPIE IM RAHMEN EINER KINDERBETREUNGSSTELLE

Die Kinderbetreuungsstelle am Krankenhaus Henri-Rousselle, wie wir sie als Gemeinschaftsarbeit seit 1949 aufzubauen bestrebt waren, erfüllt zwei wichtige Aufgaben : Aufrechterhaltung der Verbindung mit dem familiären Milieu und der Mutter, sodass die Ruptur durch Verbringung in das medizinisch-pädagogische Institut vermieden wird, und, im Rahmen einer Dekonditionierung, Ermöglichung einer gekoppelten Reeducation von Sprache und Bewegungsabläufen durch psychotherapeutisches Einwirken.

Wir befassten uns vor allem mit Fällen von

kindlicher Neurose und Präpsychose bei normalem Intelligenzniveau, die meistens Schulschwierigkeiten und instrumentelle Störungen aufwiesen.

Überdies entwickelte sich nach und nach im Rahmen der Nachkur ein Behandlungs- und Psychotherapiezentrum für Jugendliche. Schliesslich wurde vor einigen Jahren eine Gruppe für Psychotherapie des Kleinstkindesalters, deren prophylaktische Bedeutung uns besonders wichtig schien, als zusätzliches Element bei der Betreuungsstelle eingerichtet.

LAS REEDUCACIONES Y LAS SICOTERAPIAS CONJUGADAS EN EL CUADRO DE UNA GUIA INFANTIL

El servicio de Guidance Infantil del Hospital Henri-Rousselle tal cual han intestado sus autores construirlo en equipo desde 1949, responde a dos indicaciones principales: mantener el contacto con el medio familiar y la madre, evitando así la ruptura creada por el colocación en un Instituto médico-pedagógico, y permitir en el cuadro de un descondicionamiento, reeducaciones conjugadas del lenguaje, de la motricidad con la acción sicoterápica. El centro del servicio es una escuela especializada.

Los autores han retenido, sobre todo, casos

de neurosis o de presicosis infantil a nivel intelectualmente normal y que presentaban, lo más a menudo, trastornos escolares y trastornos instrumentales.

Por otro lado, poco a poco, se ha desarrollado en el cuadro de la post-cura, un centro de tratamientos y de sicoterapias de la adolescencia. Por fin, desde hace algunos años, un grupo de sicoterapias de la primera edad cuya importancia profiláctica pareció capital a los autores, ha sido establecido como elemento asociado a la guía infantil.