

**Les Publications du C.T.N.E.R.H.I.**

CENTRE TECHNIQUE NATIONAL  
D'ETUDES ET DE RECHERCHES SUR LES HANDICAPS ET LES INADAPTATIONS  
27, QUAI DE LA TOURNELLE 75005 PARIS

**RETARDS ET PERTURBATIONS  
PSYCHOLOGIQUES CHEZ L'ENFANT.  
FACTEURS ET CONDITIONS D'APPARITION,  
MODALITES EVOLUTIVES,  
REPERAGE ET PRISE EN CHARGE.**

Roger PERRON

Roger MISÈS



## S O M M A I R E

	Page
- AVANT PROPOS : par Madame le Docteur Elisabeth ZUCMAN	I
- PREMIERE PARTIE : LE PROBLEME DES EVOLUTIONS DEFICITAIRES	1
CHAPITRE I : LES INSUFFISANCES INTELLECTUELLES : MODES D'APPROCHE DU PROBLEME	3
CHAPITRE II : ELEMENTS POUR UNE APPROCHE MULTI- FACTORIELLE	15
A - <u>L'APPORT DES DIVERS COURANTS DE RECHERCHE</u>	15
B - <u>L'APPROCHE MULTI-FACTORIELLE</u>	18
C - <u>PROBLEMES INSTITUTIONNELS</u>	21
CHAPITRE III : DELIMITATION DE LA RECHERCHE	23
A - <u>PRINCIPES GENERAUX</u>	23
B - <u>DELIMITATION EN FONCTION DES PHASES EVOLUTIVES</u>	25
C - <u>DELIMITATION EN FONCTION DES CADRAGES SOCIAUX             ET INSTITUTIONNELS</u>	27
D - <u>CHOIX METHODOLOGIQUES</u>	28
- DEUXIEME PARTIE : LES AIGUILLAGES INITIAUX	33
CHAPITRE IV : LA MISE EN PLACE DE LA RECHERCHE	35
A - <u>ENVIRONNEMENT ET DEVELOPPEMENT PSYCHOLOGIQUE</u>	35
B - <u>LA CREATION D'UNE EQUIPE DE RECHERCHE DANS             LE CADRE DE CONSULTATIONS DE LA PROTECTION             MATERNELLE ET INFANTILE</u>	40
C - <u>METHODOLOGIE</u>	44
1 - Les données de base	44
2 - L'épreuve du vocabulaire	47
3 - L'épreuve non verbale d'activités catégorielles et pré-catégorielles	48

CHAPITRE V : ETUDE DESCRIPTIVE DE L'ECHANTILLON	51
1 - <u>Le sexe et l'âge</u>	51
2 - <u>Répartition par origines nationales</u>	52
3 - <u>Lieu de naissance</u>	53
4 - <u>Bilinguisme</u>	54
5 - <u>Niveau socio-professionnel des parents</u>	54
6 - <u>Conditions de logement</u>	60
7 - <u>La fratrie</u>	61
8 - <u>Age de la première scolarisation en école           maternelle</u>	62
9 - <u>Stabilité du couple parental</u>	64
10 - <u>Modes de garde de l'enfant</u>	64
CHAPITRE VI : LA "COMPETENCE LINGUISTIQUE" ET LES FACTEURS D'ENVIRONNEMENT, ETUDE TRANSVERSALE	69
1 - <u>ORIGINE NATIONALE</u>	69
2 - <u>LIEU DE NAISSANCE</u>	74
3 - <u>BILINGUISME</u>	75
4 - <u>NIVEAU SOCIO-PROFESSIONNEL DE LA FAMILLE</u>	77
5 - <u>CONDITIONS DE LOGEMENT</u>	79
6 - <u>LA FRATRIE</u>	79
7 - <u>L'AGE DE LA PREMIERE SCOLARISATION</u>	82
8 - <u>LA STABILITE DU COUPLE PARENTAL</u>	84
9 - <u>LES MODES DE GARDE</u>	85
CHAPITRE VII : LA "COMPETENCE LINGUISTIQUE" ET LES FACTEURS D'ENVIRONNEMENT, ETUDE LONGITUDINALE	95
1 - <u>ORIGINE NATIONALE</u>	97
2 - <u>LE NIVEAU PROFESSIONNEL DES PARENTS ET LE LOGEMENT</u>	99
3 - <u>BILINGUISME</u>	100



4 - <u>AGE D'ENTREE A L'ECOLE MATERNELLE</u>	105
5 - <u>LES MODES DE GARDE</u>	105
CHAPITRE VIII : LANGAGE ET INTELLIGENCE NON VERBALE	113
CHAPITRE IX : ECHEC ET FILIERES SCOLAIRES	131
A - <u>L'ECHEC SCOLAIRE</u>	131
B - <u>OBJECTIFS ET METHODES DE CE TRAVAIL</u>	135
C - <u>LES CONSTATS ESSENTIELS</u>	137
D - <u>CONCLUSIONS</u>	143
CHAPITRE X : LES DESTINS DE L'ECHEC SCOLAIRE ET DES DEFICIENCES LEGERES	145
A - <u>RESUME ET DISCUSSION DES PRINCIPALES CONCLUSIONS</u>	145
B - <u>SUR LA COOPERATION NECESSAIRE ENTRE LE SYSTEME SCOLAIRE ET LES EQUIPES DE SANTE MENTALE</u>	151
- TROISIEME PARTIE : LES EVOLUTIONS DEFICITAIRES PRISES DANS LE CADRE DE STRUCTURES PSYCHOPATHOLOGIQUES GRAVES	157
CHAPITRE XI : OBJECTIFS DE LA RECHERCHE	159
A - <u>LA FONDATION VALLEE</u>	160
B - <u>OBJECTIFS DE LA RECHERCHE</u>	164
CHAPITRE XII : ENQUETE SUR LA POPULATION DES ENFANTS ET ADOLESCENTS PRIS EN CHARGE A LA FONDATION VALLEE	167
A - <u>METHODOLOGIE</u>	167
1 - <u>Le processus de mise au point de la fiche d'observation</u>	167
2 - <u>La fiche d'observation</u>	168
3 - <u>Dépouillement de l'enquête</u>	173
B - <u>ETUDE DESCRIPTIVE DE L'ECHANTILLON</u>	174
1 - <u>La famille et son contexte social</u>	174
2 - <u>Les filières suivies avant la prise en charge</u>	178

3 - <u>Les diagnostics</u>	180
4 - <u>L'adaptation à la vie institutionnelle</u>	184
5 - <u>Les actions éducatives et thérapeutiques</u>	188
C - <u>CONCLUSIONS DE L'ENQUETE</u>	190
CHAPITRE XIII : A PROPOS DES FAMILLES D'ENFANTS PSYCHOTIQUES PRIS EN CHARGE A LA FONDATION VALLEE	193
A - <u>LE MILIEU SOCIAL</u>	194
B - <u>LA CONSTELLATION FAMILIALE</u>	195
C - <u>LA SENSIBILISATION DES PARENTS AUX TROUBLES DE       LEUR ENFANT</u>	198
D - <u>LA TRIANGULATION FAMILLE / FONDATION VALLEE / ENFANT</u>	200
a) <u>L'angoisse égocentrique</u>	201
b) <u>L'angoisse centrée sur l'enfant</u>	202
E - <u>CONCLUSIONS SUR CETTE ENQUETE</u>	203
F - <u>LES RELATIONS AVEC LES FAMILLES</u>	205
CHAPITRE XIV : CONCLUSIONS. LA CURE EN INSTITUTION	209
A - <u>RESUME ET DISCUSSION DES DONNEES DE L'ENQUETE :       LE DEVENIR DES STRUCTURES DE PSYCHOSES DEFICITAIRES</u>	209
B - <u>LA CURE EN INSTITUTION</u>	217
- QUATRIEME PARTIE :	233
CHAPITRE XV : CONCLUSIONS GENERALES	235
APPENDICES	245
APPENDICE I : LE TEST DE VOCABULAIRE SUR IMAGE	247
APPENDICE II : LE TEST FORMES - COULEURS - DIMENSIONS	250
APPENDICE III : AGES ET QUOTIENTS D'AGE	262
TABLE DES TABLEAUX ET FIGURES	267
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	271

## A V A N T P R O P O S

### PRESENTATION DES PRINCIPAUX RESULTATS DE LA RECHERCHE

*Docteur Elisabeth ZUCMAN*

*Cette recherche, financée par le C.T.N.E.R.H.I. en avril 1980 pour une durée de trois ans, s'intitulait primitivement : "Les modes de repérage et de prise en charge des enfants déficients mentaux : leur influence sur les processus évolutifs et sur l'intégration sociale".*

*Ce rapport final, publié au C.T.N.E.R.H.I., marque une étape inscrite dans le cadre d'une recherche au long cours, réalisée par des équipes pluridisciplinaires et pluri-appartenantes, coordonnées et placées sous la double responsabilité scientifique des Professeurs R. PERRON et R. MISES.*

*En simplifiant, rappelons pour mémoire que le projet proposé en 1980 succédait à une recherche réalisée de 1976 à 1979 dans le cadre d'une A.T.P. de l'I.N.S.E.R.M., et que l'étape financée en partie par le C.T.N.E.R.H.I. sera suivie, espérons le, de prolongements, concrétisés par la fondation en 1983 du Groupe d'Etude et de Recherche Multidisciplinaire sur l'Enfance (G.E.R.M.E.).*

*La présente étude s'est déroulée selon le calendrier prévu au contrat (avril 1980-juillet 1983) et a donné lieu à trois travaux intermédiaires : les rapports de situation d'octobre 1980 à octobre 1982, et un rapport intermédiaire en octobre 1981. Ces trois écrits faisant état des rajustements successifs que la réalité des terrains et des moyens financiers et humains impose par rapport aux objectifs premiers d'une recherche et à ses champs d'investigation souhaitables.*

\*

\*        \*

Les principaux résultats sont exposés en deux parties distinctes :

- la première, sous le titre "Les aiguillages initiaux", concerne trois sous-populations d'enfants observés dans leur milieu naturel (P.M.I., école) et en risque de "handicap" ;
- la seconde, intitulée "Les évolutions déficitaires prises dans le cadre de structures psychopathologiques graves", concerne la quasi totalité de la population d'enfants et d'adolescents présents en 1980 dans les services de la Fondation Vallée.

Ces deux grandes parties sont précédées, suivies, accompagnées aussi, d'une réflexion théorique et critique sur "Les retards et perturbations psychologiques chez l'enfant" désignées dans le titre primitif par le terme de "déficience mentale".

#### **A / "LES AIGUILLAGES INITIAUX" :**

Sur les sept études annoncées et entreprises au cours de cette période, quatre donnent lieu à présentation de résultats dans ce rapport.

##### **1. L'étude transversale de la compétence linguistique de jeunes enfants suivis en consultation de Protection Maternelle et Infantile (P.M.I.):**

Cette étude porte sur 2.000 enfants âgés de 18 mois à 8 ans (50 % sont âgés de 3 à 4 ans), suivis dans quatre des consultations de P.M.I. du Val-de-Marne. Il s'agit de l'ensemble de cette population, et non, comme il avait été envisagé au départ, des seuls enfants "donnant lieu à inquiétude", ces inquiétudes étant trop floues et sujettes à caution pour fonder un échantillon de population.

Chaque cas a été décrit sur une fiche standardisée répertoriant : le sexe, la nationalité, le lieu de naissance, les modes de garde, le logement, la fratrie, l'activité professionnelle et la qualification des parents (C.S.P.), l'âge d'entrée à la maternelle, le bilinguisme.

### *Description succincte de l'échantillon :*

- Sexe : réparti également.
- Nationalité : 50 % d'immigrés.
- Lieu de naissance : plus de 80 % nés en France.
- Mode de garde :
  - . 72 % sont élevés par leurs mères,
  - . 10 % en crèche,
  - . 15 % en nourrice,
  - . 1 % en placement instable.
- Logement : moins de 2 % de logements insalubres.
- Fratrie : plus élevée que la moyenne nationale :  
2,77 dans l'ensemble  
4 pour les maghrébins.
- Travail des parents :
  - . moins de 10 % de cadres moyens et professions libérales,
  - . les mères maghrébines ne travaillent pas, 95 % d'entre elles élèvent elles-mêmes leurs enfants.
- Age d'entrée en maternelle : 40 % des enfants y entrent avant 2 ans et 9 mois.
- Bilinguisme : 80 à 90 % des immigrés sont bilingues.

### *A une analyse plus fine des groupes sociaux :*

- Les français d'outre-mer (7,7 %) se trouvent en position d'immigration, mais favorable.
- Les maghrébins (26 %) sont les plus défavorisés conjuguant tous les facteurs de risques environnementaux (bilinguisme, logement restreint, famille nombreuse, C.S.P. non qualifiée, mère confinée au foyer avec les enfants).
- Les européens du sud (12,5 %) sont en position intermédiaire.

*La compétence linguistique des 2.000 enfants a été appréciée au moins une fois par une adaptation de l'épreuve de vocabulaire sur images empruntée aux E.D.E.I. de Roger PERRON et Michèle BORELLI.*

*La confrontation des performances linguistiques avec les différentes variables d'environnement confirme un certain nombre de données connues :*

- . Le retard de langage est par définition inexistant chez les enfants français ; il passe d'un "retard" de 2 mois à l'âge de 2 ans à une "avance" de 2 mois  $\frac{1}{2}$  à 4 ans. Par contre, il est considérable chez les enfants d'outre-mer (retard de 6 mois à l'âge de 3 ans) et d'immigrés (retard de 8 mois chez les maghrébins, retard de 13 mois chez les européens du sud). Mais surtout chez l'enfant d'immigré, on le retrouve inchangé, voire aggravé à 4 et 6 ans (l'étude longitudinale confirme que chez un même enfant, il n'y a pas de rattrapage en dépit de la scolarisation précoce et maternelle).
- . Les garçons sont un peu plus sensibles aux conditions d'environnement défavorables, ainsi bien entendu que les jumeaux. Les premiers nés parlent mieux, la dimension de la fratrie aggravant le retard.

Les éléments originaux de l'étude sont les suivants :

- . L'immigration, avec le bilinguisme y afférent, est un facteur défavorisant, prévalant, nuancé d'ailleurs en fonction des différentes origines.
- . Cependant un autre facteur, partiellement lié au premier, s'avère tout aussi important et concerne les mères. Dans cette étude, il se présente sous la forme de la variable "élevé par la mère". Le retard de langage est plus important chez l'enfant, français ou immigré, élevé par sa mère ; il est moindre lorsque les deux parents travaillent, lorsque l'enfant est élevé en crèche, ou même en nourrice.

Les auteurs, à juste titre, attirent l'attention sur la liaison qui existe entre le confinement de la mère à la maison avec son enfant et tous les autres critères sociaux défavorables (logement, C.S.P.). Ils appellent à considérer avec prudence et à approfondir ce premier résultat paradoxal.

On ne peut que regretter sur ce sujet l'absence de données plus fines sur ces mères et leurs échanges non verbaux avec l'enfant. Une thèse avait été entreprise au cours de la recherche sur l'investissement maternel du langage et laissa espérer un apport complémentaire indispensable. Le projet était d'étudier dans la population P.M.I., 80 couples mère-enfant, distingués en quatre sous-groupes qui combinent deux variables indépendantes, selon que la mère est ou non un "bon modèle linguistique pour l'enfant", et selon que la

relation mère-enfant est "affectivement bonne ou mauvaise" ; la variable dépendante est la qualité du langage de l'enfant (il s'agit d'enfants de 3 à 5 ans).

## **2. L'étude longitudinale de la compétence linguistique :**

Elle confirme l'évolution du retard linguistique pressentie dans l'étude transversale, grâce au retest deux, trois et quatre fois de la moitié, du quart et du huitième de la population sans, semble-t-il, effet de tri (extraction au hasard et stabilité de la population) et sans effet de retest trop important.

Cette partie de l'étude confirme la stabilité des performances chez l'enfant français, alors que le retard persiste ou ne se répare que partiellement chez les immigrés. Le bilinguisme, les catégories socio-professionnelles non qualifiées conservent une liaison inchangée avec le retard linguistique ; la scolarisation précoce reste sans effet.

Le décalage linguistique entre les enfants gardés par leur mère, en nourrice et en crèche, persiste inchangé entre 3 et 6 ans, sans qu'on puisse invoquer là encore de lien de causalité directe.

Dans l'ensemble, l'étude longitudinale confirme, en ce qui concerne le développement linguistique, que les facteurs sociaux exercent une pesée considérable et précoce, que la scolarisation en maternelle ne rééquilibre pas.

## **3. Langage et intelligence non verbale :**

Devant le risque d'assimiler retard linguistique et retard mental, et devant le poids considérable des facteurs sociaux, il était indispensable de passer une composante non verbale de l'efficience intellectuelle du jeune enfant aux cribles des mêmes facteurs d'environnement. Le test "Forme Couleur Dimension" (F.C.D.) permet de mesurer une capacité de logique précatégorielle chez l'enfant à partir de l'âge de 2 ans. Ce test a été appliqué à 472 enfants de l'échantillon d'enfants suivis en P.M.I., - français métropolitains et

*immigrés, - partagés en trois sous-groupes d'âge. Les résultats ont été comparés à ceux du test linguistique et permettent de faire une constatation fondamentale :*

*Alors que français métropolitains et immigrés divergent, comme on l'a déjà dit, complètement par leurs performances linguistiques, ils sont les uns et les autres dans la norme de leur âge en ce qui concerne leur capacité d'efficacité logique.*

*Ceci permet d'affirmer que le désavantage des enfants d'immigrés concerne uniquement l'acquisition de la langue française et non leurs capacités intellectuelles.*

*La passation du test F.C.D. chez les 472 enfants n'a révélé aucun cas de retard mental grave de type psychopathologique.*

*L'analyse plus fine en fonction des différentes variables d'environnement est intéressante :*

*. Analysées en fonction de la C.S.P. des parents, les performances catégorielles des enfants français sont plus dispersées au test F.C.D. que leurs performances linguistiques, plus rassemblées autour de la norme (ceci amène à souhaiter une poursuite de la recherche sur ce groupe qui n'est homogène qu'en apparence). Par contre, les performances logiques des enfants d'immigrés ne sont pas influencées par la variable "C.S.P." de leurs parents. Les auteurs suggèrent que la différence peut tenir à l'usage ou au non-usage précoce des jeux éducatifs. Peut-être l'explication est-elle à rechercher dans une hiérarchisation des facteurs et dans la mise en oeuvre de variables plus fines d'environnement que la C.S.P. qui conjugue des facteurs économiques et des niveaux d'éducation par exemple (cf. la recherche DAVIDSON-CHOQUET (1) sur le suivi longitudinal des jeunes enfants du 14<sup>e</sup> arrondissement).*

---

(1) DAVIDSON (F.), CHOQUET (M.) : "Apport de l'épidémiologie à la prévention médico-sociale précoce". In *Enfance*, n° spécial 4-5, 1980, pp. 237-239 (Congrès international de psychologie de l'enfant, Paris, 1979).



- . L'étendue de la fratrie a les mêmes effets minorant sur le vocabulaire et les capacités catégorielles.
- . La scolarisation précoce influence un peu la logique (avance de 2 à 3 mois), alors qu'elle restait sans effet sur le développement du langage. (Mais on peut se demander si les classes d'âge choisies - avant 2 ans 9 mois, après 3 ans 3 mois - n'étaient pas un peu étroites pour tester l'impact de l'âge d'entrée en maternelle).
- . Le mode de garde est discriminant sur les capacités catégorielles, comme il l'était pour le langage. Les enfants restés auprès de leur mère avant l'entrée en maternelle sont en retard au test F.C.D., quelle que soit leur origine, alors que l'élevage en crèche donne une avance de 6 mois aux enfants français, de 10 mois aux enfants d'immigrés. A noter le retard important du petit groupe des enfants d'outre-mer élevés en nourrice.

Dans l'ensemble donc, l'usage d'un test logique semble plus discriminant que l'épreuve de langage ; il fait apparaître l'égalité du potentiel intellectuel des jeunes enfants quelle que soit leur origine ethnique, mais confirme que les modes de garde exercent une discrimination dont d'autres recherches devront démêler si l'effet de la variable observé tient à ses propres déterminants psychosociaux en amont ou à des répercussions directes sur le développement de l'enfant. (Les résultats de la recherche DAVIDSON-CHOQUET apportent un éclairage utile à la discussion).

#### **4. Echecs et filières scolaires :**

Les 150 dossiers des enfants examinés dans deux Commissions de Circonscription Primaire de l'Education (C.C.P.E.) du Val-de-Marne au cours d'une même année scolaire, constituent la deuxième population étudiée en milieu normal, au moment où se concrétise le risque d'exclusion.

Les dossiers constitués en C.C.P.E. rassemblent des données pédagogiques, médicales et sociales d'une qualité reconnue comme "assez riche" par l'équipe de recherche. Ces renseignements ont été transcrits sur une fiche standardisée sous dix rubriques destinées à éclairer la problématique : Quelle scolarité primaire est possible pour ces enfants chez lesquels on vient de

constater (en préscolaire) la fréquence et la gravité des troubles du langage ? Comment fonctionnent le dépistage, l'orientation, la prise en charge de leurs difficultés à l'intérieur même du système scolaire ?

Bien que la véritable étude longitudinale qui avait été souhaitée n'ait pas pu aboutir - qui aurait fait le lien catamnestique entre l'échec scolaire à 8-10 ans et les performances verbales et logiques constatées entre 3 et 6 ans en P.M.I. ? - , les constats réalisés ont un certain intérêt :

La prévalence des garçons en situation d'échec scolaire signalé se confirme : 100 garçons/150 dossiers.

Par ailleurs, l'analyse porte sur deux groupes d'âge distincts :

- a) un groupe de 104 enfants âgés de 6 à 13 ans (âge médian : 8 ans 9 mois), dont 94 sont en classe normale, et pour lesquels se pose parfois la question d'une orientation en classe de perfectionnement ;
- b) un groupe de 46 enfants âgés de 11 à 13 ans dont 29 étaient en perfectionnement et pour lesquels la C.C.P.E. examine la question de leur passage en S.E.S.

Pour les uns comme pour les autres, la notion de déficience mentale n'est guère évoquée dans ces dossiers C.C.P.E. ; mais du point de vue psychométrique, il est incontestable qu'une proportion non négligeable de ces enfants tombe dans la zone classiquement considérée comme celle de la déficience mentale. Mais les renseignements psychométriques sont très lacunaires : un WISC n'a été pratiqué que 41 fois et on ne dispose que du quotient global (Q.I. : 74 en moyenne), alors que le décalage entre performances et langage aurait été plus significatif, dans le cadre qui nous occupe, que le quotient global. En l'état, ces renseignements partiels ne sont pas d'une grande utilité, si ce n'est pour démontrer que le regard porté par les équipes scolaires et de C.C.P.E. sur l'enfant en échec a radicalement changé. La débilité mentale n'étant plus systématiquement évoquée comme cause de l'échec, la caractérisation des difficultés et des inquiétudes ne se fait plus en termes psychométriques.

Les difficultés décrites concernent essentiellement des troubles du langage oral (environ 40 % des cas) et écrit (environ 70 %) et des troubles du comportement scolaire : labilité de l'attention (70 %), isolement (30 %), manque de confiance en soi (45 %).

Ainsi que le disent les auteurs : "De ce tableau se dégage l'image d'un enfant "à comprendre, à aider, voire à aimer, bien plus que d'un enfant "débile" "condamné à la permanence de ses manques. Il y a là un indice intéressant de "l'évolution des esprits car on eut probablement obtenu un autre tableau il y "a vingt ans".

Les décisions prises par les C.C.P.E. sont cohérentes à cette image :

. Dans le groupe a), 69 passages ou maintiens en classes de perfectionnement concernent les enfants ayant des difficultés de communication et de comportement, et 35 enfants demeurent ou retournent en classe normale : tous les troubles sont chez eux moins fréquents... sauf la fatigabilité ! (Les maîtres "imaginent-ils" qu'il n'y a plus d'effort à faire en classes spéciales ?).

. Pour le groupe b), celui des pré-adolescents orientés vers la S.E.S., les difficultés restent considérables, 30 % ne savent pas lire, 50 % écrivent à peine ; le repli, l'isolement sont fréquents. Pour eux, la classe de perfectionnement n'a, semble-t-il, pas pu être réparatrice, et pas un mot n'est dit dans les dossiers de C.C.P.E. des mesures de soutien qui devraient la compléter.

En conclusion, les auteurs souhaitent que ces aides complémentaires - en particulier psychothérapeutiques - se situent hors de l'école et soient apportées grâce à la coopération de l'intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile.

## **B / "LES EVOLUTIONS DEFICITAIRES PRISES DANS LE CADRE DES STRUCTURES PSYCHO-PATHOLOGIQUES GRAVES".**

*Cette deuxième partie porte sur une population radicalement différente de la première. Il s'agit des 175 enfants présents à la Fondation Vallée en hôpital de jour (30), en centre d'observation (23), et un internat complet (122), répartis entre l'infirmerie (les 11 cas "les plus déficitaires"), le pavillon des petits (38), celui des moyens (32), et celui des adolescents (41).*

*Cette recherche "intensive" a eu pour but de préciser qui sont ces enfants, comment fonctionnent les filières aboutissant à la Fondation Vallée et quels sont la prise en charge institutionnelle et le degré d'efficacité de l'institution. Ces différents objectifs sont très inégalement réalisés.*

*La méthodologie employée en est sans doute pour partie responsable : l'étude s'étant faite sur dossiers, patiemment transcrits sur une fiche d'observation standardisée, est donc obligatoirement réductrice ; le traitement de ces fiches a donné lieu à des analyses de contenu dans leurs différentes rubriques (par exemple : le diagnostic et ses éventuelles révisions, la symptomatologie et son évolution à travers différents bilans cliniques, les actions individuelles et collectives...), puis à une synthèse. Le procédé long et "coûteux" pour l'équipe soignante qui a réalisé la transcription des dossiers, fait néanmoins subir à l'information recueillie trois appauvrissements successifs, de l'avis même des auteurs.*

*Les résultats exposés sont cependant pleins d'intérêt et nous regrettons que le résumé présenté ici en quatre parties soit à nouveau réducteur.*

### **1. Description de la population de la Fondation Vallée :**

*Les familles immigrées (30 %) y sont un peu moins fréquentes qu'en P.M.I., mais beaucoup plus fréquemment incomplètes (146 pères manquent), dissociées (30 %), perturbées (1/5e). L'absence de qualification professionnelle des pères est trois fois plus fréquente que dans l'ensemble du Val-de-Marne et que dans l'échantillon P.M.I. précédemment décrit. (Le renseignement pour les mères n'est pas valable puisqu'il confond non-qualification et absence d'activité professionnelle). Les familles sont nombreuses (2,77 enfants, comme en P.M.I.).*

## *2. Les filières précédant la prise en charge :*

*L'admission à la Fondation Vallée est relativement précoce : 25 % des enfants sont âgés de 2 à 6 ans à l'admission dans une prise en charge que d'aucuns peuvent considérer comme lourde ; d'ailleurs, il est dit que seuls 4 % des enfants suivis en consultation de l'intersecteur de psychiatrie seront orientés vers la Fondation Vallée. Le dépistage et les premières prises en charge se démultiplient : 2 à 4 relais interviennent dans 80 % des cas, 1/4 ont leur point de départ à l'école, les 3/4 à partir des médecins, spécialisés ou non.*

*La durée moyenne des prises en charge par la Fondation Vallée est importante : 2 ans en centre d'observation, 3 ans en hôpital de jour, 5 ans en internat (avec 10 % de séjours supérieurs à 10 ans, reflétant sans doute la gravité des troubles).*

*Les diagnostics à l'entrée se répartissent en effet de la manière suivante :*

- Autisme infantile précoce : 8 cas (5 %).*
- Psychoses infantiles : 50 cas (28 %).*
- Dysharmonies évolutives de structure psychosique : 43 cas (25 %).*
- Pré-psychoses, cas limites : 3 cas (2 %).*
- Dysharmonies évolutives à versant névrotique prévalent : 12 cas (6 %).*
- Dysharmonies évolutives, sans précision : 24 cas (14 %).*
- Descriptions symptomatiques diverses : 35 cas (20 %).*

*70 cas, lors du séjour, aboutissent à des révisions précisant le diagnostic, mais les 35 cas qui n'avaient donné lieu qu'à une description symptomatique demeurent pour moitié indéfinis, le reste relevant le plus souvent des psychoses. C'est dire et redire les difficultés du diagnostic structural.*

*La symptomatologie à l'entrée est bruyante et grave (380 symptômes majeurs relevés chez 175 enfants) ; il s'agit surtout d'agressivité (75 fois), de repli, d'angoisse, d'instabilité (chacun cité environ 50 fois). Par contre, les troubles instrumentaux et de la communication sont rarement cités (13 troubles d'orientation temporo-spatial, 15 enfants sans langage, 5 mutiques...).*

### 3. L'évolution des enfants :

Elle est décrite en termes "d'adaptation à la vie institutionnelle", ce qui peut constituer un abord original, mais partiel, dans la mesure où le rapport de recherche ne montre guère de l'institution : son climat, ses actions collectives et individuelles, les relations d'adulte à enfant, alors qu'est très bien décrit par contre l'esprit de recherche et de réflexion qui y règne ainsi que les relations d'enfants à enfants, ou d'enfants à adultes ; il est surtout parlé de la vie institutionnelle par référence à des considérations avancées dans "La cure en institution" (1).

Les données exposées sur l'évolution des enfants sont intéressantes :

L'autonomie dans les activités de vie quotidienne est acquise chez 66 % des enfants âgés de plus de 10 ans, alors que seuls 32 % des moins de 10 ans sont autonomes ; chez ces jeunes, 18 % sont énurétiques. On ne retrouve plus du tout ce symptôme gênant chez les plus de 10 ans. Cette autonomisation est-elle le fait du vieillissement ou de la vie institutionnelle ?

Il est bien difficile de répondre à ce type de question...

L'évolution de la symptomatologie relevée à travers les bilans cliniques successifs est très nette :

Dans la relation aux autres enfants, l'agressivité et l'isolement diminuent beaucoup, alors que dans la relation avec les adultes, agressivité, relation fusionnelle ou séductive évoluent moins, avec peut-être même accentuation de l'isolement. Une étude plus approfondie aurait été souhaitable. Elle fait partie de ces interactions entre l'institution curative et l'enfant, si difficiles à saisir sur le terrain, si ce n'est en ce qui concerne la scolarisation, fortement structurée à l'intérieur de la Fondation Vallée.

---

(1) R. MISES et al. : "La cure en institution. L'enfant, l'équipe, la famille", Paris : E.S.F., 1980, 134 p. (Coll. "La vie de l'enfant").

Les autres actions curatives, individuelles, sont peu développées (42 psychothérapies, 33 rééducations psychomotrices, 32 rééducations orthophoniques, 13 groupes créatifs) ou peu répertoriées ? Il est vrai qu'en conclusion, elles sont dites être réductrices ; on évite leur "juxtaposition" et on leur préfère l'action collective institutionnelle, dont on retrouve par ailleurs l'explicitation dans les travaux de R. MISES (cf. "La cure en institution").

Par contre, l'action auprès des familles s'affirme être une "préoccupation majeure" de l'institution, justifiée par la fréquence des irrégularités et des perturbations relevées. Cependant, il semble que cette action rencontre une certaine résistance de leur part.

Globalement, l'évolution des enfants est reprise pour conclure, en termes théoriques : stabilisation de l'angoisse par nivellement intellectuel ou névrotisation.

#### **4. Les familles d'enfants psychotiques :**

40 familles d'enfants psychotiques - dont 36 filles - prises en charge de longue date à la Fondation Vallée ont donné lieu à une étude approfondie. Réalisée par Madame CURE, elle reflète bien "la préoccupation majeure" de l'institution : 8 couples présentent des troubles psychopathologiques, 8 sont qualifiés de fragiles, et dans 12 cas, l'un des deux parents est perturbé ; au total, plus de 50 % des mères ont des troubles psychopathologiques graves. Dans 10 cas, on relève une perturbation sérieuse dans la fratrie de l'enfant hospitalisé.

L'étude comporte un effort d'élucidation de "la triangulation famille - Fondation Vallée - enfant" :

La rivalité entre parents et institution, les sentiments de dépossession, de culpabilité parentale, sont décrits ainsi que les processus défensifs des parents (scepticisme à l'égard de l'institution, minimisation des troubles de l'enfant) "visant à dégager la responsabilité personnelle". L'angoisse des parents, centrée sur l'enfant, prend le masque du rejet et est maximum en ce qui concerne son avenir, impossible à imaginer.

*La conclusion porte sur l'ambivalence des parents à l'égard de l'institution, au double visage d'enfermement et de réparation.*

*Madame CURE insiste sur le devoir de l'institution qui doit se garder d'entrer en rivalité avec les parents comme de les culpabiliser, mais elle fait l'économie de l'analyse des attitudes et comportements institutionnels entrant en interaction avec la souffrance parentale.*

### **C / REFLEXIONS**

*En exergue de cette double recherche et pour en faciliter la lecture, il nous a semblé intéressant de condenser, aussi scrupuleusement que possible, les principaux résultats de ce travail - tout en reconnaissant l'aspect réducteur d'un tel résumé.*

*Par rapport aux objectifs de départ, il faut cependant reconnaître un certain nombre de manques, sans doute fort difficiles à éviter :*

*· Le premier réside, non pas dans le fait que les deux populations étudiées soient demeurées totalement distinctes : il ne pouvait en être autrement ; elles sont totalement hétérogènes l'une à l'autre. Encore aurait-il fallu reconnaître en conclusion combien leur rapprochement au stade du projet de recherche, "sous la bannière" de la déficience mentale, résultait de l'amalgame de pratiques scolaires périmées (celle de l'assimilation de l'échec scolaire à la débilité) avec une évolution de la nosographie psychiatrique entravée par des courants idéologiques contradictoires.*

*Les réflexions théoriques qui jalonnent ce rapport de recherche et ses conclusions apportent un certain nombre d'éclaircissements pour une conception renouvelée, polyfactorielle, de la santé mentale de l'enfant, et des risques encourus au cours du développement.*

*Néanmoins, en l'état, ces deux recherches parallèles, et qui ne peuvent que le demeurer, restent chacune marquée d'une seule approche dominante : psychosociologique pour l'une, psychopathologique pour l'autre, alors que chacune des deux populations eut peut-être été mieux appréhendée par une double*



approche. Certes, le hiatus théorique et méthodologique qu'on peut relever entre les deux parties de cette publication ne procède pas du tout d'attitudes a priori, mais de conditions de travail soumises à la double restriction des délais et des financements.

L'autre déception est à la fois plus banale et plus amère : à propos des deux populations, le fonctionnement même des services et institutions échappe à la description, et donc à l'analyse et bien entendu à l'évaluation réflexive ; l'attention se porte sur l'enfant et ses troubles - sur la famille, sa situation sociale, ou ses perturbations - , nourrissant dans cette recherche une riche réflexion méthodologique et théorique. Mais "les opérateurs sociaux" de la P.M.I., de l'école et de l'institution curative échappent au regard, dans cette recherche comme dans la plupart des autres travaux du champ social, éducatif et thérapeutique.

Dans ces conditions, les auteurs ont certes réussi à sortir de la défectologie classique par une évaluation subtile du développement de l'enfant, de ses éventuelles structures psychopathologiques et des caractéristiques de son environnement. Mais sur le plan des pratiques qui pourtant les engagent, nous sommes tous condamnés à en rester à d'excellentes "pétitions de principe" : laisser l'enfant au milieu naturel en lui apportant une prise en charge complémentaire curative précoce, conjuguer aides collectives et individuelles en évitant les parcellisations, les rivalités...

Faute d'une analyse auto-évaluative des pratiques, de telles conclusions risquent de n'avoir guère d'impact pragmatique réel, ni de pouvoir de généralisation.

Dans une étape ultérieure, la recherche serait à poursuivre en ce sens ; les études catamnétiques et de suivi pourraient y contribuer, à condition que "la triangulation" annoncée soit réelle et qu'avec la même rigueur méthodologique, on analyse les institutions comme on a analysé l'enfant et son environnement familial.



P R E M I E R E   P A R T I E

LE PROBLEME DES EVOLUTIONS DEFICITAIRES



## CHAPITRE I

### LES INSUFFISANCES INTELLECTUELLES : MODES D'APPROCHE DU PROBLEME

On assiste depuis une vingtaine d'années, en ce qui concerne les déficiences mentales, à un profond renouvellement des positions théoriques et des prises d'attitudes professionnelles et, probablement, au-delà, des attitudes et des opinions du grand public. Ces changements sont corrélatifs d'une modification des pratiques et des institutions qui en sont le cadre. Actions de prévention, de dépistage, démarches du diagnostic, modes de formulation du pronostic, techniques thérapeutiques, éducatives, rééducatives, thérapeutique institutionnelle et action auprès de la famille, etc..., tout cela s'est beaucoup modifié en vingt ans. Les institutions s'ouvrent et s'assouplissent, dans le cadre d'une politique moins ségrégative, bien que contradictoirement la spécialisation tende à les y ramener ; le travail s'effectue plus en équipes multidisciplinaires, et ces équipes s'efforcent à des échanges dont témoigne la politique de sectorisation.

Un tel mouvement ne va pas sans confusion, et beaucoup d'incertitudes terminologiques aggravent les malentendus. Par exemple, tel qui diagnostique une débilité mentale sur le seul critère d'un fonctionnement intellectuel actuel déficitaire, et ceci sans préjuger des causes et du devenir de cet état, est entendu à tort par tel autre comme postulant, par l'usage de ce seul terme, une étiologie organique et l'incurabilité du trouble. Ou bien, tel qui parle volontiers de "pseudo-débiles" emploie là, en fait, un langage incompréhensible pour tel autre. Ou encore, tel qui parle de déficiences d'origine génétique au sens bien délimité des aberrations chromosomiques est entendu par son interlocuteur comme s'il se référait à la notion d'hérédité polygénique, etc...

On voit constamment, dans de tels dialogues, la confusion naître de références théoriques et cliniques insuffisamment explicites ; et l'on y voit se heurter des arrière-plans théoriques très divers, selon que sont accentués l'explication biologique, ou l'invocation de déterminants sociologiques, ou encore le mode d'approche dynamique. Il n'est donc pas inutile de reprendre d'abord très brièvement quelques aspects de l'histoire des idées en ce domaine.

On ne peut comprendre ce qui se joue actuellement qu'en resituant clairement la conception de l'arriération qui se trouve par là remise en cause, conception élaborée depuis le début du XIXe siècle, et qui a prévalu presque sans partage jusque vers les années 1950. Cette conception qu'on peut qualifier de classique, naît, on le sait, sous le nom d'idiotisme avec PINEL et, plus précisément, sous le nom d'idiotie avec ESQUIROL. Il n'est pas sans intérêt de remarquer, au passage, qu'ESQUIROL a forgé ce mot savant à partir du terme grec qui signifie "seul" : l'idiot se signale par sa solitude. ESQUIROL écrit :

"L'idiotie n'est pas une maladie, c'est un état dans lequel les facultés intellectuelles ne sont jamais manifestées, ou n'ont pas pu se développer assez pour que l'idiot ait pu acquérir les connaissances relatives à l'éducation que reçoivent les individus de son âge et placés dans les mêmes conditions que lui. L'idiotie commence avec la vie ou dans cet âge qui précède l'entier développement des facultés intellectuelles et affectives : les idiots sont ce qu'ils doivent être pendant tout le cours de leur vie : tout décèle en eux une organisation imparfaite ou arrêtée dans son développement. On ne conçoit pas la possibilité de changer cet état. Rien ne saurait donc donner aux malheureux idiots, même pour quelques instants, plus de raison, plus d'intelligence" (ESQUIROL, 1818).

Les termes du diagnostic différentiel sont ici très clairement posés d'emblée, avec une étonnante résonance jacksonienne avant la lettre. Lorsque ESQUIROL dit que "les facultés intellectuelles n'ont pas pu se développer assez pour que l'idiot ait pu acquérir les connaissances relatives à l'éducation que reçoivent les individus de son âge et placés dans les mêmes conditions que lui"... il dit là très clairement ce qui définira plus tard l'étalement des tests d'intelligence. Ce sont les principes mêmes qu'Alfred BINET mettra en oeuvre pour créer son échelle métrique d'intelligence, et pour comparer un individu donné avec des sujets d'un échantillonnage définis comme lui étant comparables.

Cependant, la clarté même de cette position a puissamment contribué à fixer, de façon quasi définitive, en tout cas pour 150 ans, les données du problème. Car, en effet, la définition que donne ESQUIROL tient en trois points :

1) Un idiot est un individu qui se signale par une déficience intellectuelle actuelle très grave.

2) La cause de cet état doit être recherchée dans son organisation ; et on a très vite entendu, quelles que fussent les intentions d'ESQUIROL lui-même, dans son organisme, c'est-à-dire dans son anatomo-physiologie.

3) De ce fait même, cet état est incurable, n'est pas modifiable. Ceci est résumé dans la formule : "L'idiot est ce qu'il a toujours été, il est tout ce qu'il peut être relativement à son organisation primitive".

Ce modèle de l'idiotie a constamment servi de guide, jusqu'à la période récente. C'est dans ce cadre, en effet, que s'est opéré ensuite le très remarquable travail de différenciation en niveaux, de l'idiotie profonde jusqu'à la débilité légère, et en types (le crétinisme, le mongolisme, l'idiotie amaurotique familiale, etc...), travail qui s'est opéré par la suite, et qui constitue aujourd'hui un chapitre de nos traités de base en neuropsychiatrie.

Mais au-delà de cette double différenciation, le modèle s'est constamment réaffirmé pour maintenir une unité catégorielle, celle de la classe des arriérations. Citons, à titre d'illustration, un auteur américain, Edgar DOLL qui, dans les années 1930-1940, a réaffirmé, avec une vigueur toute particulière, cette position classique, et a fortement marqué par là sans doute, toute une génération. Les arriérés, dit DOLL, représentent une catégorie particulière "d'incompétents sociaux qui vivent à des niveaux inefficaces d'activités sociales, professionnelles et d'éducation". Chez les arriérés, cette incompétence sociale est due "à une maturation mentale incomplète apparaissant dès la naissance ou à un âge relativement bas par suite d'avantages innés limités ou d'influences variées qui arrêtent la croissance mentale normale". Dans tous les cas, selon DOLL, l'étiologie est organique : "cet état est considéré comme essentiellement incurable en raison de ses bases organiques, de sorte que le diagnostic de l'arriération chez les enfants est un pronostic". Ce que DOLL exprime dans la formule polémique suivante : "Il ne faut pas ignorer à la légère le critère : débile une fois, débile toujours". Une telle affirmation a suscité de vives protestations, car elle a paru condamner sans appel tout enfant déficient intellectuel. Or, DOLL s'insurgeait contre une telle réaction en soulignant qu'il s'agissait d'une

définition conventionnelle. Par définition, disait-il, un débile est un individu qui, tout au long de sa vie, est et reste un incompétent social du fait de sa faiblesse intellectuelle, elle-même effet de causes organiques inscrites. Si au cours de l'enfance, on a porté un tel diagnostic de débilité sur un sujet qui, par la suite, devient socialement compétent, la preuve est faite, ipso facto, qu'il ne s'agissait pas d'un débile, c'est-à-dire d'un arriéré léger. Il s'agissait simplement d'un retardé subissant un freinage temporaire. Dans un tel cas, il y a donc purement et simplement erreur de diagnostic, parce que erreur de pronostic. Par définition, dit cet auteur, la débilité est irrécupérable, le diagnostic de l'arriération chez les enfants est un pronostic. Une telle définition paraît, en elle-même, inattaquable, puisque conventionnelle ; en fait inclure ainsi le pronostic dans le diagnostic a suscité de très vives protestations.

On pourrait multiplier les citations pour montrer qu'il s'agit bien là d'une position classique. Ainsi Georges HEUYER écrit en 1951 : "Un des caractères essentiels de l'absence ou de l'insuffisance d'intelligence qui constitue la débilité mentale consiste dans sa nature congénitale : le déficit mental est constitutionnel. On admet pourtant qu'il peut survenir après la naissance, au cours des deux premières années ; sous l'action d'un traumatisme ou d'une affection, il peut y avoir arrêt du développement de l'intelligence. Cet arrêt ne diffère guère de l'insuffisance intellectuelle congénitale".

Plus près de nous; René ZAZZO offre la définition suivante :

"La débilité mentale est une insuffisance intellectuelle d'origine biologique, hérédité ou accident précoce, et donc irréversible, compatible avec l'acquisition d'apprentissages scolaires de base, mais ne permettant pas d'atteindre un minimum intellectuel exigé par l'école". Il s'agit donc là de la définition de cette sous-classe des arriérations que constitue la débilité mentale au sens restreint.

Ainsi, ce qui fonde, dans cette position classique, l'unité catégorielle des arriérations, c'est bien l'étiologie organique du trouble. La plupart de ces définitions admettent en fait deux types d'étiologie organique.



La première correspond à une transmission héréditaire polygénique du déficit. L'enfant, dès la conception, est affecté de particularités biologiques qui ne permettent qu'un développement intellectuel limité, ceci se transmettant de père en fils, ou de mère en fils. Il faut bien admettre, évidemment, un second type de déterminants organiques lorsqu'il s'agit, de toute évidence, de lésions ou de troubles fonctionnels graves affectant chez l'enfant jeune un système nerveux central auparavant normal, les possibilités ultérieures de développement intellectuel se trouvant par là gravement compromises.

Cette dualité étiologique, rappelons-le, a été particulièrement développée et argumentée par STRAUSS, WERNER, LETHTINEN, et ensuite par un grand nombre d'auteurs, sous les termes contrastés de "débilité endogène" et "débilité exogène". On sait cependant toutes les difficultés que peut soulever, en clinique, une semblable position théorique. Au niveau de l'individu, il est évidemment impossible de prouver, stricto-sensu, que son déficit intellectuel est bien lié à une hérédité polygénique ; et l'infériorité intellectuelle des deux parents fut-elle indiscutablement constatée, elle peut se transmettre à l'enfant par bien d'autres voies que biologiques. Quant aux accidents qui affectent précocément le système nerveux central, l'évidence en manque dans beaucoup de cas, à moins de se fier à des anamnèses qui en disent en général beaucoup plus sur les reconstructions de l'histoire par les parents que sur cette histoire elle-même. D'ailleurs, l'accident organique serait-il clairement établi, par exemple par des séquelles indiscutables, il reste, de toute façon, à comprendre comment, en fonction de ce handicap organique, le psychisme s'est construit sur un mode déficitaire.

Ce bref rappel historique était sans doute utile pour mieux situer la nature des attaques subies depuis une vingtaine d'années par cette position classique, et l'effet de confusion qui a pu en résulter.

Ces attaques sont venues de plusieurs côtés.

1) Tout d'abord, de nombreuses études catamnétiques ont montré qu'en certains cas au moins, l'infériorité intellectuelle **légère ou moyenne** qui a marqué l'enfance et l'adolescence, et qui, alors, se traduisait par une incapacité scolaire notoire, ne préjuge nullement de l'adaptation adulte ultérieure, notamment professionnelle. Sur des groupes caractérisés par une telle évolution favorable, on a même pu constater, dans certaines études, une

progressive élévation, très sensible, des résultats aux tests d'intelligence. Bien sûr, les tenants d'une définition conventionnelle de l'arriération au sens classique se veulent impavides face à de tels constats ; ils répliquent, comme DOLL, que cela montre simplement qu'il ne s'agissait pas d'arriérés. Cependant, il est devenu évident que l'évolution de beaucoup de déficients intellectuels dépend, dans une large mesure, de leurs conditions de vie, des exigences adaptatives qui pèsent sur eux et des aides au développement qui leur sont fournies. De sorte que si le déficit n'est pas trop profond et si l'on manipule le diagnostic classique d'arriération avec prudence, on tend à en restreindre l'usage comme peau de chagrin.

C'est bien là une faiblesse majeure, et de l'inclusion du pronostic dans le diagnostic, et d'une définition conventionnelle. Car on peut donner de la Licorne une définition inattaquable ; le vrai problème est de savoir à quelles réalités elle peut s'appliquer.

2) L'importance en la matière des facteurs socio-culturels et socio-économiques a été brutalement révélée par la grande crise économique de 1930. Cette crise avait en effet peuplé, en bordure des grandes villes, des quartiers entiers de déshérités rejetés en marge et vivant dans des conditions catastrophiques. Les psychologues travaillant en liaison avec les systèmes scolaires locaux y découvraient, en proportion considérable, des enfants insuffisants intellectuels, sans pouvoir distinguer, dans la grande majorité des cas, les facteurs responsables de la déficience ; et c'est pour admettre cette ignorance étiologique qu'un psychologue américain, LEWIS, avait proposé la notion de "débilité de type subculturel", dont il soulignait l'utilité pratique. Depuis, un grand nombre d'études de type épidémiologique sont venues montrer l'importance des multiples facteurs culturels qui pèsent sur le développement intellectuel : aire géographique et habitat, niveau socio-économique et socio-culturel de la famille, conditions de scolarisation, etc... (cf. MISES, PERRON, SALBREUX, 1980). Le mouvement des idées s'est trouvé ici accentué par l'intérêt porté au devenir adulte et à l'"adaptation sociale" des sujets considérés comme déficients mentaux au cours de leur scolarité (cf. HURTIG, 1969 et 1979, MERLET-VIGIER, 1979).

3) Au plan même des déterminants organiques, la mise en évidence de nouvelles étiologies a fortement contribué à ébranler la simplicité de la conception classique : il s'agit en particulier des aberrations chromo-

somiques et des dysmétabolies. On sait que des travaux tout à fait remarquables se sont développés depuis vingt ans dans ce domaine et ont contribué très heureusement à faire éclater la globalité vague de la pseudo-notion d'étiologie organique. Il faut ici souligner deux points. D'une part, il s'agit de cas relativement rares, et qui ne sauraient, actuellement au moins, fournir un modèle explicatif pour l'ensemble des déficiences mentales. D'autre part, même lorsque de telles anomalies biologiques peuvent être mises en évidence sans ambiguïté, il reste à comprendre **comment** elles peuvent affecter la psychogénèse.

4) L'analyse de ce qu'on a pris l'habitude d'appeler les "troubles instrumentaux chez l'enfant" a joué un rôle tout à fait notable dans le démembrement de la position classique. Ceci a commencé, on le sait, avec les études sur la dyslexie, et a continué à propos des dysorthographies, des dysgraphies, des dyspraxies, des dyscalculies, etc... Dans tous ces cas, mais d'abord dans celui des dyslexies, on a été conduit à admettre que pouvait jouer un déficit circonscrit de certaines fonctions cognitives, ceci par opposition avec l'idée d'un déficit global. Mais alors, ont surgi deux difficultés majeures. La première est d'ordre clinique : que faire des cas marginaux ? Il est évident qu'un enfant de très médiocre intelligence globalement peut, de plus, rencontrer une difficulté toute particulière dans la maîtrise du langage oral ou écrit. Faudra-t-il le classer comme dyslexique et peu intelligent, ou comme un débile qui, de plus, rencontre des difficultés particulières pour apprendre à lire ? Ici apparaît l'impasse dans laquelle engage toute pensée trop exclusivement taxinomique, classificatoire. En effet, un tel problème de classification ne présente que peu d'intérêt, le seul vrai problème étant de comprendre la structure des fonctionnements cognitifs de cet enfant ; au plan théorique, ceci a conduit à mettre en lumière le statut scientifique très faible de la pseudo-notion de "niveau global" (PERRON-BORELLI et PERRON, 1982).

5) Il faut rappeler, pour mémoire, le courant de recherches et de réflexions lancé il y a trente ans par les premières observations de SPITZ sur l'hospitalisme, les carences maternelles précoces. Il est devenu tout à fait évident alors qu'un retard grave du développement intellectuel pouvait être produit au niveau d'une détermination proprement psychologique. Par carence relationnelle, c'est-à-dire dans l'explication la plus généralement acceptée à la suite de SPITZ, par échec dans la construction des premières

relations objectales fondatrices de la personne, y compris, bien entendu, dans son développement cognitif. Ceci a conduit à faire admettre qu'il pouvait exister des déficiences intellectuelles, éventuellement graves, sans aucun déterminant organique primaire, même si tout l'équilibre psychobiologique de l'enfant s'en trouve affecté. On se rappelle que, dans les observations princeps de SPITZ, la fragilité aux maladies infantiles et la mortalité étaient anormalement élevées, alors que les soins proprement médicaux étaient corrects.

Beaucoup de spécialistes ont d'abord tenu ces cas pour rarissimes, et ne pouvant apparaître qu'en fonction de conditions d'élevage très atypiques. C'est même, signalons-le en passant, pour décrire ce type de cas supposés rares, qu'on a le plus volontiers, pendant toute une période, utilisé le terme de "pseudo-débilité". En fait, l'observation et la théorisation progressant, il a bien fallu admettre que de tels modes de développement déficitaire pouvaient exister alors même que l'enfant est en contact avec sa mère. On a parlé, à ce propos, d'"hospitalisme à domicile". Mais, du coup, comment exclure ce type d'explication dans les innombrables cas où manque l'évidence de déterminants organiques ? et comment ne pas l'admettre de plus, à titre de facteur de surcharge, lorsque des éléments d'étiologie organique sont invocables ?

Il s'est créé là une brèche majeure dans le mode de pensée antérieure qui n'admettait qu'une dualité opposant facteurs biologiques et facteurs sociologiques, brèche par laquelle a dû être admis, avec ces facteurs dits relationnels, tout le jeu des images et identifications, dans une perspective qui ne peut être que psychanalytique. Brèche enfin permettant la mise en place d'une théorie multifactorielle dont nous définirons plus loin les principes.

6) Enfin, l'intérêt porté plus récemment aux psychoses infantiles est venu porter un dernier et rude coup à la théorie classique de l'arriération. Ces états se signalent fréquemment par des déficits et troubles profonds du fonctionnement intellectuel ; mais l'approche classique de l'arriération s'avère totalement impuissante à en rendre compte. Ce qui se trouve en effet mis en évidence dans de tels cas, ce sont des troubles qui affectent les fondements mêmes de la personne, dans les processus de la psychogénèse de l'individuation. Le problème n'était plus alors d'édifier une déféctologie,

mais bien de répondre sur le vivant à cette question : Comment, dans la trajectoire de toute création individuelle, se fonde l'humain ? Si s'installe à cet égard une faille fondamentale, il y a psychose infantile, angoisse insoutenable, solitude. Il n'est pas inutile de remarquer que le terme "autisme" a été forgé en synonymie exacte avec celui d'"idiotie". Et, si l'identité personnelle fondamentale parvient à s'établir, ce qui suppose que se cristallise l'Autre, l'objet, comment se développe le jeu relationnel, la communication, et tout l'appareil cognitif qui, au niveau du Moi, assure cet échange ? Tels sont bien les problèmes centraux auxquels nous nous sommes trouvés confrontés dès lors.

Ici, encore, les résistances qui s'opposent à tout renouvellement profond des cadres de notre pensée ont d'abord conduit à tenir de tels cas pour très rares. Certes, le grand autisme infantile précoce est heureusement rarissime. Mais les cas de psychoses infantiles plus ou moins cicatrisées, masquées de superstructures adaptatives de niveau névrotique, le sont beaucoup moins, d'autant moins, évidemment, qu'on accepte une définition plus large de la psychose infantile. A analyser sous cet angle le fonctionnement des sujets qu'on déclarait autrefois un peu hâtivement "débiles simples", on s'aperçoit, en fait, que bien souvent, l'apparente homogénéité du sous-développement intellectuel n'est que l'aboutissement d'un aménagement défensif particulièrement bien réussi. La limitation très sévère des activités et de leur reprise dans l'espace interne des actions intériorisées a alors pour fonction de limiter les risques fantasmatiques inhérents à cette aventure qu'est le développement intellectuel ; et cette limitation est particulièrement mutilante lorsqu'elle a pour fonction, de plus, d'éviter que ne se rouvre la faille psychotique originelle.

Pour toutes ces raisons, la théorie classique des arriérations a littéralement éclaté. Elle s'était élaborée dans le cadre d'une nosographie psychiatrique - et au-delà, d'une description scientifique des variétés de l'homme - qui procédait d'une logique classificatoire créée sur le modèle de la botanique et de la zoologie. Sous cette forme, elle n'est plus guère en honneur au plan des discussions théoriques en psycho-pathologie ; il ne vaudrait pas la peine de la rappeler ici si elle ne continuait à régir, plus ou moins explicitement, beaucoup des démarches de repérage, de diagnostic et de prise en charge que nous nous proposons d'étudier. Cette logique catégorielle tend à l'immobilisation du réel, puisque connaître un individu,

c'est alors le ranger sous cette rubrique dès qu'il présente un certain nombre de descripteurs de cette rubrique ; et qu'il est alors supposé présenter toutes les autres caractéristiques communes aux individus composant cette classe. La démarche peut conduire à de graves erreurs, comme celle, encore trop fréquente dans la réalité des pratiques institutionnelles, qui consiste à ranger un enfant dans la classe des débilés mentaux au seul vu d'un Q.I. faible, et à supposer ipso facto une étiologie organique dont pourtant manque l'évidence clinique, et une incurabilité dont le postulat désarmera toute action éducative et thérapeutique. L'enfant se trouve par là immobilisé dans un état supposé stable, attaché essentiellement à sa personne et en quelque sorte intemporel. Rappelons que le fameux postulat de "constance du Q.I.", par sa transposition abusive des groupes à l'individu, renforce fâcheusement ces attitudes. Ici, théorie et pratiques sont en étroite interdépendance, la première légitimant les secondes qui, en retour, semblent l'étayer.

La position moderne que nous défendons, et qui fournit son assise théorique à nos travaux, se propose au contraire une analyse du changement. Elle vise en effet à l'analyse du fonctionnement de structures historiquement construites. Le problème est alors double : rendre compte du fonctionnement actuel de tel sujet, de tel type de structure déficitaire (sur le double versant de son équilibration interne et de ses possibilités adaptatives) et comprendre l'enchaînement des états successifs de cette structure dans la psychogénèse. Ceci n'est possible que dans le cadre de pratiques qui parient elles-mêmes sur le changement. Nous qualifierons une telle approche de "psychopathologie génétique" pour y marquer cette double dimension.

Les troubles dont on se propose ainsi de réaliser l'analyse fonctionnelle et développementale sont extrêmement variés quant aux conditions et facteurs, aux manifestations, aux conséquences adaptatives. La démarche vise d'abord à l'analyse des insuffisances cognitives ; mais elle situe ces insuffisances dans le cadre d'anomalies de la construction personnelle dont elles sont toujours - mais de façon très variée - les manifestations les plus évidentes. Une telle théorie est nécessairement multi-factorielle, en ce sens qu'y sont pris en compte tous les facteurs et conditions du développement de l'intelligence et de la personnalité (somatiques, relationnels, sociologiques, etc...), de ses freinages et de ses distorsions possibles. Une telle conception rompt totalement avec le pessimisme clinique, thérapeutique,

éducatif, institutionnel, qui prévalait autrefois. Elle autorise des démarches de repérage, de diagnostic et de prise en charge beaucoup plus efficaces, mais évidemment plus complexes.

L'analyse de ces démarches apparaît assez malaisée. En effet, ce bouleversement des idées et des pratiques a conduit à un véritable décloisonnement, aussi bien théorique qu'institutionnel, des déficients mentaux. Il apparaît dès lors tout à fait nécessaire de mieux connaître, dans sa réalité actuelle, le fonctionnement des multiples dispositifs qui visent actuellement en France à leur repérage et à leur prise en charge. Ces dispositifs, qu'ils relèvent de l'Education nationale ou de la Santé publique, ou encore qu'ils tentent de se situer à leur intersection, pratiquent des politiques fort différentes selon que la conception classique résumée plus haut y est directrice, qu'elle y est vivement récusée, ou que prévaut la conception moderne que nous lui avons opposée dans ce qui précède. Le premier cas se rencontre par exemple dans certaines institutions qui constituent l'aboutissement de filières rigidement définies par des textes administratifs contraignants, et concerne surtout des handicaps graves ; à l'inverse, on a assisté pendant une dizaine d'années, au sein de l'Education nationale, à un mouvement qui tendait à supprimer les classes de perfectionnement, jugées abusivement ségrégatives, et même à nier, purement et simplement, les déficiences intellectuelles (il s'agit alors bien évidemment de déficits légers) ; la conception multi-factorielle guide l'action d'institutions qui prennent en charge des poly-handicapés, ou des enfants chez qui le déficit intellectuel apparaît inséparable de troubles graves de la construction personnelle.

En dépit de cette diversité, on peut tenter d'analyser, au moins en quelques cas privilégiés, le fonctionnement des filières suivies par les sujets en cause, depuis leur premier repérage jusqu'à leur prise en charge éventuelle par une institution spécialisée (en prenant ici le terme "institution" au sens le plus large). On peut procéder à une telle étude sur dossiers archivés ; mais l'expérience montre que cette méthode est souvent décevante : les renseignements, dont un travail de recherche se propose la collecte systématique, sont rarement recueillis avec la régularité et la précision nécessaires au fil du fonctionnement quotidien des institutions. Lorsque c'est possible, il est préférable de procéder en méthode longitudinale, c'est-à-dire en suivant, au fur et à mesure de leur histoire, le devenir et

le destin social d'un certain nombre de cas individuels. Cette méthodologie présente d'incontestables avantages sur le plan pratique, malgré des difficultés sur lesquelles nous reviendrons plus loin ; de plus, au plan théorique, elle invite de façon plus pressante que d'autres méthodes à remettre en cause certaines conceptions a priori.

Les travaux que nous présentons ici procèdent, pour l'essentiel, selon une telle méthodologie. Ils visent à deux types de conclusions, pratiques et théoriques. Leur premier objectif est d'analyser, au plan pratique, les divers cadrages du destin social des individus. Au delà, ils visent à suivre le développement et la structuration de certains types d'états déficitaires, et à mettre à l'épreuve certaines de nos options théoriques de départ (poids du milieu de vie, processus de débilisation, cicatrisation de la psychose, etc...). Nous nous attacherons, dans le prochain chapitre, à préciser les problèmes en cause.



## CHAPITRE II ELEMENTS POUR UNE APPROCHE MULTI-FACTORIELLE

### A - L'APPORT DE DIVERS COURANTS DE RECHERCHE

#### 1) La psychologie génétique

Pour des raisons qu'il n'est pas possible de développer ici, les travaux de l'école piagétienne peuvent fournir une base théorique importante aux progrès de nos conceptions sur les développements déficitaires. Cela peut paraître aller de soi puisque cette école a centré ses travaux sur le développement cognitif. Il faut cependant noter que, dans ses grandes lignes, cet apport n'est nullement incompatible avec celui de la théorie psychanalytique dont nous parlerons plus loin ; il y faut cependant tout un travail d'ajustement conceptuel dont précisément l'étude des évolutions déficitaires fournit un champ privilégié.

La voie avait été ouverte par B. INHELDER, dans un ouvrage publié en 1943 et réédité en 1963, "Le diagnostic du raisonnement chez les débilés mentaux". Si intéressant que fût ce travail, il s'appuyait sur une proposition assez simple : les arriérés sont, quant à leur fonctionnement intellectuel, comparables à des enfants normaux plus jeunes. On retrouve, dans l'étagement des niveaux d'arriération, la succession même des structures cognitives décrites par PIAGET chez l'enfant normal. Depuis, les recherches de même inspiration appliquées aux déficiences intellectuelles ont pris une grande extension, en particulier dans les pays de langue anglaise après la traduction des principaux ouvrages de PIAGET.

Il s'agit certainement d'une voie de recherche d'intérêt majeur. Bornons-nous à souligner deux points :

- certaines de ces recherches se proposent de vérifier s'il est possible, chez les déficients mentaux, de provoquer un "déblocage" de structures cognitives figées en mettant en oeuvre une pédagogie spécifique. On utilise les épreuves mêmes qui servent au diagnostic - ou des équivalents - et l'on exerce le sujet à acquérir les démarches cognitives qui conduisent au meilleur résultat : on teste ensuite la généralisation de l'acquis. Les résultats sont intéressants car un tel déblocage apparaît possible, et bien plus souvent chez l'enfant ou l'adolescent que chez

l'adulte. De plus, l'analyse des facteurs qui maintenaient jusque là figé le fonctionnement cognitif conduit à déborder largement une position du problème en termes limités au seul déficit intellectuel (cf. PAOUR, 1979 ; GIBELLO, 1976).

- dès qu'on s'adresse à des psychoses déficitaires ou à des dysharmonies évolutives graves de structure psychotique, se pose un problème clinique et théorique majeur, qu'on peut schématiser comme suit. La théorie piagétienne, réaffirmée par INHELDER, pose en principe que le développement cognitif suit nécessairement une trajectoire marquée par une succession de "structures équilibrées", ou "stades", enchaînés avec rigueur ; toute modification de cet ordre est aussi impensable que, par exemple, la construction du quatrième étage d'un immeuble avant celle du troisième. Or, les enfants en cause, soumis à ces épreuves, manifestent des dysharmonies massives du fonctionnement cognitif, qui invitent à remettre en cause ce postulat piagétien fondamental. Ceci ouvre des problèmes théoriques et cliniques passionnants, que nous ne pouvons ici que signaler (cf. PERRON, 1977).

## 2) L'analyse du langage et des fonctions symboliques

Il est d'observation banale que, dans beaucoup d'évolutions déficitaires, le langage apparaît particulièrement touché, dans sa triple fonction d'expression, de communication et d'instrument de pensée.

Un résultat classique peut être ici d'abord rappelé. Il est obtenu lorsqu'on examine un groupe suffisamment étendu de déficients mentaux, sans opérer de distinction étiologique ou nosographique, en comparant les résultats de deux types de tests d'intelligence : des tests dits verbaux et d'autres non verbaux ou de "performance", où le recours au langage n'est pas instrumental dans la réussite. On observe alors, banalement, que le déficit est plus marqué pour le premier type d'épreuves que pour le second. Ceci suggère un déficit tout particulier en ce qui concerne le langage. En fait, cela dépend aussi beaucoup des structures psychopathologiques en cause. A cet égard, l'analyse des psychoses infantiles, plus particulièrement des psychoses déficitaires, a beaucoup appris.

Toute une série de recherches se sont attaquées au problème, espérant trouver là le "coeur" des fonctionnements déficitaires ; elles utilisent largement les hypothèses et les méthodes de la psycholinguistique moderne. Il n'est pas

possible d'en donner ici l'analyse. Soulignons seulement que, au-delà de déficits d'acquisition du matériel verbal (stock sémantique), au-delà même de troubles portant sur l'organisation syntactique, ces études conduisent à mettre l'accent sur des troubles graves du langage en tant qu'instrument de la pensée : c'est l'élaboration des significations qui apparaît alors défectueuse. Ceci rejoint les conclusions d'autres travaux situés dans la perspective d'une psychopathologie structurale et dynamique (GUIGNARD et al., 1971 ; MISES, PERRON-BORELLI et BREON, 1971).

### 3) Les études épidémiologiques et psycho-sociologiques

Elles ont puissamment aidé, par ailleurs, au renouvellement de nos conceptions. De nombreux travaux statistiques ont en effet montré depuis la dernière guerre mondiale l'importance déterminante des conditions de milieu sur le développement intellectuel de l'enfant (en prenant le terme milieu au sens le plus général (1) : niveau socio-économique et culturel de la famille, habitat, stabilité du couple parental, étendue de la fratrie, organisation des loisirs, etc). Certains ont plus particulièrement analysé des combinaisons défavorables de ce type de facteurs, conduisant au sous-fonctionnement intellectuel caractérisé jusque dans les limites de la débilité mentale légère ou moyenne classique. Ainsi que nous l'avons rappelé plus haut, ces études ont contribué fortement au renouvellement de nos conceptions en matière de déficience mentale. Nous dirons plus loin comment nous avons été conduits nous-mêmes à privilégier ce type de facteurs dans l'une de nos directions de recherche ; la question sera donc reprise dans ce cadre (2ème partie).

4) Enfin, il faut souligner l'apport de la psychopathologie de l'enfant d'inspiration psychanalytique. Il est à nos yeux essentiel et fonde largement nos modes d'approche dans ces travaux de recherche. Il est le seul en effet qui puisse rendre compte des évolutions déficitaires, non pas en isolant le déficit cognitif et en l'analysant comme construction d'une machinerie opératoire insuffisante, mais bien comme partie intégrante d'une psychogénèse

---

(1) L'enquête conduite, sous la responsabilité de l'I.N.E.D., sur 100.000 enfants d'âge scolaire, a fait date. Voir : Le niveau intellectuel des enfants d'âge scolaire, 1954, et Enquête nationale sur le niveau intellectuel des enfants d'âge scolaire, 1969.

caractérisée par certaines anomalies. Il faut dès lors distinguer ce qui est de l'ordre du retard sur des lignes génétiques en elles-mêmes intactes et ce qui est de l'ordre des distorsions qui affectent toute la trajectoire évolutive. Rappelons qu'on est conduit alors à séparer les évolutions déficitaires où ces distorsions s'établissent très précocement - cas des psychoses infantiles déficitaires et des dysharmonies d'évolution de structure psychotique - et les cas où elles affectent des étapes plus tardives de la psychogénèse (déficiences de structure névrotique). Dans l'un et l'autre cas, mais à des niveaux structuraux et sur des modes bien différents, les processus de symbolisation apparaissent particulièrement touchés, qu'il s'agisse des processus primaires à l'oeuvre dans l'activation des fantasmes archaïques, du jeu des images et identifications, ou enfin des processus secondaires par quoi se définit la pensée, y compris la pensée logique. Cette prévalence des atteintes portant sur les processus de symbolisation est l'une des raisons qui nous ont fait choisir une épreuve de langage dans notre étude sur la première enfance.

## **B - L'APPROCHE MULTIFACTORIELLE**

Deux postulats, posés comme antinomiques, ont régi depuis les origines tous les modes d'approche - théoriques, cliniques, éducatifs et thérapeutiques, institutionnels - des déficiences mentales. Ces deux postulats s'opposent en ce que l'un considère que le destin des déficients mentaux s'écrit de l'intérieur (du fait de ses particularités organiques, ou, ainsi qu'il a été soutenu plus récemment, des anomalies de sa psychogénèse), tandis que l'autre le suppose écrit de l'extérieur (qu'il s'agisse des thèses sociologisantes ou de celles qui invoquent la toute puissance du désir de l'Autre). Il n'est plus possible de prendre parti dans une opposition aussi radicalisée ; nos travaux se fondent sur cette idée que les destinés extrêmement différents des déficients mentaux s'écrivent - mais en proportions variables - à la fois de l'intérieur (car le développement psychique s'effectue selon des lois qui lui sont propres, et sous des déterminismes endogènes qu'on ne saurait nier) et de l'extérieur (puisqu'on ne peut nier l'importance des facteurs relationnels et sociaux). Tel est le postulat fondateur de la théorie multi-factorielle qui axe nos recherches (cf. MISES, 1975 ; PERRON, 1973 et 1979 a).

Un premier principe doit être posé : les déficiences intellectuelles ne sont pas réductibles à une étiologie univoque. Le choix n'est pas entre le maintien des théories organogénétiques classiques et l'adoption de nouvelles thèses psychogénétiques pures. Tout enfant, qu'il soit débile mental ou non, se construit, en effet, par l'inter-réaction de facteurs organiques, relationnels et sociaux. L'évolution est scandée par des étapes au cours desquelles la structuration des fonctions cognitives est, en outre, inséparable du mouvement global d'organisation de la personnalité.

Assurément, il existe des formes où les lésions et les dysfonctionnements cérébraux pèsent de façon évidente. Cependant, même en pareil cas, ces facteurs organiques ne jouent pas seulement dans un registre maturatif, à concevoir sous l'angle limité du dysfonctionnement neurobiologique : ils entraînent aussi des perturbations relationnelles d'où découlent des gauchissements graves dans les expériences premières structurantes de la relation mère-enfant. Il faut en examiner les conséquences sur l'évolution des pulsions, sur l'accès au processus d'individuation, sur l'élaboration de la fonction symbolique, sur l'introduction au registre du langage, etc. Le dysfonctionnement cérébral entretient certes l'incapacité à rétablir l'objet dans son intégrité, à maîtriser les pulsions, à élaborer les conflits précoces, mais les traces des premiers échecs sont également inscrites dans les modes d'investissements viciés de l'enfant par la mère et de la mère par l'enfant, chacun de ces deux aspects étant solidaire de l'autre.

Il en va de même dans les cas où les facteurs affectifs ou socio-culturels paraissent jouer un rôle prépondérant. En effet, l'arriération d'un enfant n'est jamais une réponse simple au désir de la mère, ni la seule conséquence d'une pathologie du manque, liée aux carences affectives précoces. Les indications fournies par ces voies d'abord sont assurément d'un grand intérêt, elles le seront davantage si on les réinsère dans une histoire où chacun des tenants implique l'autre et ceci de façon variable, aux divers stades de l'évolution - que l'on envisage cette histoire sous l'angle maturatif ou libidinal.

Ainsi se trouve ébauchée la notion d'un processus multi-factoriel au long cours à travers lequel la déficience intellectuelle s'organise, se modèle progressivement. En outre, loin d'être toujours prévalente d'emblée, en particulier dans les déficiences légères ou moyennes, l'atteinte de

l'intelligence coexiste avec d'autres aspects du fonctionnement mental et avec des modalités variables d'investissement de l'entourage et d'investissement par l'entourage. Il importe d'analyser ces mécanismes divers, car le trouble du "raisonnement" ou de "l'intelligence" n'est plus concevable aujourd'hui comme l'atteinte isolée d'une fonction distincte, mais il renvoie toujours à une perturbation plus large qui implique l'individu dans sa totalité et oblige à prendre en considération le contexte socio-familial.

*On ne saurait trop insister sur les atteintes portées aux pulsions épistémophiliques dans les diverses positions prises par l'enfant lors des premières étapes de son histoire, d'où découlent des conséquences directes dans le domaine des connaissances et des processus d'apprentissage. Il ne s'agit pas ici de limitations transitoires, réductibles, de l'ordre du blocage, mais d'un abrasement durable et qui se relie à une incapacité d'accès à la pensée symbolique.*

Dans les conditions normales, on le sait, les processus mentaux sont élaborés dans un réseau ouvert aux représentants psychiques de la pulsion qui y prennent leurs connexions avec les traces mnésiques. Lors de tout acte de pensée, cette trame assure une combinatoire aux virtualités infinies par le jeu des liaisons intra-psychiques. C'est principalement cette mobilité qui est altérée chez le déficient mental dans la mesure où les processus de liaison sont entravés par une polarisation prévalente vers le contrôle, voire l'annulation du monde pulsionnel et par le maintien d'une relation étroitement délimitée vis-à-vis d'un objet externe focalisé. Cette structure, dès l'instant qu'elle prend forme, fait obstacle par sa nature même aux remaniements qui caractérisent la discontinuité du développement de l'intelligence ; d'où l'aspect toujours dysharmonique des déficiences intellectuelles qui ne correspond pas à un stade datable par rapport à l'évolution normale. Ces distorsions ferment obligatoirement l'accès au maniement des significations infinies que l'enfant façonne habituellement dans ses fantasmes ou ses diverses productions ludiques en même temps qu'il parvient à une meilleure maîtrise du réel. A travers ce mouvement bipolaire, le sujet normal accède à une souplesse, une mobilité sans cesse accrues des processus mentaux, tandis que s'élabore une activité symbolique propre à assurer sans dommages le contrôle de l'angoisse. Au contraire, chez le déficient mental, les frayages nouveaux ne se réalisent qu'après un travail préalable visant à la focalisation de l'objet et à la complète maîtrise de la

relation, de façon à limiter, dans la nouvelle voie, les connexions ainsi réalisées. Loin de débloquent un système stratifié, les nouveaux investissements exigent d'être au préalable rendus congruents au fonctionnement préexistant ; l'organisation est ainsi entravée à la source par l'orientation vers un dehors banalisé et simplement répertorié.

Sont ainsi durablement entravées les démarches par où la pensée parvient à saisir ce qui est commun dans la diversité du réel et ce qui est essentiel au travers du contingent. De ce fait, le déficient mental n'est pas en mesure d'isoler, d'articuler entre elles des significations diversifiées, à la fois interchangeable et suffisamment stables pour se situer dans un réseau ouvert de communications.

A ce point, on discerne une fois de plus les recoupements entre les divers modes d'éclairage de ces structures. Une telle organisation du moi porte en effet atteinte aux mécanismes d'une pensée, d'un raisonnement qui, pour être efficace, requiert dans une articulation dialectique, une stabilité suffisante de la signification qui vient à se dégager et une mobilité des points de vue qui permet de passer d'une signification à l'autre ; mais, sous un autre angle, c'est aussi la possibilité de se situer en tant que sujet dans des chaînes complexes de signification qui se trouve par là mise en cause dans la structure déficitaire.

### C - PROBLEMES INSTITUTIONNELS

Ces évolutions déficitaires ne s'opèrent pas **in abstracto**, selon des lois internes qui joueraient indépendamment de l'environnement considéré au niveau relationnel, familial et social. Les cadrages sociaux et institutionnels infléchissent toujours l'évolution. Le but explicite des moyens de prévention, de dépistage et de prise en charge est de l'infléchir dans un sens bénéfique ; mais d'autres effets apparaissent (on retrouve ici les controverses sur la ségrégation), selon des modes qu'il importe d'analyser. Techniquement, il est important de ne pas méconnaître que les enfants que nous devons étudier nous parviennent toujours en échantillons pré-triés par les dispositifs de leur repérage et de leur prise en charge. On ne peut jamais étudier que des échantillons ainsi sélectionnés, et l'on peut suspecter d'insuffisance toute psychopathologie qui n'en tiendrait pas

compte. Le dispositif de recherche que nous présentons plus loin fait pleinement droit à cette évidence, puisqu'il analyse les faits dans le cadre d'échantillons bien différents (première enfance, classes spéciales de l'enseignement primaire, et une institution très spécialisée, la Fondation Vallée). Ce dispositif vise d'abord à préciser des filières (modes de repérage et de prise en charge) ; mais il se propose aussi de décrire les destins individuels que cadrent ces filières ; enfin, d'analyser les modes de structuration déficitaire qui s'inscrivent dans ces destins. Il apparaît alors que les filières médico-psychologiques, psychiatriques ou psychopédagogiques, non seulement ont à connaître des cas déficitaires assez différents, mais encore en modèlent différemment le devenir.

Les travaux dont nous rendons compte ici ne constituent qu'une contribution modeste à ces problèmes, mais tentent d'en tenir compte. Ajoutons qu'une telle visée ne peut éviter de prendre en considération ce qui touche au fonctionnement interne des institutions (règles de fonctionnement, critères de recrutement des enfants et voies d'accès, techniques éducatives et thérapeutiques mises en oeuvre, dynamique des groupes interne à l'institution) : ceci sera plus particulièrement envisagé dans la troisième partie de cet ouvrage.



## CHAPITRE III DELIMITATION DE LA RECHERCHE

### A - PRINCIPES GENERAUX

L'approche multifactorielle énoncée dans le chapitre précédent définit un mode général d'abord du problème des évolutions déficitaires. Dans ce cadre général, il est évidemment possible, et souhaitable, de conduire un grand nombre de recherches très diverses. Chacune doit être délimitée selon ses objectifs propres. Les travaux dont nous rendons compte ici ont opéré cette délimitation en se guidant sur trois principes.

1) On a convenu de centrer l'intérêt sur les troubles d'acquisition et de fonctionnement du langage et des processus symboliques. Dans la diversité des cas envisagés, il a paru nécessaire de prendre d'abord en considération les influences environnementales. De toute évidence, la maîtrise de la langue s'acquiert au cours de relations interpersonnelles. Beaucoup de retards et de troubles qui affectent cette acquisition peuvent en première approche se comprendre comme résultant d'insuffisances et de distorsions des modèles linguistiques présentés à l'enfant ; mais aussi comme expressions de troubles relationnels où c'est dans sa fonction interactive elle-même que le langage se trouve altéré. Ceci admis, on ne peut en rester au niveau d'une simple théorie de l'apprentissage, qui poserait l'enfant, dans les troubles mêmes qu'il présente, comme objet passif d'entreprises éducatives défectueuses. Le langage a valeur structurante d'instrument de la pensée, offrant au développement des processus symboliques un outil majeur ; ce sont donc ces processus eux-mêmes qui sont dès lors atteints, le fonctionnement linguistique s'en trouvant en retour d'autant plus handicapé. Ainsi se construisent des organisations déficitaires qui s'avèrent souvent de plus en plus résistantes au changement à mesure que l'enfant grandit, car leur fonction défensive est alors patente. L'enfant, de plus en plus mal à l'aise lorsqu'il s'agit d'utiliser le langage pour communiquer (sur le double versant de l'écoute et de l'expression), et pour formaliser ses propres processus de pensée, s'avère alors de plus en plus hostile à cet usage, et se cantonne dans des modes d'expression pauvres et peu symbolisants (interjections, formulations utilitaires de besoins, formules figées progressivement vidées de leur sens et sans plasticité en fonction des circonstances

et des interlocuteurs, etc...). L'impossibilité d'accéder au langage écrit procède en de nombreux cas de cette organisation défensive, et scelle alors un retard irrémédiable de l'enfant par rapport à tous ceux qui voient s'ouvrir devant eux ce domaine nouveau.

2) Quelle que soit la dynamique interne de ces processus d'organisation déficitaire, on ne peut les considérer isolément des cadrages sociaux de leur production, de leur repérage, de leur prise en charge. Ces cadrages jouent de deux façons bien différentes :

- spontanément, de façon non intentionnelle, à la faveur de processus où, **de fait**, des enfants qui suivent une telle évolution se trouvent progressivement localisés dans des espaces sociaux qui les désigneront comme "peu doués", "mauvais élèves", "débiles mentaux", etc... L'insuffisance personnelle se trouve alors définie par un statut social (scolaire, et plus tard professionnel) ; mais, ces processus étant pour l'essentiel méconnus par le fonctionnement d'une sorte d'"inconscient collectif", la position banale consiste à inscrire l'origine de cette insuffisance en la personne de l'enfant lui-même.

- de façon réfléchie et planifiée : il s'agit de l'ensemble de nos dispositifs de "dépistage" et de prise en charge. On a beaucoup discuté du dilemme alors ouvert si, admettant l'absolue nécessité de tels dispositifs, on souligne les dangers de l'éventuel enfermement du sujet dans un destin de déficient scellé par des modes d'existence sociale et relationnelle qui prétendaient au contraire briser le destin.

Le premier type de cadrage sera plus particulièrement envisagé dans le premier volet de nos recherches (2ème partie) ; le second type sera discuté dans le second volet (3ème partie).

3) Enfin, il est clair que si ces principes généraux de délimitation du problème sont en droit utilisables sur des échantillons très divers, on ne doit pas confondre les retards et déficits moyens et légers d'origine surtout environnementale avec des troubles et retards plus importants pris dans le cadre d'organisations psycho-pathologiques lourdes. Ces deux cas seront distingués ci-après, dans les seconde et troisième partie de cet ouvrage.

Sur ces principes, nous avons opéré une double délimitation du problème : en fonction de phases évolutives d'une part, en fonction de cadrages sociaux et institutionnels d'autre part.

## **B - DELIMITATION EN FONCTION DES PHASES EVOLUTIVES**

Si l'on considère une structure déficitaire comme un système de fonctionnement historiquement construit, il apparaît nécessaire de spécifier le problème de recherche en fonction de la phase évolutive envisagée. Nous avons choisi de faire porter nos travaux sur trois phases bien distinctes : la première enfance (jusqu'à 6 ans), l'âge scolaire et l'adolescence.

### **LA PREMIERE ENFANCE**

Le problème clé est alors celui des origines. Si l'on ne se contente pas d'invoquer dans tous les cas, à titre de postulat, un destin préformé, ce problème peut se préciser en deux questions :

- quels sont les modes d'entrée dans un destin de déficient mental, c'est-à-dire comment s'amorcent les divers types de structuration déficitaire ?

- à partir de quelle phase tel ou tel type de structure peut-il, éventuellement, en venir à commander toute l'évolution ultérieure de façon irréversible ? (on peut parler ici d'"inscription du déficit").

Ceci suppose deux postulats. L'un est très général, c'est l'idée d'une plasticité évolutive qui irait en diminuant ; l'autre invite à une analyse génétique et fonctionnelle très soignée, et fait appel à la notion de structure **structurante**, c'est-à-dire à cette idée qu'une structure de fonctionnement psychique est le résultat de l'évolution antérieure, mais aussi organise les phases à venir. C'est l'un des points sur lesquels la référence piagétienne s'avère des plus utiles. Il va de soi cependant qu'il ne s'agit là que de principes généraux, et que le but de la recherche est de les mettre en oeuvre sur des observations précises. En cette première phase, l'approche multi-factorielle apparaît particulièrement nécessaire. Sans négliger d'éventuels facteurs à situer au niveau d'atteintes ou anomalies

organiques, on est conduit à attacher une valeur particulière aux conditions sociologiques, aux fantasmes parentaux, et enfin aux attitudes et conduites éducatives qui en sont la traduction, dans un certain cadrage social.

## L'AGE SCOLAIRE

L'analyse des déficiences mentales révélées et prises en charge tardivement - c'est-à-dire après 6 ans - laisse souvent l'impression que nos moyens d'intervention ne disposent plus que d'une marge très réduite par rapport aux possibilités antérieures. Il se peut qu'il y ait là, en un certain nombre de cas individuels, une illusion. C'est précisément pour nous donner les moyens d'analyser mieux ce type de questions que nous avons choisi de procéder à des enquêtes longitudinales, en des phases successives du développement. En cette seconde grande phase, les problèmes de la déficience mentale doivent être formulés en termes sensiblement différents. Au niveau de la sociologie scolaire d'abord : l'enfant est repéré, dès le cours préparatoire, par son incapacité d'acquisition et d'adaptation générale. Il est dès lors aiguillé, plus ou moins vite, vers la classe de perfectionnement, ou vers divers types d'aides individualisées (comme celles que peuvent apporter les C.M.P.P., les G.A.P.P., etc...). Mais dans tous les cas, l'enfant se voit progressivement localisé dans un statut scolaire particulier ; or, tout statut suppose des attentes de rôle de la part de l'entourage, et un apprentissage de rôle chez le sujet. Ceci est assez évident concernant les déficients moyens et légers dont le destin s'inscrit dans l'institution scolaire ; et l'on a pu, à leur propos, évoquer l'idée d'une "création sociale" de la débilité mentale. On ne peut cependant pousser une telle thèse trop loin. Il est évident en effet que si les prises d'attitudes de l'enfant sont cadrées par les exigences qui pèsent sur lui et par son insuffisance à y répondre, elles procèdent au premier chef de la dynamique déficitaire elle-même, c'est-à-dire du jeu des images et identifications constitutives de sa personnalité.

## L'ADOLESCENCE

Aux yeux de l'entourage comme à ceux de l'adolescent lui-même (sauf déficience profonde) se posent de multiples problèmes souvent éludés jusque là, mais qui sont alors généralement vécus de façon dramatique. Ce sont tous les problèmes soulevés par la puberté et l'imminence de l'arrivée à l'âge adulte : problèmes de formation professionnelle, difficultés d'acquisitions

des modes de relations usuels entre adultes, problèmes sexuels, doutes quant à la possibilité d'une indépendance financière et d'une vie autonome et responsable, etc... Plus qu'auparavant le décalage entre **destin** et **projet** devient alors évident : entre un destin passivement subi comme inévitable et un projet de vie difficile à construire pour la famille, évité ou posé de façon très irréaliste par le sujet lui-même. L'étude de ces décalages entre destin et projet est en cette phase un thème de recherche majeur ; il fournit l'un des axes de cette partie de nos travaux.

### C - DELIMITATION EN FONCTION DES CADRAGES SOCIAUX ET INSTITUTIONNELS

Aux trois grands paliers évolutifs qui viennent d'être définis, il est a priori possible de constituer des échantillons très différents, de par les cadres sociaux et institutionnels de leur recrutement, et de par les structures déficitaires en cause (quant à la gravité du déficit, aux troubles associés, etc...). Les deux aspects sont évidemment liés, les filières suivies par un enfant étant fonction, pour une part, de la nature des troubles qu'il présente, et pour une part du statut sociologique de la famille. Compte tenu des contingences qui pèsent nécessairement en matière d'échantillonnage sur toute recherche, nous avons choisi de travailler sur trois populations.

- 1 - L'étude sur la première enfance se situe dans le cadre de consultations de la Protection Maternelle et Infantile du Val-de-Marne, où nous avons pu favoriser la création d'une équipe de recherche active.
- 2 - L'étude sur la seconde enfance s'effectue dans le cadre d'écoles primaires publiques, en collaboration avec des commissions de circonscription pour l'éducation spécialisée (C.C.P.E.) dont la fonction, rappelons-le, est d'instruire le cas des enfants jugés en difficulté par leurs enseignants, et à orienter éventuellement vers des classes spéciales.
- 3 - Enfin, une partie de notre recherche porte sur les enfants pris en charge à temps complet ou partiel (en hôpital de jour), à la Fondation Vallée, institution spécialisée qui accueille des cas de

déficits souvent pris dans le cadre de structurations psychopathologiques lourdes (psychoses infantiles, dysharmonies d'évolution, etc...).

Les deux premiers groupes sont donc recrutés au sein d'institutions par définition ouvertes à toute la population infantile. Les cas d'évolution déficitaire qui y sont repérables y représentent une petite minorité. Ceci nous permet de situer les facteurs d'évolution déficitaire par rapport aux facteurs généraux du développement (on verra plus loin qu'en P.M.I. notre recherche en sa première phase s'est surtout intéressée à ces facteurs généraux). Techniquement, ce mode de recrutement de nos échantillons nous permet en principe de les comparer à des groupes témoins (enfants dits "normaux" ; non suspects d'évolution déficitaire), recrutés dans le même cadre. La Fondation Vallée est au contraire une institution qui ne reçoit que des cas très particuliers, au terme de filières que nous nous attacherons à analyser. C'est dans ce dernier cas que nous pouvons le mieux utiliser une méthodologie de recherche clinique, et aborder le problème de l'intrication entre cadrages sociaux (statut de la famille, mode de prise en charge, etc...) et structure psychopathologique.

Il faut noter que cette délimitation par les cadrages sociaux et institutionnels recoupe partiellement la distinction des phases évolutives énoncées précédemment. Si en effet on ne peut voir en P.M.I. que des enfants de moins de 6 ans, les deux autres cadres nous permettent de connaître des enfants d'âge scolaire et des adolescents, et autorisent des études longitudinales de plus longue durée.

## **D - CHOIX METHODOLOGIQUES**

### **ETUDES TRANSVERSALES ET ETUDES LONGITUDINALES**

Rappelons les définitions. Ces deux types d'études visent à analyser des modalités du développement, ou plus généralement des changements en fonction de l'âge. La méthode transversale compare, pour un même type de variables observables, des échantillons échelonnés par l'âge, mais composés d'enfants différents ; la méthode longitudinale compare des échantillons d'observations recueillies sur les mêmes enfants, à des âges successifs. Les avantages de

cette dernière méthode sont évidents. Dans les deux cas en effet, on cherche à maximiser le poids de la variable âge, et à maintenir les autres facteurs aussi constants que possible d'un lot d'observations à l'autre (facteurs tels que statut social de la famille, étendue de la fratrie, pathologie parentale, etc...). La méthode transversale s'efforce de réduire autant que possible l'inévitable fluctuation de ces paramètres, par une définition et une application aussi rigoureuses que possible des critères d'échantillonnage (par exemple : les groupes de 6, 7, 8, 9 ans, etc... seront tous composés de garçons, premiers nés d'une fratrie de trois, dans une famille où le couple parental est stable et exempt de pathologie mentale, le statut socio-professionnel étant celui de cadre moyen, etc...). En fait, ces problèmes d'échantillonnage sont complexes, et les solutions toujours approchées. On a alors recours à des méthodes statistiques d'épuration plus ou moins sophistiquées (analyses de variance, analyses factorielles, etc...), mais d'utilisation et d'interprétation délicates. La méthode longitudinale paraît éliminer d'emblée toutes ces difficultés, puisque c'est le même lot d'enfants ("cohorte") qu'on réexamine périodiquement à des âges successifs. Elle ne va pas cependant sans inconvénients. Rappelons les trois principaux, qui sont relatifs à :

- l'échantillonnage initial : le fait même que les enfants doivent être suivis longtemps définit les possibilités d'accès et les critères de choix de façon particulière ;

- la "fonte" progressive du groupe (par refus de coopérer, déménagement, décès, etc...) qui conduit à un échantillonnage finalement parfois très différent de l'échantillonnage initial, selon des lois de sélection qu'il peut être difficile d'élucider ;

- enfin, si l'on utilise des tests psychologiques, ceux-ci donnent lieu à des effets de retest (familiarisation avec l'épreuve, apprentissage, etc...) qui peuvent constituer des artéfacts gênants.

En dépit de ces difficultés, nous avons en règle générale, dans les travaux qui seront présentés plus loin, opté pour des études longitudinales ; nous

dirons dans chaque cas comment nous en avons traité les difficultés (1)

## LE CHOIX DES VARIABLES

Nous recherchons trois types de renseignements qui concernent :

- 1 - Les filières : l'histoire de l'enfant quant au moment et aux circonstances du premier repérage, aux organismes qui sont intervenus, aux modes de prise en charge, etc...
- 2 - Le milieu de vie : variables d'ordre sociologique (niveau socio-économique et culturel de la famille, habitat, etc...), relatives à la structure de la famille (fratrie, stabilité du couple parental, etc...), et aux relations intra-familiales.
- 3 - L'étude psychologique et psychopathologique de l'enfant : données somatiques, histoire des maladies, etc... ; analyse des déficits cognitifs, approche de psychopathologie structurale. Sur ce troisième plan, l'étude des processus de symbolisation et de leurs altérations dans les évolutions déficitaires a pris dans nos travaux une importance toute particulière.

---

(1)En ce qui concerne ces problèmes méthodologiques, les avantages et les difficultés des études longitudinales, voir le volume récemment publié sous la direction de S.A. MEDNICK et A.E. BAERT (Prospective longitudinal research, an empirical basis for the primary prevention of psychological disorders, Oxford University Press, 1981). Nous avons contribué à ce volume par un bref exposé (R. MISES et R. PERRON : Development among mentally defective children : a report on research in progress, ouvrage cité, p. 275-278). Rappelons ici deux études qui ont fait date dans l'histoire des recherches longitudinales. La "Fels Research", commencée en 1929 et qui reste en cours, s'est proposée de mettre en relation les pratiques éducatives des parents et le développement de l'enfant (cf. BALDWIN, KALHORN et BREESE, 1945 et 1949 ; CRANDALL et PRESTON, 1955 ; BAKER, NELSON et SONTAG, 1958 ; MOSS et KAGAN, 1958). Assez analogue dans son principe est la "Berkeley Growth Study" (cf. BAYLEY et SCHAEFER, 1964 ; EICHORN, 1973). LAUTREY, 1980, a donné un bon résumé de ces travaux.



Il va de soi qu'on ne peut prétendre embrasser toutes ces variables à la fois dans une même étude ; selon les cas, nous en réalisons une sélection et une combinaison particulière. Il faut par ailleurs rappeler que dans toute étude de ce genre, il existe, pour des raisons pratiques évidentes, une relation inverse entre le nombre des sujets étudiés et le nombre des renseignements qu'il est possible de recueillir et d'exploiter sur chacun. Nous avons adopté des solutions très différentes selon les cas, de l'étude extensive (beaucoup de sujets et peu de renseignements sur chacun, cas de l'étude P.M.I. dans une première phase) jusqu'à l'étude intensive (peu de sujets, mais dossier très riche pour chacun, cas de l'étude conduite à la Fondation Vallée).

### STATISTIQUE ET CLINIQUE

Nous avons en certains de ces travaux utilisé des méthodes statistiques de tri du matériel, de mise en évidence de certains aspects de nos populations, de recherche de correspondances entre variables, etc... D'autres relèvent pour l'essentiel d'une démarche clinique, mise au service de problèmes de recherche. On considère souvent qu'il y a antinomie, voire incompatibilité, entre ces deux types de démarches, qui relèveraient de modes de pensée et d'optiques scientifiques différentes. Les contraintes méthodologiques sont certes différentes. Nous souhaitons cependant montrer, dans la réalité même de notre travail, qu'il ne s'agit pas de démarches incompatibles (1). Le problème sera traité plus précisément dans le cas de chaque recherche, et la discussion d'ensemble en sera reprise dans nos conclusions générales.

---

(1) Le lecteur intéressé par ces problèmes pourra se reporter aux Actes d'un colloque organisé par la Société Française de Psychologie sur "La preuve en psychologie" (Psychologie Française, 1979, 24, n° 1 ; en ce qui concerne les démarches de la psychologie clinique, cf. dans ce numéro spécial les contributions de R. PERRON, p. 37-50 et P. FEDIDA, p. 51-55).

La seconde partie de cet ouvrage rendra compte de la recherche conduite, au niveau pré-scolaire, sur 2000 enfants suivis en P.M.I. Elle mettra en évidence la pesée considérable de facteurs de milieu défavorables, et l'on en discutera les implications quant à la scolarité et au développement ultérieurs. La troisième partie sera consacrée au travail réalisé, dans le cadre de la Fondation Vallée, à propos de 175 cas de psychopathologie infantile où l'aspect déficitaire apparaît prévalent. Nos conclusions viseront à rassembler et discuter les principaux acquis de ces recherches.

## DEUXIEME PARTIE

### LES AIGILLAGES INITIAUX



## CHAPITRE IV LA MISE EN PLACE DE LA RECHERCHE

### A - ENVIRONNEMENT ET DEVELOPPEMENT PSYCHOLOGIQUE

Un grand nombre d'études, conduites en général sur de larges échantillons, étayent aujourd'hui un fait fondamental : le développement psychologique, sous tous ses aspects - cognitif, relationnel, affectif, social, etc... - porte très fortement la marque de son cadrage par les conditions de vie de l'enfant (1). Il faut entendre ici "conditions de vie" en un sens très général : ceci embrasse les définitions que peuvent s'en donner le démographe, le sociologue, le psycho-sociologue, etc... (traditions et conflits culturels, niveau socio-culturel, socio-professionnel et économique des parents, conditions de logement, etc...) ; l'approche de la dynamique intra-familiale (positions éducatives des parents, conflits conjugaux, relations au sein de la fratrie, etc...) ; la prise en compte des institutions extra-familiales et des groupes de vie de l'enfant (école, groupes de loisirs, bandes, etc...) ; le jeu des facteurs préconscients et inconscients à situer au niveau des modèles, des images, des processus d'identification, etc... Tout ceci contribue très puissamment à cadrer le développement psychologique, à le modeler, à l'infléchir. Cette évidence aurait dû, semble-t-il, s'imposer d'emblée. En fait, il en est allé bien différemment. Dès le début des études scientifiques en ce domaine, vers la fin du siècle dernier, on a au contraire parié, et d'abord sans nuances, sur l'innéité des dons, des aptitudes, des traits de caractère, etc..., toute la variabilité humaine étant réduite, au niveau des caractéristiques et du fonctionnement somatiques, aux effets de déterminants héréditaires. On affirmait en effet de façon à peu près unanime, jusque vers 1930, que le rythme du développement intellectuel d'un individu donné, et le niveau qu'il peut atteindre finalement, sont déterminés totalement ou quasi totalement par des "potentialités" inscrites en lui d'emblée, c'est-à-dire dès la conception, et au niveau organique, par l'hérédité. Il en est résulté une définition de l'arriération "vraie" comme héréditaire, place étant cependant faite aux

---

(1) Cf. par exemple LAUTREY, 1980 ; MARCOS, 1976 ; MIGLIORINO, 1971 ; Milieu et développement, 1972 ; REUCLIN, 1972 et 1976.

accidents qui peuvent précocément compromettre le fonctionnement cérébral normal. On peut s'interroger sur les déterminants, la nature et les fonctions d'un tel credo théorique.

Les raisons en sont nombreuses. Elle se situent d'abord au niveau de l'idéologie scientifique. Pour la pensée du 19<sup>ème</sup> siècle, et pour ses prolongements jusqu'à nous, les véritables causes sont dans la matière. Les particularités de l'individu, jusque et y compris ses particularités psychiques, doivent par principe être expliquées par des particularités biologiques, anatomo-physiologiques, dont elles sont les conséquences. Toute autre attitude ouvre, selon ce mode de pensée, la voie aux illusions de l'animisme et aux pseudo-explications théologiques. Ce pari réductionniste a fort bien réussi à la biologie elle-même ; mais, transposé au psychisme, il a donné lieu à des simplifications aujourd'hui insoutenables, et pourtant tenaces. Si cependant il a eu tant de prise, c'est qu'il s'agissait de rendre compte non pas tant de la **diversité** des hommes que de leur **inégalité**. D'où procèdent les inégalités entre les hommes, quant à des caractéristiques personnelles aussi désirables que l'intelligence, la beauté, l'argent, le pouvoir, etc... ? Et qu'est-ce qui en légitime la transmission de père en fils ? La société féodale, et à sa suite la société aristocratique, avaient leur réponse : Dieu. La société bourgeoise attachée à la construction du capitalisme y a substitué la sienne : la Nature. C'est légitimement qu'un homme exerce le pouvoir, pour le bien de tous, s'il en a les capacités ; et c'est légitimement que son fils héritera de ce pouvoir s'il a d'abord hérité du père, par voie biologique, les capacités mêmes qui en permettent l'exercice pour le bien de tous. Un système scolaire voué à sélectionner les plus doués "par nature" exerce donc une fonction précise de transmission, de "reproduction" d'une structure sociale supposée optima (BOURDIEU et PASSERON, 1970). C'est dans cette optique victorienne qu'au début du siècle a été formulé le problème "débilité mentale et échec scolaire". La vogue du darwinisme s'y est intégrée : les voies naturelles de la sélection sociale font émerger et assurent, d'une part les dynasties du pouvoir, et de l'autre celles de l'incapacité (débilité mentale, échec scolaire, échec professionnel, irresponsabilité, misère. La théorie de la dégénérescence a laissé là des marques profondes).

Il est significatif qu'il ait fallu attendre la grande crise économique des années 30 pour voir remettre en cause ce dogme, les effets nocifs sur le développement de l'enfant de conditions de vie très défavorables s'imposant alors à l'attention. Toute une série d'études, opérant par des méthodes très diverses, ont dès lors cherché à chiffrer les poids respectifs de l'"hérédité" et du "milieu" dans le développement de l'intelligence ; c'est un aspect majeur de la grande controverse "nature/nurture" des auteurs anglo-saxons. Etant donné le poids des implications socio-politiques du problème, cette controverse a pris parfois un tour passionné fort préjudiciable à l'objectivité scientifique. Nous ne prendrons certes pas parti sur ce plan. Mais, disons-le, il est remarquable que les auteurs qui ont soutenu avec le plus de passion la théorie selon laquelle les différences inter-individuelles dans les performances intellectuelles s'expliquent essentiellement par des déterminations héréditaires ne sont pas des généticiens : ce sont en règle générale des psychologues, des sociologues, parfois des psychiatres, travaillant sur de larges échantillons, utilisant la "méthode des jumeaux", étudiant des cas de placement précoce dans un milieu social très différent de celui des "parents naturels", etc... En tous ces cas on a nécessairement recours à des procédures statistiques plus ou moins sophistiquées pour décanter le "poids de l'hérédité" d'influences du milieu alors traitées comme artéfacts. Au fil des démarches complexes alors mises en oeuvre, l'a priori théorique trouve de multiples occasions d'infléchir le constat final... Il y a quelques années, les spécialistes étaient devenus beaucoup plus sceptiques quant à ce type de démarches, et renonçaient généralement à poser le problème en ces termes. On avait vu en effet, au fil de ces études, le poids imputé à l'hérédité diminuer progressivement ; on avait à juste titre souligné qu'aucun test d'intelligence ne peut être dit "culture free" ; que le concept de "milieu" était nécessairement réduit, du fait des méthodologies utilisées, à une simplification abusive ; que, symétriquement, l'"hérédité" postulée dans ces travaux n'était et ne pouvait être définie que de façon globale et floue, et techniquement fort mal contrôlée, ceci ne pouvant recevoir l'accord de généticiens de métier (cf. à ce sujet l'excellent livre de A. JACQUARD, 1978 ; cf. aussi LARMAT, 1979, LAWLER, 1978 ; SALVAT, 1969). La cause pouvait paraître entendue : le problème doit être posé en d'autres termes. Il y a lieu cependant d'éprouver quelque inquiétude face au succès rencontré par la relance de thèses héréditaristes simplistes appuyées par l'autorité d'auteurs comme EYSENCK ou

JENSEN : on voit ces thèses, réaffirmant que les différences d'intelligence entre classes sociales et entre "races" procèdent d'inégalités "naturelles", venir au service d'exploitations socio-politiques extrêmement suspectes.

Il faut se garder cependant d'opposer à ces thèses un culturalisme sommaire. La négation du réductionnisme biologique a conduit, pendant une longue période, à affirmer que toute inégalité, et même toute diversité, procède de l'environnement, au sens social du terme : éducation, classe sociale, etc... La personnalité, l'intelligence, strictement déterminées par les conditionnements sociaux, ne seraient qu'un apprentissage de rôles soutenu par l'intériorisation de valeurs et de normes de conduite imposées de l'extérieur. Un tel réductionnisme n'est pas plus recevable que celui qu'il prétend combattre. Certes, la pesée des conditions sociales est considérable, en particulier sur le développement intellectuel et la réussite scolaire. Ceci est maintenant attesté par un grand nombre de travaux. La clinique la plus banale montre cependant qu'on ne peut s'en tenir à ce niveau d'explication lorsqu'il s'agit d'individus ; innombrables sont les exceptions à l'enchaînement causal postulé par ce seul déterminisme, comme à celui qu'implique la position organiciste. Le débat "hérédité-milieu" est mal posé si par le premier terme on n'entend que la transmission biologique, par le second que l'impact des conditions sociologiques. On est en effet alors conduit à une théorie purement réactionnelle du développement psychique, où l'homme serait pur montage, sur la base de structures nerveuses préformées, d'automatismes imposés de l'extérieur. Comme dans le cas de la statue de CONDILLAC, son animation, c'est-à-dire le fait même qu'un jour, d'objet de ces montages, il devienne **sujet**, reste alors pur mystère. De telles théories négligent l'inscription et la reprise, dans ce nouveau statut de sujet - sans précédent dans l'évolution du vivant - de tout ce qui contribue à former un être mais ne peut entièrement l'expliquer. Il faut prendre en compte un troisième terme, ce que Henri WALLON appelait "un nouveau plan de réalité", ce que FREUD a appelé l'"appareil psychique", lieu d'un autre déterminisme : celui qui fait de l'enfant l'**agent de sa propre histoire**.

Il ne faut pas cependant verser dans une troisième réductionnisme, celui de la psychogénèse pure, où tout serait supposé procéder de la dynamique intrapsychique ; ce serait négliger la responsabilité des pratiques sociales et des institutions. S'il s'agit de l'échec scolaire, l'explication, au niveau de l'individu, ne peut être recherchée qu'à l'intersection de plusieurs



ordres de facteurs : au niveau d'un "équipement de base" qu'il ne saurait être question de nier mais que nous ne pouvons guère qu'inférer, à celui des conditions sociologiques du développement, à celui des positions parentales et des interactions au sein de la famille, à celui enfin, essentiel, de la reprise de tout ceci dans la dynamique intra-psychique et dans la psychogénèse.

Si l'on centre l'intérêt sur ceux qui, parmi ces enfants, tout à la fois échouent en classe et manifestent une insuffisance intellectuelle caractérisée, c'est définir l'approche multifactorielle que nous défendons. Considérer un enfant comme débile mental léger, ce n'est et ce ne peut être qu'opérer un constat. Toute implication étiologique a priori, comme celles qu'entraînait la définition classique de l'arriération, doit être exclue. Elle détourne en effet de l'indispensable travail d'information et de réflexion par où sont recherchés les déterminants et les conditions de mise en place du fonctionnement déficitaire actuellement constaté. Il ne faut a priori exclure ni d'éventuelles atteintes ou anomalies organiques, ni la pesée de facteurs sociaux, ni celle des positions parentales, ni leur reprise dans le jeu des identifications ; il faut s'interroger sur l'histoire : celle des événements d'abord, mais au-delà et bien plus celle de la structuration de ce psychisme dont on constate aujourd'hui le fonctionnement déficitaire. Dans cette histoire, les effets sont constamment repris à titre de causes lors des étapes ultérieures. La structure peut s'y confirmer progressivement jusqu'à devenir difficilement modifiable, si judicieuses que soient des mesures prises trop tardivement. Une évolution déficitaire peut s'amorcer de la conjugaison de conditions et facteurs dont aucun, pris isolément, n'aurait eu d'action vraiment nocive, mais dont l'enchaînement pèse lourdement ; le déficit peut alors s'inscrire dans le cadre d'un fonctionnement défensif qu'il faut analyser en tant que tel.

La présente recherche s'est proposée de mettre en évidence quelques-uns de ces déterminants précoces de possibles évolutions déficitaires.

## B - LA CREATION D'UNE EQUIPE DE RECHERCHE DANS LE CADRE DE CONSULTATIONS DE LA PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE

Lorsque, souhaitant aborder au niveau de la première enfance les problèmes évoqués dans les pages qui précèdent, nous avons pris contact avec des pédiatres que nous supposions également concernés, nous avons rencontré tout à la fois un vif intérêt et d'évidentes réticences. Ces réticences procédaient sans doute d'images du pédopsychiatre et du psychologue de l'enfant difficiles peut-être à situer dans l'espace qui va de la clinique à la recherche. Il a fallu une longue période de concertation préalable pour trouver un langage commun, définir des buts et des moyens, et d'abord dissiper certains malentendus. Au premier plan de ces derniers, venait la crainte (non fondée en l'espèce, mais qui eût pu l'être) qu'une telle entreprise de recherche, à être basée sur la conception "classique" de l'arriération, n'aboutisse, dans l'optique d'un dépistage précocissime, à fixer abusivement le destin de certains enfants, et que s'en étayent des dispositifs institutionnels et administratifs donnant force de loi à de telles conséquences. L'élucidation de ces problèmes a dans un premier temps absorbé une bonne partie des intérêts de l'équipe en voie de création, et a fortement marqué l'orientation d'ensemble de notre recherche ; les considérations théoriques énoncées plus haut en témoignent, et sont redevables à cette collaboration entre pédiatres, psychologues et pédo-psychiatres. D'autres difficultés ont dû être surmontées, relatives aux problèmes spécifiques que doit affronter la P.M.I. en tant que système de prévention, de dépistage, d'aide, sans action thérapeutique directe, et ceci au sein d'institutions dont l'avenir pouvait apparaître incertain. Ajoutons enfin que la quasi-totalité du travail fourni, dans le cadre de cette recherche, par les médecins qui s'y sont engagés, n'a fait l'objet d'aucune rémunération spécifique, et a dû être pris sur le temps de travail ordinaire.

Tout ceci explique que les buts et les moyens de la recherche sur lesquels cette équipe a finalement scellé son existence constituent un compromis entre le souhaitable et le possible : entre la rigueur qu'eût souhaité le chercheur professionnel (quant à la problématique et à la méthodologie) et la

concrétude des questions que se posent quotidiennement les médecins, légitimement désireux de trouver rapidement et précisément de meilleures réponses (1).

Il est sans doute utile, pour mieux éclairer la structure du projet finalement retenu, de rappeler en quelques mots l'histoire de son dégagement ; en effet, certaines des voies de recherche d'abord envisagées ont dû être abandonnées, mais les raisons de cet abandon valent d'être mentionnées ; d'autres sont simplement différées faute de moyens mais pourront être reprises.

a) Nous avons d'abord pensé exploiter systématiquement les informations contenues dans les certificats de santé obligatoirement remplis par un médecin à la naissance, à 6 mois et à 24 mois. L'idée pouvait apparaître séduisante, puisque nous disposions potentiellement de ces renseignements sur plusieurs dizaines de milliers d'enfants du Val-de-Marne. Elle s'est avérée inexploitable, pour diverses raisons : incertitudes quant au soin avec lequel ces certificats sont parfois remplis (certains apparaissent barrés en totalité d'un "R.A.S." définitif, ce qui est évidemment dénué de sens pour des renseignements comme la taille, le poids, etc...) ; caractère très sommaire des questions relatives au développement psychologique et social ; mauvaise formulation de certaines questions, rendant en quelques cas la réponse ininterprétable, etc... Nous avons donc décidé de faire porter la recherche uniquement sur des enfants personnellement suivis en consultation P.M.I. par des médecins de notre équipe.

b) Il eut été certes souhaitable de recueillir sur ces enfants un maximum d'informations, bien au-delà de ce qu'exige et permet le travail pédiatrique quotidien (renseignements détaillés sur la famille, examen de l'enfant et entretien avec la mère développés dans des directions particulières, etc...). L'introduction d'une perspective de recherche a en effet conduit les médecins à augmenter le volume moyen des informations recueillies. Mais cette extension reste nécessairement limitée, faute de temps de la part des médecins, mais aussi parce qu'il apparaît impossible de

---

(1) Signalons que le groupe de travail constitué à l'occasion de cette recherche a souhaité affirmer sa pérennité en se donnant la forme d'une Association 1901, sous le titre "Groupe d'Etudes et de Recherches Multidisciplinaires sur la petite Enfance" (G.E.R.M.E., 1 rue de Burnley, 94400 Vitry-sur-Seine).

retenir trop longtemps en consultation les enfants et leurs mères, une enquête trop poussée risquant d'ailleurs parfois d'inquiéter ces dernières. Nous avons donc décidé de limiter cette prise de renseignements détaillés à certains cas (les enfants "qui donnent lieu à inquiétude"), bien que ceci soulève également des difficultés qui seront évoquées plus loin.

c) La prévalence que nous avons décidé d'accorder aux études longitudinales nous a conduit à en spécifier le principe en deux projets d'enquêtes catamnétiques :

- une étude dite rétrospective : on part de deux listes appariées d'enfants, établies en collaboration avec des établissements scolaires locaux : d'une part des enfants en difficultés (référés à la C.C.P.E., pris en charge dans une classe spéciale, par un G.A.P.P., un C.M.P.P.), d'autre part des enfants témoins, bien adaptés et dont le cursus scolaire est normal. L'enquête consiste à vérifier dans les archives des consultations P.M.I. si et comment ces enfants avaient suscité autrefois, chez le pédiatre, des inquiétudes quant à leur évolution ultérieure.

- une étude dite prospective, symétrique, consistant à établir une liste d'enfants actuellement âgés de plus de 8 ans, vus autrefois en P.M.I. où ils avaient donné lieu à inquiétude en ce qui concerne leur évolution ultérieure. L'enquête vise à rechercher ces enfants dans le système scolaire local afin de connaître leur statut scolaire actuel (et au-delà, si possible, leurs possibilités intellectuelles).

Ces deux projets ont dû être différés faute de moyens.

d) C'est bien la notion d'"inquiétudes" qu'ont dégagé ces essais successifs. Elle s'inscrit en contraste délibéré avec le projet de dépistage précocissime que nous nous sommes accordés à rejeter (pour les raisons énoncées plus haut, mais aussi parce qu'un tel dépistage ne nous aurait livré qu'un échantillon extrêmement restreint de handicaps graves, immédiatement apparents dès la première enfance). La notion se fonde sur un constat : certains jeunes enfants, même s'ils ne présentent actuellement aucun déficit ou anomalie notable, suscitent quelque inquiétude quant à leur développement psychologique et social ultérieur. Ceci, soit pour des raisons facilement énonçables (handicap sensoriel, mère pathogène, milieu misérable, etc...),

soit pour des raisons moins claires, le médecin se fiant cependant en l'occurrence à son sens clinique. C'est sur ce constat que s'est axé notre projet : il s'agit de clarifier ces motifs d'inquiétude et d'en vérifier le bien-fondé par le suivi des enfants. Insistons sur le fait que cette notion ne préjuge, ni du bien-fondé des inquiétudes (l'objet même de la recherche est de les soumettre à vérification), ni de l'enchaînement des causes et des effets. (1)

e) En définitive, la recherche dont nous ferons état ici a porté sur la quasi totalité des enfants suivis dans les quatre consultations intéressées pendant une période de cinq années, soit 2000 enfants de 2 à 6 ans environ. Nous dirons plus loin la méthodologie utilisée ; mais il importe ici d'explicitier cette extension elle-même. Nous ne nous limiterons pas en effet ici aux seuls cas qui "donnent lieu à inquiétude". C'est que la notion même d'inquiétude a paru bien difficile à cerner : certes, on peut être inquiet quant au développement et à l'avenir scolaire, professionnel et personnel de l'enfant d'une famille immigrée vivant dans des conditions très défavorables, ou de l'enfant de parents évidemment pathogènes, etc... ; mais, compte tenu de l'extrême variété, et parfois de la banalité de ces motifs d'inquiétude, comment définir l'échantillon ? Nous avons donc décidé de prendre en compte **tous** les enfants, pour mettre en évidence, sur cet échantillon dès lors très étendu, les handicaps les plus évidents. Ceci a conduit à un changement d'optique, où il s'agissait de réaliser, non plus une étude intensive (analyse d'un nombre restreint de cas sur lesquels on possède beaucoup d'informations), mais une étude extensive : elle porte sur un grand nombre de cas, le volume des informations disponibles sur chacun étant beaucoup plus limité. Par la force des choses, ces informations sont surtout relatives à ce qu'il est le plus facile de situer dans les conditions de vie de l'enfant ; appartenance à une famille immigrée, logement, profession des parents, fratrie, etc... La démarche s'apparente alors à celle des études épidémiologiques. On verra qu'elle parvient à dégager en effet quelques motifs majeurs d'inquiétude. Au regard de nos objectifs initiaux, ce n'est

---

(1) Cf. à ce propos les contributions réunies par ANTHONY, CHILAND et KOUPERNIK, 1982, autour de la notion d'"enfant vulnérable".

pourtant qu'une première étape : l'analyse fine d'un sous-échantillon d'enfants en danger patent d'évolution déficitaire, qui nécessiterait d'autres moyens, reste notre objectif. Soulignons cependant que les axes choisis pour le présent travail ne doivent pas donner à penser que nous réduisons toute évolution déficitaire au jeu de conditions de vie défavorables : ce serait en contradiction totale avec les arrières plans théoriques énoncés plus haut. Certaines déficiences mentales peuvent, via un échec scolaire majeur, procéder de ce type de causes ; et ces causes sont sans doute toujours agissantes. Mais on verra, dans la seconde partie de cet ouvrage, que nous attachons par ailleurs la plus grande importance à bien d'autres types de facteurs, et à la logique interne des organisations déficientes et de leur développement.

## **C - METHODOLOGIE**

Grâce au concours très actif des médecins concernés (1), l'enquête a été conduite dans quatre consultations du Val-de-Marne (à Bonneuil, Vitry-sur-Seine et Ivry-sur-Seine). Nous avons recueilli systématiquement trois types de données :

### **1 - Les données de base**

Elles sont au nombre de quatorze. Les informations recueillies sous chacune de ces quatorze rubriques ont été réduites par un codage distinguant un nombre fini d'éventualités ; cet appauvrissement de l'information est certes à regretter, mais rendu inévitable par les nécessités du traitement statistique. Voici la grille de codage utilisée :

---

(1) Nous remercions très vivement les Docteurs R. GAMBOA, D. HODARA, Th. LABESSE, A. PAGES, M. ROSENWALD, F. SALMON, pour leur active participation à cette recherche, qui sans leur engagement eût été impossible. Les Docteurs D. WEIL et D. FISCHESSE nous ont apporté les éclairages de leur expérience de pédo-psychiatres ; le Docteur FISCHESSE a de plus consacré un temps considérable à un premier dépouillement statistique, avant que nous puissions avoir recours à un traitement informatique des données. Mme. M. JERIA-ROJAS a assuré avec compétence et un inlassable dévouement le collationnement des données et tous les examens utilisant l'épreuve non verbale. Les questions relatives aux modes de garde ont été particulièrement travaillées par Mme. T. MATHON.

1 - Sexe

- 0 - garçon
- 1 - fille

2 - Nationalité

- 1 - Français métropolitains
- 2 - Français d'outre-mer (Antilles, Réunion)
- 3 - Maghrébins (Tunisie, Maroc, Algérie)
- 4 - Familles originaires de l'Europe du Sud (Italie, Portugal, Espagne)
- 5 - Familles immigrées d'autres origines.

3 - Lieu de naissance

- 0 - Pas de renseignements
- 1 - Enfants nés en France
- 2 - Enfants nés hors de France

4 - Modes de garde

- 0 - Pas de renseignements
- 1 - L'enfant est élevé dans la famille par sa mère
- 2 - L'enfant est ou a été confié de façon stable à une ou des nourrices.
- 3 - L'enfant est ou a été confié à une crèche
- 4 - L'enfant est ou a été confié de façon durable à une personne de la famille proche (en général la grand'mère)
- 5 - Longue histoire de placements, complexe, heurtée, dont on peut suspecter des effets défavorables sur l'enfant.

5 - Conditions de logement

- 0 - Pas de renseignements
- 1 - Logement insalubre
- 2 - Logement insuffisant
- 3 - Conditions moyennes de logement
- 4 - Bonnes conditions de logement

6 - Bilinguisme

- 0 - Pas de bilinguisme : le français est la seule langue parlée dans la famille.
- 1 - Bilinguisme : on parle d'ordinaire dans la famille la langue d'origine, le français étant plutôt utilisé dans les contacts extérieurs.

7 - Rang dans la fratrie

- 0 - Pas de renseignements
- 1 - L'enfant est premier né ou unique
- 2 - L'enfant est le dernier de sa fratrie
- 3 - L'enfant occupe un rang intermédiaire dans une fratrie de trois ou plus.

8 - Etendue de la fratrie

- 0 - Pas de renseignements
- 1, 2, 3... 9 - nombre d'enfants dans la famille (9 notant les fratries de 9 et plus).

9 - Travail des parents

- 0 - Pas de renseignements
- 1 - Les deux parents exercent une activité professionnelle
- 2 - Un seul des parents exerce une activité professionnelle
- 3 - Aucun des deux parents n'exerce une activité professionnelle

10 - Types d'activités professionnelles

- 0 - Pas de renseignements
- 1 - Professions très peu qualifiées : manoeuvres, personnel de service, etc...
- 2 - Professions semi-qualifiées : ouvriers spécialisés, emplois de bureau, subalternes, etc...
- 3 - Professions qualifiées : ouvriers professionnels, artisans, commerçants, emplois commerciaux, etc...
- 4 - Cadres moyens, techniciens, enseignants du premier et second degré, etc...
- 5 - Professions libérales, cadres supérieurs, etc...



11 - Gemellité

- 0 - Non jumeaux
- 1 - Jumeaux

12 - Age de l'entrée à l'école maternelle

- 0 - Pas de renseignements
- 1 - Avant 2 ans 9 mois
- 2 - Entre 2 ans 9 mois et 3 ans 3 mois
- 3 - Après 3 ans 3 mois.

13 - Stabilité du couple parental

- 0 - Pas de renseignements
- 1 - Parents séparés ou enfants élevés par un seul des deux parents
- 2 - Situation conflictuelle du couple parental
- 3 - Situation apparemment normale.

14 - Lieu de consultation

- 1 - Bonneuil
- 2 - Vitry-sur-Seine
- 3 - Ivry-sur-Seine

## 2 - L'épreuve de vocabulaire

Il s'agit d'une épreuve simple de vocabulaire sur images, empruntée aux Echelles Différentielles d'Efficiences Intellectuelles de Michèle PERRON-BORELLI (voir **Appendice I**). Le choix de cette épreuve n'est pas aléatoire : nous souhaitons en effet pouvoir disposer d'une épreuve simple, d'application facile, assez brève, qui plaise à l'enfant, qui lui soit réapplicable à plusieurs reprises, et qui donne une évaluation de sa "compétence linguistique" à comparer aux performances du même enfant à une épreuve non verbale.

Cette épreuve a été appliquée :

- 1 fois aux 2000 enfants, au moment même où étaient notées les données de base définies ci-dessus ;

- 2 fois à 1026 enfants ;
- 3 fois à 556 enfants ;
- 4 fois à 259 enfants.

L'intervalle entre deux évaluations du vocabulaire s'est échelonné en règle générale entre 6 mois et 18 mois (la fixité de l'intervalle eût certes été préférable, mais s'est avérée irréalisable : les mères sont évidemment libres du moment où elles jugent opportun de venir à la consultation). La reprise de la même épreuve donne lieu bien entendu à des effets de retest (c'est-à-dire à une certaine surévaluation des résultats lors des réapplications) ; mais on verra que ces effets sont limités et contrôlables.

### 3 - L'épreuve non verbale d'activités catégorielles et pré-catégorielles

Il est tout à fait évident que l'acquisition du vocabulaire français est particulièrement influencée par certaines des conditions de vie de l'enfant notées ici comme "données de base" (en particulier l'appartenance à une famille immigrée, le bilinguisme, etc...). Dans la mesure où la maîtrise de la langue commande directement l'adaptation scolaire, il s'agit alors réellement, en cas de retard d'acquisition, d'un handicap. Cependant - et ce sera l'un des axes de notre étude - il y a danger à croire ce handicap plus général. C'est pourquoi nous avons tenté de comparer systématiquement, pour chaque enfant, le niveau du vocabulaire avec les performances sur une épreuve non verbale. Nous avons choisi l'épreuve dite d'"Activités catégorielles", également tirée des Echelles Différentielles d'Efficiences Intellectuelles de Michèle PERRON-BORELLI. Cette épreuve met en jeu un aspect central du fonctionnement cognitif, à savoir la capacité à opérer des groupements par la mise en jeu de principes qu'il s'agit d'abstraire d'un matériel concret. L'épreuve originelle ne permet d'évaluer des niveaux de fonctionnement qu'à partir de 3 ans ; nous en avons pour la présente recherche réalisé une adaptation qui permet cette évaluation à partir de 2 ans (voir appendice II). Il eut été souhaitable de l'appliquer à la totalité de l'échantillon. Il s'agit cependant d'une épreuve dont l'utilisation exige une certaine technicité (elle a toujours été appliquée par la même personne) et prend 10 à 20 minutes. De ce fait, et compte tenu de la limitation de nos moyens, elle n'a pu être appliquée qu'à 472 des 2000 enfants de l'échantillon. On verra que ceci suffit largement à établir des constats essentiels.

Chacune de ces deux épreuves a été étalonnée d'après les données de la présente recherche. Il s'agit, rappelons-le, de la construction de tables numériques qui permettent de traduire les performances "brutes" d'un enfant donné (nombre d'images correctement nommées au vocabulaire, nombre de points dont il est crédité à l'épreuve non verbale) en "âges de développement", c'est-à-dire en caractérisant le niveau de performance par l'âge auquel on réussit en moyenne à ce niveau. On trouvera dans l'appendice III les détails techniques pertinents.

Le traitement des données, toutes traduites sous forme numérique, a été effectué en utilisant un système de micro-informatique (micro-ordinateur CBM 3032 de 32 Koctets, unité de disquettes, imprimante). Nous avons en un premier temps construit les programmes utilisés pour la mise en mémoire des données, puis pour les tris et calculs nécessaires. Ces traitements eux-mêmes ont, en un second temps, fourni la matière des chapitres suivants. Précisons enfin que toutes les données ont été mises en mémoire sous forme anonyme, chaque enfant n'étant identifié que par un numéro de codage.



## CHAPITRE V ETUDE DESCRIPTIVE DE L'ECHANTILLON

Nous examinerons ici les proportions de cas relevés pour chaque éventualité de chacune des variables de base. Il s'agit de l'étude préalable de la structure de l'échantillon. L'influence de ces variables sur les résultats aux tests sera discutée dans les chapitres suivants.

### 1 - Le Sexe et l'âge

Les deux sexes sont également représentés, à peu de choses près (1011 garçons, 989 filles). Pour tous ces enfants, on a rempli la fiche-type de renseignements décrite dans le chapitre précédent au moment où l'on prenait le premier test de Vocabulaire. Lors de ce premier examen, la distribution des âges était la suivante (par tranches de 6 mois) :

- de 18 à 23 mois :	2 enfants	(0,1 %)
- de 24 à 29 mois :	29 enfants	(1,45 %)
- de 30 à 35 mois :	147 enfants	(7,35 %)
- de 36 à 41 mois :	430 enfants	(21,5 %)
- de 42 à 47 mois :	337 enfants	(16,85 %)
- de 48 à 53 mois :	293 enfants	(14,65 %)
- de 54 à 59 mois :	223 enfants	(11,15 %)
- de 60 à 65 mois :	224 enfants	(11,2 %)
- de 66 à 71 mois :	187 enfants	(9,35 %)
- de 72 à 77 mois :	93 enfants	(4,65 %)
- de 78 à 83 mois :	25 enfants	(1,25 %)
- de 84 à 89 mois :	7 enfants	(0,35 %)
- de 90 à 95 mois :	2 enfants	(0,1 %)
- de 95 à 99 mois :	1 enfant	(0,05 %)

On voit que 92 % des enfants retenus pour l'enquête ont, lors de la première prise de renseignements, entre 2 ans 1/2 et 6 ans ; les deux sexes obéissent également à cette répartition des âges, à très peu de choses près. Quelques enfants de plus de 6 ans ont été inclus dans l'échantillon ; il s'agit en général d'enfants de familles particulièrement attachées à l'équipe de P.M.I., et qui continuent à lui rendre visite au-delà de 6 ans. Les rappels

de vaccination sont souvent le motif allégué par les mères pour justifier ces visites tardives. En ce qui concerne les enfants de moins de 2 ans, la proportion en est en fait plus élevée parmi les consultants que dans la distribution ci-dessus. Mais il est fréquent que ces enfants très jeunes se montrent quelque peu intimidés par l'épreuve de vocabulaire. On a préféré en général ne pas insister, d'autant que l'examen se pratiquant alors presque nécessairement en présence de la mère, il paraissait peu souhaitable de la confronter avec un échec patent de son enfant. On a alors préféré en principe attendre une nouvelle visite pour présenter à nouveau l'épreuve.

Ainsi qu'il apparaîtra plus loin, cette population comprend une très forte proportion de familles immigrées (995 soit 49,8 %, sont des familles françaises métropolitaines ; 154, soit 7,7 %, sont originaires de la France d'outre-mer ; et les 851 autres, soit 42,5 % sont des enfants de familles immigrées de diverses origines). Or, si la proportion des enfants de moins de 4 ans est de 53 % dans le cas des familles françaises métropolitaines, elle n'est que de 39 % pour les autres. Les enfants de familles immigrées tendent donc, dans cet échantillon, à être plus âgés lors du premier examen. Divers facteurs ont pu jouer pour produire ce phénomène ; le plus apparent est que dans le cas des enfants immigrés, particulièrement défavorisés à cette épreuve, il a paru plus souvent nécessaire, de différer la prise du premier vocabulaire.

## **2 - Répartition par origines nationales**

Les enfants ont été répartis en cinq groupes :

- 995 français métropolitains (509 garçons, 486 filles) ;
- 154 français d'outre-mer (essentiellement Antilles et Réunion :  
81 garçons, 73 filles) ;
- 518 maghrébins (262 garçons, 256 filles) ;
- 247 enfants de familles originaires de l'Europe du Sud (Italie,  
Espagne, Portugal : 123 garçons, 124 filles) ;
- 86 enfants de familles immigrées d'autres origines (Afrique noire,  
Turquie, etc... : 36 garçons, 50 filles).

Pratiquement, tous les enfants suivis dans les consultations intéressées pendant la période concernée (1977-1983) figurent dans l'échantillon : ces nombres reflètent donc assez fidèlement la répartition des différents groupes parmi les consultants. 50,2 % des enfants sont issus de familles immigrées, le plus souvent originaires du Maghreb (25,9 % de l'échantillon) ; ensuite viennent les familles originaires de l'Europe du Sud (12,4 %), puis les français d'outre-mer, en grande majorité des Antillais qui vivent de fait en situation d'immigration (7,7 %) ; ensuite les enfants des familles d'autres origines (Yougoslavie, Sud-Est asiatique, Moyen-Orient : 4,3 %).

Cette proportion de familles immigrées (50 %) est considérable. Bien que nous ne disposions pas des données de référence nécessaires, il semble qu'elle soit supérieure à la proportion dans la population générale des communes concernées, ce qui signifierait que les familles immigrées fréquentent plus volontiers que les familles françaises les consultations de la P.M.I. Selon l'expérience des médecins concernés, cela s'explique, en règle générale, par la sensation qu'éprouvent ces familles d'y trouver un lieu d'accueil bienvenu au regard des difficultés fréquentes d'acculturation à la société française. La gratuité des consultations n'est sans doute pas non plus à négliger pour ces familles souvent placées dans des conditions de vie difficiles.

### **3 - Lieu de naissance**

La quasi totalité des enfants de familles françaises métropolitaines sont nés en France.

Sont nés hors de France métropolitaine :

- 8,4 % des enfants français d'outre-mer,
- 2,4 % des enfants de familles originaires de l'Europe du Sud,
- 7,7 % des enfants de familles maghrébines,
- 20,9 % des enfants de familles d'autres origines.

Sauf dans le dernier cas (mais il s'agit alors d'un groupe qui ne compte que 86 cas), on voit que la très grande majorité de ces enfants sont nés en France.

#### 4 - Bilinguisme

On a noté comme "bilingues" les familles pour lesquelles la langue maternelle des parents, ou de l'un d'eux, reste d'usage courant dans la vie quotidienne. C'est le cas pour :

- 1,9 % des familles françaises métropolitaines ; il s'agit alors de mariages mixtes entre un français et une étrangère. En règle générale, on a en effet privilégié la langue **maternelle** en cas de mariage mixte. Ceci vaut également pour la distribution par origines nationales citée plus haut : en cas de mariage mixte, la famille a été classée selon la nationalité de la mère.

- 89,1 % des familles originaires de l'Europe du Sud,
- 73,6 % des familles maghrébines,
- 77,9 % des familles immigrées d'autres origines.

Comme on pouvait le supposer, le bilinguisme est donc de règle dans les familles immigrées. Le cas des Antillais est particulier. La grande majorité de ces familles peuvent être considérées comme bilingues, parce que parlant à la fois le français officiel et le créole. Il est difficile d'apprécier le degré de bilinguisme, du fait de la proximité de ces deux langues, et de la variété de leurs combinaisons. Le cas est de plus si banal qu'en fait on a souvent renoncé à noter un bilinguisme faute de critères assez nets.

#### 5 - Niveau socio-professionnel des parents

On a distribué les familles en cinq niveaux socio-professionnels. Une classification plus fine, du type de celle de l'I.N.S.E.E., était inutilisable, les renseignements restant assez imprécis dans beaucoup de cas ; au demeurant, une classification plus fine n'eût fait apparaître dans certaines catégories qu'un nombre trop faible de familles. La distribution adoptée correspond à une distribution en niveaux hiérarchisés, compte non tenu de la **nature** des professions exercées :

- professions très peu qualifiées : manoeuvres, personnel de service, etc...
- professions semi-qualifiées : ouvriers spécialisés, emplois de bureau subalternes, etc...



- professions qualifiées : ouvriers professionnels, artisans, commerçants, emplois commerciaux, etc...
- cadres moyens, techniciens, enseignants du premier et second degré, etc...
- professions libérales, cadres supérieurs, etc...

La famille a été classée selon la profession de son chef lorsqu'il est seul à exercer une profession ; au cas où les deux parents travaillent, et où les professions sont de niveau différent, on a classé la famille selon le plus élevé de ces deux niveaux.

Le tableau 1 montre que dans l'ensemble les familles de notre échantillon se classent à des niveaux modestes de l'échelle professionnelle : 12 % au niveau 1, et 46 % au niveau 2 ; moins de 10 % sont classées aux niveaux 4 et 5. Mais l'examen des pourcentages pour les différents groupes met en évidence un fait bien connu, à savoir le plus faible niveau socio-professionnel (et par voie de conséquence, économique) des familles immigrées ; 76 % d'entre elles sont ici classées aux deux niveaux inférieurs, contre 41 % des familles françaises métropolitaines. Les français d'outre-mer occupent un statut intermédiaire (ils ou elles occupent très souvent des emplois peu ou moyennement qualifiés dans des services publics ou semi-publics : hôpitaux, P.T.T., etc...).

Il est intéressant, en outre, de distinguer trois cas : celui où les deux parents travaillent, celui où l'un des deux seulement travaille (chef de famille, parfois mère célibataire), celui enfin où le chômage frappe le chef de famille .

Le tableau 2 montre que le dernier cas est rare (moins de 1 % des cas). Il faut noter que ces données, recueillies entre 1977 et 1982, font pour la plupart état d'une situation antérieure au développement de la crise économique. De plus, il convient de souligner que l'on n'a pas systématiquement interrogé les mères sur ce point. Souvent gênées pour avouer le chômage de leur mari, elles préfèrent considérer le fait comme provisoire et se contentent de citer sa profession sans préciser s'il a ou non actuellement un emploi. La proportion des chômeurs est donc ici certainement sous-estimée. Le fait que les deux parents travaillent est particulièrement fréquent chez les français d'outre-mer (dans les 3/4 des familles) ; ce n'est le cas que

pour 55 % des familles françaises métropolitaines, et pour 24 % seulement des familles immigrées ; le travail des deux parents (en fait, de la mère) est particulièrement rare chez les maghrébins (12,8 %, soit une famille sur huit). C'est là un fait bien connu, lié au manque de qualification professionnelle de ces femmes, au grand nombre de leurs enfants, à une insuffisante connaissance de la langue française et à des difficultés d'acculturation, etc... ; il est patent que joue aussi, notamment dans les familles d'origine rurale, une tradition culturelle, qui tend à éviter l'engagement de la femme dans un travail salarié, appelé à l'écartier de la vie familiale. Mais ici encore, il convient de nuancer les chiffres. Il n'est pas rare en effet, surtout chez les immigrés, que la mère "fasse des ménages" de façon non officielle, à temps partiel et sans considérer cela comme une profession, dont elle ne songe pas alors à faire état. Chez les maghrébins, les femmes qui déclarent exercer une activité professionnelle sont presque toujours d'immigration ancienne et très acculturées.

**TABLEAU 1**  
**REPARTITION PAR NIVEAUX SOCIO-PROFESSIONNELS (ENTRE PARENTHESES :**  
**POURCENTAGES PAR RAPPORT AUX CAS CONNUS DU GROUPE)**

	A Eur. du sud	B Maghré- bins	C Autres	A+B+C Immigrés	D Français métr.	E Français Outre- Mer	Ensemble de l'é- chantil- lon	% (1)	% (2)
Sans renseignement	9	38	2	49	74	14	137	-	-
Nombre de cas pour lesquels on possède ce renseignement	238	480	84	802	921	140	1863	-	-
1. Manœuvres, per- sonnel de service etc...	46 (19,3 %)	111 (23,1 %)	13 (15,5 %)	170 (21,2 %)	38 (4,1 %)	10 (7,1 %)	218 (11,7 %)	14,5 %	12,5 %
2. Ouvriers spéciali- sés, employés de bureau subalternes etc...	138 (58 %)	272 (56,7 %)	33 (39,3 %)	443 (55,2 %)	336 (36,5 %)	73 (52,1 %)	852 (45,7 %)	36,8 %	32,5 %
3. Ouvriers qualifiés artisans, emplois commerciaux, etc...	53 (22,3 %)	95 (19,8 %)	30 (35,7 %)	178 (22,2 %)	388 (42,1 %)	48 (34,3 %)	614 (33 %)	16 %	14,5 %
4. Cadres moyens, techniciens, ensei- gnants, etc...	1 (0,4 %)	2 (4,2 %)	8 (9,5 %)	11 (1,4 %)	147 (16 %)	9 (6,4 %)	167 (9 %)	15,2 %	17,2 %
5. Professions libé- rales, cadres supérieurs	0 (-)	0 (-)	0 (-)	0 (-)	12 (1,3 %)	0 (-)	12 (0,6 %)	5,4 %	8,9 %

(1) moyenne dans les trois communes ayant participé à l'étude (Bonneuil, Vitry-sur-Seine, Ivry-sur-Seine)

(2) moyenne départementale (Val de Marne). D'après données I.N.S.E.E., recensement de 1975.

**TABLEAU 2**  
**EMPLOI DES PARENTS (ENTRE PARENTHESES : POURCENTAGES PAR RAPPORT AUX CAS**  
**CONNUS DU GROUPE**

	A Eur. du sud	B Maghré- bins	C Autres	A+B+C Immigrés	D Français métr.	E Français Outre-Mer	Ensemble de l'échantillon
Sans renseignement	4	18	0	22	41	10	73
Nombre de cas où le rensei- gnement est disponible	243	500	86	829	954	144	1927
1. Les deux parents travaillent	102 (42 %)	64 (12,8 %)	33 (38,4 %)	199 (24 %)	532 (55,8 %)	107 (74,3 %)	838 (43,5 %)
2. Un seul parent travaille	140 (57,6 %)	434 (86,8 %)	53 (61,6 %)	627 (75,6 %)	409 (42,9 %)	37 (25,7 %)	1073 (55,7 %)
3. Aucun parent ne travaille	1 (0,4 %)	2 (0,4 %)	0 -	3 (0,4 %)	13 (1,4 %)	0 -	16 (0,8 %)

Il est évident que la qualification professionnelle des parents, qui contribue largement à définir le statut social de la famille, est fortement lié aux autres variables ici contrôlées. On constate en effet (voir tableau 3) que lorsque cette qualification est faible, on a plus souvent affaire :

- à des familles où un seul des deux parents exerce une activité professionnelle,
- à des familles nombreuses et mal logées,
- à des enfants nés hors de France, élevés par leurs mères dans des familles bilingues, et scolarisés tard,
- à des situations conflictuelles entre les parents.

Il y a là une constellation impressionnante de liaisons, qui dessinent un tableau de conditions de vie difficiles. Il s'agit souvent, semble-t-il, de familles d'immigration plus récente, qui non seulement doivent affronter les difficultés liées au manque de qualification professionnelle et à la modicité des revenus, mais ont de plus à faire face à tous les problèmes de l'ac-

culturation à la société française ; d'où par exemple la scolarisation tardive d'enfants plus longtemps gardés dans le cadre protecteur du foyer, au sein d'une famille nombreuse et bilingue. On verra que ceci pèse lourdement sur l'acquisition du vocabulaire français.

**TABLEAU 3**  
**FREQUENCE DE CO-OCCURRENCES ENTRE NIVEAU SOCIO-PROFESSIONNEL DES PARENTS ET**  
**AUTRES DONNEES (ENTRE PARENTHESES : POURCENTAGE DU TOTAL POUR LA LIGNE)**

	NIVEAU SOCIO-PROFESSIONNEL				
	Bas (1+2)	Moyen (3)	Elevé (4+5)	total	
Lieu de naissance	(en France	<b>1002</b> (56,9)	<b>588</b> (33,4)	<b>172</b> (9,8)	<b>1762</b>
	(hors de France	<b>58</b> (69,0)	<b>18</b> (21,4)	<b>8</b> (9,5)	<b>84</b>
Mode de garde	(mère	<b>825</b> (64,9)	<b>366</b> (28,8)	<b>80</b> (6,3)	<b>1271</b>
	(nourrice	<b>93</b> (35,2)	<b>119</b> (45,1)	<b>52</b> (19,7)	<b>264</b>
	(crèche	<b>66</b> (37,3)	<b>79</b> (44,6)	<b>32</b> (18,1)	<b>177</b>
Logement	(insal. ou insuffisant	<b>319</b> (78,8)	<b>78</b> (19,3)	<b>8</b> (2,0)	<b>405</b>
	(noyen	<b>492</b> (50,6)	<b>377</b> (38,7)	<b>104</b> (10,7)	<b>973</b>
	(bon	<b>153</b> (50,7)	<b>107</b> (35,4)	<b>42</b> (13,4)	<b>302</b>
Bilinguisme	(non	<b>554</b> (46,1)	<b>478</b> (39,8)	<b>170</b> (14,1)	<b>1202</b>
	(oui	<b>513</b> (77,8)	<b>136</b> (20,6)	<b>10</b> (1,5)	<b>659</b>
Etendue de la fratrie	(enfant unique	<b>146</b> (42,9)	<b>146</b> (42,9)	<b>48</b> (14,1)	<b>340</b>
	(2 ou 3 enfants	<b>549</b> (52,3)	<b>381</b> (36,3)	<b>120</b> (11,4)	<b>1050</b>
	(4 ou 5 enfants	<b>274</b> (77,4)	<b>69</b> (19,5)	<b>11</b> (3,1)	<b>354</b>
	(6 enfants ou plus	<b>78</b> (86,7)	<b>12</b> (13,3)	<b>0</b> - -	<b>90</b>
Nombre de parents qui travaillent	(2	<b>361</b> (44,1)	<b>332</b> (40,5)	<b>126</b> (15,4)	<b>819</b>
	(1	<b>706</b> (68,0)	<b>279</b> (26,9)	<b>53</b> (5,19)	<b>1038</b>
Age de la scolarisation	(avant 2 ans 9 mois	<b>341</b> (56,6)	<b>198</b> (32,9)	<b>63</b> (10,5)	<b>602</b>
	(2 ans 9 m à 3 ans 3 mois	<b>371</b> (54,4)	<b>242</b> (35,5)	<b>69</b> (10,1)	<b>682</b>
	(après 3 ans 3 mois	<b>178</b> (65,4)	<b>76</b> (27,9)	<b>18</b> (6,6)	<b>272</b>
Couple parental	(R.A.S.	<b>1010</b> (56,7)	<b>598</b> (33,6)	<b>172</b> (9,7)	<b>1780</b>
	(couple dissocié	<b>39</b> (63,9)	<b>15</b> (24,6)	<b>7</b> (11,4)	<b>61</b>
	(sit. conflictuelle	<b>20</b> (90,9)	<b>1</b> (4,6)	<b>1</b> (4,6)	<b>22</b>

## 6 - Conditions de logement

On a distribué les familles en quatre groupes, des conditions de logements les moins satisfaisantes aux plus satisfaisantes. Pour opérer ce classement, on a tenu compte du nombre de pièces occupées, relativement au nombre de personnes qui les occupent, de la vétusté du logement, des conditions sanitaires et de confort, etc...

**TABLEAU 4**  
**CONDITIONS DE LOGEMENT (ENTRE PARENTHESES : POURCENTAGES PAR RAPPORT AUX CAS**  
**CONNUS DU GROUPE)**

	A Eur. du sud	B Maghré- bins	C Autres	A+B+C Immigrés	D Français métr.	E Français Outre-Mer	Ensemble de l'échantillon
Sans renseignement	28	56	15	99	115	16	230
Nombre de cas où le rensei- gnement est disponible	219	462	71	752	880	138	1770
1. Logement insalubre	5 (2,3 %)	13 (2,8 %)	3 (4,2 %)	21 (2,8 %)	12 (1,4 %)	1 (0,6 %)	34 (1,9 %)
2. Logement insuffisant	65 (29,7 %)	183 (39,6 %)	23 (32,4 %)	271 (36 %)	108 (12,3 %)	13 (9,4 %)	392 (22,1 %)
3. Logement moyen	131 (59,8 %)	205 (44,4 %)	32 (45,1 %)	368 (48,9 %)	558 (63,4 %)	97 (70,3 %)	1023 (57,8 %)
4. Bon logement	18 (8,2 %)	61 (13,2 %)	13 (18,3 %)	92 (12,2 %)	202 (20,3 %)	27 (19,6 %)	321 (18,1 %)

Le tableau 4 montre que l'on rencontre dans notre échantillon très peu de logements insalubres (moins de 2 %) ; cependant, dans l'ensemble, un sur cinq est jugé insuffisant au regard des besoins de la famille. Ici encore, les mauvaises conditions de vie frappent très inégalement les différents groupes. Considérons en effet la proportion des familles qui occupent un logement "moyen" ou "bon" ; c'est le cas pour 68 % des familles françaises métropolitaines, et pour 90 % des familles originaires de la France d'Outre-Mer (il est probable que ces meilleures conditions de logement sont alors liées à un revenu plus élevé, du fait que les deux parents travaillent). Mais les familles immigrées jouissent moins souvent de ces conditions de logement "moyennes" ou "bonnes" (61 % des cas, les maghrébins apparaissant ici encore les plus défavorisés (57 %). En fait, dans beaucoup des cas ainsi classés en 2, le logement est de qualité moyenne, et n'apparaît "insuffisant" que du fait de sa surpopulation (on verra plus loin que les familles maghrébines ont beaucoup plus d'enfants). Pour interpréter ces données, il importe de rappeler qu'elles ont été recueillies dans une région de la banlieue Sud de Paris où est poursuivi depuis longtemps un gros effort d'urbanisation ; cette région ne figure pas, de loin, parmi celles où les conditions de vie des familles immigrées apparaissent inacceptables.

## **7 - La fratrie**

Le tableau 5 montre que les familles françaises métropolitaines sont les plus restreintes, tandis que les familles maghrébines sont de loin les plus nombreuses. Ces chiffres, bien entendu, ne reflètent que de loin la fertilité des couples, puisqu'il s'agit souvent de consultations pour le premier né d'un couple jeune.

2,3 % de ces enfants sont des jumeaux, ce qui est à peu de choses près la proportion à laquelle on pouvait s'attendre. 40 % sont en position d'enfant aîné ou unique (c'est-à-dire aîné potentiel d'une nouvelle naissance) ; 19 % occupent un rang intermédiaire et 38 % sont, au moment de l'enquête, en position de dernier-né.

## 8 - Age de la première scolarisation en Ecole Maternelle

La quasi-totalité des enfants de plus de 5 ans vont à l'Ecole Maternelle régulièrement. Mais un bon indicateur des positions éducatives et des conditions de vie des familles étant l'âge auquel l'enfant est allé pour la première fois à la Maternelle, on a distingué trois cas :

- avant 2 ans 9 mois,
- entre 2 ans 9 mois et 3 ans 3 mois, c'est-à-dire aux environs de 3 ans,
- après 3 ans 3 mois.

**TABLEAU 5**  
**FRATRIE**

	Nombre moyen d'enfants	% de familles de		
		1 seul enfant	3 enfants et plus	5 enfants et plus
Français métropolitains	2,22	25,6 %	28,6 %	6,2 %
Français d'Outre-Mer	2,45	15,1 %	42,1 %	5,3 %
Europe du Sud	2,59	17,8 %	44,6 %	9,9 %
Autres	2,94	13,1 %	56 %	16,7 %
Maghrébins	4	5,9 %	79 %	38 %
Ensemble de l'échantillon	2,77	18,2 %	45,8 %	15,2 %



Il importe de remarquer que les entrées précoces (avant 2 ans 9 mois) se font souvent sur le conseil du médecin de la consultation P.M.I., qui suggère une acclimatation progressive, l'enfant n'allant d'abord à l'école qu'à temps très partiel.

Le tableau 6 montre que ce conseil est largement suivi : sur l'ensemble de l'échantillon, près de 40 % des enfants vont pour la première fois à la maternelle avant 2 ans 9 mois, 40 % y entrent à environ 3 ans, et seulement 20 % n'y entrent qu'après 3 ans 3 mois. Mais les différents groupes ne se comportent pas de la même façon à cet égard : les entrées "tardives" sont plus fréquentes dans le cas des familles immigrées, en particulier celles qui sont originaires de l'Europe du Sud.

**TABEAU 6**  
**AGE D'ENTREE A L'ECOLE MATERNELLE (ENTRE PARENTHESES : POURCENTAGES PAR**  
**RAPPORT AU TOTAL DES CAS CONNUS DU GROUPE)**

	A Eur. du sud	B Maghré- bins	C Autres	A+B+C Immigrés	D Français métr.	E Français Outre-Mer	Ensemble de l'échantillon
Sans renseignement	38	93	19	150	186	20	356
Nombre de cas où le rensei- gnement est disponible	209	625	67	701	809	134	1644
1. Entrée avant 2 ans 9 mois	48 (23 %)	173 (40,7 %)	25 (37,3 %)	246 (35,1 %)	343 (42,4 %)	47 (35,1 %)	636 (38,7 %)
2. Entrée entre 2 ans 9 m et 3 ans 3 mois	92 (44 %)	177 (41,6 %)	23 (34,3 %)	292 (41,7 %)	349 (43,1 %)	69 (51,5 %)	710 (43,2 %)
3. Entrée après 3 ans 3 mois	69 (33 %)	75 (17,6 %)	19 (28,3 %)	163 (23,2 %)	117 (14,5 %)	18 (13,4 %)	298 (18,1 %)

## **9 - Stabilité du couple parental**

La proportion des enfants pour lesquels est signalé un couple parental particulièrement conflictuel, ou dissocié, des enfants élevés par un seul parent (le plus souvent par une mère célibataire), etc... est de 5,3 % sur l'ensemble de l'échantillon. Ceci sous-estime certainement l'incidence de ce type de difficultés : il est de règle en effet dans les consultations de ne jamais forcer les confidences à cet égard ; les cas signalés l'ont donc été spontanément par les mères, à l'exclusion de toute enquête systématique. On peut supposer qu'alors il s'agit de difficultés notoires. La proportion des cas ainsi signalés est en fait de l'ordre de 3 % pour tous les groupes, sauf pour les familles françaises métropolitaines où elle est nettement plus élevée (7,5 %) ; en l'état des renseignements, il est difficile de dire si les difficultés du couple sont réellement plus fréquentes dans ce groupe, si elles sont ressenties plus intensément, si elles sont plus volontiers signalées par recherche de compréhension et d'aide, etc...

## **10 - Modes de garde de l'enfant**

On a distingué cinq cas :

- l'enfant est élevé par sa mère, dans le cadre familial. Sur l'ensemble de l'échantillon, c'est le cas pour 72,3 % des enfants ;
- Il est, ou a été, élevé pendant une longue période par une ou plusieurs nourrices, sans pour autant que cette histoire des placements apparaisse trop complexe et de nature à produire des conséquences fâcheuses (auquel cas, on utiliserait la rubrique 5) : 15 % de l'échantillon ;
- Il fréquente, ou a fréquenté pendant une longue période, une crèche proche de la famille : 9,6 % de l'échantillon ;
- Il est confié, ou a été confié, pendant une longue période aux soins de membres de la proche famille (en général les grands-parents) : 1,9 % de l'échantillon ;

- L'anamnèse fait apparaître une suite de placements de nature diverse (nourrices, famille, grands-parents, crèche, etc...), avec des changements de lieux et de personnes dont on peut craindre les effets néfastes : 1,2 % de l'échantillon. En fait, la proportion réelle est certainement plus élevée ; l'insuffisance des renseignements disponibles - les mères étant parfois réticentes pour restituer une telle histoire - permet en effet de penser à une sous-estimation de ces cas.

**TABLEAU 7**  
**MODES DE GARDE**  
**(ENTRE PARENTHESES : POURCENTAGES PAR RAPPORT AUX CAS CONNUS DU GROUPE)**

	A Eur. du sud	B maghré- bins	C Autres	A+B+C Immigrés	D Français métr.	E Français Outre-Mer	Ensemble de l'échantillon
Sans renseignement	14	19	8	41	81	10	132
Nombre de cas où le rensei- gnement est disponible	233	499	78	810	904	144	1868
1. Mère	200 (85,8 %)	473 (94,8 %)	66 (84,6 %)	739 (91,2 %)	547 (59,8 %)	65 (45,1 %)	1351 (72,3 %)
2. Nourrice	24 (10,3 %)	9 (1,8 %)	4 (5,1 %)	37 (4,4 %)	212 (23,2 %)	31 (21,5 %)	280 (15 %)
3. Crèche	5 (2,1 %)	11 (2,2 %)	5 (6,4 %)	21 (2,6 %)	121 (13,2 %)	38 (26,4 %)	180 (9,6 %)
4. Placement familial	3 (1,3 %)	4 (0,8 %)	2 (2,6 %)	9 (1,1 %)	20 (2,2 %)	6 (4,2 %)	35 (1,9 %)
5. Cas mixtes, histoires complexes	1 (0,4 %)	2 (0,4 %)	1 (1,3 %)	4 (0,5 %)	14 (1,5 %)	4 (2,8 %)	22 (1,2 %)

Le tableau 7 montre qu'en fait ces proportions varient considérablement d'un groupe à l'autre. Dans les familles immigrées, l'enfant est élevé par sa mère dans l'énorme majorité des cas ; les autres modes de garde y sont rares, en particulier chez les maghrébins. C'est chez les français d'outre-mer que l'enfant se trouve le plus souvent confié à d'autres qu'à la mère (ceci correspond souvent à une nécessité : on a vu que c'est dans ce groupe que la mère exerce le plus souvent une activité professionnelle). Un enfant sur quatre va alors à la crèche (contre 1 sur 50 dans les familles maghrébines ou

originaires de l'Europe du Sud !), un sur cinq est confié à une nourrice ; au total, les mères originaires de la France d'outre-mer n'élèvent leur enfant à temps plein (sauf bien entendu sa fréquentation de l'Ecole Maternelle) que dans 45 % des cas. On remarque que c'est également dans ce groupe que les histoires de placements complexes sont aussi les plus fréquentes. Les mères françaises métropolitaines élèvent elles-mêmes leur enfant dans six cas sur dix, le confient à une nourrice une fois sur quatre, le placent en crèche un peu plus d'une fois sur dix. A l'autre extrême, les mères maghrébines élèvent elles-mêmes leur enfant dans 95 % des cas, et ne le confient à une nourrice ou à une crèche que très rarement. Il y a là certainement le jeu de facteurs complexes, à l'intersection de nécessités pratiques, de positions éducatives, de la capacité à se repérer dans les structures sociales, etc...

**TABEAU 8**  
**FREQUENCE DE CO-OCCURRENCE ENTRE MODE DE GARDE ET AUTRES DONNEES**  
**(ENTRE PARENTHESES : POURCENTAGE DU TOTAL POUR LA LIGNE)**

		MODE DE GARDE			
		Mère	Nourrice	Crèche	Total
Lieu de naissance	(en France	1271 (73,7)	275 (16,0)	178 (10,3)	1724
	(hors de France	58 (90,6)	5 (7,8)	1 (1,6)	64
Logement	(insal. ou insuffi.	369 (90,7)	24 (5,9)	14 (3,4)	407
	(moyen	664 (68,9)	178 (18,5)	122 (12,7)	964
	(bon	98 (56,0)	50 (28,6)	27 (15,4)	175
Bilinguisme	(non	744 (64,7)	245 (21,3)	161 (14,0)	1150
	(oui	605 (91,8)	35 (5,3)	19 (2,9)	659
Etendue de la fratrie	(enfant unique	163 (50,3)	96 (29,6)	65 (20,1)	324
	(2 ou 3 enfants	742 (73,2)	170 (16,8)	102 (10,1)	1014
	(4 ou 5 enfants	330 (94,8)	9 (2,6)	9 (2,6)	348
	(6 enfants et plus	94 (98,9)	0 (0)	1 (1,1)	95
Nombre de parents qui travaillent	( 2	356 (48,4)	227 (30,9)	152 (20,7)	735
	( 1	951 (93,5)	42 (4,1)	24 (2,4)	1017
Niveau socio-professionnel des parents	(bon (1 + 2)	825 (83,8)	93 (9,5)	66 (6,7)	984
	(moyen (3)	366 (64,9)	119 (21,1)	79 (14,0)	564
	(élevé (4 + 5)	80 (48,8)	52 (31,7)	32 (19,5)	164
Age de scolarisation	(avant 2 ans 9 mois	428 (72,2)	119 (20,1)	46 (7,8)	593
	(entre 2 ans 9 mois et				
	3 ans 3 mois	469 (70,2)	89 (13,3)	110 (16,5)	668
	(après 3 ans 3 mois	238 (82,9)	38 (13,2)	11 (3,8)	287
Couple parental	(R.A.S.	1297 (75,6)	252 (14,7)	167 (9,7)	1716
	(Couple dissocié	33 (50,0)	20 (30,3)	13 (19,7)	66
	(Sit. conflictuelle	21 (72,4)	8 (27,6)	0 (0)	29

Le tableau 8 montre que le mode de garde est fortement lié à la plupart des autres variables. En effet, plus souvent que les autres, les enfants élevés par leur mère :

- appartiennent à des familles nombreuses et mal logées ;
- ont des parents sans qualification professionnelle, un seul exerçant d'ailleurs une profession ;
- sont nés hors de France, vivent en milieu bilingue et sont scolarisés tard ;
- sont plus souvent confrontés à une situation conflictuelle du couple parental.

Nous avons déjà relevé ces liaisons en les étudiant à partir du niveau socio-professionnel (tableau 3). Il est remarquable de les voir ainsi réapparaître, encore plus fortement marquées, lorsqu'on les analyse à partir du mode de garde. On constate que les familles où l'enfant reste le plus et le plus longtemps aux soins exclusifs de la mère sont celles qui pourtant sembleraient, à beaucoup d'égards, avoir le plus besoin d'une aide extérieure. Par différence, les familles dont les enfants vont en crèche apparaissent privilégiées : bien plus souvent les deux parents travaillent, à un meilleur niveau de qualification, la famille moins nombreuse (20 % des enfants sont uniques) est mieux logée, le bilinguisme est rare, l'enfant scolarisé plus tôt à l'école maternelle, et aucun conflit grave opposant les parents n'est signalé. Ceci devra être rappelé lorsque nous examinerons les très sensibles différences de l'acquisition du vocabulaire en fonction des modes de garde.

### **Conclusions sur la structure de l'échantillon**

Sur ces 2000 enfants, neuf sur dix ont entre 2 ans et demi et 6 ans lors de la prise de renseignements et de la première épreuve de vocabulaire ; les deux sexes sont également représentés. 50 % des enfants appartiennent à des familles immigrées de diverses origines, les maghrébins représentant la moitié de ces cas ; le bilinguisme est fréquent. Le niveau professionnel des parents est en général modeste, et nombreuses sont les mères sans profession. Les logements insalubres sont rares ; il est par contre assez fréquent que le logement soit insuffisant, moins d'ailleurs du fait de sa vétusté que de son

surpeuplement. Les 3/4 des enfants sont élevés par leur mère dans le cadre familial ; 15 % connaissent divers types de placement en nourrice, et 10 % seulement fréquentent une crèche. 80 %, par contre, entrent à l'école maternelle avant 3 ans 3 mois.

Ce bref résumé donne une image assez fidèle de la structure de l'échantillon. Il faut ajouter cependant que ces variables sont loin d'être indépendantes. On trouve sur l'ensemble des cas, et comme il était plausible, une forte liaison entre le niveau professionnel des parents, l'exercice par la mère d'une activité professionnelle, la qualité du logement, le nombre d'enfants dans la famille, le mode de garde de l'enfant considéré, etc... Ces liaisons d'ailleurs se spécifient lorsqu'on distingue les groupes de diverses origines nationales, et chacun prend alors une figure particulière. Les antillais sont de fait en situation d'immigration. Ils se définissent cependant de façon très différente des autres groupes : occupant souvent des emplois publics ou semi-publics, et ayant dès lors accès à des logements de fonction, ils semblent dans une situation plus favorable que les autres groupes d'immigration, d'autant que la mère exerce elle-même une activité professionnelle. La dimension des familles reste modérée, et bien plus souvent qu'ailleurs l'enfant est confié à une crèche.

Les autres groupes d'immigration apparaissent nettement plus défavorisés, en particulier les maghrébins, dont la qualification professionnelle est en moyenne plus faible, et qui occupent souvent des logements notoirement insuffisants. Il est exceptionnel alors que la mère, à la tête d'une nombreuse famille, exerce une activité professionnelle. L'enfant, élevé en milieu bilingue, n'est presque jamais confié à une crèche, et il entre tardivement à l'école maternelle. En fait, une analyse plus fine conduirait probablement à distinguer, en particulier chez les maghrébins, des cas bien différents selon que l'immigration est ancienne ou récente, et les difficultés d'acculturation plus ou moins aiguës. On en trouvera quelques indices dans le prochain chapitre, consacré aux influences des conditions de vie sur l'acquisition du vocabulaire.

CHAPITRE VI  
LA "COMPETENCE LINGUISTIQUE" ET LES FACTEURS D'ENVIRONNEMENT,  
ETUDE TRANSVERSALE

Nous examinerons successivement l'influence des différentes variables de milieu sur l'acquisition du vocabulaire français.

**1 - ORIGINE NATIONALE**

On a partagé, dans chacun des cinq groupes ici distingués, les enfants par classes successives de six mois ; puis, sur chacune des classes d'âge ainsi définies, on a calculé la moyenne et les écarts-types de l'âge réel, puis de l'âge au test, enfin de l'écart entre ces deux âges. Le tableau 9 donne les résultats, que traduit graphiquement la figure 10. Dans cette figure, la diagonale indique le résultat statistiquement moyen, au regard de l'étalonnage, établi rappelons-le, sur les seuls enfants français. La courbe des enfants français s'ajuste étroitement à cette diagonale, par définition (les fluctuations sont sans signification et s'expliquent par la technique de traduction des notes brutes en âges réels : voir appendice III). Les français d'Outre-Mer réussissent moins bien, à tous les âges, que les français métropolitains ; les maghrébins se situent encore nettement au-dessous ; les enfants appartenant à des familles issues d'Europe du Sud sont un peu plus handicapés encore dans l'acquisition du vocabulaire français ; enfin le groupe des "autres", bien que plus fluctuant (du fait des petits effectifs en cause), est handicapé à peu près au même niveau que les deux groupes précédents.

TABLEAU 9

**VOCABULAIRE 1. AGES DE DEVELOPPEMENT, MOYENNES ET ECARTS-TYPES  
POUR DES CLASSES SUCCESSIVES DE 6 MOIS, LES DEUX SEXES ENSEMBLE**

		Français métropolitains	Français Outre-Mer	Maghrébins	Europe du Sud	Autres
24 à 29 mois	( N	20	2	6	-	-
	( AR	27,9 ( 1,51)	28,0 ( 1,41)	27,2 ( 2,48)	-	-
	( AD	26,1 ( 9,39)	22,0 ( 4,24)	20,3 ( 10,89)	-	-
	(AD-AR	-1,8	-6,0	-6,9	-	-
30 à 35 mois	( N	92	12	32	8	3
	( AR	33,2 ( 1,57)	32,7 ( 1,92)	33,2 ( 1,61)	33,9 ( 0,83)	33,7 ( 1,53)
	( AD	32,0 ( 11,73)	26,9 ( 11,60)	24,9 ( 11,35)	20,9 ( 9,43)	24,3 ( 8,08)
	(AD-AR	-1,2	-5,8	-8,3	-13,0	-9,4
36 à 41 mois	( N	244	42	94	36	14
	( AR	38,0 ( 1,72)	38,5 ( 1,82)	38,2 ( 1,72)	38,2 ( 1,71)	39,0 ( 1,52)
	( AD	37,5 ( 15,72)	30,6 ( 11,67)	27,8 ( 9,91)	28,1 ( 10,52)	26,4 ( 11,06)
	(AD-AR	-0,5	-7,9	-10,4	-10,1	-12,6
42 à 47 mois	( N	173	24	94	33	13
	( AR	44,4 ( 1,78)	43,3 ( 1,71)	44,3 ( 1,67)	43,9 ( 1,62)	44,7 ( 1,75)
	( AD	45,3 ( 15,0)	35,7 ( 15,49)	31,1 ( 11,42)	30,1 ( 10,48)	34,0 ( 15,61)
	(AD-AR	+0,9	-7,6	-13,2	-13,8	-10,7
48 à 53 mois	( N	130	22	80	51	10
	( AR	50,1 ( 1,87)	50,9 ( 1,93)	50,2 ( 1,82)	50,5 ( 1,84)	49,5 ( 1,58)
	( AD	52,7 ( 14,32)	44,5 ( 12,85)	37,8 ( 12,51)	37,9 ( 13,44)	38,2 ( 13,22)
	(AD-AR	+2,6	-6,4	-12,4	-12,6	-11,3

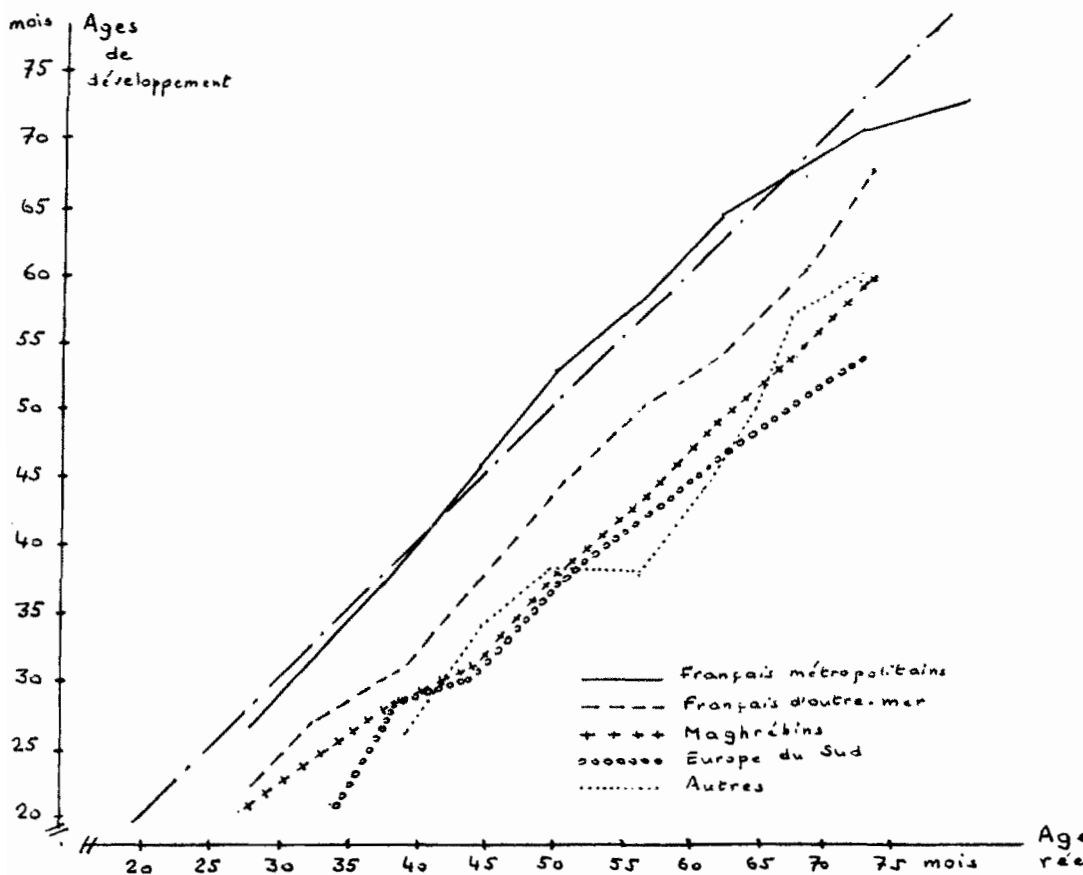


TABLEAU 9

(Suite)

		Français métropolitains	Français Outre-Mer	Maghrébins	Europe du Sud	Autres
54 à 59 mois	( N	93	17	66	31	16
	( AR	55,9 ( 1,58)	56,5 ( 2,03)	56,2 ( 1,84)	56,7 ( 1,73)	56,1 ( 2,03)
	( AD	57,5 (13,38)	50,1 (12,27)	42,8 (12,82)	41,8 (16,24)	37,7 (14,41)
	(AD-AR	+1,6	-6,4	-13,4	-14,9	-18,4
60 à 65 mois	( N	101	16	62	34	11
	( AR	62,5 ( 1,99)	61,9 ( 1,71)	62,0 ( 1,97)	62,3 ( 1,84)	63,0 ( 1,48)
	( AD	64,3 (13,6)	53,7 (12,33)	48,9 (12, 0)	46,3 (16,95)	46,5 (15,92)
	(AD-AR	+1,8	-8,2	-13,1	-16,0	-16,5
66 à 71 mois	( N	90	11	47	27	11
	( AR	68,2 ( 1,68)	68,5 ( 1,51)	67,7 ( 1,66)	67,8 ( 1,42)	67,4 ( 1,43)
	( AD	66,8 (13,44)	60,4 (11,58)	53,6 (16,45)	54,0 (14,63)	56,7 (13,51)
	(AD-AR	-1,4	-8,1	-14,1	-13,8	-10,7
72 à 77 mois	( N	36	6	28	17	6
	( AR	72,9 (1,47)	73,3 ( 2,07)	73,5 ( 1,62)	72,7 ( 1,31)	72,7 ( 1,21)
	( AD	70,3 (9,40)	67,8 ( 8,8)	59,7 (16,6)	53,6 (14,09)	58,5 (13,66)
	(AD-AR	-2,6	-5,5	-13,8	-19,1	-14,2
78 à 83 mois	( N	13	-	7	4	-
	( AR	80,5 ( 1,9)	-	79,1 ( 1,46)	80,3 ( 2,22)	-
	( AD	72,4 (10,13)	-	46,7 (24,9)	68,5 ( 7,51)	-
	(AD-AR	-8,1	-	-32,4	-11,8	-

FIGURE 10  
 VOCABULAIRE 1, POUR CINQ GROUPES D'ORIGINES NATIONALES



Que les enfants de familles immigrées, en général bilingues ainsi qu'on l'a montré au chapitre précédent, soient handicapés dans l'acquisition du vocabulaire français, ceci ne saurait surprendre. Cette hiérarchie des retards appelle cependant quelques commentaires. On comprend que ce retard soit minimum pour les français d'outre-mer (en fait presque tous antillais). Qu'il soit maximum pour des enfants appartenant à des familles de l'Europe du Sud (italiens, espagnols, portugais) est probablement dû à des langues latines qui, trop proches, en sont mal différenciées ; les maghrébins, pour qui la distinction est beaucoup plus nette, apparaissent en effet moins handicapés.

Mais l'effet le plus notable tient à la permanence du retard, voire à son aggravation à mesure qu'on considère des enfants plus âgés. Si l'on regroupe tous les immigrés y compris les français d'outre-mer, on trouve les **retards moyens** suivants :

- à 2 ans 9 mois : 8,5 mois
- à 3 ans 2 mois : 9,9 mois
- à 3 ans 8 mois : 12,3 mois
- à 4 ans 2 mois : 11,6 mois
- à 4 ans 8 mois : 13,5 mois
- à 5 ans 2 mois : 13,6 mois
- à 5 ans 8 mois : 14,6 mois

Ainsi, ces enfants qui entrent à l'école maternelle, entre 2 ans et demi et 3 ans et demi, avec un vocabulaire français comparable à celui d'enfants métropolitains de 8 à 10 mois plus jeunes, entrent à 6 ans à l'école primaire avec un retard sensiblement aggravé, de l'ordre de 12 à 15 mois. Tout ceci ne porte que sur le vocabulaire ; il est à craindre cependant que des épreuves de langage plus fines (notamment portant sur la syntaxe et la construction du discours) ne donnent des résultats de même signification. Deux conclusions peuvent en être tirées :

1) La quasi totalité de ces enfants, on l'a vu, fréquentent l'école maternelle. On pouvait espérer que celle-ci permettrait aux enfants immigrés de combler leur retard dans la maîtrise du français ; bien au contraire, ce retard s'aggrave plutôt entre 4 et 6 ans. l'école maternelle française, on le sait, attache un soin tout particulier à la pédagogie du langage. Il est bien probable que certains enfants de familles immigrées en bénéficient. Mais tout se passe comme si beaucoup, et semble-t-il la majorité d'entre eux, étaient au

contraire "lâchés en arrière" par cette pédagogie qu'ils ne peuvent suivre au même rythme que les enfants plus favorisés au départ. Tout se passe comme si le handicap linguistique initial pesait lourdement, et installait fortement ces enfants dans un statut handicapé.

2) A l'entrée à l'école primaire, l'enfant immigré moyen dispose, à 6 ans, d'un vocabulaire français un peu inférieur à 5 ans. Certes, tout laisse à penser que le maître tiendra compte de sa situation d'enfant de famille immigrée. Mais tout permet de penser également que, face à une communication qui dépend désormais d'une bonne maîtrise de la langue française, cet enfant se sentira bien mal à l'aise ; et que le handicap jouera très directement dans l'apprentissage de la langue écrite. Il n'est pas exclu que dès lors, progressivement, maître et élève ne se résignent à l'inscription de l'enfant dans un statut de "peu doué", à tout le moins d'élève médiocre. Ceci constitue une question-clé posée par la présente recherche ; nous y reviendrons.

## 2 - LIEU DE NAISSANCE

Les enfants nés hors de France sont, on l'a vu, peu nombreux dans cet échantillon. Ils appartiennent à des familles récemment immigrées, moins acculturées à la société française que les autres. Leur vocabulaire français est, comme on pouvait s'y attendre, beaucoup moins bon. Deux cas méritent d'être considérés, celui des maghrébins et celui des familles que nous avons classées comme d'"autres origines". Dans le cas des maghrébins, le retard au vocabulaire est en moyenne de 11,7 mois pour les 458 enfants nés en France, mais il est de 20,7 mois pour les 40 enfants nés hors de France (l'écart est significatif, avec un  $t$  de Student = 4,31 à  $p = .001$ ). De même, si les 62 "autres" nés en France ont en moyenne un retard de 10,8 mois, les 18 "autres" nés hors de France ont un retard de près de deux ans (23,7 mois ;  $t = 3,7$ ,  $p = 001$ ). Il ne fait aucun doute que ces enfants d'immigration récente sont et risquent de rester lourdement handicapés lors de l'entrée au cours préparatoire.

### 3 - BILINGUISME

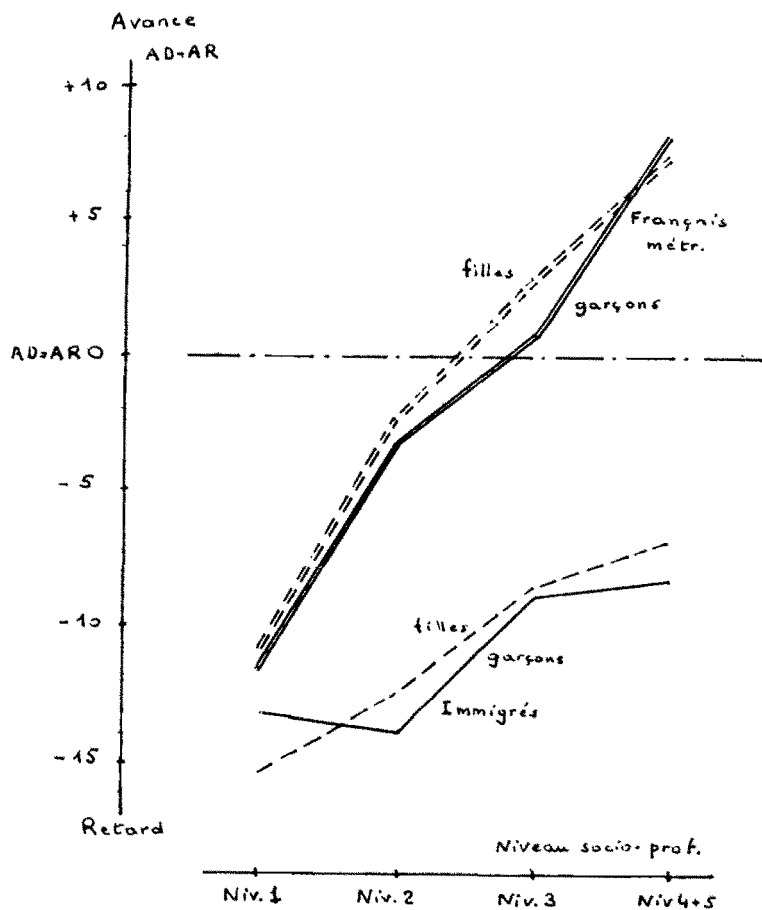
Sauf pour les français d'outre-mer, chez qui la notion de "bilinguisme" apparaît assez floue, au moins au regard des critères dont nous disposons, c'est là un facteur très net de handicap dans l'acquisition du vocabulaire français.

Ce handicap est minimum chez les maghrébins. Si en effet le retard est de 8,5 mois en moyenne chez les 135 enfants de familles "unilingues" (c'est-à-dire qui parlent le français dans la vie quotidienne) il est de 14,2 mois en moyenne dans le cas des 381 enfants de familles bilingues (en général le français n'est alors parlé que dans les relations extérieures et à l'école ; l'arabe, et parfois le kabyle sont parlés en famille. La différence entre les deux cas est évaluée par un  $t = 4,4$ , significatif à  $p = .001$ ).

L'écart est un peu moindre dans les autres cas d'immigration, mais il reste statistiquement très significatif. En effet :

- en ce qui concerne les enfants de familles originaires de l'Europe du Sud, le retard est en moyenne de 7,3 mois chez les 25 enfants de familles unilingues, mais du double (14,5 mois) chez les 220 enfants de familles bilingues ( $t = 2,51$ ,  $p = .02$ ).
- dans le cas des familles d'autres origines, le retard moyen est de 5,6 mois chez les 19 unilingues et de 15,7 mois chez les 67 bilingues ( $t = 2,95$ ,  $p = .01$ ) ; on remarque que dans ce groupe le retard lié au bilinguisme est beaucoup plus important pour les garçons ( $t = 2,64$ ,  $p = .01$ ) que pour les filles ( $t = 1,75$ ,  $p = .10$ ).

FIGURE 11  
 NIVEAU MOYEN AU VOCABULAIRE SELON LE NIVEAU SOCIO-PROFESSIONNEL DES PARENTS



#### 4 - NIVEAU SOCIO-PROFESSIONNEL DE LA FAMILLE

Ainsi que le montre le graphique 11, le niveau au vocabulaire de l'enfant est très fortement lié au niveau socio-professionnel (et, peut-on supposer, socio-culturel) des parents. La liaison se retrouve également chez les filles et chez les garçons. Chez les français métropolitains, le retard au vocabulaire est d'environ un an en moyenne, lorsque les parents exercent un métier très peu qualifié (niveau 1) ; à l'inverse, l'enfant est en moyenne en avance de 8 mois lorsque ses parents sont techniciens, enseignants, cadres moyens ou supérieurs, exercent une profession libérale (niveaux 4 et 5). Entre ces deux extrêmes, l'écart des niveaux de développement au vocabulaire est donc de près de deux ans, chez des enfants dont l'âge réel moyen est, rappelons-le, de l'ordre de 4 ans et demi... Nous évitons ici en général de traduire les résultats en termes de quotient d'âges ; si cependant on accepte ici cette traduction, on trouve (toujours chez les français métropolitains), selon que les parents sont classés professionnellement :

- au niveau 1 (38 cas) : QD = 76
- au niveau 2 (336 cas) : QD = 93
- au niveau 3 (388 cas) : QD = 103
- au niveau 4 (147 cas) : QD = 116
- au niveau 5 (12 cas) : QD = 132

Ces différences sont statistiquement très significatives d'un niveau à l'autre.

Elles se retrouvent chez les enfants de familles immigrées ainsi qu'en témoigne la figure 11 ; elles sont cependant alors moins marquées. Si pour les 179 enfants dont les parents sont classés au niveau 1 (professions très peu qualifiées) le retard au vocabulaire est en moyenne de 14 mois, il est encore de 8 mois pour les 247 enfants dont les parents exercent des métiers plus qualifiés (niveaux 3 et 4 ; à ces niveaux, les français métropolitains sont en moyenne en avance de 3 mois). Il est probable que cette moindre liaison, dans le cas de familles immigrées, entre niveau socio-professionnel des parents et niveau au vocabulaire, s'explique par le fait que sur ce dernier pèsent spécifiquement bien d'autres sources de handicap : bilinguisme, difficultés d'acculturation, etc...

Il est intéressant de considérer, parmi les variables liées à la position professionnelle des parents, le fait que tous deux travaillent à l'extérieur, ou seulement l'un des deux. Dans tous les groupes, le niveau au vocabulaire de l'enfant est meilleur si les deux parents travaillent à l'extérieur. Ceci se comprend mieux si l'on se souvient des liaisons établies dans le chapitre précédent : lorsque les deux parents travaillent, leur niveau socio-professionnel est plus élevé, les conditions de vie meilleures, l'enfant plus volontiers confié à une nourrice ou à une crèche, etc..., tous facteurs d'un meilleur vocabulaire. Cependant, l'ampleur du phénomène diffère beaucoup d'un groupe à l'autre :

a) il est très net chez les français métropolitains : chez les 532 enfants dont les deux parents travaillent, on remarque une avance moyenne de 3 mois ; chez les 409 enfants dont un seul parent - presque toujours le père - travaille, on constate au contraire un retard moyen de 3 mois ( $t = 6,76$ ,  $p = .001$  ; pas de différence à cet égard entre les garçons et les filles). Le phénomène est également très net chez les maghrébins : si le retard moyen est de 13 mois pour les 434 enfants dont un seul parent travaille, il n'est que de 7 mois pour les 64 enfants dont les deux parents travaillent ( $t = 3,7$ ,  $p = .001$ ). Il ne fait pas de doute que pour ces deux groupes, le travail de la mère à l'extérieur signe une position sociale, un mode de vie, et certainement des positions éducatives bien différentes de celles des familles où la mère reste au foyer.

b) L'écart est plus discret chez les européens du sud et les familles d'autres origines ; si en ce cas encore le vocabulaire de l'enfant est moins bon lorsque la mère reste au foyer que lorsqu'elle travaille, l'écart du niveau au vocabulaire n'est que de 3 mois environ ( $t = 1,1$ ,  $p = .10$  pour les européens du sud,  $t = 1,6$ ,  $p = .10$  pour les autres). En fait, nos données ne sont peut-être pas ici parfaitement crédibles, ainsi qu'il a été signalé au chapitre précédent : un certain nombre de mères notées comme "ne travaillant pas à l'extérieur" ont en fait un statut professionnel indéci (elles "aident" à l'extérieur, notamment en travail ménager, sans l'affirmer comme profession) : ceci peut contribuer à brouiller les résultats.



c) Enfin, pour les français d'outre-mer, l'écart est presque nul : retard moyen de 6,9 mois lorsque les deux parents travaillent, de 7,6 mois lorsqu'un seul travaille. Ce dernier cas est relativement rare ; de plus, il s'agit assez souvent de mères célibataires et non pas, comme pour les groupes précédents, de mères au foyer.

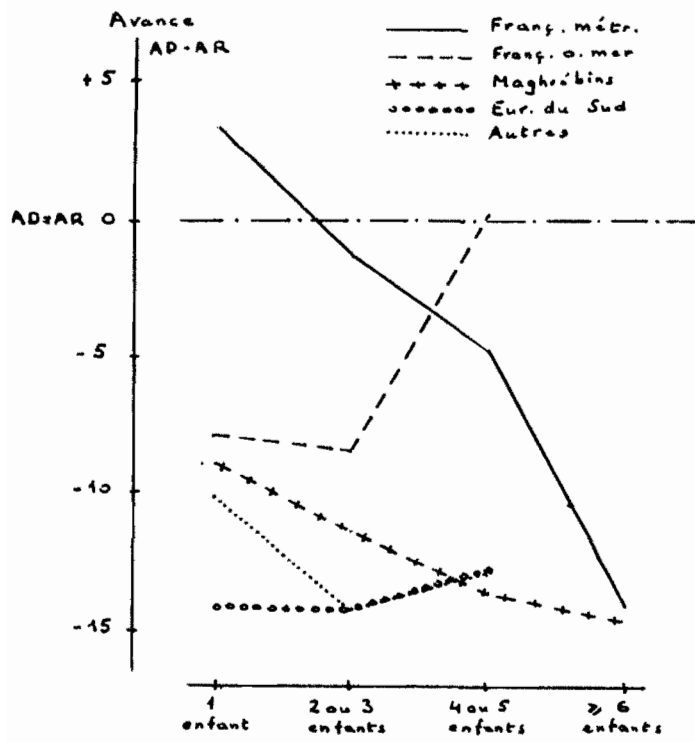
## 5 - LES CONDITIONS DE LOGEMENT

Pour tous les groupes, le niveau au vocabulaire de l'enfant est lié aux conditions de logement de la famille. Cependant, l'influence de ce facteur assez faible pour les groupes d'immigrés (comme précédemment, on peut penser à un brouillage par l'intrication des variables). Il est par contre très net dans le cas des familles françaises métropolitaines. En effet si l'on oppose les 120 cas de logements insalubres ou insuffisants (cas 1 et 2) aux 760 cas de logements moyens ou satisfaisants (cas 3 et 4), on trouve dans le second cas une légère avance au vocabulaire (0,7 mois), dans le premier cas un retard de 3,2 mois ( $t = 2,86$ ,  $p = .001$ ). L'effet est plus net chez les garçons que chez les filles. Chez les garçons mal logés en effet, le retard atteint 5,5 mois (contre une avance de 0,4 mois pour les bien logés ;  $t = 3,22$ ,  $p = .01$ ) ; les valeurs correspondantes diffèrent moins chez les filles (+ 1 mois et - 1 mois,  $t = 1,05$ , non significatif). Dans les 12 cas de garçons qui vivent dans un logement insalubre, le retard atteint 16,5 mois ! Il y aurait lieu de s'interroger sur cette plus grande sensibilité des garçons aux handicaps d'environnement, dont la présente étude apporte d'autres témoignages.

## 6 - LA FRATRIE

La figure 12 illustre les relations entre niveau au vocabulaire et étendue de la fratrie à laquelle appartient l'enfant. On constate une relation linéaire très nette chez les français métropolitains : plus nombreuse la fratrie, plus bas le niveau au vocabulaire de l'enfant. La liaison est statistiquement très significative : si l'on oppose les 417 cas de fratrie égale ou inférieure à 3 aux 102 cas où la fratrie est supérieure ou égale à 4, on trouve  $t = 4,66$ ,  $p = .001$ .

FIGURE 12  
 NIVEAU MOYEN AU VOCABULAIRE SELON L'ETENDUE DE LA FRATRIE



Les maghrébins font apparaître une liaison de même ordre, bien que moins nette (la même dichotomie donne  $t = 2,27$ ,  $p = .05$ ). Il est patent qu'elle n'existe pas dans les trois autres groupes.

Ces faits sont d'interprétation malaisée. On peut cependant penser que les familles françaises nombreuses sont de fait, dans le contexte sociologique de cette étude, défavorisées (logements surpeuplés, mauvaises conditions économiques, etc...). Ceci joue sans doute aussi pour les familles maghrébines, compte tenu du nombre moyen d'enfants nettement plus élevé (4, contre 2,22 pour les familles françaises métropolitaines). On comprend moins bien que les autres groupes d'immigrés échappent à cette "loi" ; il est probable que l'accroissement de la famille ne modifie pas alors de la même façon les conditions de vie.

Le rang dans la fratrie mérite d'être considéré, au moins dans le cas des français métropolitains (les autres groupes donnent à cet égard des résultats de valeur douteuse). Le tableau 13 montre que les premiers nés ou uniques sont légèrement en avance sur les derniers nés, et que ceux qui occupent un rang intermédiaire (dans les fratries de 3 et plus) sont particulièrement défavorisés. Ceci s'observe identiquement pour les deux sexes, et le calcul des  $t$  montre que ces différences ne sont pas dues au hasard. Il se peut que le premier né soit l'objet de plus d'attention et d'investissement de la part de l'entourage, et que ceci contribue à rendre compte de son meilleur vocabulaire. On comprend moins aisément que l'enfant de rang intermédiaire soit aussi nettement défavorisé ; il importe cependant de se rappeler le fait, signalé précédemment, que les enfants de familles nombreuses sont plus handicapés à cet égard ; or, on a évidemment plus de chances de trouver un enfant en position d'intermédiaire s'il appartient à une famille nombreuse.

Signalons enfin le cas des jumeaux. On en trouve 18 chez les français métropolitains ; au vocabulaire, ils manifestent un retard moyen de 7,1 mois, à comparer à une légère avance (0,4 mois) des 977 non jumeaux ; la différence est statistiquement significative ( $t = 2,25$ ,  $p = .05$ ). On retrouve le même phénomène, mais plus discrètement, chez les immigrés, lorsqu'on compare les 28 jumeaux (retard moyen 12,9 mois ;  $t = 1,73$ ,  $p = .10$ ). On retrouve donc ici le moindre effet, chez les immigrés, d'un facteur de handicap

lorsqu'on le considère isolément. Ce handicap verbal des jumeaux ne peut surprendre : il est classiquement signalé, en liaison avec des phénomènes de "cryptophasie", de langage secret au sein du couple gemellaire, etc...

**TABLEAU 13**  
**AVANCE OU RETARD AU VOCABULAIRE (AD-AR) SELON LA POSITION DANS LA FRATRIE,**  
**CHEZ LES ENFANTS DE FAMILLES FRANCAISES METROPOLITAINES**

	1	2	3			
	Premier né	Rang	Dernier né	t 1/2	t 1/3	t 2/3
	ou unique	intermédiaire		p =	p =	p =
<b>Garçons</b>	n = 245 + 1,53	n = 49 - 6,82	n = 194 - 0,87	t = 1,81 p = .10	t = 3,86 p = .001	t = 2,78 p = .01
<b>Filles</b>	n = 246 + 2,5	n = 47 - 2,26	n = 186 - 1,07	t = 2,63 p = .01	t = 2,0 p = .05	t = 0,6 n s
<b>Ensemble</b>	n = 491 + 2,02	n = 96 - 4,59	n = 380 - 0,97	t = 3,15 p = .01	t = 4,12 p = .001	t = 2,41 p = .02

### 7 - L'AGE DE LA PREMIERE SCOLARISATION

Chez les enfants entrés tard à l'école maternelle (après 3 ans 3 mois), le vocabulaire apparaît en moyenne moins bon, ainsi qu'en témoigne le tableau 14. Seuls les français d'outre-mer font exception à cette règle. Il convient de noter que dans ce groupe, les entrées tardives sont rares ; sur le seul plan statistique, ceci suffirait à expliquer que la faible différence constatée ne soit pas significative (1).

(1) Ceci découle de la formule de calcul du t de Student : pour les mêmes valeurs des paramètres (moyennes et écarts-types) des deux distributions à comparer, le t augmente avec les effectifs des groupes.

**TABLEAU 14**  
**AVANCE OU RETARD AU VOCABULAIRE (AD-AR)**  
**SELON L'AGE D'ENTREE A L'ECOLE MATERNELLE**

		ENTREE A L'ECOLE MATERNELLE			
		avant 3 ans 3 mois	après 3 ans 3 mois	t	p
Français métropolitains	(garçons	(n = 359) - 0,8	(n = 57) - 4,3	1,7	.10
	(filles	(n = 333) + 1,2	(n = 60) - 1,0	1,14	ns
	(ensemble	(n = 692) + 1,0	(n = 117) - 2,6	2,55	.01
Français d'Outre-Mer	(garçons	(n = 61) - 7,0	(n = 12) - 7,7	0,17	ns
	(filles	(n = 55) - 6,0	(n = 6) - 8,5	0,44	ns
	(ensemble	(n = 116) - 6,6	(n = 18) - 8,0	0,44	ns
Europe du sud	(garçons	(n = 72) - 13,0	(n = 34) - 19,4	2,43	.02
	(filles	(n = 68) - 10,0	(n = 35) - 21,3	4,29	.001
	(ensemble	(n = 140) - 11,5	(n = 69) - 20,3	4,74	.001
Maghrébins	(garçons	(n = 175) - 11,1	(n = 38) - 19,5	3,55	.001
	(filles	(n = 175) - 12,5	(n = 37) - 14,7	0,94	ns
	(ensemble	(n = 350) - 11,8	(n = 75) - 17,1	3,2	.001
Autres	(garçons	(n = 20) - 10,4	(n = 8) - 22,6	2,01	.05
	(filles	(n = 28) - 10,4	(n = 11) - 15,0	0,98	ns
	(ensemble	(n = 48) - 10,4	(n = 19) - 18,2	2,11	.05

Mais en fait, c'est là un des indices du caractère très particulier de ce groupe, où le placement tardif à l'école maternelle répond probablement à d'autres déterminants que dans les autres groupes. Pour ces derniers, le vocabulaire des enfants entrés tard à la maternelle est toujours significativement inférieur lorsqu'on augmente les effectifs en globalisant les deux sexes. La première interprétation est évidemment que l'école maternelle, par la socialisation qu'elle instaure et par sa pédagogie du langage, améliore sensiblement le vocabulaire des enfants. Ceci est probablement vrai ; il ne faut pas oublier cependant que peuvent jouer d'autres déterminants. Il se peut par exemple que les familles dont les enfants parlent le mieux avant même l'entrée à l'école maternelle, et ceci pour toutes les raisons d'environnement étudiées sous d'autres rubriques, aient tendance à réaliser plus tôt cette entrée. L'entrée précoce en maternelle procède probablement de multiples raisons, la plus évidente étant un souci éducatif plus affirmé. La différence du niveau en vocabulaire selon l'âge d'entrée à l'école n'est pas toujours statistiquement significative lorsqu'on distingue les sexes, du fait des effectifs plus faibles. L'écart est maximum chez les garçons parmi les français métropolitains, les maghrébins et les "autres" ; chez les européens du sud, il est au contraire maximum chez les filles. Il se peut que ceci

reflète des politiques éducatives différentes quant au sexe dans les différents groupes ; mais nous manquons de données pour la discussion de ce problème.

## 8 - LA STABILITE DU COUPLE PARENTAL

Ainsi qu'on l'a signalé dans le chapitre précédent, on s'est abstenu de conduire sur ce plan une enquête systématique. De ce fait, les "situations conflictuelles" n'ont été notées que dans les cas patents, et en règle générale lorsque la mère choisit de s'en ouvrir au médecin ; de même en ce qui concerne les couples dissociés. Les proportions réelles sont certainement supérieures à celles sur lesquelles porte notre analyse. Pour l'ensemble des 995 français métropolitains, on a noté 24 cas seulement de "situations conflictuelles" ; le retard moyen en vocabulaire de l'enfant est alors de 8,7 mois, tandis que pour les autres (920 cas) on trouve une avance moyenne de 0,4 mois ; l'écart entre ces deux moyennes est statistiquement très significatif ( $t = 3,16$ ,  $p = .01$ ). On trouve de même une infériorité au vocabulaire chez les enfants de familles immigrées pour lesquelles est notée une situation conflictuelle du couple parental (11 cas, retard moyen 18,9 mois ; dans les 883 autres cas, le retard moyen n'est que de 12,8 mois ; mais du fait du faible effectif du premier sous-groupe la différence, avec un  $t = 1,52$ , n'est pas significative).

Ces résultats ne sont pas surprenants : il est généralement admis que les conflits entre les parents exercent une influence fâcheuse sur le développement de l'enfant. Plus surprenants sont les résultats qui concernent la séparation des parents, ou la situation mono-parentale, car le vocabulaire de l'enfant apparaît alors meilleur. Sur 51 français métropolitains ainsi enfants de parents séparés ou seuls, on trouve une avance moyenne de 1,1 mois, contre seulement 0,4 mois chez les 920 autres (la différence n'est pas statistiquement significative). Sur les 21 immigrés dans la même situation, le retard est en moyenne de 4,3 mois, contre 12,8 mois chez les 883 autres (et ici la différence, avec un  $t = 2,9$ , est significative à  $p = .01$ ). Il n'est pas aisé d'interpréter un tel constat ; il est probable cependant que les séparations nettes, et citées comme telles, surviennent plutôt dans des familles de meilleur statut socio-culturel et économique.

## 9 - LES MODES DE GARDE

Rappelons qu'on a distingué 5 cas :

1. L'enfant est élevé par sa mère, dans le cadre familial,
2. L'enfant est ou a été de façon durable confié à une ou des nourrices, sans que cette histoire du ou des placements nourriciers apparaisse trop complexe (ce qui définit le cas 5),
3. L'enfant est ou a été de façon durable confié à une crèche,
4. L'enfant est gardé par un proche parent (en général la grand-mère),
5. L'histoire des placements apparaît complexe, heurtée, souvent difficile à reconstituer, et l'on peut en craindre les effets fâcheux.

Il s'agit là d'une classification assez approximative, dans la mesure où l'on ne disposait pas de tous les éléments d'information souhaitables (raisons alléguées pour le placement, durée, âge de début et de fin, placement à temps plein ou de jour seulement, éloignement du domicile parental, fréquence des contacts avec les parents, etc...). Si insatisfaisante que soit notre classification, elle livre cependant des constats intéressants et à certains égards surprenants, que résume le tableau 15.

Chez les français métropolitains, les enfants élevés par leur mère manifestent en moyenne un **retard** au vocabulaire de l'ordre de 2 mois (ce qui, compte tenu de l'âge réel moyen du groupe, environ 4 ans, est minime). Les enfants élevés en nourrice dans des conditions stables manifestent au contraire une **avance** moyenne de l'ordre de 4 mois ; la différence avec le groupe précédent est statistiquement très significative ( $t = 5,37$ ,  $p = .001$ ). Les enfants élevés en crèche, eux, sont en moyenne en avance de 6 mois (si l'on compare avec les enfants élevés par leur mère  $t = 5,8$ ,  $p = .001$ ). Même dans le cas d'un placement familial stable, les résultats sont meilleurs que lorsque l'enfant est gardé par la mère, puisque l'avance moyenne est alors de 3 mois. Par contre, dans le cas des histoires de placements complexes, de nature à perturber sensiblement l'enfant, on assiste à un retard moyen considérable, de près de 1 an (si l'on compare avec les enfants élevés par leur mère,  $t = 2,21$ ,  $p = .05$ ). On pouvait certes s'attendre à ce dernier résultat ; de même, si les enfants qui fréquentent une crèche témoignent d'un meilleur vocabulaire, ceci reflète sans doute pour une part les bons effets de la socialisation ainsi

réalisée. On reste cependant surpris que le cas le plus défavorable s'avère être celui des enfants élevés par leur mère, et ceci d'une façon extrêmement nette au plan statistique. Il est plausible que chez ces enfants persistent plus longtemps des modes de communication infra-verbaux, où mère et enfant se comprennent sur tout un ensemble de signes non linguistiques, dans un codage qui leur est propre. Lorsque l'enfant est séparé de sa mère, ces modes de communication ne peuvent plus fonctionner ; il devient alors indispensable de recourir à un code à valeur universelle, c'est-à-dire au langage. On ne peut cependant se satisfaire de cette seule hypothèse ; car les familles qui ont recours à un placement en nourrice ou qui placent l'enfant en crèche diffèrent à beaucoup d'égards de celles où l'enfant est gardé dans la famille jusqu'à l'école maternelle. On en a vu quelques indices dans le chapitre précédent, et le problème sera repris plus loin.

Il convient auparavant d'examiner, dans le tableau 15, les données relatives aux familles immigrées. En ce cas encore, pour tous les groupes, lorsque l'enfant est élevé par la mère, son vocabulaire est moins bon que lorsqu'il est confié à une nourrice ou à une crèche ; l'écart est considérable. Ceci est peut-être d'explication plus aisée que dans le cas des familles françaises métropolitaines, dans la mesure où les mères immigrées, qui souvent maîtrisent mal la langue française, sont évidemment peu à même de la transmettre à leur enfant ; en ce cas, l'intervention d'autres adultes, et le contact avec des enfants autres que les frères et sœurs constituent sans doute une incitation très efficace à l'acquisition du français.

**TABLEAU 15**  
**AVANCE OU RETARD AU VOCABULAIRE (AD-AR) SELON LE MODE DE GARDE, GARÇONS ET**  
**FILLES ENSEMBLE (ENTRE PARENTHESES : EFFECTIF DU GROUPE)**

	1 Mère	2 Nourrice	3 Crèche	4 Garde fam.	5 Histoires complexes
Français métropolitains	(547) - 2,3	(212) + 3,8	(121) + 5,9	(20) + 3,2	(14) -10,8
Français Outre-Mer	(65) - 7,7	(31) - 6,6	(38) - 6,5	(6) - 12,2	(4) - 9,5
Maghrébins	(473) - 12,7	(9) - 3,6	(11) - 9,0	(4) - 18,8	(2) -38,5
Europe du Sud	(200) - 14,6	(24) - 10,1	(5) - 7,4	(3) - 11,7	(1) + 1
Autres	(66) - 14,8	(4) - 6,8	(5) - 5,6	(2) - 12,5	(1) - 3
Ensemble des familles immigrées	(804) - 12,9	(68) - 7,5	(59) - 7,0	(15) - 13,9	(8) -14,6



Il reste cependant que l'on peut soupçonner un artéfact majeur : à savoir que, on l'a montré dans le chapitre précédent, il existe une liaison très nette entre le choix du mode de garde et le niveau social de la famille, en tout cas tel qu'il est estimé par la qualification professionnelle des parents. Il est donc possible que les enfants élevés par leur mère témoignent d'un moins bon vocabulaire, non parce qu'ils sont élevés par leur mère, mais simplement parce que le niveau social de la famille est plus faible. On a donc repris les calculs en distinguant 10 cas différents, représentant les combinaisons possibles entre les 5 modes de garde et 2 niveaux socio-professionnels (faible/élevé). De plus, on a calculé les niveaux au vocabulaire séparément pour les enfants les plus jeunes (moins de 4 ans et demi) et pour les plus âgés (plus de 4 ans et demi), supposant la possibilité d'une évolution différente dans chaque combinaison. Enfin, on a effectué ces calculs sur les français métropolitains d'une part, sur l'ensemble des familles immigrées d'autre part. Le tableau 16 donne les résultats.

**TABLEAU 16**  
**NIVEAU AU VOCABULAIRE 1 (EN AGES DE DEVELOPPEMENT)**  
**SELON LE MODE DE GARDE ET LE NIVEAU SOCIO-PROFESSIONNEL DES PARENTS.**  
**LES "PETITS" ONT MOINS DE 4 ANS 1/2, LES "GRANDS" PLUS DE 4 ANS 1/2.**

Français métropolitains		NIVEAU SOCIO-PROFESSIONNEL DES PARENTS					
		bas (1 + 2)			élevé (3 + 4 + 5)		
		n	AR	AD	n	AR	AD
1. Mère	(petits	144	42,35 ( 5,8)	37,0 (15,79)	179	41,11 ( 6,5)	42,16 (16,1)
	(grands	93	64,88 ( 8,43)	60,14(14,77)	96	64,47 (6,59)	65,19 (12,22)
	(ensemble	237	51,19 (13,02)	46,08(19,09)			
2. Hourrice	(petits	39	40,97 ( 6,63)	39,92(14,18)	102	40,38 (6,52)	48,19 (16,35)
	(grands	18	64,83 ( 7,34)	66,94(10,13)	42	62,9 (6,37)	65,6 (14,96)
	(ensemble						
3. Crèche	(petits	24	40,25 ( 5,82)	40,08 (14,55)	67	39,06 (5,77)	45,85 (16,61)
	(grands	7	64,86 ( 4,41)	70,43 ( 6,65)	21	61 (6,41)	70,38 ( 9,7)
	(ensemble						
4. Garde familiale stable	(petits	11	40,91 ( 5,97)	41,73 (17,94)	4	40,75 (6,29)	48,5 (13,99)
	(grands	2	63 ( 1,41)	71,5 ( 9,19)	0	-	-
	(ensemble						
5. Histoires complexes	(petits	7	38,43 ( 6,45)	27,57 (12,67)	0	-	-
	(grands	2	62 ( 2,83)	45,5 (23,33)	1	55 (-)	68 (-)
	(ensemble						

TABLEAU 16

(suite)

Immigrés (y compris les français d'Outre-Mer)	NIVEAU SOCIO-PROFESSIONNEL DES PARENTS						
	n	bas (1 + 2)		élevé (3 + 4 + 5)			
		AR	AD	n	AR	AD	
1. Mère	(petits	330	42,94 ( 6,05)	30,92 (12,07)	93	42,30 (6,82)	33,66 (13,9)
	(grands	258	64,54 ( 7,26)	48,33 (15,75)	78	62,27 (7,14)	52,35 (15,77)
	(ensemble						
2. Nourrice	(petits	23	42,91 ( 7,13)	33,78 (13,29)	13	43,38 (4,77)	39,46 (17,41)
	(grands	13	66,54 ( 9,24)	50,92 (18,38)	14	63,36 (4,27)	60,57 (10,97)
	(ensemble						
3. Crèche	(petits	26	40,35 ( 6,93)	32,81 (14,31)	15	40,13 (6,85)	35,07 (16,63)
	(grands	9	64,67 ( 6,93)	57,11 (12,59)	8	66,63(10,61)	60,75 (10,05)
	(ensemble						
4. Garde familiale stable	(petits	5	43,4 ( 6,88)	33,8 ( 6,14)	1	(-)	29 (-)
	(grands	4	62,5 ( 6,45)	50,25 ( 3,50)	0	-	-
	(ensemble						
5. Histoires complexes	(petits	5	43,4 ( 5,32)	34,6 ( 9,1)	2	45 (8,49)	35 (0)
	(grands	1	67 (-)	14 (-)	0	-	-
	(ensemble						

Chez les français métropolitains, il se confirme que la garde familiale stable est plutôt favorable à un bon vocabulaire tandis que les "histoires de placements complexes" sont très défavorables, aussi bien aux bas niveaux socio-professionnels qu'aux niveaux plus élevés. Mais les résultats les plus intéressants concernent les trois modes de garde les plus fréquents (mère, nourrice, crèche) ; la figure 17a illustre ces résultats. A chacun des deux niveaux socio-professionnels, c'est l'élevage par la mère qui donne le moins bon vocabulaire, et cette infériorité relative est remarquablement stable en fonction de l'âge : elle est du même ordre, pour les petits, d'âge moyen 3 ans et demi, et pour les plus grands, d'âge moyen 5 ans et demi environ. Les enfants de crèche ont un meilleur vocabulaire, et cette supériorité tend à s'affirmer avec l'âge (l'écart avec les enfants élevés par leur mère tend à s'accroître). Les enfants élevés en nourrice sont moins favorisés, bien qu'eux aussi aient un meilleur vocabulaire que les enfants élevés par leur mère. Au niveau socio-professionnel supérieur, cet avantage semble d'ailleurs s'amenuiser avec l'âge ; il se peut que dans ce groupe les facteurs de

placement en nourrice soient quelque peu différents chez les plus jeunes et chez les plus âgés. Quoi qu'il en soit, la hiérarchie observée précédemment se confirme parfaitement lorsqu'on homogénéise les groupes quant au niveau socio-professionnel des parents. Certes, cette homogénéisation est loin d'être parfaite : au sein des deux groupes que nous venons de distinguer, il reste une variabilité non négligeable quant au statut social des familles. Ce contrôle laisse subsister cependant, ainsi qu'en témoigne la figure 17a des différences importantes dans l'acquisition du vocabulaire en fonction du mode de garde.

**Chez les enfants de familles immigrées**, il en va de même, ainsi que le montre la figure 17b. A chacun des deux niveaux socio-professionnels les enfants élevés par leur mère ont un moins bon vocabulaire que les autres. Au niveau inférieur, le handicap est de l'ordre de un an chez les enfants de 3 ans et demi ; il s'aggrave ensuite puisqu'il est de 16 mois à 5 ans et demi. Il s'aggrave également chez les enfants placés en nourrice, alors en général chez des femmes de même origine nationale. Les enfants placés en crèche, peu nombreux rappelons-le, sont beaucoup moins handicapés mais l'écart avec la moyenne (définie par l'étalonnage du test sur les enfants français métropolitains) reste constant à mesure qu'ils grandissent. Chez ces mêmes enfants immigrés, la hiérarchie des modes de garde est un peu différente au niveau socio-professionnel supérieur ; c'est ici le placement en nourrice qui donne les meilleurs résultats quant à l'acquisition du vocabulaire français ; il est plausible que, plus souvent que dans le cas précédent, ces nourrices sont choisies dans d'autres groupes d'immigration que les parents, ou sont françaises métropolitaines ; on voit alors l'enfant rattraper son handicap initial et rejoindre la moyenne.

En tout ceci, on ne saurait préjuger des causes et des effets. Pour une part sans doute, ces différences dans l'acquisition du vocabulaire résultent du mode de garde lui-même ; mais pour une part elles peuvent être liées aux déterminants du mode de garde. Les données ici présentées, si incertaines soient-elles à cet égard, suggèrent la nécessité d'une recherche plus précise sur ce problème (1).

(1) Sur les modes de garde, leurs déterminants et leur fonctionnement, cf. COMMAILLE, 1981 ; DAVID et APPELL, 1962 ; DAVIDSON et MAGUIN, 1980 ; LAFORESTRIE et GROUSSARD-TREMBLAY, 1976 ; Les modes de garde des enfants de 0 à 3 ans, 1978 ; Les gardes de l'enfant de 0 à 3 ans, 1972. Sur les effets éventuels, cf. BALLEYGUIER, 1981 ; CHOQUET et DAVIDSON, 1982 ; LOUTRE du PASQUIER, 1981 ; MERMILOD et ROSSIGNOL, 1974 ; RUTTER, 1974.

FIGURE 17a  
 NIVEAU AU VOCABULAIRE, EN FONCTION DU MODE DE GARDE  
 ET DU NIVEAU PROFESSIONNEL DES PARENTS, POUR DEUX GROUPES D'AGES.  
 FRANCAIS METROPOLITAINS.

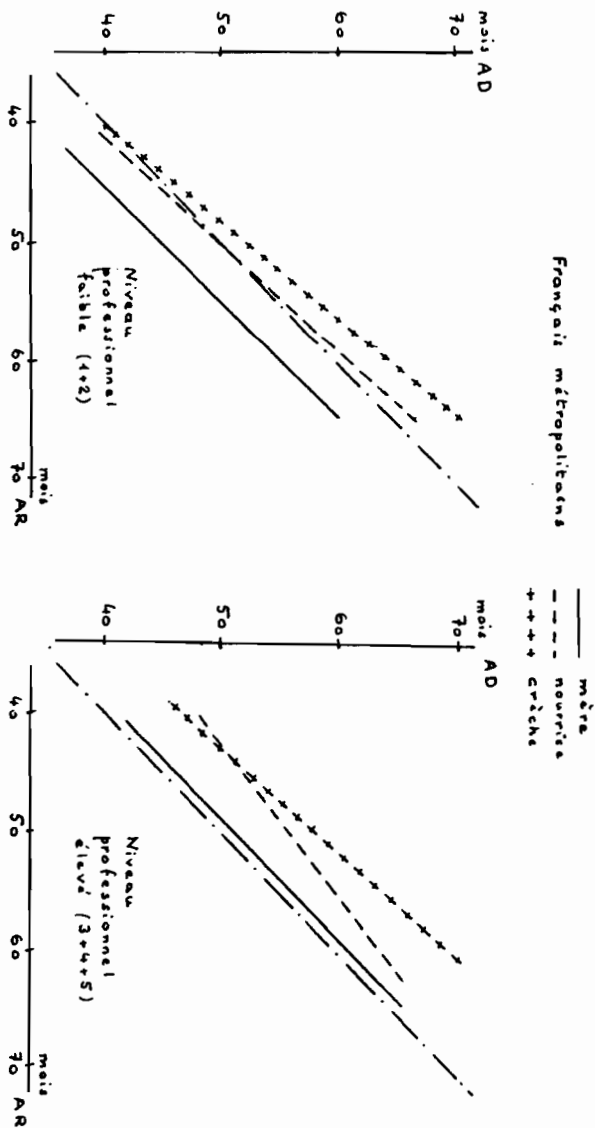
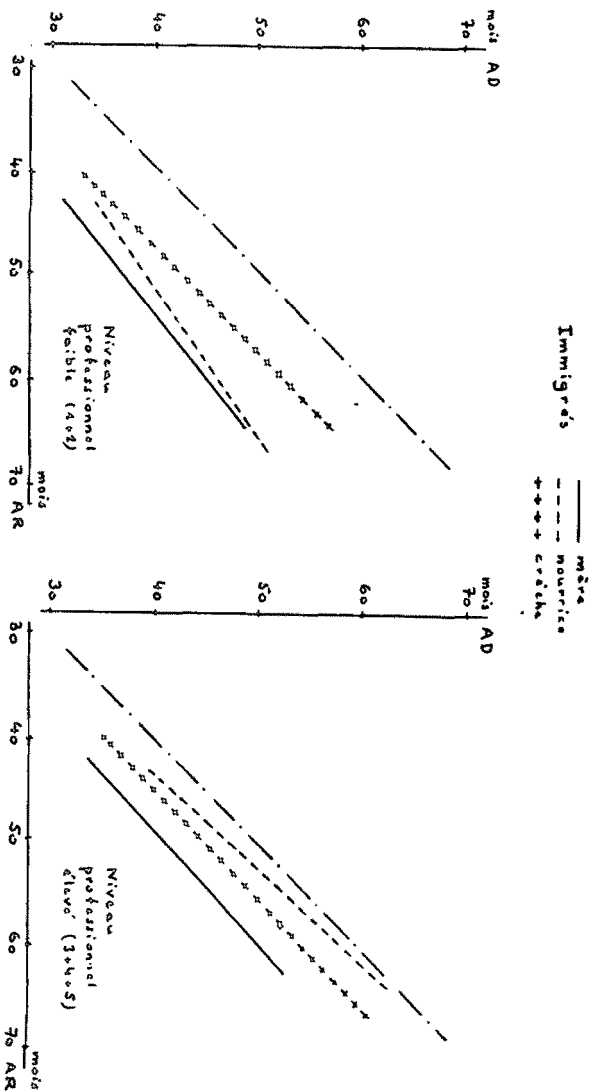


FIGURE 17b  
 NIVEAU AU VOCABULAIRE, EN FONCTION DU MODE DE GARDE  
 ET DU NIVEAU PROFESSIONNEL DES PARENTS, POUR DEUX GROUPES D'AGES.  
 IMMIGRES



## Conclusions

L'acquisition du vocabulaire s'avère d'une extrême sensibilité aux conditions d'environnement. A beaucoup d'égards, les résultats qui précèdent sont assez attendus ; ils sont plus surprenants sous d'autres aspects, notamment en ce qui concerne la liaison avec les modes de garde. Il ne faut pas oublier en tout ceci deux points essentiels :

1°) L'acquisition du vocabulaire peut certes témoigner des rythmes et des modalités du développement intellectuel de l'enfant, un retard important du langage exprimant alors une déficience mentale globale, ou des troubles particuliers de l'activité symbolique et de la communication, parfois un déficit auditif qu'il importe de dépister à temps, etc... Cependant, ces cas sont certainement rares dans notre population. C'est bien de l'effet direct des conditions d'environnement, saisies ici surtout à leur niveau sociologique, que nos résultats témoignent. Il serait donc tout à fait erroné de conclure à des variations du "potentiel intellectuel" des enfants dans les groupes que nous avons successivement distingués et comparés. C'est l'une des raisons pour lesquelles nous nous sommes systématiquement abstenus d'exprimer les résultats en usant de l'artifice, pourtant commode, des quotients d'âges : le seul terme de "quotient" évoque trop souvent, bien à tort, l'idée de "potentiel intellectuel inné".

2°) Il s'agit du vocabulaire français : d'où l'importance du handicap des enfants de familles immigrées.

Il reste que les rythmes d'acquisition de ce vocabulaire français apparaissent étroitement liés au travail et au niveau professionnel des parents, aux conditions de logement, à la stabilité du couple parental, à l'âge de la première scolarisation, etc... Tout montre que dans la majorité des cas un handicap initial - c'est-à-dire, ici tel qu'on peut le saisir entre 2 ans et 3 ans et demi - n'est pas récupéré. Il est évident que ceci n'est qu'une "vérité de moyenne". Il existe certainement des fluctuations autour de cette moyenne, du fait que certains enfants rattrapent un vocabulaire normal, tandis que d'autres voient leur retard s'aggraver.

On peut cependant élever à l'encontre de ces conclusions une objection liée à la méthode que nous avons utilisée, et qui concerne la comparabilité des groupes d'âges successifs distingués par cette approche transversale. Il se peut en effet que les déterminants de la consultation en P.M.I. se modifient progressivement à mesure que l'enfant grandit : c'est-à-dire que le groupe des 5-6 ans diffère du groupe des 3-4 ans, quant au statut social de la famille, quant au mode de garde, etc... (variables que nous pouvons contrôler), mais aussi quant à l'inquiétude maternelle, quant à la dynamique intra-familiale, etc..., aspects que notre approche ne contrôle pas au plan statistique. Certes, de telles variations ne sont guère suggérées par la pratique quotidienne des consultations, mais on ne peut en droit en exclure le jeu possible. En ce cas, nous risquerions de conclure que telle variation - ou non variation - est à comprendre comme phénomène de développement de l'enfant, alors qu'il ne s'agirait que des effets de sources de variation de l'échantillonnage passées inaperçues. L'approche longitudinale vise à parer à cette objection. Ce sera l'objet du prochain chapitre.





CHAPITRE VII  
LA "COMPETENCE LINGUISTIQUE" ET LES FACTEURS D'ENVIRONNEMENT.  
ETUDE LONGITUDINALE

Nous avons examiné dans le chapitre précédent les liaisons entre le niveau de vocabulaire et quelques caractéristiques majeures du milieu de l'enfant. Ces liaisons ont été en général établies sans tenir compte de leurs éventuelles modifications en fonction de l'âge. Ces modifications sont plausibles. Il se pourrait, par exemple, que les enfants appartenant à des familles bilingues rattrapent progressivement leur retard en vocabulaire, surtout s'ils entrent tôt à l'école maternelle. Or on peut analyser de telles variations selon deux méthodes, dites respectivement transversale et longitudinale.

La première méthode a été utilisée dans le chapitre précédent pour mettre en évidence les rythmes d'acquisition du vocabulaire français par des enfants de diverses origines nationales (figure 10). On y comparait des échantillons de même origine, ordonnés par âge croissant, chaque échantillon étant composé d'un lot distinct d'enfants. Cette méthode laisse toujours planer un doute : il se peut en effet que la courbe des moyennes successives des groupes porte, plus ou moins fortement, la marque de différences incontrôlées d'échantillonnage. Supposons par exemple que, parmi les maghrébins, les familles dont l'immigration est la plus récente consultent en P.M.I. nettement plus tard que les autres. On aura alors dans l'échantillonnage des plus âgés une grande proportion d'enfants bilingues ; or puisque le bilinguisme, nous le savons, diminue le résultat au vocabulaire, il en résultera que la "courbe de croissance" définie par les moyennes sera affectée d'une pente plus faible. Ce type d'artéfact est très difficile à réduire en méthode transversale. D'où l'intérêt de la méthode longitudinale. En ce cas, les échantillons d'âges successifs sont composés des mêmes enfants ; ou pour mieux dire on n'utilise qu'un seul échantillon, qu'on réexamine à des âges successifs. Ceci en principe élimine totalement l'objection précédente. La méthode présente cependant quelques difficultés. La principale tient à la "fonte" progressive de la population au cours de l'étude. Lorsque, comme c'est en général le cas, le réexamen est lié au volontariat, on voit en effet l'échantillon s'amenuiser au fil des années. On ne garde donc pour l'étude finale que des cas fidèles, qu'on a pu suivre du début à la fin ; ceci introduit un principe de sélection dont la discussion s'avère en général fort délicate. Nous sommes ici

remarquablement à l'abri de cette difficulté, du fait que la grande majorité des mères suivent fidèlement la consultation ; il s'agit en effet pour elles d'une aide, et non pas du tout de la collaboration volontaire à une recherche. Rappelons que le vocabulaire a été repris en principe sur tous les enfants à des intervalles de 6 à 18 mois, et qu'on dispose ainsi :

- de 1 résultat sur 2.000 enfants,
- de 2 résultats sur 1.026 enfants,
- de 3 résultats sur 556 enfants,
- de 4 résultats sur 259 enfants.

Il ne s'agit pas là d'une "fonte" du groupe selon le type précédemment signalé. Cet amenuisement s'explique en effet par la combinaison de deux circonstances. D'une part, bien que les réexamens en fait continuent actuellement, les nécessités de cette publication nous ont obligés à arrêter nos données aux nombres ci-dessus ; eût-elle été préparée un an plus tard, le nombre des retests aurait été sensiblement plus élevé. D'autre part, les enfants cessent d'ordinaire de fréquenter la consultation après 6 ans ; donc le nombre des retests possibles est d'autant plus limité que le premier examen a été pris plus tard. Au début de la recherche, nous avons testé tous les enfants connus, quel que soit leur âge à ce moment. Ceci ne semble pas de nature à introduire un biais notable dans l'échantillonnage.

Dans les discussions qui suivent, nous avons en fait renoncé à utiliser le quatrième vocabulaire, le nombre de cas étant encore trop réduit pour autoriser des comparaisons valables entre sous-groupes. On retiendra donc seulement dans ce travail les 556 cas pour lesquels on possède trois évaluations successives du vocabulaire sur le même enfant (signalons cependant que, lorsque c'était possible, nous avons retesté nos conclusions sur les sujets à 4 vocabulaires : il s'avère que ces conclusions ne sont en rien modifiées).

Nous analyserons, par cette méthode longitudinale, les rythmes d'acquisition du vocabulaire en liaison avec six variables majeures : l'origine nationale, le niveau professionnel des parents, le logement, le bilinguisme, l'âge d'entrée à l'école maternelle, et enfin le mode de garde.

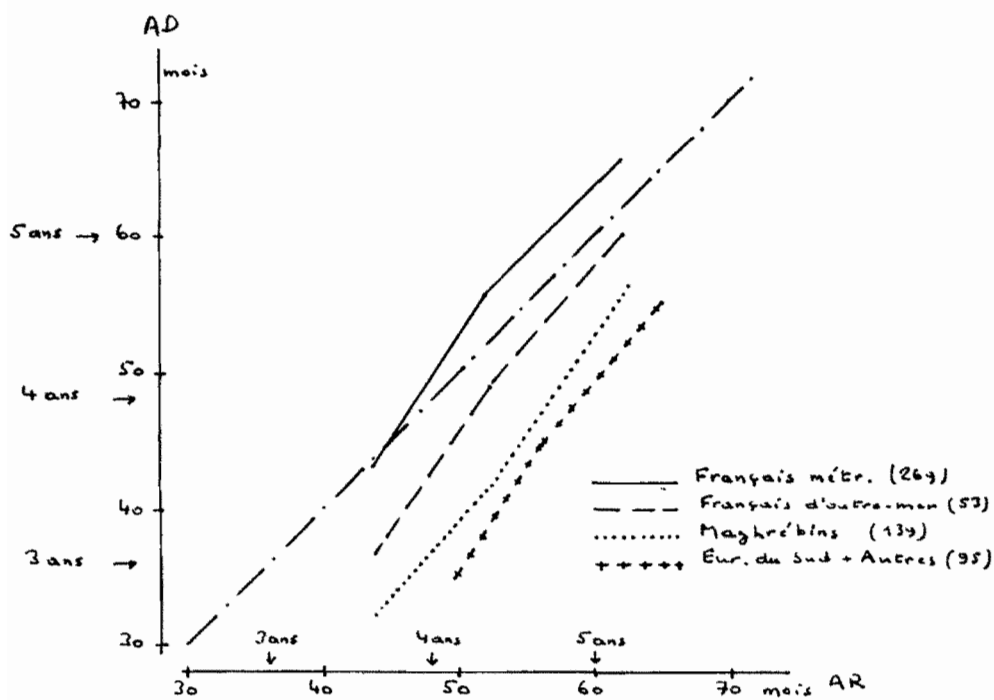
## 1 - ORIGINE NATIONALE

La figure 18 présente les résultats pour cette donnée de base. Elle est construite, ainsi que toutes les suivantes, de façon à illustrer concrètement les rythmes de progression. On a en effet porté les âges réels en abscisses et les âges de développement au test (d'après l'étalonnage établi, rappelons-le, sur les enfants français métropolitains) en ordonnées. La diagonale (en trait d'axe) symbolise le développement moyen. Lors du premier test, les 269 enfants français métropolitains, dont l'âge moyen est 3 ans 8 mois, se situent exactement sur cette diagonale ; ceci était évidemment attendu, puisqu'ils sont extraits au hasard du groupe d'étalonnage. Lors du deuxième et troisième tests, ils se situent au-dessus, d'environ quatre mois. On n'a aucune raison de penser que ces enfants connaissent une évolution plus favorable que les autres enfants français, puisqu'il s'agit d'un échantillon au hasard du groupe total. Ce gain de quatre mois résulte donc de l'effet de retest, c'est-à-dire reflète une facilitation due à la familiarité avec la situation, avec les images proposées, et éventuellement aux explications données par la mère après la première passation. On verra que pratiquement toutes les courbes présentées dans ce chapitre manifestent cet effet de retest, et selon les mêmes modalités, l'effet paraissant plus net entre le premier et le deuxième test qu'entre le deuxième et le troisième. Il importera donc d'en tenir compte et de déduire ce "pseudo-gain" des progrès réels.

La courbe des français d'outre-mer est remarquablement parallèle à la précédente ; les six mois de retard constatés en moyenne au premier test se reconduisent exactement jusqu'au troisième.

Il en va un peu différemment pour les maghrébins : si leur retard est de onze mois au premier test, il s'aggrave à quatorze mois lors du second, mais se réduit ensuite à neuf mois lors de la troisième épreuve. On peut penser à deux explications : moindre effet de retest à la deuxième passation, et démarrage plus tardif dans l'acquisition du français. Or ceci est plausible puisque, nous le savons, il s'agit souvent d'enfants gardés plus longtemps au sein d'une famille bilingue et qui entrent plus tard à l'école maternelle.

FIGURE 18  
 EVOLUTION DU VOCABULAIRE, LORS DE TROIS EXAMENS SUCCESSIFS,  
 EN FONCTION DES ORIGINES NATIONALES



Le dernier dernier groupe (européens du sud + "autres", regroupés pour disposer d'un effectif suffisant) accuse au premier test un retard de l'ordre de seize mois. Il subsiste pratiquement inchangé (quinze mois) lors du troisième.

Ainsi se confirme brutalement, en analyse longitudinale, ce qui avait été établi précédemment en méthode transversale : le handicap dans la connaissance de la langue française, tel qu'on peut le constater vers 3 ans ou 3 ans et demi chez des enfants de familles immigrées, ne se rattrape pas ; il subsiste en tout cas, inchangé, vers 5 ans ou 5 ans et demi. Ceci doit être un peu nuancé pour les maghrébins chez qui se dessine une atténuation du retard - encore que celui-ci reste considérable.

Soulignons cependant qu'il s'agit ici de moyennes : certains enfants de familles immigrées, évidemment, parviennent à une bonne maîtrise du français mais en contre-partie d'autres continuent à porter à cet égard un handicap considérable. Ceci peut s'illustrer dans des maghrébins. Au troisième test, à l'âge moyen de 5 ans 3 mois, l'âge de développement (AD) moyen au vocabulaire est de 4 ans 8 mois ; si l'on déduit pour effet de retest une correction de 4 mois, cet AD moyen est de 4 ans 4 mois. Or l'écart-type de la distribution des AD en cette troisième passation des maghrébins est de 11,3 mois. Un calcul simple montre que pour 15 % de ces enfants le niveau au vocabulaire est égal ou supérieur à la moyenne des français métropolitains ; mais que pour 15 autres pour cent ce niveau est, à cet âge réel de 5 ans 3 mois, inférieur à 3 ans et demi... Il sera pour ces derniers certainement inférieur à 4 ans lorsqu'ils entreront au cours préparatoire : on imagine aisément le poids de ce handicap...

## 2 - LE NIVEAU PROFESSIONNEL DES PARENTS ET LE LOGEMENT

Nous avons ici distingué trois niveaux (faible - moyen - élevé), et traité séparément les divers groupes d'origines nationales, du fait de leur hétérogénéité à cet égard. La figure 19a donne les résultats pour les français métropolitains. On retrouve l'effet de retest précédemment signalé. Le parallélisme des trois courbes est frappant : autrement dit la hiérarchie des niveaux au vocabulaire initialement installée par la différence des niveaux sociaux se conserve strictement, en dépit de la scolarisation en maternelle que connaissent tous ces enfants, et qui devrait en principe assurer une

meilleure "égalité des chances" avant l'entrée à l'école primaire. On aboutit à la même conclusion pour les français d'outre-mer (figure 19b) et pour les immigrés d'autres origines (figure 19c). Dans ce dernier cas cependant, on peut noter que les plus défavorisés au départ (les enfants de parents très peu qualifiés) semblent progresser un peu plus ; leur retard reste cependant sensible.

Les conditions de logement sont fortement liées au niveau professionnel des parents, et donc à leurs revenus ; il n'est pas surprenant dès lors qu'on aboutisse à un constat analogue au précédent : les enfants de familles les moins bien logées sont particulièrement handicapés quant à l'acquisition du vocabulaire, et la différence se maintient de la première à la troisième passation (figures 20 a et b). On ne présentera pas ici de résultats pour les Français d'outre-mer, faute d'effectifs suffisants.

### **3 - BILINGUISME**

La figure 21 ne porte que sur les immigrés, puisque le problème ne se pose jamais pour les français métropolitains, et que, nous l'avons vu, il se pose de façon très particulière pour les français d'outre-mer, ici non retenus. L'écart entre bilingues et unilingues est très sensible dès la première passation (7 mois) et subsiste très exactement jusqu'à la troisième. Si l'on reprend le raisonnement utilisé plus haut dans le cas des origines nationales, on constate : qu'à l'âge réel moyen de 5 ans 5 mois, les enfants qui appartiennent à des familles bilingues ont un niveau moyen au vocabulaire de 4 ans 3 mois ; que 15 % d'entre eux atteignent ou dépassent le niveau moyen des français métropolitains ; mais que 15 autres pour cent ont un vocabulaire inférieur ou égal au niveau de 3 ans, c'est-à-dire qu'ils aborderont le cours préparatoire avec un vocabulaire certainement inférieur à 3 ans et demi.

FIGURES 19 a, b, c  
 EVOLUTION DU VOCABULAIRE, LORS DE TROIS EXAMENS SUCCESSIFS,  
 EN FONCTION DU NIVEAU PROFESSIONNEL DES PARENTS

Figure 19a - Figure 19b

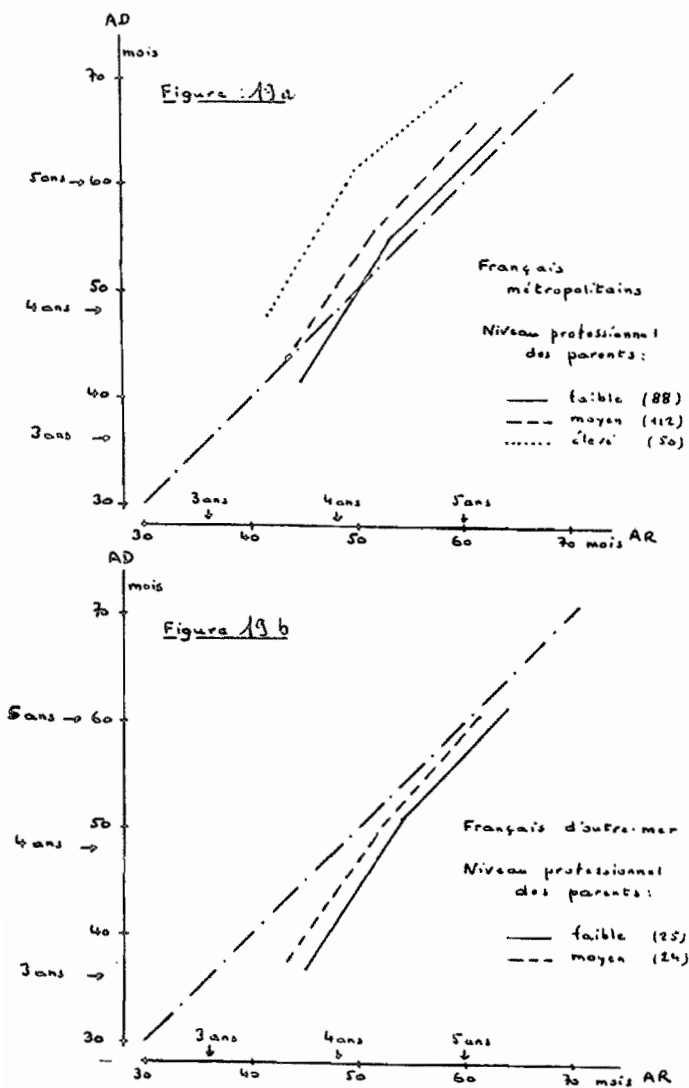
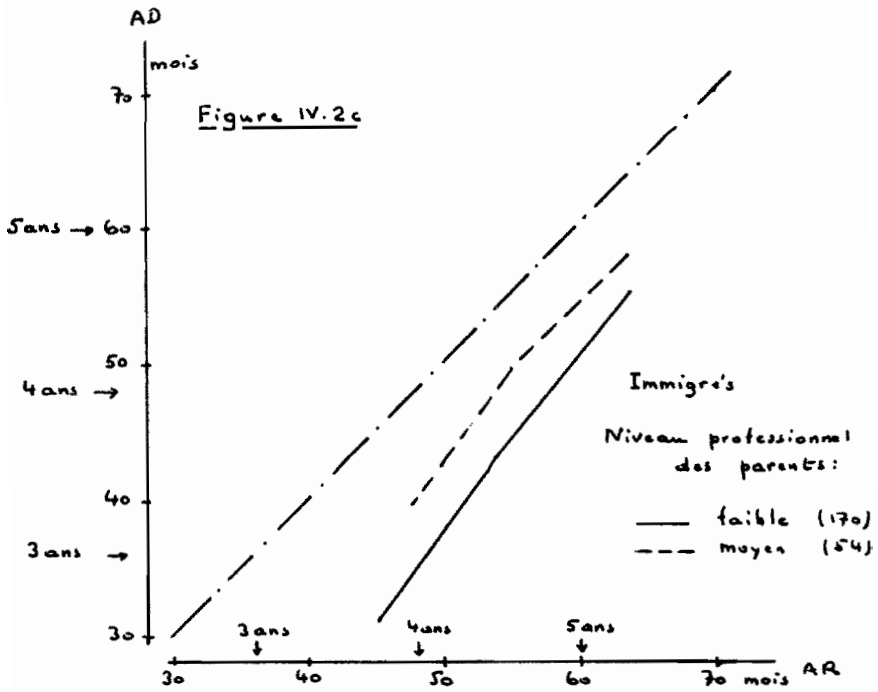


FIGURE 19c





FIGURES 20 a, b  
 EVOLUTION DU VOCABULAIRE, LORS DE TROIS PASSATIONS SUCCESSIVES,  
 EN FONCTION DES CONDITIONS DE LOGEMENT

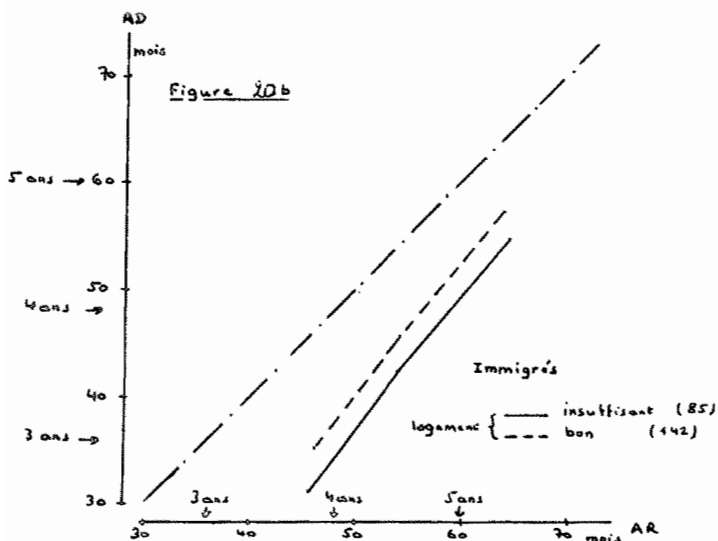
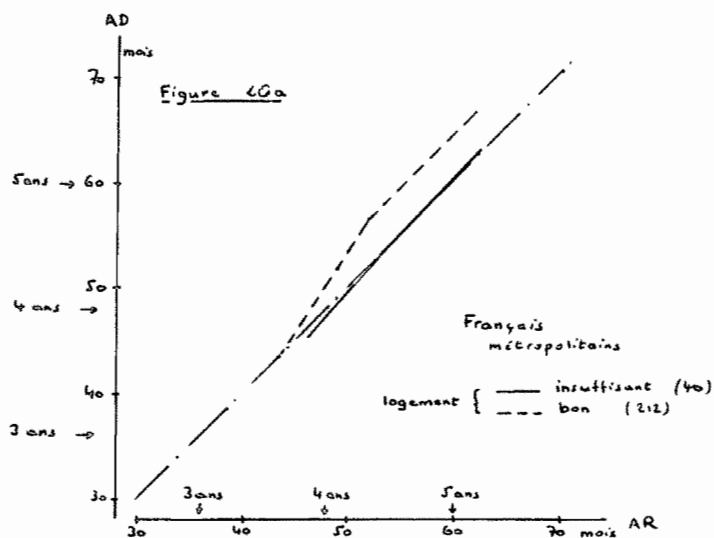
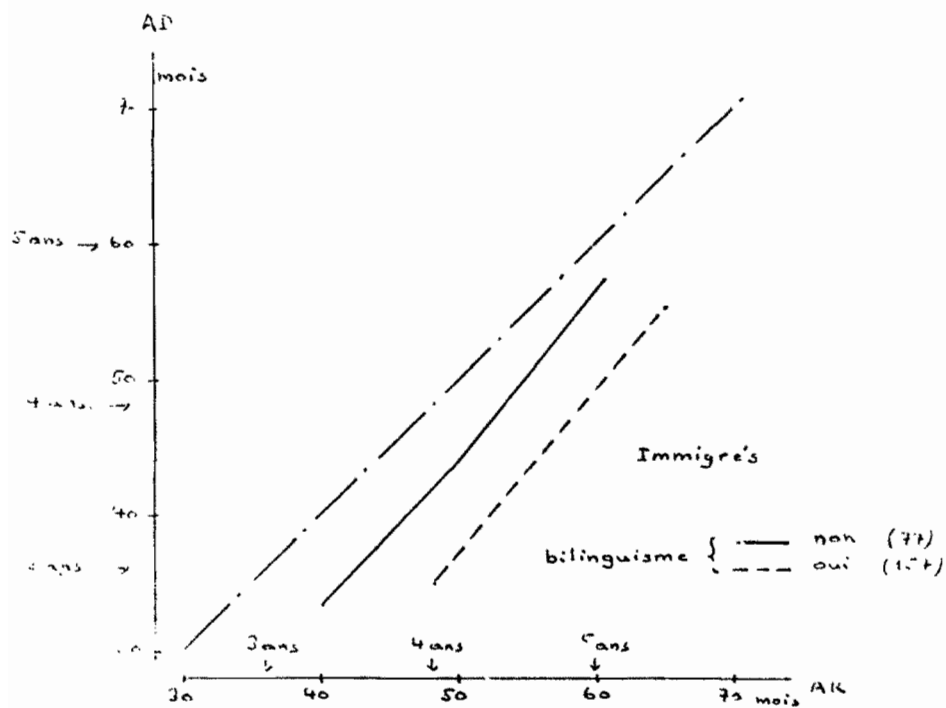


FIGURE 21  
 EVOLUTION DU VOCABULAIRE, LORS DE TROIS PASSATIONS SUCCESSIVES,  
 EN FONCTION DU BILINGUISME



#### 4 - AGE D'ENTREE A L'ECOLE MATERNELLE

Rappelons qu'on a distingué trois cas : entrée précoce avant 2 ans 9 mois, entrée tardive après 3 ans 3 mois, ou entrée à un âge intermédiaire entre 2 ans 9 mois et 3 ans 3 mois. Dans le cas des français métropolitains (figure 22a), les trois courbes sont très proches et strictement parallèles. Peut-être l'entrée précoce échantillonne-t-elle des enfants dont, pour d'autres raisons (niveau social de la famille, etc...), le vocabulaire est en moyenne un peu meilleur ; mais ici encore, on le voit, la différence se conserve strictement.

Il est difficile de conclure dans le cas des français d'outre-mer (figure 22b), peut-être du fait de la faiblesse des effectifs, mais aussi parce que la scolarisation précoce est ici très fréquente (très souvent, on l'a vu, les deux parents travaillent et l'école maternelle succède vite à la crèche), les principes de sélection des enfants sous cet aspect sont donc assez différents.

Chez les autres immigrés (figure 22c) par contre, on trouve un très net handicap initial des enfants qui entrent tard à l'école maternelle. On a vu que ce sont probablement des enfants qui appartiennent plutôt à des familles d'immigration récente, bilingues, et qui connaissent des difficultés d'acculturation. Il est tout à fait remarquable qu'en dépit de la scolarisation ainsi réalisée, le handicap subsiste exactement. A l'inverse, on aurait pu penser qu'une scolarisation précoce assurerait chez ces enfants immigrés un meilleur rattrapage du vocabulaire qu'une scolarisation tardive ; ce n'est pas non plus le cas.

#### 5 - LES MODES DE GARDE

On retrouve la constatation déjà présentée dans le chapitre précédent : c'est lorsque l'enfant reste aux soins exclusifs de sa mère jusqu'à son entrée à l'école maternelle que le niveau du vocabulaire est le plus bas. Ce niveau est meilleur s'il est confié à une, voire deux nourrices, et meilleur encore s'il fréquente une crèche (figure 23 a,b,c).

FIGURES 22 a,b,c  
 EVOLUTION DU VOCABULAIRE, LORS DE TROIS PASSATIONS SUCCESSIVES,  
 EN FONCTION DE L'AGE D'ENTREE A L'ECOLE MATERNELLE

Figure 22a - Figure 22b

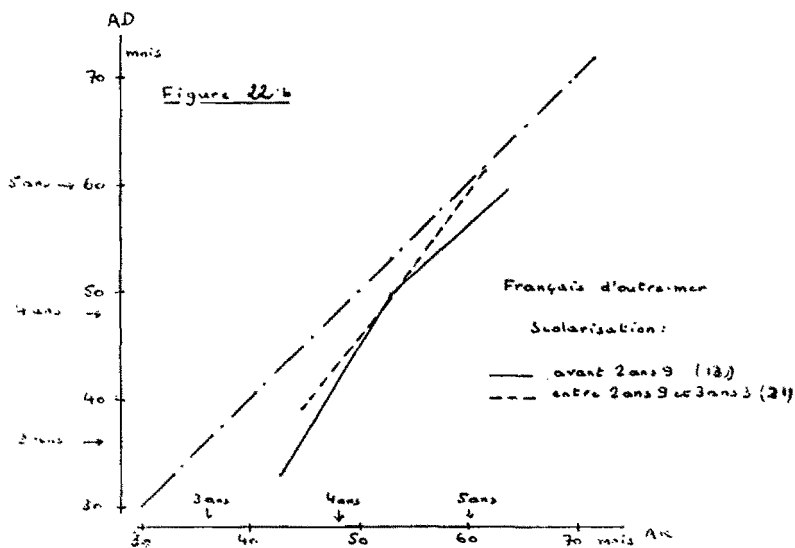
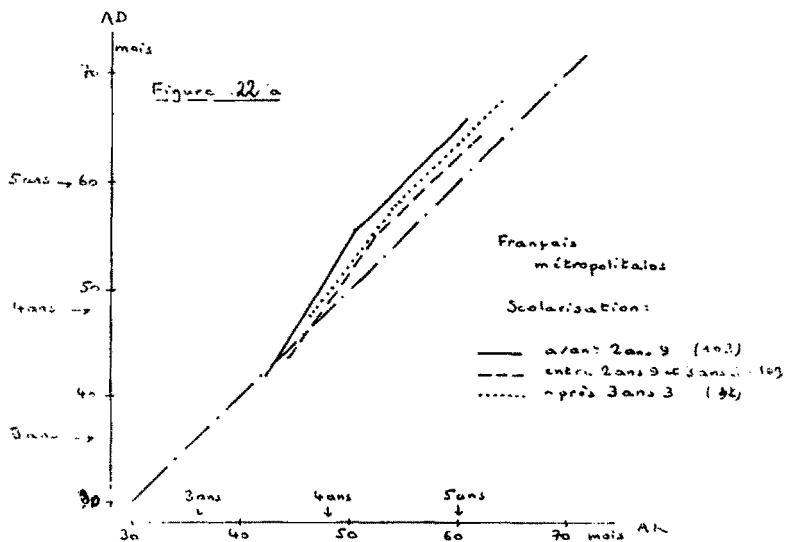
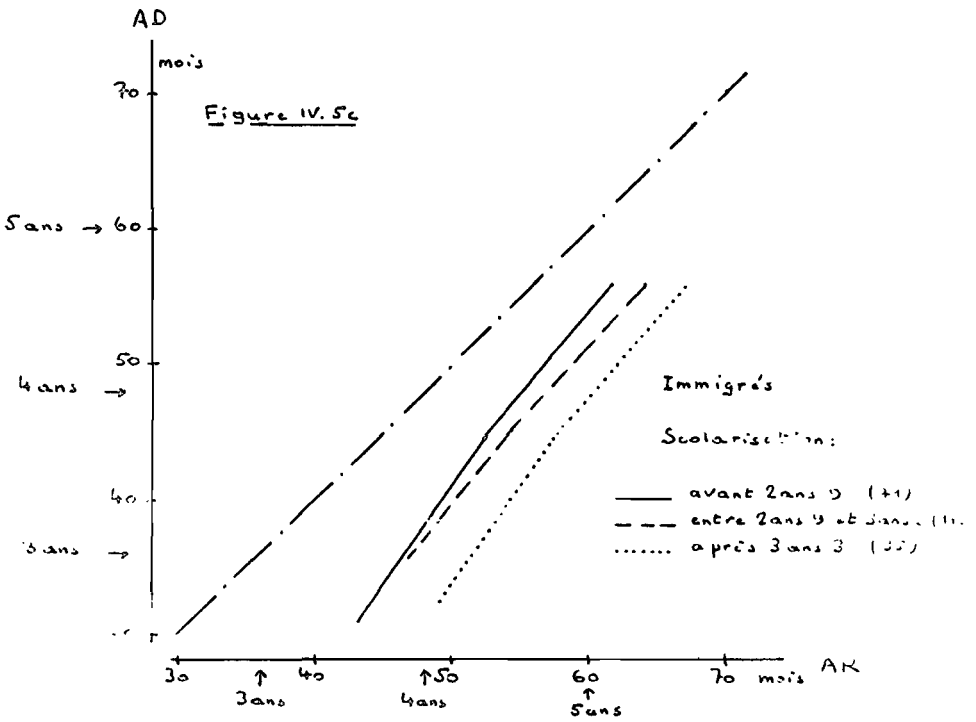


FIGURE 22c



Soulignons encore que ceci ne peut être exclusivement considéré comme l'effet du mode de garde lui-même. On peut certes penser à un fonctionnement plus durable de modes infra-verbaux de communication chez les enfants qui restent avec leur mère, aux effets stimulants de la socialisation et de la nécessité du recours au langage chez les autres. Au moment du premier test du vocabulaire, ces effets avaient eu largement le temps de se produire. Mais par ailleurs il est clair que les déterminants du mode de garde (sociologiques, dans les positions parentales, etc...) peuvent simultanément exercer leur effet sur l'acquisition du vocabulaire. La liaison illustrée par les figures 23 peut donc procéder de causes communes au moins autant qu'elle ne traduit un lien de causalité directe. Il n'est pas possible, dans le cadre de cette étude, de distinguer les deux types d'effets. Par contre, on constate ici que ces liaisons sont, elles aussi, très stables. Chez les français métropolitains, les trois courbes d'acquisition du vocabulaire qui correspondent aux trois modes de garde restent à très peu de chose près parallèles. Chez les français d'outre-mer, très peu d'enfants sont confiés à une nourrice, on ne peut donc que comparer la garde par la mère et la crèche. L'écart alors s'accroît avec l'âge : de 8 mois environ au premier test, il passe à 11 mois au troisième. Même conclusion chez les autres immigrés. En ce cas, on ne peut comparer que la garde par la mère et la garde par la nourrice ; mais l'écart, de 9 mois au premier test, passe à 14 mois au troisième. Tout se passe donc comme si, dans les deux groupes, la sortie précoce de la famille donnait à l'enfant des chances supplémentaires d'acquisition du vocabulaire français ; il s'agirait bien alors d'un effet des modes de garde plus que d'une illusion due à la sélection des cas.

FIGURES 23 a,b,c  
 EVOLUTION DU VOCABULAIRE, LORS DE TROIS PASSATIONS SUCCESSIVES,  
 EN FONCTION DU MODE DE GARDE  
 Figure 23 a - Figure 23 b

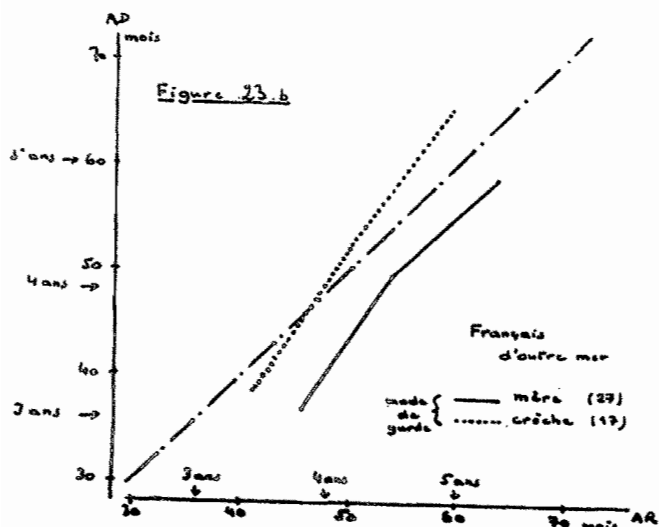
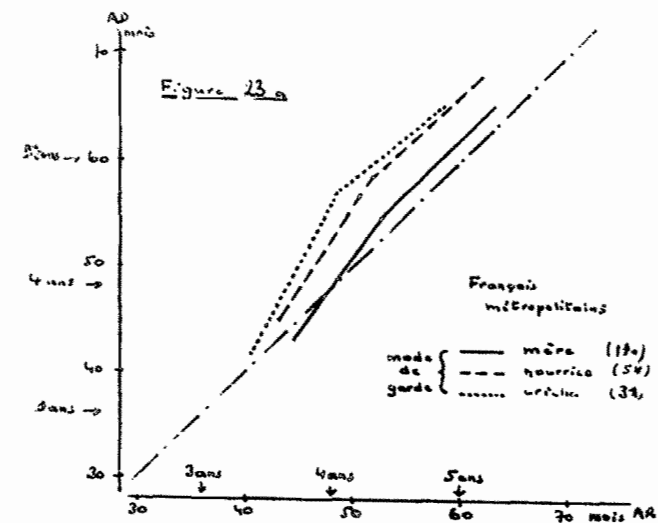
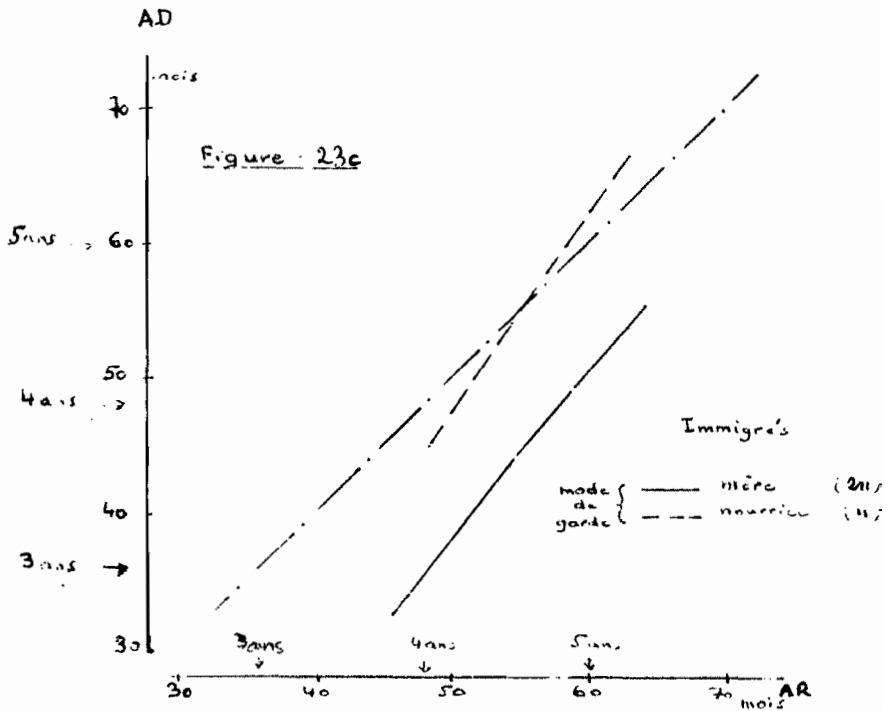


FIGURE 23 c





## Conclusion

A des variations mineures près - comme celle qui vient d'être discutée à propos des modes de garde - on constate une très grande stabilité des différences repérables, quant au niveau du vocabulaire, en fonction des principales variables d'environnement que nous avons contrôlées. Peut-être n'y a-t-il pas lieu d'en être très surpris : il s'agit de conditions de vie exerçant des effets permanents tout au long de la période étudiée, et probablement tout au long de l'enfance. Ceci est particulièrement vrai pour le statut sociologique de la famille, dont nous retrouvons ici la pesée considérable. Ces constats peuvent sans doute incliner à un certain pessimisme. Tous ces enfants en effet sont scolarisés tôt à l'école maternelle (80 %, rappelons le, y entrent avant 3 ans 3 mois). En dépit de l'action éducative, en général d'excellente qualité, qu'y conduisent des institutrices très qualifiées, une action qui attache d'ordinaire un grand prix à l'acquisition du langage, les enfants d'emblée les plus défavorisés à cet égard conservent en moyenne les mêmes handicaps ; la hiérarchie des niveaux de langage se conserve intégralement. Tout se passe donc comme si le bagage linguistique avec lequel le cours préparatoire sera abordé était prédéterminé depuis longtemps. Il ne faut pas cependant céder trop vite aux amères fascinations d'une théorie de la prédestination sociale. Nous verrons dans le chapitre suivant que, lorsqu'il s'agit d'activités non verbales, on est conduit à penser tout autrement.



## CHAPITRE VIII

### LANGAGE ET INTELLIGENCE NON VERBALE

Les deux chapitres précédents ont montré, par deux méthodes différentes - transversale et longitudinale - l'extrême sensibilité du vocabulaire à certains handicaps créés par un environnement défavorable à une bonne acquisition de la langue française. Certaines des liaisons ainsi constatées étaient attendues ; parfois sur un simple plan de bon sens (immigration récente, bilinguisme), parfois parce que bien mises en évidence déjà par des études antérieures (niveau professionnel des parents, voire logement) ; d'autres cependant étaient moins attendues, comme celles qu'on constate à propos des modes de garde. Nous en avons conduit la discussion selon deux axes. Le premier concerne l'avenir : étant donné la stabilité des différences ainsi créées entre enfants, que se passe-t-il lorsque ces enfants abordent avec un gros retard l'acquisition de la langue usuelle leur scolarité, maternelle d'abord, primaire ensuite ? Le second concerne les causes possibles. Tout souligne dans cette étude que les inégalités constatées procèdent bien de facteurs d'environnement, et rien ne permet d'évoquer des causes d'autres types, en particulier génétiques ou héréditaires. Peut-être pourrait-on objecter que ne contrôlant pas ce type de déterminants, nous sommes portés à les minimiser. Il faut remarquer d'abord que, à leur prêter sans données objectives un poids majeur, on risquerait, compte tenu de l'ampleur des différences entre français métropolitains et immigrés, de nourrir bien légèrement des positions insupportablement et sottement racistes. Mais la controverse serait ici vaine, parce que non scientifique : en l'absence totale d'informations sur le "donné génétique", cette discussion ne pourrait se situer au plan de la plus mauvaise mythologie pseudo-scientifique. Nous disposons heureusement d'une meilleure position du problème, grâce à l'usage d'une épreuve d'intelligence non verbale. Cette épreuve, le test "Formes-Couleurs-Dimensions" a été présentée brièvement dans le chapitre I, et plus en détail dans l'appendice II (nous le désignerons dans ce qui suit sous le sigle F.C.D.). Il faut d'abord mettre en garde contre cet emploi, sans doute un peu trop rapide, du terme "intelligence". L'expression est commode. Rappelons cependant que sous ce terme l'usage courant rassemble un très grand nombre d'activités de pensée ; les tests dits d'"intelligence globale" en donnent une sorte d'échantillonnage composite, de type "fourre-tout" ; ce peut être utile au plan pratique, c'est très peu satisfaisant au plan théorique

(cf. PERRON-BORELLI et PERRON, 1982, 1ère partie). On remarque d'ailleurs que les spécialistes préfèrent éviter le terme : PIAGET parlait volontiers d'activités "cognitives", et, définissant sa démarche comme analyse de la progressive construction des opérations formelles, la désignait comme "épistémologie génétique" (génétique étant ici à entendre au sens de "processus de développement").

L'épreuve dite "Formes-Couleurs-Dimensions", que nous avons utilisée, met en jeu en certain type d'activités intellectuelles, à vrai dire centrales : à savoir les activités catégorielles. C'est en quelque sorte un sondage sur les possibilités intellectuelles de l'enfant, telles qu'elles fonctionnent lorsque le langage n'est pas instrumental dans l'activité à conduire. Pour pouvoir évaluer des niveaux très précoces du développement, nous avons inclus dans l'épreuve *une première partie qui ne sollicite qu'une activité très élémentaire, à savoir le simple appariement d'une pièce et de son exacte figuration colorée* ; il s'agit de ce que nous désignons comme "activité pré-catégorielle", puisque ce qu'on met alors à l'épreuve c'est la capacité d'établir une identité. L'expérience a montré (voir appendice II, étalonnage) que ceci est réussi en moyenne, dans les conditions de l'épreuve, dès 2 ans. L'énorme majorité des enfants que nous avons examinés se situe donc bien dans la zone des activités catégorielles mises en jeu dans la suite de l'épreuve, et où il s'agit d'abstraire et d'utiliser des principes de groupement.

L'épreuve a été appliquée au total à 472 enfants.

La figure 24 présente le constat majeur. Les enfants ont été partagés en deux groupes : français métropolitains et immigrés (sauf les français d'outre-mer, dont le statut, on l'a vu, est bien particulier). Chacun de ces deux groupes a été partagé en trois sous-groupes d'âges successifs. La figure donne les moyennes de ces sous-groupes pour le premier test de vocabulaire d'une part, le test F.C.D. d'autre part. On constate :

- qu'on retrouve le considérable retard des immigrés au vocabulaire (ici, le fait que les français se situent un peu au-dessus de la moyenne ne doit être interprété que comme un artéfact d'échantillonnage),

- que, par contre, les résultats au F.C.D. sont pratiquement identiques, et les courbes de développement conformes à peu de chose près à l'étalonnage (établi, rappelons-le, sur l'ensemble des 472 enfants qui l'ont subi, sans distinction de groupes).

Ce résultat à lui seul suffirait à détruire toute illusion : ce qui reste en cause, c'est bien l'acquisition de la langue française, et non d'hypothétiques différences dans les capacités intellectuelles.

On peut cependant analyser les données de plus près, en recherchant les éventuels effets sur le test F.C.D. des principales variables d'environnement contrôlées dans cette recherche. Les tableaux 25 a, b et c résument les constats pertinents. Par commodité :

- on a exprimé les résultats sous forme d'âges de développement, et non pas en notes brutes, ce qui rendrait la comparaison des deux tests impossible ;
- on a par un artifice égalisé les âges réels de passation des deux tests pour chaque enfant et corrigé l'âge de développement au test F.C.D. en conséquence (1).

---

(1) En fait, le F.C.D. a toujours été appliqué après le premier vocabulaire ; pour des raisons pratiques, le décalage pouvait atteindre plusieurs semaines. Il est dénué de sens de comparer directement les niveaux de développement à deux tests subis à des âges réels différents. La transformation réalisée consiste à calculer, pour chaque enfant, quel aurait été son âge de développement (A.D.) le plus probable pour le F.C.D. s'il l'avait subi au même âge réel (A.R.) que le vocabulaire : soit :  $A.D. \text{ corrigé (F.C.D.)} = A.R. (\text{vocabulaire}) \times A.D. \text{ vrai (F.C.D.)} / A.R. (\text{F.C.D.})$ .

FIGURE 24

VOCABULAIRE ET TEST FORMES-COULEURS-DIMENSIONS POUR TROIS GROUPES D'AGES

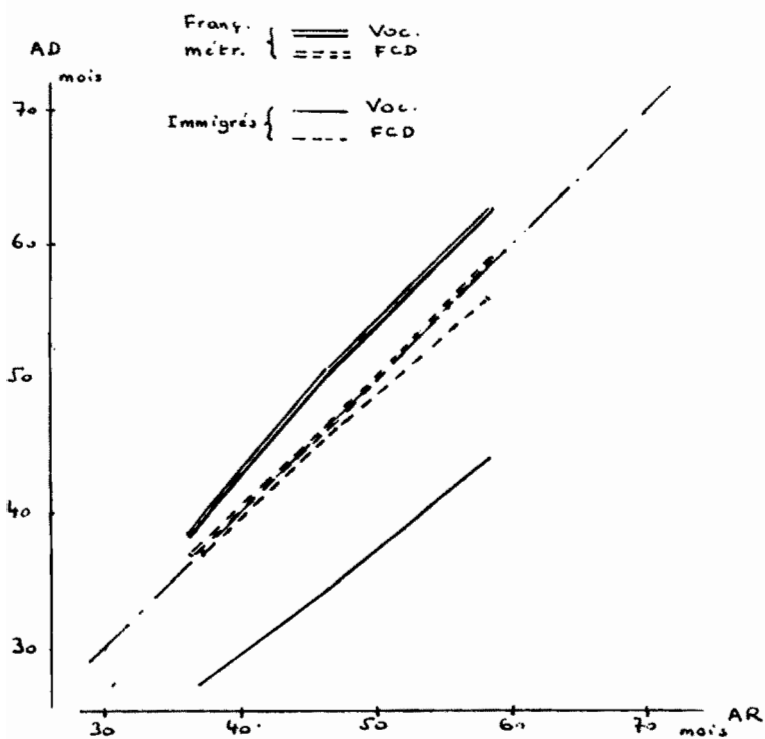


TABLEAU 25a

## COMPARAISON DU PREMIER VOCABULAIRE ET DU TEST FORMES-COULEURS-DIMENSIONS

		Français métropolitains					
		Vocabulaire			F.C.D.		
		n	AR	AD	AD-AR	AD	AD-AR
Niveau professionnel des parents	(faible (1+2))	54	48,0	49,14	+1,14	45,7	-2,3
	(moyen (3))	83	44,11	47,63	+3,52	45,83	+1,72
	(élevé (4+5))	33	43,11	47,1	+3,99	47,3	+4,19
Logement	(insuffisant (1+2))	16	43,25	47,63	+4,38	47,06	+3,81
	(moyen ou bon (3+4))	154	45,12	48,03	+2,91	45,26	+0,14
Etendue de la fratrie	(1 ou 2)	134	43,9	48,35	+4,45	44,65	+0,75
	(3 ou 4)	34	47,97	47,09	-0,88	49,56	+1,59
	(5 ou plus)	9	49,22	47,67	-1,55	43,56	-5,66
Bilinguisme	(non)	-	-	-	-	-	-
	(oui)	-	-	-	-	-	-
Age de scolarisation	(avant 2 ans 9 mois)	68	43,35	48,01	+4,66	44,56	+1,21
	(entre 2 ans 9 mois et 3 ans 9 mois)	73	45,93	47,67	+1,74	47,22	+1,29
	(après 3 ans 3 mois)	17	47,41	51,82	+4,41	46,35	-1,06
Mode de garde	(mère)	100	46,3	47,65	+1,35	45,0	-1,3
	(nourrice)	44	43,89	51,16	+7,27	46,95	+3,06
	(crèche)	26	41,85	47,00	+5,15	46,15	+4,3

**TABLEAU 25b**  
**COMPARAISON DU PREMIER VOCABULAIRE ET DU TEST FORMES-COULEURS-DIMENSIONS**

		Français d'outre-mer					
		n	AR	Vocabulaire		F.C.D.	
				AD	AD-AR	AD	AD-AR
Niveau professionnel des parents	(faible (1+2))	28	49,1	44,03	-5,07	47,3	-1,8
	(moyen (3))	15	43,13	38,47	-4,66	42,2	+3,73
	(élevé (4+5))	5	43,2	40,6	-2,6	43,2	0
Logement	(insuffisant (1+2))	5	42,2	22,0	-20,2	37,2	-5,0
	(moyen ou bon (3+4))	42	47,74	44,02	-3,72	47,19	-0,55
Etendue de la fratrie	(1 ou 2)	30	46,6	41,1	-5,5	45,26	-1,34
	(3 ou 4)	18	47,73	44,61	-3,12	47,67	-0,06
	(5 ou plus)	-	-	-	-	-	-
Bilinguisme	(non)	-	-	-	-	-	-
	(oui)	-	-	-	-	-	-
Age de scolarisation	(avant 2 ans 9 mois)	17	44,65	42,24	-2,41	44,0	-0,65
	(entre 2 ans 9 mois et 3 ans 3 mois)	26	47,42	43,81	-3,61	47,77	+0,35
	(après 3 ans 3 mois)	-	-	-	-	-	-
Mode de garde	(mère)	18	44,83	38,11	-6,72	44,56	-0,27
	(nourrice)	10	54,4	51,8	-2,6	46,6	-7,8
	(crèche)	17	44,88	44,12	-0,76	46,3	+1,42



**TABLEAU 25c**  
**COMPARAISON DU PREMIER VOCABULAIRE ET DU TEST FORMES-COULEURS-DIMENSIONS**

		Immigrés					
		Vocabulaire				F.C.D.	
		n	AR	AD	AD-AR	AD	AD-AR
Niveau professionnel des parents	(faible (1+2)	188	48,98	34,35	-14,63	47,69	-1,29
	(moyen (3)	43	50,4	41,7	-8,7	49,84	-0,56
	(élevé (4+5)	-	-	-	-	-	-
Logement	(insuffisant (1+2)	84	51,23	36,72	-14,51	50,0	-1,23
	(moyen ou bon (3+4)	144	47,74	34,94	-12,8	46,39	-1,35
Etendue de la fratrie	(1 ou 2	75	45,97	35,2	-10,77	47,79	+1,82
	(3 ou 4	97	50,62	35,64	-14,98	49,97	-0,65
	(5 ou plus	65	50,46	36,13	-14,33	48,37	-2,09
Bilinguisme	(non	58	44,64	35,16	-9,48	43,79	-0,85
	(oui	186	50,75	35,85	-14,9	49,58	-1,17
Age de scolarisation	(avant 2 ans 9 mois	73	47,38	34,79	-12,59	47,33	-0,05
	(entre 2 ans 9 mois et 3 ans 3 mois	91	46,57	34,69	-11,88	45,55	-1,02
	(après 3 ans 3 mois	43	53,35	32,44	-20,91	50,56	-2,79
Mode de garde	(père	215	49,07	35,01	-14,06	48,07	-1,0
	(nourrice	11	51,27	45,0	-6,27	49,82	-1,45
	(crèche	5	43,4	39,2	-4,2	51,8	+8,4

Les tableaux 25 a,b,c donnent donc pour chaque sous-groupe : le nombre de sujets en cause ; l'âge réel moyen de passation des épreuves ; l'âge de développement moyen à chacune ; l'avance ou le retard pour chacune par rapport à l'âge réel. La lecture de ces tableaux pouvant apparaître peu commode, les principaux constats ont été traduits sous forme de graphique, selon une schématisation dont la figure 26 donne le modèle. On a porté en ordonnées le degré d'avance ou de retard, en mois, au test considéré, par rapport à l'âge réel. Ce graphique permet ainsi de comparer ces degrés d'avance ou de retard pour les cinq groupes distingués par l'origine nationale. En ce qui concerne le vocabulaire, on retrouve le constat maintenant bien connu : les français d'outre-mer sont un peu en retard, les maghrébins le sont beaucoup, et les européens du sud encore plus (ainsi qu'il a été dit plus haut, l'avance de 3 mois des français métropolitains résulte certainement d'un hasard d'échantillonnage. Ces hasards ne sont sans doute pas exclus pour les autres groupes, mais il reste que leur échelonnement est conforme à l'attente). En ce qui concerne le test F.C.D., on voit que les degrés d'avance ou de retard moyens sont minimes : de moins d'un mois d'avance pour les français métropolitains à deux mois environ de retard pour les immigrés de diverses origines ; ces variations sont faibles, compte tenu de l'âge réel moyen des enfants, qui est de l'ordre de 3 ans et demi à 4 ans selon les groupes. Au delà des hasards d'échantillonnage, il se pourrait cependant que certains groupes d'immigrés se trouvent légèrement handicapés - ceci n'apparaissant plus qu'au niveau statistique sur des groupes nombreux - même pour ce type d'activités. Il est donc utile d'examiner les liaisons éventuelles avec les variables d'environnement.

La figure 27 donne, en ce qui concerne le niveau professionnel des parents, des indications intéressantes. Chez les français métropolitains en effet, les deux épreuves apparaissent nettement liées à cette variable. Le test F.C.D. y semble même plus sensible que l'épreuve de vocabulaire : les enfants dont les parents jouissent d'une bonne situation professionnelle sont en avance de plus de six mois sur ceux dont les parents occupent des emplois peu qualifiés. Chez les français d'outre-mer l'effet est moins net, puisque ceux qui réussissent le mieux à l'épreuve sont ceux dont les parents ont un statut professionnel moyen (ceux du niveau 3, supérieur, y obtiennent un âge de développement exactement égal à l'âge réel) ; mais le faible effectif des groupes ainsi comparés invite ici à la prudence. Chez les immigrés enfin, on constate à

FIGURE 26  
 AVANCE OU RETARD MOYEN, PAR RAPPORT A L'AGE REEL,  
 AU VOCABULAIRE (PREMIER TEST) ET AU TEST FORMES-COULEURS-DIMENSIONS,  
 POUR CINQ GROUPES DISTINGUES PAR L'ORIGINE NATIONALE

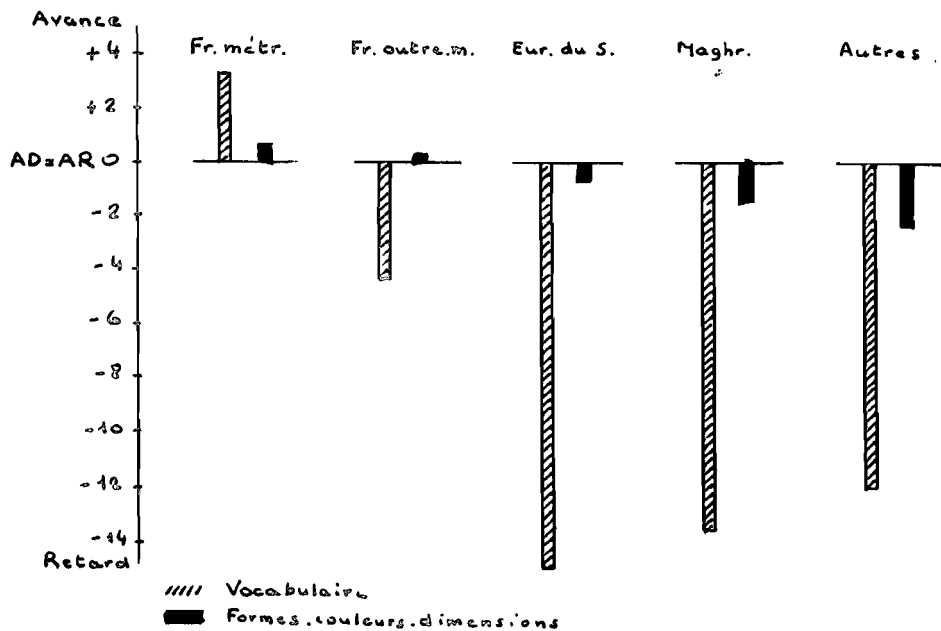


FIGURE 27  
 AVANCE OU RETARD MOYEN, PAR RAPPORT A L'AGE REEL,  
 AU TEST DE VOCABULAIRE ET AU TEST FORMES-COULEURS-DIMENSIONS,  
 EN FONCTION DU NIVEAU PROFESSIONNEL DES PARENTS

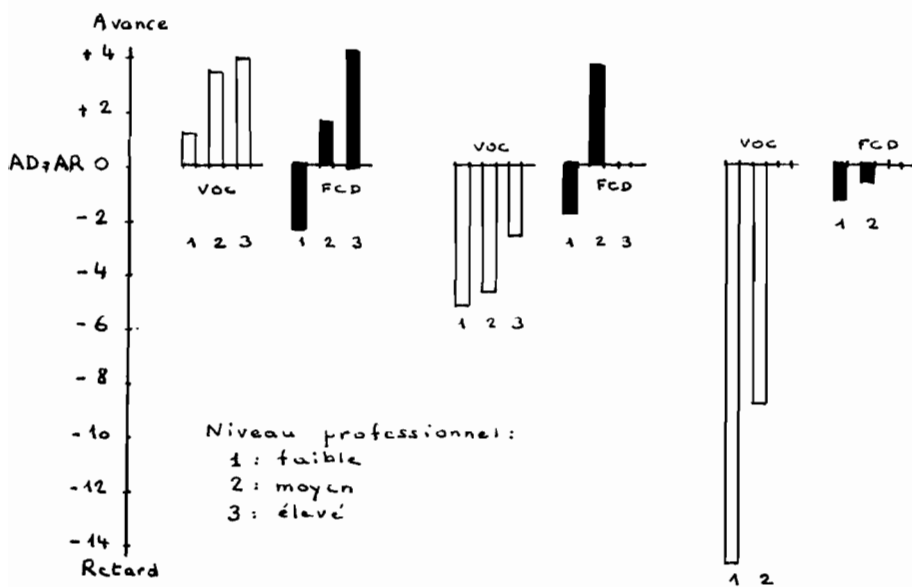
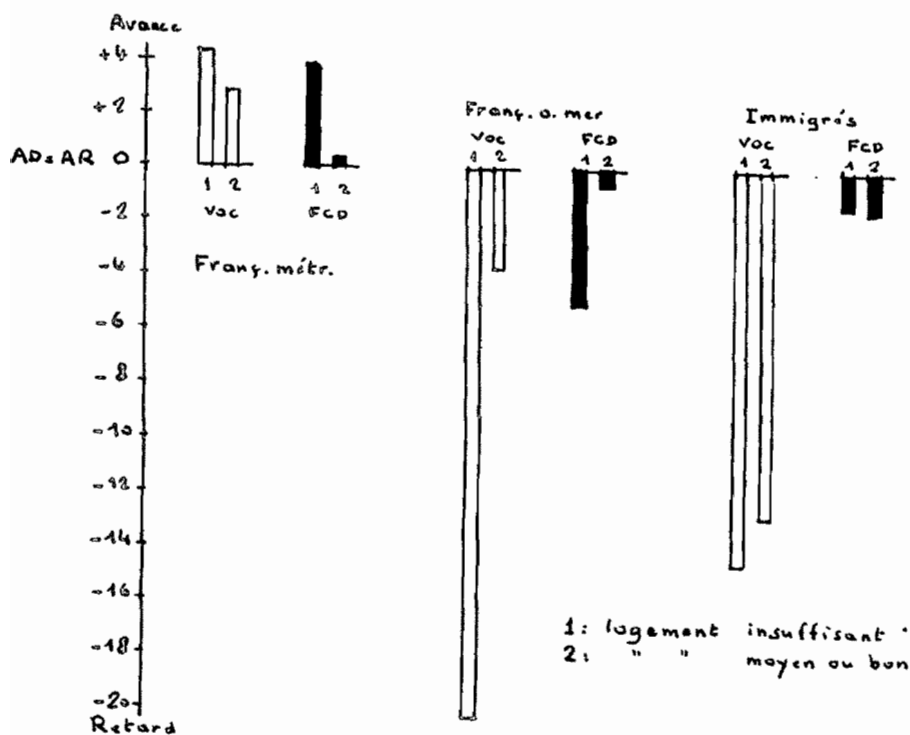


FIGURE 28

AVANCE OU RETARD, PAR RAPPORT A L'AGE REEL, AU TEST DE VOCABULAIRE  
ET AU TEST FORMES-COULEURS-DIMENSIONS, EN FONCTION DES CONDITIONS DE LOGEMENT



nouveau une différence considérable au vocabulaire entre les deux groupes comparables (on ne dispose pas d'assez de parents très qualifiés pour former le groupe 3), mais cette différence se réduit à presque rien au test F.C.D.

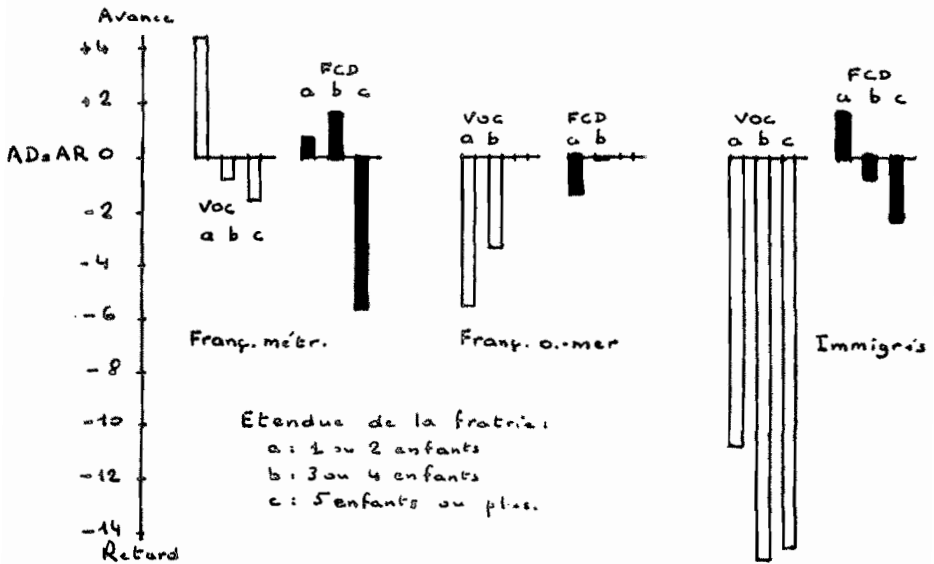
Comment interpréter ces constats ? On peut penser que le niveau de vie de la famille et son contexte culturel se traduisent, entre autre, par la richesse des stimulations et la variété des intérêts et des activités proposées à l'enfant ; en particulier par la variété et la qualité des jeux qui lui sont offerts. Il est bien connu que les familles les plus aisées et cultivées sont plus portées à offrir à leurs enfants des jeux dits éducatifs. Or l'épreuve F.C.D. se présente à certains égards sous cette apparence : on y trouve des pièces géométriques colorées, on pose à l'enfant une "devinette", il faut "trouver le truc", etc... Il est patent que certains enfants prennent grand plaisir à cette situation, et que d'autres au contraire la considèrent avec plus de réticence. Au-delà des "capacités intellectuelles" c'est bien l'investissement de l'intelligence dans une situation où il faut "montrer qu'on est malin" qui se trouve mis en jeu. Dès lors, les enfants les plus familiers avec ce type d'activités ont toute chance d'y réussir mieux. Ainsi s'explique peut-être pour une part au moins la liaison constatée chez les français métropolitains entre le degré de réussite et le niveau social de la famille, dont on prend ici la profession des parents pour indice. Pourquoi ceci ne joue-t-il pas chez les enfants immigrés ? Peut-être tout simplement parce que les variations de la richesse éducative de l'environnement obéissent à de toutes autres règles ; le nombre des familles soucieuses d'offrir à leur enfant des jeux éducatifs est certainement restreint.

La figure 28 qui met en relation les conditions de logement et la réussite aux deux épreuves, n'est donnée que pour mémoire : aucune liaison nette n'y est constatée ; si ces liaisons existent, les données disponibles ne permettent en tous cas pas de les analyser.

La figure 29 relative aux liaisons possibles avec l'étendue de la fratrie, donne par contre une indication intéressante. Exceptons le cas des français d'outre-mer, où les familles nombreuses sont rares. Dans les deux autres groupes, les enfants de familles nombreuses réussissent nettement moins bien que les autres, tout à la fois le vocabulaire et le F.C.D. Chez les immigrés, le F.C.D. des enfants de familles nombreuses est inférieur de quatre mois en moyenne à celui des enfants uniques ou qui n'ont qu'un seul frère ou soeur ;

FIGURE 29

AVANCE OU RETARD, PAR RAPPORT A L'AGE REEL, AU TEST DE VOCABULAIRE  
ET AU TEST FORMES-COULEURS-DIMENSION, EN FONCTION DE L'ETENDUE DE LA FRATRIE



chez les français métropolitains, l'écart est de plus de six mois. On peut penser ici à deux ordres de facteurs : les familles nombreuses constituent un échantillon particulier (on a vu dans le chapitre II qu'en moyenne le niveau social de la famille et certainement ses revenus sont plus modestes, que la mère est plus souvent sans profession, etc...) ; d'autre part il est probable que la présence de nombreux frères et soeurs, dans un logement souvent trop peuplé, favorise peu les jeux de réflexion sur matériel, et qu'ainsi la situation que nous proposons est moins familière.

On pourrait attendre des enfants entrés tôt à l'école maternelle qu'ils réussissent mieux cette épreuve, précisément parce qu'ils y font quotidiennement l'expérience de situations de même type (nous parlons bien ici des situations de jeux avec matériel, plus que des activités sollicitées). La figure 30 montre que la liaison, si elle existe, reste très discrète : les enfants entrés tôt à l'école maternelle manifestent, sur ceux qui y entrent tard, une avance au test de deux mois environ chez les français métropolitains, d'un peu moins de trois mois chez les immigrés ; ceci, chez des enfants de 4 ans environ, est fort peu.

Le mode de garde semble créer, à considérer la figure 31, des écarts plus importants. Comme pour le vocabulaire, l'enfant qui reste aux soins exclusifs de la mère n'est pas le mieux placé en ce qui concerne la réussite au F.C.D. Les enfants de crèche y réussissent nettement mieux : chez les français métropolitains, leur avance sur les précédents est de près de six mois ; chez les immigrés, elle est spectaculaire : dix mois ! mais dans ce dernier cas on ne trouve en fait que 5 enfants placés en crèche, et c'est de toute évidence une sélection très particulière. Cependant, si l'on réunit les trois groupes d'origine nationale, il reste que les enfants de crèche réussissent un peu mieux que les autres. Il ne faut pas oublier qu'en fait ce sont pour la plupart des enfants qui ont antérieurement fréquenté une crèche mais sont actuellement à l'école maternelle ; si effet il y a, il ne peut donc s'agir que de l'effet global de ce cursus, ajouté bien entendu à ce qui définit par ailleurs un tel échantillon (souci éducatif, etc...). On touche là au délicat problème des déterminants et des effets des modes de garde qui mériterait une étude distincte. Le très mauvais résultat des français d'outre-mer placés en nourrice surprend. Il faut signaler que ce groupe ne comprend que 10 enfants,



FIGURE 30

AVANCE OU RETARD, PAR RAPPORT A L'AGE REEL, AU TEST DU VOCABULAIRE  
ET AU TEST FORMES-COULEURS-DIMENSIONS, EN FONCTION DE L'AGE DE SCOLARISATION

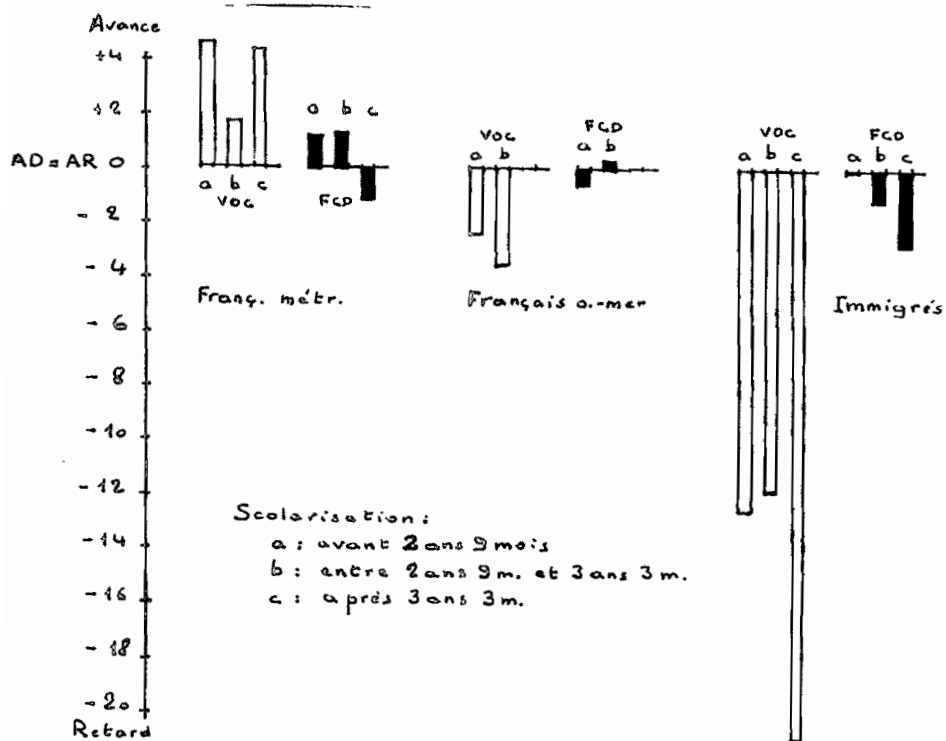
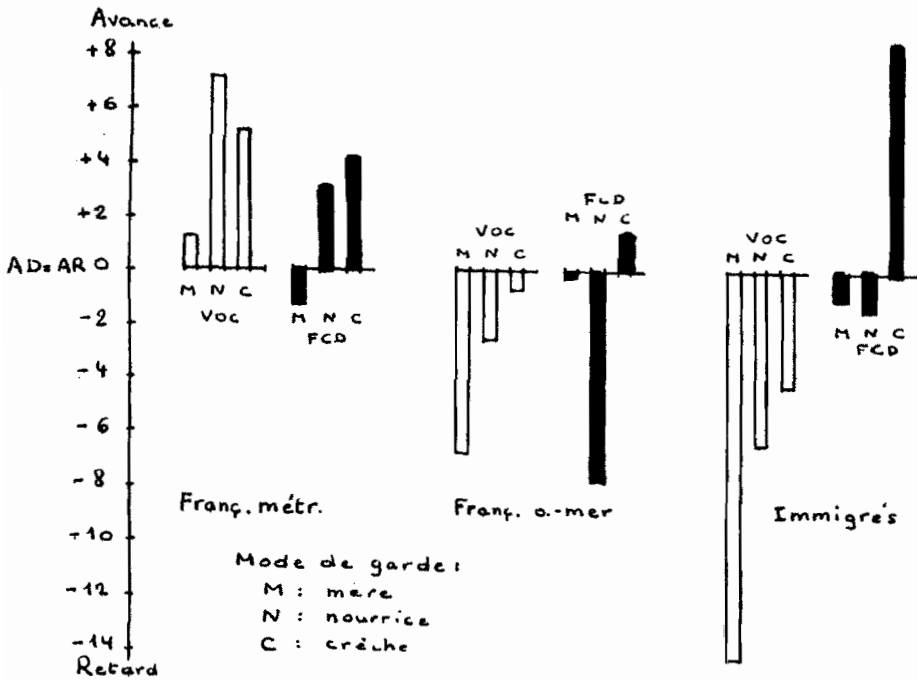


FIGURE 31

AVANCE OU RETARD, PAR RAPPORT A L'AGE REEL, AU TEST DE VOCABULAIRE  
ET AU TEST FORMES-COULEURS-DIMENSIONS, EN FONCTION DU MODE DE GARDE



et que bien probablement il s'agit de cas où le placement en nourrice traduit des situations difficiles (mères célèbres, etc...), dans la lignée d'une histoire de l'enfant peu favorable à son développement.

Résumons. Nous avons trouvé, avec l'épreuve de vocabulaire, des différences considérables entre les divers groupes distingués par origines nationales. Ces différences s'expliquent très clairement lorsqu'on étudie les liaisons entre l'acquisition du vocabulaire français et des variables telles que le niveau professionnel des parents, les conditions de logement, l'âge de scolarisation, le mode de garde, etc... On constate ici que ces liaisons disparaissent ou deviennent très faibles, lorsqu'on substitue le test F.C.D. au vocabulaire. On trouve encore de petites différences entre français et immigrés, entre enfants de parents de niveaux professionnels différents, selon que l'enfant appartient ou non à une famille nombreuse, selon le mode de garde pendant la première enfance, enfin selon l'âge auquel l'enfant est placé à l'école maternelle. Mais dans tous les cas ces différences sont faibles, souvent à la limite des hasards d'échantillonnage. Rien n'autorise à dire que, en moyenne, les enfants victimes d'une combinaison de conditions de vie défavorables seront très handicapés quant à cet aspect du développement intellectuel. A fortiori, rien n'autorise évidemment à penser que les parents qui placent leurs enfants dans ces conditions de vie sont porteurs de déficiences qu'ils leur transmettraient par voie génétique ; ceci ne mériterait pas d'être mentionné si l'on n'assistait depuis quelques années à la bien fâcheuse résurgence de ce mode de pensée - certes en dehors du champ scientifique, mais avec des conséquences qu'on peut redouter.

Il reste que les enfants placés dans ces conditions défavorables subissent un retard d'acquisition du vocabulaire qui constitue un handicap certain. Ainsi que nous le verrons dans la seconde partie de cet ouvrage, certains retards du langage massifs constituent le symptôme majeur d'états psychopathologiques graves. Mais chez les 2.000 enfants consultant en P.M.I. ici étudiés, on n'a trouvé aucun cas de ce type. Chez certains enfants de cette population, le développement psychique connaît probablement des difficultés, mais elles restent mineures. Pour l'essentiel, le retard d'acquisition du vocabulaire est bien lié aux conditions de vie ; il est clairement d'origine extrinsèque. Il risque cependant de constituer un lourd handicap lors de l'entrée à l'école primaire ; l'acquisition de la langue écrite s'avérant alors lente et difficile, l'enfant peut se trouver installé dans le statut de mauvais élève.

Pire encore, les origines de cette évolution se trouvant méconnues ou minimisées, l'échec scolaire risque d'être tenu pour le signe d'une infériorité intellectuelle intrinsèque à l'enfant. Le prochain chapitre se veut contribution à ces problèmes.

## CHAPITRE IX

### ECHEC ET FILIERES SCOLAIRES

#### A - L'ECHEC SCOLAIRE

Constamment, au cours de l'enquête dont on rend compte les chapitres précédents, nous avons été conduits à cette question : comment les enfants freinés quant à l'acquisition du langage peuvent-ils aborder la scolarité primaire ? Le cours préparatoire est la classe où l'on acquiert les "mécanismes de base", et avant tout ceux de la langue écrite ; il s'agit d'y maîtriser les mécanismes de codage-décodage de la lecture et de l'écriture. Cette maîtrise est la condition sine qua non de tout progrès scolaire ultérieur. Il y a lieu d'être inquiet lorsque ces apprentissages sont abordés par des enfants handicapés au plan du langage oral : bien plus probablement que chez les enfants qui maîtrisent bien la langue, on peut s'attendre à un échec scolaire initial, à l'engagement dans une filière de dépistage et de prise en charge de ces enfants en difficultés scolaires.

L'enseignement primaire français souffre, le fait est patent, d'un mal chronique : le retard scolaire inexorablement accumulé, par un nombre croissant d'enfants, entre 6 et 11 ans. En 1963, 29 % des enfants redoublaient le cours préparatoire ; en 1976-77, ce taux de redoublement est tombé à 16 %, mais il s'agissait surtout, semble-t-il, des effets de directives officielles enjoignant de réduire la fréquence de ces redoublements en début de scolarité. Les causes profondes du mal sont restées inchangées, puisqu'en fin de scolarité primaire, en C.M.2, le nombre des enfants en retard d'un an ou plus sur le cursus officiel oscille entre 40 et 50 % depuis des décennies. Un enfant français sur deux est ainsi officiellement déclaré incapable de suivre une "scolarité normale". Si l'on ajoute le tiers de ceux qui réussissent médiocrement sans prendre de retard sur les normes, ce sont donc les deux tiers des français qui voient s'inscrire dans leur histoire personnelle une médiocrité ou un échec dont on peut craindre des effets durables tout au long de la vie... Pour une certaine proportion d'entre eux, de l'ordre de 5 %, l'échec est si patent qu'il provoque le passage dans des classes dites "spéciales" ; l'idée d'une insuffisance des moyens intellectuels, voire d'une débilité mentale se trouve alors évoquée, et souvent confirmée. Le retard pèse

évidemment sur l'orientation dans le cycle secondaire : en 1974-75, les classes de "6ème normale" comptaient 34 % d'enfants en retard, mais les classes dites de "6ème allégée" en comptaient 96 %... Ce retard scolaire est massivement lié à l'origine sociale des enfants : si, en cette même période, 96 % des enfants de cadres supérieurs et moyens allaient en "6ème normale", on voyait par contre aller en "6ème allégée" 32 % des enfants de salariés agricoles, 23 % des enfants d'ouvriers, 19 % des enfants de personnels de service (1).

En fait, le processus commence avant même l'entrée à l'école primaire. Une enquête réalisée en 1969-70 sur 1.238 enfants en grande section de maternelle avait mis en évidence qu'un enfant sur quatre était alors signalé par la maîtresse comme présentant des difficultés d'adaptation à l'école ; les plus fréquemment mentionnées concernaient le comportement (44 % des cas signalés, surtout des garçons), la motricité (20 %) et le langage (18 %) (2). Ces difficultés apparaissent en général mineures au regard des exigences souples et de la pédagogie individualisée des écoles maternelles : mais elles risquent de se révéler brutalement lors du "grand passage" de la maternelle au cours Préparatoire (B. ZAZZO, 1978), et d'amorcer le cycle du retard et de l'échec.

---

(1) Données empruntées à LANTIER, RAFFALOVITCH, BURGUIERE et CHAUVEAU, 1979. De nombreuses enquêtes confirment la réalité de ces phénomènes : cf. notamment BALLION, 1979 ; HERZLICH et SALTIEL, 1980 ; "L'échantillon dit 'panel d'élèves'", 1976 ; cf. également des données de même ordre en Grande Bretagne dans le "Plowden Report", 1967. Parmi les très nombreux commentaires suscités par ces faits, cf. LEVINE et VERMEIL, 1981 ; PASQUIER, 1980. Sur le développement du cursus au-delà du primaire, cf. REUCHLIN et BACHER, 1969 ; GIRARD et BASTIDE, 1973.

(2) cf. STAMBAK et VIAL, 1972. Cf. également l'enquête "Echec et maternelle", 1980 ; LURCAT, 1976 a ; PLAISANCE, 1973 et 1977.

On ne peut certes charger l'école de tout le péché. Les attitudes de l'enfant face à l'école sont largement prédéterminées par la "sous-culture" à laquelle appartient la famille, par le climat familial et la personnalité des parents, etc... (cf. par exemple BALDWIN et al., 1982 ; MARCOS, 1976 ; OBOEUF, 1980). Il n'en reste pas moins que le statut scolaire dans lequel l'enfant se trouve progressivement installé se rigidifie de représentations de l'élève par le maître, du maître par l'élève, qui s'avèrent de plus en plus difficiles à modifier (GILLY, 1969 b et 1980). Une étude célèbre a montré que ce jeu de représentations exerce en retour des effets massifs sur la réussite scolaire elle-même (ROSENTHAL et JACOBSON, 1971). Le mauvais élève (rappelons l'extrême fréquence des cas) se trouve dès lors conduit à un "désintérêt scolaire" (LURCAT, 1976 b) qui risque fort de le porter à considérer, sa vie durant, que "la culture, c'est pour les autres". Au-delà, on a pu montrer que c'est toute la représentation de soi qui risque de s'en trouver grevée d'une nuance péjorative (AUBLE, 1982 ; COMPAS, 1983 ; PERRON, 1979 b).

Cependant, c'est sur l'évidente liaison entre réussite scolaire et "appartenance sociale" que s'est centré le plus souvent l'intérêt des enseignants, des psychologues, des sociologues (1). On a montré que dès la naissance de l'enfant son destin scolaire se trouvait préfiguré (en termes statistiques bien entendu) par le niveau d'éducation des parents, leur classe sociale, le rang de naissance, etc... (RAMEY, 1978 ; DUMARET, 1982). La notion de "handicap socio-culturel" s'est ainsi accréditée, et a exercé en ce domaine une pesée considérable, même si elle a pu être récemment remise en cause (2). Conclusion, selon certains auteurs : l'école primaire, créée en France par la 3ème République dans le but explicite d'unifier la nation par une commune

---

(1) Cf. à ce sujet l'excellente revue de question de FORQUIN, 1982, qui insiste en particulier sur la notion de "handicap linguistique", sur laquelle nous reviendrons dans le chapitre suivant. Cf. également BOLTANSKI et THOMAZI, 1980 ; CHAUVEAU, 1982 ; GILLY, 1967 ; HÄRNQVIST et SVENSSON, 1967 ; HUSEN, 1972 ; LAUTREY, 1980 ; PRECHEUR, 1977, a analysé le poids de ce type de facteurs au niveau du baccalauréat.

(2) "Handicap socio-culturel en question", 1978 ; BROSSARD et GAYOUX, 1973 ; CHERKAOUI, 1979 ; "L'échec scolaire n'est pas une fatalité", 1981.

éducation animée de l'idéal démocratique fonctionne, en fait, à l'inverse de cet idéal affirmé : elle n'unit pas, elle divise (BAUDELLOT et ESTABLET, 1975) ; elle fonctionnerait, en effet, très efficacement, comme système de reproduction des classes sociales (BOURDIEU et PASSERON, 1964 et 1970). D'aucuns, plus radicaux, précisent : elle est l'instrument que s'est donné notre système capitaliste pour alimenter son propre fonctionnement en travailleurs qualifiés, strictement préparés à des niveaux et des types de fonctions professionnelles et à des rôles sociaux qu'il importe de ne pas remettre en cause (BAUDELLOT et ESTABLET, 1971 ; sur l'approche sociologique, cf. également BERGER, 1977).

Ce mouvement d'idées a fortement contribué à la remise en cause de la notion classique de débilité mentale, au niveau des déficiences moyennes et légères, dont le signe majeur est d'ordinaire l'échec scolaire et la prise en charge par des classes spéciales (cf. entre autres DESCHAMPS et al., 1978 ; DUMAS-MENGUY et BAILLON, 1975 ; GILLY et MERLET-VIGIER, 1979 ; MISES, BREON et FUCHS, 1974 ; MISES et PERRON, 1983 ; TOMKIEWICZ, 1978). Mais, au-delà, c'est toute l'institution scolaire qu'on a elle-même remise en cause. Il lui est en effet trop facile, a-t-on souligné, de se décharger de ses responsabilités en inscrivant les déterminants de l'échec scolaire en l'enfant lui-même (1), ou en son milieu de vie. Plutôt que d'un échec de l'élève, ne s'agit-il pas d'un échec de l'école ? (PLAISANCE, 1972) ; et plutôt que de tenter d'adapter l'enfant à l'école, ne faut-il pas adapter l'école à l'enfant ? (ADJADJI et du SAUSSOIS, 1977 ; BURGUIERE, 1979 ; REPUSSEAU, 1978).

Les données factuelles que nous avons rapportées dans les trois chapitres précédents s'inscrivent, on le voit, dans ce courant général d'idées et de recherches. Elles confirment en effet que l'acquisition de la langue parlée peut se trouver précocément handicapée par des caractéristiques de l'environnement très fréquemment présentes dans la société française contemporaine. Tout permet de penser que ce handicap exercera des effets fâcheux sur les débuts de la scolarité primaire, et que l'enfant risque de se trouver pris dans les filières mises en place par notre système éducatif pour traiter les cas d'échec scolaire. L'étude qui suit se veut contribution à l'analyse du fonctionnement réel de ces filières.

---

(1) déclaré "peu doué" : cf. "GFEN, L'échec scolaire : doué ou non doué ?"



## B - OBJECTIFS ET METHODES DE CE TRAVAIL

Comment fonctionnent ces filières, et en particulier quels sont les motifs d'inquiétude le plus souvent allégués en ce qui concerne les enfants qu'elles sont amenées à connaître ? C'est à cette question que nous apporterons ici un élément de réponse. L'étude que nous avons réalisée est modeste, mais on verra qu'elle prolonge de façon pertinente notre travail sur les enfants d'âge préscolaire : les difficultés de langage sont en effet au premier plan des motifs d'inquiétude allégués par les enseignants.

Ce travail a été réalisé avec le concours de deux C.C.P.E. du Val de Marne. Il est sans doute utile de rappeler d'abord la définition et la responsabilité de ces organismes (cf. ZUCMAN, 1979 et 1980). Les C.C.P.E (Commissions de Circonscription compétentes pour les enfants relevant de l'enseignement Préscolaire et Elémentaire) sont des organismes composés en principe de huit membres, l'Inspecteur départemental de l'Education nationale étant président de droit. Lorsque dans un groupe scolaire l'équipe éducative (enseignants, médecins scolaires, assistantes sociales, G.A.P.P., etc...) constate qu'un enfant est en difficulté, elle peut signaler le cas pour avis à décision à la C.C.P.E. Le secrétaire de cet organisme y joue un rôle essentiel, puisqu'il a pour tâche de préparer alors un dossier individuel afin d'éclairer ses collègues. C'est sur des dossiers ainsi constitués que nous avons travaillé, grâce au concours de deux secrétaires de C.C.P.E., dans des communes de la banlieue sud de Paris (1). Ces dossiers sont en général assez riches, puisqu'ils contiennent en principe trois fiches de renseignements remplies par le maître de la classe (une fiche de renseignements scolaires généraux : fréquentation, niveau général des connaissances, attitude à l'égard du travail scolaire, comportement en classe et dans les jeux ; une fiche d'évaluation de niveau scolaire en lecture, écriture et mathématiques ; une fiche

---

(1) Arcueil et Cachan. Nous aurions certes préféré travailler dans les mêmes communes que pour l'enquête sur les consultations de la P.M.I., c'est-à-dire Bonneuil, Vitry-sur-Seine et Ivry-sur-Seine ; mais cela n'a pas été possible. Le contexte sociologique est sans doute quelque peu différent, mais on verra que ceci ne présente en l'espèce qu'une importance secondaire. Nous remercions Madame MESINELE et Monsieur LARDIC, les deux secrétaires de C.C.P.E., pour leur collaboration à ce travail.

d'observation de comportement) ; une fiche de renseignements médicaux remplie par le médecin scolaire ; une fiche de renseignements sociaux remplie par l'assistante sociale ; enfin une fiche de synthèse rédigée par le secrétaire de C.C.P.E., qui en outre a pratiqué en certains cas des tests d'intelligence.

Ce sont ces renseignements que nous avons exploités. Nous avons d'abord procédé à leur collationnement systématique au moyen d'une fiche type qui comportait dix rubriques :

- 1 - Renseignements d'identification : âge, sexe, établissements et classes fréquentés, etc...
- 2 - Famille : composition de la famille, professions des parents, fratrie, etc...
- 3 - Conditions de vie :
  - . antérieures : logement, chômage éventuel des parents, etc...
  - . actuelles : idem.
- 4 - Données de l'examen médical.
- 5 - Renseignements scolaires :
  - . histoire scolaire, fréquentation
  - . calcul
  - . langage oral et écrit
  - . activités préférées et rejetées
  - . caractéristiques de personnalité, relations avec le maître et avec les camarades.
- 6 - Psychomotricité et schéma corporel.
- 7 - Examen psychologique.
- 8 - Mesures d'aide proposées par la C.C.P.E.
- 9 - Devenir ultérieur du cas.
- 10 - Synthèse.

Nous avons traité les renseignements ainsi réunis dans 150 dossiers qui représentent l'essentiel des cas traités par les deux C.C.P.E. pendant une année scolaire. On peut a priori partager ces cas en deux groupes :

- Groupe A : 104 enfants (68 garçons et 36 filles) de 6 ans et demi à 13 ans (âge médian 8 ans 9 mois). Sur ces 104 enfants, 94 fréquentaient au moment de l'instruction du dossier une classe normale mais inquiétaient le maître ; 10 fréquentaient une classe d'adaptation ou de perfectionnement, et le maître souhaitait une réévaluation du cas.

- Groupe B : 46 enfants (32 garçons, 14 filles) plus âgés (11 à 13 ans, âge médian 11 ans 9 mois) pour lesquels était posée la question du passage en Section d'Education Spécialisée (S.E.S.). Au moment de l'instruction du dossier, 29 fréquentaient une classe de perfectionnement, les 17 autres étaient restés dans le cycle normal, toujours d'ailleurs au prix du redoublement de classes.

Ces groupes sont donc de volume modeste ; ils n'en représentent pas moins un bon échantillonnage des cas d'enfants qui, par leur échec scolaire ou leur comportement, inquiètent les maîtres et sont dirigés vers une filière de dépistage et de prise en charge. Il faut rappeler qu'il s'agit d'une filière interne au système scolaire ; les cas graves, considérés par les parents ou les maîtres comme relevant d'une prise en charge médicale, sont en général dirigés d'emblée vers d'autres filières.

### C - LES CONSTATS ESSENTIELS

Tous ces enfants ne sont pas, de loin, à considérer comme des débilés mentaux. La proportion est difficile à évaluer ; cependant, on possède des épreuves d'intelligence (W.I.S.C.) sur 41 de ces 150 enfants : le Q.I. (global) moyen est de 74, et pour la moitié de ces 41 cas il est inférieur à 75. On peut donc estimer (les enfants testés étant probablement ceux qui soulèvent le plus de doutes quant à leurs possibilités intellectuelles) que 30 à 40 % de notre échantillon est constitué de cas qui s'inscrivent dans les limites psychométriques classiquement admises de la débilité mentale.

Dans ces conditions, un premier constat frappe : c'est l'absence remarquable des facteurs classiquement invoqués pour rendre compte des débilés mentales. Les maladies somatiques, et en particulier les accidents affectant précocément le système nerveux central, ne semblent pas apparaître avec une plus grande fréquence que dans la population générale. Les anomalies graves de l'environnement ne paraissent pouvoir jouer que de façon discrète : on ne relève pas une proportion anormale de très mauvaises conditions de vie (misère, logement insalubre, alcoolisme ou pathologie des parents, etc...). Ce résultat négatif demanderait à être confirmé sur un échantillon plus vaste, mais il est en lui-même significatif.

Un second constat s'impose : les motifs majeurs de la demande d'avis de la C.C.P.E. telle qu'elle est formulée par le maître, concernent les difficultés et troubles du langage oral et écrit. Considérons les 104 enfants qui constituent le groupe A défini ci-dessus (94 élèves de classes normales et 10

élèves de classes de perfectionnement pour lesquels une réévaluation est souhaitée). Les motifs majeurs de la demande d'avis adressée à la C.C.P.E. sont, par ordre décroissant de fréquence :

- des troubles grapho-moteurs importants (71 %) et des difficultés en écriture : la copie d'un texte est impossible ou très difficile (66 %), ou elle est possible sur copie mais très lente (59 %) ; ou l'enfant reste incapable d'écrire un texte simple sous dictée (59 %) ;
- l'absence quasi totale d'acquisition de la lecture (lecture syllabique au mieux, 66 %) ;
- en ce qui concerne le langage oral, le vocabulaire est très pauvre (44 %), l'enfant s'exprime difficilement (38 %), comprend mal (28 %), présente des difficultés d'articulation (19 %), voire un retard du langage caractérisé (18 %).

Ainsi, les troubles et retards du langage oral et écrit sont au centre de ces demandes d'avis de la C.C.P.E. ; symptômes de l'échec scolaire, ils jouent un rôle déterminant dans l'engagement vers la filière des aides pédagogiques et des classes spéciales. On peut retenir par ailleurs, toujours pour ce groupe A, la façon dont les maîtres caractérisent le mode de fonctionnement de l'enfant face aux activités scolaires. Sont signalés : la labilité de l'attention (67 %), le manque de persévérance (64 %), les leçons non sues (65 %), le désordre et le manque de soin (58 %), les difficultés de mémorisation (39 %), enfin la fatigabilité (26 %). On souligne le manque de confiance en soi (49 %), le fait que l'enfant se tient à l'écart des activités collectives (45 %), l'émotivité (23 %) et la timidité (17 %). Il est dit de l'enfant qu'il ne recherche pas le contact du maître (32 %), voire le fuit (6 %), qu'il est craintif (32 %) ; de même, il ne cherche pas le contact avec les camarades (20 %), voire les fuit (10 %) et est rejeté par eux (20 %).

C'est là le portrait d'un enfant malheureux, isolé dans ses difficultés de langage oral et dans l'échec scolaire qui s'y relie directement. Certes, c'est le portrait qu'en donnent les maîtres ; mais il est tout-à-fait significatif que l'accent soit ainsi mis sur les handicaps d'expression et de communication, et sur les caractéristiques de personnalité, bien plus que sur ce qui

signerait un déficit intellectuel. Ceci est significatif tout à la fois des difficultés que vivent ces enfants et de la façon dont les maîtres les perçoivent et y réagissent. De ce tableau se dégage l'image d'un enfant à comprendre, à aider, voire à aimer, bien plus que d'un enfant "débile" condamné à la permanence de ses manques. Il y a là un indice intéressant de l'évolution des esprits, car on eût probablement obtenu un autre tableau il y a vingt ans.

La C.C.P.E. a proposé le passage ou le maintien en classe de perfectionnement de 69 de ces 104 enfants (6 y étaient déjà, 63 fréquentaient jusque là une classe normale) ; nous désignerons ce sous-groupe par A1. Pour les 35 autres, la C.C.P.E. a proposé le maintien en classe normale (31 cas) ou le retour dans une telle classe d'un enfant qui, au moment de l'examen, était en classe d'adaptation ou de perfectionnement (4 cas) ; nous désignerons ce sous-groupe par A2. On peut réanalyser les données précédentes pour ces deux sous-groupes. Le tableau 32 donne les résultats en ce qui concerne les difficultés du langage oral et écrit. On voit que ces difficultés sont beaucoup plus fréquentes chez les enfants dirigés vers une classe de perfectionnement (A2) que chez les autres (A1). Ainsi, le vocabulaire est dit "pauvre" pour un enfant sur deux dans le premier cas, un sur quatre dans le second ; chez les premiers la lecture est syllabique, sous-syllabique ou nulle dans 85 % des cas, alors que ceci ne s'observe chez les seconds que dans 28 % des cas (évidemment les plus jeunes ; on conserve l'espoir qu'un redoublement du cours préparatoire permettra cette acquisition). Il en va de même pour l'écriture. Le tableau 33 complète cette analyse différentielle en ce qui concerne les modes de fonctionnement, les traits de personnalité et les relations avec le maître et les camarades. Bien plus que les enfants maintenus ou ramenés en classe normale (A1), ceux pour qui la classe de perfectionnement est ou reste conseillée, sont dits peu capables de se centrer efficacement sur les activités scolaires (labilité de l'attention, désordre et manque de soin, manque de persévérance, difficultés de mémorisation) ; on souligne par ailleurs le manque de confiance en soi, l'émotivité et l'isolement : l'enfant, craintif, évite le contact avec le maître et avec des camarades parmi lesquels il est peu populaire. Le tableau dégagé précédemment pour l'ensemble du groupe A est donc accentué, sous tous ses aspects, pour ceux des enfants qui sont finalement dirigés vers une classe de perfectionnement. C'est lorsque l'enfant est tout particulièrement malheureux et en situation d'échec scolaire du fait de ses handicaps dans l'acquisition du langage oral et écrit que cette

décision est prise. Il faut se rappeler que tout ceci est dit par le maître de la classe dans laquelle se trouve actuellement l'enfant. Ce qui apparaît déterminant dans la décision, c'est donc bien cette perception du maître, et ce qu'on peut y lire de souhaits que ces difficultés soient traitées dans un cadre pédagogique mieux adapté à leur prise en charge. Ceci pèse de toute évidence dans la décision bien plus que le résultat à des tests d'intelligence en fait assez rarement pratiqués.

Les tableaux 32 et 33 donnent à titre comparatif les mêmes renseignements pour le groupe B, c'est-à-dire pour les 46 enfants dirigés vers une S.E.S. Il s'agit d'enfants nettement plus âgés que les précédents (11 à 13 ans), et en majorité élèves de classes de perfectionnement au moment de la préparation du dossier. A ce niveau, les retards de langage proprement dits sont devenus rares, mais le vocabulaire reste fréquemment pauvre, les difficultés d'expression et de compréhension du langage oral sont encore très souvent signalées. Les difficultés en écriture restent considérables : pour 54 % de ces pré-adolescents, elle est dite "impossible ou très difficile" ; les difficultés en lecture se sont atténuées, mais 30 % sont totalement incapables de lire ou ne lisent qu'à un niveau syllabique. Les difficultés de concentration sur le travail scolaire sont encore signalées pour un enfant sur deux ou trois ; encore faut-il remarquer que cette description est ici donnée dans la majorité des cas par des maîtres de classes de perfectionnement, certainement plus indulgents à cet égard que leurs collègues des classes dites normales. Ces maîtres soulignent très souvent l'émotivité, la timidité, le manque de confiance en soi, l'isolement de l'enfant. Tout se passe donc comme si la continuité de l'échec scolaire était en partie imputée à cette attitude de repli défensif. Cette attitude a sans doute pu se trouver aggravée lorsque l'enfant est resté, au sein de classes normales, aux prises avec des exigences qui le débordent ; mais ceci ne joue dans cet échantillon que pour un enfant sur trois ; pour les deux autres elle n'a pu être semble-t-il que très partiellement réduite par la prise en charge dans une classe spécialisée.

TABLEAU 32

TROUBLES ET RETARDS DU LANGAGE ORAL ET ECRIT, SUR 150 CAS D'ENFANTS  
D'AGE SCOLAIRE VUS EN C.C.P.E. (POURCENTAGES DANS CHAQUE GROUPE)

Groupe A.1 : enfants maintenus ou ramenés en cycle normal.

Groupe A.2 : enfants dirigés vers une classe de perfectionnement.

Groupe B : enfants dirigés vers une S.E.S.

	Gr A.1	Gr A.2	Gr B	
n =	35	69	46	
Troubles de l'articulation	20	18	15	LANGAGE ORAL
Retard du langage	14	21	4	
Difficulté de compréhension	11	37	20	
Difficulté de réalisation	26	44	28	
Vocabulaire pauvre	23	54	39	
L. nulle ou sous-syllabique	28	41	10	
L. syllabique	0	44	20	
L. hésitante	43	15	46	
L. courante	29	0	24	
Copie impossible ou diff.	49	75	54	ECRITURE
E. impossible sous dictée	24	77	28	
Troubles grapho-moteurs	74	70	76	
E. lente	31	55	24	

**TABLEAU 33**  
**ELEMENTS DU PORTRAIT DRESSE PAR LES MAITRES (POURCENTAGES DANS CHAQUE GROUPE)**

	Gr A.1	Gr A.2	Gr B	
n =	35	69	46	
Diff. de mémorisation	6	55	24	MODES DE FONCTION- NEMENT
Leçons non sues	49	73	39	
Labilité de l'attention	51	75	44	
Désordre, manque de soin	26	74	44	
Manque de persévérance	49	71	46	
Fatigabilité	43	17	35	
Emotivité	17	26	35	
Timidité	14	18	30	
Manque de confiance en soi	40	54	39	
Reste à l'écart des activités collectives	34	50	41	
Ne recherche pas le contact	17	40	37	RELATIONS AVEC LE MAITRE
Fuit le contact	0	9	7	
Craintif	26	35	17	
Ne recherche pas le contact	9	26	20	
Fuit le contact	3	13	7	
Mal accepté par les camarades	11	24	15	



## D - CONCLUSIONS

Rien ne garantit bien entendu que les enfants en difficultés scolaires considérés ici se situent dans la continuité des enfants les plus handicapés de la population étudiée dans le chapitre précédent. On est cependant frappé, dans le cas présent, par le rôle déterminant des difficultés d'acquisition de la langue écrite, sur la base bien probable d'une insuffisante maîtrise de la langue parlée. Les enfants ainsi handicapés se signalent par un échec majeur au cours préparatoire, par des redoublements de classes et finalement par l'engagement dans la filière des C.C.P.E. et des classes spéciales. La mesure est sans doute nécessaire ; on ne saurait cependant envisager leur avenir avec optimisme. Il est rare en effet que ces enfants puissent réintégrer un cursus scolaire normal, en dépit de l'euphémisme par lequel on désigne les classes auxquelles ils sont confiés (classes dites "de perfectionnement"). Ceci tient à toute une série de raisons. Les plus souvent soulignées concernent les effets éventuellement fâcheux de la ségrégation scolaire ainsi instituée et la rigidité de cursus distincts. On a par ailleurs mis en cause un éventuel "effet Pygmalion" chez des maîtres trop portés à tenir pour générale une insuffisance qu'il conviendrait peut-être de considérer surtout au plan de la "compétence linguistique", etc... Il est certain que pour l'essentiel, la pédagogie pratiquée dans notre enseignement primaire est et reste, en dépit de tous les efforts d'enseignants conscients des risques, une pédagogie du langage, considérée dans sa triple fonction : de communication (l'enfant doit comprendre ce que lui demande le maître, et y répondre clairement), d'expression (ce qu'il pense, ressent, désire, craint, n'a d'existence officielle que mis en bonne forme orale, construit discursivement) et d'instrument de la pensée (au-delà de l'acquisition de la langue écrite, la connaissance et les concepts à valeur opératoire sont tous du registre de la langue ; innombrables sont les difficultés en arithmétique qui en fait relèvent d'une incapacité à maîtriser les symboles élémentaires et les énoncés de problèmes). L'enfant est supposé accéder ainsi à une meilleure prise de conscience et une expression plus aisée des mouvements qui l'animent, à plus de maîtrise dans les échanges interpersonnels, à plus de clarté, de rigueur et d'efficacité dans l'ordre de la pensée symbolique (au sens de l'accès à la logique formelle). Lorsque ce triple mouvement se déroule favorablement, il y a là une grande source de plaisir pour l'enfant, et de satisfaction pour l'entourage, à commencer par le maître, dont les efforts sont récompensés, et les parents. C'est le cas des bons élèves et sans doute de quelques autres. Ce ne saurait être le cas de

ceux qui échouent. Ils sont alors progressivement rejetés vers la position du "peu doué". Cette position s'installe à un double niveau, sociologique et personnel. D'une part en effet l'enfant est localisé dans le statut de mauvais élève d'une classe normale, puis dans celui d'élève d'une classe pour handicapés. Or l'on sait qu'à tout statut correspond un rôle, qu'apprend à jouer celui qui l'occupe ; mais aussi des attentes de rôle, puisque l'entourage s'attend à voir le sujet se conduire d'une certaine façon, et pour ainsi dire l'en sollicite. D'autre part, l'image de soi qui ainsi se cristallise et progressivement se fixe est bien celle de l'incapable : comment, dans ces conditions, ne pas se résigner ? Répéter les efforts qui toujours aboutissent à l'échec ne peut que multiplier les blessures ; d'où, soit la résignation passive, éventuellement étendue au niveau scolaire sur toute entreprise personnelle, soit le développement de réactions compensatoires sous forme de projets et de tentatives plus ou moins réalistes et associées (1). Si les échecs scolaires, lorsqu'ils sont bien installés, s'avèrent si difficiles à rattraper, même dans les meilleures conditions pédagogiques, c'est peut-être souvent plus du fait de l'installation de ces positions qu'en raison de la limitation des capacités des enfants en cause. Il est à craindre que ce destin soit celui d'un nombre important de sujets qui, pour toutes les raisons envisagées dans le chapitre précédent, abordent la scolarité primaire avec une faible "compétence linguistique". Il est certes des cas où les retards et les troubles du langage procèdent, de façon beaucoup plus essentielle, d'une construction de la personnalité à situer dans l'ordre de la psychopathologie ; nous envisagerons ces cas dans la seconde partie de cet ouvrage.

---

(1) Ces phénomènes ont été bien étudiés par un petit groupe de psychologues scolaires conduisant des thèses de Doctorat en psychologie sous la direction de R. PERRON (travaux de MM. AUBLE, COMPAS, MAZA, SINDOU).

## CHAPITRE X

### LES DESTINS DE L'ECHEC SCOLAIRE ET DES DEFICIENCES LEGERES

#### A - RÉSUMÉ ET DISCUSSION DES PRINCIPALES CONCLUSIONS

Les travaux dont a rendu compte cette première partie de l'ouvrage s'inscrivent dans le cadre d'une réflexion générale sur le développement et le fonctionnement des structures déficitaires. Une telle réflexion est la condition nécessaire de toute réévaluation des dispositifs de détection et de prise en charge de ces cas. Nous n'avons pas voulu fonder notre démarche sur des distinctions a priori, entre entités nosographiques et entre institutions vouées à leur prise en charge. Ces distinctions sont certes nécessaires, mais il importe de ne pas les faire intervenir trop tôt dans la démarche de la pensée, car on risque alors de s'enfermer dans la rigidité de cadres nosographiques dont le cloisonnement des structures sociales et institutionnelles devient la traduction, ainsi à tort légitimée.

Souhaitant étudier les étapes précoces des évolutions déficitaires, nous avons constitué une équipe multidisciplinaire qui a collecté des informations sur 2.000 enfants consultant régulièrement dans des centres de la Protection Maternelle et Infantile. Par la force des choses, cette étude extensive nous a d'abord conduits à évaluer le poids des facteurs d'environnement, saisis surtout au niveau sociologique. Il serait évidemment essentiel d'étudier de plus près la dynamique intra-familiale, le jeu des identifications, etc..., dans le cas d'enfants dont le développement actuel et l'avenir donnent lieu à inquiétudes ; ceci, pour des raisons pratiques, n'a pu être qu'abordé, et constituera une étape ultérieure de notre travail. Mais, au niveau même de cette première étape, les conclusions sont claires. Les retards d'acquisition du langage créés par des conditions d'environnement défavorables s'installent très tôt, et en moyenne persistent pendant toute la première enfance. On a pu montrer que, lorsqu'il s'agit d'activités intellectuelles où le langage n'est pas instrumental, ces mêmes enfants, toujours en moyenne, atteignent à des réussites tout-à-fait normales. En dépit de ces bonnes capacités, tout laisse craindre que les enfants les plus handicapés quant à la "compétence linguistique" n'abordent, dans des conditions très défavorables, la scolarité primaire ; qu'échouant dans l'acquisition de la langue écrite, ils ne soient

dirigés vers une filière de prise en charge des retardés scolaires et handicapés mentaux ; et qu'alors progressivement se cristallisent et se fixent des positions de handicap, au double niveau des images sociales (statuts, rôles, attentes de rôles, etc...) et des images de soi des enfants en cause (positions démissionnaires, réactions compensatoires inadéquates, etc...). On peut craindre que certains de ces enfants, incapables de profiter de l'école à l'égal de leurs camarades plus favorisés, soient progressivement "lâchés en arrière" et que, se généralisant, le retard n'affecte un fonctionnement intellectuel dont pourtant les "potentialités" étaient au départ intactes. Il est plausible que parmi les enfants et adolescents qu'on retrouve entre 10 et 14 ans dans les classes spéciales (classes de perfectionnement et S.E.S.) un certain nombre aient subi un tel destin, et que les Q.I. faibles (dans la zone 70-80) qu'on peut établir en soient le reflet direct. Il faut en effet rappeler que le Q.I. établi par les épreuves dites "de niveau global" n'exprime rien d'autre qu'une évaluation des connaissances et habilités acquises par le sujet jusqu'au moment de l'examen. Il est cependant fort à craindre qu'alors, si l'on est attaché aux anciennes conceptions de l'arriération, on déclarera le sujet "débile mental léger", et que, inversant ainsi fâcheusement le cours de l'histoire, on expliquera par là son destin scolaire et personnel. Nous avons tenté de montrer le caractère fallacieux et la dangerosité de cette position ; d'où vient cependant qu'elle soit si tenace, dans le grand public, chez beaucoup d'enseignants, et même chez certains spécialistes ?

Il faut d'abord souligner que cette position apparaît au début de ce siècle, après l'institution de l'obligation scolaire dans les pays industrialisés. C'est évidemment cette obligation qui a mis le problème en pleine lumière, en fixant à l'école des enfants qui s'en trouvaient auparavant rejetés du fait même de leur échec - les sujets issus de milieux aisés faisant alors l'objet de mesures éducatives privées et les enfants pauvres étant alors immédiatement voués au travail, de sorte que le problème ne se posait plus.

De façon persistante, la moitié des enfants français sont déclarés incapables de suivre un cursus scolaire "normal". C'est un des mystères de notre enseignement qu'une telle situation, connue et dénoncée depuis longtemps, s'avère si rebelle à tous les efforts conduits pour la modifier : discours sur l'allègement des programmes et des horaires, création de "classes d'attente" ou de "rattrapage", développement de la psychologie scolaire, création des

G.A.P.P., etc..., tout ceci laisse l'impression de voeux pieux, de changements purement terminologiques, voire de mesures qui de fait entérinent un état de choses qu'on se proposait de modifier... La persistance du phénomène traduit sans doute d'abord le maintien de critères de réussite qui reflètent un idéal pédagogique estimable peut-être mais irréaliste... Comme en témoigne une formulation bizarre, mais révélatrice, qui surgit parfois au cours de la discussion : "la moyenne des enfants est hélas inférieure à la moyenne..." : belle confusion entre le sens purement statistique du terme et son sens normatif. Mais, au-delà, il est certainement vrai que l'école reste un appareil dont l'idéal est la "production" des professionnels hautement qualifiés dont notre société a, de plus en plus, un besoin vital. Elle les produit en consentant ce sacrifice : "lâcher en arrière" un nombre considérable d'enfants et d'adolescents qui ne peuvent - ou ne veulent ? - répondre à ces exigences. On connaît des industries qui admettent un tel taux de "rebuts" : ce sont les industries de haute précision, qui doivent fournir des instruments dont la fiabilité est vitale. La comparaison peut choquer : mais comment expliquer autrement la résistance au changement dans une situation si catastrophique ?

On comprend mieux dès lors que la pesée de l'"appartenance sociale" soit considérable, ainsi que nous l'avions rappelé dans le chapitre précédent. Il ne fait aucun doute que l'appartenance à tel ou tel groupe "défavorisé" (du fait du faible niveau culturel et socio-professionnel des parents, de conditions de vie insuffisantes, etc...) prédestine l'enfant (statistiquement bien entendu) à un destin de médiocrité scolaire, voire d'échec, sanctionné dans les cas extrêmes par l'engagement dans la filière des classes spéciales ; le "faible Q.I.", dans certaines limites, n'est rien d'autre que la traduction, sous une autre forme, de ce destin lui-même.

Notre analyse a essentiellement porté sur les retards d'acquisition de la langue orale, évaluée par l'étendue du vocabulaire dont dispose l'enfant. Or, il faut ici le souligner, la plupart des acteurs qui ont discuté du handicap socio-culturel ont précisément mis l'accent sur l'acquisition de la langue parlée (1). Beaucoup de ces discussions sont nées d'une publication retentis-

---

(1) Nous nous référons ici en particulier à la très bonne revue de question récemment publiée à ce sujet par FORQUIN, 1982.

sante de BERNSTEIN (1975). Cet auteur avait, sur données factuelles, distingué deux types de "codes linguistiques" : un "code formel", qui utilise un vocabulaire étendu et riche en termes abstraits, use souplement des catégories grammaticales, marque clairement l'articulation du discours, etc... : code bien adapté tout à la fois à la construction de la pensée et à la communication ; et un "code restreint", plus concret, plus situationnel, où la parole est plus souvent soulignée par le geste, dont l'usage est plus lié au contexte (d'où, hors contexte, une communication grevée d'incertitude et où les erreurs de décryptage sont plus probables), etc... Il va de soi que l'école utilise le premier de ces deux codes et en encourage l'usage par les élèves, et qu'elle condamne comme "mauvais langage" le second. Or, BERNSTEIN avait montré empiriquement que le "code formel" est spontanément plus utilisé par les enfants et les adolescents qui appartiennent à des familles des "classes supérieures", où de fait il est d'usage courant, les enfants d'ouvriers ayant au contraire banalement recours au "code restreint" utilisé dans leur milieu de vie. Ainsi, à l'école, les premiers se sentiraient à l'aise dans une langue qui leur est naturelle, tandis qu'il s'agirait pour les seconds d'une langue (quasi) étrangère. Cette thèse a été critiquée, quant à ses bases empiriques et quant à la méthodologie utilisée par BERNSTEIN, d'un point de vue psychopédagogique (cf. BROSSARD, 1978 a et b ; HARDY, PLATONE et DANNEQUIN, 1977 ; CHAUVEAU, 1978 ; VIAL et STAMBAK, 1978), mais aussi par des sociologues (CHERKAOUI, 1974), des psychologues (ESPERET, 1975 a et b, 1979) et des linguistes (FRANCOIS, 1976, 1980). Elle a pourtant fourni, pendant plusieurs années, un argument majeur aux auteurs qui se sont attachés à souligner le poids des handicaps socio-culturels (cf. entre autres REISSMAN, 1962 ; PASSOW, 1963). Elle a soutenu les programmes de "pédagogie compensatoire" lancés, en particulier aux U.S.A., pour mettre en meilleure position scolaire les enfants qui souffrent de tels handicaps (1). En dépit des moyens considérables mis en oeuvre, il semble que ces programmes se soient avérés bien décevants (TYLER, 1977). Ce relatif échec a débouché sur la remise en cause de la notion même de "handicap socio-culturel", et plus particulièrement du rôle attribué, à la suite de BERNSTEIN, à des inégalités de classes sociales, ou plus généralement d'"appartenance sociale", quant à la maîtrise du "bon langage" qu'exige

---

(1) cf. BLOOM et al., 1965 ; CHAZAN, 1968 ; COLEMAN, 1966 ; CROW et al., 1966 ; DEUTSCH et al., 1967 ; ISAMBERT-JAMATI, 1973 ; PASSOW et al., 1967.

l'école. On a dénoncé la reprise, dans la notion de handicap socio-culturel, de l'illusion de classe qu'elle prétend détruire, à savoir l'idée qu'une forme de langage est meilleure que d'autres, et que les enfants qui n'en disposent pas sont des handicapés qu'il convient d'aider. Une telle position, a-t-on maintenu, aboutit à installer chez ces enfants le sentiment d'appartenir à une culture inférieure, et à un effort pour les "déculturer", au prix d'une grave perte d'identité (PERSELL, 1977).

Il ne nous appartient pas de prendre position dans ce débat. Cependant, il est clair que les résultats de notre enquête apportent une pièce de plus à ce dossier. Que la langue utilisée à l'école maternelle, et a fortiori à l'école primaire, soit une langue semi-étrangère pour la moitié au moins de la population scolaire de la zone géographique où nous avons travaillé, c'est vrai stricto sensu concernant ceux qui appartiennent à des familles d'immigrées, même si dans la plupart des cas ils sont nés en France. Que ceci joue en fait comme un handicap considérable est également une évidence ; il est non moins clair que les échecs scolaires graves, et la prise en charge par les filières de l'éducation spéciale, toucheront préférentiellement les plus handicapés de ces handicapés.

Cette position, qui peut passer aujourd'hui pour de simple bon sens, a mis longtemps à mûrir. Les conceptions classiques, organogénétiques, de l'arriération, et celles, connexes, qui misaient sur l'idée de "dons" intellectuels, ont longtemps porté à rechercher des solutions toutes autres aux problèmes posés par l'échec scolaire grave. Les causes étant supposées inscrites par une pédagogie individualisée qui tiendrait compte au mieux d'un déficit en lui-même indépassable. Pendant une vingtaine d'années, on a donc cherché la solution dans la multiplication des classes de perfectionnement. Avec une vigueur croissante se sont pourtant élevées des objections qu'on peut résumer sous trois rubriques :

- a) La première critique porte sur la ségrégation ainsi instaurée et qui se révèle durable. En effet, l'expérience montre que la classe de perfectionnement réussit très rarement à réintégrer ses élèves dans le cursus scolaire normal. S'ensuit la création des sections d'éducation spécialisée, en prolongation des classes spéciales du premier degré. Cependant ce confinement prolongé, dans le cadre protégé d'un

espace scolaire peuplé de déficients, a paru aller à l'encontre de son but affirmé, en produisant des adolescents mal préparés aux responsabilités de la vie adulte.

- b) Seconde objection : le système scolaire se débarrasse ainsi, à bon compte, des échecs qu'il a lui-même créés. En différenciant des classes spéciales et en s'aidant de vues théoriques qui font porter entièrement l'origine du trouble sur l'individu, l'institution scolaire méconnaît ses propres responsabilités : elle parvient ainsi à subsister alors qu'elle serait à refondre entièrement.
  
- c) Enfin, la différenciation de plus en plus fine de systèmes de dépistage et de prise en charge qui risquent d'enfermer les enfants dans un destin social prédéterminé relève d'un idéal technocratique de l'organisation sociale qui n'est pas sans évoquer le "Meilleur des Mondes" dépeint par HUXLEY...

Une nouvelle politique, commandée par ces réactions, s'est développée au cours des dix ou quinze dernières années. Elle a vu se réduire sensiblement le nombre des classes de perfectionnement, objets de réprobation de la part de beaucoup d'enseignants. Cependant, les cas d'échec scolaire subsistant, il fallait s'en occuper ; on a tenté d'y pourvoir par la création de classes dites "d'attente", de "rattrapage", etc..., où le but de réintégration à court terme dans le cursus normal était vigoureusement affirmé. Peut-être entrons-nous dans une nouvelle phase où l'on recherche d'autres solutions, plus souples ; par exemple par les *mi-temps pédagogiques*, où les enfants d'une classe de perfectionnement vivent en commun avec ceux d'une classe ordinaire pendant un certain nombre d'heures chaque semaine. S'affirme aussi une politique d'intégration dans "les classes normales". L'effort porte parallèlement sur le développement de la psychologie scolaire, la création de G.A.P.P., etc... Enfin, avec l'avènement de la politique psychiatrique de secteur, une collaboration s'est parfois instaurée entre l'école et les équipes de santé mentale infantile : malgré les insuffisances dans le développement de ces dispositifs, des expériences intéressantes se réalisent.



## B - SUR LA COOPERATION NECESSAIRE ENTRE LE SYSTEME SCOLAIRE ET LES EQUIPES DE SANTE MENTALE

Convient-il qu'il y ait coopération dans ce domaine ? Beaucoup de ceux qui répondent "oui" par principe s'avèrent en fait très réticents lorsqu'il s'agit d'infléchir en ce sens leur pratique professionnelle de médecin, de psychologue, de rééducateur, d'assistante sociale, d'enseignant, etc... A une telle collaboration s'opposent en effet des habitudes liées à des pratiques professionnelles très différenciées, dans des lieux d'exercice distincts par leur organisation, leur implantation, mais aussi par leur visée et leur esprit. Il est alors plus facile de s'envoyer de courtes notes informatives, sans jamais se rencontrer, que de parler de vive voix d'un enfant en difficulté. Comment, dira-t-on organiser de telles rencontres dans le cadre d'horaires de travail contraignants ? Si l'argument mérite attention, on ne peut cependant ignorer qu'en beaucoup de cas, il ne suffit pas à expliquer l'évitement réciproque des équipes de santé mentale et des enseignants. Cet évitement est favorisé par un certain nombre d'idées reçues à propos des échecs scolaires, de leurs déterminants et de leurs remèdes. Il s'agit d'idées tenues pour évidentes, explicitement ou implicitement, mais aussi d'imputations mutuelles énoncées parfois avec une nuance de reproche.

Nous avons tenté dans ce qui précède de dénoncer les plus néfastes des illusions qui fondent ces malentendus.

De nouvelles formes de coopération apparaissent, qu'il est nécessaire de développer. Elles sont soutenues du côté de l'équipe de santé mentale par la priorité que la politique de secteur donne aux actions de prévention et de soutien qui permettent de maintenir l'enfant dans sa famille, dans son école. Du côté de l'Education nationale, les positions sont moins claires ; elles oscillent en effet entre les orientations classificatoires contraignantes qu'a relancées la Loi du 30 juin 1975 et d'autres perspectives qui préconisent la collaboration avec l'équipe de santé mentale ainsi que le maintien dans leur propre classe des élèves en difficultés (cf. MISES et DEVILLE-CAVELLIN, 1978).

Les premières tentatives menées dans cette direction sont nées d'initiatives locales, elles se sont appuyées sur l'étude et le suivi des enfants soulevant des problèmes thérapeutiques et éducatifs difficiles à résoudre dans les approches menées en ordre dispersé. Dans notre expérience, les liens qui se

sont établis sur ces bases ont d'abord permis de remplacer la circulation des dossiers et des fiches par des contacts personnels auxquels se sont ajoutés ultérieurement des réunions d'information, des discussions sur les problèmes théoriques ou institutionnels ; nombreux sont les exemples d'une utilisation souple et intelligente des rencontres ainsi effectuées sur le terrain, à partir de là, tandis que se dessinait l'ébauche d'un langage commun, chacun des coopérants en est venu à percevoir plus clairement la position occupée par l'autre, ce qui permet de mieux se prémunir d'une confusion des rôles.

C'est seulement quand ces conditions sont assurées, qu'il est concevable d'amorcer une approche véritablement multidimensionnelle où l'éclairage des éventuels aspects psychopathologiques est confronté aux données que l'enseignant propose, en affirmant lui-même sa spécificité. Comme on l'imagine, il faut également mettre en discussion les éléments du registre socio-familial : les enseignants comme les psychiatres sont aujourd'hui convaincus du poids qu'exercent sur l'échec scolaire les conditions d'environnement ; mais l'école n'est guère en mesure d'intervenir sur ce terrain, c'est donc par la voie du travail dans la communauté que l'équipe de santé mentale en assure l'intégration et anime les actions qui en découlent.

Nous nous bornerons à énoncer en quelques propositions les principaux repères qui se dégagent sur ces bases.

1°) L'écart entre soin et pédagogie exige d'être clairement reconnu et rappelé, notamment lorsque certains échanges ont lieu dans les locaux scolaires : de telles rencontres font émerger à la longue un registre médian et médiateur, appelé parfois à se développer dans le sens du soutien aux enseignants et d'une réflexion sur les méthodes employées. Par contre, l'école ne saurait devenir ni un lieu d'application pour les rééducations et les psychothérapies, ni un champ d'expérimentation pour des dépistages intensifs fondés sur des bilans systématiques. Dans cette perspective, les soutiens apportés par les G.A.P.P. doivent être distingués de ce qui se joue dans le registre de la thérapeutique proprement dite.

2°) De nombreux enfants suivis en commun étaient déjà connus de l'équipe de santé mentale avant leur scolarisation, ou sont venus consulter directement au dispensaire, sur l'initiative des parents. Une partie seulement est donc proposée pour une évaluation clinique par l'instituteur et ceci en raison des

difficultés nées dans le cadre scolaire. Initialement, les enseignants nous adressaient surtout des sujets qui les mettaient en défaut dans leur pratique pédagogique ; et il apparaissait que dans nombre de ces cas, l'échec ne relevait pas de troubles psychiques mais d'autres facteurs que nous avons évoqués plus haut, liés aux conditions sociales et aux lacunes du dispositif pédagogique. La coopération a permis à la longue de développer la sensibilité des instituteurs à l'appréhension de difficultés souvent moins évidentes mais qui justifient, elles, une approche préventive ou curative. Dans le même temps il a fallu se garder d'introduire par là une visée réductrice qui aurait coupé les difficultés individuelles d'un enfant des facteurs tenant au contexte où elles se jouent. Ainsi, régulièrement, nous avons souligné de quelle façon les dysharmonies, les retards, les troubles de la personnalité obligent à prendre en considération les paramètres d'ordre familial, social, culturel. Sous cet angle, l'école n'apparaît jamais comme un terrain neutre où s'exprimeraient des difficultés qui empruntent ailleurs leur dynamisme : les réponses qu'elle donne influencent nécessairement les infléchissements pathologiques individuels puis le processus curatif mis en oeuvre, ceci dans un sens tantôt positif, tantôt négatif.

3°) Dans ce cadre général, la distinction, pour fondamentale qu'elle soit entre deux versants complémentaires, pédagogique et thérapeutique, mérite d'être nuancée pour ce qui concerne, en particulier, la place de l'enseignant. Celui-ci occupe, en effet, une position double : d'un côté il assume sa fonction spécifique, mais d'un autre, particulièrement auprès d'enfants sévèrement perturbés, il est appelé aussi à devenir l'un des médiateurs du processus curatif. Tout enseignant est certes concerné par les investissements mutuels qu'il contracte avec l'enfant et par les effets qui en découlent, sans que cela, ordinairement, justifie une prise de conscience précise du sens et de la dynamique de ces inter-relations. Par contre, dans les formes pathologiques sévères, cette position n'est pas facile à tenir ; d'où l'intérêt d'une coopération accrue autour de ces problèmes, de façon que l'instituteur appréhende suffisamment la signification de ces mouvements et en utilise au mieux les effets psychothérapeutiques. C'est l'occasion, une fois encore, de souligner le rôle primordial de ce qui se joue en pareil cas au sein de l'école et l'importance pour l'enseignant d'utiliser de façon créative ses instruments spécifiques sans quitter le terrain de l'éducation et de la pédagogie.

4°) Si le maintien en milieu normal d'enfants en difficultés constitue l'un des objectifs poursuivis à la fois par les équipes de santé mentale et par l'école, cette visée ne saurait devenir un but en soi, même si l'Education nationale en venait à disposer des moyens qui font actuellement défaut pour répondre elle-même à l'échec d'élèves non touchés par des perturbations psychopathologiques notables.

Plutôt que de s'enfermer dans l'idéologie de l'intégration scolaire à tout prix, dangereuse à la fois pour l'enfant et pour l'école, il importe pour chaque sujet envisagé individuellement, d'examiner avec attention quelle solution serait la mieux adaptée, en sachant recourir aux institutions spécialisées, en développant également des modes nouveaux de "partage - coopération" : un élève d'une classe "normale" doit pouvoir fréquenter s'il en est besoin les centres spécialisés à temps partiel du secteur (1) ; réciproquement, les enfants d'un internat psychothérapique tirent bénéfice, dans certains cas, d'une scolarisation dans l'école voisine (2). Notre propre expérience démontre l'intérêt de ces modes d'articulation et leur double fonction, déségrégative pour l'enfant, décroïsonnante pour les adultes concernés.

De surcroît, le choix d'une solution à un moment donné, implique sa révision ultérieure en fonction de l'évolution : les responsables d'une école doivent donc rester informés du processus en cours dans les cas où un enfant leur est transitoirement enlevé pour être traité dans un centre spécialisé.

---

(1) "Les actions institutionnelles à temps partiel chez l'enfant en pratique sectorielle".

Information Psychiatrique, n° 9, 1982.

(2) Les problèmes qui concernent la coopération à l'intérieur d'une institution spécialisée seront envisagés plus loin, chapitre XIV.

Rappelons encore que les décisions retenues exigent une appréciation nuancée de tous les facteurs en jeu : les traits psychopathologiques, les aspects familiaux évoluent avec le temps ; ils entrent en relation dialectique les uns avec les autres, on conçoit donc que le cadre scolaire - comme tout support institutionnel - puisse lui-même bénéficier d'une maturation progressive : à un moment, le maintien en classe devient réalisable pour un enfant en difficultés alors qu'il était voué à l'échec quelques années auparavant. Ces mutations favorables exigent un accroissement des moyens, une réflexion permanente sur les processus sous-jacents et sur les objectifs.

Ces brèves annotations montrent l'importance que revêtent les expériences ouvertes, actuellement en cours : il importe qu'en fonction des conditions locales, naissent des modes diversifiés de rencontre et de coopération soutenus par l'intérêt que chacun y porte à titre individuel, hors des contraintes administratives, hors de toute visée à l'hégémonie - et en rétablissant de surcroît les parents dans leurs prérogatives.



**T R O I S I E M E   P A R T I E**

**LES EVOLUTIONS DEFICITAIRES PRISES DANS LE CADRE  
DE STRUCTURES PSYCHOPATHOLOGIQUES GRAVES**





## CHAPITRE XI

### OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

Dans la première partie de ce travail, nous avons procédé à une étude extensive, c'est-à-dire portant sur un grand nombre d'enfants, l'information sur chacun restant assez limitée. Nous y avons précisé la pesée défavorable d'un certain nombre de facteurs d'environnement, au niveau de la famille et de son contexte sociologique. Nous avons pu ainsi montrer que la maîtrise du langage peut s'en trouver gravement affectée, l'enfant se présentant alors à l'entrée de la scolarité primaire chargé d'un handicap sérieux. Dès lors, risquent de se fixer des positions personnelles et des perceptions de l'entourage qui peuvent s'inscrire dans un destin d'échec scolaire grave, voire, par extension, de déficience intellectuelle. En deça de ce jeu des perceptions, des statuts sociaux et des rôles, il est indéniable que chez certains de ces enfants s'instaure une progressive structuration de troubles à considérer dans le champ de la psychopathologie infantile. L'étude précédente n'en permettait pas l'analyse. Celle-ci nous a cependant paru indispensable. C'est pourquoi nous avons réalisé un second volet de la recherche, en nous adressant aux cas pris en charge à la Fondation Vallée, à Gentilly. Il s'agit alors d'une étude intensive, c'est-à-dire portant sur un nombre réduit de cas sur lesquels on possède une très riche information. Il ne faut évidemment pas méconnaître qu'il s'agit alors de troubles graves de la structuration personnelle, chez des enfants dont en général l'institution scolaire ne peut continuer à assumer la responsabilité. Les déterminants de ces évolutions ne sauraient être entièrement situés au niveau des conditions d'environnement au sens défini dans l'étude précédente, sous peine d'en ignorer la dynamique, et de laisser échapper l'essentiel du problème. Il faut cependant souligner d'emblée la communauté des deux études sur deux points majeurs. D'une part, on retrouve chez ces enfants gravement perturbés l'importance du milieu de vie ; mais ici les déterminants d'ordre sociologiques sont relayés par la dynamique familiale, selon les modalités dont nous nous attacherons à préciser quelques aspects. D'autre part, les troubles du langage et de la signification jouent là encore, mais sur un autre mode, un rôle majeur.

Nous présenterons d'abord l'institution, puis nous préciserons les objectifs de la recherche.

## A - LA FONDATION VALLEE

Né à la fin du siècle dernier, avec un statut d'asile d'aliénés pour enfants et destiné au sujets de sexe féminin du département de la Seine, cet établissement est devenu un centre psychiatrique public, mixte, sectorisé. Situé à proximité immédiate de l'hôpital de Bicêtre, il en constitue le service universitaire de psychiatrie infantile. Les enfants, recrutés pour la plupart par les dispensaires du secteur, sont domiciliés à peu de distance, de manière que les liaisons avec l'environnement en soient facilitées.

Initialement, cet établissement avait connu un véritable essor sous l'influence de BOURNEVILLE qui, s'inspirant des travaux réalisés par SEGUIN à Bicêtre, avait mis en place un cadre éducatif et pédagogique de qualité, orienté vers la cure des arriérés mentaux. Cette tentative ne devait pas survivre à son animateur. Après lui, Vallée devenait un simple lieu d'assistance pour des enfants considérés comme inéducables et promis au renfermement à vie en milieu psychiatrique. Cette image désolante est restée gravée dans la mémoire de tous ceux qui ont connu notre centre pendant cette longue période (cf. *La Fondation Vallée : de l'asile au secteur de psychiatrie infantile, 1971*).

La rénovation a été amorcée vers 1950 avec la création de classes dirigées par des enseignants de l'Education nationale. D'emblée, dans l'univers asilaire, l'existence de ces îlots, ouverts à un échange humain entre l'enseignant et l'enfant, a entraîné des modifications notables dans le comportement de sujets présumés auparavant "irrécupérables". Les espérances se sont confirmées, amplifiées, avec l'arrivée des premiers éducateurs. On découvrait en même temps des modes d'approches originaux ; une réflexion s'amorçait, source elle-même de l'engagement progressif d'infirmières enlisées auparavant dans la morne routine de la vie asilaire. Il apparut bientôt que les modifications observées n'étaient pas seulement symptomatiques, elles rendaient compte de réelles modifications structurales. Il fallait donc s'interroger sur l'organisation psychopathologique, sur les virtualités de ces sujets, qu'on s'était contenté de regrouper sous la rubrique sommaire de l'arriération mentale profonde.

De cette période datent nos premières études sur les psychoses infantiles à expression déficitaire (MISES et BARANDE, 1963). S'y sont articulées très vite les interrogations, plus fondamentales encore, sur les déficiences intellectuelles (MISES, 1975) qui ont fait l'objet d'une réévaluation à travers l'étude longitudinale des dysharmonies évolutives du jeune âge (MISES, 1977). Sur ce terrain, plutôt que de se laisser prendre dans l'affrontement de thèses contradictoires, psychogénétiques organogénétiques, il importe de reconnaître les facteurs susceptibles d'influencer, à divers niveaux, le processus évolutif, dans un sens favorable ou défavorable. Une telle approche ne saurait être que multidimensionnelle, même si l'éclairage psychanalytique y apporte une dimension essentielle.

Dès lors, si des repères précis méritent d'être maintenus, dans la discussion pathogénique et nosographique, il n'est cependant plus concevable de tracer des cloisonnements rigides entre les organisations morbides auxquelles nous sommes confrontés. Dans le vaste champ où émergent les psychoses, les déficiences dysharmoniques, les troubles évolutifs sévères et complexes du jeune âge, les frontières restent souvent indécises, les glissements évolutifs d'un cadre à l'autre ne sont pas rares et, de surcroît, les mécanismes de réintégration soutenus par la cure mènent souvent à d'heureuses transformations, lorsqu'on agit tôt et avec des moyens suffisants.

La modernisation du service a reposé sur ces principes : d'une part on a élargi le recrutement à toutes les formes, marquées ou non par le déficit, qui relèvent d'une cure intensive, d'autre part on a doté la Fondation Vallée de moyens d'une réelle efficacité, notamment par la création d'une équipe multidisciplinaire.

En même temps, il fallait mettre fin au mode d'admission traditionnel, fondé sur le placement d'office (HEUYER et al., 1959) qui nous imposait, à un stade évolutif trop tardif, des enfants jugés inéducables dont l'admission à la Fondation Vallée scellait jusqu'alors, de façon irrémédiable, le destin asilaire.

A ce niveau, la politique de secteur s'est vite révélée féconde en permettant une intervention directe de notre équipe dans la prévention et le dépistage (MISES, SEGUR et ZAGDOUIN, 1967) ; son application a permis que beaucoup d'enfants soient désormais admis à un stade où le pronostic reste largement ouvert.

Ultérieurement, s'est dessiné un double mouvement : d'un côté avec l'extension du dispositif extra-hospitalier, le pourcentage des admissions s'est réduit dans des proportions considérables pour atteindre aujourd'hui un taux inférieur à 4 % des cas dépistés. D'un autre côté, l'éventail des indications de la cure s'est relativement élargi du côté d'enfants chez qui le versant déficitaire n'était plus au premier plan ou même faisait défaut.

Ainsi l'entrée en internat représente une indication devenue très rare, fondée sur les critères thérapeutiques et non plus d'assistance. En outre, l'admission d'un enfant n'exclut pas, loin de là, le recours aux autres institutions du secteur. La diversification des moyens extra-hospitaliers, la collaboration avec les écoles facilitent ainsi, en cours de cure, la réintégration dans les structures intermédiaires ou même dans des classes normales. Des expériences permettent également de faire fréquenter les écoles voisines par des enfants vivant en internat, il en va de même des essais de mise au travail des adolescents.

Ce nouveau contexte se prête au renforcement des relations avec les parents et avec l'environnement socio-culturel. Le travail effectué sur le milieu, en particulier auprès des pédiatres et des enseignants permet, en effet, de dépister de plus en plus tôt les perturbations qui justifient la mise en oeuvre de moyens intensifs. Cependant, lorsque, sur ces bases, se trouve posée l'indication d'une cure institutionnelle, il n'en résulte pas une procédure hâtive d'admission. Plus qu'ailleurs, il importe ici de réaliser une préparation suffisante, de prévoir les effets de l'hospitalisation, de s'assurer que seront maintenus les liens établis avec les parents, les services sociaux, les personnes concernées dans la communauté. La pratique de secteur soutient au mieux l'utilisation de ces liens.

Quelques mots encore sur le cadre matériel : la Fondation Vallée rassemble dans la même enceinte un internat, un hôpital de jour, un centre de guidance. En dehors de cette structure polyvalente, nous disposons d'autres dispensaires, de centres médico-psycho-pédagogiques et d'établissements médico-éducatifs répartis sur le secteur desservi.

L'internat reçoit 172 enfants. Ce chiffre est trop élevé pour assurer une organisation centralisée ; aussi, afin de rétablir des unités de dimension mieux adaptée, a-t-on réalisé des découpages qui confèrent à des pavillons de 30 à 48 sujets, une autonomie fonctionnelle assez grande ; ils sont eux-mêmes subdivisés en groupes de vie de 8 à 12 enfants, réunis sur des critères fonctionnels plutôt que sur des données tirées de la nosographie ou du quotient intellectuel. Ainsi sont rassemblés, dans le même petit groupe, des psychotiques, des déficients dysharmoniques, des sujets atteints de perturbations complexes de type névrotique grave ou psychopathique.

Dans l'ensemble, les lieux de vie sont séparés des classes, des jardins d'enfants, des salles de rééducation occupées par les orthophonistes ou les psychomotriciens.

Chaque pavillon est animé par un psychiatre et un psychologue de formation psychanalytique dont la fonction, essentiellement institutionnelle, est distincte de celle des psychothérapeutes proprement dits. Sur les groupes de vie, l'encadrement est assuré à la fois par des éducateurs et par des infirmiers psychiatriques ; en dépit de leur diversité d'origine et de formation, ils exercent des fonctions communes, aussi parlons-nous d'une façon générale des "éducateurs" sans marquer les différenciations nées du statut professionnel. Leurs horaires sont aménagés pour permettre les réunions et favoriser le renforcement des temps de présence aux moments utiles.

La place des enseignants varie selon l'âge et la disponibilité des enfants. La coopération entre éducateurs et instituteurs prend des formes diverses : souvent positive, elle tend à refléter, trop aisément, les vicissitudes de la vie en institution.

A l'intérieur de ce dispositif, brièvement esquissé, chacun détient une spécificité tenant à sa formation et à ses fonctions. Par là, tout membre de l'équipe est en mesure d'occuper une place originale dans le processus

curatif. Dans la pratique quotidienne, nous essayons de ménager des temps, des lieux de rencontre qui, d'un côté permettent d'approfondir certains aspects centrés sur un domaine particulier (réunions d'enseignants, de rééducateurs, de médecins et psychologues, de psychothérapeutes, etc... ; réunions autour de questions matérielles ou administratives) ceci recoupant d'autres rencontres orientées, elles, vers les problèmes soulevés par un enfant donné ou par le fonctionnement d'un groupe, dans une perspective où l'approche multidisciplinaire se révèle indispensable.

Les dispositions sont prises pour que ces temps s'inscrivent dans la trame institutionnelle sans trop entrer en concurrence avec les activités de base effectuées au contact direct des enfants.

## **B - OBJECTIFS DE LA RECHERCHE**

Qui sont les enfants pris en charge par l'institution, comment fonctionne-t-elle pour leur venir en aide, quels sont les résultats de cette action ? Telles sont les questions auxquelles nous avons tenté d'apporter des éléments de réponse en considérant globalement toute la population en cause, soit 175 enfants et adolescents. Cette interrogation se précise en toute une série de questions plus particulières : par qui, quand, comment les troubles ont-ils été d'abord repérés, par quelles filières l'enfant nous est-il parvenu ? Comment ces troubles ont-ils été décrits, perçus et traités lors de la prise en charge, et par la suite ; quelles mesures éducatives et thérapeutiques ont-elles été mises en oeuvre, et quels effets ont été atteints ?

Au-delà de ces questions précises, c'est un problème tout à fait fondamental de la psychopathologie infantile que nous tentons d'aborder.

Dans des cas où toute l'organisation psychique se trouve gravement altérée, et en général sur un mode déficitaire, quelles sont les voies du développement, comme s'opère la structuration psychopathologique ? De quelles prises dispose-t-on pour favoriser une meilleure évolution, au niveau des efficacies intellectuelles, de l'adaptation sociale et des relations inter-personnelles, mais aussi, bien entendu, à celui de l'organisation psychique elle-même, qui commande tout cela ?

Très schématiquement, les cas en cause peuvent être décrits sous quelques grandes rubriques :

- les cas d'autisme infantile précoce,
- les psychoses infantiles déficitaires,
- les dysharmonies d'évolution de structure psychotique,
- les dysharmonies d'évolution de structure névrotique,
- les déficiences mentales relativement "simples" et "homogènes".

Ces distinctions, qui combinent au plan théorico-clinique des critères d'ordre structural et d'ordre génétique, ne correspondent évidemment pas à des catégories nosographiques bien tranchées. Il s'agit plutôt de modèles psychopathologiques qui guident l'approche clinique (MISES, 1975 ; PERRON, 1976) au niveau des démarches du diagnostic et à celui du choix et de l'évaluation du mode de prise en charge. Beaucoup d'enfants qui apparaissent lors du premier repérage comme des cas de psychose déficitaire caractérisée évoluent ensuite vers une relative névrotisation ; le noyau psychotique sous-jacent peut subsister, mais plus ou moins masqué au prix de véritables clivages. C'est le cas de beaucoup de dysharmonies d'évolution (MISES, 1977). De celles où la structure psychotique reste bien marquée à celles qui se signalent par une névrotisation mieux réussie, autorisant une reprise évolutive, un meilleur fonctionnement intellectuel et une meilleure adaptation, tous les cas intermédiaires peuvent se rencontrer. Nos travaux antérieurs ont conduit à définir et utiliser pour décrire ces évolutions un certain nombre de concepts-clé. C'est le cas de la notion de "cicatrisation de la psychose", pour décrire les processus d'enkystement du noyau psychotique sous des super-structures névrotiques qui, souvent, s'avèrent à la fois rigides et fragiles, fonctionnelles en milieu protégé mais vite rompues lorsque le sujet retourne au monde extérieur. C'est le cas encore de la notion de "débilisation", pour décrire l'abrasement pulsionnel et fantasmatique, le nivellement des efficacités intellectuelles à leur niveau minimum commun, etc...

Sur l'un de ses versants, notre travail vise à réévaluer ces notions par une étude du devenir des cas pris en charge à la Fondation Vallée. Sur l'autre versant, corrélativement, notre enquête porte sur les modes de repérages, les filières, les modes de prise en charge et leur efficacité, tout ceci constituant les cadres dans lesquels la psychopathologie que nous étudions se

concrétise, se développe, et éventuellement se réduit. On est ici conduit à moins mettre l'accent que dans la première partie de cet ouvrage sur les déterminants d'ordre sociologique et psycho-sociologique. Il importe bien entendu de situer les conditions de vie, le niveau socio-économique et culturel de la famille, etc... ; mais quelle que soit l'importance de ce cadrage, les facteurs de ce niveau ne peuvent rendre compte des évolutions déficitaires prises dans le cadre de troubles psychopathologiques graves. L'analyse porte plus utilement sur les relations intra-familiales, les positions parentales, les relations au sein du couple, les fantasmes parentaux, etc... et sur les processus intra-psychiques qui engagent l'évolution déficitaire et lui impriment son cours particulier (achoppements de l'individuation, angoisses liées à des fantasmes archaïques non réduits, prévalence des processus primaires, modalités de la névrotisation et du jeu identificatoire, etc...). Les modes de prise en charge et la réévaluation de leur efficacité dépendent très directement de phénomènes à situer à ces divers niveaux.



**CHAPITRE XII**  
**ENQUETE SUR LA POPULATION DES ENFANTS ET ADOLESCENTS**  
**PRIS EN CHARGE A LA FONDATION VALLEE**

**A - METHODOLOGIE**

1 - Le processus de mise au point de la fiche d'observation

Sur la base des principes énoncés dans le chapitre précédent, on a construit une "fiche d'observation" destinée à collecter, résumer et mettre en ordre, selon un plan type, les informations disponibles sur chaque enfant. Les dossiers individuels en usage dans l'institution prennent souvent, au bout de quelques années, un volume considérable, qui rend leur exploitation difficile pour une enquête comme celle qui nous propositions. Beaucoup de documents (documents administratifs, correspondance, notes cursives peu interprétables après un certain délai, etc...) y apparaissent d'un intérêt secondaire. Il est donc apparu indispensable de soumettre chaque dossier à un patient travail de tri destiné à en retenir l'essentiel sous quelques rubriques majeures. Certaines de ces rubriques ont dû synthétiser des renseignements d'origines variées : ainsi, la rubrique "langage" a été souvent alimentée par des observations fournies par le médecin responsable du service, par le psychologue, l'orthophoniste, l'institutrice, etc... Nombreuses sont apparues les inévitables lacunes, et parfois les contradictions sur des renseignements factuels. On a tenté de les réduire, dans toute la mesure du possible, en interrogeant de vive voix les personnes concernées. Enfin il est apparu nécessaire de distinguer, pour certains types de renseignements, les moments successifs de l'observation (exemples : diagnostic initial puis révisions ultérieures de ce diagnostic ; évolution du langage au cours de la prise en charge, etc...). Après une période de mise au point de plusieurs mois où nous avons procédé par essais et erreurs, nous sommes parvenus à la fiche d'observation dont nous donnons le modèle ci-après. Elle a été remplie pour la quasi totalité des enfants et adolescents pris en charge dans les différents services de la Fondation Vallée, soit 175 cas :

- 23 cas au centre d'observation
- 30 cas à l'hôpital de jour
- 11 cas à l'infirmerie (cas les plus gravement déficitaires)

- 38 cas dans le pavillon des petits
- 32 cas dans le pavillon des moyens
- 41 cas dans le pavillon des adolescents.

Deux à trois heures de travail ont été nécessaires en moyenne pour passer des données brutes du dossier individuel à leur mise en ordre dans la fiche d'observation, et pour compléter les lacunes. Cette transcription a donc à elle seule nécessité plusieurs centaines d'heures de travail, accomplies avec beaucoup de compétence et d'intérêt par les équipes soignantes (1).

## 2 - La fiche d'observation

Voici le modèle de la fiche d'observation utilisée ; nous la citerons telle qu'elle a été remplie dans l'un de nos 175 cas.

---

(1) En particulier les internes et stagiaires internés, sous la caution du médecin responsable du service. Le collationnement des fiches, impliquant une présence très continue, a été assuré par Madame Janine INGOGLIA, artisan principal de cette enquête ; elle en a ensuite réalisé le dépouillement, qui a nécessité de nombreuses heures de travail. Si nous soulignons ces détails pratiques, c'est pour rappeler qu'en dépit de son apparente simplicité, une telle enquête ne peut être réalisée sans des moyens importants en personnel ; c'est ce qui explique sans doute la relative rareté de ce type de travaux.

N° de classement : 165

Fiche rédigée le : 21/07/81 par : L.

FICHE D'OBSERVATION

---

(1) Nom : W Prénom : Ch.

Date de naissance : 2/6/71

Date d'entrée à la Fondation Vallée : 1/3/78

Age à l'entrée : 6 ans 1/2

Contexte socio-familial : parents, fratrie, mode de vie, etc...

- Mère très fragile, immature, sans repères.
- Père : instabilité professionnelle, absence de repères++.  
Alcoolisme, Déprimé, violent et impulsif (?). Enurésie jusqu'au mariage.
- Désaccords constants dans le ménage avec passages à l'acte de l'un ou l'autre. Milieu social modeste.
- 2 frères : David (1969) l'aîné  
Pascal (1973) cadet : asthmatique. Christophe en est jaloux.

Pavillons : (noter les dates d'entrée dans chacun des pavillons où l'enfant a été pris en charge jusqu'au moment présent)

**Pavillon B dès l'entrée**

(éventuellement) Date de sortie de la F.V. :

Lieu d'accueil lors de cette sortie :

(2) Filières suivies avant l'entrée à la Fondation Vallée

Lieux, modes et dates de dépistage      Symptômes et éléments de  
(P.M.I., médecin de famille, école,      diagnostic dégagés  
C.M.P.P., dispensaire, etc.

- Prématuré (8 mois) ictère néo-natal (couveuse et exsanguinotransfusion).
- Elevé jusqu'à 20 mois par les grands-parents paternels.

- . novembre 1976 : Centre Médico-psychologique de Villejuif (Dr. S.) : adressé par l'école maternelle pour troubles du langage et du comportement (une consultation sans suite).
- . décembre 1977 : Centre Médico-psychologique de Villejuif (Dr. S.) : l'école (C.P.) contraint les parents à une nouvelle consultation : agitation et refus d'acquisitions scolaires. Diagnostic :
  - dysharmonie évolutive de type prégénital
  - intrication des pulsions partielles
  - traits abandonniques
  - énurésie, encoprésie
  - carence des repères spatio-temporels et corporels
  - retard du langage.
- . janvier 1978 : adressé à la Fondation Vallée par le Centre Médico-psychologique de Villejuif (Dr. S.).

(3) Eléments de diagnostic à l'entrée  
Dysharmonie évolutive à préciser

Révision ultérieures du diagnostic

**Dysharmonie évolutive avec immaturité psycho-affective et position régressive.**

(4) Bilan clinique n° 1

Bilan en date du : **juin 1978**

âge : **7 ans**

A - Eléments tirés des observations

1. Manifestations pathologiques dominantes :

- **carence totale des repères spatio-temporels. Pas de limites.**
- **Enurésie et encoprésie diurne (pas d'encoprésie nocturne).**
- **Régression importante, avec retrait, isolement, dépression, opposition.**
- **Manifeste des affects (aime se faire câliner).**

2. Autonomie pratique dans les conduites de la vie quotidienne, dépendance/indépendance vis-à-vis des adultes.

**Peu autonomes du fait de son manque total de repères (se perd dans la Fondation Vallée). Ne retrouve pas son lit, sa place à table..)**

3. Adaptation générale, insertion dans la maison  
**Pas très bien accepté dans le groupe. "Paumé".**  
**A un peu déçu l'équipe par rapport aux possibilités présumées.**
  
4. Langage  
**Assez bon : a fait illusion au début, laissant entrevoir des capacités qu'il n'a pu exprimer.**  
**Dysarthrie. Dit "Je".**
  
5. Types de relations (agressivité, etc...)
  - avec les autres enfants  
**Souvent seul. Peu accepté par les autres enfants.**  
**Pas de notion d'agressivité.**
  - avec les adultes  
**Sait se faire câliner**

(4 bis) Bilan clinique n° 2

Bilan en date du : **juin 1981**

âge : **10 ans**

A - Eléments tirés des observations

1. Manifestations pathologiques dominantes
  - **Se repère nettement mieux dans le temps et l'espace mais ces repères ne sont pas encore totalement acquis.**
  - **L'encoprésie a plus ou moins disparu après avoir un temps dominé le tableau.**
  - **Périodes régressives parfois, avec dépression.**
  - **Suggestibilité importante. Plasticité de la personnalité.**
  
2. Autonomie pratique dans les conduites de la vie quotidienne, dépendance/indépendance vis-à-vis des adultes.  
**Plus autonome (s'habille seul ; bien repéré pour les repas...).**
  
3. Adaptation générale, insertion dans la maison.  
**Bien intégré maintenant dans le groupe où il garde cependant une place à mi-chemin entre grands et petits.**

#### 4. Langage

**Bon mais reste un peu pauvre.**

#### 5. Types de relations (agressivité, etc...)

- avec les autres enfants :

**Participe en suivant les autres enfants. Est mis dans des positions parfois difficiles du fait de sa suggestibilité.**

- avec les adultes :

**Aime se faire câliner et reprendre une position infantile par moments.**

**Aime la relation privilégiée avec les adultes mais ne la recherche pas systématiquement.**

#### B - Eléments tirés des examens psychologiques : WISC, EDEI, etc...

(date, résultats)

**EDEI (1978) (7 ans) Q.D. moyen 63 (verbal 57, non verbal 70)**

**Bonne et rapide adaptation, sans manifestation d'anxiété. Mieux repéré dans ce cadre que dans la vie courante. S'intéresse, pose des questions, peut fixer son attention si on le soutient.**

**Efficiences intellectuelles meilleures que ce qui pouvait être attendu par rapport à son comportement très désorganisé et régressif, dans le groupe.**

**Octobre 1982 : EDEI : Q.D. moyen 64 (verbal 56, non verbal 65).**

#### C - Actions entreprises

1. Actions individuelles : rééducations, psychothérapie, etc...

Noter la date de début, éventuellement la date d'arrêt, le nom de la personne responsable et toutes observations utiles (motifs de cette action, évolution, résultat, etc...)

2. Action auprès de la famille (son évolution, ses modalités)

**Famille très désorganisée, vue épisodiquement par Mme B. ; notamment la mère vient parfois lorsque le couple va mal.**

**Un travail suivi ne peut être entrepris.**

**C'est le frère aîné qui vient pendant une longue période chercher Ch. le week-end.**

3. Scolarisation : jardin d'enfants, scolarisation sur place, extérieure, etc...

- 1978 : va à l'école à mi-temps. Un essai de temps plein est un échec. Au début, énormément de mal à se repérer et déçoit l'institutrice qui l'avait dans sa classe.
- 1979 : change de maîtresse. Semble un peu plus investir la classe mais n'y est qu'à mi-temps. Peu d'acquisitions scolaires.

(5) Autres observations et avis de la personne qui a élaboré cette fiche.  
Le travail a surtout porté sur la mise en place de repères spatiaux, temporels, identificatoires qui ne sont que très partiellement acquis. Enfant qui reste très dysharmonique et fragile ; périodes de régression intense avec retour à des mécanismes de défense très archaïques.

=====

### 3 - Dépouillement de l'enquête

Notre but était au premier chef de réaliser une étude descriptive de la population en cause, en ce qui concerne le contexte sociologique de la famille, la structure, les filières suivies avant la prise en charge par l'institution, les éléments de diagnostic à l'entrée, les interventions thérapeutiques et éducatives, etc... Pour évaluer ces différents aspects sur l'ensemble de l'échantillon, nous avons dû procéder par grandes masses, et d'abord tout simplement en évaluant la fréquence d'apparition de telle ou telle caractéristique. Ceci a rendu nécessaire le recours à une démarche de type "analyse de contenu". Les rubriques de la fiche d'observation sont en effet largement définies : contexte socio-familial, diagnostic à l'entrée, état du langage, etc... Il était nécessaire de commencer par déterminer empiriquement les principales éventualités observables sous chaque rubrique. Ceci a été fait par l'analyse des 100 premières fiches d'observation. En examinant sur ce matériel une rubrique donnée, on a pu distinguer les éventualités les plus fréquemment mentionnées. Par exemple, sous la rubrique "manifestations pathologiques dominantes lors du premier bilan clinique", on a pu distinguer : agressivité ; repli sur soi ; angoisse ; instabilité, etc...,

soit au total 11 éventualités. C'est sur cette liste de 11 types de "manifestations pathologiques dominantes" qu'on été comptées les fréquences d'occurrence au sein de l'échantillon total.

Une telle démarche est évidemment appauvrissante au regard des exigences de la clinique. On notera que cet appauvrissement joue à trois moments successifs : lors de la transcription du dossier complet vers la fiche d'observation individuelle ; lors de l'analyse de contenu ; et enfin au moment des comptages de fréquences. Il faut cependant signaler que, sous d'autres modes d'exploitation, les fiches d'observation gardent bien plus de richesse. Au plan de la pratique clinique quotidienne dans la vie des services, il s'est avéré qu'elles constituent un aide-mémoire fort utile, dont la consultation est beaucoup plus aisée et rapide que celle du dossier complet. Au plan de la recherche, elles sont un instrument irremplaçable, et d'une grande valeur potentielle : nous en donnerons des exemples dans le chapitre suivant.

Nous nous bornerons donc ici à un premier niveau d'analyse ; mais on verra que les conclusions que l'on peut tirer de cette sorte de "photographie" de l'institution ne sont pas dénuées d'intérêt.

## **B - ETUDE DESCRIPTIVE DE L'ECHANTILLON**

### **1 - La famille et son contexte social**

Lorsqu'on explore les dossiers en cause sous cet angle, on est frappé de voir que, beaucoup plus souvent qu'on ne s'y serait attendu, le père en est absent, ou n'est évoqué qu'en termes très vagues. Nous avons conduit une enquête systématique dans chacun de ces cas. 46 enfants apparaissent alors de père inconnu, ou disparu dès la naissance, ou décédé avant la prise en charge de l'enfant par l'institution. Ceci représente plus d'un quart de l'échantillon, proportion évidemment considérable. De même, 12 enfants ont été abandonnés par leur mère dès la naissance, ou celle-ci est décédée avant la prise en charge de l'enfant. Il arrive que, en dépit de nos efforts, les données restent floues (parents supposés exister, mais que l'institution n'a jamais pu rencontrer, l'enfant étant confié à d'autres soins depuis longtemps). Les analyses qui suivent portent donc, selon le cas, sur les 129 enfants dont le père est "clairement identifiable" ou sur les 168 dont la mère est, de même, "clairement identifiable".



**Origines nationales.** Sur Tes 175 cas,

- 121 (70 %) appartiennent à des familles françaises métropolitaines ;
- 9 (5 %) appartiennent à des familles venues de la France d'outre-mer (Antilles, Réunion) ;
- 21 (12 %) appartiennent à des familles originaires du Maghreb ;
- 14 (8 %) appartiennent à des familles italiennes, espagnoles ou portugaises ;
- 6 (3 %) appartiennent à des familles originaires de divers pays d'Europe ;
- 4 (2 %) appartiennent à des familles originaires d'Afrique ou d'Asie du Sud-Est.

Il convient de noter que la proportion des familles immigrées est probablement ici quelque peu sous-estimée : en quelques cas, les renseignements sont à cet égard incertains, ce qui assimile de fait l'enfant à ceux pour quoi rien n'est signalé à ce propos, c'est-à-dire aux enfants de familles françaises métropolitaines.

**Niveau socio-professionnel des parents**

Les renseignements disponibles sont souvent assez imprécis, comme il est banal sur un échantillon où l'attention n'a pas été centrée d'emblée sur ce point. Les renseignements manquent totalement pour 25 des 129 pères "clairement identifiables" et pour une majorité de mères "clairement identifiables" (96 sur 163). Il s'agit sans doute pour une part de lacune dans la prise de renseignements ; mais plusieurs autres facteurs peuvent être évoqués : absence de travail professionnel (c'est probablement le cas pour la majorité des mères), travail mal défini, aléatoire, épisodique, etc...

La classification des cas connus fait apparaître les proportions suivantes :

Niveau socio-professionnel	Père	Mère	Enquête P.M.I. (2000 cas)	Données pour le Val de Marne (INSEE)
1 - Manoeuvres, personnel de service, "niveau socio-professionnel très faible"	33 (32 %)	38 (57 %)	12 %	12 %
2 - Employés de bureau, ouvriers spécialisés	41 (40 %)	20 (30 %)	46 %	33 %
3 - Ouvriers qualifiés, artisans, emplois commerciaux, etc...	19 (19 %)	2 (3 %)	33 %	15 %
4 - Cadres moyens, techniciens enseignants, etc...	7 (7 %)	5 (7 %)	9 %	17 %
5 - Professions libérales	2 (2 %)	2 (3 %)	1 %	9 %
	102 (100 %)	67 (100 %)		

Les deux dernières colonnes de ce tableau permettent une comparaison avec les proportions que nous avons établies par ailleurs, dans le cadre de notre enquête sur une population de consultants de la Protection Maternelle et Infantile dans trois communes du Val de Marne, et avec les proportions pour l'ensemble du département lors du recensement de 1975 (données INSEE). Ces comparaisons ne peuvent être qu'approximatives, en particulier du fait que les cas pris en charge à la Fondation Vallée ne proviennent pas de ce seul département. Cependant, il apparaît nettement que ces cas sont en grande proportion issus de familles socialement défavorisées. 72 % des pères, 87 % des mères qui travaillent sont classés aux deux niveaux inférieurs, contre 58 % et 45 % dans les deux enquêtes citées en référence. Il ne fait aucun doute en effet que les "cas sociaux" sont assez nombreux parmi les enfants pris en charge par l'institution, sans préjudice de la psychopathologie qui en reste toujours le motif principal.

## Structure de la famille

Ceci est confirmé par d'autres données. Il apparaît en effet que 60 enfants (34 %) appartiennent à une famille dissociée (parents divorcés ou séparés ; dans 7 de ces cas, la mère est célibataire). Dans 54 autres cas, les parents sont mariés ou vivent maritalement, mais la dynamique familiale est signalée comme "inquiétante" (conflits conjugaux graves et anciens, psychopathologie parentale, etc...). Dans 21 autres cas encore, il y a décès des parents (15 décès de la mère, 5 décès du père, 1 décès des deux parents). Ces trois types de cas totalisent donc 135 enfants, soit 77 % de notre échantillon. La proportion est évidemment énorme. Dans les 40 cas restants, on ne trouve aucune indication sur le climat familial ; il est cependant permis de penser qu'il n'est pas toujours excellent : rares en effet sont les cas où un "bon climat familial" est explicitement signalé.

L'état psychiatrique de certains parents est préoccupant. On trouve à cet égard 36 mentions concernant le père (sur 129, soit 28 % des pères connus) et 51 concernant la mère (sur 163, soit 31 % des mères connues) : ainsi, près d'un parent sur trois est dit présenter des troubles psychiatriques caractérisés (qui ont conduit à une hospitalisation psychiatrique dans au moins 8 cas). La distribution par types de troubles ne peut être donnée qu'à titre indicatif, du fait du caractère assez vague des renseignements pertinents. on trouve toutefois

	Père	Mère
Ethylisme grave	21	10
Schizophrénie, psychose	1	11
Dépression, hystérie, phobies	1	7
Débilité mentale	1	5
Structure paranoïaque	4	2
Psychopathie	3	1
Tentative (s) de suicide	1	2

Les troubles liés à un alcoolisme grave dominant donc massivement, surtout chez les hommes (où ils représentent les 2/3 des mentions : nous n'avons pas retenu les buveurs habituels dans leur totalité mais seulement les sujets présentant des troubles caractérisés, assez graves pour avoir fait l'objet de mentions explicites). Les "personnalités pathologiques" sont par ailleurs nombreuses, mais leur prise en compte exigerait un travail beaucoup plus fin qui est effectué dans la prise en charge individualisée mais qu'il est impossible de réaliser dans le cadre de la présente enquête.

Pour 151 des 175 cas, on dispose de renseignements sur l'étendue de la fratrie et le rang de l'enfant parmi ses frères et soeurs. L'étendue moyenne est de 2,77 enfants, égale à celle de notre échantillon P.M.I. (voir chapitre V). L'analyse de données montre cependant que les enfants uniques sont ici nombreux (17 %) et que, dans les autres cas, c'est moins souvent l'aîné qui se trouve pris en charge à la Fondation Vallée.

Dans l'ensemble, il apparaît donc que ces enfants ont souvent connu, avant la prise en charge, des conditions d'environnement très défavorables : faible niveau socio-professionnel et économique de la famille, structure familiale très perturbée, et surtout psychopathologie parentale caractérisée sont les aspects les plus notables. Une enquête plus complète devrait évidemment préciser ces renseignements, en particulier en ce qui concerne les conditions de logement, l'utilisation des loisirs, etc... ; mais aussi en ce qui concerne la place de l'enfant dans la famille (naissance désirée ou non, vécu de la grossesse et de l'accouchement, dynamique familiale, etc...). Ces données n'ont pu être collectées systématiquement dans le cadre de la présente enquête ; cependant, on en retrouvera certains aspects dans ce qui suit, sous d'autres rubriques.

## 2 - Les filières suivies avant la prise en charge

43 enfants (25 %) ont été pris en charge par la Fondation Vallée entre 2 et 6 ans ; 100 (57 %) y sont entrés entre 6 et 12 ans, et 32 (18 %) entre 12 et 16 ans. Quel est le cursus antérieur de ces enfants ? On notera d'abord que 36 d'entre eux (1 sur 5) ont été hospitalisés au moins une fois avant l'âge de 3 ans. Les renseignements manquent souvent sur les causes de ces hospitalisations précoces, leur durée, les réactions de l'enfant et de la famille,

etc... On remarquera cependant que dans 15 de ces 36 cas (9 % du total) il s'agit d'hospitalisations qui suivent immédiatement la naissance pour prématurité, souffrance néo-natale, insuffisance staturo-pondérale, etc...

Les lieux du premier dépistage peuvent être divisés en deux groupes :

1°) les filières scolaire sont mentionnées 66 fois :

- école maternelle (22 cas),
- école primaire (21 cas),
- G.A.P.P., psychologue scolaire, médecin scolaire (14 cas),
- classe de réadaptation (5 cas),
- classe de perfectionnement (4 cas).

2°) Les filières médicales et médico-psychologiques sont mentionnées beaucoup plus souvent, c'est-à-dire 215 fois :

- dispensaires, consultations et services spécialisés divers (95 cas),
- pédiatres (37 cas : 7 cas en P.M.I., 19 cas en services hospitaliers, 11 cas en pratique privée),
- C.M.P.P. (44 cas),
- établissements spécialisés (I.M.P., E.M.P., placement familial, etc : 39 cas).

Au total, on trouve donc 281 institutions citées en référence pour 175 cas : ceci s'explique par le fait que certains enfants ont suivi, avant l'entrée à la Fondation Vallée, un parcours assez complexe. Si l'on désigne par le terme de "relais" une étape de ce parcours, on trouve :

- 1 relais dans 36 cas,
- 2 relais dans 86 cas,
- 3 relais dans 24 cas,
- 4 relais dans 10 cas,
- et plus de 4 relais dans 8 cas.

### Symptômes signalés lors de ces interventions antérieures

7 types de symptômes sont fréquemment signalés ; les troubles du langage sont les plus fréquents (54 mentions). Les troubles du comportement sont également souvent cités (47 fois) ; suivent l'agressivité (32), l'énurésie et l'encoprésie (16), l'angoisse (12), les états dépressifs (8). On remarque que la déficience intellectuelle est moins souvent citée qu'on pouvait s'y

attendre. En fait, elle est souvent tenue pour une évidence et impliquée par les références au retard psychomoteur, aux troubles et retards du langage, etc... On note l'importance par ailleurs des troubles comportementaux, de l'agressivité et de l'angoisse, souvent donnés comme éléments majeurs d'une indication de prise en charge à temps complet dans une institution spécialisée.

### 3 - Les diagnostics

#### 3.1. Les diagnostics à l'entrée

Nous les avons reclassés en 7 catégories :

- 1) Autisme infantile précoce : 8 cas (5 %),
- 2) Psychoses infantiles : 50 cas (28 %),
- 3) Dysharmonies évolutives de structure psychotique : 43 cas (25 %),
- 4) Pré-psychoses, cas limites : 3 (2 %),
- 5) Dysharmonies évolutives à versant névrotique prévalent : 12 cas (6 %),
- 6) Dysharmonies évolutives, sans autre précision : 24 cas (14 %),
- 7) Descriptions symptomatiques diverses : 35 cas (20 %).

Ces proportions ne peuvent être qu'approximatives. On sait les difficultés du diagnostic structural, et l'hésitation du clinicien à fixer certains cas par une étiquette nosographique. Ceci explique en particulier la fréquence de la dernière rubrique, "descriptions symptomatiques" : il s'agit alors en général d'une formulation prudente, lors de la première consultation ou peu après l'entrée de l'enfant dans l'institution, et dans l'attente d'une observation plus complète. Cette réserve s'accroît de certaines résistances institutionnelles : certains hésitent à fournir un diagnostic qui risquerait de figer leur action dans les présupposés d'une classification nosographique. Le diagnostic structural est cependant, dans l'ensemble, ressenti comme une nécessité : il est formulé en tant que tel, au moment de l'entrée, pour 80 % des enfants. Il peut rester assez vague, comme dans le cas des "dysharmonies évolutives" de structure non précisée : on reste là assez proche en fait d'une description symptomatique. Il peut être beaucoup plus précis, comme dans le cas de l'autisme infantile précoce. On remarque que les quatre premières catégories, qui embrassent les psychoses infantiles très largement définies, totalisent 60 % des cas ; ceci reflète la politique de recrutement de l'institution, et son image auprès des personnes et des organismes qui lui envoient des cas, mais aussi peut-être des biais théorico-cliniques dont il

est difficile de préciser la nature et l'ampleur. Que ces biais jouent n'a rien d'illégitime : si la présente enquête fait apparaître au total 45 % de dysharmonie évolutives, on n'aurait certainement pas atteint cette proportion il y a dix ou quinze ans : il s'agit en effet d'un éventail d'entités nosographiques dont le repérage clinique s'est beaucoup affiné dans la dernière décennie. Ici encore, on peut remarquer que la référence au déficit intellectuel n'apparaît guère en tant que telle : c'est simplement qu'elle est omniprésente dans cette population.

### Durée de la prise en charge à la Fondation Vallée

On a décompté les cas en distinguant le centre d'observation où les séjours sont en principe de durée limitée, l'hôpital de jour où ils peuvent durer plus longtemps, et les services de prise en charge à temps complet où cette durée n'est, en principe, pas limitée. Voici, pour des tranches successives d'un an, le nombre d'enfants présents dans l'institution au moment de l'enquête depuis moins d'un an, depuis un à deux ans, etc...

Durée du séjour	Services de prise en charge à temps complet	Centre d'observation	Hopital de jour
moins d'un an	5	2	-
1 à 2ans	14	10	5
2 à 3 ans	8	8	5
3 à 4 ans	22	0	7
4 à 5 ans	16	2	4
5 à 6 ans	14	0	5
6 à 7 ans	11	0	3
7 à 8 ans	7	1	1
8 à 9 ans	8	-	-
9 à 10 ans	4	-	-
10 à 11 ans	2	-	-
11 à 12 ans	5	-	-
12 à 13 ans	2	-	-
13 à 14 ans	3	-	-
14 à 15 ans	1	-	-
n	122	23	30
médian	4 ans 1/2	2 ans	3 ans
moyenne	5 ans 5 mois	2 ans 3 mois	3 ans 10 mois

Ces proportions sont conformes aux prévisions. On voit que certaines prises en charge à temps complet peuvent durer fort longtemps, jusqu'à couvrir en certains cas l'essentiel de l'enfance et de l'adolescence. Ceci reflète la gravité des pathologies en cause, mais aussi, pour une part, l'impossibilité de réinsérer certains enfants dans un lieu familial ou d'accueil suffisamment tolérant et rééquilibrant.

### 3.2. Révisions du diagnostic au cours de la prise en charge à la Fondation Vallée

On trouve une modification explicite du diagnostic initial dans 70 cas. Selon toute apparence, les 105 autres cas concernent :

- soit des enfants pour lesquels l'équipe soignante ne voit aucune raison de modifier le diagnostic structural à l'entrée (ce qui n'exclut pas, bien entendu, des évolutions notées sous d'autres rubriques) ;
- soit des enfants pour lesquels elle préfère attendre une plus longue observation pour se prononcer à cet égard, même si une reformulation apparaît envisageable.

Les modifications du diagnostic initial vont en général vers plus de précision. Ainsi, 21 cas finalement caractérisés comme "psychoses infantiles" avaient d'abord été qualifiés de "dysharmonies d'évolution de structure psychotique" : ceci confirme que le terme est souvent utilisé au titre de diagnostic d'attente. Dans les autres cas d'abord qualifiés de "dysharmonies d'évolution", on note en général une bonne névrotisation.

Il est intéressant de rechercher le devenir, à cet égard, des 35 cas pour lesquels l'équipe s'était initialement bornée à une description symptomatique. Il est notable que la moitié (17 cas) continue à ne donner lieu, plusieurs mois ou plusieurs années après, à aucune caractérisation nosographique nette. Ce sont de toute évidence des cas difficilement classables, à la psychopathologie complexe, fluctuante, mineure, etc..., et pour lesquels l'équipe verrait beaucoup plus d'inconvénients que d'avantages à une classification redoutée réductrice. Les 18 autres cas, initialement non classés, sont en un second temps caractérisés comme :

- psychose infantile (6 fois),
- dysharmonie évolutive grave (5 fois),



- névrotisation en cours (3 fois),
- déficience mentale d'origine organique (2 fois),
- dysharmonie évolutive "avec faux self" (1 fois),
- modification de la description symptomatique (1 fois).

Parallèlement à cet effort de diagnostic structural, les équipes fournissent de nombreux éléments de caractérisation psychopathologique plus proches de l'observation quotidienne. Leur extrême diversité nous a imposé un regroupement, qu'on peut espérer relativement exempt d'arbitraire, en 11 types de manifestations pathologiques dominantes chez l'enfant ou l'adolescent en cause. Ce sont, par ordre de fréquence décroissante :

- les conduites agressives, exprimant une très forte agressivité sous-jacente (75 cas),
- le repli sur soi (55 cas),
- une angoisse très importante (53 cas),
- une instabilité qui rend l'enfant particulièrement difficile dans la vie quotidienne et a fortiori en classe (44 cas),
- un déficit intellectuel très marqué (28 cas), les cas de déficit moins handicapant, qui paraissent banaux au sein de l'institution, n'étant pas mentionnés,
- des stéréotypies à valeur de défense psychotique (27 cas),
- l'énurésie et/ou l'encoprésie (26 cas),
- des troubles du langage importants (25 cas),
- des éléments dépressifs marqués (21 cas),
- des troubles psychomoteurs (14 cas),
- des troubles de la structuration temporo-spatiale (13 cas).

Dans sa sécheresse, cette énumération donne un assez bon tableau des manifestations psychopathologiques observables au sein de cette population, et qui frappent tout visiteur de l'institution.

Les troubles du langage ont fait l'objet d'une analyse plus détaillée. La pauvreté du vocabulaire est la caractéristique la plus souvent citée (70 fois). Les troubles de l'articulation (37 fois), et les troubles de la structure syntaxique (19 fois) viennent ensuite, cités surtout chez les enfants plus jeunes. Le mutisme est cité 19 fois ; il convient de distinguer alors l'absence totale ou quasi-totale du langage (15 cas) et l'attitude

mutique, relevant de troubles bien différents (5 cas). A l'inverse, la logorrhée est mentionnée 4 fois. Des troubles évidemment pris dans la série psychotique sont également mentionnés : bizarreries, néologismes (5 cas), soliloques (6 cas), écholalie (6 cas). Enfin, on trouve dans 21 autres dossiers des mentions concernant des troubles du langage très divers.

Tout ceci concerne le premier bilan, établi au début du séjour dans l'institution. Les bilans ultérieurs font très généralement état de progrès sous des formes et dans des proportions étroitement liées, d'une part à la psychopathologie de l'enfant, d'autre part, à son accessibilité aux efforts thérapeutiques et éducatifs ; on ne pourrait en rendre compte qu'au prix d'une étude toute particulière, qui se situerait au-delà du champ de la présente enquête.

#### 4 - L'adaptation à la vie institutionnelle

On peut énoncer les mêmes réserves quant à l'adaptation à la vie quotidienne dans l'institution. Les réactions à l'entrée sont extrêmement variées : angoisse, choc, soulagement et expansion, accrochage intense à une personne particulière, indifférence, repli sur soi et mutisme, etc... On a tenté cependant d'évaluer les modalités adaptatives sous trois rubriques générales.

4.1. L'autonomie pratique dans les conduites de la vie quotidienne :  
pour les repas, la toilette, la maîtrise sphinctérienne, la tenue en ordre des possessions personnelles, la délimitation suffisamment souple d'un espace de vie personnel, etc... Tout ceci peut s'exprimer en termes de dépendance-indépendance vis-à-vis de l'adulte, c'est-à-dire s'évaluer en fonction du degré d'assistance nécessaire dans ces conduites élémentaires. Il n'est pas possible de tenter ici une évaluation d'ensemble du degré d'autonomie pratique sans prendre en compte l'âge de l'enfant ; c'est pourquoi nous avons distingué deux cas, selon que l'enfant a moins de 10 ans ou plus de 10 ans. Sur les 100 enfants de moins de 10 ans, la fiche d'observation permet d'évaluer l'autonomie pratique dans 74 cas ; sur les 75 enfants et adolescents de plus de 10 ans, cette évaluation est possible dans 46 cas. Ces proportions, il convient de le noter, sont faibles ; en fait, les équipes ont souvent hésité à se prononcer à cet égard, reculant devant la formulation trop lapidaire d'un problème complexe. On peut néanmoins donner le tableau suivant :

Autonomie-dépendance	Petits (moins de 10 ans) 100 cas	Grands (plus de 10 ans) 75 cas
1 - Autonome dans les conduites de la vie quotidienne	24 (32 %)	30 (66 %)
2 - Assez autonome, mais nécessité de la présence de l'adulte	13 (18 %)	10 (22 %)
3 - Pas du tout autonome, a constamment besoin de l'adulte	24 (32 %)	6 (12 %)
4 - Enurésie, encoprésie	13 (18 %)	0
	74 (100 %)	46 (100 %)

Chez les petits, un enfant sur cinq est énurétique et/ou encoprétique ; ceci disparaît totalement chez les grands. Parallèlement, ce tableau témoigne d'un très net accès à l'autonomie pratique en fonction de l'âge ; effet, dans des proportions bien difficiles à distinguer, de la cure institutionnelle et de l'âge lui-même. Une étude plus fine devrait évidemment distinguer en fonction des types de troubles, mais également considérer d'autres types d'autonomie : en classe (tenue du matériel scolaire, autonomie dans la conduite du travail personnel, etc...), dans le groupe de vie (participation au travail ménager, aide apportée aux plus handicapés, etc...), hors de l'institution (autonomie de déplacement, aménagement des loisirs, utilisation de l'argent, etc...).

#### 4.2. Relations avec les autres enfants :

Si complexes qu' soient les notations à cet égard, on a pu distinguer cinq rubriques principales. Ici encore, il apparaît nécessaire de séparer les cas en deux groupes d'âges. On obtient alors le tableau suivant :

Relations avec les camarades	Petits (moins de 10 ans) 100 cas	Grands (plus de 10 ans) 75 cas
1 - Agressivité	36 (35 %)	24 (32 %)
2 - Isolement, pas de relations ou relations superficielles	38 (36 %)	13 (18 %)
3 - Rivalité - jalousie	9 (9 %)	7 (9 %)
4 - Position de leader	2 (2 %)	7 (9 %)
5 - Assez bonnes relations	5 (5 %)	5 (6 %)
6 - Autres types de relations	14 (13 %)	19 (26 %)
	104 (100 %)	75 (100 %)

Ces notations ne sont pas exclusives, c'est-à-dire qu'un même enfant peut figurer sous plusieurs rubriques (par exemple, être signalé pour tout à la fois son agressivité, sa position de leader, et ses conduites de rivalité-jalousie).

L'agressivité est la modalité relationnelle la plus fréquemment mentionnée, ce qui rejoint le constat déjà ouvert sous la rubrique des manifestations pathologiques dominantes ; il est notable que la proportion ne se modifie guère chez les plus grands. Par contre, l'isolement, très fréquent chez les plus petits, devient plus rare chez les plus grands ; il est permis de penser que les cas où la cure institutionnelle permet à l'enfant de sortir de l'isolement dans lequel il était d'abord enfermé évoluent vers le désenclavement de conduites agressives et/ou d'autres types de conduites dont la proportion double chez les plus grands. Cette dernière rubrique demanderait certes à être affinée. Il serait en particulier intéressant de rechercher si l'enfant noue plus volontiers des relations - quelle qu'en soit la nature - avec des garçons ou des filles, des plus grands ou des plus petits, d'analyser la recherche du "copain-miroir" avec qui s'instaure une identification plus ou moins fusionnelle, etc... La technique des sociogrammes pourrait être, à cet égard, un instrument utile.

4.3. Relations avec les adultes : Elles ont déjà été prises en compte sous la rubrique "autonomie" envisagée plus haut. On a pu par ailleurs distinguer cinq types de relations avec l'adulte selon le tableau suivant :

Relations avec l'adulte	Petits (moins de 10 ans) 100 cas	Grands (plus de 10 ans) 75 cas
1 - Agressivité	20 (19 %)	11 (15 %)
2 - Quête affective, demande de câlineries, de réassurance, de maternage	23 (22 %)	16 (20 %)
3 - Accaparant, "collant", fusionnel	12 (12 %)	9 (12 %)
4 - Séduction, recherche de relations privilégiées	13 (13%)	12 (16 %)
5 - Isolement, repli sur soi, fuite	15 (14 %)	15 (19 %)
6 - Autres types de relations	21 (20 %)	14 (18 %)
	104 (100 %)	77 (100 %)

Les mentions relatives à l'agressivité sont ici moins fréquentes que dans les relations avec les autres enfants, et cette fréquence diminue avec l'âge. Par contre, la quête affective est citée pour un enfant sur cinq ; deux autres types de recherche de contact, sur le mode de l'accaparement et sur celui de la séduction, sont cités un peu moins souvent. L'isolement, qui s'en distingue nettement, caractérise un enfant sur six environ. Il est notable que toutes ces proportions ne changent pratiquement pas en fonction de l'âge, à l'échelon des groupes ; en fait, il est certain qu'un certain nombre d'enfants changent sensiblement leurs modalités relationnelles au cours de la prise en charge. Ainsi, un enfant d'abord accaparant, "collant", fusionnel deviendra agressif, tandis qu'un autre suivra l'évolution inverse ; tout se passe comme si ces transformations laissaient les proportions inchangées à l'échelon du groupe. Ici encore, une étude plus fine de ces mouvements paraît souhaitable. Il

faudrait y prendre en compte, en particulier, l'identité des personnes qui jouent un rôle privilégié pour l'enfant, leurs réponses, la dialectique de leur éventuelle succession, etc...

## 5 - Les actions éducatives et thérapeutiques

On ne mentionnera pas ici l'action globale exercée par la vie institutionnelle elle-même, par définition commune à tous les enfants et qui ne saurait donner lieu à ce type d'analyse, où ne peuvent être prises en compte que les actions individualisées. On peut classer ces dernières sous trois rubriques :

### 5.1. Scolarisation

Sur 175 cas, 10 sont grevés d'une pathologie et de déficits tels qu'aucune action de ce type n'est envisageable. Sur les 165 cas restants, 125 sont scolarisés dans le cadre de l'institution ; 37 au jardin d'enfants et 88 dans les classes primaires (animés par des instituteurs titulaires du C.A.E.I. et détachés sur place par le Ministère de l'Education Nationale). 40 ont pu assez évoluer pour reprendre une vie scolaire à l'extérieur, tout en continuant à vivre à la Fondation en dehors des horaires scolaires ; sur ces 40 enfants, 17 fréquentent les classes primaires d'un groupe scolaire voisin, 11 des classes d'enseignement spécialisé (S.E.S.), 8 un Centre d'Aide par le Travail (C.A.T.) ; 4 enfin bénéficient à l'extérieur d'aides scolaires sous des formes diverses.

Il faut souligner que ces données témoignent d'une action très soutenue des équipes pour que l'enfant se trouve inséré dans des activités éducatives, conduites en groupes et de type scolaire ; ceci est au coeur d'une visée éducative où, quelles que soient la gravité de sa psychopathologie et la massivité de ses déficits, on s'efforce de lui permettre d'acquérir un certain nombre d'habiletés et de connaissances de base ; mais aussi et peut-être surtout, en le "socialisant" on contribue à briser l'enfermement dans ses troubles et dans un espace sociologique où il resterait condamné.

## 5.2. Actions individuelles

Sur 175 enfants et adolescents :

- 42 suivent ou ont suivi pendant un certain temps une psychothérapie individuelle ;
- 33 suivent ou ont suivi une rééducation psychomotrice ou ont bénéficié de l'aide d'un kinésithérapeute ;
- 32 suivent ou ont suivi une rééducation orthophonique ;
- 13 fréquentent ou ont fréquenté un groupe d'activités à but thérapeutique et éducatif extra-scolaire (club de musique, club de dessin, arthérapie, etc...).

Toutes ces actions sont conduites dans le cadre même de l'institution. Il serait évidemment essentiel de tenter une évaluation de leur efficacité. Comme dans toute recherche de ce genre, on aurait alors à affronter de difficiles problèmes théoriques et techniques (du fait du déplacement des symptômes, de la difficulté à définir clairement les critères d'amélioration, de la difficulté à préciser dans l'évolution de l'enfant, ce qui peut être considéré comme bénéfice direct d'une action particulière, etc...).

## 5.3. Actions auprès de la famille

Il va sans dire que ceci constitue une préoccupation majeure des équipes ; les très brèves indications exploitables dans le cadre de cette enquête ne peuvent donc qu'effleurer le problème. On relèvera toutefois que des entretiens assez réguliers avec les parents, soutenant une visée de modification de leur position et des relations intra-familiales, etc..., sont mentionnés pour 60 enfants. Ces entretiens ont été irréguliers, en général du fait de la résistance des parents, dans 30 autres cas. Ils sont dits "rares", du fait d'une forte opposition de ceux-ci, dans 39 autres cas. Ces estimations témoignent des considérables difficultés auxquelles se heurte parfois une telle action. Il convient de noter cependant que dans 13 cas, les parents fréquentent régulièrement un groupe de parents qui fonctionne dans le cadre de l'institution, sous la responsabilité conjointe d'un médecin et d'un psychologue. Dans 7 cas, la mère a accepté une aide psychothérapeutique personnelle.

## C - CONCLUSIONS DE L'ENQUETE

Nous avons tenté dans ce travail de dresser un tableau général des filières de recrutement, des diagnostics, des modes d'intervention et de leur efficacité, etc..., dans une institution où sont pris en charge des enfants et adolescents pour la plupart affectés d'un déficit intellectuel important pris lui-même dans une organisation psychopathologique lourde. Notre but était bien d'analyser, sur la base de données factuelles, le fonctionnement réel de l'institution. Celui-ci ne coïncide pas, en effet, forcément avec les intentions affirmées, puisqu'il doit tenir compte des structures sociales qui le cadrent, des contraintes administratives et professionnelles qui pèsent sur lui, etc...

On peut en retenir un certain nombre de conclusions.

On est frappé tout d'abord par l'évidence des anomalies familiales. Dans 1 cas sur 4, le père est absent, soit qu'il n'ait jamais existé dans la vie de l'enfant, soit qu'il ait disparu très précocement, soit encore qu'il s'en désintéresse au point de ne s'être jamais manifesté, soit enfin qu'il soit décédé (au total le père ou la mère sont morts dans 12 % des cas) (1). Dans un autre tiers des cas, les parents sont séparés ou divorcés ; lorsque le couple n'est pas dissocié, la mention "dynamique familiale inquiétante" est fréquente. Près d'un tiers des parents, lorsqu'ils existent, présentent des traits psychopathologiques assez nets pour faire l'objet de mentions explicites (l'alcoolisme jouant là, surtout chez les pères, un rôle important). Le niveau socio-professionnel des familles est en général très faible, et par voie de conséquence, le niveau économique et les conditions générales de vie. La mère en général n'exerce aucune profession ; lorsqu'elle en exerce une, c'est presque toujours à un très faible niveau de qualification.

---

(1) Cette proportion élevée de décès frappe ; cf. PASCALIS et al., 1976.

Sur l'ensemble des facteurs de "haut risque psychiatrique", cf. ANTHONY, CHILAND et KOUPERNIK, 1980.



Les enfants dans leur majorité sont parvenus à l'institution par des filières de type médical ou médico-psychologique. Lors de ces premières consultations, une psychopathologie sévère a été en général constatée, et c'est sur cette base même que l'enfant est adressé à la Fondation Vallée. Lors de l'entrée, les diagnostics d'autisme infantile, de psychose infantile et de dysharmonie de structure psychotique sont les plus fréquents. En fait, la décision de prise en charge découle fréquemment, tout à la fois de ce type de troubles et de l'évidence de conditions familiales extrêmement défavorables rendant l'intervention nécessaire. Quant aux symptômes, l'agressivité, l'angoisse, l'instabilité, l'isolement et le repli sur soi, les troubles et retards graves du langage sont les plus souvent cités ; il est fait par ailleurs souvent mention de stéréotypies, bizarreries, néologismes, soliloques, écholalies, etc..., c'est-à-dire de symptômes de la série psychotique.

Les séjours en hôpital de jour sont de durée moyenne (2 à 6 ans), les séjours au centre d'observation plus brefs (1 à 3 ans) ; par contre, les prises en charge à temps complet dans les autres services sont en général plus longues, beaucoup d'enfants en fait passent une bonne partie de leur enfance et de leur adolescence dans ces services (le séjour dure plus de cinq ans dans la moitié des cas). On ne saurait évidemment porter ceci au passif des actions entreprises, étant donné la gravité des cas et l'impossibilité fréquente de rendre l'enfant à sa famille ; les relations avec beaucoup de familles apparaissent en effet difficiles, épisodiques, insatisfaisantes malgré les efforts réalisés par l'équipe. Lorsqu'on analyse l'évolution des enfants au cours du séjour, on constate d'ailleurs en général un progrès très sensible de l'autonomie personnelle ; l'effort de scolarisation et les actions éducatives en groupe jouent là, sans aucun doute, un rôle majeur. Il est plus difficile d'évaluer l'impact des mesures individuelles (psychothérapies, rééducations, etc...). La question devrait être reprise dans le cadre d'une étude spécifiquement centrée sur ces problèmes.

Cette enquête apparaît évidemment fragmentaire, incomplète, en dépit du considérable travail exigé pour sa réalisation. Elle met cependant bien en lumière l'intrication des conditions défavorables d'environnement et des troubles psychopathologiques présentés par ces enfants. Il faut certes se garder d'une hypothèse étiologique simpliste selon laquelle les premières seraient directement cause des seconds ; une telle réduction sociogénétique serait tout à fait contraire à l'approche multifactorielle que nous défendons.

Bien au contraire, cette approche trouve ici confirmation : si la structure psychopathologique, son accessibilité à l'action institutionnelle et son évolution doivent être étudiées pour elles-mêmes, une telle étude doit absolument être conduite compte tenu des facteurs d'environnement, au niveau de la famille et au niveau de son cadrage sociologique. Le chapitre suivant donnera quelque développement à cette idée.

Quant à l'évolution des enfants, la réduction des symptômes les plus aigus est la règle mais selon deux éventualités opposées :

- dans l'une d'elles, la sédation de l'angoisse et le contrôle des processus primaires mène à une stabilisation au prix d'un nivellement intellectuel souvent accentué ;
- dans l'autre plus favorable, s'opère une névrotisation qui permet une reprise des possibilités évolutives, en particulier en ce qui concerne le fonctionnement intellectuel.

Nous nous limiterons ici à ce bref résumé des principaux constats, nous réservant d'en reprendre la discussion dans nos conclusions générales.

**CHAPITRE XIII**  
**A PROPOS DES FAMILLES D'ENFANTS PSYCHOTIQUES PRIS EN CHARGE**  
**A LA FONDATION VALLEE**

Le recensement général présenté dans le chapitre précédent a fait apparaître que dans de nombreux cas la famille se trouve prise dans des interrelations pathologiques avec l'enfant. Nous avons tenté de préciser cet aspect du problème en procédant à une analyse plus détaillée de 40 cas de psychoses infantiles qui séjournent ou ont séjourné jusqu'à une date récente dans l'institution (1). Nous avons arrêté l'étude à 40 cas pour des raisons pratiques, le dépouillement des données prenant un temps considérable, et choisi de considérer d'abord les sujets les plus âgés, sur lesquels en général on a réuni le plus d'informations. Il s'agit presque uniquement de filles (36 sur 40), la mixité n'ayant été introduite que récemment dans le pavillon des grands. Pour conduire cette enquête, on est parti de l'information condensée dans les fiches d'observation, puis on est retourné pour la préciser aux dossiers complets.

L'âge d'entrée dans l'institution s'échelonne de 3 à 17 ans ; en fait dans un cas sur quatre l'entrée s'est faite entre 3 et 6 ans, dans un cas sur deux entre 6 et 12 ans, et dans le dernier cas entre 12 et 17 ans. On note deux pics : vers 4 ans, c'est-à-dire dans de nombreux cas lorsque des troubles et retards du langage, en général graves, inquiètent les institutrices d'écoles maternelles lors des tentatives de scolarisation ; et vers 6-7 ans, lorsqu'il s'avère que l'école primaire ne peut garder la responsabilité de l'enfant. Nous présenterons les résultats de l'enquête sous quatre rubriques :

- le milieu socio-culturel dont sont issus les enfants ;
- une étude sur la constellation familiale en mettant l'accent sur le couple parental ;
- les premières sensibilisations des parents quant aux troubles de leur enfant ;
- l'attitude des parents dans la triangulation : parents/Fondation/enfant

---

(1) Ce travail a été réalisé par Madame Jacqueline CURE

## A - LE MILIEU SOCIAL

Dans la majorité des cas, la qualification professionnelle des parents est faible, les ressources sont très modestes et les habitats notoirement insuffisants pour abriter une famille qui souvent est d'origine étrangère (maghrébins, portugais, autre pays de l'Europe). On note également deux couples inconnus (enfants abandonnés dès la naissance), et trois pères inconnus ou tôt disparus de la vie de l'enfant.

Le travail professionnel des parents reste presque toujours dans la zone des métiers peu ou moyennement qualifiés. Les pères sont dans une forte proportion ouvriers, en peinture, chauffage central, électricité, etc..., ou employés de bureau. Le tableau suivant précise les données.

	Pères	Mères
Travail sans indication de nature	1	1
Travailleurs manuels sans qualification	3	4
Petits salariés	15	5
Ouvriers qualifiés - artisans	4	3
Cadres moyens	2	-
Professions libérales	-	1
Au foyer, ou aucune indication professionnelle	2	8
Actuellement sans travail ou arrêt de travail à la suite de troubles psychiatriques, marginalité, drogue, prison, etc...	8	15
Parents décédés avant l'entrée de l'enfant à la Fondation Vallée, parents inconnus, père parti.	5	3

Si l'on additionne les trois dernières rubriques de ce tableau, correspondant à l'absence de travail professionnel des parents ou à leur disparition, on trouve 15 pères (37,5 %) et 26 mères (65 %). Si l'on analyse la composition des couples, on voit que pour 10 d'entre eux (25 %) le mari et/ou la femme sont sans travail, marginaux, décédés, font l'objet de soins psychiatriques ou sont inconnus. Deux des trois pères sans qualification professionnelle sont

mariées avec des femmes atteintes de troubles psychiques importants. Les mères au foyer sont en majorité mariées avec des "petits salariés", employés de bureau, ouvriers spécialisés.

Au-delà de ces brèves indications numériques, l'étude des dossiers montre qu'une proportion importante des enfants sont originaires de familles dont les ressources économiques sont réduites, et où les parents, souvent d'un milieu culturel frustré, sont facilement débordés et ne peuvent faire face à leurs obligations sociales et parentales. Tout laisse penser que ces conditions de vie pèsent lourdement sur le développement de l'enfant.

## B - LA CONSTELLATION FAMILIALE

Bien qu'interviennent en général dans cette constellation d'autres personnes que le père et la mère, nous nous centrerons ici sur le couple parental, puis la dynamique familiale ; nous insisterons alors sur le climat familial dans lequel évolue ou a évolué l'enfant. Nous distinguerons dans la psychopathologie parentale : la psychopathologie "lourde", la pathologie de la personnalité et les manifestations sévères d'anxiété (voir tableau page suivante).

Si l'on considère les couples parentaux, on observe que les deux parents, dans 8 cas, sont affectés d'une psychopathologie grave, et dans 8 autres cas paraissent très fragiles. Dans 12 autres cas, l'un des deux parents présente des troubles importants ou bien inquiète l'équipe.

Ces chiffres sont impressionnants, en effet plus de 50 % des mères présentent des troubles graves, déficits mentaux et schizophrénies correspondant à la moitié de ces cas. Ceci de toute évidence implique, pour ces mères souvent hospitalisées, de sérieuses difficultés à s'occuper adéquatement de leurs enfants. Quant au père, près d'un sur cinq est signalé comme présentant un éthylisme grave. L'analyse des dossiers montre qu'alors très souvent, et surtout lorsque la mère est elle-même alcoolique ou grande malade mentale, la vie familiale est lourdement marquée par un climat de violence, par des scènes dramatiques devant l'enfant, ou par une grande carence de soins parentaux.

	Nombre de mentions	
	Pères	Mères
1 - Psychopathologie lourde : débilité mentale	-	5
schizophrénie	-	7
structures paranoïaques	6	1
éthylisme grave	6	3
structures obsessionnelles	-	1
dépressions sévères	1	8
Totaux	13	25
2 - Pathologies de la personnalité	8	7
3 - Manifestations sévères d'anxiété	6	10
4 - Apparemment pas de psychopathologie	3	1
5 - Renseignements nuls ou insuffisants	10	3

### La dynamique familiale

Notons d'abord la fréquence des décès parmi les parents (10 cas) : 5 décès sont la suite probable d'un éthylisme gravissime, 4 autres sont dûs à des causes inconnues ; dans un cas il y a eu suicide après une dépression réactionnelle. On peut par ailleurs distinguer les cas suivants : mésentente des parents (11) ; divorce ou père parti (13) ; équilibre précaire (6) ; apparemment, assez bonne entente des parents (5) ; aucun renseignement ou parents inconnus (5). Ainsi, dans 75 % des cas, les enfants viennent de familles dissociées ou en voie de l'être. On observe un grand nombre des désaccords profonds entre les parents, des oppositions tenaces infiltrées d'une lourde hostilité. Fréquentes sont les discontinuités dans la composition familiale, l'un ou l'autre des parents disparaissant puis se trouvant remplacé. Dans le cadre de ces vies parentales agitées, on observe des

situations ambiguës (où l'on voit par exemple un père se "mettre en ménage" avec la fille du second mari de son ex-femme), des vies instables en hôtels, des déménagements successifs, la prostitution de la mère, etc... La complexité de telles familles, dont témoignent de nombreux dossiers, laisse perplexe quant à la stabilité des images parentales offertes à l'enfant ; ceci d'autant plus que dans certaines familles la paternité reste douteuse et la filiation incertaine. Bien souvent les rôles parentaux sont peu et mal assumés. Dans les cas notés "équilibre précaire", on est frappé par la domination de l'image de la mère : le père, quasi-inexistant, ne peut exercer son autorité. Très généralement, lorsque l'équilibre du couple est en péril, l'enfant apparaît comme l'enjeu des conflits relationnels entre les parents, chaque partenaire voulant dégager sa responsabilité et se faire l'allié de l'enfant contre le partenaire-adversaire. Quand la mère est trop défaillante, il n'est pas rare que la grand-mère maternelle, personnage central, prenne les rênes en main, s'arrogeant tous les pouvoirs. Elle peut alors exclure sa fille, et le père ou tout autre parent. Ainsi se crée entre mère et enfant, ou entre grand-mère et enfant, une relation duelle qui entrave l'enfant dans son accès à l'individuation. Mais la grand-mère peut aussi, parfois, affirmer son emprise sur sa fille autant que sur l'enfant de celle-ci. Ceci survient en particulier lorsque la fille, débile mentale ou schizophrène, n'est guère en état de s'occuper de l'enfant. Ce dernier se trouve alors confronté à une image maternelle dédoublée, marquée par un évident rapport sado-masochique. Il serait d'un grand intérêt d'affiner ici l'analyse des lignées sur trois ou quatre générations. Il semble en effet que beaucoup de ces parents, eux-mêmes issus d'un milieu pathogène et agis par le principe de répétition, rêtèrent des situations traumatiques vécues dans leur propre enfance.

Il faut de plus signaler qu'un certain nombre d'enfants ont connu divers placements nourriciers, avec reprise par les parents, puis nouveaux placements, ou ont été abandonnés dès la naissance. Ce sont des enfants "sans passé", ou avec un passé si marqué par la discontinuité que l'enquête la plus soigneuse échoue à reconstituer leur histoire. Il n'est pas rare d'ailleurs, même lorsque les parents ont élevé eux-mêmes leur enfant, de manquer de précisions sur toute une tranche de vie, comme "gommée" de leur mémoire.

## La fratrie

11 enfants sur 37 (car dans 3 cas on ne connaît pas la fratrie) sont des filles uniques. 17 appartiennent à une fratrie de 2 à 4 enfants ; 7 enfin appartiennent à une famille nombreuse de 5 enfants ou plus. Dans 3 familles, il y a eu décès d'un frère ou d'une soeur. Dans 10 (donc dans 1 cas sur 4) on observe des troubles psychiques chez un ou plusieurs des frères et soeurs.

Résumons. On est frappé par : le nombre important de familles hautement pathologiques ; le nombre important de familles disloquées, avec discontinuité du groupe familial : le nombre non négligeable d'enfants qui ont subi de multiples séparations au cours de la première enfance. Ces constats frappaient déjà, dans le chapitre précédent, à l'issue de l'analyse des 175 cas pris en charge à la Fondation Vallée. Sur ces 40 cas de psychoses infantiles, ils s'imposent plus nettement encore. Quelle est la place du sujet dans un tel contexte ? Comment peut s'effacer l'empreinte douloureuse des multiples séparations endurées au cours de la prime enfance ; comment construire des images parentales support d'identifications valables ; comment se construire dans une incohérence aussi manifeste ?

## C - LA SENSIBILISATION DES PARENTS AUX TROUBLES DE LEUR ENFANT

Dans 7 des 40 dossiers, on ne trouve aucun renseignement à cet égard ; non sans doute que l'information manque réellement, mais pour diverses raisons elle n'a pas été consignée par écrit. Sur les 33 autres cas, on note une connaissance avouée des troubles chez les parents : avant 2 ans (père 2, mère 1) ; vers 2 ans (père 2, mère 4) ; entre 3 et 4 ans (père 4, mère 3) ; vers 5 ans (père 2, mère 1) ; après 5 ans (père 1, mère 1). Ainsi on ne trouve une connaissance avouée des troubles de l'enfant que chez 11 pères et 10 mères. Les 2/3 des parents vont longtemps minimiser ou méconnaître franchement les troubles de l'enfant. En fait, dans un certain nombre de familles qui prétendent n'avoir rien perçu des troubles, des consultations médicales étaient tôt survenues, ce qui donne à penser à une forte résistance à admettre vraiment les difficultés de l'enfant. De toute évidence, ce qui joue dans cette méconnaissance semble lié à l'angoisse devant la révélation d'une vérité qui menace sévèrement les parents eux-mêmes. Il est intéressant de noter que



les troubles, si graves soient-ils, paraissent en général passer inaperçus dans la toute petite enfance. On relève pourtant des hospitalisations ou consultations en petite enfance pour :

- comitialité dès le plus jeune âge ;
- isolement, stéréotypies, absence de sourire ;
- retard staturo-pondéral ;
- surdité apparente ;
-  tats fébriles inexpliqués, etc...

Si la confiance s'établit avec les parents, il leur arrive de reconnaître que leur enfant "n'avait pas un développement normal par rapport à ses frères et soeurs" ; ou qu'ils l'avaient "trouvé bizarre dès la naissance" ; ou même qu'ils avaient "depuis longtemps connaissance des troubles."

18   20 % des troubles auraient en fait été décelés entre 2 et 4 ans. Les manifestations les plus fréquemment citées sont les retards du langage et de la marche, et les troubles du comportement. Hormis les cas d'autisme précoce, le constat de retard du langage, motif le plus courant des consultations, semble être le moment de vérité, où l'on ne peut plus masquer ni à soi-même ni aux autres le handicap de l'enfant. Le langage, faut-il le rappeler, est l'instrument majeur du développement de l'expression, de la communication et de la fonction symbolique. Lorsqu'approche une scolarité qui risque de soulever de grosses difficultés, le retard du langage devient un motif majeur de consultation. Si alors est attestée la gravité des troubles, on recherche une prise en charge adaptée ; ceci explique l'afflux des entrées dans l'institution entre 5 et 7 ans. En fait, rappelons-le, l'admission à la Fondation Vallée se fait presque toujours sur une demande extérieure : médecin traitant, hôpital de jour, C.M.P.P., dispensaire, etc... Nous avons relevé cependant quelques cas où le désir des parents s'est franchement exprimé. Citons un cas où le désir impérieux de la mère a été déclenché par la brusque révélation de la maladie mentale de sa fille ; c'était alors l'image sociale de la famille qu'il fallait préserver à tout prix. On remarque trois demandes du père : le père séparé de sa femme, d'une enfant autiste précoce, et deux pères débordés, dont la femme était pour l'un décédée et pour l'autre grande malade mentale.

En général, lorsqu'il est conseillé, le placement est facilement accepté par les parents. Certains paraissent soulagés, d'autres laissent faire passivement, ce qui ne signifie en aucune manière qu'ils ne changeront pas d'attitude une fois l'admission effectuée. On peut souligner 6 refus catégoriques initiaux venant du père, de la mère ou des deux ensemble, et beaucoup d'autres cas où s'exprime la réticence. Les refus ne coïncident pas nécessairement avec la méconnaissance des troubles ; ce qui paraît dominer alors c'est l'angoisse de la séparation, l'inquiétude formulée ou non de ce qui peut advenir de leur enfant ou d'eux-mêmes une fois l'enfant hors de la famille : comme une impression que la famille va perdre son équilibre - si précaire ou pathologique qu'il soit.

#### **D - LA TRIANGULATION FAMILLE/FONDATION VALLEE/ENFANT**

On peut schématiser ainsi la nature des relations entre les parents et l'institution (en rappelant que l'équipe soignante cherche toujours à établir le contact et à travailler avec les parents) :

- 1°) Contacts pauvres ou pas de contacts : 12 pères (dont 5 en retrait ou exclus) ; 5 mères ; 1 couple (qui manifeste un rejet total de l'enfant) ;
- 2°) Contacts épisodiques : 1 père et 5 mères ;
- 3°) Contacts très conflictuels : 3 pères ; 7 mères ; 2 tantes ; 1 soeur qui remplace la mère ; 2 grands-mères ; 1 grand-père ; 2 couples parentaux substitutifs ;
- 4°) Contacts suivis mais superficiels : 4 pères ; 8 mères ;
- 5°) Comportement séducteur des parents : 2 pères, 1 mère ; 1 grand-mère ;
- 6°) Contacts faciles, bonne coopération au moins en apparence ; 7 pères, 6 mères, 2 familles nourricières.

Cette classification sommaire ne peut rendre compte de toute la variété des nuances relationnelles observables. Lorsqu'on lit le courrier des parents et des autres membres de la famille, lorsqu'on le rapproche des observations consignées dans les dossiers, on est frappé par l'angoisse souterraine qui circule insidieusement dans le cercle familial ; c'est la clé sans doute de l'attitude de beaucoup de ces familles. Certaines inondent l'institution de correspondance ; d'autres au contraire adoptent une attitude très lointaine. On peut envisager, semble-t-il, deux investissements de l'angoisse parentale ; sur l'enfant ou sur soi-même. Ceci commande les positions vis-à-vis de l'institution.

a) L'angoisse égocentrique

L'analyse de ces 40 dossiers montre qu'on y observe très fréquemment l'angoisse relative à une possible rupture de l'équilibre familial privé de l'enfant. Tous alors, parents et grands-parents, collaborent pour faire échouer l'entreprise thérapeutique ; parfois avec succès, lorsque, l'impuissance de l'institution étant établie, la famille reprend l'enfant. On doit ici évoquer la théorie "systémique" : tout se passe en effet comme si la famille avait besoin de récupérer "son" malade, condition sine qua non de sa permanence.

On remarque chez certains parents la sensation douloureuse d'être dépossédés de leur progéniture, ou le sentiment d'une "violation de territoire", source d'une agressivité qui masque la note dépressive. Enfin et surtout on note une angoisse liée à une culpabilité massive d'avoir eu à placer l'enfant dans une institution ; c'est un aveu d'échec, révélant une image de mauvais parents.

Cette culpabilité, chez des parents peu armés pour l'affronter, déclenche toute une gamme de stratégies inconscientes : projection avec grande souffrance ; rejet mutuel de la responsabilité sur le conjoint, ou sur une institutrice qui n'a pas su s'occuper de l'enfant, voire qui l'a rendu malade ; refus d'implication personnelle ("je n'ai rien demandé") ; rejet de la responsabilité sur les "spécialistes" si l'enfant ne réalise pas les progrès espérés (il y a alors surestimation de la capacité du sujet dont on attend, une fois celui-ci confié en bonnes mains, un changement miraculeux), etc... La crainte d'un jugement défavorable est fréquente. L'équipe médicale est vue comme une rivale (l'institution risque de devenir une bonne mère),

voire persécutrice ; d'où des réactions agressives, opposantes, revendicatrices. A l'inverse, certains parents développent un comportement charmeur, séducteur, pour combler la faille narcissique qu'incarne l'enfant ; ils veulent être reconnus comme "bons parents". Ces attitudes coexistent souvent. Elles commandent l'ambivalence du discours : fuites hypomaniaques ponctuées parfois d'humour et de rires qui sonnent faux, destinés à masquer la situation tragique, ou au contraire silence et malaise, etc...

Ces défenses peuvent conduire à une attitude de scepticisme, voire négative, vis-à-vis de ce qui se fait à l'institution ("ils ne peuvent faire mieux que nous"). L'échec est alors presque souhaité, pour sauvegarder une bonne image de soi-même ; cependant, de façon apparemment contradictoire, il y a minimisation des troubles de l'enfant, ce qui introduit un décalage considérable entre la position des parents et celle de l'institution. Mais on peut décrire par ailleurs bien d'autres modes de défense contre l'angoisse : le contrôle obsessionnel des petits faits (l'enfant peut prendre froid, se salir, etc...), pour éviter d'affronter les problèmes majeurs ; la préoccupation exclusivement centrée sur les progrès scolaires ; l'explication des troubles par leur origine dans telle maladie de l'enfance ou telle opération, ou leur imputation à des difficultés matérielles, etc... Tous ces procédés défensifs visent à dégager la responsabilité personnelle, mais aussi sans doute masquent l'appel indirect à une aide individuelle.

#### b) L'angoisse centrée sur l'enfant

L'étude des informations disponibles laisse l'impression que cette angoisse s'allie bien souvent à des souhaits inconscients de retour au paradis perdu de l'indivision parents-enfant. On voit certains parents osciller entre l'hyperprotection, où se multiplient les visites impromptues, et l'indifférence traduite par des absences prolongées. Fréquentes sont les tactiques d'étouffement par excès de soins ou de cadeaux ; tout se passe comme s'il s'agissait alors de lutter en permanence contre l'angoisse d'avoir été "la mauvaise mère qui rend malade" ; ceci peut aller jusqu'à des relations où les parents se laissent littéralement tyranniser par l'enfant, les limites n'étant nulle part posées. Ainsi les désirs de l'enfant sont bloqués ou bien perçus fantasmatiquement sans limites. On note souvent dans les propos des parents la peur de l'abandon : peur d'abandonner l'enfant, peur d'en être abandonné. Chez beaucoup de mères, l'angoisse est explicitement reliée au fait de ne pas

savoir ce que l'on fait de l'enfant, comme s'il s'agissait d'elle-même, livrée sans contrôle à une action et une emprise incompréhensibles. On retrouve, centrées sur l'enfant, de nombreuses expressions de la culpabilité : la recherche répétitive des institutions, aucune ne semblant convenir, et cette recherche continue dans l'angoisse d'avoir fait un mauvais choix ; le rejet total de l'enfant, qui après quelque temps ne reçoit plus de visites : ou, la maladie mentale étant considérée comme une tare, l'enfant est ressenti comme la "honte" de la famille, celui qu'il faut cacher. Il faut souligner l'angoisse fréquemment suscitée par les manifestations d'indépendance de l'enfant, et le ressentiment contre une institution qui "l'élève mal". A l'adolescence, ceci s'exprime chez beaucoup, de façon aigüe, devant les manifestations sexuelles de leur enfant. Il est patent qu'alors nombreux sont les parents effrayés de voir leur enfant grandir et échapper à ce qui jusque là le définissait. C'est à ce moment sans doute qu'apparaît avec le plus d'évidence une très vive angoisse de l'avenir, et le vide laissé par l'impossibilité de formuler un projet pour l'enfant. Ce malaise sans aucun doute est infiltré d'angoisse de mort. Cette double angoisse commande le refus profond de laisser l'enfant grandir, suivre son destin ailleurs, en d'autres mains, et courir des risques ; refus non négligeable qui peut s'investir en rejet de l'enfant. Dans ce dilemme, la culpabilité donne à l'institution figure de surmoi sadique, tantôt combattu, tantôt passivement subi, l'une et l'autre position pouvant parfois être très nettement érotisée. Dans ces conditions, établir une bonne coopération entre les parents et l'institution est une tâche bien délicate ; d'autant que la première est constamment en danger d'être induite à prendre place dans une nouvelle version d'un drame ancien, rejoué avec ce nouveau partenaire ; l'institution risque alors de confirmer ce qu'elle prétendait changer. Ajoutons cependant que la souffrance et la demande des parents, si masquées qu'elles apparaissent parfois, permettent malgré tout d'agir auprès d'eux et de l'enfant.

#### E - CONCLUSIONS SUR CETTE ENQUETE

Le constat majeur, au terme de cette étude des familles de 40 cas de psychose infantile, c'est leur charge d'insécurité et d'angoisse. Non seulement beaucoup de ces familles vivent dans des conditions matérielles précaires, du fait de la faible qualification professionnelle des parents et des incertitudes de l'emploi, mais on est frappé par la complexité et l'instabilité de la

matrice familiale : les couples se dissocient, de nouveaux partenaires apparaissent, des enfants de plusieurs lits cohabitent, une grand- mère se substitue à la mère à la fois présente et éliminée, les distinctions de générations s'estompent, le père est absent ou annulé, à moins que l'alcoolisme ne le fasse apparaître comme un insupportable tyran familial, etc... Les situations conflictuelles au sein du couple prolifèrent. Enfin et surtout, on ne peut qu'être frappé par le nombre important de parents grevés par une psychopathologie majeure ; en particulier, nombreux sont les enfants dont la mère est considérée comme débile mentale ou schizophrène, a fait une ou plusieurs tentatives de suicide, etc... L'angoisse et la culpabilité sous-jacentes sont en général considérables chez beaucoup de ces parents, conduits dès lors à méconnaître ou à minimiser la gravité des troubles de l'enfant. Face à l'institution, les attitudes sont hautement ambivalentes. Les parents oscillent entre d'un côté la démission et le rejet, et d'un autre côté, la captation où, ces troubles étant méconnus, l'institution est accusée de l'enfermer dans l'univers de la folie. Cette ambivalence fondamentale conduit à des attitudes contradictoires, simultanées ou successives. L'institution y est perçue et traitée tout à la fois comme une rivale à détruire et comme une mère chargée d'une mission réparatrice ; elle se trouve dès lors confrontée à de difficiles problèmes de prise en charge de l'enfant et des parents.

Il faut notamment se garder des excès auxquels peuvent porter les positions réparatrices, dans une rivalité avec des parents accusés de tout le mal ; on ne saurait oublier que, même si l'institution se centre sur l'enfant, les parents sont eux aussi victimes d'une histoire et d'une psychopathologie personnelle parfois bien proche de celle qui grève le destin de leur enfant. Le jeu des répétitions, au niveau des éléments de l'histoire mais aussi et surtout dans la filiation des fantasmes inconscients, apparaît massif. Fausse et stérile serait donc la position qui se bornerait à imputer aux parents de l'enfant pris en charge toute la responsabilité des troubles tandis que, constatant la portée limitée des actions éducatives et thérapeutiques dont il est l'objet, on se déclarerait sans moyens pour le motif qu'"il est trop tard".

## F - LES RELATIONS AVEC LES FAMILLES

Au-delà des conclusions de cette enquête, il est sans doute utile de préciser ici quelque peu les principes qui guident l'action auprès des familles ; c'est en effet un aspect important de la prise en charge, qui ne saurait, sans perdre une bonne part de son efficacité, se limiter à l'enfant lui-même. Nous citerons à cet égard largement un travail récent de M.J. BAILLY-SALIN (1980). Il faut d'abord le souligner, "Une prise en compte dynamique des relations avec la famille n'est réalisable que si les membres de l'équipe sont déjà parvenus entre eux à des modes d'échange et de collaboration qui permettent une vision globale du processus curatif, notamment par la reconnaissance de la place tenue par chacun dans la dynamique institutionnelle".

"C'est à partir de là que devient possible une appréhension correcte de la place occupée par les parents dans la trame extra-institutionnelle. Celle-ci n'est pas sans similitude avec celle qui prend forme à l'intérieur du centre, autour de l'enfant : le problème sera d'articuler ces deux plans.

"Nous avons pu mettre en place des formes très diverses et de plus en plus efficaces de rencontre avec les parents dans la mesure où nous avons progressé nous-mêmes dans la compréhension des phénomènes institutionnels, tandis que s'affirmaient des modes d'échanges de plus en plus souples et évolués entre des personnes de formation différente. Dans ce contexte, il devenait naturellement inconcevable qu'un membre de l'équipe se trouve à l'écart ou soit même exclu des échanges avec les familles, comme c'était le cas autrefois lorsque seuls médecin ou psychologue recevaient les parents. Le danger de telles exclusions est reconnu désormais en ce que ses effets accentuent les clivages et les morcellements dans la cure institutionnelle des psychoses.

"Les actions entreprises dans cette direction sont basées sur une pleine reconnaissance de la demande des parents : celle-ci n'est pas une demande de soins pour eux-mêmes et il faudra tenir compte de cette situation comme on le fait d'ailleurs dans d'autres circonstances, en particulier dans les réunions de l'équipe institutionnelle" (M.J. BAILLY-SALIN, opus cité, pp. 78-79).

La position de l'institution face à la demande des parents est cependant difficile. Il est en effet tentant de penser "que là où les parents ont échoué "dans leur tâche affective et éducative, nous pouvons les remplacer avantageusement dans un projet mégalomane de toute-puissance pour restaurer et "réparer là où ils ont failli. Depuis longtemps on connaît le danger de telles "projections où le soignant se veut parent idéal ; projection sous-tendue par "le fantasme qu'enfant, il aurait pu engendrer ses propres parents, les "façonner à sa manière.

"De toute façon, la réalité est là où nous sommes confrontés quelquefois à "notre impuissance et à la dépression en face d'enfants que nous espérons "faire évoluer plus vite mais pour lesquels la famille, la mère particulièrement, constitue un poids et un bloc tellement inamovible que nous ne "pouvons que retourner contre nous-mêmes l'agressivité ressentie à son "endroit. Complètement identifié à l'enfant nous oscillons entre la dépression "ou l'envie de trépigner en imaginant une loi extérieure à laquelle il "faudrait que l'entourage se plie. Et nous oublions peut-être que l'enfant y "trouve des bénéfices.

"Un autre rappel n'est pas inutile : l'enfant représente un être en construction, il est dépendant de ses parents tant sur le plan affectif que "matériel. Vouloir lui donner de l'extérieur une liberté et une autonomie "autres que celles conçues par les parents à un moment donné est non seulement "difficile mais a des conséquences directes chez l'enfant :

"- soit que notre intervention le mette dans une situation où l'accès au "choix est impossible, ce qui accentue d'autant ses sentiments de "culpabilité ;

"- soit qu'elle le conduise à des manipulations, sur un mode pervers en "utilisant les contradictions parents/institution qui ne sont bien "souvent qu'une reprise du conflit père/mère" (ibid, p. 81).

Les premiers entretiens sont toujours très significatifs. Beaucoup de mères disent, sur le mode de l'aveu, "avoir pleuré à l'idée de l'admission, car peu "ou prou l'entrée dans une institution spécialisée est vécue comme un constat "d'échec. Constat d'échec qui renvoie à un sentiment d'impuissance, d'incapacité à assumer seul la responsabilité d'élever un enfant, mais aussi incapa-



"cité à le faire se confronter à la différence. On découvre ici l'un des "problèmes essentiels que nous ne pouvons manquer d'aborder dans notre action. "Du fait même que ces enfants sont vécus très proches, fusionnés, sans "identité propre, bien en deçà d'une différenciation sexuelle ou de géné- "ration, tout se joue dans un premier temps autour de la différenciation de "chacune des unités constituantes de la cellule familiale. La tâche est "difficile car il existe un défaut d'objectivation et toute intervention en ce "sens apparaît comme une attaque insupportable où ce qui provient de "l'extérieur est vécu comme particulièrement dangereux" (ibid, p. 89). Bien souvent, ces premiers entretiens expriment une plainte vers le mode "j'ai mal à mon enfant...". En un premier temps, le seul fait d'écouter ces parents "favorise la restauration narcissique ; l'échange verbal permet une certaine "distanciation. L'enfant s'inscrivant moins exclusivement comme un prolon- "gement narcissique d'eux-mêmes, ils supportent plus facilement qu'il aménage "son espace hors de la maison familiale.

"Parallèlement le jeu des identifications en est favorisé. Ceci apparaît bien "avec les éducateurs qui accompagnent les parents dans leur élaboration à "travers les échanges très libres, relatifs à la compréhension des conduites "de l'enfant. En soulignant la similitude de nos difficultés, en nous "interrogeant avec eux sur les réponses à donner, on les aide à percevoir "mieux qu'il n'y a pas de "réponse toute faite" mais que les positions "adaptées se dessinent en eux comme en nous, après un lent travail de "décryptage et que nos réponses sont susceptibles d'évoluer.

"L'enfant qu'ils ont été et qu'ils portent en eux prend forme lorsqu'on "encourage les associations dans ce registre : il arrive, dans une situation "conflictuelle où les parents sont tout particulièrement bloqués, qu'on se "demande si eux-mêmes, enfants, ont vécu le même genre de situation. Tout est "possible alors depuis le "non, je ne me souviens pas", jusqu'à l'évocation "d'un souvenir d'enfant retrouvé soudain. Un effort est tenté pour aider à "débloquer une situation de non-dit dont la pesée est massive dans la "réalité : c'est le cas lorsqu'un secret est officiellement caché aux enfants "alors que divers indices montrent qu'ils en ont une appréhension. Encore "faut-il aborder ces situations avec la plus grande prudence.

"D'autres interventions aident à faire apparaître le plaisir d'associer : "découvrir des points communs avec ce qui a été dit précédemment, trouver un "sens nouveau, reformuler différemment en parlant toujours du matériel en "cours d'émergence. Toutes ces activités se relient au plaisir pris dans le "fonctionnement mental et sont autant d'invites pour les parents à se laisser "aller eux-mêmes en s'appuyant sur le climat de confiance qui s'est "progressivement instauré" (ibid, p. 100).

Nous ferons nôtres les conclusions de M.J. BAILLY-SALIN :

"Ces indications ne sont pas des recettes et d'une façon générale l'expérience "montre qu'il convient dans la plupart des cas de ne pas inclure les "rencontres dans un "programme" pré-établi. Notre travail tire sa fécondité "d'être étayé par les relations multiples établies entre les parents et les "différentes personnes impliquées dans la trame insitutionnelle, celle-ci "débordant largement le centre de jour lui-même. Ce processus s'ordonne "cependant, dans une large mesure, autour des relations curatives nouées avec "l'enfant. De ce fait, il importe d'accepter l'agressivité des parents, de "soutenir leur désir, de contenir leur angoisse et leur dépression. Les "distorsions perçues dans leur appréhension du centre, les critiques énoncées "vis-à-vis de ses aspects éducatifs et thérapeutiques ne doivent pas faire "l'objet de réponses correctrices de notre part, sans pour autant méconnaître "la nécessité de réduire peu à peu les écarts ainsi observés. C'est à ce prix, "si l'on sait attendre, que les aménagements introduits peu à peu permettent "de faire participer véritablement les parents dans un processus curatif "envisagé dans son ensemble" (ibid, p. 101).

## CHAPITRE XIV

### CONCLUSIONS. LA CURE EN INSTITUTION

#### A - RESUME ET DISCUSSION DES DONNEES DE L'ENQUETE : LE DEVENIR DES STRUCTURES DE PSYCHOSES DEFICITAIRES

Cette seconde partie de notre travail a porté sur une population très particulière : il s'agit d'enfants et d'adolescents pris en charge, sous des modalités diverses, par les divers services de la Fondation Vallée. Il importe d'être prudent dans la généralisation des conclusions, et d'écarter d'abord un malentendu possible. On ne saurait en effet discuter de la "représentativité" de l'échantillon, au sens où le terme est entendu dans les études épidémiologiques. Les enfants et adolescents que nous avons étudiés constituent en effet un "échantillon" à la fois particulier et hétérogène. Ils présentent, dans leur grande majorité, des retards et troubles importants du développement cognitif ; mais ces difficultés sont de gravité et de nature très variables, et surtout elles sont à considérer dans le cadre de structurations psychopathologiques et de modalités évolutives extrêmement diverses : autisme infantile, psychoses infantiles, dysharmonies d'évolution de structure psychotique, structures évoluant vers une organisation névrotique, etc... L'histoire du cas, le contexte social et familial, les circonstances du dépistage, le diagnostic, dans ses premières formulations et ses révisions, les modes de prise en charge, etc..., tous ces éléments varient considérablement d'un sujet à l'autre. Il serait donc de peu de sens de prétendre extrapoler, au niveau d'une "population générale" de définition incertaine, les conclusions acquises sur ces sujets. L'analyse psychopathologique d'une part, l'analyse de la cure en institution d'autre part, retiennent certes par ailleurs notre intérêt ; mais les travaux que nous avons publiés sur ces sujets utilisent d'autres démarches.

Quel est donc dès lors l'intérêt d'une telle étude ? Nous en distinguerons trois aspects :

- un premier acquis est d'ordre méthodologique. Nous avons en effet défini et utilisé une démarche adaptée à l'étude des modalités

réelles de fonctionnement d'institutions de dépistage et de prise en charge de cas graves de psychopathologie infantile ; cette méthodologie est transposable à des situations analogues ;

- cette étude, de type monographique, permet de formuler un certain nombre de problèmes et d'opérer un certain nombre de constats à valeur générale. Pour ne prendre que cet exemple, la triangulation enfant/parents/institution, qui a été abordée ici dans un cas particulier, peut l'être en des termes analogues, et à des fins comparatives, dans d'autres cas ;
- enfin, il est possible d'en tirer des conséquences pratiques à des fins d'amélioration du fonctionnement institutionnel ainsi caractérisé.

Résumons les principaux constats. Ils ont été acquis par l'étude de 1/5 cas, c'est-à-dire à peu de choses près sur la quasi totalité des enfants et adolescents présents dans l'institution au moment de l'enquête. Les 3/4 de ces cas lui sont parvenus par des filières médicales et médico-psychologiques (dispensaires, C.M.P.P., etc...). Les parcours antérieurs sont souvent complexes : inquiétude de la maîtresse d'école maternelle, consultation dans un dispensaire, échec en cours préparatoire, intervention de G.A.P.P. ou de C.C.P.E., passage dans une classe spéciale, mesures de soutien en C.M.P.P., etc... C'est en général lorsque ces aides sont jugées insuffisantes que, le cas étant tenu pour grave, il est adressé à la Fondation Vallée qui éventuellement décide alors d'une prise en charge. Les symptômes mis en évidence lors de ce parcours préalable à l'entrée sont variés. Les retards et troubles du langage sont les plus souvent cités, mais également les "troubles du comportement", l'agressivité et l'angoisse. Les déficits intellectuels, souvent importants et très dysharmoniques, affectent la grande majorité de ces enfants. Le diagnostic d'entrée conclut à une psychose infantile dans 1/4 des cas et dans un autre quart des cas à une dysharmonie d'évolution grave de structure psychotique. Le diagnostic d'autisme infantile précoce, utilisé avec prudence, ne porte que sur 5 % des enfants. On remarque la réticence des équipes à fixer trop vite certains cas par une étiquette nosographique ; plutôt qu'un diagnostic structural, on utilise alors des descriptions symptomatiques, dans l'attente d'une observation prolongée, fondant une meilleure évaluation structurale. La durée des séjours varie selon la

structure d'accueil : elle est en moyenne de l'ordre de deux ans au centre d'observation, de trois ans à l'hôpital de jour, de quatre à cinq ans dans les autres services (et dans ce dernier cas la moitié des enfants restent plus de cinq ans dans l'institution).

L'action curative s'exerce d'abord par l'insertion de l'enfant dans des normes de vie collective conçues en fonction des effets thérapeutiques et éducatifs qu'on en espère, et constamment réévaluées sous cet angle par les discussions en équipes. La plupart des enfants sont scolarisés au sein de l'institution, au jardin d'enfants ou dans des classes tenues par des instituteurs spécialisés ; une quarantaine fréquentent à l'extérieur des classes ou établissements spécialisés (S.E.S., C.A.T.), mais aussi des classes normales de l'enseignement primaire. Il s'y ajoute, pour une majorité de cas, des aides individualisées : psychothérapie, rééducation psychomotrice ou orthophonique, etc...

Il est délicat d'évaluer les effets de ces mesures, compte tenu de la gravité des cas et du poids des contextes. L'évaluation du changement est particulièrement difficile si l'on se situe au niveau symptomatique : on se trouve en effet en présence d'une symptomatologie complexe et variée, et les évolutions individuelles se traduisent de façons très différentes : une amélioration peut se traduire chez un sujet par l'atténuation de tel symptôme, et chez un autre au contraire par son accentuation. C'est le cas pour certains types de conduites agressives : leur réduction peut témoigner d'une cicatrisation de la psychose chez un enfant, mais leur apparition peut être saluée chez un autre comme le signe heureux d'un progrès de l'individuation. Au niveau du diagnostic structural, l'évaluation du changement relève d'autres méthodes ; nous y reviendrons plus loin. Notons cependant ici une indication intéressante : un tiers des enfants les plus jeunes ne disposent que d'une autonomie très réduite dans les conduites de la vie quotidienne, et nécessitent la présence et l'assistance très proche d'un adulte ; un sur cinq est énurétique ou encoprétique. Or, l'on constate une très nette autonomisation chez les plus grands : la proportion de ceux qui requièrent une assistance proche tombe à 10 %, l'énurésie et l'encoprésie disparaissent complètement ; les 2/3 de ces pré-adolescents et adolescents sont devenus autonomes dans les conduites de la vie quotidienne au sein de l'institution (et pour beaucoup de ceux-ci s'y ajoute une certaine autonomie de déplacement à l'extérieur, notamment en ce qui concerne les trajets entre l'institution et l'école ou le C.A.T.).

On ne saurait en tout ceci se contenter de considérer l'enfant isolément de son contexte familial. Le résultat peut-être le plus frappant de cette étude concerne en effet la fréquence des situations familiales inquiétantes. Le père est souvent absent, soit qu'il n'ait jamais existé dans la vie de l'enfant, soit qu'il en soit disparu précocément, soit encore que, physiquement présent, il semble se situer très à distance de l'enfant, de ses difficultés et de leur prise en charge institutionnelle. Les cas de parents décédés sont fréquents, et plus encore les cas de couples parentaux dissociés ou gravement conflictuels. Près d'un tiers des parents identifiables présentent une psychopathologie assez nette pour faire l'objet de mentions explicites dans les dossiers ; l'alcoolisme grave chez les pères, les schizophrénies et déficiences mentales chez les mères sont souvent notées. Dans beaucoup d'autres cas, on soupçonne chez les parents des troubles de la personnalité. Tout ceci s'aggrave fréquemment de conditions de vie difficiles : la qualification professionnelle est en général modeste, les revenus, le logement, etc..., insuffisants. Lorsqu'on étudie plus particulièrement les familles dans les cas de psychoses infantiles, ce tableau s'accroît sous tous ses aspects, en particulier en ce qui concerne la psychopathologie parentale et l'instabilité de la constellation familiale : les couples se dissocient, de nouvelles figures apparaissent, des enfants de couples différents cohabitent, la distinction des générations se brouille, etc... ; il est fréquent que le père soit absent ou annulé, qu'une grand-mère vienne doubler une figure maternelle infantilisée, etc...

L'angoisse et la culpabilité des parents frappent ; vis-à-vis de l'enfant ils oscillent entre la minimisation ou la négation des troubles, et leur acceptation résignée, entre la démission, le rejet, la surprotection et la captation ; vis-à-vis de l'institution s'observent des attitudes contradictoires, où celle-ci peut être perçue comme rivale, comme personnage collectif bienfaisant, etc... ; de ce fait, les relations avec les familles sont pour l'institution une préoccupation majeure.

Un tel résumé est nécessairement schématique. On peut cependant dégager quelques points essentiels :

1) L'action est d'autant plus difficile que la prise en charge est plus tardive. On risque alors de se trouver face, chez l'enfant, à une construction

psychopathologique déjà fortement étayée par un ensemble complexe de défenses ; et, au sein du groupe familial, à une dynamique elle-même très fermée et qu'il devient difficile de modifier.

2) La situation s'aggrave si l'on adopte, face à ces problèmes, des positions réductrices : au niveau du diagnostic par l'usage d'une nosographie qui se préoccuperait plus de classification que de l'indispensable analyse fonctionnelle et dynamique ; au niveau du traitement, par le recours à des mesures sectorielles sans vue d'ensemble. Toute notre expérience montre en effet que ce serait une grave erreur, dans de tels cas, de se borner à juxtaposer une psychothérapie, une rééducation psychomotrice, etc... ; de telles actions nécessitent une concertation très soutenue, au sein de l'équipe, ces actions n'ayant de sens et d'efficacité que dans le cadre d'une entreprise éducative et thérapeutique d'ensemble.

3) Dans ce cadre général, ces problèmes se présentent et doivent être traités très différemment selon les structures psychopathologiques. Il est particulièrement difficile de distinguer dans les troubles ce qui peut être considéré comme présentant une valeur causale et ce qui doit plutôt être inscrit au titre des effets. C'est particulièrement évident lorsqu'on analyse les interactions parents-enfants : une pathologie parentale, individuelle et de couple, porte certainement des effets fâcheux sur la construction personnelle de l'enfant, mais a toutes chances de s'aggraver elle-même en raison de ses troubles ; il est particulièrement difficile de traiter ces situations, au plan théorico-clinique comme au plan thérapeutique.

4) Dans la majorité des cas étudiés, on est frappé par la massivité des troubles et retards du langage (cf. AJURIAGUERRA, DIATKINE et KALMANSON, 1959). La plupart des enfants sont touchés à cet égard quant au triple aspect du langage, en tant que mode d'expression, en tant que médium de la communication et en tant qu'instrument de l'élaboration symbolique. Ces troubles sont particulièrement évidents dans les cas de psychoses infantiles déficitaires et de dysharmonies d'évolution de structure psychotique. Ils témoignent alors, non seulement de graves difficultés du développement cognitif, mais aussi, plus généralement, de perturbations graves de toute la dynamique inconsciente d'aménagement de la vie pulsionnelle et fantasmatique ; plus profondément

encore de perturbations fondamentales des processus d'individuation qui affectent ces enfants. Nous nous proposons de centrer plus particulièrement nos recherches ultérieures sur ces problèmes.

5) Il est clair que dans ces conditions, la formulation du pronostic est particulièrement délicate. Elle est conditionnée par trois types de données :

la nature et l'histoire du trouble : c'est ici qu'une approche fonctionnelle et dynamique, nécessairement multidisciplinaire, s'avère indispensable ;

les modes d'intervention : au sein d'une action institutionnelle d'ensemble, chaque enfant doit faire l'objet d'une prise en charge individualisée, dont les modalités et les effets sont à réévaluer constamment ;

la famille : nous en avons montré la pesée, il serait erroné cependant de verser ici dans tel ou tel des réductionnismes qui consisterait à expliquer le trouble de l'enfant par des facteurs sociologiques (carences de l'environnement par exemple), à les réduire à un pur jeu de modèles identificatoires, à tout inscrire au compte de l'inconscient maternel ou du "Désir de l'Autre", etc...

En quels termes, dès lors, penser les problèmes de pronostic ? (cf. LEBOVICI et KESTEMBERG, 1978). Nous résumerons ici quelles sont, compte tenu de ces cadrages, les éventualités envisageables en ce qui concerne l'évolution des psychoses infantiles. Rappelons pour mémoire le cas, relativement rare, et observable plutôt chez les enfants intelligents, où ces structures débouchent sur une schizophrénie de l'adolescence ; et les cas où ces troubles, très fortement compensés, évoluent vers une pathologie de la personnalité et où l'équilibre n'est maintenu qu'au prix d'une limitation des échanges interpersonnels, à travers l'établissement de modes de relations circonscrits, contraignants, qui n'assurent ni une véritable liberté intérieure ni l'accès à des échanges affectifs et sexuels satisfaisants. Ceci peut autoriser une certaine adaptation sociale superficielle. En autres cas, l'échec social est complet et le défaut d'adaptation, joint à la puérilité du comportement, risque de faire évoquer la débilité mentale. Mais il s'agit alors de tableaux



d'allure déficitaire, à distinguer d'autres formes comportant une authentique atteinte de l'intelligence. Avec d'autres auteurs, nous avons dans nos travaux montré de quelle manière la psychose mène à des organisations déficitaires (1). Il faut rappeler que le développement des fonctions cognitives ne saurait être isolé de la capacité à appréhender le réel, à établir des modes de relation évolués, à investir la connaissance. Or, les perturbations de niveau psychotique entravent le mode d'appréhension du monde extérieur, ne permettent pas d'assurer la fixité de l'objet et sa permanence, d'où découlent à l'évidence des altérations graves dans la mise à l'épreuve du réel et de ses catégories. Parallèlement, des mécanismes défensifs sont mis en place pour lutter contre l'angoisse de morcellement, la submersion par les processus primaires, les variations brutales de la distance aux objets - internes ou externes. Le sujet, menacé de néantisation, use ici de mesures extrêmes qui mènent à de graves amputations : l'écrasement instinctuel, l'atteinte des processus de symbolisation, la perte de la disponibilité de l'énergétique pulsionnelle, la réduction des liaisons intrapsychiques par un véritable colmatage. Si le lien avec le réel est maintenu, c'est à travers une adaptation tronquée car l'objet est ramené à sa dimension la plus concrète, la plus focalisée, il est privé de la polysémie que comporte dans les conditions habituelles tout investissement objectal. Les modes de fonctionnement placés sous le signe du processus secondaire, si précaires soient-ils, sont alors mobilisés dans une visée essentiellement défensive qui fixe les défauts d'équilibration et interdit les frayages permettant l'accès à des modalités opératoires plus évoluées. En même temps, l'enfant est conduit à occuper, sur un mode sans cesse plus restrictif, la place étroite dévolue à un déficient mental dans les structures familiales et sociales.

Dans ces évolutions, on peut schématiquement distinguer deux grands versants :

- certaines formes offrent une prévalence de l'organisation déficitaire, que celle-ci existe d'emblée ou se manifeste secondairement. On relève ici de graves limitations des fonctions d'abstraction et de symbolisation allant de pair avec un niveau de débilite profonde. Une place prépondérante revient à l'atteinte

---

(1) cf. AJURIAGUERRA et al., 1969 ; GARRONE et al., 1969; GUIGNARD et al., 1971 . LAZAROVICI et SOULE, 1977 ; MISES; 1981 ; MISES, PERRON-BORELLI et BREON, 1971 ; PERRON, 1977.

des schémas fondamentaux de la pensée logique, ceci dès le niveau figuratif d'où résulte un trouble difficilement compensable par le recours à d'autres voies. Si les activités catégorielles sont gravement atteintes, on remarque aussi que le déficit s'exprime avec acuité sur le plan social, dans le repérage des modalités relationnelles, l'usage des conventions, la compréhension des statuts et rôles alors que ces sujets acquièrent, quelquefois, des connaissances pratiques contrastant avec leur bas niveau d'ensemble. A un stade avancé, la réduction des dysharmonies mène à des tableaux susceptibles d'en imposer pour une arriération homogène d'une autre origine, à un observateur non informé de l'histoire de ces malades.

- A l'autre pôle, se situent des formes où le processus de débilitation s'exerce de façon plus nuancée, soit que d'emblée l'équilibre établi entre processus primaires et secondaires ait joué dans le sens d'un aménagement moins oblitérant, soit que les mécanismes d'allure névrotique aient pris forme de proche en proche en maintenant une intégration relative des processus de pensée. Le développement des fonctions intellectuelles n'en est pas moins affecté dans leur équilibration, au sens de PIAGET, et dans la réduction de l'efficacité exprimée en terme de niveau, le déficit restant malgré tout de gravité modérée. Ceci favorise l'expression des dysharmonies et fait discuter la place tenue par les perturbations de niveau névrotique qui jouent un rôle aggravant par les inhibitions, les défauts d'investissement mais offrent en même temps des espoirs de réintégration sous l'influence de la cure.

Dans ce tableau composite où le niveau évalué par les tests se situe du côté de la débilité légère, il est important de reconnaître la présence d'altérations significatives des fonctions de compréhension et d'abstraction. Ces dernières introduisent des limitations à la créativité et à l'utilisation des classes et catégories, ce qui contraste avec les meilleurs résultats obtenus lorsque ces sujets sont appelés à réaliser, hors de toute activité opératoire, des combinaisons figurales au niveau d'une activité intuitive et sur un matériel concret.

Dans ce contexte, même quand s'affirme assez tôt une pathologie cognitive indéniable, une part importante du pronostic reste lié au destin des formations d'allure névrotique non encore oblitérées et au devenir de l'équilibre entre les investissements et les contre-investissements. Certains modes d'élaboration autorisent, à travers la secondarisation, un déblocage des fonctions cognitives, en particulier lorsqu'elles prennent appui sur le langage. Au contraire, dans les cas défavorables, les interdits, les carences et les dysharmonies d'investissement se conjuguent aux mécanismes centraux de la structuration déficitaire pour organiser des tableaux proches de ceux que nous avons décrits sous le nom de déficience dysharmonique (MISES, 1981).

C'est dans ce cadre général que nous nous proposons de poursuivre nos travaux sur les évolutions déficitaires.

## **B - LA CURE EN INSTITUTION**

Pour être efficace, la prise en charge doit s'effectuer dans un cadre institutionnel largement ouvert du côté de l'environnement familial et social : notre but est d'agir sur cet ensemble pour introduire un processus curatif auprès d'enfants pris dans une organisation morbide sévère exigeant une approche multi-dimensionnelle. Il ne suffit pas ici de réduire les symptômes les plus gênants, ni de mener une action éducative ou pédagogique qui se limiterait à l'utilisation des capacités résiduelles : la cure doit permettre d'authentiques modifications structurales (MISES, 1967 et 1977).

La perspective thérapeutique que nous proposons infléchit l'orientation spontanée que l'éducateur, l'enseignant tire de sa formation et de son choix professionnel. Certes, la notion de cure vise à articuler les niveaux d'approche particuliers en les intégrant dans un processus curatif où les points de convergence l'emporteront sur les hétérogénéités, tout en laissant à chacun les moyens d'assumer sa spécificité, mais on conçoit les difficultés d'une telle entreprise qui oblige à une confrontation constante des rapports entre éducation et psychothérapie psychanalytique.

Même quand elles sont conduites à un rythme suffisant et en incluant les parents, les séances de psychothérapie ne permettent pas toujours, par elles-mêmes, un réinvestissement suffisant, une mise à l'épreuve assez étendue des

fonctions en cours d'émergence ; il est indispensable alors que l'enfant fréquente parallèlement des lieux de vie qui lui offrent un accès à des expériences nouvelles, une rencontre avec des substituts parentaux, une prise de distance vis-à-vis des circuits aliénants qui s'étaient structurés dans le cadre familial.

Ce qui se joue alors dans le cadre "éducatif" proposé à l'enfant exige, on le conçoit, une grande vigilance. Or, s'il est déjà malaisé de faire admettre dans un jardin d'enfants ou dans une classe un sujet gravement perturbé, il est encore plus difficile d'apporter à ce niveau une collaboration efficace qui permette de soutenir les éducateurs, les enseignants, et d'orienter l'aide donnée à l'enfant, de façon à articuler ce qui se joue sur les versants respectifs de la psychothérapie et de l'appui éducatif.

Malgré ces imperfections, une cure ambulatoire menée dans ces conditions, autour d'un dispositif multipolaire, offre de nombreux avantages et elle mérite d'être employée de façon prioritaire - au moins à titre d'essai et sous réserve de bien reconnaître sa nature et ses limites. En effet, certaines limites s'imposent d'emblée à une cure en milieu ouvert, lorsqu'à la pathologie grave de l'enfant s'associe un entourage familial incapable de faire face aux problèmes posés, en raison de la carence sociale, de perturbations mentales avérées ou de traits plus subtils, mais non abordables d'emblée. En pareil cas, l'éventualité n'est certes pas exclue d'un travail en profondeur visant à une réintégration, mais il exige que la cure institutionnelle permette, préalablement, une mobilisation des points de blocage les plus manifestes : la poursuite de l'action ambulatoire n'est concevable que dans un second temps.

Le recours à l'institution se discute sur ces bases, les facteurs d'environnement intervenant de façon majeure dans le choix entre centre à séjour complet et centre de jour.

Les limites vis-à-vis des cures ambulatoires, dans leurs conceptions et leurs indications, ne sont donc pas, on le voit, aussi tranchées que certains l'affirment. Dans le traitement des perturbations graves du jeune âge, que ce soit en internat, en hôpital de jour ou en ambulatoire, l'engagement d'une cure multidimensionnelle à long cours représente une exigence née de la pathologie de l'enfant et du contexte où on le découvre. Ceci implique une

acceptation des contraintes imposées par ces faits ; la référence contraignante à une pureté psychanalytique ne fait qu'introduire ici une idéologie du tout ou rien, fort contestable, qui condamne à la mégalomanie ou à l'impuissance. Mieux vaut donc admettre qu'on se trouve sur le terrain d'une "application" de la psychanalyse et dans des conditions qui exigent prudence, acceptation des limites plutôt que transposition à tout prix des principes empruntés à la cure orthodoxe.

Dès lors, loin d'apparaître comme une solution de désespoir utilisée trop tard, lorsque tout a échoué, l'institution devrait permettre, en temps utile, la mise en oeuvre d'un processus psychothérapique, étayé par le soutien modulé qu'offre un cadre dynamique, ouvert à de nouvelles expériences, tandis que s'opère une décentration vis-à-vis des lignes de force qui, précédemment, bloquaient chacun des protagonistes dans une position figée.

Si les équipes institutionnelles animées par des psychanalystes mettent volontiers l'accent sur leurs traits distinctifs, elles possèdent cependant, entre elles, des points de convergence notables tenant aux ambitions d'une thérapie à visée structurale, aux obligations d'une saisie de tous les problèmes soulevés par un dispositif complexe. La leçon a été tirée des déboires éprouvés par les psychanalystes qui, à la période héroïque, avaient entrepris des thérapies au sein d'établissements spécialisés, sans que l'encadrement de base ait été préparé à cette intrusion. L'importance d'une approche élargie est aujourd'hui admise pour remédier au morcellement, aux régressions incontrôlées, aux phénomènes d'enlissement qui naissent régulièrement pendant la cure d'enfants à composante psychotique prévalente.

Dès lors, l'originalité de chaque expérience se manifeste surtout dans la place respectueuse faite au cadre de vie offert à l'enfant et aux instruments de la psychothérapie. Aux extrêmes, se dessinent ainsi deux courants.

Certaines équipes marquent l'écart entre la dimension éducative conçue comme simple support vis-à-vis de la fonction psychothérapique qu'assurent seuls les psychanalystes par des cures systématisées, conduites sous des formes diverses. Ici, la participation de l'éducateur à la psychothérapie n'est pas pleinement reconnue même si une réelle importance est accordée à tous les aspects de la vie institutionnelle : des moyens divers sont mis en place pour

soutenir l'équipe de base, lui permettre d'affronter les angoisses psychologiques, mais il reste établi que les instruments centraux de la mutation structurale se situent dans les salles de psychothérapie.

D'autres équipes revendiquent au contraire pour tous leurs membres, l'usage généralisé des instruments spécifiques de la psychanalyse, en particulier l'interprétation. L'institution se veut, à la fois, psychanalysée et psychanalytante. La formation professionnelle des adultes prétend y concourir mais aussi la dynamique interne du groupe, sa visée curative, étendue à tous, tandis que s'effacent les catégories professionnelles et même l'écart soignants-soignés. Il y aurait beaucoup à dire sur ce que devient en pareil cas la psychanalyse. Retenons seulement que la fonction éducative - au sens large ou dans ses différenciations - se dissout dans l'hypertrophie submergente du repérage du sens et de son maniement itératif.

En contradiction avec l'une et l'autre de ces orientations, pour nous la cure comporte à la fois une "dimension éducative" qui repose sur l'engagement direct, le soutien apporté à l'enfant, l'ouverture à de nouvelles expériences, et une dimension "psychothérapique" appuyée par la compréhension et l'élaboration des investissements mutuels selon les divers plans qu'autorise une approche dynamique d'orientation psychanalytique.

La partie se joue dans le lien dialectique établi entre ces deux dimensions sans qu'il y ait entre elles rupture ou confusion.

Une place entière est donc faite aux non-psychanalystes, du côté éducateurs, des enseignants, des spécialistes du langage ou de la psychomotricité, de façon que tous les membres de l'équipe, quelle que soit leur fonction, soient en mesure de contribuer pleinement à l'évolution du processus curatif. Il n'y a pas d'un côté un personnel chargé seulement d'organiser la vie de l'enfant et d'aider à son éducation tandis que d'un autre côté des spécialistes appuyés sur ce cadre, réaliseraient des approches individuelles, seules dénommées psychothérapies. Il n'y a pas non plus opposition entre un support de type éducatif et un processus d'une autre nature qui se déroulerait à distance dans le cadre ainsi délimité. Toutes les personnes vivant dans l'institution sont engagées dans le déroulement de la cure, de la façon la plus complète, pour ce qu'elles sont et pour ce qu'elles font.

Ceci, souvent confirmé, repose sur la remarque que l'enfant tend spontanément à investir un éducateur, un instituteur autant qu'un "psychothérapeute", surtout quand cet enfant entre dans la pathologie grave que nous envisageons ici. Plutôt que de s'obstiner à le diriger trop tôt vers un box de psychothérapie, mieux vaut rechercher les moyens permettant d'établir et de soutenir un lien qui sera exploité dans une visée curative.

Sous cet angle, les échanges éducatifs et pédagogiques deviennent les instruments privilégiés de médiations psychothérapeutiques. Celles-ci feront l'objet d'une analyse de la part de l'ensemble de l'équipe pour appuyer, par exemple, un éducateur particulièrement engagé auprès de l'enfant, mais aussi pour reconnaître les conséquences d'un tel investissement en d'autres points de la trame thérapeutique. La réflexion porte sur la recherche des significations, l'appréciation des facteurs dynamiques, elle tend à assurer une régulation de l'économie du processus. Toute rencontre, qu'elle soit éducative, pédagogique ou rééducative, peut être orientée vers la compréhension de ces éléments et leur intégration.

Ce qui introduit la dimension psychothérapeutique, ce ne sont donc pas les instruments techniques, codifiés par avance ("le maternage", "la pédagogie curative", etc...) mais l'usage qu'on en fait ; autrement dit, une méthode de jeu ou d'éducation devient féconde lorsqu'elle permet à l'équipe de mesurer comment l'enfant, à travers des activités proposées, accède à une rencontre, structure ou relation, exprime une demande toujours composite. On ne s'enferme donc jamais dans un cadre prédéterminé et les supports les plus divers, eux-mêmes objets de réaménagement, viennent soutenir des modes d'échanges qui prennent, selon les instants, une signification différente.

Assurément, une place importante revient au psychanalyste dans la conceptualisation des mouvements de la cure, dans le repérage des zones d'ouverture et des points de blocage, quel que soit le niveau où ils se dessinent, mais les non-psychanalystes se révèlent souvent très sensibles aux aspects les plus dynamiques de leur propre engagement et réceptifs à l'influence exercée par un autre adulte ou par un autre enfant qui vient occuper, à un moment donné, une place privilégiée dans la trame institutionnelle. L'équipe, dans son ensemble, accède ainsi à une perception globale des principaux modes de liaison et de relation, de manière à assurer la convergence des lignes de force et à appuyer les mouvements favorables à l'unification de la personnalité de l'enfant que

La multiplicité des intervenants (M. BAUER, 1978, 1980, 1981) pourrait menacer. Une telle menace est déjà incluse dans les traits spécifiques de la psychose ; c'est dire l'attention portée à ce problème et la prudence avec laquelle sont discutées les indications d'une approche partielle systématisée, qu'elle soit psychothérapique ou rééducative. Ainsi, une psychothérapie individuelle venant à son heure reste liée au processus curatif et contribue justement à unifier les transferts partiels. De même, si les indications d'une rééducation instrumentale sont peu nombreuses et posées, le plus souvent, à un stade déjà avancé de la cure, il ne faut pas en négliger les apports spécifiques (cf. MISES, 1970 et 1978), par exemple celui des thérapies à médiation corporelle, face à des enfants qui ne peuvent longtemps offrir qu'un corps morcelé. Plutôt que d'appréhender leur vécu comme un "langage" du corps réduit par la grille d'une théorie linguistique, il importe de reconnaître comment le thérapeute se trouve impliqué lui-même dans la maîtrise de ses propres états intérieurs, à un niveau spécifique, à travers un engagement tonique, postural, par où ses interventions se situent en deçà du langage et en cela offrent une médiation de très grande valeur. Cet abord sera réintégré dans le champ du langage, notamment dans les échanges au sein de l'équipe où il apparaîtra, de surcroît, que le rééducateur n'a pas le privilège de cette proximité avec les angoisses que suscite le corps de l'enfant.

La trame institutionnelle ainsi offerte, sans être "jamais achevée ni fixée" dépasse donc, de loin, la référence à un "lieu" défini par ses composantes ou sa forme extérieure ; elle s'éloigne également d'un "cadre" préalablement délimité, comme celui de la cure orthodoxe.

Cet ensemble, spatialisé, emprunte une large part de sa fonction psychothérapique à sa mobilité, à ses polarisations multiples ; il se prête ainsi à l'avènement de moments, d'espaces, ouverts à l'élaboration des temps forts de la cure, dans un climat offrant une sécurité suffisante. Les travaux de WINNICOTT permettent la conceptualisation des mouvements féconds où naît, s'affirme, la continuité d'existence à travers les expériences vécues qui remplissent créativement l'espace potentiel.

Sans assimiler les conditions de la cure à celles du développement habituel de l'enfant, on reconnaîtra que les mouvements vers l'individuation d'un sujet à composante psychotique impliquent que l'illusion créative assure l'appréhension d'une réalité extérieure, apportée dans un cadre fiable. L'adulte ne



prendra forme, ne sera investi, que dans la mesure où il saura répondre à la capacité personnelle de l'enfant d'accéder peu à peu à ce qui répond, toutes proportions gardées, au registre de la créativité primaire. Cette mise en place et l'expérimentation consécutive, ne sont réalisables que si autrui se situe là où il est attendu, au moment opportun, la répétition devant apporter les vérifications indispensables.

C'est seulement quand la trame institutionnelle aura établi les conditions de cette expérience partagée dans le réel que les mouvements instinctuels s'exprimeront dans leur plénitude, mettant en jeu les pulsions destructrices maximales. Le champ du fantasme, distinct du réel, peut alors se déployer en même temps que s'affirme l'utilisation des symboles. La survivance des substituts maternels aux attaques destructrices dirigées contre eux ouvrira vers leur reconnaissance en tant qu'objets entiers, sous réserve que dans la réalité, ils résistent effectivement aux attaques. La voie s'ouvre alors aux tentatives de réparation des dommages infligés fantasmatiquement au corps maternel.

On rencontre, surtout en internat, un problème difficile, qui relève de la succession autour de l'enfant de plusieurs adultes, tout au long de la journée, d'où la menace accrue d'une discontinuité dans "le processus de soins maternels". C'est dire l'importance des rencontres qui visent à harmoniser les différentes approches. Les aménagements doivent permettre que la diversité des expériences vécues reste compatible avec l'accès de l'enfant à la continuité d'existence. Lorsque la trame institutionnelle est en mesure d'assurer ces articulations, elle permet la mise en place des supports, des repères primordiaux, de façon que, dans les aires de créativité, à la fois "ouvertes et délimitées", viennent se déployer les expériences diversifiées qui confirment la maîtrise progressive des moyens et des catégories nouvellement acquises.

L'accès à ces positions primordiales, s'il ne mérite pas d'être découpé dans la chronologie d'une cure, a cependant une importance décisive, notamment chez certains enfants qui ne disposent pas d'emblée des moyens de s'appuyer sur les rudiments d'une activité ludique.

Or, tout au long du mouvement qui ouvre sur la personnalisation, sur la mise en place des instruments de la vie psychique, sur l'ouverture à la relation d'objet, de telles références introduisent déjà à part entière l'éclairage psychanalytique, avec les notions de soutien, maintenance, contenance, et d'espace potentiel. L'éducateur engagé dans ces expériences se situe donc lui-même, pleinement, dans le registre d'un processus curatif. De surcroît, les phénomènes de niveau primordial se relient eux-mêmes à d'autres aspects de la cure, pris dans la dialectique objet partiel - objet total, ou nés dans l'ouverture de la position dépressive centrale vers une triangulation. Les points d'ancrage les plus avancés, du côté de l'émergence oedipienne, doivent être très tôt reconnus et intégrés ; ils se dessinent dans le discours des éducateurs lors des réunions d'équipe ou dans les fantasmes parentaux bien avant d'être assumés par l'enfant. La présence, au sein des petits groupes, de sujets offrant des structures psychopathologiques diversifiées, intervient dans le même sens, par la dimension névrotique affirmée de certains d'entre eux. Si fragiles soient-ils, ces jalons assurent une décentration par rapport aux itérations psychotiques, tandis que la fonction de référence du psychanalyste s'en trouve mieux assise à travers les réunions d'équipe.

Par conséquent, si l'on est en droit de reconnaître au processus curatif deux versants, l'un orienté vers le soutien, la mise en place des moyens d'une rencontre, l'autre vers l'élaboration interprétative des mouvements transférentiels et contre-transférentiels, il n'y a pas lieu, pour autant, de rattacher le premier à une fonction liée étroitement au cadre ou à l'action éducative, le second seul ayant valeur de psychothérapie : dès les premiers instants où s'ébauche "le cadre" dans sa fonction dynamique, tandis que se dessinent les expériences ouvrant vers l'individuation, la partie se joue déjà dans le lien dialectique qui unit les deux plans. Déjà, l'approche de l'éducateur - aussi prise qu'elle apparaisse dans un échange duel encore fragile - s'inscrit dans une problématique ouverte, sur le plan symbolique et imaginaire, du côté de points d'émergence qui seront pris en compte en anticipant sur les virtualités de l'enfant. Réciproquement, au moment où le processus sera ordonné par l'élaboration des ancrages de niveau oedipien, la place que prennent alors les phénomènes transférentiels et contre transférentiels nés dans ce registre ne saurait faire négliger la fonction persistante de maintenance qui reste assurée par la trame institutionnelle.

\* \* \* \*

A cette esquisse des principes, ajoutons quelques précisions sur les moyens mis en forme peu à peu dans les réunions et les rencontres informelles qui rythment la vie de l'institution.

a) La prudence s'impose au psychanalyste, de façon que les notions et les modes de théorisation issus de la psychanalyse laissent le champ ouvert à d'autres formes de conceptualisation au sein de l'équipe. En effet, que ce soit pour faire état de sa propre expérience ou pour s'associer à celle d'autrui, chacun doit être en mesure de prendre la parole avec naturel et spontanéité, en utilisant le langage qui s'accorde le mieux à sa pratique. Ceci assure la fécondité d'une élaboration secondaire en commun où l'on tend, certes, vers l'articulation des différents plans, à leur intégration, mais sans perdre de vue les différences de niveau et de perspective. Si le danger de morcellement est redoutable, ne le serait pas moins celui d'un nivellement menant à la réduction massive au modèle psychanalytique. La fonction intégrative du processus inclut donc la persistance d'hétérogénéité, y compris du côté des psychanalystes : sur ce terrain, les oppositions de tendances, voire d'écoles, lorsqu'elles évitent les clivages irréductibles, peuvent se révéler fécondes en favorisant les confrontations dans un domaine où les incertitudes tiennent encore, aujourd'hui, plus de place que les vérités acquises.

Sur ces bases, un langage commun prend forme, sur une aire de plus en plus étendue, en même temps que s'affirment les identifications mutuelles, notamment dans l'assimilation progressive des modes de conceptualisation utilisés par autrui. Initialement, le psychanalyste est porté à utiliser de façon prioritaire les instruments théoriques nés dans la pratique individuelle de la psychanalyse, tandis que les éducateurs, pris dans une expérience avec un enfant, s'appuient volontiers sur la comparaison avec les attitudes, les comportements significatifs d'autres enfants qui ont fait l'objet, préalablement, de discussions au sein de l'équipe. Ils réintroduisent l'élément vécu, en lui laissant une part prépondérante dans l'essai de conceptualisation.

Lorsque dans l'ajustement de ces approches un équilibre satisfaisant est atteint, d'ordinaire après un assez long travail en commun, de tels écarts féconds ne s'effacent pas ; mais le psychanalyste, à son tour, s'appuiera sur l'évocation de séquences chargées à la fois d'affects et de sens, tandis que

Les éducateurs, réciproquement, introduisent dans leur système notionnel des notions théoriques empruntées à la psychanalyse et qui, bien intégrées, sont utilisées de façon spontanée.

Comme on le voit, on est très éloigné ici d'une perspective où le psychanalyste est appelé à "traiter l'équipe". Si des bénéfiques personnels non négligeables naissent de l'engagement dans un échange de cet ordre, ils ne vont pas uniquement des psychanalystes vers les autres : les premiers y trouvent tout autant des sources d'enrichissement. C'est par là qu'à l'instauration d'une fiabilité suffisante entre l'éducateur et l'enfant, fait pendant le climat de confiance mutuelle indispensable aux rencontres de l'équipe, de façon que s'ébauchent, également sur ce plan, des temps propices à la délimitation d'aires de créativité. Une telle référence ne résume pas tous les modes de fonctionnement, mais, sous quelque angle qu'on l'envisage, ce dispositif doit bien assurer les apports narcissiques indispensables à la cohésion de fond : la persistance d'idéaux différenciés se révèle alors compatible avec la participation à un projet commun, source à son tour, de gratifications.

b) Dans ce contexte, la forme du travail en équipe est orientée par la nature des troubles de l'enfant et par la position qu'il occupe, selon les instants, sans que s'efface une appréhension globale où d'autres virtualités sont déjà inscrites comme nous y avons insisté.

Lorsque prédominent les difficultés de la rencontre et de l'échange duel, l'équipe aide à soutenir l'illusion anticipatrice, en instituant un appui direct à l'éducateur engagé qui se trouve soutenu par l'identification, très proche, de tel ou tel, et, plus largement "réanimé" par la fantasmatisation, la symbolisation introduites au sein du groupe. Cet apport est indispensable dans l'approche d'enfants enfermés dans une position autistique ou isolés par des mécanismes massifs qui mènent toutes les tentatives de rencontres vers des itérations sans fin.

Cependant, l'ouverture progressive à une expérience vivante et créative ne résulte pas seulement des aménagements introduits au sein même de la relation duelle. Cette ouverture se relie aussi à l'existence d'un tiers référent par où se réalise très tôt une décentration, un pôle d'émergence et d'élaboration. Le psychanalyste exerçant une responsabilité institutionnelle est conduit, de

façon prioritaire, à tenir cette place où il s'affirme garant de la Loi. A la fonction d'intégration, il ajoute encore une fonction protectrice, vis-à-vis des émergences destructrices auxquelles l'éducateur, dans ce contexte, est particulièrement exposé, auprès de l'enfant mais aussi au cours des réunions ou les clivages se transposent inévitablement. Cependant, le psychanalyste n'a pas l'exclusivité de cette place ; par son écoute, ses interventions, toute autre personne est en mesure d'offrir cette relation de référence, vectrice des désenclavements.

A un stade plus évolué, parfois d'emblée avec certains enfants, cette référence tierce devient ouvertement prévalente tandis que s'enrichissent les médiations prises dans un mouvement créatif. Devant un matériel abondant, significatif, où se dessinent les mouvements transférentiels persistants et des conflits mieux différenciés, le psychanalyste peut être tenté de réintroduire les instruments qu'il emploie dans une psychothérapie individuelle. Il s'en défendra pour les motifs suivants :

Il ne dispose pas des moyens qui lors d'un engagement psychothérapique direct, permettent de saisir tous les paramètres, notamment dans leur économie ; il ne se situe pas non plus dans une situation de supervision, car ni la demande ni la position de l'équipe ne sont celles d'un thérapeute qui s'appuie sur les seuls instruments de la psychanalyse : forcer dans cette direction porterait atteinte à l'équilibre du groupe et à la nature des rapports interpersonnels précédemment établis.

Enfin, compte tenu des manques, des hiatus, il convient de ne pas accentuer la recherche des significations ou l'élucidation à court terme des phénomènes d'ordre transférentiel. Confronté à des situations floues, le psychanalyste saura attendre que du groupe émergent les indications utiles.

On n'oublie pas que les remaniements féconds s'inscrivent dans un continuum assez lâche, réfractaire aux intrusions, y compris les mieux intentionnées. S'orienter principalement vers le maniement des significations latentes irait donc à l'encontre du processus de base, en introduisant une rupture relativement aux principes de la cure. Au contraire, le psychanalyste exprime son identification au soignant en faisant éprouver qu'il est capable, lui-même,

d'attendre la survenue des moments féconds, sur ce fond où "il accepte une séquence de pensée sans lien, sans supposer l'existence d'un fil conducteur" (WINNICOTT).

Lorsque vient le temps de l'intégration, la valeur en sera accrue de toutes les composantes qui rassemblent alors le groupe dans un rapprocher où l'on discerne à la fois les effets de surprise, le plaisir partagé, le renforcement de la cohésion dans un climat de confiance, tandis que l'illusion créatrice ébauche de nouvelles ouvertures.

c) La place de l'interprétation se discute sur ces bases : telle qu'on la conçoit dans la cure psychanalytique, elle n'est pas transposable au niveau de l'institution. Certes, chacun s'exprime ici avec l'enfant bien avant qu'il ne parle lui-même, au sein des groupes où la liberté de parole est totale ; et il est indéniable que certaines formulations visent alors à éclairer le sens latent, à articuler les temps disjoints, à utiliser parfois les effets transférentiels. Mais on a déjà souligné l'écart qui résulte pour le psychanalyste de l'emploi de ses instruments habituels dans une situation différente de celle de la psychanalyse proprement dite, dans la mesure notamment où il ne peut ressaisir, dans leur plénitude et leur complexité, des mouvements transférentiels distincts eux-mêmes du transfert, au sens étroit du terme.

Du côté de l'"éducateur", les interventions mobilisatrices, les réponses à l'inconscient de l'enfant naissent principalement, on vient de le voir, de l'emploi judicieux de ses instruments propres, à travers les infléchissements de l'attitude, la qualité de la présence. Il est conduit ainsi à développer ses ressources personnelles, à instaurer des médiations originales. Ses capacités créatives restent les meilleurs garants de sa réussite.

Ces éléments spécifiques déterminent l'écart dans l'utilisation des interventions verbales, dans l'un et l'autre registre, même si des similitudes importantes existent ; car le psychanalyste, notamment au cours des psychothérapies d'enfants, se trouve, autant que l'éducateur, engagé dans son corps, ses sentiments, et pris pour une part dans l'agir. Entre eux, les différences se dessinent en ce que le psychanalyste est appelé, de façon fondamentale, à créer par le langage les moyens d'une élaboration dans le hic et nunc, alors que chez l'éducateur, les capacités créatives orientent, au cours des

expériences vécues, vers une adaptation sans cesse renouvelée de ses modes d'échanges, de ses médiations spécifiques. Soulignons cependant que les principes de la cure ne lui interdisent pas l'accès à d'autres voies : aucun obstacle n'est mis à ses interventions verbales sous les formes qui naissent naturellement, et l'on imagine d'ailleurs aisément le danger qu'il y aurait pour lui à se retenir, à se voir fermé l'accès à un domaine réservé. Les éducateurs parlent donc à l'enfant, à sa famille, aux autres membres de l'équipe. Certaines de ces interventions vont loin, sans rompre la dynamique du processus, sans introduire une confusion entre les plans, sans faire perdre de vue la spécificité de leur pratique.

d) Les crises institutionnelles sont inhérentes au processus lui-même. Elles s'expriment sous des formes changeantes, touchant un pavillon, puis un autre, tantôt stagnantes, tantôt vite résolues. Les aspects apparents ne permettent guère d'en mesurer la gravité ni d'en saisir tous les paramètres. Aussi, d'une façon générale, faut-il les aborder avec discernement, ne pas chercher à les réduire à tout prix par l'exercice d'une maîtrise qui, s'inscrivant contre le processus de base, ne ferait qu'aggraver les menaces de rupture.

On se rappellera que dans la cure des psychoses, les divisions à l'intérieur d'une équipe reflètent parfois le clivage bon objet-mauvais objet : en dépit des affrontements, si le groupe conserve alors assez sa cohésion fondamentale, il facilitera à l'enfant l'élaboration des phases schizoparanoïdes grâce à l'appui qu'il trouve dans le même temps, en secteur, à travers la relation établie avec une image maternelle, capable de résister à ses attaques et à celles d'une partie du groupe.

De façon plus large, l'existence des crises a au moins l'avantage d'exprimer l'absence d'une unification mortifère : on sait que le psychotique n'a pas accédé aux conflits sous une forme évoluée, il importe donc d'en aménager les espaces et d'en admettre l'émergence au sein de l'institution. Parallèlement, on échappera à la délectation trouvée dans les conflits stériles en ouvrant des issues et des temps d'élaboration, appuyés sur une référence à la Loi qui ne saurait être éludée. Souvent, les problèmes personnels - ou de personnes - semblent au premier plan, alors que nos moyens écartent "le traitement" de

l'équipe sous une forme globale ou individuelle (1). Les tentatives d'explication, en face à face ou en petit groupe, sont ici d'une efficacité limitée, aussi la temporisation s'impose-t-elle de façon que les phénomènes observés soient repris dans une vision élargie, en pointant leurs conséquences sur les différents niveaux de la trame institutionnelle où, avec les enfants, d'autres adultes se trouvent également impliqués. L'élucidation se déplace ainsi vers des rapports interpersonnels diversifiés qu'on a le loisir d'examiner avec nos moyens habituels, au lieu de rester focalisée sur un adulte dont l'histoire et la vie privée ne sauraient être soumises à des approches intrusives. Enfin, le déplacement du centre de gravité aide à faire reconnaître, parmi les facteurs intriqués, le poids des interréactions préalables au sein du groupe, l'influence souvent notable des insuffisances matérielles et des défauts d'organisation (2).

Nous allons voir maintenant comment l'intégration des parents dans la cure joue, parallèlement, dans la réduction des affrontements répétitifs et des enclavements.

Les relations avec les parents tiennent une place importante dans l'évolution du processus curatif. Pour cela nous nous appuyons sur l'interpénétration de l'institution et du milieu socio-familial, sur lequel nous avons insisté plus haut.

---

(1) En contrepartie, l'attention portée au recrutement et l'existence d'une période probatoire aident à l'admission de candidats présentant les aptitudes souhaitables. Ces mesures concernent tous les membres de l'équipe, sauf les instituteurs qui sont désignés directement par les services de l'Education Nationale.

(2) Le processus psychathérapique est envisagé ici sous un éclairage qui fait une place prépondérante aux aspects dynamiques ; notre réflexion ne néglige pas pour autant la prise en compte des conditions économiques, matérielles, statutaires. On pourrait consacrer à des problèmes de longs développements ; nous y avons nous-mêmes bien souvent insisté.



Sauf contre-indication, généralement temporaire, les contacts sont favorisés sous diverses formes, allant de la relation épisodique à la mise en oeuvre d'une psychothérapie plus ou moins systématisée.

Dans tous les cas, ce qui se joue du côté des parents s'articule avec les éléments dynamiques pris dans la trame institutionnelle proprement dite, dont on voit qu'elle s'élargit à un dispositif étendu. L'objectif consiste, pour le moins, à éviter les intrusions, les ruptures provoquées par les parents, au mieux à les intégrer dans le processus curatif où deux pôles entrent alors en inter-relation dialectique, les vecteurs dynamiques étant relancés tantôt à partir de l'enfant, tantôt à partir des parents.

Dans les cas où les progrès se manifestent sur les deux registres, il serait hors de propos de chercher à préciser "d'où cela provient". D'ailleurs, indépendamment des mutations en profondeur, les effets, favorables ou défavorables, se dessinent le plus souvent en différents points de cette trame élargie.

Notre souci, constant, de faire participer l'ensemble de l'équipe à la psychothérapie, s'exprime également sur ce plan. A cet effet, si les cures individuelles menées éventuellement auprès des parents et en particulier auprès de la mère sont effectuées par des psychanalystes, il demeure qu'une place importante est faite aussi aux éducateurs, aux enseignants, aux travailleurs sociaux qui participent, par exemple, à des groupes de parents réunissant plusieurs couples de façon régulière. Une réunion, plus significative encore, est basée sur la rencontre des membres d'une famille et de tous les praticiens qui ont la charge de leur enfant ; à ce niveau, on aborde aussi bien les problèmes actuels, pratiques, que le registre de l'histoire et du sens. Enfin, à travers les rencontres épisodiques, se développent parfois des relations privilégiées entre les parents et un éducateur ou un enseignant, d'où naissent de nouvelles médiations.

Les parents ne sont donc plus seulement présents dans l'institution de façon fantasmatique, ils y entrent réellement, et l'écart qui se dessine de cette manière entre fantasme et réalité acquiert une valeur correctrice, à la fois pour eux et pour nous. Ceci redouble en quelque sorte la mise à l'épreuve du réel que l'on valorise, d'un autre côté au niveau des activités quotidiennes (E. ZUCMAN). Cette confrontation favorise beaucoup chez l'éducateur la prise

de distance, dans ses mouvements spontanés d'identification à l'enfant, mouvements qui comportent on le sait une projection sur les parents des imagos les plus archaïques : l'appréciation objective de leurs problèmes réels aide à reconnaître les diverses facettes de leur personnalité. Naturellement, les réunions de l'équipe permettent une élaboration en commun du matériel recueilli à ces différents niveaux, que ce soit en internat ou en hôpital de jour.

C'est dans ce contexte que se discute parfois l'application à l'enfant, à l'un des parents, d'une cure systématisée, qui requiert d'ordinaire la maîtrise préalable des paramètres essentiels ; mais cette règle appelle quelques correctifs. En effet, l'enlèvement du processus curatif peut être corrigé à partir d'une approche centrée de façon privilégiée sur les parents lorsqu'ils sont à l'origine des blocages, et ceci à un moment où l'enfant n'est pas encore en mesure de bénéficier lui-même d'une psychothérapie psychanalytique.

Dans les considérations ici avancées, sans minimiser les risques d'enlèvement et d'échec, l'accent a été mis délibérément sur les principes et moyens qui semblent permettre de rendre curatif le travail institutionnel.

Ce mode de présentation reflète sans doute le fond de confiance partagée et d'illusion anticipatrice où chacun de nous prend part, quel que soit le moment de son engagement dans cette expérience, désormais commune, où l'accord sur les orientations de fond n'exclut pas la diversité.

QUATRIEME PARTIE



## CHAPITRE XV

### CONCLUSIONS GÉNÉRALES

Le présent travail s'inscrit dans une entreprise de longue haleine, fondée sur la conviction que l'étude des troubles et retards du développement cognitif peut apporter une contribution majeure à la compréhension du développement et du fonctionnement du psychisme humain. Il faut pour cela rompre avec un certain nombre d'illusions théoriques, traduites et confortées par des pratiques erronées, et procédant d'obstacles épistémologiques dont la pensée contemporaine commence à s'affranchir.

Une telle étude ne peut plus et ne doit plus se cantonner dans les limites d'une "défectologie" qui range les êtres humains en cause dans une catégorie à part, où les phénomènes obéiraient à des lois qui leur seraient propres, et qui seraient radicalement autres que celles qui prévalent pour le "normal". Il n'est pas bien difficile de percevoir ce qu'une telle position a pu exprimer d'attitudes sommairement défensives, par où des intellectuels, qu'ils fussent médecins ou psychologues, praticiens ou chercheurs, commençaient par affirmer vigoureusement la radicale altérité de "pauvres d'esprit", infirmes quant à ce qui définit précisément à ses propres yeux l'intellectuel. Si l'on s'affranchit de cette attitude défensive, si l'on admet que les troubles et retards du développement intellectuel traduisent un jeu particulier de lois fondamentales du développement et du fonctionnement, on se trouve vite conduit à remettre en question deux autres postulats des conceptions classiques. Le premier concerne l'origine des troubles. On est en effet conduit à admettre que ces troubles peuvent exprimer des anomalies de l'organisation fonctionnelle du psychisme lui-même : on admet de rechercher la compréhension dans le psychisme, là où les théories classiques la recherchaient dans des causes qui lui soient extérieures : l'organisme ou la société. Autrement dit, on ne peut plus se contenter de dire que telle personne fonctionne intellectuellement à tel niveau, selon telles modalités, parce que son cerveau ou ses conditions sociales l'y obligent, l'explication s'arrêtant là ; il faut admettre qu'il s'est construit ainsi, en tant que système de fonctionnement cognitif, sous ces conditions ; mais les conditions étant posées, l'explication reste à rechercher dans l'histoire de la construction de cette structure et dans l'analyse de son fonctionnement actuel. L'essentiel du travail est alors

conduit au niveau des phénomènes psychiques eux-mêmes. Ceci vaut, bien entendu, pour tout être humain, y compris chez ceux qui présentent des troubles et retards du développement.

Un second postulat classique tombe alors : celui qui posait l'intelligence comme un système distinct, envisagé isolément du reste du fonctionnement psychique. Certes, la vieille "psychologie des facultés", qui traitait dans des chapitres distincts de l'attention, de la mémoire, de la volonté, de l'intelligence, et à la rigueur de la personnalité, est désuète depuis bien longtemps. Mais, sous des formes plus subtiles, l'illusion a pu se reconduire, dans la mesure où l'on a hypostasié en distinction de réalités ce qui est d'abord différenciation de méthodes. Les travaux de l'école piagétienne en fournissent un bon exemple. En plus d'un demi-siècle, PIAGET et ses élèves ont considérablement fait progresser nos connaissances sur des processus cognitifs considérés dans la logique interne de leur développement et de leur fonctionnement. L'ampleur et l'unité des conceptions ainsi élaborées pourraient donner à penser que, au sein du psychisme, ces processus constituent un isolat. Ce serait tout à fait contraire à la pensée de PIAGET lui-même, qui affirmait volontiers construire une épistémologie génétique et non pas une psychologie ; il prenait d'ailleurs soin d'ajouter qu'il parlait toujours du "sujet épistémique" et non pas du "sujet réel", autrement dit qu'il décrivait des systèmes d'opérations de connaissances et non pas des personnes. Il est en effet de bonne méthode de procéder à de telles délimitations ; il est clair cependant qu'il ne faut pas réduire toute la réalité à sa partie ainsi décrite. PIAGET lui-même concédait volontiers qu'en fait la personne réelle intègre le fonctionnement cognitif dans une structure de fonctionnement psychique beaucoup plus large ; qu'il désignât le reste comme "l'affectivité" et n'eût sur ce reste que des idées vagues, on ne saurait lui en tenir rigueur, car, précisément, ce n'était pas son objet d'étude. Poser en principe que l'intelligence est dans la personnalité, et non pas à côté, ce n'est donc nullement faire fi de l'apport de tous ceux qui travaillent dans cette voie, c'est simplement aborder le problème à son maximum d'extension ; ceci appelle d'autres méthodes et suppose d'autres arrières-plans théoriques. En ce qui nous concerne, les méthodes couvrent un éventail qui va des instruments de l'approche épidémiologique ou sociologique à ceux de l'analyse clinique ; quant aux arrières-plans théoriques, nous les empruntons à une théorie générale du fonctionnement psychique et de sa genèse qui fait une place importante à l'éclairage psychanalytique.

En une telle extension du champ, on risque de perdre en précision ce qu'on gagne en ampleur. Les deux études ici présentées se veulent une étape dans cette visée. Elles sont bien différentes l'une de l'autre et, ainsi que nous l'avions souligné en avant-propos, cette différence s'est accentuée de la logique propre au développement de chacune. Si nous avons cependant choisi de les présenter dans le même volume, c'est pour réaffirmer l'unité de la visée d'ensemble qui les soutient, sur les grandes lignes que nous venons de rappeler.

Nous résumerons rapidement les principales conclusions acquises par ces deux études.

La première est de type extensif. Elle a porté sur un très large échantillon, c'est-à-dire 2.000 enfants de 2 à 6 ans vus à l'occasion de consultations de la Protection Maternelle et Infantile. On a recueilli un certain nombre de renseignements sur les conditions de vie de ces enfants et procédé à un certain nombre d'examen : un test de vocabulaire a été appliqué à tous, et réappliqué à larges intervalles à certains d'entre eux, jusqu'à quatre fois de suite. Nous avons pu ainsi combiner analyse en coupe transversale et analyse longitudinale. En outre, près de 500 de ces enfants ont été vus avec une épreuve non-verbale d'activités catégorielles et pré-catégorielles, qui a permis de poser le problème des différences entre les modalités du développement cognitif où le langage est instrumental et celles où il ne l'est pas.

Les conditions de réalisation de cette étude, dans des communes de la banlieue sud de Paris, étaient telles que cet échantillon comprend 50 % d'enfants de familles immigrées de diverses origines. Cette circonstance a permis des analyses dont les conclusions ont été rassemblées et discutées dans le chapitre X ; nous nous contenterons ici de rappeler un fait essentiel, qui peut être énoncé de façon fort simple. On constate, vers 3 ans ou 3 ans et demi, des différences extrêmement nettes, en fonction des conditions de vie, quant au niveau du vocabulaire dont disposent les enfants. On a toutes raisons de penser qu'en fait il s'agit de différences qui, beaucoup plus généralement, concernent la "compétence linguistique", c'est-à-dire la disponibilité du langage, l'aisance dans l'expression personnelle et la communication, la maîtrise des processus de pensée dont le langage est l'instrument. Ceci certes n'est pas nouveau et ne saurait surprendre : bien des études antérieures ont mis en évidence ces liaisons entre conditions sociales et acquisition du

langage. Mais nous avons montré, de plus, qu'en moyenne, les différences ainsi créées persistent avec une stabilité remarquable tout au long de la première enfance : la hiérarchie des niveaux en vocabulaire des différents groupes subsiste inaltérée jusqu'à l'entrée à l'école primaire. Cependant, tous ces enfants vont à l'école maternelle très tôt : 80 % y entrent avant 3 ans 3 mois, et la quasi totalité la fréquentent après 4 ans. L'école maternelle, on le sait, attache un grand soin à la pédagogie du langage : on aurait pu penser que ceci permettrait de compenser les handicaps initiaux ; il n'en est rien en moyenne. Il faut insister sur ce dernier point : certes, certains enfants bénéficient de cet apport au point de rattraper leur handicap initial ; mais pour une proportion égale d'autres, ce handicap au contraire s'aggrave, tout se passant comme s'ils se trouvaient irrémédiablement distancés par les autres. On peut craindre qu'en effet ce soit irrémédiable. Les enfants de familles immigrées abordent le cours préparatoire avec un vocabulaire qui, toujours en moyenne, est celui d'un enfant de 5 ans ; 15 % des enfants de familles maghrébines l'abordent avec un niveau en vocabulaire inférieur à 3 ans et demi ; la moitié des enfants de familles françaises dont les parents exercent des professions très peu qualifiées disposent à ce moment, quant à eux, d'un vocabulaire inférieur à 4 ans et demi... Ceci de toute évidence constitue un handicap considérable dans l'acquisition de la langue écrite. Certes, les maîtres sont en général conscients de l'origine extrinsèque de ces handicaps ; ceux-ci n'en sont pas moins bien réels. Au-delà d'ailleurs des difficultés instrumentales, c'est la position de l'enfant qui risque de s'en trouver marquée, une position de malaise vis-à-vis de toutes les relations et de toutes les entreprises qui supposent l'usage de la langue : au premier chef les relations avec le maître et les acquisitions scolaires. Dès lors, la probabilité est bien plus grande pour ces enfants que pour d'autres de voir le maître, faute de moyens d'action, se résigner à la lenteur des progrès. Après un redoublement du cours préparatoire, l'enfant risque fort alors, soit de se voir condamné à un échec scolaire irrattrapable, soit de passer dans la filière des classes spéciales ; nous avons montré (chapitre IX) que l'opinion du maître est déterminante dans cette décision. De fait, l'enfant est dès lors inscrit dans un destin d'échec. Pourtant, dans la zone des âges préscolaires que nous avons étudiée, les résultats au test non verbal conduisent à des constats totalement différents, les variations en fonction des conditions de vie sont minimales ou nulles. Sauf conditions défavorables extrêmes, les possibilités intellectuelles sont en moyenne parfaitement normales dans les



différents groupes étudiés ; mais ceci risque de rester fâcheusement méconnu et inexploité par un système scolaire qui fait jouer aux possibilités linguistiques un rôle déterminant.

Il est essentiel ici d'éviter le malentendu : l'échec scolaire n'est pas forcément signe de déficience intellectuelle ; inversement, le destin d'échec dont nous venons d'esquisser les voies ne fait pas forcément de l'enfant un déficient mental, bien entendu ; mais ce peut être le cas. Chez certains enfants en effet, on a tout lieu de penser que, le milieu familial et social prédestinant à l'échec scolaire, l'enfant, pris dans les statuts et les rôles de "celui qui ne peut pas", sera conduit à une évaluation bien pessimiste de ses propres possibilités. Comment mieux se prémunir contre les blessures de l'échec que de se cantonner défensivement dans une position où l'on se garde de tout engagement dans des tâches jugées a priori trop difficiles ? Les enseignants spécialisés savent la massivité de ces attitudes, et que la persistance de l'échec leur est souvent imputable, plus qu'à la limitation initiale des capacités intellectuelles. Cependant il n'est nullement exclu que chez certains enfants ce contre-investissement du fonctionnement intellectuel ne crée progressivement un retard généralisé, attesté finalement par de mauvais résultats aux tests dits d'intelligence eux-mêmes. Une partie de la population des Classes de Perfectionnement est certainement constituée d'enfants pris dans un tel destin. Le destin cependant, insistons-y, ne s'écrit pas tout entier de l'extérieur. Nous avons été conduits, dans cette étude, pour des raisons pratiques et méthodologiques, à mettre l'accent sur les facteurs d'environnement, au sens le plus sociologique du terme. Il ne faut pas méconnaître évidemment le poids des positions parentales et le jeu des identifications dans les remaniements structureaux qui fixent la déficience. Pour ceux des enfants qui suivent un tel destin, l'histoire est sans doute pour une large part écrite avant l'école et hors l'école ; celle-ci cependant vient lui donner forme dans des cadres sociaux auxquels il sera dès lors bien difficile d'échapper. De même, rien n'autorise à nier a priori le poids de déterminants héréditaires et d'éventuelles lésions organiques ; on sait cependant qu'au niveau des déficiences moyennes et légères il s'agit plus d'une clause de principe que de réalités vérifiables, dans la plupart des cas.

La seconde étude présentée dans ce volume est d'un type bien différent. Elle porte sur un échantillon restreint, de 175 enfants et adolescents représentant la totalité des cas pris en charge des les divers services de la Fondation

Vallée à Gentilly. Ces sujets présentent en général des troubles et retards graves du développement cognitif, pris dans le cadre de structures psychopathologiques très diverses ; les psychoses infantiles et les dysharmonies d'évolution de structure psychotique sont les cas les plus fréquents. Nous avons réalisé sur cet échantillon une enquête basée sur l'ensemble des dossiers individuels, très riches en informations (compléments et précisions étant cependant assez souvent demandés aux équipes soignantes). On a ainsi analysé les moments et les lieux du premier dépistage, les éléments des diagnostics initialement formulés, les filières suivies pour aboutir à la prise en charge par l'institution. Les informations relatives au séjour lui-même ont été considérées en ce qui concerne la symptomatologie et son évolution, les reformulations de diagnostic, les modalités adaptatives de l'enfant à la vie institutionnelle, les mesures éducatives et thérapeutiques mises en oeuvre et leurs effets. On a attaché un intérêt tout particulier à ce qui concerne la famille et ses relations avec l'enfant d'une part, avec l'institution d'autre part ; ceci a été réanalysé de façon plus détaillée sur un sous-groupe de 40 cas de psychoses infantiles.

Trois constats majeurs se dégagent de cette étude. Tout d'abord la confirmation d'une évidence : il serait dénué de sens, dans de tels cas, de prétendre analyser les troubles et les retards du développement cognitif sans les situer d'emblée dans le cadre des distorsions graves du développement de la personnalité qui affectent ces enfants. C'est sur cette évidence que se fondent nos travaux antérieurs et qu'ils continueront à se développer ; mais il est intéressant de la voir ici se confirmer au niveau d'une étude statistique d'ensemble. Le second constat concerne la pesée très probablement considérable des familles. Les familles incomplètes, le père étant souvent absent, dissociées, conflictuelles, à la structure mal définie et fluctuante sont fréquentes ; les conditions matérielles de la vie sont souvent insatisfaisantes ; la psychopathologie parentale, individuelle et de couple, frappe par sa fréquence et sa gravité. On a d'ailleurs l'impression que bien souvent ces parents ce sont eux-mêmes trouvés inscrits, dès leur enfance, dans un destin personnel que rappelle et en général aggrave celui de leur enfant ; l'idée de "lignées psychopathologiques" retrouve ici, affranchie d'implications héréditaires trop sommaires, une évidente valeur heuristique. Le troisième constat concerne la fréquence et la massivité des troubles et

retards du langage. C'est chez de tels enfants qu'on peut le mieux distinguer, par les troubles mêmes dont elles sont affectées, les trois fonctions du langage :

- la fonction d'expression.

Les émergences fantasmatiques, dans l'ordre du désir et dans celui de l'angoisse, passent bien plus volontiers alors dans l'attitude et le comportement que par leur mise en forme verbale. Il s'agit en effet de mouvements pulsionnels et relationnels en émergence très directe de processus primaires, et qui court-circuitent un travail de secondarisation en général fragile et lacunaire chez ces enfants.

- la fonction de communication.

L'effort thérapeutique et éducatif de l'institution vise à favoriser ce fonctionnement secondarisé : par la distinction des personnes et des modes de relation, par l'organisation d'une vie collective où, selon des règles claires, l'enfant est appelé à tenir une place, par une scolarisation adaptée, par diverses aides individuelles (psychothérapie, rééducation, etc...), toutes ces actions étant conçues et constamment réévaluées dans une visée d'ensemble. Il n'en reste pas moins que, dans beaucoup de cas graves, les formes de la communication verbale restent sommaires et affectées de lacunes importantes.

- la fonction d'instrument majeur des processus de pensée.

Les études que nous poursuivons par ailleurs montrent avec une évidence croissante que, sous des aspects majeurs, les troubles et retards les plus graves du développement cognitif sont à comprendre comme altérations des processus symboliques dont le langage est l'instrument. Pour ne prendre qu'un exemple simple, tel enfant peut être radicalement incapable de concevoir et nommer la classe des animaux parce que pour lui il est essentiel de séparer dans des zones distinctes de sa vie fantasmatique et cognitive, d'une part ce qui est dangereux, d'autre part les objets d'amour. On verra ainsi se regrouper le loup, le crocodile, les oiseaux, les couteaux, tous les objets piquants, qui coupent, taillent, pincent, écrasent, etc... ; et d'autre part les

nourours, animaux en peluche, friandises, possessions personnelles aimées, etc... Les basculements de l'amour et de la haine peuvent d'ailleurs provoquer dans ces séparations et ces rapprochements de mutations brusques. Il est bien évident que ce type de fonctionnement oblitère massivement l'accès à la pensée catégorielle et, au-delà, à la pensée logique formalisée.

Ainsi, dans cette seconde étude, on retrouve deux aspects déjà soulignés par la première : le poids de l'environnement, et plus particulièrement de la famille ; le rôle central du langage. Les différences sont évidemment considérables. Dans le premier cas, les évolutions déficitaires qu'on peut redouter restent en règle générale tardives, superficielles, et d'effet limité sur l'adaptation sociale et l'équilibre personnel. Dans le second cas, la construction personnelle est très profondément altérée, et souvent dès les origines dans les processus d'individuation. Ceci justifie amplement la prise en charge par des institutions différentes. Cependant, dans les deux cas, il y a lieu de redouter qu'un dépistage et une prise en charge trop tardifs privent l'intervention d'une bonne part de son efficacité. Qu'il s'agisse d'organisations névrotiques très solidement constituées ou de failles psychotiques massivement inscrites, on risque alors de ne pouvoir qu'améliorer le fonctionnement de structures déjà gravement fixées. C'est dire l'intérêt de l'action de prévention et de dépistage précoce. Il y a lieu cependant d'élever de sérieuses réserves à l'encontre des solutions de type technocratique qui consisteraient à développer et spécialiser encore plus des dispositifs ségrégatifs ; on connaît bien le risque d'inscrire par là, de plus en plus précocément, certains enfants dans des destins que l'on prétend pourtant éviter. Pour un très grand nombre d'enfants en difficultés, l'action peut être conduite dans ses milieux naturels, et par ceux-là mêmes qui ont à en connaître. Une meilleure sensibilisation aux problèmes ici évoqués des médecins et des enseignants constituerait un apport essentiel à l'action préventive et curative ; et, s'agissant d'une action conduite très tôt, les pédiatres, en particulier dans les consultations de la P.M.I. dont c'est précisément la vocation, et les institutrices des écoles maternelles peuvent jouer un rôle considérable. Il y faut un très large effort d'information et de formation.

Au-delà de la détection des "enfants à risques", il faut se donner les moyens de suivre leur évolution, et d'assurer les corrections de trajectoire nécessaires. Certaines difficultés peuvent et doivent être considérées avant tout comme d'ordre psychopédagogique, et être traitées dans le cadre scolaire. Beaucoup d'enseignants résistent vivement à ce qu'ils perçoivent comme des tentatives d'emprise médicale sur leur propre domaine, et contre les risques de "psychiatisation" de cas dont ils veulent continuer à se sentir responsables. Il faut reconnaître la légitimité de cette position, alimentée par beaucoup de malentendus et peut-être de maladroites. Il est à nos yeux indispensable que l'école prenne de plein droit en charge, dans une très large zone, les difficultés dont elle est le lieu d'émergence et peut-être en partie la responsable. Il devrait être non moins évident que l'enseignant moyen, quels que soient la qualité de sa formation et son zèle professionnel, ne peut combiner toutes les compétences nécessaires. En présence de certains troubles, il ne peut que gagner à s'éclairer des avis du psychologue, du rééducateur, du psychiatre, du psychothérapeute, etc... La différence des langages et des options théoriques peut rendre alors l'échange difficile. Il n'en est pas moins indispensable, l'obstacle pouvant être progressivement surmonté lorsque s'instaure un véritable dialogue. La création des G.A.P.P. s'inscrit dans une telle perspective, mais au sein du système scolaire lui-même. Il faut que, au-delà, se développe et se généralise une véritable collaboration entre l'école et l'équipe de santé mentale (nous avons souligné ce point dans le chapitre X).

Il est des cas graves cependant à situer dans le champ de la psychopathologie infantile, et qui ne sauraient être pris en charge dans le cadre du système scolaire habituel. C'est tout particulièrement dans ces cas qu'une détection et une intervention très précoces présentent une importance capitale. La centration des responsabilités se fera alors autour de l'équipe de santé mentale ; cependant, la collaboration d'autres professionnels, et d'abord des enseignants, lui reste indispensable. Pour revenir au cas de l'institution ici étudiée, la Fondation Vallée, il faut signaler l'importante contribution des éducateurs et des instituteurs à ce constant travail de réévaluation dont nous avons souligné l'importance (les données discutées dans le chapitre XII ont souvent cette origine).

Un mot enfin sur le problème posé par les tentatives d'évaluation d'efficacité des modes de repérage et de prise en charge. Toute démarche qui se bornerait à prétendre comptabiliser des taux de guérison ou d'amélioration, au cas par cas, est notoirement insuffisante. Une institution comme celle que nous avons étudiée dans la seconde partie de cet ouvrage peut tout entière être considérée sous cet angle comme un vaste laboratoire, où se cherchent et progressivement se dégagent de nouveaux modes d'approches, où se réélaborent les conceptions théoriques, où se préparent d'autres types d'actions. Il se peut qu'à l'échelon des individus ceci ne porte à court et moyen terme que des effets parfois modestes dans une appréciation sommaire. A long terme, et dans une analyse plus nuancée, s'affirme l'efficacité de ces efforts. Il en va de même pour l'institution scolaire, et enfin pour le développement de la collaboration entre l'école et l'équipe de santé mentale que nous appelons de nos vœux.

C'est sur ces bases que ce type de travaux nous paraît devoir être poursuivi.

**A P P E N D I C E S**

---

---





## APPENDICE I : LE TEST DE VOCABULAIRE SUR IMAGES

### I - TECHNIQUE DE L'EXAMEN

Cette épreuve est empruntée à la batterie des Epreuves Différentielles d'Efficiences Intellectuelles (E.D.E.I.), de Michèle PERRON-BORELLI (1) ; nous en reproduisons la technique avec l'aimable autorisation de l'auteur.

Le matériel est constitué par 30 images dessinées au trait, et représentant des objets familiers, des animaux, etc..., qu'on montre à l'enfant et qu'on lui demande de nommer. Il s'agit de vérifier la connaissance des mots qui désignent les choses, et non pas la connaissance des choses elles-mêmes.

#### a) Conduite de l'examen

- avec les enfants de moins de 5 ans, commencer à l'item 1,
- avec les enfants de 5 ans et plus, commencer seulement à l'item 2 ; redescendre au besoin pour obtenir 5 réussites consécutives.
- arrêter l'examen après 8 échecs consécutifs.

#### Précisions techniques

Dire en montrant chaque image ;

"Qu'est-ce que c'est ça ? Comment ça s'appelle ?".

Noter la première réponse de l'enfant ; insister au besoin pour obtenir une meilleure réponse.

Exemples :

- si l'enfant répond par une paraphrase (pour s'asseoir pour chaise, maison du chien pour niche), dire :  
"Oui, mais comment ça s'appelle ?".
- si l'enfant donne un nom général à la place d'un nom spécifique attendu (arbre pour sapin ; oiseau pour pigeon), dire :  
"Oui, mais comment s'appelle... Cet arbre là... Cet oiseau là...?".

(N.B. Ceci ne s'applique pas aux item 4 et 6 pour lesquels on se contente du nom général).

---

(1) Editions Scientifiques et Psychotechniques, Issy-les-Moulineaux, 1978.

b) Notation - 1 point par item réussi.

Critères de réussite : le mot exact, même très déformé phonétiquement, pourvu qu'il soit nettement reconnaissable. Pour certains items, plusieurs réponses sont admises (liste ci-après).

Autres réponses admises

- 1 - Bateau.....
- 2 - Maison..... Château
- 3 - Chaise.....
- 4 - Fleur..... Certains noms de fleurs : marguerite, rose, tulipe, etc...
- 5 - Panier..... Corbeille
- 6 - Oiseau..... Certains noms d'oiseaux : moineau, pigeon, etc...
- 7 - Ciseaux.....
- 8 - Lapin..... Lièvre
- 9 - Lit.....
- 10 - Cheval..... Ane
- 11 - Valise..... Mallette
- 12 - Sapin..... (Arbre de Noël n'est pas accepté)
- 13 - Papillon.....
- 14 - Fauteuil.....
- 15 - Poire.....
- 16 - Echelle..... Escabeau
- 17 - Lion. .... Autre nom de grand félin
- 18 - Carotte..... Navet
- 19 - Cage.....
- 20 - Arrosoir.....
- 21 - Marteau.....
- 22 - Tasse.....
- 23 - Niche.....
- 24 - Radiateur.....
- 25 - Rose.....
- 26 - Pigeon..... Tourterelle
- 27 - Tonneau..... Barrique
- 28 - Muguet.....
- 29 - Phoque..... Otarie
- 30 - Cigogne..... Autre nom d'échassier.

c) Etalonnage

Il a été établi sur les 995 enfants de familles françaises métropolitaines

<u>Note</u>	<u>Age</u>
≤ 9	≤ 1 an 8
10	1 an 10
11	2 ans 1
12	2 ans 5
13	2 ans 8
14	2 ans 11
15	3 ans 3
16	3 ans 6
17	3 ans 9
18	4 ans
19	4 ans 4
20	4 ans 7
21	4 ans 10
22	5 ans 2
23	5 ans 5
24	5 ans 8
25	5 ans 11
26	6 ans 3
27	6 ans 6
28	6 ans 9
29	7 ans 1
30	7 ans 4.

## APPENDICE II : LE TEST FORMES-COULEURS-DIMENSIONS

### I - TECHNIQUE DE L'EXAMEN

Cette épreuve, comme la précédente, est empruntée aux E.D.E.I. Toutefois, pour les besoins de la présente recherche, nous en avons réalisé une extension qui permet d'évaluer les niveaux de développement à partir de 2 ans. L'épreuve se compose dès lors de trois parties, A, B et C, qui se succèdent par ordre de difficulté croissante. Les parties A et B sont originales, la partie C est reprise sans changement de l'épreuve originale.

#### **Matériel**

27 pièces de bois combinant trois formes (Rd : rond ; Ca : carré ; Tr : triangle), trois couleurs (R : rouge ; Bl : bleu ; J : jaune) et trois dimensions (gd : grand ; my : moyen ; pt : petit)/ 8 cartons numérotés de 1 à 8.

#### A - Identité

6 cartons, numérotés de 1 à 6.

Pour les enfants de 4 ans et plus : commencer au carton 6 ; si ce carton est réussi sans erreur, créditer de 21 points et passer en B. Si l'enfant ne place pas correctement toutes les pièces, revenir à A.1., et continuer jusqu'à A.6. qu'on redonne.

A.1. Carton 1. Il représente trois pièces différentes à la fois par la forme, la couleur et la dimension :

pt Rd J ; gd Tr Bl ; my Ca R

Poser devant l'enfant les trois pièces correspondantes (écarter le reste hors de sa vue). L'inviter à les poser sur le carton, au besoin en les lui tendant une à une, et en lui demandant : "Où ça va bien ? Où c'est le même ?". Si réussite, noter 3 point et passer au carton 3. Si l'enfant ne comprend pas, ou donne un placement erroné, insister. Si échec persistant, fournir la bonne réponse en plaçant soi-même les trois pièces et passer à un 2ème essai avec le carton 2.

Notation : un point par pièce bien placée.

A.2. Carton 2. (facultatif) : à n'utiliser que comme 2ème essai si échec au carton 1.

Même principe que pour le carton 1 :

gd Rd R ; my Ca J ; pt Rd Bl.

Même procédure, y compris le fait de placer soi-même les pièces si l'enfant échoue.

Notation : un point par pièce bien placée.

A.3. Carton 3. : les trois pièces sont de même forme et de même dimension, mais différent par la couleur :

my Ca J ; my Ca Bl ; my Ca R.

Même procédure, mais à partir d'ici et jusqu'au carton 5 inclusivement : en cas d'échec total ou partiel à un carton, donne un deuxième essai sur ce carton en plaçant soi-même une pièce (c'est-à-dire en tout autre cas qu'une réussite parfaite au premier essai).

Notation : au premier essai :

3 points si toutes les pièces sont bien placées

1 point si 2 pièces sont bien placées

0 point si 1 ou 0 pièce bien placée.

au deuxième essai : 1 point si les 2 autres pièces sont bien placées.

A.4. Carton 4 : les trois pièces sont de même couleur et de même dimension, mais de forme différente :

my Rd Bl ; my Ca Bl ; my Tr Bl.

Même procédure, même notation.

A.5. Carton 5 : les trois pièces sont de même forme et de même couleur, mais de dimension différente :

pt Rd R ; gd Rd R , my Rd R.

Même procédure, même notation.

A.6. Carton 6 : il représente 9 pièces telles que chaque forme apparaît en trois dimensions et en trois couleurs différentes :

gd Rd R ; my Rd Bl ; pt Rd J ; gd Ca J ; my Ca R ;

pt Ca Bl ; gd Tr Bl ; my Tr J ; pt Tr R.

On ne fait qu'un essai (c'est-à-dire qu'on ne placera soi-même aucune pièce).

Notation : 1 point par pièce bien placée.

Note maxima pour la partie A : 21 points.

## B - Forme-couleur

Matériel : carton 7 (comportant 3 cases blanches) et les 9 pièces moyennes

Principe de l'épreuve : on donne à l'enfant un inducteur, en posant à gauche (pour lui) le Rd R et on lui demande de placer à côté les deux pièces "qui vont bien avec". Deux réactions correctes sont possibles : choisir deux pièces de même forme (ronds) mais de couleur différente : ou choisir deux pièces de même couleur (rouge) mais de forme différente. Tout autre choix est incorrect.

L'épreuve se déroule en deux temps :

B.1 : découverte et utilisation d'un des deux principes de groupement ;

B.2 : découverte et utilisation de l'autre principe (shifting).

### B.1. découverte et utilisation d'un premier principe :

Poser le Rd R sur la case de gauche (pour l'enfant). "Mets ici" (les deux autres cases) "ce qui va bien avec". Il y a trois possibilités :

1) L'enfant place deux pièces rouges, ou deux cercles.

Note en ce cas : 5 points, indépendamment des justifications données ou non par l'enfant.

Procéder ensuite à la vérification.

Vérification : placer à gauche le Ca B1 et demander de placer les deux pièces "qui vont bien avec". On n'aide pas, on ne corrige pas, un seul essai.

Notation : 3 points si, conservant le même principe de groupement, l'enfant place les deux pièces bleues ou les deux carrés, 0 en tout autre cas. Si l'enfant a réagi en réussissant selon l'autre principe de groupement, recommencer cette vérification avec le My Ca B1 en insistant pour qu'il utilise le même principe qu'avec le My Rd R (et le lui rappeler en redonnant son premier groupement).

2) L'enfant place au milieu une pièce rouge (choix couleur) ou un rond (choix forme), mais la troisième pièce ne confirme pas ce choix. Enlever cette troisième pièce et placer la pièce correcte : "Tu vois, c'est mieux comme ça, ça va mieux ensemble".

Faire alors un 2ème essai en repartant du Rd R et en demandant à l'enfant de poser les deux pièces "qui vont bien avec". On n'aide plus.

Notation : 2 pièces rouges (ou deux ronds) au 2ème essai : 2 points, tout autre cas 0 point.

Si l'enfant a réussi ce 2ème essai (2 points), effectuer la vérification comme ci-dessus (même procédure, même notation).

3) L'enfant place au centre une 2ème pièce qui n'est ni rouge, ni ronde, et éventuellement une troisième pièce.

Retirer la ou les pièces qu'il a placée(s), puis dire : "Non, ça ne va pas bien avec. Regarde ça, ça va mieux" : placer sur la case centrale une pièce rouge (on invite par là au choix couleur), et demander à l'enfant de placer la 3ème pièce.

- si cette 3ème pièce est rouge, passer à la vérification comme ci-dessus (même procédure, même notation)
- si cette 3ème pièce n'est pas rouge, corriger en remplaçant par une troisième pièce rouge ; faire constater que "Ça va bien avec" ; puis faire un 2ème essai en repartant du Rd R, mais sans fournir aucune aide. Si ce 2ème essai est réussi, noter 1 point et passer à la vérification comme ci-dessus (même procédure, même notation).

#### B.2. Shifting (découverte du second principe) :

A faire seulement si l'enfant a découvert et utilisé correctement le premier principe de groupement au premier ou au deuxième essai, même si cela n'a pas été confirmé par la vérification, c'est-à-dire groupé par couleur ou par forme. "On peut faire autrement. Tu vois, je remets celui-là (le Rd R) ici (case de gauche). Qu'est-ce qu'on peut mettre ici (les deux autres cases) pour que ça aille bien avec, mais pas comme tout à l'heure ?"

Il y a trois possibilités :

1) L'enfant place deux pièces correctes au regard du second principe.

Note : 5 points. Passer à la vérification.

Vérification : on donne comme inducteur le Ca B1. On n'aide pas.

Notation : 3 points si correct, 0 point en tout autre cas.

2) L'enfant reprend son premier principe de groupement. "Non, ça c'est comme tout à l'heure. Tu vois, on peut mettre ça" : placer sur la case centrale une pièce qui indique l'autre principe et demander à l'enfant de placer la 3ème.

- cette 3ème pièce est correcte : noter 3 points et passer à la vérification comme ci-dessus (même procédure, même notation).
- cette 3ème pièce est fausse. Corriger, puis donner un deuxième essai avec le Rd R (ne fournir que cette pièce). Si ce 2ème essai est réussi, passer à la vérification comme ci-dessus (même procédure, même notation).

3) L'enfant place des pièces qui ne sont pas correctes au regard des deux principes possibles. Procéder comme dans le cas 2.

Note maxima pour la partie B : 16 points.

C - Forme-Couleur-Dimension

### **Conduite de l'examen**

1 - Placement des 27 pièces : on dispose devant l'enfant le triptyque portant les dessins des 27 pièces (bases des triangles vers l'enfant), et les 27 pièces en vrac.

Avec les enfants de moins de 5 ans, on place deux pièces assez distantes l'une de l'autre (par exemple le grand cercle rouge et le moyen carré bleu). "Tu vois, il faut mettre chaque pièce à sa place". Laisser travailler l'enfant seul, en l'encourageant au besoin (s'il ne fait rien, on peut lui tendre les pièces une à une en l'invitant chaque fois à la placer). Chaque fois que l'enfant place une pièce de façon erronée, on lui dit : "Non, fais attention, ça n'est pas là qu'elle va" et on l'aide à la placer correctement s'il n'y parvient pas lui-même. Il est important de se rendre compte si l'enfant est capable d'identifier correctement les pièces. Pour cela, on ne tient pas



compte des erreurs qui peuvent être dues à l'inattention ou à l'impulsivité, d'où les aides apportées à l'enfant. Il est inutile de prolonger cette procédure au-delà du placement des dix ou douze premières pièces ; si l'enfant continue à éprouver des difficultés, l'examineur place alors lui-même les pièces restantes, en sollicitant sa participation.

Avec les enfants de 5 ans et plus, le placement des 27 pièces ne présente en général aucune difficulté. Dire simplement : "Mets chaque pièce à sa place". Signaler les erreurs éventuelles au fur et à mesure ; l'aider au besoin pour aller plus vite.

2 - Séries : quand les 27 pièces sont placées, disposer (entre le triptyque et l'examineur) la planche à trois cases.

#### Série I. FD : groupement par forme et dimension semblables

Placer dans les deux premières cases de la planche (à partir de la droite de l'examineur) les deux premières pièces du premier item de la série (grand cercle rouge - grand cercle bleu). Montrer à l'enfant la troisième case en disant : "Mets ici celui qui va bien". Encourager au besoin l'enfant à choisir une pièce et la placer. Puis approuver au désapprouver selon le cas. En cas de choix incorrect, dire, en plaçant le grand cercle jaune : "Non, regarde, c'est celle-là qu'il faut mettre. Comme ça, les trois vont bien ensemble".

Replacer les trois pièces sur le triptyque et passer à l'item suivant (cf. plus loin la liste des item qui est reportée sur la feuille de notation).

Procéder de même pour les item suivants, en corrigeant tous les choix incorrects (on peut alors se contenter de dire "Non, regarde, c'est celle-là", ou même de corriger sans commentaire pourvu que l'attention de l'enfant soit nettement sollicitée). Si l'enfant paraît se décourager d'échecs répétés, maintenir sa motivation "Ca ne fait rien, tu vas bientôt trouver tout seul, essaye encore" ou à l'occasion d'une correction : "Regarde bien, essaye de comprendre pourquoi je les mets ensemble". Obliger, pour chaque item, l'enfant à faire un choix et à placer effectivement une pièce, même si son choix est erroné ; cela est nécessaire pour que les conditions d'apprentissage soient identiques pour tous les enfants, et contribue à l'élaboration d'une démarche claire et organisée.

On arrête la série dès que l'enfant a réussi trois item consécutifs. Sinon, on présente les six item.

Cas particuliers :

a) Lorsque l'enfant réussit deux item consécutifs et échoue au troisième, on lui suggère d'avoir à rectifier son choix "Tu es sûr que c'est celle-là ?". On accepte alors son éventuelle rectification comme une réussite à condition qu'il réussisse encore un quatrième item à la suite.

b) Si l'enfant réussit les item 5 et 6, après échec à l'item 4, on lui donne le 7ème item supplémentaire, afin de voir s'il est ou non capable de réussir trois item consécutifs.

Série II. FC : groupement par forme et couleur semblables

"Maintenant, fais attention, ça va changer". Même technique que pour la série I.

Série III. CD : groupement par couleur et dimension semblables

Série IV. D : groupement par dimension semblable (forme et couleur différentes)

Même technique pour toutes les séries, en annonçant au début de chacune : "Maintenant fais attention, ça va changer".

Règle d'arrêt pour les séries

On arrête l'examen après échec (non obtention de trois réussites consécutives) à une série. Cependant on peut tenter la série suivante si on a l'impression que l'enfant était près de la réussite.

3 - Epreuve finale (épreuve complémentaire de contrôle) :

Cette épreuve comporte huit item, dont le principe varie de l'un à l'autre. Elle a pour but de vérifier la solidité de l'acquisition des principes de groupement utilisés dans la deuxième partie. A cet effet, on ne corrige plus les choix incorrects. Proposer les 8 item sans aucun commen-

taire, après avoir dit : "Maintenant, pour finir, on va encore en faire quelques uns. Il y en a des faciles et des plus difficiles, tous mêlés, fais bien attention".

- l'épreuve complémentaire n'a d'intérêt que si l'enfant a découvert au moins les deux premiers principes.
- proposer seulement les item correspondant aux séries réussies.

### LISTE DES ITEMS

#### SERIES

##### Séries I - Forme-dimension

1 - grand cercle R	grand cercle B
2 - moyen triangle J	moyen triangle R
3 - petit carré B	petit carré J
4 - moyen cercle J	moyen cercle B
5 - grand carré R	grand carré J
6 - petit triangle B	petit triangle R
(7) moyen carré J	moyen carré B

##### Série II - Forme-couleur

1 - grand triangle B	petit triangle B
2 - petit cercle J	grand cercle J
3 - moyen carré B	petit carré B
4 - grand cercle R	petit cercle R
5 - moyen triangle J	grand triangle J
6 - petit carré R	grand carré R
(7) grand cercle B	petit cercle B.

##### Série III - Couleur-dimension

1 - petit carré R	petit cercle R
2 - grand triangle J	grand carré J
3 - moyen cercle B	moyen triangle B
4 - petit triangle J	petit cercle J
5 - moyen cercle R	moyen carré R
6 - grand carré B	grand triangle B
(7) petit cercle B	petit triangle B

Série IV - Dimension (forme, couleur différentes)

1 - grand carré J	grand triangle B
2 - petit cercle B	petit carré J
3 - moyen triangle R	moyen cercle B
4 - grand cercle J	grand carré R
5 - moyen carré B	moyen triangle J
6 - petit triangle J	petit cercle B
(7) moyen carré R	moyen cercle B

Epreuve finale

(FD) 1 - grand cercle J	grand cercle R
(FC) 2 - moyen carré R	petit carré R
(CD) 3 - grand triangle J	grand carré J
(D) 4 - petit cercle R	petit triangle J
(FD) 5 - moyen triangle R	moyen triangle J
(FC) 6 - grand cercle J	petit cercle J
(CD) 7 - moyen carré B	moyen triangle B
(D) 8 - moyen triangle J	moyen carré R

**Notation**

**SERIES**

Pour chacune des quatre séries : notation sur 6 points.

- la note 6 correspond à la réussite immédiate et complète de la série (en fait, réussite aux 3 premiers item, les 3 suivants étant également supposés réussis).

- dans les autres cas, on compte 1 point par item réussi, à partir du moment où il n'y a plus aucun échec.

**Exemples :**

Item a	b	b'	c
1 -	1 - 0	1 - 0	1 - 0
2 + 1 point	2 - 0	2 + 0	2 - 0
3 + 1 point	3 - 0	3 - 0	3 - 0
4 + 1 point	4 + 1 point	4 + 1 point	4 - 0
5 1 point	5 + 1 point	5 + 1 point	5 + 1 point
6 1 point	6 + 1 point	6 + 1 point	6 + 1 point
(7)			(7) +
= 5	= 3	= 3	= 2

N.B. Exemple b' : l'item 2 n'est pas compté parce qu'il est suivi d'un échec à l'item 3.

Exemple c : les réussites aux items 5 et 6 donnent chacune 1 point si le 7e item complémentaire est aussi réussi (assurant 3 réussites successives, critère de généralisation du principe) ; mais la réussite de l'item 7 n'est pas elle-même créditée.

Cas particulier : les réponses qui ont été corrigées après coup, sur la suggestion de l'examineur, en cas d'erreur survenant après deux réussites consécutives sont notées seulement 1/2 point ; cependant les deux item précédents valent 1 point, à condition que le quatrième item de contrôle soit réussi.

**Exemples :**

1 + 1 point	1 + 0	1 - 0
2 + 1 point	2 - 0	2 - 0
3 (--)+) 1/2 point	3 + 1	3 - 0
4 + 1 point	4 + 1	4 + 1
5 1 point	5 (--)+)1/2 point	5 + 1
6 1 point	6 + 1	6 (--)+)1/2
		(7) +
= 5,5	= 3,5	= 2,5

Lorsqu'on obtient trois réussites, mais **dispersées**, on note globalement 1 point pour la série.

Totaliser les notes obtenues aux séries appliquées (maximum : 24).

## EPREUVE FINALE

Noter par ligne (cf. feuille de notation) les deux item de même principe : par exemple les item 1 et 5.

- 3 points pour la réussite aux deux item
- 1 point pour la réussite à un seul item
- moins 1 point pour l'échec aux deux item

Totaliser les notes ainsi obtenues (quatre notes au plus), en ne tenant compte que des item effectivement proposés (qui correspondent aux séries acquises). En cas de note totale négative, ramener à 0. (maximum : 12).

Note maxima pour la partie C : 36 points.

En résumé, il est possible d'obtenir au maximum :

- à la partie A; 21 points
- à la partie B, 16 points
- à la partie C, 36 points,

soit un total général de 73 points. Si le niveau de l'enfant rend de toute évidence l'application des parties A et B inutile, on peut commencer directement par la partie C. L'utilisation de l'étalonnage qui suit suppose qu'on le crédite alors de 37 points qui correspondent à sa réussite supposée aux parties A et B.

## II - ETALONNAGE

Note	Age	Note	Age	Note	Age
< 22	< 2 ans	39	4 ans	56	6 ans 1
23	2 ans	40	4 ans 1	57	6 ans 2
24	2 ans 2	41	4 ans 3	58	6 ans 4
25	2 ans 3	42	4 ans 4	59	6 ans 5
26	2 ans 5	43	4 ans 6	60	6 ans 7
27	2 ans 6	44	4 ans 7	61	6 ans 9
28	2 ans 8	45	4 ans 9	62	7 ans
29	2 ans 9	46	4 ans 10	63	7 ans 3
30	2 ans 11	47	5 ans	64	7 ans 6
31	3 ans	48	5 ans 1	65	7 ans 9
32	3 ans 2	49	5 ans 2	66	8 ans
33	3 ans 3	50	5 ans 4	67	8 ans 5
34	3 ans 4	51	5 ans 5	68	8 ans 10
35	3 ans 6	52	5 ans 7	69	9 ans 3
36	3 ans 7	53	5 ans 8	70	9 ans 9
37	3 ans 9	54	5 ans 10	71	10 ans
38	3 ans 10	55	5 ans 11	72	10 ans 6
				73	11 ans

N.B. Cet étalonnage est basé :

- de 2 ans à 6 ans 6 mois, sur les données recueillies dans les consultations de la P.M.I. (472 enfants des deux sexes),
- de 6 ans 6 mois à 11 ans, sur l'étalonnage originel des E.D.E.I. (en ajoutant 37 points pour les parties A et B supposées réussies).

### APPENDICE III : AGES ET QUOTIENTS D'AGES

#### I - LE PROBLEME : NOTES BRUTES, INDICES DE DISPERSION, AGES ET QUOTIENTS D'AGES

A chacune des deux épreuves utilisées dans la présente recherche, la performance d'un enfant donné est évaluée par une note : nombre d'images qu'il a correctement nommées au vocabulaire, nombre de points dont il a été crédité au F.C.D. Ces notes sont déterminées selon les règles précisées dans les appendices I et II. Elles présentent l'inconvénient de n'être pas comparables entre elles. Lorsque de telles comparaisons sont nécessaires, on peut utiliser deux procédures classiques :

1) La performance de l'enfant est évaluée par sa position dans son groupe d'âge : la "note brute"  $x$  est transcrite par la formule :  $z = (x - m) / s$ , où  $m$  et  $s$  sont la moyenne et l'écart type de la distribution des notes  $x$  pour le groupe des enfants de même âge que le sujet. Soit un enfant de 4 ans dont les notes brutes au vocabulaire et au F.C.D. sont respectivement 13 et 23. Cette transformation donne, en employant les moyennes et écarts types des distributions à 4 ans des notes aux deux tests,  $z$  (vocabulaire) =  $(13 - 18) / 4,6 = - 1,1$  ; et  $z$  (F.C.D.) =  $(23 - 39) / 7,6 = - 2,1$ . L'enfant se situe à environ un écart type au dessous de la moyenne pour le vocabulaire, à deux écarts types au dessous de la moyenne pour le F.C.D. : si on le compare aux enfants de son âge, son infériorité est donc plus marquée pour la seconde épreuve que pour la première.

2) La performance de l'enfant est évaluée par l'âge auquel on accède en moyenne au même niveau de réussite ("âge de développement", AD). Ainsi, l'enfant précédent (notes brutes 13 au vocabulaire et 23 au F.C.D.) peut être, en consultant les étalonnages donnés dans les appendices I et II, caractérisé par un AD (vocabulaire) = 2 ans 8 mois, et un AD (F.C.D.) = 2 ans. Il est plus **en retard** pour la seconde épreuve que pour la première.

Nous avons systématiquement, dans ce travail, préféré la seconde méthode. Elle oblige en effet à penser en termes de développement, à la différence de la première qui élimine radicalement un tel mode de pensée. De plus, on peut



concrètement évaluer les performances en termes de **degrés de retard ou d'avance sur la moyenne**. Ainsi, l'enfant pris en exemple est en retard de 16 mois pour le vocabulaire, de 24 mois pour le F.C.D.

Cependant, un même écart entre l'âge de développement et l'âge réel (AD - AR) n'a sans doute pas la même signification à différents âges réels : on peut supposer qu'un retard de 6 mois est plus grave à 2 ans qu'à 5 ans. On a proposé, pour parer à cette objection, de calculer non plus la **différence** AD - AR, mais le **quotient arithmétique** AD/AR. Selon cette procédure, l'enfant de 4 ans que nous avons pris en exemple se voit caractérisé par un quotient d'âges de 0,67 (32 mois/48 mois) au vocabulaire, et de 0,50 (24 mois/48 mois) au F.C.D. Si l'on en restait là, la procédure aurait bien des avantages. Il se trouve cependant que c'est, très exactement, la procédure de calcul "du quotient intellectuel" dans les tests dits de "niveau global", du type Binet-Simon, et que de ce fait elle s'est trouvée surchargée de toute une mythologie sur les "potentialités intellectuelles" et leur supposée origine génétique. Il est très difficile de lutter contre les idées reçues en ce domaine. Du fait de ces surcharges théoriques illégitimes, contre lesquelles militent nos résultats, nous avons préféré ne calculer qu'exceptionnellement des quotients d'âges.

## II - CALCUL PRATIQUE DES AGES DE DEVELOPPEMENT DANS LA PRESENTE RECHERCHE

La traduction des notes brutes en âges se fait sans difficulté en utilisant les étalonnages donnés dans les deux appendices précédents. Cependant, ce mode de transcription convient mal aux contraintes d'un traitement informatique. Il existe une procédure à utiliser les paramètres de la droite de régression définie comme l'axe du nuage de corrélation représentant la liaison entre âge réel et note brute.

Les équations de régression utilisées sont :

1) Pour le vocabulaire (995 enfants des deux sexes, de familles françaises métropolitaines) :

$$AD = ((\text{note brute} - 18,1378)/0,3037) + 48,8571.$$

On obtient ainsi par exemple, pour une note brute de 19,

$$AD = ((19 - 18,1378) / 0,3037) + 48,8571 = 51,7 \text{ mois.}$$

Conventionnellement (mais après étude des données), on a traduit par un AD = 14 mois toutes les notes inférieures ou égales à 8. Il était impossible en effet de créditer d'un âge de développement inférieur, qui n'aurait plus présenté aucune signification, les enfants très inhibés ou présentant du fait de l'immigration une éventuelle difficulté à cette épreuve de vocabulaire.

2) Pour le F.C.D. (472 enfants des deux sexes) :

$$AD = ((\text{note brute} - 47,7733) / 0,6824) + 60,7372.$$

Ainsi par exemple, à une note brute de 39 correspond un

$$AD = ((39 - 47,7733) / 0,6824) + 60,7372 = 47,9 \text{ mois.}$$

Les figures 34 et 35 donnent simultanément les courbes des moyennes des notes brutes pour des groupes d'âges successifs, et les droites de régression tracées en utilisant ces paramètres. On voit que l'ajustement est excellent, ce qui légitime le mode de traduction adopté.

FIGURE 34  
 VOCABULAIRE, ETALONNAGE (995 ENFANTS FRANCAIS METROPOLITAINS)

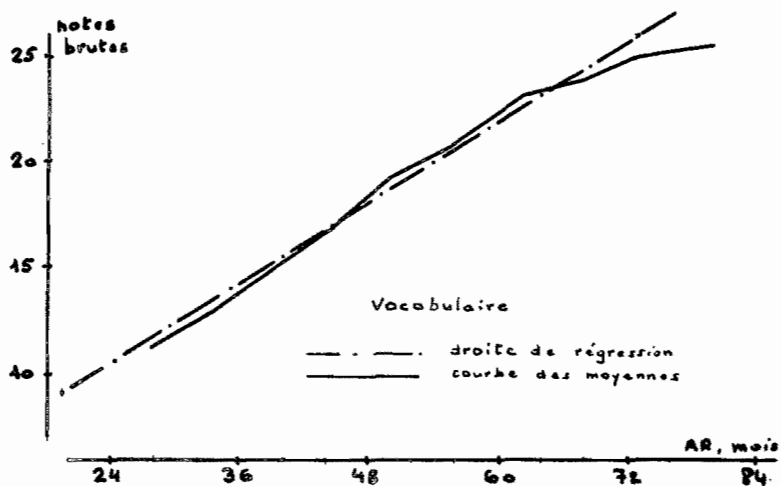
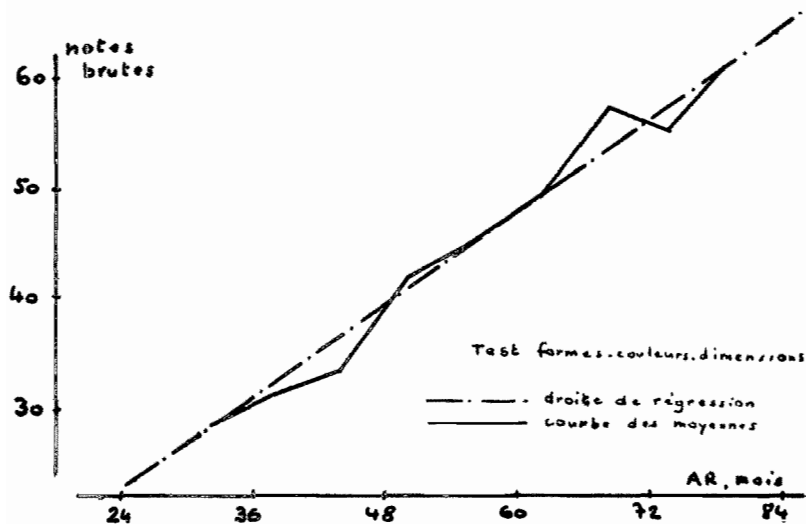


FIGURE 35  
 TEST FORMES - COULEURS - DIMENSIONS - ETALONNAGE (472 ENFANTS)





## TABLE DES TABLEAUX ET FIGURES

Tableau 1	Répartition par niveaux socio-professionnels	p. 57
Tableau 2	Emploi des parents	p. 58
Tableau 3	Fréquence de co-occurrences entre niveau socio-professionnel des parents et autres données	p. 59
Tableau 4	Conditions de logement	p. 60
Tableau 5	Fratrie	p. 62
Tableau 6	Age d'entrée à l'Ecole Maternelle	p. 63
Tableau 7	Modes de garde	p. 65
Tableau 8	Fréquence de co-occurrences entre mode de garde et autres données	p. 66
Tableau 9	Vocabulaire 1. Ages de développement	p. 70-71
Figure 10	Vocabulaire 1. Pour cinq groupes d'origines nationales	p. 72
Figure 11	Niveau moyen au vocabulaire selon le niveau socio-professionnel des parents	p. 76
Figure 12	Niveau moyen au vocabulaire selon l'étendue de la fratrie	p. 80
Tableau 13	Avance ou retard au vocabulaire (AD-AR) selon la position dans la fratrie chez les enfants de familles françaises métropolitaines	p. 82

Tableau 14	Avance ou retard au vocabulaire (AD-AR) selon l'âge d'entrée à l'école maternelle	p. 83
Tableau 15	Avance ou retard au vocabulaire (AD-AR) selon le mode de garde, garçons et filles ensemble	p. 86
Tableau 16	Niveau au vocabulaire l (en âges de développement) selon le mode de garde et le niveau socio-professionnel des parents	p. 87-88
Figure 17 a	Niveau au vocabulaire, en fonction du mode de garde et du niveau professionnel des parents, pour deux groupes d'âges. Français métropolitains	p. 90
Figure 17b	Niveau au vocabulaire, en fonction du mode de garde et du niveau professionnel des parents, pour deux groupes d'âges. Immigrés.	p. 91
Figure 18	Evolution du vocabulaire, lors de trois examens successifs, en fonction des origines nationales.	p. 98
Figures 19a, b, c	Evolution du vocabulaire, lors de trois examens successifs, en fonction du niveau professionnel des parents.	p. 101-102
Figures 20 a, b	Evolution du vocabulaire, lors de trois passations successives, en fonction des conditions de logement.	p. 103
Figure 21	Evolution du vocabulaire, lors de trois passations successives, en fonction du bilinguisme.	p. 104
Figures 22a, b, c	Evolution du vocabulaire, lors de trois passations successives, en fonction de l'âge d'entrée à l'école maternelle.	p. 106-107

Figures 23a, b, c	Evolution du vocabulaire, lors de trois passations successives, en fonction du mode de garde.	p. 109-110
Figure 24	Vocabulaire et test formes-couleurs-dimensions pour trois groupes d'âges.	p. 116
Tableaux 25a, b, c	Comparaison du premier vocabulaire et du test formes-couleurs-dimensions.	p. 117-118-119
Figure 26	Avance ou retard moyen, par rapport à l'âge réel, au test de vocabulaire (premier test) et au test formes-couleurs-dimensions, pour cinq groupes distingués par l'origine nationale.	p. 121
Figure 27	Avance ou retard moyen, par rapport à l'âge réel, au test de vocabulaire et au test formes-couleurs-dimensions, en fonction du niveau professionnel des parents.	p. 122
Figure 28	Avance ou retard, par rapport à l'âge réel, au test de vocabulaire et au test formes-couleurs-dimensions, en fonction des conditions de logement.	p. 123
Figure 29	Avance ou retard, par rapport à l'âge réel, au test de vocabulaire et au test formes-couleurs-dimensions, en fonction de l'étendue de la fratrie.	p. 125
Figure 30	Avance ou retard, par rapport à l'âge réel, au test de vocabulaire et au test formes-couleurs-dimensions, en fonction de l'âge de scolarisation.	p. 127

Figure 31	Avance ou retard, par rapport à l'âge réel, au test de vocabulaire et au test formes-couleurs-dimensions, en fonction du mode de garde.	p. 128
Tableau 32	Troubles et retards du langage oral et écrit, sur 150 cas d'enfants d'âge scolaire vus en C.C.P.E.	p. 141
Tableau 33	Eléments du portrait dressé par les maîtres.	p. 142
Figure 34	Vocabulaire, étalonnage.	p. 265
Figure 35	Test formes-couleurs-dimensions, étalonnage.	p. 265



REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES



ADJADJI (L.), du SAUSSOIS (P.).-

Adapter l'école à l'enfant.-

Paris, F. Nathan, 1977.-

AJURIAGUERRA (J. de), DIATKINE (R.), KALMANSON (D.).-

Les troubles du développement du langage au cours des états psychotiques précoces.-

Psychiatrie de l'Enfant, 1959, 2, n° 1.- p. 1-65.

AJURIAGUERRA (J. de), INHELDER (B.), JAEGGI (A.), ROTH (S.), STIRLIN (M.).-

Les troubles de l'organisation et la désorganisation intellectuelle chez les enfants psychotiques.-

Psychiatrie de l'Enfant, 1969, 12, n° 2.- p. 309-412.

AMADO (G.).-

Le devenir de 55 cas sévères de psychiatrie infantile.-

Psychiatrie de l'Enfant, 1967, 10, n° 2.- p. 465-538.

ANTHENAISE (M. d'), SALBREUX (R.).-

Prévalence de la déficience mentale profonde chez l'enfant.- Revue de littérature. Etude comparative.

Neuro-psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, 1979, 27, n° 1-2.- p. 45-58.

ANTHONY (E.J.), CHILAND (C.), KOUPERNIK (C.).-

L'enfant à haut risque psychiatrique.-

Paris, Presses Universitaires de France, 1980.-

ANTHONY (E.J.), CHILAND (C.), KOUPERNIK (C.).-

L'enfant vulnérable.-

Paris, Presses Universitaires de France, 1982.-

AUBLE (J.P.).-

Les voies de l'échec. Etude du développement des images de personnes en fonction des cadrages sociaux et de la dynamique personnelle dans le cas d'enfants scolarisés en classes de perfectionnement.-

Thèse de doctorat en psychologie, Université René Descartes, 1982.-

BAILLY-SALIN (M.J.).-

Relations avec les familles.-

in : R. MISES et coll., La cure en institution.-

Paris, Ed. Sociales Françaises, 1980.- p. 77-101.

BAKER (C.T.), NELSON (V.L.), SONTAG (L.W.).-

Mental growth and personality development : a longitudinal study.-

Monographs of the Society for research in child development, 1958, 23, n° 68.

BALDWIN (A.L.), BALDWIN (C.), COLE (R.).-

Parental pathology, family interaction and the competence of the child in school.-

Monographs of the Society for research in child development, 1982, 47, n° 197.

BALDWIN (A.L.), KALHORN (J.), BREESE (F.H.).-

The appraisal of parental behavior.-

Psychol. Monographs, 1945, 58, n° 268, et 1949, 63, n° 299.

BALLION (M.).-

Signalement de difficultés et devenir scolaire.-

Bull. du SRESAS, 1979, n° 20.- 134p.

BALLEYGUIER (G.).-

Le caractère de l'enfant en fonction de son mode de garde pendant les premières années.-

Monographies Françaises de Psychologie, Ed. du C.N.R.S., Paris, 1981.-

BAUDELLOT (C.), ESTABLET (R.).-

L'école capitaliste en France.-

Paris, Maspero, 1971.-

BAUDELLOT (C.), ESTABLET (R.).-

L'école primaire divisée.-

Paris, Maspero, 1975.-

BAYLEY (N.), SCHAEFER (E.S.).-

Correlations of maternal and child behavior with the development of mental abilities. Data from the Berkeley growth study.-

Monographs of the Society for research in child development, 1964, 29, n° 97.-

BERGER (I.).-

Une sociologue retourne à l'école.-

Paris, Le Centurion, 1977.-

BERNSTEIN (B.).-

Langage et classes sociales : codes socio-linguistiques et contrôle social.-

Paris, Ed. de Minuit, 1975.-

BLOOM (B.S.), DAVIS (A.), HESS (R.V.).-

Compensatory education for cultural deprivation.-

New-York, Holt, 1965.-

BOLTANSKI (E.), THOMAZI (J.).-

Echec scolaire, aspects médicaux et sociaux.-

Paris, Doin, 1980.-

BOURDIEU (P.), PASSERON (J.C.).-

Les héritiers. Les étudiants et la culture.-

Paris, Ed. de Minuit, 1964.-

BOURDIEU (P.), PASSERON (J.C.).-

La reproduction.-

Paris, Ed. de Minuit, 1970.-

BROSSARD (M.).-

Langage, opérativité, milieu culturel.-

Enfance, 1972, n° 5.- p. 455-468.

(1978 a) BROSSARD (M.).-

Milieu social, situation de verbalisation et capacités linguistiques.-

Revue Française de Pédagogie, 1978, 44.- p. 38-45.

(1978 b) BROSSARD (M.).-

Handicap linguistique ou difficultés spécifiques dans l'appropriation de la langue maternelle ?.-

Bull. du C.R.E.S.A.S., n° 17.- p. 47-55.

BROSSARD (M.), GAYOUX (J.C.), GAYOUX (M.).-

Quelques réflexions sur la notion de "handicap culturel".-

Psychologie Française, 1977, 22, n° 1-2, p. 47-53.

BURGUIERE (E.).-

Questions générales et perspectives de recherche à propos des inadaptations à l'école et de leurs réponses institutionnelles.-

Bull. du S.R.E.S.A.S., 1979, n° 18.- p. 163-222.

CAHN (R.).-

L'évolution des structures psychopathologiques des enfants inadaptes.-

Psychiat. de l'Enfant, 1962, 5, n° 1.- p. 225-316.

CHAUVEAU (G.).-

Apport scientifique et fonction idéologique des thèses de B. Bernstein.-

Bull. du S.R.E.S.A.S., 1978, n° 17.- p. 99-116.

CHAUVEAU (G.).-

L'insuccès scolaire : le rôle des rapports sociaux et culturels.-

Psychol. Scolaire, 1982, n° 39.- p. 21-39.

CHAZAN (M.) et al.-

Compensatory education, Londres, Butterworth, 1968.-

CHERKAOUI (M.).-

Structure de classes, performances linguistiques et types de socialisation. Bernstein et son école.-

Revue Française de Sociologie, 1974, 15.- p. 585-599.

CHERKAOUI (M.).-

Les paradoxes de la réussite scolaire.-

Paris, Presses Universitaires de France, 1979.-

CHILAND (C.).-

L'enfant de six ans et son avenir.-

Paris, Presses Universitaires de France, 1971.-

CHOQUET (M.), DAVIDSON (F.).-

Le mode de garde et le développement physique et psycho-affectif du jeune enfant.-

Enfance, 1982, n° 5.- p. 323-334.

COLEMAN (J.S.) et al.-

Report on equality of educational opportunity.-

U.S. Dep. of Health, Education and Welfare, 1966.-

COMMAILLE (J.).-

L'évolution de la divortialité et le statut de l'enfant.-

Enfance, 1981, n° 1-2.- p. 23-41.

COMPAS (Y.).-

Images de soi chez le bon et le mauvais élève au terme de l'école élémentaire, ou : l'enfant, l'élève et l'échec scolaire, thèse de Doctorat en Psychologie, Université René Descartes, 1983.-

CRANDALL (V.J.), PRESTON (A.).-

Patterns and levels of maternal behavior.-

Child Development, 1955, 26.- p. 267-77.

C.R.E.S.A.S.-

Le handicap socio-culturel en question.-

Paris, Ed. Sociales Françaises, 1978.-

C.R.E.S.A.S.-

L'échec scolaire n'est pas une fatalité.-

Paris, Ed. Sociales Françaises, 1981.-

CROW (L.D.), MURRAY (W.I.), SMYTHE (H.H.).-

Educating the culturally disadvantaged child.-

New-York, D. Mc Kay, 1966.-

DANNEQUIN (C.), HARDY (M.), PLATONE (F.).-

Le concept de handicap linguistique.-

Bull. du C.R.E.S.A.S., 1975, n° 12.- p. 1-46.

DANO (C.), LOPEZ (E.).-

Etude sur 200 cas de demande de placement en internat spécialisé dans le cadre de consultations du C.E.S.A.P.-

Rev. de Neuro-Psychiatrie de l'Enfance, 1971, 19, n° 3-4.- p. 151-158.

DAVID (M.), APPELL (G.).-

Facteurs de carence affective dans une pouponnière.-

Psychiatrie de l'enfant, 1962, 4.- p. 407-442.

DAVIDSON (F.), MAGUIN (P.).-

Les crèches : réalisation, fonctionnement, vie et santé de l'enfant.-

Paris, Ed. Sociales Françaises, 3° éd., 1980.-

DESCHAMPS (J.P.), MANCIAUX (M.), VALANTIN (G.).-

Vraies et fausses déficiences mentales en milieu scolaire. A propos d'une enquête en Meurthe et Moselle. Journées Parisiennes de Pédiatrie 1978.-

Paris, Flammarion, 1978.- p. 409-419.

DEUTSCH (M.) et al.-

The disadvantaged child.-

New-York, Basic Books, 1967.-



DIATKINE (R.).-

L'enfant pré-psychotique.-

Psychiatrie de l'enfant, 1969, 12, n° 2.- p. 413-446.

DIEDERICH (N.), VELCHE (D.), DURAND (I.), SALBREUX (R.).-

L'avenir professionnel des adolescents déficients mentaux. Une étude sur l'insertion socio-professionnelle des adolescents sortant des centres d'éducation spécialisée pré-professionnels.-

Neuro-Psychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, 1979, 27, n° 1-2.- p. 111- 121.

DUMARET (A.).-

Analyse des effets différentiels du milieu sur le développement intellectuel et social : étude de la descendance de femmes d'origine sociale défavorisée.-

Psychiatrie de l'Enfant, 1982, 25, n° 2.- p. 319-368.

DUMAS-MENGUY (Y.), BAILLOU (J.).-

Débilité et "cas sociaux". Etude sur le niveau intellectuel de 575 enfants examinés au foyer départemental de l'enfance des Bouches du Rhône.-

Revue de Neuro-Psychiatrie Infantile, 1975, 23, n° 8-9.- p. 591-618.

DUPLANT (N.), DENIAUD (J.M.), SALBREUX (R.).-

Déficience mentale et autonomie. Aspects biologiques, psychologiques et sociaux.-

Neuro-Psychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, 1979, 27, n° 1-2.- p. 75-90.

EICHORN (D.H.).-

The berkeley longitudinal studies : continuities and correlates of behavior.-

Canadian J. of Behavioral Science, 1973, 5, n° 4.- p. 298-320.

Enquête nationale sur le niveau intellectuel des enfants d'âge scolaire.-

I.N.E.D., Travaux et Documents, Cahier n° 54.

Paris, Presses Universitaires de France, 1969.-

(1975 a) ESPERET (E.).-

Langage, milieu et intelligence : conceptions développées par B. Bernstein.-  
Bull. de Psychol., 1975-1976, 29.- p. 10-35.

(1975 b) ESPERET (E.).-

Langage écrit et sélection scolaire. Un exemple : l'orientation en sixième.-  
La pensée, déc. 1976, n° 190.- p. 93-113.

ESPERET (E.).-

Langage et origine sociale des élèves.-  
Berne, Lang, 1979.-

ESQUIROL (J.).-

Dictionnaire des Sciences Médicales.-  
Paris, 1818. (t. 23).

FORQUIN (J.C.).-

L'approche sociologique de la réussite et de l'échec scolaires. Inégalités de  
réussite scolaire et appartenance sociale.-  
Revue Française de Pédagogie, 1982, n° 59, p. 52-75 ; n° 60, p. 51-70.

FRANCOIS (F.).-

Classe sociale et langue de l'enfant.-  
La pensée, 1976, n° 190.- p. 74-92.

FRANCOIS (F.).-

Analyse linguistique, normes scolaires et différenciations socio-culturelles.-  
Langages, 1980, 59.- p. 25-52.

GARRONE (G.), GUIGNARD (F.), RODRIGUEZ (R.), LENOIR (J.), KOBR (F.),  
DEGAILLER (L.).-

La déficience mentale chez l'enfant. Approche pluri-dimensionnelle.-  
Psychiatrie de l'Enfant, 1969, 12, n° 1.- p. 107-240.

G.E.D.R.E.M.-

Echec et maternelle.-

Paris, Syros, 1980.-

G.F.E.N.-

L'échec scolaire : doué ou non doué ?.-

Paris, Ed. Sociales, 1974.-

GIBELLO (B.).-

Dysharmonie cognitive, dyspraxie, dysgnosie, dyschronie : des anomalies de l'intelligence qui permettent de lutter contre l'angoisse dépressive.-

Revue de Neuro-Psychiatrie Infantile, 1976, 24, n° 9.- p. 439-452.

GILLY (M.).-

Influence du milieu social et de l'âge sur la progression scolaire à l'école primaire.-

Bull. de Psychologie, 1967, 20, n° 10-15.- p. 797-809.

(1969 a) GILLY (M.).-

La scolarisation des débilés mentaux en France, in : ZAZZO (R.) et équipe HHR, Les défibilités mentales.-

Paris, A. Colin, 1969.- p. 214-247.

(1969 b) GILLY (M.).-

Bon élève, mauvais élève.-

Paris, A. Colin, 1969.-

GILLY (M.).-

Maître-élève. Rôles institutionnels et représentations.-

Paris, Presses Universitaires de France, 1980.

GILLY (M.), MERLET-VIGIER (L.).-

Milieu social, milieu familial et défibilité mentale, in : ZAZZO (R.) et équipe HHR, Les défibilités mentales.-

Paris, A. Colin, 2° éd., 1979.- p. 149-200.

GIRARD (A.), BASTIDE (H.).-

De la fin des études élémentaires à l'entrée dans la vie professionnelle ou à l'Université. La marche d'une promotion de 1962 à 1972.-

Population, 1973, 3.- p. 571-593.

GOTTESDIENER (H.), CARLIER (M.), ROUBERTOUX (P.).-

Race et intelligence.-

Bull. de Psychologie, 1979, 32.- p. 443-455.

GUIGNARD (F.), HAEBERLI (A.M.), PERRIN (C.), RODRIGUEZ (R.), GARRONE (G.).-

Les troubles de la signification chez les débilés mentaux.-

Psychiatrie de l'Enfant, 1971, 14, n° 1.- p. 125-231.

HARDY (M.), PLATONE (F.), DANNEQUIN (C.).-

Langage et classes sociales. Quelques problèmes méthodologiques.-

Psychologie Française, 1977, 22, n° 1-2.- p. 37-46.

HARNQVIST (K.), SVENSSON (N.A.).-

Milieu social, rendement des élèves et orientation scolaire.-

Bull. de Psychologie, 1967, 20, n° 10-15.- p. 782-788.

HERZLICH (G.), SALTIEL (M.).-

L'échec à l'école primaire (dossier).-

Le Monde de l'Education, déc. 1980.-

HEUYER (G.), BELEY (A.), BERGERON (M.), MISES (R.).-

Pour une modification de la législation concernant l'internement de l'enfant.-

Annales Médico-Psychologiques, 1959, 2, n° 4.- p. 669-670.

HURTIG (M.C.).-

Le problème du développement psycho-social chez les débilés.-

Revue de Neuro-Psychiatrie Infantile, 1969, 17, n° 9-10.- p. 583-592.

HURTIG (M.C.).-

Contribution à l'étude de la conquête de l'autonomie chez le débile d'âge scolaire, in : ZAZZO (R.) et équipe HHR, Les déficiences mentales.-

Paris, A. Colin, 2° éd., 1979.

HUSEN (T.).-

Origine sociale et éducation : perspectives de recherche sur l'égalité devant l'éducation.-

Paris, O.C.D.E., 1972.-

ISAMBERT-JAMATI (V.).-

Les "handicaps socio-culturels" et leurs remèdes pédagogiques.-

L'orientation scolaire et professionnelle, 1973, 4. p. 303-318.

JACQUARD (A.).-

Eloge de la différence. La génétique et les hommes.-

Paris, Seuil, 1978.-

KREISLER (L.).-

Psychopathologie du premier âge.-

Psychiatrie de l'Enfant, 1977, 20, n° 2.- p. 521-532.

La Fondation Vallée. De l'asile au secteur de psychiatrie infantile, n° spécial de l'Information Psychiatrique, 1971, 10.- p. 661-773.

LAFORESTRIE (R.), GROUSSARD-TREMBLAY (R.M.).-

Familles d'accueil et enfants placés.-

Paris, Ed. Sociales Françaises, 1976.-

L'échantillon dit "panel d'élèves". Principaux résultats de l'enquête 1974-1975, in : Ministère de l'Education, Enquêtes et Documents, 1976.-

LANTIER-RAFALOVITCH (N.), BURGIERE (E.), CHAUVEAU (G.).-

L'échec scolaire : quelques données sur la réalité scolaire en France.-

Bull. du S.R.E.S.A.S., 1979, n° 18.- p. 223-234.

LARMAT (J.).-

La génétique de l'intelligence.-

Paris, Presses Universitaires de France, 1979.-

LAUTREY (J.).-

Classe sociale, milieu familial, intelligence.-  
Paris, Presses Universitaires de France, 1980.-

LAWLER (J.).-

Intelligence, génétique, racisme.--  
Paris, Editions sociales, 1978.-

LAZAROVICI (R.), SOULE (M.).-

La dysharmonie évolutive chez le très jeune enfant.-  
L'Information psychiatrique, 1977, 53, n° 9.- p. 1105-1117.

LEBOVICI (S.).-

Le nourrisson, la mère et le psychanalyste. Les interactions précoces.-  
Paris, Le Centurion, 1983.-

LEBOVICI (S.), DIATKINE (R.), ARFOUILLOUX (J.C.).-

A propos de la psychothérapie familiale.-  
Psychiatrie de l'enfant, 1969, 12, n° 2.- p. 447-536.

LEBOVICI (S.), KESTEMBERG (E.) et al.-

Le devenir de la psychose de l'enfant.-  
Paris, Presses Universitaires de France, 1978.-

Le niveau intellectuel des enfants d'âge scolaire.-

I.N.E.D., Travaux et Documents : I, Cahier n° 13, 1950 ; II, Cahier n° 23,  
1954.-

Paris, Presses Universitaires de France.-

Les gardes de l'enfant de 0 à 3 ans, comme surface d'inscription des relations  
de la famille et le champ social.- Centre d'Etudes, de Recherche et de  
Formation Institutionnelle, document n° 28, 1972.-

Les modes de garde des enfants de 0 à 3 ans.- Cahier de recommandations,  
Ed. Sociales Françaises, 3° éd., 1978.-

Lettre à une maîtresse d'école, par les enfants de Barbiana.-  
Paris, Mercure de France, 1968.-

LEVINE (J.), VERMEIL (G.).-  
Les difficultés scolaires.- Compte rendu du 26° Congrès de Pédiatrie.  
Toulouse, 1981, vol. 1.- p. 27-108.

LEVY (C.).-  
Les jeunes handicapés mentaux. Résultats d'une enquête statistique sur leurs  
caractéristiques et leurs besoins.- I.N.E.D., Travaux et Documents, Cahier  
n° 57.-  
Paris, Presses Universitaires de France, 1970.-

LOUTRE du PASQUIER (N.).-  
Le devenir des enfants abandonnés. Le tissage et le lien.-  
Paris, Presses Universitaires de France, 1981.-

(1976 a) LURCAT (L.).-  
La maternelle : une école différente ?.-  
Paris, Cerf, 1976.-

(1976 b) LURCAT (L.).-  
L'échec et le désintérêt scolaire à l'école primaire.-  
Paris, Cerf, 1976.-

MARCOS (H.).-  
Climat familial et réussite scolaire, in : REUCHLIN (M.) et al., Culture et  
conduites.-  
Paris, Presses Universitaires de France, 1976.- p. 285-312.

Mc CORMICK (D.P.).-  
"Occult" bilingualism in children with social problems.-  
J. of school health, 1980, 50, n° 2.- p. 84-87.

MEDNICK (S.A.), BAERT (A.E.).-  
Prospective longitudinal research. An empirical basis for the primary  
prevention of psycho-social disorders.-  
Publications O.M.S., Oxford, Oxford University press, 1981.-

MERLET-VIGIER (L.).-

Facteurs de l'adaptation sociale et professionnelle des adolescents débiles,  
in : ZAZZO (R.) et équipe HHR, Les déficiences mentales.-  
Paris, A. Colin, 2<sup>e</sup> éd., 1979, ch. 10.

MERMILLOD (C.), ROSSIGNOL (C.).-

Le développement de l'enfant à 4 ans est-il significatif des modes de garde  
antérieurs ?.-

Bull. de statistiques "Santé-Sécurité Sociale", 1974, 2.- p. 105-131.

MIGLIORINO (G.).-

Relation entre l'intelligence des enfants, les conditions socio-économiques  
des parents et les dimensions de la famille.-

Bull. de Psychologie, 1971-1972, 25.- p. 986-994.

Milieu et développement.- Symposium de l'Association de Psychologie  
Scientifique de Langue française.-

Paris, Presses Universitaires de France, 1972.-

MISES (R.).-

Le placement thérapeutique de longue durée des psychoses infantiles.-

Revue de Neuro-Psychiatrie infantile, 1967, n° 1-2.- p. 78-82.

MISES (R.).-

La thérapie psycho-motrice dans la cure des psychoses de l'enfant.-

Rééducation psycho-motrice, 1970, 11.- p. 23-29.

MISES (R.).-

Réévaluations dans l'approche psycho-pathologique des déficients  
intellectuels.-

Confrontations psychiatriques, 1973, n° 10.- p. 9-30.

MISES (R.).-

L'enfant déficient mental.-

Paris, Presses Universitaires de France, 1975.-



(1977 a) MISES (R.).-

La cure des psychoses de l'enfant à l'hôpital de jour.-

Revue de Neuro-Psychiatrie Infantile, 1977, 25, n° 11-12.- p. 737-745.

(1977 b) MISES (R.).-

La place des dysharmonies évolutives de l'enfant.-

L'information psychiatrique, 1977, 53, n° 9.- p. 1007-1017.

MISES (R.).-

A propos des déficiences intellectuelles avec perturbations instrumentales et troubles évolutifs de la personnalité.-

Rééducation orthophonique, Août-Octobre 1978, n° 37-38.- p. 308-320.

MISES (R.).-

Cinq études de psycho-pathologie infantile.-

Toulouse, Privat, 1981.-

MISES (R.), BARANDE (I.).-

Les états déficitaires dysharmoniques graves. Etude clinique de formes précoces intriquant relation psychotique et symptomatologie de type déficitaire.-

Psychiatrie de l'Enfant, 1963, 6, n° 1.- p. 1-78.

MISES (R.), BREON (S.), FUCHS (F.).-

Etude d'enfants de classes de perfectionnement. Mise en question de la débilité mentale.-

Revue de Neuro-Psychiatrie Infantile, 1974, 22, n° 7-8.- p. 457-502.

MISES (R.), DEVILLE-CAVELLIN (G.).-

Relations de l'équipe de santé mentale avec l'école. Du partage à la coopération.-

Revue pratique de psychologie de la vie sociale et d'hygiène mentale, 1978, 3.- p. 31-45.

MISES (R.), HORASSIUS (M.).-

Les dysharmonies évolutives précoces de structure psychotique.-  
Revue de Neuro-Psychiatrie Infantile, 1973, 21, n° 12.- p. 755-765.

MISES (R.), PERRON (R.).-

Débilité mentale légère et échec scolaire.-  
Confrontations psychiatriques, 1983.-

MISES (R.), PERRON (R.), SALBREUX (R.).-

Les déficiences mentales.- Encyclopédie Médico-Chirurgicale, section  
psychiatrie, 37270 A 10, 7, 1980.

MISES (R.), PERRON-BORELLI (M.), BREON (S.).-

Essai d'approche psycho-pathologique de la déficience intellectuelle. Les  
déficits dysharmoniques.-  
Psychiatrie de l'Enfant, 1971, 14, n° 2.- p. 341-464.

MISES (R.), SEGUR (G.), ZAGDOUN (R.).-

L'hospitalisation dans le secteur de neuro-psychiatrie infantile, une  
expérience en cours.-  
L'information psychiatrique, 1967, 2.- p. 145-156.

MISES (R.) et coll.-

La cure en institution.-  
Paris, Ed. Sociales Françaises, 1980.-

MOLLO (S.).-

L'école dans la société. Psychosociologie des modèles éducatifs.-  
Paris, Dunod, 1970.-

MOSS (H.A.), KAGAN (J.).-

Maternal influences on early IQ scores.-  
Psychol. Reports, 1958, 4.- p. 655-661.

OBOEUF (Y.).-

Echec scolaire et modèles relationnels.-

Psychol. Scolaire, 1980, n° 32.- p. 53-62.

PAOUR (J.L.).-

Apprentissage de notions de conservation et induction de la pensée opératoire concrète chez les débilés mentaux, in : ZAZZO (R.) et équipe HHR, Les déficiences mentales.-

Paris, A. Colin, 2° éd., 1979.- p. 421-465.

PASQUIER (D.).-

Réflexions sur l'échec scolaire.-

Psychologie scolaire, 1980, n° 32.- p. 36-46.

PASCALIS (G.), IGERT (C.), BERNE (C.), THERET (F.).-

Mort et psychose.-

Revue de Neuro-Psychiatrie Infantile, 1976, 25, n° 7.- p. 383-390.

PASSOW (A.H.).- ed.

Education in depressed areas.-

New-York, Teachers College Press, 1963.-

PASSOW (A.H.), GOLDBERG (M.), TANNENBAUM (A.).-

Education of the disadvantaged.-

New-York, Holt, 1967.

PERRON (R.).-

Attitudes et idées face aux déficiences mentales, in : ZAZZO (R.) et équipe HHR, Les déficiences mentales.-

Paris, A. Colin, 1969, chap. 1.

PERRON (R.).-

L'emploi intelligent des tests d'intelligence.-

Impact, Science et Société, 1971, 21, n° 4.- p. 363-371.

PERRON (R.).-

Les déficits intellectuels. Positions et propositions.-

Enfance, 1972, n° 1-2.- p. 139-160.

PERRON (R.).-

L'approche psychologique des déficiences mentales : étude génétique et analyse fonctionnelle.-

Confrontations psychiatriques, 1973, n° 10.- p. 53-76.

PERRON (R.).-

Psychologie génétique et psycho-pathologie de l'enfant.-

Revue de psychol. appliquée, n° spécial, 1976, 26.- p. 321-343.

PERRON (R.).-

Dysharmonies évolutives et troubles des fonctions cognitives.-

L'information psychiatrique, 1977, 53, n° 9.- p. 1047-1062.

PERRON (R.).-

A propos de l'illusion nosographique liée au concept classique de débilité mentale.-

Archives françaises de pédiatrie, 1978, 35, suppl. n° 1.- p. 62-65.

(1979 a) PERRON (R.).-

Le concept de déficience mentale. Evolution des théories, des attitudes et des pratiques.-

Archives Suisses de Neurologie, Neuro-chirurgie et Psychiatrie, 1979, 124, n° 1.- p. 113-127.

(1979 b) PERRON (R.).-

Déficience mentale et représentations de soi, in : ZAZZO (R.) et équipe HHR, Les déficiences mentales.-

Paris, A. Colin, 2° éd., 1979, chap. 11.

PERRON (R.).-

Troubles et retards graves du développement psychologique. Réflexions en marge d'un colloque.-

Raison présente, 1982, n° 65.- p. 91-102.

PERRON-BORELLI (M.).-

Echelles différentielles d'efficacités intellectuelles.-  
Paris, Editions scientifiques et psycho-techniques, 1974.

PERRON-BORELLI (M.), PERRON (R.).-

L'examen psychologique de l'enfant.-  
Paris, Presses Universitaires de France, 4° éd., 1982.

PERSELL (C.H.).-

Education and inequality : a theoretical and empirical synthesis.-  
New-York, Free Press, 1977.-

PLAISANCE (E.).-

Echec scolaire : échec de l'élève ou échec de l'école ?.-  
Raison présente, 1972, n° 23.- p. 21-41.

PLAISANCE (E.).-

Pauline Kergormard. L'école maternelle et l'égalité des chances.-  
Raison présente, 1973, n° 27.- p. 43-62.

PLAISANCE (E.).-

L'école maternelle aujourd'hui.-  
Paris, F. Nathan, 1977.

Plowden Report : Children and their primary schools.-

Londres, Central Advisory Council for Education, 1967.

PRECHEUR (J.C.).-

Les déterminants de la réussite et de l'orientation au niveau du  
baccalauréat.-

L'orientation scolaire et professionnelle, 1977, 2.- p. 105-135.

RAMEY (C.T.) et al.-

Predicting school failure from information available at birth.-  
Amer. J. of Mental Deficiency, 1978, 82, n° 6.- p. 525-534.

REISSMAN (F.).-

The culturally deprived child.-

New-York, Harper, 1962.

REPUSSEAU (J.).-

Bons et mauvais élèves : le complexe de Moebius.-

Tournai, Casterman, 1978.

REUCLIN (M.).-

Les facteurs socio-économiques du développement cognitif, in : Milieu et développement.-

Paris, Presses Universitaires de France, 1972.- p. 69-136.

REUCLIN (M.) et al.-

Culture et conduites.-

Paris, Presses Universitaires de France, 1976.

REUCLIN (M.), BACHER (F.).-

L'orientation à la fin du premier cycle secondaire.-

Paris, Presses Universitaires de France, 1969.

RIEU (P.), TOMKIEWICZ (S.).-

Arriération mentale profonde. Etude portant sur 200 enfants hospitalisés dans les services de chroniques de l'Assistance Publique de Paris.-

Revue de Neuro-Psychiat. Infantile, 1971, 19, n° 3-4.- p. 115-149.

ROSENTHAL (R.A.), JACOBSON (L.).-

Pygmalion à l'école.-

Paris, Casterman, 1971.

ROUGIER (B.), SALBREUX (R.), DENIAUD (J.M.), TOMKIEWICZ (S.).-

Prise en charge des handicapés en fonction de leur handicap et de la catégorie socio-professionnelle de leurs parents.-

Neuro-psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, 1979, 27, n° 1-2.- p. 29-44.

RUTTER (M.).-

La séparation parent-enfant : les effets psychologiques sur les enfants.-  
Psychiat. de l'enfant, 1974, 17, n° 2,- p. 479-515.

SALBREUX (R.), DENIAUD (J.M.), TOMKIEWICZ (S.), MANCIAUX (M.).-

Typologie et prévalence des handicaps sévères et multiples dans une population d'enfants (premiers résultats de l'enquête épidémiologique sur les inadaptations sévères dans la population juvénile de la région parisienne).-  
Neuro-psychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 1979, 27, n° 1-2.- p. 5-28.

SALVAT (H.).-

L'intelligence, mythes et réalités.-  
Paris, Editions sociales, 1969.

STAMBAK (M.), VIAL (M.).-

Problèmes posés par la déviance à l'école maternelle.-  
Bull. du C.R.E.S.A.S., 1972, n° 7.- 119p.

TOMKIEWICZ (S.).-

Un regard social sur la déficience mentale, in : Journées parisiennes de pédiatrie.-  
Paris, Flammarion, 1978.- p. 399-408.

TOMKIEWICZ (S.) et al.-

Enfants handicapés et polyhandicapés profonds dans la région parisienne (résultats d'une enquête statistique).-  
Revue de Neuro-psychiatrie infantile, 1975, 23, n° 7.- p. 389-404.

TYLER (W.).-

The sociology of educational inequality.-  
Londres, Methuen, 1977.

VERMEIL (G.).-

La fatigue à l'école.-  
Paris, Editions sociales françaises, 1976.

ZAFIROPOULOS (M.), DENIAUD (J.M.), SALBREUX (R.).-

Trajet et destin des adolescents et adultes déficients mentaux profonds.-

Neuro-psychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 1979, 27, n° 1-2.- p. 91-110.

ZAZZO (B.).-

Un grand passage : de l'école maternelle à l'école élémentaire.-

Paris, Presses Universitaires de France, 1978.

ZUCMAN (E.).-

Etude de la mise en place des Commissions Départementales d'Education Spéciale.-

Paris, Les publications du C.T.N.E.R.H.I., 1979.

ZUCMAN (E.).-

Etude du fonctionnement des Commissions Départementales d'Education Spéciale.-

Paris, Les Publications du C.T.N.E.R.H.I., 1980.





