En Santé Mentale

ISSN 1157-5135



REVUE DE L'ASSOCIATION
CROIX-MARINE
DE BASSE-NORMANDIE

30 F



■ .....Éditorial Journée-rencontre de Caen, 2 .....Brèves 7 juin 2000 3 ....Lieu d'écoute pour adolescents École et psychiatrie M<sup>III</sup> Gwénaëlle GRENEY, assistante sociale 4....L'expérience d'une infirmière scolaire M<sup>me</sup> Annie RUAU, infirmière scolaire, Lycée Professionnel - Falaise 6.....Enjeux et difficultés du partenariat école-psychiatrie M. BLAIN, Principal du collège Etenclin - La Haye-du-Puits 7 ......Inspection Académique de la Manche D' ONUFRYK, Inspection Académique de la Manche **8**.....Enjeux et difficultés « école-psychiatrie » D' Dominique PORET, médecin de l'Éducation Nationale ■ Les points « écoute » en milieu scolaire... D' Thierry BÖSIGER, service de psychiatrie de l'enfant et l'adolescent - Avranches ■ ■ .....L'école et la psychiatrie D' Frol FRANKO 4 L'intrigue médico-pédagogique D' Philippe MAZEREAU, directeur d'IME-SESSAD, docteur en sociologie **Annexe-** intervention du D<sup>r</sup> David, pédopsychiatre

### PRATIQUE ET RECHERCHES

### REVUE DE L'ASSOCIATION CROIX-MARINE BASSE-NORMANDIE

Fondation du Bon-Sauveur, 50360 PICAUVILLE Tél. 02 33 21 84 00 (poste 8466) - Fax 02 33 21 85 14

Directeur de la publication :

Jean-François GOLSE

LOCOMOTIVE

Responsable de la rédaction :

Philippe LAMOTTE

02 22 07 54 00

Secrétaire de rédaction :

Maryse CORBET

T. JEGARD

02 33 07 54 09 COURCY

Secrétaire adjointe :

Marie-Line LAMARE-HAMELIN

Photos:

P. LAMOTTE PICAUVILLE

Comité de rédaction :

J.- N. LETELLIER

Secrétariat:

Composition et impression :

02 33 21 84 66

J. ANDERSON, M. PITON, G. BOITTIAUX, B. NOUHAUD

Dépôt légal :

4e trimestre 2000

En couverture : l'École Buissonnière, nouvel atelier d'Arc-en-Ciel à Equeurdreville-Haineville.



## École et psychiatrie

Il s'agissait pour nous lors de cette journée de prolonger un débat qui avait commencé en juin 1999 à Caen lors du forum national décentralisé intitulé « santé mentale – santé publique ». En effet, il s'agissait bien d'un débat sur la santé mentale et le terme de psychiatrie n'a été employé que pour mieux problématiser la question. En ce qui concerne la psychiatrie, en effet le débat est quasiment clos : en cas de maladie mentale au sens classique du terme survenant chez des enfants ou des jeunes gens (on voit bien que ce type de formulation a quelque chose de suranné) il existe des lieux spécifiques de soins : CMP, CATTP, cabinets libéraux, CMPP... tous lieux situés à l'extérieur de l'école, le débat avec l'institution scolaire tournant autour de la question de l'intégration scolaire ou plutôt, ce débat étant également tranché sur le plan théorique, de son aménagement.

Mais le vrai débat n'est pas là. La question qui tend à submerger la précédente est en effet celle-ci : au nom de la souffrance du sujet, le dispositif de psychiatrie rebaptisé dispositif de santé mentale doit-il intervenir dans l'école à propos de toute une série de troubles des conduites et des comportements qui ne relevaient pas jusque-là de la psychiatrie au sens classique du terme ? Il ne s'agit là d'ailleurs concernant l'institution scolaire que du cas particulier d'une problématique générale.

Se posent donc à la fois la question très générale de la légitimité de cette intervention et celle de ses modalités; mais c'est aussi (surtout?) la question des moyens que se donne l'institution scolaire pour traiter ces questions avec ses propres outils humains, matériels, conceptuels et institutionnels.

Cette journée n'avait d'autre but que de faire vivre ces interrogations et poser les termes du débat en s'appuyant sur des expériences concrètes parfois controversées. Un seul regret : une participation de l'institution scolaire plus faible que celle que nous avions prévue bien que nous ayons préparé cette journée ensemble de longue date. L'attente des enseignants est cependant réelle. Problème de circulation de l'information nous a-t-il semblé.

Septembre 2000 Docteur J.-F. GOLSE

#### L'ÉCOLE BUISSONNIÈRE DANS SES NOUVEAUX LOCAUX

Arc-en-Ciel a pris possession de son nouvel atelier à Equeurdreville-Haineville. Pour l'inauguration officielle, nombre d'artistes sont venus saluer Marc Eustache et Martine Gosnon, les responsables de cette nouvelle école buissonnière.



#### **APRÈS LA TEMPETE**

Le département de la Manche et notamment le sud, comme beaucoup de départements du grand ouest, n'a pas été épargné par la tempête de décembre dernier. Les conséquences économiques ont eu depuis des répercussions psychologiques sur les victimes de cette catastrophe climatique. Aussi, début 2000, le nombre d'hospitalisations a parallèlement augmenté, les cas de suicide et de tentative sont également de plus en plus fréquents.

Face à cette situation, le Conseil Général a mis en place une cellule de soutien psycho-social pour venir en aide aux sinistrés. En effet, en temps normal, le nombre de suicides dans la Manche dépasse un peu la moyenne nationale, mais face à cette situation et au nombre de décès enregistré depuis janvier, particulièrement dans le sud-Manche, il est apparu urgent de prendre des mesures de prévention et d'information. Pour cela, le Service d'Action Sociale du Conseil Général (SDAS), en collaboration avec la Mutualité Sociale Agricole (MSA), la Caisse d'Assurance Maladie (CRAM), la Direction Départementale d'Action Sanitaire et Sociale (DDASS), le centre hospitalier de Pontorson, la Fondation du Bon Sauveur de Saint-Lô, la Croix-Rouge Française, l'Association Départementale de Protection Civile de la Manche (ADPC 50) et le groupe de prévention du suicide du sud-Manche, ont organisé des réunions pour de nombreux manchois victimes de la tempête, pour faire entendre leurs difficultés matérielles et surtout leur permettre d'exprimer ce qu'ils ont vécu et ce qu'ils vivent encore parce que le pouvoir des mots est parfois rédempteur.



#### POINT DE CHUTE CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE

Les accidents de la vie courante sont deux fois plus meurtriers que les accidents de la route. Les chutes, notamment chez les personnes âgées de 65 ans et plus, sont responsables de 9000 décès par an.

C'est un réel problème de santé publique qui touche un tiers des aînés de notre pays. Désormais, on peut dessiner un portrait type des victimes: dans 72 % des cas, c'est une femme entre 78 et 88 ans, vivant seule, avec peu de vie sociale, souffrant de troubles du sommeil. Ce tableau entraîne une baisse de la vigilance et donc augmente le risque de chute. C'est au domicile et particulièrement dans le jardin que se produisent ces accidents. La chute induit également la peur de retomber d'où le syndrome post-chute qui réduit encore un peu plus l'activité de la personne. Pour le professeur Dujardin (directeur du centre d'information et d'action gérontologique de l'Aube), il vaut mieux sortir que de rester enfermé à la maison. Éviter le risque de chute c'est: traiter le vieillissement, aménager l'environnement, maintenir le potentiel physique et intellectuel en développant les capacités d'attention et d'anticipation, garder le contact avec les autres, faire des projets, avoir confiance en soi et en l'avenir.

### votre courrier

Adressez les nouvelles que vous souhaitez voir apparaître: soit directement à Madame Maryse CORBET, secrétaire de rédaction A.C.M.B.N., Secrétariat du Docteur GOLSE, 50360 Picauville, soit au Docteur PITON, correspondant de la revue pour le département du Calvados, ou au Docteur ANDERSON, correspondant pour le département de l'Orne.

## erperin Andrea

Fondements et enjeux de pratiques controversées



# Lieu d'écoute pour adolescents

Par M<sup>®</sup> Gwénaëlle GRENEY Assistante sociale

ans le cadre de cette journée, je vais évoquer la création d'un lieu d'écoute pour adolescents, en janvier 2000 à Falaise. Pour parler de ce lieu d'écoute, il faut partir d'un bref historique: tout a commencé en 1995, autour du programme régional de santé 1995-1999. Celui-ci se déclinait en quatre volets. Le premier volet concernait la prévention du suicide et avait pour finalité la mise en place d'actions coordonnées afin de diminuer les tentatives de suicide dans la population des adolescents et des jeunes adultes.

Les trois conseillères techniques de l'inspecteur d'académie, des responsables départementales: médecin, assistante sociale et infirmière, ont travaillé dans le cadre d'une démarche de santé publique et de prévention primaire autour de trois axes de travail:

- mieux former les équipes de terrain pluridisciplinaires aux signes précurseurs de mal-être de l'adolescent. Une formation inter-établissement (collège, lycée, LEP) autour du mal-être de l'adolescent a eu lieu à Falaise en 1996;
- création de groupes de parole au sein des établissements à destination des professionnels;
- proposition d'un suivi méthodologique des projets dans les établissements.

À l'issue de la formation reçue et des temps d'échanges pluridisciplinaires occasionnés par le groupe de parole, a émergé l'idée de créer un lieu d'écoute pour adolescents sur Falaise.

#### Autour de plusieurs constats:

- manque de suivi des jeunes par l'Éducation Nationale, pendant les périodes de vacances scolaires,
- manque de structures spécialisées sur Falaise en faveur des adolescents et des pré-adolescents,
- des professionnels parfois confrontés aux dépassements de leurs compétences dans certaines situations et éprouvant le besoin de passer le relais;

s'est constituée une équipe très active, motivée et qui s'est « soudée » au fil du temps, composée de membres des trois établissements: infirmières scolaires, CPE, assistante sociale, professeurs. Nous avons également bénéficié du soutien actif de la psychologue clinicienne qui était intervenue lors de la formation autour du mal-être de l'adolescent.

Progressivement, divers partenaires se sont associés au projet: mairie de Falaise, PAIO, l'école privée du second degré, PJJ, Conseil Général, CAF ainsi que l'EPE qui est devenu « porteur du projet » et en a assuré le soutien juridique. Les parents d'élèves se sont également associés au projet.

À l'issue de multiples réunions et temps de réflexion, a pu émerger ce lieu d'écoute pour adolescents, avec trois principes importants:

- les élèves témoins et acteurs de leurs besoins et la réalisation d'un questionnaire réalisé par eux et pour eux au tout départ de leur démarche;
- il était important pour les élèves que ce lieu soit extérieur aux établissements scolaires et en dehors des structures spécialisées;
- il était impératif que ce lieu fonctionne avec des professionnels (les élèves souhaitaient que l'intervenant du lieu d'écoute soit un psychologue ou une infirmière âgé de 20 à 40 ans).

Ce lieu offre aux jeunes de 10 à 25 ans, scolarisés ou non, rencontrant une situation de mal-être personnel, familial, scolaire ou social, une écoute individualisée reposant sur la confidentialité. L'accueil y est anonyme et gratuit. Il est prévu, à l'avenir, la mise en place de groupes de parole auprès des jeunes désirant échanger dans une dynamique collective. Des personnes-ressources (médecins, travailleurs sociaux, sages-



chute des résultats scolaires. Je suis alors plus vigilante et j'essaie de voir cet élève en essayant d'établir une relation de confiance, en lui disant que j'ai remarqué un changement dans son attitude. Il faut aider le jeune à affronter les difficultés de la vie, à faire des choix conscients, développer l'estime de soi, prévenir les conduites à risque, l'amener à être responsable de son bien-être physique et mental. Tout en ne portant pas de jugement dans la résolution de ce problème, en l'incitant à avoir un dialogue avec sa famille et l'aider dans cette voie. Si la situation est plus difficile, la prise en charge doit s'organiser au sein d'une équipe, et ne peut être supportée par l'infirmière seule. Le partage de mes impressions avec d'autres membres de l'équipe (assistante sociale) est important pour évaluer si mon inquiétude est fondée. Lorsque je revois l'élève, je lui dis que je m'inquiète pour lui, que j'ai remarqué qu'il ne va pas bien et que je suis là pour l'aider, qu'il peut parler à l'assistante sociale qui comme moi est tenue au secret professionnel. Si le besoin est ressenti, j'essaie de le convaincre d'en parler au médecin scolaire, à son médecin généraliste ou au proviseur. En aucun cas, j'essaierai de me substituer à sa

Parfois, les confidences sont lourdes à porter par l'équipe. Si besoin, nous

famille.

essaierons de favoriser le suivi du jeune par un professionnel de la santé, extérieur à l'établissement, avec ou sans l'aide de sa famille, s'il est majeur ou pas.

Le professionnel peut dépendre d'un CMP, être libéral ou dépendre d'un lieu d'écoute extérieur à l'établissement. Nous regrettons parfois de ne pas avoir plus de contacts et de retours avec le CMP. En milieu rural. nous rencontrions des difficultés à obtenir un rendez-vous au CMP qui n'est pas ouvert tous les jours (c'est plutôt une antenne du CH voisin). Les difficultés liées au déplacement pour aller rencontrer un professionnel dans une consultation gratuite à Caen étaient grandes. Nous avons maintenant sur Falaise la possibilité d'envoyer nos élèves dans un lieu d'écoute, ouvert tous les mercredis après-midi. C'est un relais facile, gratuit, avec des rendez-vous proches. Nous espérons une ouverture plus large dans la semaine.

Comme tout jeune ayant un problème de santé, une maladie chronique (diabète), les jeunes en malêtre ont envie de vivre au lycée comme les autres adolescents, de se fondre dans le groupe « élèves », de ne pas être montrés du doigt. Ils ne souhaitent pas que les autres soient au courant de leurs consultations avec un psychologue. Il est important que le lycée reste un lieu où les jeunes ne sont pas malades, où ils puissent évoluer sans image péjorative. Quand la situation de crise est passée, ils peuvent ainsi retrouver leur équilibre.

L'infirmière a un rôle d'écoute. Elle est un interlocuteur privilégié. Mais chaque situation est différente et seule, elle ne peut gérer toutes les situations.

Parfois, les adolescents vont se confier à d'autres adultes du lycée en qui ils ont confiance. Il est donc important qu'il existe une bonne communication entre les différents partenaires de l'établissement et que les missions et spécificités de chacun soient connues.

Parfois, quand la situation est pesante, difficile à gérer, la souffrance de l'adolescent nous interpelle. Nous devons avoir conscience de nos limites, éviter de nous approprier les situations.

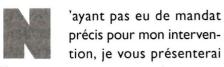
Depuis 1997, à Falaise, nous bénéficions d'une régulation avec M<sup>me</sup> Forget-Gatignol, psychologue clinicienne, où nous réfléchissons, nous partageons nos soucis avec d'autres professionnels. C'est une équipe pluridisciplinaire (AS, IDE, CPE, enseignants, médecin scolaire). Ces rencontres ont lieu tous les deux mois. Tous les membres des deux lycées et du collège y sont conviés pour évoquer leurs difficultés face à un adolescent ou face à un groupe. Les objectifs en sont les suivants:

- permettre une prise de recul des professionnels par rapport à des situations difficiles et en favoriser la résolution;
- réfléchir à nos pratiques professionnelles;
- faciliter un travail en réseau;
- améliorer la communication au sein des équipes;
- faire vivre le partenariat collègelycée.

Le financement de ces régulations étant financé par les CESC, ces régulations sont appréciées et nous aident dans notre quotidien.

# Enjeux et difficultés du partenariat école-psychiatrie

Par M. BLAIN, Principal du collège Etenclin La Haye-du-Puits



librement mes remarques, interrogations, réflexions issues de mon expérience professionnelle, pour ce qui touche aux différents contacts que j'ai pu avoir avec le monde de la psychiatrie.

Pour commencer, je voudrais dire que le chapeau sous lequel est placée mon intervention comporte quelques ambiguïtés.

En effet, enjeux et partenariat m'apparaissent un peu en opposition. Aussi, je souhaiterais commencer par les difficultés du partenariat école-psychiatrie et réserver les enjeux pour un second temps.

Trois mots me paraissent liés à ces difficultés: temps, information, confiance.

### Pour ce qui concerne le temps

Je parlerai d'abord du temps dans sa durée. Nous avons dans ce domaine des références différentes.

En une année, on dit parfois une année scolaire, une personne prise en charge dans un CMP, par exemple, peut évoluer d'une manière importante, dans ce cadre, sans qu'on puisse bien en mesurer les effets dans celui de sa scolarisation.

Un enseignant doit sans cesse respecter:

- le programme;
- le rythme des trimestres;
- la vérification des acquisitions;

 les périodes liées à l'orientation scolaire ou professionnelle...

Un enfant ou un jeune passant « à côté » d'une année scolaire confronte les enseignants:

- au doublement de classe;
- au temps des apprentissages : la lecture en est une illustration;
- à une nécessité de lui faire suivre sa classe d'âge;
- aux acquisitions scolaires;
- à des contraintes réglementaires: en élémentaire on ne peut prendre qu'une année de retard...

Comment rendre cohérente l'articulation de ces deux temporalités? Je citerai en exemple des situations cou-

rantes que je rencontre en tant que membre d'une CCPE (commission de circonscription pré-élementaire et élémentaire).

Un petit enfant est complètement requis pas des difficultés personnelles. Une psychothérapie est mise en place, comment scolariser cet enfant?

Il ne peut être mis en attente... Il doit être dans un groupe et l'on sait par avance qu'il connaîtra de sérieuses difficultés scolaires. Dans la meilleure hypothèse, il sera restauré dans sa personne, mais risque d'être en grave échec scolaire.

Des problèmes de personnel existent également.

Un jeune enfant devrait être pris en charge en psychothérapie analytique, il semble qu'il faille parfois attendre plusieurs mois, voire années, en raison du manque de spécialistes, que faire à l'école en attendant?



Je voudrais évoquer aussi le temps pris par une démarche, conduisant à une prise en charge psychologique. Je prends pour exemple le cas où l'école est à l'initiative.

 a) le temps pour convaincre une famille,
 b) le temps pour le premier rendezvous,

c) le temps pour la prise en charge,
 d) le temps pour voir évoluer
 la personne.

Ces délais semblent parfois incompréhensibles à l'école.

Enfin, j'aborderai le temps que l'on se partage.

Le samedi et le dimanche étant réservés au repos, les prises en charge non scolaires ne pouvant avoir lieu exclusivement le mercredi après-midi, il faut bien se partager les autres jours et heures, sachant que pour tout le monde, un enfant, ou un jeune est en meilleure disposition le matin plutôt qu'en fin de journée.

Un rendez-vous à heure fixe supprime toujours les mêmes cours et si le volume de la matière se borne à I h 30 par semaine, la conséquence est aisément mesurable.

#### L'information

Les remarques précédentes liées à un manque d'information entre nos institutions, conduisent inévitablement à l'incompréhension, voire à la rupture. Je ne sais pas la connaissance de l'école qu'a le monde de la psychiatrie, en revanche, je sais parfaitement l'absence d'information dans la formation initiale des enseignants concernant:

- des éléments de psychiatrie;
- la connaissance de l'enfant, de l'adolescent;
- des éléments de réflexions sur les fonctionnements de groupes;
- le ressenti de l'échec scolaire pour un enfant ou un jeune...

Je ne vois pas, en dehors d'échanges, comment modifier cette situation, afin de s'informer mutuellement de nos fonctionnements et contraintes. En connaître les limites également...

Pour ce qui concerne la psychiatrie, on ne peut réduire le temps qu'il faut pour faire évoluer une personne en grande difficulté.

- Que faire en l'absence de volonté de la personne;
- de son environnement (doit-on faire une prise en charge d'un jeune si ses parents ne participent pas?);
- quand le personnel manque...

Pour ce qui concerne l'école:

 le retard scolaire pose de gros problèmes, malgré les sollicitations de notre ministère, on ne sait pas comment faire dans le contexte de la classe, du programme, quand un enfant est en trop grand décalage avec les autres, et est-ce possible?

- on ne sait pas parler des ressentis, des sentiments, des émotions;
- parfois même, la situation scolaire est le déclencheur de problèmes chez le jeune ou l'enfant.

Ainsi, peut-être nos institutions arriveront à se connaître et se reconnaître, donnant naissance à la confiance sans laquelle on ne peut faire avancer les choses.

#### Les enjeux

Définition du Grand Larousse illustré: « c'est ce qu'on peut gagner ou perdre dans une entreprise (exemple: les enjeux d'une guerre) ».

Peut-on imaginer qu'il s'agisse de pouvoir? Je ne veux pas croire qu'il s'agisse de cela entre nos deux institutions, ni que l'enjeu soit l'enfant ou le jeune mais bien qu'il s'agisse des enjeux pour la personne qui souffre. En effet, en cas de désaccord des deux institutions, elle risque de perdre beaucoup.

De plus, un des comportements humains le mieux partagé, consiste à se sentir indispensable, voire de se rendre indispensable face à des personnes en situation de souffrance.

Dans le cadre de mon activité professionnelle passée, j'ai animé des réunions de synthèse dans un établissement accueillant des jeunes sourds en formation professionnelle.

Chacun semblait connaître la personne exclusivement par le domaine par lequel il agissait et non seulement les enseignants, et voulait être l'élément déterminant de la prise en charge. Il ne faut pas perdre cela de vue.

Dans l'établissement où j'étais précédemment nommé et dans celui où je suis actuellement, j'ai pu expérimenter et j'expérimente l'intérêt d'échanges conduisant à un partenariat. Il serait dommage que cela soit le fait de quelques bonnes volontés ici ou là.

Le partenariat est notre seule issue, il va nous falloir définir le rôle et les compétences de chacun dans celui-ci.

### Inspection Académique de la Manche

Par le D<sup>r</sup> ONUFRYK Inspection Académique de la Manche

a mission première de l'école est d'accueillir tous les enfants sans aucune distinction. Bien sûr, parmi eux, il se trouve inévitablement des enfants qui présentent des problèmes d'ordre psychologique. Et par conséquent, l'école, qui a pour mission d'intégrer ces élèves, a mis en place un certain nombre de réseaux capables de prendre en compte les difficultés des élèves. L'élève doit être au centre des préoccupations de la communauté éducative.

Dans le premier degré, l'instituteur et le directeur d'école ont la possibilité d'alerter le psychologue scolaire, le médecin de l'Éducation Nationale et l'assistante sociale de secteur. Ensuite, c'est la réunion de l'équipe éducative, en présence des parents, qui déterminera la suite à donner pour aider au mieux l'élève.

Dans le second degré, les enseignants, le conseiller principal d'éducation et le chef d'établissement alerteront le conseiller d'orientation psychologue, l'infirmière et l'assistante sociale de l'Éducation Nationale présentes uniquement dans le second degré, ainsi que le médecin de l'Éducation Nationale, qui, tous ensemble, examineront les aides nécessaires à mettre en place pour l'élève.

Tous ces acteurs de la communauté éducative ont leur propre compétence pédagogique, psychologique, médicale ou sociale. Ils se doivent de dépister les difficultés des élèves et de juger des possibilités de prise en compte de ces difficultés au sein de l'établissement en associant si nécessaire une prise en charge psychiatrique extérieure.

L'infirmière et le médecin de l'Éducation Nationale doivent alors être le relais entre l'école et les services médicaux extérieurs à l'école.

En effet, comme l'a rappelé M<sup>me</sup> Royal, les établissements scolaires ne sont pas des lieux de soins. Les élèves, qui présentent des difficultés nécessitant une prise en charge d'ordre psychiatrique, s'ils doivent être repérés par les différents acteurs de la communauté éducative, doivent être soignés dans les structures spécialisées, à l'extérieur de l'établissement. Ce partenariat est primordial. Nous devons travailler ensemble pour que la prise en charge

d'un jeune soit réelle et poursuivie dans le temps. Le médecin traitant de la famille est également un acteur important. Il peut aider la famille à prendre conscience de la nécessité de la prise en charge, des difficultés de leur enfant et participer

à la coordination des aides mises en place.

Par ailleurs, chacun sait que l'adolescence est une période troublée de la vie qu'il faut éviter de psychiatriser à outrance, même si bien sûr, il ne faut pas passer à côté d'une pathologie. Un cas à part est celui des événements

majeurs tels que décès, tentatives de suicide ou suicide, dans ces cas une cellule de crise se met immédiatement en place. Elle ne peut fonctionner correctement sans l'aide des services de psychiatrie qui devront avoir été repérés au préalable,

D'où l'impérative nécessité de travailler ensemble!

### Enjeux et difficultés « école-psychiatrie »

Par le D<sup>r</sup> Dominique PORET, médecin de l'Éducation Nationale Avranches

epuis 12 ans, je travaille sur le même secteur sud-Manche et j'ai eu à travailler en liaison avec le service de psychiatrie pour enfants et adolescents et le service de psychiatrie adultes (lycéens). l'ai constaté que le travail en réseau était indispensable pour une prise en charge efficace des élèves en souffrance psychique. Ce travail est d'autant plus difficile que les personnes changent souvent, ce qui s'est passé au cours des dernières années pour le médecinchef du service de pédo-psychiatrie. Aujourd'hui, je suis là pour vous parler de la mise en place de points d'écoute dans les collèges et lycées du sud-Manche.

Cette mise en place fut une initiative du service de pédo-psychiatrie des secteurs d'Avranches et Pontorson, basée sur le constat que les adolescents en souffrance psychique semblaient rencontrer des difficultés pour accéder aux structures de soins type CMP ou centre d'écoute ou d'accueil.

Mais, à notre avis, la mise en place de ce projet n'a pas semblé bien structurée:

- il n'a pas été fait d'analyse des besoins ressentis et/ou exprimés des élèves par une enquête d'évaluation sur le terrain;
- la proposition de ces points-écoute a été faite par contact direct des infirmières du service de pédo-psy-



chiatrie avec les chefs d'établissements et présentée comme une offre de permanences régulières dans les collèges ou lycées. Mais il est dommage qu'il n'y ait pas eu de concertation avec les personnes-ressources travaillant déjà dans les établissements.

Certains chefs d'établissement ont répondu favorablement à cette proposition, y voyant une possibilité de réponse immédiate aux problèmes psychologiques des élèves.

Pour toutes ces raisons citées, plusieurs points-écoute se sont installés dans le sud-Manche, lycées et collèges. Mais, en octobre 1999, compte tenu du fait que les établissements scolaires ne sont pas des lieux de soins, l'inspecteur d'Académie a souhaité l'arrêt de ce projet dans tous les établissements publics du secteur. À l'heure actuelle, des points-écoute existent dans plusieurs établissements privés de la région.

### Les inconvénients et les interrogations de l'Éducation Nationale

La limite entre l'écoute et le soin est mal définie dans cette prise en charge et en cas de soins, cette nouvelle structure apparaît redondante: est-ce vraiment le rôle d'une infirmière psychiatrique, dans un collège, d'écouter les petits malaises inhérents à l'adolescence?

Qui va placer la limite entre le normal et le pathologique?

Comment le jeune va interpréter cette réponse, sachant que celui qui lui la donne est déjà un soignant spécialisé?

D'autre part, quand il s'agit d'une réelle souffrance psychique, nécessitant des soins, le dispositif de prise en charge existe déjà au niveau de chaque collège: l'infirmière scolaire, l'assistante sociale, le médecin scolaire travaillent alors en liaison avec toute l'équipe éducative d'une part, et avec les intervenants spécialisés éventuels d'autre part.

L'infirmière psychiatrique est alors une personne de plus dans un dispositif déjà difficile à faire fonctionner en raison de la personnalité des adolescents et de la structure du système éducatif.

Enfin, dans le cas d'une prise en charge par le point-écoute, les élèves connaissent le statut de l'écoutant (infirmière psychiatrique) et ne voient pas alors l'intérêt d'une autre prise en charge à l'extérieur de l'établissement.

Les adolescents, en cas de problèmes psychologiques,

sont tout à fait prêts à recourir à des structures extérieures au cadre scolaire, comme l'ont montré l'an dernier des journées d'information

sur « le mal-être de l'adolescent », réalisées dans le cadre du lycée; les élèves souhaitent connaître les différentes structures, leurs modalités d'accès, leur possibilité d'anonymat, leur gratuité et les différentes personnes qui y interviennent. Les élèves ont exprimé leur préférence pour des structures extérieures à l'établissement.

### Les points positifs

Par contre, une connaissance mutuelle et un travail en réseau sont indispensables pour une prise en charge efficace des élèves en souffrance psychique. Ce travail ne peut se faire que si les différents intervenants se rencontrent et connaissent le domaine de compétences de chacun. Ce travail en réseau permet de gérer aussi bien les situations de crise que d'effectuer un suivi des jeunes afin d'éviter les rechutes et les complications (suivi d'élèves hospitalisés pour des TS, anorexie mentale...).

Il permet aussi de mettre en place des formations pour les personnels des établissements et des informations pour les élèves (sous forme de forum ou d'ateliers).

À l'heure actuelle, les points-écoute ne fonctionnent que dans des établissements privés, qui ont conscience de n'avoir accepté cette solution qu'à défaut d'avoir la possibilité d'une équipe médicale, avec une permanence infirmière et d'assistante sociale scolaire. Ce sera peut-être leur place, mais il faudra poser au préalable des questions indispensables aux parents d'élèves, aux enseignants, aux élèves également pour éviter une dérive possible de psychiatrisation de toute situation sortant un peu de la norme.

Il semble donc nécessaire de redéfinir, dans le cadre d'une concertation entre l'Éducation Nationale et le secteur psychiatrique, les modalités de ces interventions et de les inclure éventuellement dans le réseau qui existe déjà.

# Les points « écoute » en milieu scolaire – un moyen de prévention bien spécifique, un partenariat d'avenir

Par le D<sup>r</sup> Thierry BÖSIGER, service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent - Avranches

La santé, nous dit l'OMS, « ce n'est pas seulement l'absence de maladie, c'est un état de complet bien être physique, psychique, affectif et social ». Concernant l'âge adolescent, le programme est assez vaste.

Période tumultueuse marquée par la recherche d'identité (qui suis-je? que suis-je?), un intérêt narcissique important pour le corps, l'intellect, les relations. Période de deuil des objets infantiles, d'investissement de substituts parentaux, d'identification aux pairs.

Une difficulté est de tracer une ligne de démarcation entre ce qui est pathologique et ce qui ne l'est pas. Le sentiment d'être malheureux, par exemple, peut relever d'une pathologie dépressive et nécessiter des soins appropriés.

Mais, il y a des adolescents qui sont « simplement » malheureux et qui vous disent: « mes parents ne m'aiment pas », « je trouve idiot ce que je fais à l'école ». Où est la maladie dans cela? la question est ici davantage d'apprendre à penser sa vie, sa place dans la société et ce rôle est celui de la communauté éducative. Cependant, nous sommes convaincus, avec Comte-Sponville, « qu'il y a des souffrances non patho-

convaincus, avec Comte-Sponville, « qu'il y a des souffrances non pathologiques qui sont pathogènes (le malheur peut être cause de dépression) ». On peut donc être amené à « prendre soin » d'adolescents qui ne sont pas malades, pour éviter qu'ils ne le deviennent. Cette approche peut se faire par les

moyens d'actions de prévention globale (maltraitance, conduites à risques, toxiques...)

Mais il en est dont le « malheur » ne peut trouver de prise en compte dans les actions de masse de la communauté éducative, parce que vécu comme trop personnel, individuel, ni par le système de santé scolaire ou extra-scolaire parce qu'encore en « gestation », pas encore prêt à être traité si tant est qu'il devrait l'être un jour.

Et c'est là le pari des points-écoute: dépêcher des ambassadeurs de la vie psychique dans l'un des cadres habituels de la vie de l'adolescent, l'école, reconnaissance de la singularité de cette vie psychique, irréductible aux catégories (élèves, enfants, adolescents).

Être « ambassadeur », c'est un métier auquel il convient d'être formé, d'autant que l'adolescent excelle à mobiliser le contre-transfert. Et l'une des difficultés tient à maintenir une juste tension entre deux contradictions: « ton malheur est banal, c'est celui de chaque être humain » et « ton malheur est unique et en tant que tel présente de la valeur ».

En conclusion, il ne s'agit pas de soigner, ni de s'obstiner à pousser l'adolescent à consulter, mais de lui porter témoignage que le malheur peut être dit devant des personnes formées à un certain savoir (là encore si banal mais tellement spécifique). Et qu'il existera, un jour, un lieu où il pourra être pris en considération et traité si cela s'avérait nécessaire. Demander à un adolescent de consulter un « psy » sans délai, c'est parfois aller dans le sens de son penchant pour l'immédiateté, la non prise de distance et de réflexion. Simplement lui signifier que cela sera possible.



Ci-dessous les intervenants de cette journée dont nous n'avons malheureusement pu passer les textes. La Rédaction.

M. MAUNOURY, CPE du Lycée de Carentan

À propos d'une intervention d'une équipe de psychiatrie adulte en milieu scolaire



Soignants du secteur de psychiatre infanto-juvénile du Nord-Cotentin

### À propos de pratiques dans l'école





### L'école et la psychiatrie

Par le D' Erol FRANKO

I y a quelque temps j'ai eu à intervenir, coup sur coup, dans deux écoles différentes, à la lemande des enseignants et de leur hiéarchie, suite à des événements dranatiques qui avaient déstabilisé, traunatisé les adultes comme les enfants. s'agissait dans l'un des cas de la tenative de suicide d'une jeune élève dans enceinte même de l'école, et dans autre cas de la mort brutale d'une inseignante, dans sa classe, juste avant entrée de ses élèves.

es quelques rencontres qui se sont uccédé m'ont beaucoup appris. Entre utre, que la transmission qui s'opère l'école nécessite, nécessiterait, idéaement, que les réalités du corps et les

émotions qui leur correspondent soient tenues à l'écart: souffrance, jouissance, maladies, mort, sexualité... refoulées, interdites, sublimées... Leur intrusion au sein de l'école semble proprement traumatique au point de rendre impossible la poursuite de sa fonction (à moins que quelque chose d'autre de l'extérieur ne vienne assurer un rôle tiers et qui reste toujours à définir). Une des conditions pour entrer à l'école n'est-ce pas que l'enfant soit propre? De même que tout organe sain est silencieux et se fait oublier, le corps à l'école doit, devrait, rester silencieux, dans une certaine mesure en tout cas.

C'est peut-être un des fondements de la transmission du savoir.

Mais voila que de temps en temps cela se met à devenir trop bruyant, à crier, à hurler, à s'agiter... ou à être sidéré... et là, il arrive qu'on fasse appel au médecin, au psychiatre, aux professionnels, qui ne l'oublions pas, ont eux aussi à gérer en eux-mêmes, mais d'une autre façon, les mêmes refoulements, les mêmes interdits, les mêmes sublimations.

### À quels types de rencontres cela peut-il donner lieu?

Ma modeste expérience me laisse penser que ce n'est pas nécessairement mission impossible, qu'il y a des malentendus bénéfiques et structurants, pour peu que les demandes soient assumées, et que l'on s'interroge sur la façon de respecter la place, les responsabilités, les compétences et les limites de chacun, ce qui n'est pas, je vous l'accorde, une mince affaire.

J'espère que cette journée nous apportera quelques éléments de réponse à ces interrogations et à bien d'autres.

Au niveau de la clinique de tous les jours, je voudrais d'abord rappeler ces constats qui sont des évidences. Une majorité des enfants et des jeunes travaillent et réussissent bien à l'école, naturellement aidés et accompagnés par leurs familles et leurs enseignants, et sans l'aide d'autres professionnels. Dans notre travail spécifique de psychiatrie, nous soignons pour divers troubles et symptômes un bon nombre d'enfants et de jeunes qui ne présentent pas de difficultés particulières à l'école.

Et il y a un certain nombre d'enfants qui présentent des difficultés, parfois majeures, au niveau de leur scolarité, pour qui les bilans et les diagnostics faits à temps ont permis, à tort ou à raison, une orientation qui semble les aider dans leur cheminement et leur épanouissement, sans les mettre dans des situations qui leur crée des difficultés supplémentaires, parfois au prix de « deuils » profondément douloureux par rapport aux aspirations initiales, et sans que la psychiatrie ait eu à intervenir, ou si peu.

L'école, quoi qu'on dise, ouvre de plus en plus ses portes à des tas d'enfants en difficulté, qui, il y a peu d'années étaient dirigés très vite vers des structures sanitaires ou médico-sociales. Les méthodes, les savoir-faire, les mentalités semblent en plein changement, parfois en plein désarroi, avec des avancées et des reculs, des doutes, des réticences.

### Et les situations qui semblent poser autrement problème?

Je voudrais citer quelques-unes de celles qui me frappent le plus dans ma pratique quotidienne, actuellement, et qui sont différentes de celles qui me semblaient les plus problématiques il y a quelques années.

D'un côté il y a les situations assez paradoxales où les valeurs, les idéaux ou les normes du milieu d'appartenance de l'enfant le poussent, à son insu, et à l'insu de tous, à des choix en contradiction avec ce que tout le monde semble souhaiter: cette jeune fille belle et intelligente, d'un milieu aisé avec une haute moralité du partage, qui ne peut supporter d'être belle et brillante à l'école et en société alors que sa sœur beaucoup moins gâtée par la nature doit traîner, malheureuse, une difformité aux yeux de tous; ce trop de chance lui semble impossible à porter et à supporter; l'échec scolaire qui va s'ensuivre sera d'autant plus dramatique que totalement incompréhensible, du moins pendant longtemps.

Comme ce garçon, qui depuis son plus jeune âge est très performant dans la ferme familiale; milieu rural où malgré le discours formel, seuls sont valorisés, de fait, le dur travail manuel et la terre, et où l'école avec ce qu'elle représente de lointain, d'étranger, de la ville... ne peut être qu'un lieu de trahison. L'affrontement sera très dur.

Je pourrais citer beaucoup d'exemples cliniques se référant à ces configurations, où faut-il le préciser, une approche respectueuse de la dignité des protagonistes est nécessaire et parfois, d'une façon surprenante, suffisante pour assouplir les positions et ouvrir des possibilités d'autres choix. Il s'agit là non seulement d'une question éthique, mais aussi d'efficacité thérapeutique. Néanmoins je voudrais souligner que ces situations qui nous familiarisent avec l'importance des paradoxes, des loyautés et des appartenances, semblent de plus en plus reconnues, à bon escient, par beaucoup de professionnels de l'école et d'ailleurs, et que les complications qui en découlent semblent mieux traitées sur place, assez naturellement, là où elles se présentent, avec des bénéfices évidents pour les enfants.

L'écueil principal réside probablement dans une approche simplificatrice, non respectueuse et culpabilisante vis-à-vis de l'entourage, principalement de la famille. Notre difficulté à nous débrouiller devant des normes qui ne sont pas les nôtres. Je laisse au débat les questions que cela peut ouvrir.

D'un autre côté, je suis frappé par le nombre de situations où à l'occasion de symptômes très divers, parfois graves, dépressions, tentatives de suicide, insomnies, troubles du caractère et du comportement, violences... nous découvrons que sous couvert d'explications psychologisantes, pas toujours imputables à l'école, loin de là, l'enfant est mis et maintenu dans une situation d'exigences pédagogiques auxquelles, pour des raisons très diverses, il n'a pas du tout les moyens de répondre, et qui devient pour lui un cercle vicieux d'échec permanent, d'humiliations, de découragement, avec le sentiment d'être dépassé, broyé, sans que les autres le sachent. Ce n'est pas parce qu'il est déprimé, ou agité, ou violent... qu'il travaille mal; c'est parce qu'il se trouve d'une façon chronique et humiliante devant des exigences impossibles qu'il se déprime, s'agite, devient violent... Souvent ces enfants nous sont adressés

Dois-je insister sur la façon dont le piège se refermerait sur l'enfant si nous nous laissions entraîner dans cette inflation de la psychothérapie, fut-elle familiale!

pour une psychothérapie.

À l'opposé, il nous arrive de rencontrer les mêmes symptômes chez des enfants dits surdoués, dont la précocité n'a pas été repérée, et qui avec leur maturité affective souvent en deçà de leur appétence, de leur curiosité, de leur rapidité intellectuelle se mettent dans des situations de rejet inextricables source

de souffrance et de désarroi parfois majeurs.

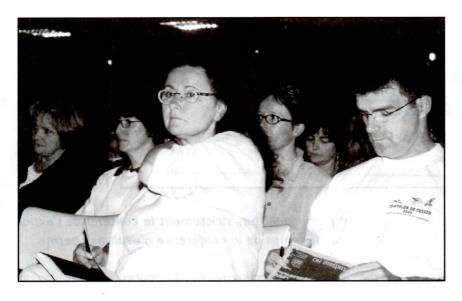
C'est comme s'il nous était difficile à tous de nous représenter, de supporter qu'il y ait des enfants ou des jeunes qui ne soient pas dans la norme commune; nous nous conduisons alors comme si de toute façon cet

écart à la norme ne pouvait exister, et qu'il appartient à l'enfant ou à un professionnel, thérapeute de préférence, de faire quelque chose pour l'y ramener.

On retrouverait les mêmes questions avec les enfants, souvent intelligents, mais qui présentent à des degrés divers des traits typiquement autistiques, sans pour autant être autistes, qui voient le monde à leur façon très différente des autres, et qui malgré leur intelligence, ne comprennent rien ou si peu, aux intentions des autres et à ce qui se passe dans la sphère affective, relationnelle et sociale qui les entoure. Il en a été question ce matin.

Une autre situation source de désarroi, de culpabilisations massives et réciproques, de pertes de temps et d'énergie, est celle, très courante, où des diagnostics médicaux, qui ont parfois des conséquences thérapeutiques spécifiques, n'ont pas été faits à temps alors que depuis longtemps les hypothèses sur les causes d'ordre psychosociales n'ont été d'aucun secours. Je pense ici à certaines formes complexes d'épilepsies ou d'autres atteintes neurologiques, à des anomalies chromosomiques ou génétiques et j'en passe. Il semble parfois très difficile de faire admettre à certains professionnels, entre autre de l'école, l'existence même de cet ordre de réalités.

Il s'avère souvent que les parents, ou



ceux qui vivent avec l'enfant depuis son plus jeune âge, en aient eu l'intuition depuis longtemps. En partant de l'expérience clinique, il me semble clair qu'un certain nombre d'enfants qui présentent une instabilité, une hyperactivité et des troubles de l'attention et de la concentration permanents relèvent souvent de ce cas de figure. Ils sont le plus souvent en échec scolaire grave et leurs relations avec les autres, enfants comme adultes sont lamentables. Et tant qu'on s'en tient à la notion, ici très vague et passe partout, de troubles de la personnalité pour expliquer ce qui se passe, l'enfant est considéré comme responsable, coupable, comme s'il y mettait simplement de la mauvaise volonté, et dans cette logique l'escalade des sanctions met l'enfant en danger réel d'être maltraité, et l'entourage familial, éducatif et scolaire, en danger de devenir maltraitants. Je considère que dans ces situations se posent des questions d'assistance à personnes en danger. On voit ici la nécessité d'une collaboration étroite entre tous les protagonistes, et les questions difficiles que cela peut poser au niveau du secret médical. Je constate que lorsque les culpabilisations et les disqualifications réciproques sont mises à plat et disparaissent, ces questions trouvent des solutions naturelles et sereines.

Plusieurs modalités de rencontres et d'échanges sont possibles. Il y a bien sûr la participation aux réunions des CCPE et de la CDES. Il y a la possibilité de se déplacer à l'école, à propos d'un enfant précis toujours avec l'accord des parents comme condition, ou pour des rencontres avec les élèves et les enseignants. Nous en avons vu quelques exemples ce matin. Une autre forme de rencontre à laquelle j'attache beaucoup

d'importance, et que nous pratiquons chaque fois que c'est possible, c'est la consultation avec l'enfant, ses parents et l'enseignant, (ou le médecin, l'assistante sociale, la psychologue scolaire... en fonction des questions à traiter, et surtout en fonction de la personne qui semble la plus investie dans la situation). Ce type de consultation permet une véritable élaboration des problèmes et en même temps une meilleure définition et reconnaissance des compétences et des responsabilités de chacun, et évite les confusions et les malentendus.

Nous avions proposé d'autres formes de rencontres qui, à notre surprise, ont eu beaucoup moins de succès: se déplacer à l'école pour assurer une sorte de permanence ou de lieu d'écoute, pour les jeunes ou les enseignants qui le souhaiteraient; ou recevoir seul en consultation un enseignant qui s'interroge à propos d'un enfant qu'il sent en difficulté et pour lequel il ne trouve pas d'aide ou d'écho par ailleurs.

Là, nous avons eu l'impression, aprèscoup, que nous bousculions d'une façon un peu cavalière des frontières bien délimités et que nous aurions marché sur des territoires bien protégés. C'était un peu: ne touche pas à mes enfants, probablement justifié. Mais on nous disait depuis si longtemps qu'on ne faisait rien face à des appels au secours!

### L'intrigue médicopédagogique

Par le D<sup>r</sup> Philippe MAZEREAU, directeur d'IME-SESSAD Docteur en sociologie



AVERTISSEMENT: Le texte ci-dessous ne reprend pas strictement le contenu de l'exposé oral, notamment, il traite la question de la loi de 1975 ce que le temps de la conférence n'avait pas permis.

éfinition du Petit Robert - INTRIGUE: « situation compliquée et embarrassante, liaison amoureuse généralement clandestine et peu durable ».

Je vous propose de balayer l'histoire de ces relations sur un peu plus d'un siècle...

Histoire sociologique, sociologie historique, je vous donne quelques indications sur l'appareillage théorique qui guide mon analyse. L'idée forte est le concept de champ social où sont mis en relation des institutions, des classements pratiques ou savants, des professionnels, dans le cadre d'une orientation politique. Cette articulation complexe produit des interrelations et des interactions dans des arrangements particuliers, historiquement variables.

« La raison et la raison d'être d'une institution (ou d'une mesure administrative) et de ses effets sociaux n'est pas dans la volonté d'un individu ou d'un groupe mais dans le champ de forces antagonistes ou complémentaires où, en fonction des intérêts associés aux différentes positions et des habitus de leurs occupants, s'engendrent des volontés et où se définissent et se redéfinissent sans cesse, dans et par la lutte, la réalité des institutions et de leurs effets sociaux, prévus et imprévus. »

On a trop vécu sur des logiques explicatives uniques particulièrement en sociologie, sur le domaine que j'aborde. Contrôle social, domination symbo-

lique, traduction savante des différences sociales, médicalisation de l'échec scolaire... Mon point de vue consiste à suivre les positions en train de se construire, en tenant compte du discours des acteurs de l'époque. le ne vais pas plus loin mais je ne voulais pas passer en contrebande les modes de construction des événements que j'utilise et qui cherchent à faire de l'Histoire un outil de compréhension du présent. En effet, il n'y a pas de temporalité homogène, l'histoire de la psychiatrie infantile en est un exemple, elle aurait pu naître au début du siècle, elle est née en 1952, qui plus est en 1952, on n'était guère plus avancé qu'en 1909, ceci pour des raisons d'oubli, d'institutions qui ne se créent pas au bon moment.

### Le moment où l'intrigue se noue

Lecture d'extraits d'un texte en annexe.

L'existence d'écoles d'asile où s'est construit le traitement médico-pédagogique des idiots, tient à plusieurs facteurs. La France fut pionnière en la matière, puis faute d'institutions pour les héberger, les pratiques ont disparu. Itard, Seguin, Montessori, ces filiations discontinues furent l'objet d'exportations et de réimportations au gré des opportunités historiques.

Au début du 19°, le cadre socio-cognitif de pensée des problèmes de l'aliénation mentale s'inscrit dans la filiation Pinelienne qui a instauré le passage de l'insensé-objet au sujet à la subjectivité déchirée. La modernité, de ce point de vue, a ouvert la perspective d'une thérapie du psychique par le psychique: le traitement moral. Cette technique fonde en même temps, la possibilité d'un asile distinct de l'hôpital. Mais, de cette reconnaissance de l'aliénation mentale, il reste un exclu nosographique qui est l'idiot, jugé incurable et inéducable.

Ce verdict, confirmé par Esquirol, contrarie l'espoir ouvert par la rupture révolutionnaire qui a réaménagé le cadre de perception de l'altérité. Naître libres et égaux en droit suppose que tous possèdent la qualité d'êtres humains. La loi ne s'imposant plus de l'ordre divin, elle est inscrite en l'homme si une bonne éducation sait la faire advenir, (voir le programme éducatif de l'« Émile » de Rousseau). C'est pour cela que l'idiot concentrera les espoirs éducatifs, et, Seguin, premier instituteur des idiots, prétendra lui aussi résoudre le diagnostic d'incurabilité par le traitement moral. Il déclarera donc, un peu provocateur: « en attendant que la médecine guérisse les idiots, j'ai entrepris de les éduquer ». L'intrigue médico-pédagogique s'organise donc autour de ce noyau problématique. La pédagogie s'inscrit dans une carence momentanée de la médecine. De plus, le traitement moral souvent présenté sous une métaphore de la pédagogie renforce cette idée d'une substitution possible.

« La vie d'un asile, l'ordre et la discipline qui y règnent, régularisent les actes des aliénés, améliorent leurs tendances perverties et rectifient leurs idées. Le traitement moral se rattache aux préceptes les plus essentiels de notre nature intellectuelle et sensible, c'est la pédagogie dans sa plus haute acception et nous lui ferons une large part dans la description des méthodes curatives. » <sup>2</sup>

### L'histoire institutionnelle autour de la création des classes spécialisées

Médico-pédagogique contre psychopédagogique, anormaux d'école contre anormaux d'asile. En 1904, une commission spéciale est créée pour envisager: « l'étude des conditions dans lesquelles il devait être pourvu à l'éducation des enfants anormaux ». Les républicains doivent se doter d'une pensée spécifique de la question sociale, s'écartant à la fois des thèses du catholicisme social et du socialisme naissant. Cette théorie sera le solidarisme fondé par Léon Bourgeois. Forme de traduction politique de la solidarité organique de Durkheim, le solidarisme affirme que les riches doivent payer ce dont ils sont redevables et non pas se consacrer à la charité. Le fonctionnement de la société doit faire en sorte que les déshérités reçoivent une part de la richesse créée par la coopération sociale, le principe de l'impôt progressif

venant concrétiser cette théorie de l'État redistributeur. L'école, dont l'utopie républicaine voulait qu'elle annule la lutte des classes en offrant à chacun une place en fonction de ses capacités, doit elle aussi faire une place au solidarisme en offrant aux enfants « anormaux » des classes spéciales. La commission Bourgeois s'adresse aux spécialistes, pour déterminer qui sont les anormaux. Une polémique s'en suivra entre aliénistes progressistes qui suivent Bourneville et A. Binet allié à un autre aliéniste: Simon.

Traduites en termes actuels, les propositions de Bourneville revenaient à préconiser l'intégration scolaire des enfants handicapés des asiles dans les classes spécialisées. Quant aux personnels chargés d'assurer leur enseignement, il propose une formation qui serait ouverte soit à des infirmiers soit à des instituteurs, ceci en toute logique puisque la méthode médico-pédagogique pratiquée dans les asiles l'est déjà par collaboration entre ces personnels.

Pour Binet et les psycho-pédagogues, il en va tout autrement. En effet, c'est au sein de l'école qu'il faut chercher les anormaux, parmi les élèves qui ne tirent pas profit de l'enseignement primaire. En effet, l'école permet, par la planification des apprentissages qu'elle opère année par année, de pouvoir évaluer l'intelligence des élèves en mesurant leur niveau d'acquisition scolaire rap-

porté à leur âge. Selon Binet, promoteur d'une nouvelle forme « d'anormalité scolaire », les médecins ne sont pas compétents en matière d'arriération car prisonniers des signes somatiques de l'insuffisance mentale. « L'arriération et l'instabilité sont des états mentaux qu'il est fréquemment impossible de rattacher à des états pathologiques déterminés. » <sup>3</sup>

L'opération théorique consiste à évacuer le corps de l'enfant et à établir une équation entre intelligence et instruction. La foi positiviste en une école libératrice fera le reste et Binet sortira vainqueur de la confrontation. La loi de 1909 créant les classes de perfectionnement avalisera son point de vue. Il s'en suivra une éclipse totale de la psychiatrie infantile qui va resurgir avec Heuyer dans une configuration sociale tout à fait différente après la seconde guerre mondiale.

A partir de la position institutionnelle du patronage Henri Rollet, qui accueille en son sein une annexe de la clinique de neuropsychiatrie infantile <sup>4</sup>, la psychiatrie infantile naissante proclamera sa vocation sociale par la voix de Georges Heuyer. Cette fois, il ne s'agit plus de séparer des populations au sein d'une même institution mais, au contraire de faire se rejoindre par une accolade nosographique des populations territorialisées dans les lieux différents: classes de perfectionnement, patronage, asiles... en affirmant la liaison entre débilité mentale et délinquance.

Ainsi, la psychiatrie infantile conquerra une position d'expertise auprès des tribunaux et au sein des institutions néophilantropiques dont les instances administratives cherchaient à rationaliser le fonctionnement. La convergence de la demande étatique, judiciaire et médicosociale, avec l'ancrage médical de la notion de débilité, allait favoriser l'hégémonie de la psychiatrie infantile alliée au secteur privé.



Dans le conflit récurrent entre médecins et pédagogues, la psychiatrie gagne donc la deuxième manche malgré une opposition qui épousera des détours idéologiques, privés contre public, droite contre gauche, etc.

### L'unification du système scolaire et la croissance de l'éducation spéciale

Au sortir de la guerre, la physionomie du champ de l'éducation spéciale se trouvera donc entièrement remaniée. Sous l'unité apparente symbolisée par la nomenclature du Dr Lagache: l'enfance inadaptée, une concurrence acharnée opposera l'Éducation Nationale et les partisans de la nationalisation du secteur aux tenants de l'initiative privée. Cette opposition ne

cessera de se radicaliser et prendra un tour nettement politique sous l'effet de la guerre froide. À ce niveau, le lien fonctionnel entre des professions (psychiatre-éducateur, instituteur-psychologue scolaire), et leur dépendance aux options historiques de telle ou telle branche de l'appareil d'État, déterminent un impensé spécifique à chaque secteur professionnel. Cet impensé, les institutions l'entretiennent ensuite en présentant une histoire « officielle » qui occulte

souvent chez les « vainqueurs » la part de conflits et d'évictions que leur prise de position dominante a impliquée. Quant aux « perdants », la réactualisation perpétuelle des conflits leur sert parfois à faire oublier leur contribution directe ou indirecte à la définition des enjeux sociaux du partage.

Or, en dépit de la virulence des oppositions qui structureront le champ entre l'enseignement spécialisé d'un côté et le secteur privé associatif de l'autre, un double consensus allait orienter la marche des institutions pendant près de trente ans. Le premier s'organise autour de la redéfinition de la débilité mentale comme un retard global du développement intellectuel d'origine organique et irréversible, qu'il convient de dépister en priorité chez les écoliers. Le second, plus directement socio-politique, tient pour nécessaire la démocratisation et l'unification du système scolaire français.

L'explosion des effectifs et le choc au sein du collège entre les exigences pédagogiques de l'école primaire et celles du secondaire, vont modifier les cadres d'appréhension des difficultés des élèves. L'école primaire n'étant

Roger Misès, s'appuyant sur la notion des troubles évolutifs, propose au milieu des années 1970 une nouvelle approche de la déficience mentale. « Dans tous les cas, on relève la structuration progressive de l'arriération mentale à travers une dysharmonie évolutive grave. Tout enfant se construit à partir de facteurs biologiques et relationnels qui contribuent les uns les autres à lui conférer son originalité à travers une évolution discontinue [...] on relève ainsi dans son histoire des paramètres de niveaux divers, unis par un lien dialectique complexe. La symptomatologie déficitaire qui s'affirme progressivement ne représente plus ici le résultat d'une faille localisable, que ce soit dans le système nerveux ou dans l'inconscient maternel, elle apparaît tout autant le vecteur de l'organisation morbide en voie de constitution. » 6



plus une fin en soi, mais la préparation à la poursuite des études dans le premier cycle du secondaire, l'arrivée massive d'élèves en décalage avec l'homogénéité culturelle antérieure va produire une croissance des taux de redoublement <sup>5</sup>. De ce fait, les difficultés des élèves ne vont plus pouvoir s'interpréter en termes de débilité mentale. La psychanalyse d'un côté et la sociologie de l'autre vont mettre à mal la notion de débilité mentale.

Cette nouvelle nosographie tend à renvoyer dos à dos les tenants de l'organogenèse et de la psychogenèse. L'entrée en scène de la psychiatrie publique à travers la mise en place de la sectorisation viendra modifier l'équilibre interne du champ en permettant des collaborations jusque-là difficiles entre médecins et pédagogues <sup>7</sup>. C'est durant ces années 1969-1975 que la montée en puissance des explications pédagogiques de la fabrication de

l'échec scolaire va peu à peu imposer l'idée que l'échec scolaire signe l'échec de l'école dans sa volonté de démocratisation <sup>8</sup>.

### La loi de 1975, et l'État s'affranchit de la nosographie

En instaurant, par la loi, la notion de handicap, l'administration coupe le cordon ombilical qui la liait depuis l'origine du champ aux productions savantes des spécialistes. En effet, pour la première fois elle propose une catégorie juridique, le handicap, élaborée pour son propre compte, à partir des régimes de compensation de l'invalidité du droit français.

Cette révolution copernicienne rencontrera l'opposition farouche des psychiatres qui se voient dépossédés de la grande latitude que leur offrait la notion d'inadaptation.

Autrefois, l'individu seul était pris en compte dans ses rapports avec la société à laquelle il lui fallait s'adapter. Or, le discours qui sous-tend la loi de 1975 peut s'énoncer comme suit: la société doit se donner pour mission de protéger contre l'exclusion les personnes victimes d'un handicap quel qu'il soit. Dès lors, la question de la nature de l'origine du dit handicap devient secondaire, c'est pourquoi la loi se garde de définir le handicap en tant que tel et laisse ce soin aux commissions instituées à cette occasion.

À partir de là, la légitimité de la prise en charge n'est plus la même en fonction des populations considérées. La loi distingue le handicap, d'une part de l'inadaptation sociale, d'autre part de la maladie. Le registre curable/incurable perd sa pertinence au profit du couple adaptable/réadaptable. On assiste de ce fait à une autonomisation des rôles technique et politique, ce dernier reprenant l'initiative en quelque sorte. Dorénavant, comme l'analyse Robert

Castel à partir de l'exemple de la mise en place de bases de données informatiques: « sont stockées des données hétérogènes d'ordre économique, social, médical, psychologique, [...]. Dans ce dispositif, le rapport qui liait le diagnostic et le traitement, le savoir sur un sujet et la possibilité d'intervenir sur lui, ce rapport est brisé. C'est le gestionnaire qui possède toutes les cartes, c'est lui seul qui peut dominer l'ensemble du jeu et imposer sa stratégie » 9.

En conclusion, je dirai que l'on peut nettement suivre au cours de l'histoire les connexions entre: une volonté politique d'organiser le social, la production de nosographies notamment en matière d'insuffisance mentale, et les intérêts corporatistes des diverses professions qui doivent leur existence aux segments particuliers du sanitaire et du médico-social.

Cette mise en perspective historique doit pouvoir permettre l'élaboration d'une distance critique envers les oppositions simples, les frontières trop étanches entre les pratiques et les catégories de pensée des différents professionnels. Il s'agit d'une invitation à parler le langage de l'autre, infirmier, psychologue, instituteur, psychiatre... non pas pour abolir les différences mais pour les penser autrement qu'en termes d'oppositions simples.

- I-Pierre Bourdieu « Le mort saisit le vif. Les relations entre histoire réifiée et histoire incorporée », actes de la recherche en sciences sociales, 1980, n° 32-33, p. 6.
- 2-B. Morel, « Traité théorique et pratique des maladies mentales : études cliniques », Paris, Masson, tome 1, 1852-53, p. 214.
- 3-« Les enfants anormaux », Paris, A. Colin, 1909, P. 151.
- 4-Notons au passage l'analogie avec l'école de la rue de la Grange aux Belles qui accueillait le laboratoire d'Alfred Binet.
- 5-Daniel Blot « les redoublements dans l'enseignement primaire en France de 1960 à 1966 » Population  $n^{\circ}$  4, 1969, 685-709.
- 6-Didier Weil « la déficience mentale », la psychiatrie de l'enfant, XIX, 1,1976, p. 332-333.
- 7-C'est notamment le cas entre l'équipe de santé mentale du 13° arrondissement de Paris dirigée par Serge Lebovici et René Diatkine, et le centre de formation des instituteurs spécialisés de Beaumont-sur-Oise.
- 8-En 1972, Eric Plaisance pose explicitement la question : « l'échec scolaire : échec de l'écolier ou échec de l'école ? ». Raison Présente, n° 3,21-41.
- 9-Robert CASTEL: « la gestion des risques » Paris, Minuit, 1981, p. 152.



Pintervention du D' David, pédopsychiatre, en annexe à cette revue.