

**JOHN BOWLBY, M.A., M.D.**

*Expert-conseil de l'Organisation Mondiale de la Santé  
en matière de santé mentale  
Director, Child Guidance Department, Tavistock Clinic,  
Londres*

## **SOINS MATERNELS ET SANTÉ MENTALE**

Contribution de l'Organisation Mondiale de la Santé  
au programme des Nations Unies  
pour la protection des enfants sans foyer

**ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ**

**PALAIS DES NATIONS**

**GENÈVE**

**1954**

Première édition, juin 1951  
Deuxième édition, juin 1954

*NOTE*

*Les travaux publiés dans la Série  
de Monographies de l'Organisation  
Mondiale de la Santé n'engagent  
que leurs auteurs.*

Ce rapport a été publié originalement en anglais dans le *Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé*, 1951, 3, 355-534 ; il paraît maintenant en deux éditions distinctes, française et anglaise, dans la Série de Monographies de l'Organisation Mondiale de la Santé.

IMPRIMÉ EN SUISSE

## TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Préface à la deuxième édition . . . . .	7
Préface à la première édition . . . . .	7

### PARTIE I. CONSÉQUENCES NÉFASTES DE LA CARENCE DE SOINS MATERNELS

1. Facteurs étiologiques perturbateurs de la santé mentale . . . . .	11
2. Aperçu des connaissances acquises. I. Etudes directes . . . . .	16
3. Aperçu des connaissances acquises. II. Etudes rétrospectives et observations suivies . . . . .	34
4. Conclusions préliminaires . . . . .	53
5. Problèmes théoriques . . . . .	60
6. Recherches relatives aux conséquences de la carence de soins maternels . .	68

### PARTIE II. PRÉVENTION DE LA CARENCE DE SOINS MATERNELS

7. La raison d'être de la famille . . . . .	75
8. Causes de la faillite familiale dans les collectivités occidentales, avec mention spéciale des facteurs psychiatriques . . . . .	81
9. Prévention de la faillite familiale . . . . .	94
10. Illégitimité et carence . . . . .	105
11. Foyers de substitution. I. Adoption . . . . .	114
12. Foyers de substitution. II. Foyers nourriciers . . . . .	123
13. Soins donnés dans des collectivités . . . . .	146
14. Soins donnés aux enfants inadaptés et malades . . . . .	157
15. Administration des services de soins aux enfants, et problèmes à étudier	169
Conclusion . . . . .	176

### APPENDICES

Appendice 1. Diverses études rétrospectives concernant les rapports entre la maladie mentale, la carence de soins maternels et les foyers dissociés . . .	181
Appendice 2. Comparaison des réponses d'enfants d'institution et d'autres enfants au test de Rorschach . . . . .	187
Appendice 3. Note sur l'étude de Goldfarb concernant les rapports entre l'adaptation sociale et l'âge d'admission en institution . . . . .	190
Appendice 4. Note sur les statistiques des causes nécessitant l'éloignement des enfants de leur famille . . . . .	191
Bibliographie . . . . .	195
Index des noms . . . . .	201
Index des sujets . . . . .	203

## TABLEAUX

	Pages
I. Ordre d'apparition des réactions anormales chez les enfants placés en institution (Gesell & Amatruda) . . . . .	18
II. Quotient de développement moyen des nourrissons au commencement et à la fin de la première année, compte tenu de leur classe sociale et de leurs conditions de vie (Spitz) . . . . .	19
III. Tableau comparatif des QD et des QI d'enfants âgés de 1 à 4 ans, élevés soit en institution soit dans leurs familles . . . . .	22
IV. Fréquence de la séparation et de l'indifférence affective dans un groupe d'enfants voleurs et dans un groupe de contrôle d'enfants souffrant de troubles affectifs mais ne volant pas (Bowlby) . . . . .	38
V. Fréquence de facteurs héréditaires défavorables dans un groupe d'enfants voleurs et dans un groupe de contrôle d'enfants souffrant de troubles affectifs mais ne volant pas (Bowlby) . . . . .	39
VI. Différences relevées entre des enfants ayant passé les trois premières années de leur vie en institution et des enfants de groupes de contrôle n'ayant pas subi cette expérience (Goldfarb) . . . . .	42
VII. Fréquence des troubles chez des enfants ayant passé les trois premières années de leur vie en institution et chez ceux d'un groupe de contrôle n'ayant pas subi cette expérience (Goldfarb) . . . . .	43
VIII. Comparaison entre l'adaptation sociale d'enfants ayant passé cinq ans ou plus en institution et celle d'autres enfants n'ayant pas vécu en institution (Theis) . . . . .	46
IX. Répartition des notes de maturité sociale : a) d'après l'expérience, b) d'après l'hérédité (Bodman) . . . . .	48
X. Relation entre les résultats du traitement psychothérapique de filles délinquantes et leurs expériences familiales antérieures (Powdermaker et al.) . . . . .	58
XI. Conditions de vie, dans l'enfance, des parents des enfants pris en charge (Dr. Barnardo's Homes) . . . . .	89
XII. Relation entre la fréquence de l'inadaptation et l'âge auquel la situation d'un enfant illégitime s'est stabilisée (Etude de Toronto) . . . . .	110
XIII. Fréquence d'une attitude favorable chez les parents d'enfants adoptifs de quatre ans ou plus (Michaels & Brenner) . . . . .	121
XIV. Comportement de 100 enfants à la suite d'un changement de foyer, selon qu'ils ont gardé ou non des contacts avec leur foyer antérieur (Cowan & Stout) . . . . .	127
XV. Comportement de 30 enfants à la suite d'un changement de foyer : a) en gardant des contacts avec le foyer antérieur, b) sans garder de contacts (Cowan & Stout) . . . . .	128
XVI. Succès et échec du placement nourricier, selon l'attitude des parents et des enfants (Malone) . . . . .	134
XVII. Adaptation sociale, à l'âge adulte, des enfants placés hors de leur foyer, selon le caractère de leurs parents (Theis) . . . . .	138
XVIII. Succès et échec du placement nourricier des enfants selon leur hérédité (Healy et al.) . . . . .	139
XIX. Fréquence des foyers dissociés parmi des malades souffrant de troubles névrotiques variés . . . . .	185
XX. Comparaison des réponses faites au test de Rorschach par des enfants ayant passé leurs trois premières années en institution et par ceux d'un groupe de contrôle n'ayant pas subi cette expérience (Goldfarb) . . . . .	188
XXI. Causes de l'absence de vie familiale normale . . . . .	192

## PRÉFACE A LA DEUXIÈME ÉDITION

La première édition de cette monographie a été si bien accueillie que nous avons dû bientôt en préparer une deuxième. Celle-ci ne diffère de la première que par quelques corrections de détail et par la présence d'un index.

L'appel en faveur de nouvelles recherches qui figure au chapitre 6 a déjà été entendu. Le Centre international de l'Enfance, à Paris, se charge actuellement de ces recherches en Angleterre et en France. Il s'efforce également de faire mieux connaître les effets de la carence maternelle en patronnant des colloques internationaux. Espérons que d'autres organisations intéressées suivront cet exemple.

JOHN BOWLBY

## PRÉFACE A LA PREMIÈRE ÉDITION

Au cours de sa troisième session, tenue en avril 1948, le Conseil Economique et Social des Nations Unies décida d'entreprendre une étude des besoins des enfants sans foyer.<sup>109</sup> Ces enfants répondaient à la définition suivante : enfants « orphelins ou séparés de leur famille pour d'autres raisons qui doivent être confiés à des foyers nourriciers, institutions ou autres organisations d'assistance collective ». Cette étude devait se restreindre aux « enfants qui se trouvent sans foyer dans leur pays natal », excluant ainsi explicitement les réfugiés de guerre ou autres. Au moment où les Nations Unies firent appel aux commentaires et suggestions des institutions spécialisées intéressées à la question, l'Organisation Mondiale de la Santé s'offrit à fournir pour sa part une étude concernant les aspects de ce problème du point de vue de la santé mentale. Cette proposition fut acceptée, et le présent rapport en est la réalisation.

Je fus investi de mes fonctions temporaires par l'Organisation Mondiale de la Santé en janvier 1950. A la fin de l'hiver et au début du printemps, j'ai visité plusieurs pays d'Europe — France, Pays-Bas, Royaume-Uni, Suède et Suisse — ainsi que les Etats-Unis d'Amérique. Dans chacun de ces pays, j'ai pu avoir des discussions avec des spécialistes, tout particulièrement dans le domaine des soins et de la « guidance » infantiles ; j'ai pu avoir un aperçu de leurs travaux et prendre connaissance de la littérature disponible. Au cours de ces discussions, j'ai constaté une remarquable unanimité tant en ce qui concerne les principes directeurs de la santé mentale des enfants qu'en ce qui concerne les méthodes permettant d'en assurer la sauvegarde. C'est pourquoi, dans la rédaction du présent rapport, ma tâche a seulement consisté à rendre justice à une vaste littérature et à souligner les nombreux points saillants sur lesquels on a attiré mon attention. La conciliation de vues divergentes ne m'a demandé que peu de temps.

Les très nombreux chiffres et tableaux statistiques cités demandent un mot d'explication. Dans pratiquement chaque cas, les tableaux du présent rapport ont été élaborés à partir de données ne figurant pas sous cette forme ; ou bien ils représentent une forme simplifiée des tableaux figurant dans les travaux originaux. En outre, dans un certain nombre de cas où, sur un matériel qui pourtant le permettait, les tests de signification n'avaient pas été effectués, j'ai pu faire ce travail en utilisant la méthode de  $\chi^2$ .

On s'apercevra que j'ai une dette de reconnaissance à l'égard d'un grand nombre de mes collègues, dans de nombreux pays, pour l'aide qu'ils m'ont apportée. Qu'il me soit permis à cette occasion de les remercier de m'avoir si généreusement prodigué temps et hospitalité et d'avoir contribué si largement au profit et à l'agrément de mon voyage d'étude. Je désire également remercier mes nombreux correspondants qui ont si rapidement répondu à mes demandes de rapports et de documentation. Je n'ai malheureusement pas eu la possibilité de me servir intégralement de tout le matériel recueilli ; j'ai, de plus, tout particulièrement déploré les difficultés que j'ai éprouvées à faire état des publications écrites dans les langues autres que l'anglais. Je me suis efforcé d'analyser en détail toute la littérature relative aux conséquences néfastes de la carence de soins maternels (dans la Partie I du rapport), je suis conscient des nombreuses omissions quant à la littérature actuellement considérable consacrée à la protection familiale et infantile. Dans la Partie II du présent rapport, j'ai en effet surtout voulu traiter certains aspects particuliers de la question qu'on avait eu tendance à négliger.

Je dois également exprimer ma gratitude au North West Metropolitan Regional Hospital Board et à la direction de la Tavistock Clinic, qui m'ont accordé un congé pour accomplir ce travail avec l'OMS, ainsi qu'à mes collègues de la clinique qui, pour me libérer, ont accepté de se charger d'une tâche supplémentaire.

Baucoup des concepts mentionnés dans la Partie I se sont éclaircis au cours de discussions poursuivies depuis deux ans avec les membres d'une équipe de recherche de la Tavistock Clinic : cette équipe se consacre à l'étude des répercussions que provoque, sur le développement de la personnalité, la séparation d'avec la mère au cours de la première enfance. J'aimerais remercier Sir Halley Stewart Trust, qui est à l'origine de ce projet, Mr. James Robertson, Miss Mary Flanders et le Dr Dugmore Hunter, qui ont participé à sa réalisation et m'ont aidé de nombreuses façons. Je désire tout particulièrement témoigner ma reconnaissance à Mr. Eric Trist, du Tavistock Institute of Human Relations, qui a également participé à l'élaboration de ce projet et dont les connaissances étendues et l'esprit pénétrant m'ont été précieux depuis de longues années.

Enfin, je désire remercier le Dr Ronald Hargreaves, Chef de la Section de la Santé mentale de l'Organisation Mondiale de la Santé, de l'aide qu'il m'a apportée pour préparer mes visites, me faire connaître la littérature spécialisée, et pour la bienveillance qu'il n'a cessé de me témoigner. Je remercie également son assistant technique, M. Philippe Kocher, pour ses nombreux comptes rendus de publications et de livres.

JOHN BOWLBY

**Partie I**

**CONSÉQUENCES NÉFASTES  
DE LA CARENCE DE SOINS MATERNELS**



## CHAPITRE 1

### FACTEURS ÉTIOLOGIQUES PERTURBATEURS DE LA SANTÉ MENTALE

L'une des acquisitions les plus significatives de la psychiatrie, au cours du dernier quart de siècle, a consisté à éclairer d'une lumière toujours plus vive l'importance vitale que présente pour l'avenir de sa santé mentale, la qualité des soins prodigués à l'enfant par ses parents durant ses premières années. Ce sont les traitements psychanalytiques d'adultes, d'abord, puis les psychanalyses d'enfants, qui ont mis ces faits en évidence. Leur importance s'est trouvée considérablement accrue par les travaux des psychologues et psychiatres spécialisés dans la protection de l'enfance et la « guidance infantile »,<sup>a</sup> ces deux domaines offrant un champ de tout premier ordre pour l'observation directe du développement de l'enfant en fonction de son milieu.

Ces vues nouvelles sont en effet en grande partie à l'origine de la remarquable unité régnant à l'heure actuelle entre spécialistes européens et américains, en ce qui concerne certains concepts de base. Leur méthode d'approche, l'orientation de leurs recherches, leurs critères de diagnostic et leurs buts thérapeutiques sont les mêmes. Et surtout, leur travail est fondé sur la même théorie étiologique.

Les principes de base de cette théorie étiologique de la santé mentale et de ses perturbations feront ultérieurement l'objet d'une discussion plus approfondie. Notons seulement ici un principe auquel on accorde une importance fondamentale pour la santé mentale : le nourrisson et le jeune enfant devront avoir été élevés dans une atmosphère chaleureuse et avoir été unis à leur mère (ou à la personne faisant fonction de mère) par un lien affectif intime et constant, source pour tous deux de satisfaction et de joie. Grâce à ce lien affectif, les sentiments d'angoisse et de culpabilité, dont le développement exagéré caractérise la perturbation de la santé mentale, seront canalisés et ordonnés. De même, les exigences caractéristiques et contradictoires de l'enfant — désir d'amour illimité de la part de ses parents, et désir de vengeance lorsqu'il a l'impression que ses parents ne l'aiment pas assez — se manifesteront sous une forme modérée et seront

---

<sup>a</sup> Cette expression est la traduction de l'anglais « child guidance ». Les « Child Guidance Clinics » sont des centres destinés à aider les enfants à trouver leur voie vers un équilibre, lorsqu'ils traversent les périodes normalement difficiles de leur développement. Le terme « guidance » est un néologisme qui s'imposait, car l'idée de « guider » devait être conservée, étant entendu qu'un bon guide n'impose aucune pression mais assure la sécurité de celui qui lui est confié. — RED.

plus facilement soumises au contrôle de la personnalité naissante. La complexité, la richesse et les bénéfices de ces liens affectifs tissés entre la mère et l'enfant au cours des premières années, et dont l'aspect est modifié à l'infini par les relations avec le père et les frères et sœurs, président, selon les psychiatres d'enfants, au développement du caractère et de la santé mentale.

On désigne sous le nom de « carence de soins maternels » une situation dans laquelle l'enfant ne jouit pas de ce lien affectif. Ce terme peut désigner une série de situations différentes. Ainsi, l'enfant est dit « carencé », même s'il vit dans sa famille, si sa mère (ou la personne faisant fonction de mère) s'avère incapable de l'entourer des soins affectueux dont ont besoin les jeunes enfants. L'enfant est également considéré comme carencé si, quelle qu'en soit la raison, il se trouve séparé de sa mère. Les conséquences de cette carence seront relativement bénignes s'il est soigné par quelqu'un dont il a déjà l'habitude et en qui il a confiance ; elles risquent d'être considérables si la mère nourricière, même affectueuse, est une étrangère. Toutes ces conditions sont néanmoins susceptibles d'offrir à l'enfant certaines satisfactions et représentent donc seulement des exemples de carence partielle. Ils contrastent avec la privation presque complète que l'on peut encore constater aujourd'hui dans les institutions, pouponnières et hôpitaux, où souvent il n'existe aucune personne déterminée, chargée de s'occuper individuellement de chaque enfant et susceptible de faire naître chez lui un sentiment de sécurité.

Les répercussions de la privation de soins maternels varient en fonction de l'acuité de cette dernière. Partielle, elle peut engendrer une grande anxiété, un besoin excessif d'affection et de puissants désirs de vengeance, source à leur tour de sentiments de culpabilité et d'états dépressifs. Ces émotions et ces impulsions sont trop violentes pour être contrôlées par l'enfant, qui manque de maturité tant physiologique que psychologique. Elles provoquent des perturbations de la structure psychique se traduisant par des réactions variées à effet souvent cumulatif ou répétitif et susceptibles finalement d'engendrer des symptômes névrotiques et une instabilité de caractère. La carence totale de soins maternels, qui fait l'objet essentiel de ce rapport, provoque des répercussions encore plus lointaines sur le développement du caractère et peut compromettre définitivement la faculté d'établir des contacts affectifs.

Ces vues sont basées essentiellement sur des données cliniques. Malgré toute la valeur de ces données, elles n'ont pas, malheureusement, fait l'objet d'un contrôle systématique ni statistique et se sont, de ce fait, souvent heurtées au scepticisme des milieux non spécialisés en psychiatrie infantile.

Certaines recherches statistiques orientées par le concept de « foyer dissocié » ont mis en évidence l'existence d'une relation entre l'inadaptation psychologique des enfants et ce type de foyers. On peut citer, par

exemple, une vaste étude entreprise par Menut.<sup>99</sup> Il a comparé 839 enfants présentant des troubles du comportement avec un groupe de contrôle de près de 70.000 enfants des écoles de Paris ; il a trouvé que 66 % des enfants difficiles venaient de foyers dissociés, alors que ce n'était le cas que pour 12 % des enfants du groupe de contrôle. Au cours d'une étude ultérieure plus détaillée portant sur 100 enfants difficiles issus de foyers dissociés, il a pu s'assurer que pour 84 d'entre eux le foyer dissocié constituait un facteur étiologique essentiel. On trouvera dans l'Appendice 1 une revue des études similaires.<sup>b</sup>

Ces études ont eu le mérite de souligner et de confirmer les preuves cliniques relatives à l'immense importance des premières expériences de l'enfant dans son milieu familial ; néanmoins le concept de foyer dissocié est loin d'être satisfaisant du point de vue scientifique, et il doit être abandonné. Il s'applique à un trop grand nombre de situations hétérogènes qui provoquent des répercussions psychologiques très différentes.

Au concept de foyer dissocié doit être substitué celui de perturbation des liens affectifs unissant les parents et l'enfant, cette situation étant fréquemment, mais non nécessairement, associée à la première. Si l'on concentre son attention sur le développement des liens affectifs existant entre l'enfant, sa mère et son père, on voit surgir des données d'une plus grande précision, qui éclairent bien des obscurités concernant les origines des désordres mentaux. Une récente étude de Stott<sup>139</sup> illustre la fécondité de ce point de vue : il a publié l'anamnèse complète de 102 délinquants récidivistes âgés de 15 à 18 ans, élèves d'une école anglaise agréée de rééducation (Approved School). Sur cette base numérique relativement importante, il a montré comment l'anxiété, résultant de liens affectifs non satisfaisants au cours de la première enfance, prédisposait les enfants à réagir de façon anti-sociale aux tensions ultérieures. La plupart des états d'anxiété précoce observés par Stott sont des aspects particuliers de la carence maternelle.

Les relations entre parents et enfants présentent naturellement des modalités nombreuses et peuvent devenir pathogènes sans qu'il s'agisse forcément d'une carence provenant d'une séparation ou d'une réjection complète. Les situations les plus fréquentes sont : *a*) une attitude inconsciente de réjection sous-jacente à une attitude affectueuse ; *b*) une exigence excessive d'amour et de manifestations affectives de la part de la mère ou du père ; *c*) une satisfaction inconsciente et substitutive tirée par l'un des parents de l'attitude de l'enfant, bien qu'il la condamne consciemment. Ce rapport ne traitera néanmoins pas plus ces thèmes qu'il ne s'attachera à une étude détaillée des rapports de l'enfant avec son père. La raison en est que presque toutes les données concernent les rapports de l'enfant avec sa mère, liens affectifs qui, dans des circonstances ordinaires, sont,

---

<sup>b</sup> Voir page 181.

sans aucun doute, les plus importants pendant les premières années de la vie de l'enfant. C'est la mère qui nourrit et lave l'enfant, qui lui donne chaleur et bien-être. Dans la détresse, c'est vers elle que l'enfant se tourne. Aux yeux du petit enfant, le père joue un rôle secondaire, et son importance n'augmente que lorsque l'enfant devient moins sensible à la carence de soins maternels. Néanmoins, ainsi que l'enfant illégitime le sait, le père a son utilité, même dans la tendre enfance. Non seulement c'est grâce à lui que sa femme peut se vouer intégralement aux soins du nourrisson, mais encore, par son amour et sa présence, il apporte à sa femme le soutien affectif grâce auquel elle peut offrir à l'enfant cet abord heureux et cette humeur harmonieuse qui lui sont indispensables. Si donc, dans la suite de ce rapport, il est continuellement fait appel aux relations de la mère et de l'enfant, et non à ceux du père et de l'enfant, c'est que l'importance du père sera admise en tant que soutien économique et affectif de la mère.

Les théories situant l'origine des troubles mentaux dans ces intimes événements familiaux sont évidemment en opposition marquée avec les théories de l'école psychiatrique allemande. Ces dernières mettent l'accent sur les facteurs constitutionnels et héréditaires d'une façon qui parfois évoque la notion calviniste de prédestination. Il suffit d'indiquer qu'il n'existe pas de preuves en faveur de ces thèses extrémistes et que l'importance relative des facteurs hérédité et milieu reste encore à déterminer. Dans le même ordre d'idées, il convient de rappeler certaines données récentes de l'embryologie mettant de plus en plus nettement en évidence le rôle de certaines modifications pathologiques du milieu de l'embryon dans la genèse d'imperfections de croissance et de développement, essentiellement identiques à celles qui, dans le passé, ont été attribuées à des causes purement génétiques.<sup>45</sup> Il s'agit là d'une découverte de grande importance qui, comme on le verra, trouve son exacte corrélatrice dans le domaine de la psychologie. Soulignons cependant que de telles découvertes ne s'opposent nullement aux théories postulant le rôle néfaste des facteurs héréditaires, si ce n'est dans le cas extrême où ces théories attribuent aux seuls facteurs héréditaires les variations du comportement humain. En fait, tous ceux qui souscrivent aux vues exposées ici pensent qu'en dernière analyse les facteurs héréditaires apparaîtront comme jouant un rôle également important et qu'un grand progrès scientifique sera réalisé lorsque nous serons en mesure de déterminer l'interaction de l'hérédité et du milieu.

Un second principe biologique de conséquence profonde nous est également fourni par l'embryologie ; on a découvert que chez l'embryon les effets nuisibles de traumatismes, intoxications, infections ou autres processus susceptibles de produire des troubles ne varient pas seulement en fonction de la nature de l'agent traumatisant, de la structure et de la fonction du tissu attaqué, mais également en fonction du stade de maturité de ce tissu. Dans le domaine de la psychologie, ce principe est illustré

par l'ouvrage désormais classique de Hunt,<sup>79</sup> qui a montré expérimentalement que la sous-alimentation imposée à des rats âgés de 24 jours laisse des traces encore nettement discernables dans le comportement adulte, tandis qu'une expérience similaire tentée au 36<sup>e</sup> jour ne présente plus ces conséquences.

Pour conclure, il faut noter qu'en physiologie l'action des facteurs nuisibles semble particulièrement sérieuse lorsqu'ils s'attaquent à l'organe pendant les premières phases de son développement ; c'est ainsi que la rubéole occasionne les dommages les plus importants au cours de la huitième semaine de la vie fœtale. La ressemblance est frappante entre ce principe biologique et le principe invoqué par les psychiatres lorsqu'ils imputent des effets à long terme à certaines expériences affectives ayant eu lieu au cours des premières phases du développement psychologique, dès les six premiers mois de la vie. On peut donc affirmer que ces théories, loin de présenter aucune invraisemblance, sont parfaitement conformes aux principes biologiques reconnus.

---

## CHAPITRE 2

### APERÇU DES CONNAISSANCES ACQUISES

#### I. ÉTUDES DIRECTES

Il est prouvé, par des observations provenant de nombreuses sources, que la carence d'amour maternel au cours de la première enfance a un retentissement à longue échéance sur la santé mentale et le développement de la personnalité. Ces observations peuvent être classées en trois grandes catégories :

a) Etudes directes de la santé mentale et du développement d'enfants placés dans des institutions, hôpitaux et foyers nourriciers.

b) Etudes rétrospectives de la première enfance d'adolescents ou d'adultes atteints de troubles psychiques.

c) Observations suivies de groupes d'enfants ayant souffert de carence maternelle pendant leurs premières années, et dont on cherche à déterminer l'état mental.

Il est frappant de constater la concordance et la convergence impressionnantes de ces recherches entreprises par des auteurs de nationalités différentes, de formations variées, et, dans une bonne moitié des cas, ignorants de leurs conclusions respectives. Le manque de perfection, de valeur scientifique ou de précision qu'on pourrait reprocher à chaque étude prise séparément est largement compensé par la concordance de l'ensemble, ce qui, du point de vue méthodologique, présente la plus haute importance. Il n'existe que peu de témoignages divergents. En fait, on en connaît seulement trois, tous fondés sur des observations suivies ; mais leur qualité ne peut être comparée à celle des travaux dont elles contestent les conclusions.

Les études directes sont les plus nombreuses. Elles démontrent clairement que lorsque l'enfant est privé de soins maternels, son développement est presque toujours retardé — physiquement, intellectuellement et socialement — et qu'il peut présenter des troubles physiques et mentaux. De tels témoignages sont troublants ; on pourrait néanmoins se demander si les retards en question sont définitivement acquis et s'il n'est pas possible de faire aisément disparaître les symptômes nosologiques. Les études rétrospectives et les observations suivies montrent nettement qu'un tel optimisme n'est pas toujours justifié et que quelques enfants demeurent gravement atteints pour le reste de leur vie. Ces sombres conclusions peuvent être maintenant considérées comme acquises.

Certains aspects du problème sont néanmoins mal connus. Par exemple, on ne sait pourquoi certains enfants résistent à des épreuves devant lesquelles d'autres succombent. Il est possible que les facteurs héréditaires jouent un rôle dans ces cas ; mais avant de recourir à un principe auquel il a été si couramment fait appel comme solution universelle des problèmes biologiques, il faut s'attacher à l'analyse des données disponibles : des facteurs tels que l'âge de l'enfant, la durée et surtout le degré de la carence subie semblent, avec raison, être d'une importance vitale.

Ces trois catégories d'observation seront maintenant passées en revue en soulignant les points qui mettent en lumière l'importance de ces trois facteurs.

#### Études directes

Des observations directes relatives aux conséquences néfastes de l'absence de soins maternels chez les jeunes enfants ont été faites par un grand nombre de pédiatres, de psychologues et de psychiatres d'enfants ; elles ont montré que le développement de l'enfant peut être affecté physiquement, intellectuellement, affectivement et socialement. Tous les enfants âgés de moins de sept ans semblent être sensibles à la carence de soins maternels, dont certains effets apparaissent clairement dès les premières semaines de la vie.

Bakwin<sup>7, 8</sup> et Ribble<sup>120</sup> ont l'un et l'autre fait des exposés détaillés sur les conséquences néfastes de la carence maternelle sur la santé physique. Bakwin,<sup>8</sup> à qui on doit d'avoir passé en revue la littérature pédiatrique depuis 1909 au moins, résume ainsi ses propres observations :

« Les enfants de moins de six mois ayant été placés quelque temps dans une institution présentent un tableau clinique bien défini. Leurs caractères essentiels sont les suivants : apathie, émaciation et pâleur, immobilité relative, tranquillité, absence de réactions aux stimuli (sourire ou vocalise), manque d'appétit, stagnation de poids malgré un régime qui serait parfaitement satisfaisant au sein du milieu familial, selles fréquentes, mauvais sommeil, aspect malheureux, prédisposition aux épisodes fébriles, défaut de succion des objets. »

Ces changements, remarque-t-il, ne s'observent pas au cours des deux à quatre premières semaines de la vie, mais, passé ce délai, ils peuvent se manifester à n'importe quel moment, parfois quelques jours après la séparation du bébé d'avec sa mère. L'absence de sourire chez ces enfants à la vue d'un visage humain a été confirmée expérimentalement par Spitz & Wolf ;<sup>137</sup> Gesell & Amatruda<sup>57</sup> notaient de leur côté que la diminution de l'intérêt et de la capacité de réaction peuvent apparaître de façon caractéristique dès l'âge de huit à douze semaines. Une étude très approfondie de Brodbeck & Irwin<sup>30</sup> sur le babil et les cris des nourrissons a montré que les bébés placés en orphelinat dès la naissance jusqu'à l'âge de six mois se montrent nettement moins bruyants que les enfants du même âge élevés dans le milieu familial, cette différence étant sensible

avant l'âge de deux mois. Comme on le verra, les retards de la « parole » sont une caractéristique particulière des enfants placés dans des institutions, quel que soit leur âge.

Ces témoignages variés émanant de spécialistes éprouvés ne permettent pas de douter que le développement de l'enfant placé en institution ne s'écarte de la normale dès l'âge le plus tendre. Si l'enfant demeure dans le même milieu, ces écarts s'accroissent. On trouvera ci-dessous leur ordre d'apparition tel que le donnent Gesell & Amatruda (voir tableau I).

**TABLEAU I. ORDRE D'APPARITION DES RÉACTIONS ANORMALES CHEZ LES ENFANTS PLACÉS EN INSTITUTION (GESELL & AMATRUDA)**

Réactions anormales	Moment de l'apparition
Diminution de l'intérêt et de la capacité de réaction . . . . .	8-12 semaines
Défauts d'intégration dans le comportement . . . . .	8-12 semaines
Début d'arriération mis en évidence par la disparité entre l'utilisation des positions couchée et assise . . . . .	12-16 semaines
Inquiétude excessive devant des personnes étrangères . . . . .	12-16 semaines
Retard général (comportement en position couchée peu affecté) . . .	24-28 semaines
Manque d'expression faciale . . . . .	24-28 semaines
Manque d'initiative . . . . .	24-28 semaines
Automatisme et stéréotypie dans le comportement sensori-moteur . .	24-28 semaines
Incapacité de s'adapter aux nouvelles situations sociales . . . . .	44-48 semaines
Résistance exagérée aux nouvelles situations . . . . .	48-52 semaines
Retard relatif dans le développement du langage . . . . .	12-15 mois

Ces observations, tout en étant plus détaillées, confirment dans leur principe celles de pionniers tels que Ripin,<sup>123</sup> Vance, Prall Simpson & McLaughlin (cités par Jones & Burks<sup>85</sup>), Durfee & Wolf.<sup>50</sup> Ces derniers, à l'aide des tests pour nourrissons de Hetzer-Wolf, ont pu comparer les quotients de développement (QD)<sup>6</sup> de 118 enfants du premier âge appartenant à diverses institutions, en fonction de la valeur des soins maternels qui leur étaient prodigués. Si ces auteurs ne purent observer aucune différence entre les enfants avant l'âge de trois mois, les différences apparurent et augmentèrent ensuite, si bien que les enfants ayant séjourné plus de huit mois en institution présentaient au cours de leur première année des troubles psychiatriques si sérieux qu'il devenait impossible de les soumettre à des tests.

A l'aide de ces mêmes tests, Spitz<sup>135</sup> et Wolf ont fait plus récemment une étude systématique des phénomènes anormaux qui apparaissent pendant la première année si l'enfant vit de façon permanente en institution. Ils étudièrent en tout quatre groupes d'enfants ; à l'inverse du quatrième,

<sup>6</sup> Le quotient de développement, quoique calculé de façon similaire au quotient intellectuel (QI), concerne le développement général tant physique que mental, dont l'intelligence n'est qu'un élément. Un QD de 90-110 est représentatif du développement moyen.

trois d'entre eux étaient composés d'enfants vivant avec leur mère. Comme il fallait s'y attendre, la valeur absolue des quotients variait suivant le milieu social des enfants en cause; mais, néanmoins aucun changement ne survint, pendant l'année, dans le quotient des 103 bébés vivant avec leur mère. Par contre, en ce qui concerne les 61 enfants vivant dans une institution pourvue d'une hygiène parfaite, on enregistra une chute catastrophique du QD entre le 4<sup>e</sup> et le 12<sup>e</sup> mois. Ces faits font l'objet du tableau II.

**TABLEAU II. QUOTIENT DE DÉVELOPPEMENT MOYEN DES NOURRISSONS AU COMMENCEMENT ET A LA FIN DE LA PREMIÈRE ANNÉE, COMPTE TENU DE LEUR CLASSE SOCIALE ET DE LEURS CONDITIONS DE VIE (SPITZ)**

Classe sociale	Mère présente ou absente	Nombre de cas	Quotient de développement	
			Moyenne obtenue du 1 <sup>er</sup> au 4 <sup>e</sup> mois	Moyenne obtenue du 9 <sup>e</sup> au 12 <sup>e</sup> mois
Milieu urbain non sélectionné . . . . .	Absente	61	124	72
Professions libérales . . . . .	Présente	23	133	131
Paysans . . . . .	Présente	11	107	108
Mères délinquantes non mariées . . . . .	Présente	69	101,5	105

Lors du premier examen, le QD moyen des enfants placés en institution était de 124 et obtenait la deuxième place parmi ceux des quatre groupes. A l'âge de 12 mois, il était descendu à 72, étant ainsi de beaucoup le plus faible. A la fin de la deuxième année, il était tombé à 45. Ces deux derniers chiffres indiquent un retard grave.

Confirmant les travaux précédents, les résultats obtenus par Spitz & Wolf montrent que la chute du QD s'est essentiellement produite au cours des six premiers mois de la vie.

Il est vrai que ces enfants vivaient dans des conditions psychologiques particulièrement défavorables: non seulement il n'y avait qu'une seule infirmière pour un groupe d'environ sept enfants, mais, pour des raisons d'hygiène, ceux-ci étaient réduits à vivre dans des berceaux et des box, c'est-à-dire dans un isolement complet. Cependant des études telles que celles de Rheingold<sup>119</sup> et de Levy<sup>90</sup> démontrent que des situations infiniment moins défavorables que les précédentes sont également susceptibles d'engendrer des retards dans le développement des enfants. Rheingold a observé 29 enfants âgés de 6 mois à 2½ ans (la plupart se situant entre 9 et 15 mois) et qui se trouvaient tous en instance d'adoption. Tous avaient été soignés par des mères nourricières; 15 d'entre elles n'avaient pas d'autres jeunes enfants tandis que les autres élevaient jusqu'à trois enfants,

au sein du même foyer nourricier.<sup>4</sup> Les bébés jouissant de toute l'attention de leur mère nourricière présentaient en moyenne un développement précoce, tandis que ceux qui devaient partager ces soins avec d'autres enfants accusaient un retard significatif du point de vue statistique. Levy a, elle aussi, étudié des enfants en instance d'adoption ; le groupe le plus important qu'elle ait observé se composait de 122 bébés, 83 d'entre eux vivant dans une institution et 39 étant placés dans des foyers nourriciers. Tous ces nourrissons avaient été présentés à la consultation pour enfants avant leur deuxième mois, et soumis à des tests vers l'âge de six mois. Les enfants de l'institution vivaient dans une vaste pouponnière prévue pour 17 bébés, le personnel se composait en tout de 10 infirmières spécialisées, dont deux au minimum devaient assurer la permanence pendant la journée. Les QD obtenus avec les tests de Gesell se situent légèrement au-dessus de la moyenne pour les enfants élevés dans les foyers nourriciers, et légèrement au-dessous pour les enfants élevés dans ladite institution : différence significative du point de vue statistique. Malheureusement, ni Rheingold ni Levy n'ont présenté leurs résultats sous une forme comparable à ceux de Spitz & Wolf ; mais il est clair que la baisse du QD, dans le groupe d'enfants élevés en institution, étudiée par Levy, est beaucoup moins importante que celle constatée dans le groupe étudié par Spitz & Wolf ; ce résultat montre que ce groupe d'enfants vivait sans aucun doute dans de meilleures conditions psychologiques.

D'après plusieurs études, des retards identiques ont été observés au cours de *la deuxième année ainsi que des suivantes*. L'une des premières fut celle de Gindl et al.<sup>58</sup> qui, travaillant à Vienne avant la guerre, mirent en évidence un écart de 10 points entre le QD moyen d'un groupe de 20 enfants âgés de 15 à 23 mois, ayant passé six mois ou plus en institution, et celui d'un groupe analogue élevé dans des foyers indigents. Ces résultats sont confirmés par des travaux provenant du Danemark, des Etats-Unis d'Amérique et de France.

L'observation minutieuse de 30 enfants âgés de 34 à 35 mois, 15 élevés en institution et 15 autres dans des foyers nourriciers, depuis l'âge de quatre mois, permit à Goldfarb<sup>66</sup> de découvrir un écart de 28 points entre les quotients intellectuels (QI) des deux groupes mesurés par le test de Stanford-Binet. Le QI moyen du groupe d'enfants élevés dans des foyers nourriciers s'établissait à 96, c'est-à-dire un niveau moyen ; le QI moyen des enfants élevés en institution n'atteignait en revanche que 68, ce qui témoigne d'un sérieux retard, proche de la déficience intellectuelle. Les mêmes mesures effectuées sur la base du test de Merrill-Palmer ont donné

---

<sup>4</sup> Le terme « boarding-home » est employé dans toute l'Amérique, et dans l'étude de la Société des Nations, pour désigner des familles privées qui élèvent les enfants moyennant une indemnité, mais qui n'assument pas la garde légale de l'enfant. Sur ces deux points, elles diffèrent donc des familles adoptives. En Amérique le terme « foster-home » désigne le plus souvent ces deux catégories de familles, mais en Angleterre il est réservé d'habitude aux familles privées qui reçoivent des indemnités. En France, le terme « foyer nourricier » est employé dans le même sens que « foster-home » en Angleterre.

les chiffres respectifs de 91 et 97 points, dont l'écart, s'il est moins impressionnant, n'en demeure pas moins sérieux.

A l'aide des tests de Hetzer-Bühler, Simonsen<sup>130</sup> a entrepris l'étude comparative des deux groupes d'enfants suivants : le premier comprenait 113 enfants âgés de un à quatre ans, ayant passé toute leur vie dans une institution, appartenant à un groupe de 12 établissements différents ; le second groupe analogue comprenant cette fois des enfants vivant dans leur famille et passant la journée dans des garderies. Les mères de ces derniers enfants travaillant au-dehors, leurs conditions de vie familiale étaient souvent médiocres. En dépit de ces circonstances, le QD moyen des enfants élevés dans leur famille se montrait normal — 102 — tandis que celui des enfants élevés en institution accusait un retard — 93. Cet écart se retrouve régulièrement à chacun des trois âges différents, à savoir, aux deuxième, troisième et quatrième années.

Enfin, Roudinesco et Appell<sup>128</sup> poursuivent actuellement à Paris une étude identique sur des enfants âgés également de un à quatre ans et ayant passé deux mois ou plus en institution. Leur groupe d'observation comprend 40 sujets. Le groupe de contrôle comprenant 104 enfants du même âge et de même milieu social, provient d'écoles maternelles situées dans des quartiers pauvres. Les tests de Gesell ont permis d'évaluer à 95 le QD moyen des enfants vivant dans leur famille, alors que celui des enfants placés en institution n'atteignait que 59. Comme le travail de Simonsen, cette étude semble répartir sur tous les âges les conséquences néfastes de la privation de mère, mais le nombre des enfants sur lequel elle se fonde est néanmoins encore trop faible pour permettre d'en tirer des conclusions définitives. Selon une observation importante, confirmant le travail de Durfee & Wolf, et celui de Spitz & Wolf, bien que le groupe en cause concerne des enfants plus âgés, le QD de l'enfant baisse en fonction de la durée de son séjour en institution. Bien que les sous-groupes étudiés soient numériquement faibles puisqu'ils se composent de 12 à 30 enfants, la constance des résultats de chaque test auquel ils sont soumis permet de les considérer comme valables. Le QD global tombe de 65 chez les enfants qui sont dans l'institution depuis deux à six mois, tandis qu'il tombe à 50 chez ceux qui y sont depuis plus de douze mois.

Ces quatre études, provenant de quatre pays différents, et fondées sur les critères de quatre tests différents, présentent une homogénéité remarquable. Dans chaque cas, le quotient du groupe de contrôle atteint en moyenne 100, tandis que celui du groupe d'enfants placés en institution accuse un retard très sérieux, comme dans le cas des travaux de Goldfarb, de Roudinesco & Appell. Les données de tous ces travaux sont rassemblées dans le tableau III.

Il est certain que seuls les résultats de Goldfarb présentent une valeur statistique ; néanmoins la concordance des résultats de Simonsen et de Roudinesco & Appell ne permet dans aucun de ces deux cas de les attribuer simplement au hasard.

**TABLEAU III. TABLEAU COMPARATIF DES QD ET DES QI D'ENFANTS AGÉS DE 1 A 4 ANS, ÉLEVÉS SOIT EN INSTITUTION SOIT DANS LEURS FAMILLES**

Auteurs	Tests	Temps passé dans l'institution	QD/QI	
			Institution	Famille
Gindl et al. . . . .	Hetzer-Bühler	Au moins 6 mois	90	100
Goldfarb . . . . .	Stanford-Binet Merrill-Palmer	Depuis environ 4 mois	68 79	96 91
Simonsen . . . . .	Hetzer-Bühler	Depuis la naissance	93	102
Roudinesco & Appel	Gesell	Au moins 2 mois	59	95

Jusqu'ici, seuls les résultats globaux des tests de développement (Hetzer-Bühler et Gesell) et d'intelligence (Stanford-Binet et Merrill-Palmer) ont été utilisés comme critères. Certaines études montrent cependant que tous les aspects du développement ne sont pas affectés de façon identique. Le développement neuro-musculaire, comprenant la marche, les autres attitudes de locomotion et l'habileté manuelle, s'avère le moins atteint. L'activité la plus atteinte est le langage, la faculté d'expression étant plus retardée que la faculté de compréhension. (Le retard de la parole disparaît parfois très rapidement : Burlingham & Freud<sup>39</sup> rapportent en ce sens que « lorsque les enfants sont en visite dans leur famille, leur langage peut accomplir en deux ou trois semaines des progrès qui n'auraient été réalisés qu'en trois mois dans la pouponnière ».) A un degré intermédiaire entre le retard moteur et celui du langage se situe le retard de la sociabilité et de ce que Gesell appelle « la faculté d'adaptation ». A cet égard encore se manifeste une remarquable concordance dans les vues d'un grand nombre d'auteurs, parmi lesquels nous pouvons mentionner Gindl et al., Goldfarb (qui a spécialement étudié le langage), Burlingham & Freud, Simonsen, Roudinesco & Appell.

Quoique la valeur scientifique des données précédentes ne puisse être contestée, leurs conséquences font souvent l'objet de scepticisme : beaucoup d'enfants élevés en institution sont issus de parents physiquement et mentalement déficients, et l'hérédité seule pourrait être à l'origine de toutes ces différences. Ceux qui formulent cette objection semblent oublier que dans la majorité des études citées, les auteurs ont pris soin de s'assurer que les sujets des groupes de contrôle élevés dans leur propre famille ou dans des foyers nourriciers appartiennent à la même classe sociale et, autant que possible, proviennent de familles similaires. Brodbeck & Irwin,<sup>30</sup> Levy,<sup>90</sup> Spitz<sup>135</sup> et Goldfarb<sup>66</sup> fournissent des indications précises sur ce point ; de leur côté, Gindl et al.,<sup>58</sup> Rheingold,<sup>119</sup> Simonsen<sup>130</sup> et Roudinesco & Appell<sup>126</sup> ont pris soin d'éliminer pratiquement toute incidence de l'hérédité parmi les facteurs différenciateurs. Même ainsi, la seule

méthode certaine permettant le contrôle des facteurs héréditaires consisterait à expérimenter sur un groupe de jumeaux univitellins. Bien qu'il n'existe aucune étude portant sur le comportement des jumeaux humains, Liddell (communication personnelle) poursuit à l'heure actuelle l'étude expérimentale de chevreaux jumeaux, dont l'un est chaque jour séparé de sa mère pendant un court laps de temps, tandis que l'autre demeure avec elle. Donc, à l'exception de ces 40 minutes en 24 heures, les deux chevreaux vivent avec leur mère et sont nourris par elle. Au cours de la période expérimentale, les animaux sont privés de lumière à intervalles périodiques ; cette stimulation, connue pour être génératrice d'anxiété chez les chèvres, retentit très différemment sur le comportement des jumeaux. Celui qui est avec sa mère est à l'aise et gambade librement ; l'animal isolé est « psychologiquement gelé » (expression de Liddell) et demeure blotti dans un coin. Au cours d'une des premières expériences, le jumeau isolé cessa de têter sa mère ; ce fait ayant échappé aux expérimentateurs, qui, de la sorte, ne purent y porter remède, l'animal mourut de déshydratation au bout de quelques jours. Nous avons là une ample preuve des effets nocifs de la privation de soins maternels sur les jeunes mammifères ; cette démonstration réfute de façon définitive la thèse qui attribue à l'hérédité tous les effets observés.

En outre, d'innombrables sources nous apportent la preuve positive que le facteur causal est la privation de soins maternels. En premier lieu, nous possédons les observations très précises de Durfee & Wolf, de Spitz & Wolf et de Roudinesco & Appell, au terme desquelles l'abaissement du QD est fonction directe de la durée de la séparation. En second lieu, il est expérimentalement prouvé que, si l'enfant reste dans la même institution, les soins maternels susceptibles de lui être prodigués par un substitut de la mère diminueront les répercussions fâcheuses. Il y a près de vingt ans, Daniels étudia deux groupes d'enfants âgés de deux ans, vivant dans la même institution : A « l'un des groupes, quoique parfaitement bien soigné à tous autres égards, il était témoigné peu de tendresse », tandis qu'à l'autre « une infirmière était préposée aux soins de chaque enfant à qui ne faisaient ainsi défaut ni la tendresse ni l'affection. Au bout de six mois, le premier groupe était physiquement et mentalement retardé par rapport au second. »<sup>e</sup>

Une expérience comparable a été réalisée par Roudinesco & Appel ;<sup>126</sup> elles ont obtenu que les 11 enfants d'un groupe dont l'âge variait de 19 mois à 3 ans et 8 mois soient individuellement soumis à des soins particuliers, comprenant notamment quatre séances de trois quarts d'heure par semaine avec un membre du personnel. (Dans 10 cas, la psychologue ; dans un, une infirmière.) Si quelques cas donnèrent lieu à un travail thérapeutique,

<sup>e</sup> Observation de Bühler.<sup>14</sup> On ne saisit pas clairement si dans le second groupe chaque enfant était pourvu d'une infirmière spéciale, ce qui semble ressortir du texte, ou si chaque enfant était affecté à une infirmière déterminée, ce qui semblerait plus vraisemblable.

pour la majorité, néanmoins, il s'agissait d'offrir à l'enfant l'occasion d'un contact régulier, à l'abri des autres, avec un adulte compréhensif. Dans plusieurs cas, les résultats de cette méthode furent très satisfaisants. Par exemple, un enfant dont le QD était tombé à 37 et qui, par la suite (à l'âge de 18 mois) était devenu instable, vit, après trois mois de ce traitement, son quotient remonter à 70 ; un autre enfant de 2 1/2 ans, dont le QD était également tombé très bas, et qui, dans la suite, n'avait plus été testable, obtint un quotient de 100 (chiffre moyen) après un an de ce travail.

Enfin, on possède des exemples de changements impressionnants chez l'enfant, consécutifs au retour chez la mère. Bakwin,<sup>7</sup> après avoir rappelé les vues des pédiatres de la génération précédente, observe pour sa part :

« La rapidité avec laquelle les symptômes créés par l'hospitalisation se mettent à disparaître lorsqu'un bébé est placé dans un bon foyer, est étonnante. C'est là une preuve convaincante du lien étiologique qui unit l'atmosphère psychologique désolée de l'hôpital et les symptômes. Rapidement l'enfant s'anime et manifeste plus de réactions ; s'il avait de la fièvre à l'hôpital, elle disparaît en l'espace de 24 à 72 heures ; le poids augmente et les couleurs reviennent. »

Bakwin cite l'exemple d'un enfant de quatre mois qui, après avoir passé ses deux derniers mois à l'hôpital, pesait moins qu'à sa naissance et dont l'état était critique.

« Il ressemblait à un petit vieux, pâle et ridé ; sa respiration était si faible et légère qu'elle semblait devoir s'arrêter à tout instant. Vingt-quatre heures après son retour chez lui, il souriait et émettait des bruits vocaux. Son régime ne fut pas modifié, et pourtant il se mit rapidement à prendre du poids, et, à la fin de la première année, son poids était largement normal ; à tous les points de vue, il présentait l'aspect d'un enfant normal. »

Les dramatiques et tragiques changements du comportement et de l'affectivité qui suivent la séparation du jeune enfant d'avec sa mère et les résultats positifs de son retour au foyer sont, en fait, universellement observables, et il est étonnant que si peu d'attention leur ait été accordée jusqu'ici. Les agonies de souffrances subies par les enfants séparés de leurs mères expliquent peut-être, de la part de ceux à qui leurs soins incombent, une attitude d'ignorance volontaire, par souci de protection personnelle. L'existence de ces souffrances ne peut faire aucun doute ; elle est au contraire corroborée par la lamentable identité des tableaux qu'en donnent un grand nombre d'auteurs différents.

La description faite par Bakwin des caractéristiques de l'enfant privé de soins maternels — apathique, silencieux, malheureux et ne répondant ni aux sourires ni aux bruits vocaux — a déjà été citée. Ce tableau clinique, pour les âges de 6 à 12 mois, a fait l'objet d'une étude systématique de Spitz & Wolf ;<sup>136</sup> ils l'ont appelée « dépression anaclitique ». Il s'agit en effet certainement d'une dépression qui présente un grand nombre des symptômes pathognomoniques de la dépression rencontrée chez les patients adultes des hôpitaux psychiatriques. La tonalité affective se caractérise par

l'appréhension et la tristesse ; on constate une fuite hors du milieu abouissant à une réjection complète : on n'observe aucune tentative de contact, aucune réaction favorable aux tentatives de contact des étrangers. Les activités sont retardées, et l'enfant reste souvent assis ou couché dans un état d'hébètement stuporeux. L'insomnie est fréquente et le manque d'appétit général. Le poids baisse, et l'enfant devient enclin aux infections intercurrentes. La chute du QD est verticale.

On peut se demander dans quelles conditions le syndrome se développe. Il est en général caractéristique des enfants ayant eu un lien affectif harmonieux avec leur mère jusqu'à six ou neuf mois, et qui en sont soudainement séparés sans pouvoir bénéficier d'un substitut maternel convenable. Sur un total de 95 enfants étudiés par Spitz & Wolf, et qui avaient fait l'objet d'un diagnostic, 20 % réagirent à la séparation par un grave état dépressif et 27 % par un état dépressif léger, ce qui représente presque 50 % du groupe.<sup>1</sup> Presque tous ceux qui jouissaient d'un contact intime et tendre avec leur mère furent atteints ; il semble donc que la réponse dépressive à la séparation constitue une réaction normale à cet âge ; le fait que la majorité des enfants ayant un lien affectif malheureux avec leur mère échappent à la dépression indique que leur développement psychique était déjà atteint et que leur capacité future d'aimer risquait d'être endommagée. La maladie ne respectait ni le sexe, ni la race — garçons et filles, blancs ou individus de couleur étant tous affectés. La guérison est rapide si l'enfant est rendu à sa mère ; néanmoins il ne faut pas négliger l'éventualité à la faveur de laquelle des séquelles psychiques pourraient être ultérieurement réactivées ; au contraire, si la situation traumatisante persiste, la guérison est grandement compromise. Spitz & Wolf croient qu'un changement qualitatif a lieu après trois mois de séparation, délai après lequel la guérison est rarement, sinon jamais, totale.

Spitz & Wolf rapportent (communication verbale) que la séparation opérée à un âge encore plus précoce peut également engendrer des troubles du développement. Ces troubles sont beaucoup moins spectaculaires que chez les enfants plus âgés, et c'est pourquoi ils ont tout d'abord été classés dans les « dépressions légères » ; néanmoins des observations ultérieures ont montré que ce terme était parfaitement impropre : il est en effet devenu évident d'une part que l'état nosologique de l'enfant n'est en aucune façon léger ; d'autre part, d'après Spitz & Wolf, on ne peut le classer dans les dépressions. Ces troubles, courants chez les enfants de trois à cinq mois, ont un développement insidieux et sont beaucoup moins facilement réversibles lorsque l'enfant est rendu à sa mère. Le QD s'abaisse lentement mais sûrement, il ne présente pas de chute verticale, comme

---

<sup>1</sup> Dans l'ouvrage original, pour 28 enfants, aucun diagnostic n'a été posé. Il semble qu'à la lueur de recherches ultérieures, un grand nombre de ces cas doivent être rangés dans la catégorie des « dépressions graves », si bien que les chiffres cités ci-dessus sont sous-évalués.

chez les enfants plus âgés, et la guérison n'est que partielle (peut-être de 25 % à 30 % de la baisse initiale au lieu d'être presque complète).

Il faut souligner que ces effets très graves peuvent être en partie évités au cours de la première année si quelqu'un remplace la mère auprès de l'enfant. Jusqu'ici, de nombreux auteurs ont pensé que les soins d'une personne remplaçant la mère pouvaient donner entière satisfaction pendant la plus grande partie de cette première année. Cependant Ribble<sup>120</sup> a exprimé des doutes à cet égard ; Spitz & Wolf (communication verbale) affirment maintenant, d'autre part, que des changements de milieu peuvent, dès l'âge de trois mois donner lieu à des altérations psychiques. Néanmoins, tous reconnaissent que les soins donnés par un substitut maternel, même s'ils ne sont pas absolument appropriés, sont pourtant indispensables et ne doivent en aucun cas être supprimés. Au cours de la deuxième et de la troisième année, non seulement les réactions affectives à la privation maternelle sont aussi graves, mais les substituts maternels sont souvent délibérément repoussés : l'enfant inconsolable tombe dans un état permanent de détresse aiguë qui peut durer plusieurs jours, une semaine, ou même davantage, sans interruption. Pendant la plus grande partie de cette période, il témoigne d'un état d'agitation désespérée et passe son temps à crier ou à gémir. Nourriture et réconfort font l'objet d'un même refus. Seul l'épuisement apporte le sommeil. Après quelques jours, il devient plus tranquille, et peut tomber dans un état d'apathie dont il émerge ensuite lentement pour adopter une attitude plus positive à l'égard du milieu étranger. Il risque cependant de présenter pendant quelques semaines ou quelques mois un état de régression à des modes de comportement infantiles. Il mouille son lit, se masturbe, cesse de parler et insiste pour qu'on le porte, si bien qu'une infirmière inexpérimentée peut le croire arriéré.<sup>9</sup>

Naturellement, cet âge présente un grand nombre de réactions variées, tous les enfants ne réagissent pas de la façon décrite ci-dessus : une fois de plus, les enfants qui ont joui des liens affectifs les plus intimes et les plus heureux avec leur mère semblent être le plus atteints. Ceux qui ont été élevés en institution et qui n'ont pu identifier d'image maternelle permanente n'ont aucune de ces réactions ; leur développement affectif a déjà été lésé. L'infirmière inexpérimentée apprécie les enfants pour qui tous les adultes ont la même valeur ; elle accuse l'enfant élevé dans sa famille et présentant des réactions violentes d'avoir été « gâté » ; et pourtant, d'après toutes les observations, la réaction violente est normale et la résignation apathique est le symptôme d'un développement pathologique.

Ceux qui admettent difficilement la réalité et la gravité de ces réactions émettent souvent l'opinion qu'un maniement plus sage de ces enfants pourrait facilement les éviter. Un considérable travail de recherches devrait

---

<sup>9</sup> Description d'après observations inédites de Robertson, Tavistock Clinic, Londres.

encore être fait sur ce point, mais on a néanmoins tout lieu de croire qu'il est très difficile de prévenir de telles réactions. Chacun sait que pour les enfants de deux et trois ans, les visites de leurs parents à l'hôpital sont l'occasion d'un grave bouleversement affectif, que les efforts les plus méthodiques ne parviennent pas à éviter.<sup>129</sup> Bien plus, Burlingham & Freud qui se sont heurtés à ces problèmes pendant plusieurs années, alors qu'ils dirigeaient une pouponnière à Hampstead pendant la Deuxième Guerre mondiale, et qui se sont efforcés par tous les moyens de faciliter pour les enfants la transition du foyer à la pouponnière, sont loin d'avoir toujours réussi. Dans un de leurs rapports mensuels,<sup>40</sup> ils écrivent :

« A l'égard des nouveaux cas de ce genre, nous avons essayé d'employer une méthode de « séparation graduelle » pour en atténuer les effets sur l'enfant. Or si cette méthode a réussi avec les enfants âgés de trois à quatre ans et plus, nous avons observé *en ce qui concerne les enfants âgés de 1 ½ an à 2 ½ ans, notre quasi-impuissance à prévenir la régression* [souligné par l'auteur. — RÉD.]. A cet âge, les enfants peuvent supporter des changements soudains ou des séparations d'une journée, sans aucun effet visible. Si les séparations sont de plus longue durée, ils ont tendance à perdre leurs attaches affectives, à retourner à leurs instincts et à régresser dans leur comportement. »

Burlingham & Freud illustrent ces difficultés en donnant la description complète (faite par Hellmann) du comportement d'un garçon de 24 mois ; il s'agissait d'un enfant bien développé, facile (et possédant un bon lien affectif avec sa mère). Après avoir été continuellement soigné par un même substitut maternel et reçu les visites quotidiennes de sa mère, pendant la première semaine de son séjour, il commença à présenter des troubles du comportement lorsque sa mère réduisit ses visites à deux par semaine et son état s'est aggravé lorsque cette dernière cessa de venir le voir.

« Il devint apathique ; souvent il s'asseyait dans un coin pour sucer son pouce et pour rêvasser, tandis qu'à d'autres moments, il était très agressif. Il cessa presque complètement de parler. Il se salissait et se mouillait continuellement, si bien qu'il fallut lui mettre des couches. En face de son assiette, il mangeait très peu, sans plaisir, et répandait sa nourriture sur la table. A cette époque, l'infirmière qui s'occupait de lui tomba malade et Bobby ne tenta de se lier avec personne d'autre, tout en se laissant soigner par n'importe qui, sans résistance. Quelques jours plus tard, il eut une amygdalite et entra à l'infirmierie. Dans cette atmosphère plus calme, il ne semblait plus aussi malheureux ; il jouait tranquillement, mais donnait généralement l'impression d'un bébé. Il ne parlait presque jamais, avait complètement perdu le contrôle de ses sphincters et suçait beaucoup. A son retour à la pouponnière, il sembla très pâle et fatigué. Après avoir rejoint son groupe, il fut très malheureux, toujours en difficulté, et cherchant de l'aide et du réconfort. Il ne sembla pas reconnaître l'infirmière qui s'était occupée de lui au début. »

Les conséquences tardives de ces expériences navrantes peuvent parfois être désastreuses. Elles seront envisagées plus loin. Les conséquences immédiates, si elles ne sont pas toujours remarquées par des observateurs inexpérimentés, sont souvent très inquiétantes pour le psychiatre. Les plus communes sont : a) une réaction hostile envers la mère lors de son retour,

qui se cristallise souvent en un refus de la reconnaître, *b*) des exigences excessives envers la mère ou celle qui la remplace, où un désir de possession intense est allié à une intolérance à la frustration, à une jalousie aiguë, et à de violentes crises de colère, *c*) un attachement facile, mais superficiel, à tous les adultes vivant autour de l'enfant, *d*) une attitude de refus apathique à l'égard de toutes les difficultés affectives ; ces enfants ont un balancement monotone du corps et se cognent rythmiquement la tête. Ces réactions ont été observées par bien des cliniciens, mais ne sont nulle part décrites de façon plus vivante que dans les deux publications de Burlingham & Freud.<sup>38, 39</sup>

Il y a lieu d'attirer particulièrement l'attention sur les enfants qui, réagissant par l'apathie ou l'affection indiscriminée, trompent souvent les personnes peu averties des principes de la santé mentale. Ils sont souvent tranquilles, obéissants, maniables ; ils ont de bonnes manières, sont ordonnés, et jouissent d'une bonne santé physique ; beaucoup d'entre eux semblent même heureux. Aussi longtemps qu'ils demeurent dans l'institution, il n'y a aucune raison apparente de s'inquiéter ; pourtant, lorsqu'ils quittent l'institution, leur personnalité se désagrège et il devient évident que leur adaptation était superficielle et n'était pas basée sur une croissance réelle de la personnalité. (Goldfarb<sup>66</sup> a fait une étude détaillée de ce problème chez des enfants d'environ trois ans.) On exprime souvent la satisfaction de constater que des enfants ont complètement oublié leur mère ; or, le fait n'est ordinairement pas exact, puisqu'ils l'appellent lorsqu'ils sont angoissés ; mais, de plus, si l'enfant a réellement oublié sa mère, la situation est très sérieuse, car la santé mentale future de l'enfant dépend de la croissance et du développement normal de ses relations avec sa mère.

Naturellement, les formes et les interférences des réactions ultérieures présentées par des enfants différents varieront et dépendront en grande partie de leurs conditions de vie. L'arrivée d'un substitut maternel peut transformer un groupe d'enfants apathiques, ou indistinctement aimables envers tous, en petits sauvages possessifs et impétueux. Au moment de l'intervention d'un substitut maternel, Burlingham & Freud<sup>39</sup> observent :

« Les enfants qui s'étaient montrés maniables et accommodants, alors qu'ils étaient en groupe, devinrent aussitôt intolérablement exigeants et déraisonnables. Leur jalousie et surtout leur attitude captative envers l'adulte aimé n'a pas de limites. Ces sentiments prennent facilement un caractère obsessionnel lorsque le lien affectif maternel ne constitue pas une expérience nouvelle, mais lorsqu'une séparation préalable a déjà eu lieu d'avec la mère ou (et) une mère nourricière précédente. Plus l'enfant a la conviction intime que la séparation va se produire, plus il s'accroche au substitut maternel. Les enfants interrompent leurs jeux pour observer anxieusement leur infirmière « à eux », si elle quitte la chambre, soit pour aller faire une course, soit à l'occasion de son heure de repos ; ils guettent si elle a des contacts intimes avec des enfants hors de sa famille. Tony (3 ½ ans) par exemple, ne permet pas à Sœur Mary de donner « sa » main à d'autres enfants. Jim (2-3 ans) éclatait en larmes lorsque son infirmière « à lui » quittait la chambre. Shirley (4 ans) présentait un état de trouble et de dépression intenses

si « sa » Marion devait s'absenter pour une raison ou une autre, etc. Il est vrai que tous ces enfants avaient souffert d'une série de séparations traumatisantes au cours de leur vie. »

Bien des mères qui ont été séparées de leur bébé pendant quelques semaines ou quelques mois peuvent confirmer et compléter de telles observations. Parfois, en retrouvant sa mère, l'enfant se montre « affectivement glacé », incapable d'exprimer ses sentiments, parfois même incapable de parler. Et, soudain, ses sentiments jaillissent torrentueusement. Les sanglots sont suivis (pour ceux qui sont capables de parler) par un accusateur « Maman, pourquoi m'as-tu quitté ? » Ensuite, pendant plusieurs semaines, ou plusieurs mois, il ne permet jamais à sa mère de le quitter, il adopte une attitude infantine, il se montre anxieux et facilement colérique. S'ils sont traités sagement, ces troubles peuvent disparaître graduellement ; mais, une fois de plus, nous ne devons pas oublier l'existence possible d'authentiques séquelles psychiques non décelées et susceptibles d'être réactivées, pour donner ultérieurement naissance à une névrose. Robertson & Bowlby soulignent la réalité de ce danger, après avoir observé chez des enfants ayant en apparence recouvré leur équilibre affectif, des réactions aiguës de panique, lorsqu'ils se trouvaient en face d'une personne associée à l'expérience de la séparation (observation non publiée). Si, au retour dans le foyer, la conduite régressive d'angoisse ne fait pas l'objet de soins compréhensifs, un cercle vicieux s'établit dans les rapports de l'enfant avec sa mère : le mauvais comportement de l'enfant est traité par des rebuffades et des punitions, tandis qu'à leur tour, rebuffades et punitions viennent accentuer cette attitude infantile et ces caractères, et ainsi de suite. Ainsi se développe une personnalité névrotique instable, incapable de s'adapter au milieu ambiant, et surtout de créer des liens affectifs d'amour et de loyauté avec d'autres personnes.

Malgré le danger, ces situations semblent presque incontestablement moins sinistres que celle de l'enfant qui réagit soit par le repliement, soit par des témoignages d'affection indiscriminés et superficiels. Ces réactions sont probablement le résultat de fréquentes séparations ou de séparations prolongées ayant eu lieu avant l'âge de 2½ ans, et sans qu'un substitut maternel ait pu être fourni à l'enfant ; elles préludent à de graves troubles de la personnalité, communément nommés psychopatiques, et qui seront décrits en détail dans le prochain chapitre.

A quel âge l'enfant cesse-t-il d'être sensible au manque de soins maternels ? Sa vulnérabilité diminue sans doute lentement et peut-être de façon imperceptible. Tous ceux qui ont étudié la question reconnaissent que la vulnérabilité de l'enfant est encore considérable entre trois et cinq ans, quoique beaucoup moindre qu'auparavant. Pendant cette période, les enfants ne vivent plus exclusivement dans le présent ; ils peuvent ainsi imaginer vaguement un temps où leur mère reviendra, alors que ce processus dépasse les capacités de la plupart des enfants de moins de trois

ans. En outre, le langage rend l'enfant accessible aux explications élémentaires, et il s'adapte plus facilement à des substituts maternels compréhensifs. C'est pourquoi nous pouvons dire qu'au cours de cette période, un traitement avisé et intuitif peut être très efficace contre les répercussions fâcheuses de la privation maternelle ; mais, en l'absence d'un tel traitement, il n'est pas rare que se produisent des réactions très sérieuses, comparables à celles des enfants âgés de un à trois ans.

Après l'âge de cinq ans, la vulnérabilité diminue encore ; il n'est néanmoins pas douteux qu'une grande proportion des enfants âgés de cinq à sept ou huit ans sont incapables de s'adapter de façon satisfaisante aux séparations, particulièrement s'il s'agit de séparations soudaines et auxquelles ils n'ont pas été préparés. Un patient, maintenant adulte, a brossé un tableau vivant et pitoyable de ses impressions lorsque, âgé de six ans, il fut mis à l'hôpital pour trois ans.<sup>88</sup> Il décrit « la nostalgie désespérée de sa famille et la détresse qu'il éprouva au cours des premières semaines ; l'indifférence et la lassitude des mois suivants ». Il décrit la façon dont il s'attacha passionnément à l'infirmière en chef qui tenait lieu pour lui de milieu familial ; il décrit également comment à son retour il se sentit dépaysé, tel un intrus. « En fin de compte, ce sentiment de vide me fit à nouveau quitter mon foyer . . . mais aucun autre substitut maternel ne me fut donné, et, en vérité, je n'étais pas alors en mesure d'établir des liens affectifs stables . . . mes réactions étaient exagérées, souvent injustifiées, et j'avais des sautes de caractère continuelles, j'étais déprimé . . . je devenais aussi agressif. » Finalement, après avoir décrit comment, au cours des années suivantes, il apprit petit à petit à mieux se comprendre, il écrit : « J'ai encore des réactions d'agressivité . . . qui me rendent malheureusement excessivement intolérant à l'égard de mes propres défauts lorsque je les constate chez autrui ; ces réactions sont donc un danger pour les liens affectifs qui m'attachent à mes propres enfants. » L'atteinte portée à la capacité des parents d'établir d'heureux liens affectifs avec leurs enfants constitue peut-être la plus fâcheuse des répercussions de la séparation. On insistera sur ce point dans la Partie II du présent rapport.

Ce tableau est confirmé par Edelston<sup>52</sup> et par plusieurs études faites sur des enfants anglais évacués des grandes villes pendant la dernière guerre. Edelston relate les histoires personnelles de quelques dizaines d'enfants dont les symptômes névrotiques avaient été engendrés ou avaient empiré du fait d'être séparés de leur mère, la plupart des séparations se passant à l'hôpital. Il ne donne pas une analyse systématique des âges auxquels les enfants furent hospitalisés ; la lecture de son travail montre néanmoins que si, pour la moitié d'entre eux, la séparation se situe pendant les trois premières années de la vie, pour l'autre moitié, l'expérience traumatisante eut lieu entre trois et huit ans. Dans beaucoup de ces derniers cas, les enfants ont pu décrire clairement leurs impressions d'hôpital ; le plus souvent l'idée de ne plus retourner à la maison

ou d'en avoir été chassés parce qu'ils étaient méchants provoquaient leur anxiété. Ainsi, un enfant de  $7\frac{1}{2}$  ans envoyé à trois reprises, soit à l'hôpital, soit dans une maison de convalescence, depuis l'âge de  $3\frac{1}{2}$  ans, remarquait : « J'imaginai que je ne retournerais jamais à la maison, parce que je n'avais que six ans. J'entendais ma sœur dire qu'ils allaient m'abandonner et que je ne retournerais jamais plus chez moi. » Un autre enfant, une fille de  $6\frac{3}{4}$  ans, lors de son départ pour l'hôpital, alors qu'elle avait 3 ans, criait : « Je serai gentille, ne me renvoyez pas. » A son retour à la maison, elle se montra très calme, et, la plupart du temps, prit l'habitude de rester assise, apeurée, dans un coin. Elle ne parlait jamais de cette expérience, mais elle jouait à des jeux compliqués d'hôpital, avec ses poupées qu'elle envoyait à l'hôpital pour les punir de leur méchanceté.

Dans les études faites pendant la dernière guerre sur des enfants évacués de 5 à 16 ans, nous trouvons un nombre appréciable de rapports sur les réactions fâcheuses dues à la séparation, qui confirment les faits précédents, et qui montrent que les enfants de cet âge n'ont pas encore conquis leur autonomie affective. Des professeurs notent que la nostalgie du foyer s'imposait à presque tous, et que la puissance de concentration dans le travail scolaire diminuait. Certains enfants mouillaient de nouveau leur lit.<sup>81</sup> Burt<sup>42</sup> estime que la fréquence globale des symptômes névrotiques et de la délinquance avait augmenté de 17 % à 25 % parmi la population scolaire. Si, dans bien des cas, ces réactions se montraient transitoires et sans répercussions importantes, dans d'autres cas, les problèmes persistaient lors du retour au foyer. Ces faits sont mentionnés dans le rapport du Ministry of Health de Grande-Bretagne<sup>76</sup> et également par Carey-Trefzer<sup>43</sup> dont les observations cliniques approfondies seront l'objet d'une discussion ultérieure.

Alors que tous les enfants âgés de moins de trois ans et une grande proportion des enfants de trois à cinq ans semblent souffrir de la carence maternelle, cette dernière, en ce qui concerne les enfants de cinq à huit ans, ne paraît affecter qu'une minorité d'entre eux, et la question se pose de savoir pourquoi précisément les autres y échappent. Contrairement à ce que nous avons remarqué pour des enfants plus jeunes, les enfants de cet âge tolèrent d'autant plus facilement la séparation qu'ils ont joui de meilleures relations avec leur mère. Un enfant heureux, confiant dans l'affection que lui porte sa mère, ne devient pas pathologiquement anxieux ; l'enfant en état d'insécurité, doutant des bons sentiments de sa mère envers lui, risque facilement de mal interpréter l'expérience de la séparation. Ces malentendus peuvent persister inconnus de tous, même de l'enfant lui-même. Pour l'enfant, l'idée d'avoir été renvoyé de chez lui à cause de sa méchanceté crée de l'anxiété et de la haine, et ainsi s'établit un cercle vicieux dans les relations avec ses parents. De la sorte, des enfants âgés de cinq à huit ans, et ayant déjà une tendance aux troubles affectifs, risquent, s'ils sont séparés de leur mère, de présenter des réactions

beaucoup plus intenses, tandis que des enfants confiants du même âge peuvent traverser l'épreuve de la séparation sans en être même touchés. Même ainsi, pour les deux types d'enfants, les réactions dépendent essentiellement de la façon dont l'enfant a été préparé à la séparation, de la façon dont il est traité pendant cette séparation et de la façon dont sa mère s'occupe de lui à son retour au foyer. Edelston<sup>52</sup> et Isaacs<sup>82</sup> ont l'un et l'autre examiné ces divers sujets.

Il faut aussi citer deux études très récentes qui, à l'instar de celles de Bakwin, s'inspirent d'une tradition pédiatrique et non psychiatrique. Il s'agit des études des courbes de croissance d'enfants d'âge scolaire, établies sur la base du test Wetzal Grid :<sup>148</sup> ce test présente l'avantage de faire simultanément intervenir les changements de stature et de poids, et de tenir également compte des différences constitutionnelles. Aucune de ces deux études n'entre dans les détails statistiques, mais elles sont inspirées du même esprit et se confirment réciproquement, dans une certaine mesure. Binning,<sup>19</sup> après avoir étudié 800 enfants canadiens d'âge scolaire, observe que les changements du rythme de la croissance ont souvent une étiologie affective, leur donnant la forme d'une accélération ou d'un retard.

« Nous avons remarqué que, dans la vie de l'enfant, tout événement susceptible de le priver de l'un ou l'autre des parents — mort, divorce, départ pour l'armée — ou encore la vie dans un milieu ne répondant pas à ses besoins d'amour et d'affection, exercent sur la croissance de l'enfant des effets beaucoup plus fâcheux que la maladie, et sont beaucoup plus redoutables que tous les autres facteurs combinés, dans la période actuelle de plein emploi et d'allocations familiales. »

Cet auteur note également le rapport qui existe entre l'augmentation du retard de croissance et la propension aux symptômes psychosomatiques ou aux désordres du comportement. Fried & Mayer<sup>56</sup> ont remarqué des troubles de croissance semblables. Ils ont étudié des garçons et des filles âgés de 6 à 13 ans, ayant été placés dans une institution (Cottage Home) à la suite de certains troubles de la personnalité, consécutifs au divorce, à la réjection, ou à la mort des parents ; ils ont pu conclure que « les troubles sociaux et affectifs retentissent sur la croissance physique en tendant à la retarder, et que les insuffisances de croissance dues à de telles expériences sont beaucoup plus fréquentes et beaucoup plus considérables qu'on ne le reconnaît généralement ». Ils poursuivent :

« Chez la plupart de nos enfants souffrant d'un retard de croissance, on remarque un parallélisme frappant et constant entre la déficience physique et l'adaptation socio-affective. L'apparition ou la guérison de la première a des répercussions immédiates sur la seconde. La grande majorité des enfants qui présentent l'une de ces catégories de troubles présentent également l'autre, et les désordres, sur l'un et l'autre plan, présentent grosso modo la même importance : des insuffisances de croissance légères ou graves sont associées à des troubles affectifs de même degré. »

Binning<sup>20</sup> trace un autre parallèle entre les développements physique et mental ; il s'agit cette fois de la croissance physique et de l'intelligence.

« De même, chaque fois que le test Wetzel Grid montre un arrêt dans la croissance physique, le test de Stanford-Binet traduit également un arrêt dans le développement de l'intelligence. En effet, lorsque l'on fait subir le test Wetzel Grid à des enfants qui ont déjà subi deux tests d'intelligence, il est possible de prévoir, avec une rigueur déconcertante, et simplement en s'appuyant sur les chiffres relatifs au développement physique, l'importance exacte du retard intellectuel survenu pendant un temps donné. »

Ces résultats, s'ils se confirment, sont évidemment du plus grand intérêt ; ils ouvrent de nouvelles possibilités de recherches en ce qui concerne les interactions du psyché et du soma, et fournissent au clinicien un instrument de travail simple et solide. Il faut noter, cependant, qu'à l'encontre des autres observations relatées dans ce rapport, ces conclusions doivent, pour le moment, être considérées comme provisoires.

---

## CHAPITRE 3

### APERÇU DES CONNAISSANCES ACQUISES

#### II. ÉTUDES RÉTROSPECTIVES ET OBSERVATIONS SUIVIES

##### Études rétrospectives

Quelques conséquences fâcheuses et immédiates de la privation de soins maternels chez les jeunes enfants ainsi que certains effets secondaires d'apparition rapide viennent d'être discutés ; il a été observé que les personnes peu averties des principes de la santé mentale sont facilement amenées à nier l'existence de telles réactions, ou encore à les rejeter comme dépourvues d'importance. Dans ce chapitre seront analysées les preuves éclatantes à la lumière desquelles les individus qui s'inquiètent de ces réactions, loin d'être alarmistes, attirent l'attention sur des sujets d'une grande portée médicale et sociale.

Pendant les années qui ont précédé la guerre, au moins six personnalités indépendantes les unes des autres furent frappées de constater que très souvent les enfants ayant commis plusieurs délits, ne manifestant aucun sentiment à l'égard de quiconque, et très difficiles à traiter étaient ceux dont les liens affectifs avec la mère avaient été profondément troublés au cours des premières années de la vie. Parmi les traits les plus déplaisants de ces enfants, citons : les vols répétés, la violence, l'égoïsme et les délits sexuels. Depuis 1937, ce problème a fait l'objet d'un grand nombre de publications d'origines parfois indépendantes ; certains auteurs ont aussi publié leurs recherches dans l'ignorance complète de travaux identiques. L'unanimité de leurs conclusions témoigne de l'authenticité de leurs découvertes.

Un des premiers cas de ce genre fut décrit par Levy ;<sup>89</sup> il peut encore servir de modèle :

« Mon premier exemple est celui d'une fillette âgée de huit ans qui fut adoptée un an et demi avant de m'être amenée. Il s'agissait d'une enfant illégitime qui, après sa naissance, passa successivement entre les mains de plusieurs membres de la famille avant d'être finalement menée à une agence de placement pour enfants ; elle fut alors placée dans un foyer nourricier pendant les deux mois qui précédèrent son installation chez les parents adoptifs qui me l'amènèrent. Elle était accusée de mensonge et de vol. Selon les parents, la réaction de l'enfant à l'adoption avait été assez indifférente. Lorsqu'ils l'amènèrent chez eux, lui montrèrent la chambre qu'elle serait seule à occuper et lui firent visiter la maison et ses alentours, elle ne présenta apparemment aucune réaction affective. Et pourtant, elle semblait très vive et montrait une affection « à fleur de peau ». Après quelques semaines, la mère se plaignit à son mari de ce que l'enfant ne semblât pas capable de lui témoigner la moindre affection. Selon les propres termes de la mère, l'enfant « vous embrassait, mais sans que ce comportement eût pour elle aucun sens ».

Le mari dit à sa femme qu'elle était trop exigeante et qu'il fallait laisser à l'enfant le temps de s'adapter à sa nouvelle situation. Quelque peu apaisée par ces remarques, la mère continua néanmoins à affirmer l'existence d'un élément insolite dans l'attitude de l'enfant. Le père, lui, ne remarquait rien d'anormal. Au bout de quelques mois, pourtant, il joignit ses plaintes à celles de sa femme. On s'était également aperçu à cette époque que l'enfant était fuyante et manquait de franchise. Toutes les méthodes de correction furent vaines... Le professeur se plaignait de son manque total d'attention à l'école, il déplorait son absence complète d'amour-propre à l'égard de la toilette. Cependant, grâce à son intelligence, elle obtenait de bonnes notes. Parmi les autres enfants, elle s'était également fait des amis, mais toutefois aucune intime. Après un an et demi de contact, le père déclara au sujet de cette enfant qu'elle était « absolument inatteignable » et la mère fit observer : « Je ne suis pas plus au courant aujourd'hui de ce qui se passe dans l'esprit de cette enfant que je ne l'étais le jour où elle est venue. Vous ne pouvez pénétrer jusqu'à elle. Elle ne dit jamais ce qu'elle pense ou ce qu'elle ressent. Elle bavarde, mais de façon purement superficielle. »

On trouvera ci-dessous un certain nombre des traits caractéristiques du cas cité :

- contacts sociaux superficiels ;
- absence d'affectivité réelle — incapacité de s'attacher à autrui ou de se faire de vrais amis ;
- inaccessibilité exaspérante pour ceux qui tentent d'y remédier ;
- absence de réaction affective aux situations qui en appellent normalement — une curieuse indifférence ;
- mensonge ou attitude d'échappatoire, souvent sans raison ;
- vol ;
- manque de concentration à l'école.

Le seul trait atypique du cas présent est le bon travail scolaire ; ce dernier en effet se montre généralement sérieusement déficient.

Parallèlement au travail de Levy, la même année (1937), et au cours des années suivantes, d'autres travaux furent publiés aux Etats-Unis d'Amérique, successivement par Powdermaker et al. (1937), Lowrey (1940), Bender (1941, 1946 et 1947) et Goldfarb (9 publications de 1943 à 1949) et en Grande-Bretagne par Bowlby (1940 et 1944). Avec une régularité monotone, chacun insiste à son tour sur l'inaptitude de ces enfants à établir des relations sociales ; cette incapacité leur semble le phénomène central dont sont issus tous les autres troubles ; elle est elle-même en relation causale directe avec un placement antérieur de l'enfant en institution ou, comme dans le cas cité, avec le changement de mère nourricière. Les observations et les conclusions des différents auteurs sont si proches, même dans leur terminologie, qu'elles pourraient indifféremment avoir été rédigées par l'un quelconque d'entre eux :

« Les descriptions de ces cas sont données à titre d'exemples, pour illustrer la pathologie affective issue des états d'insatisfaction affective primaire, éprouvés à un degré sérieux. Les symptômes sont variés. Citons comme fréquents : comportement agressif et délits sexuels dans la tendre enfance, vol, mensonges de type souvent fantaisiste et, par-dessus tout, absence de réaction affective chez l'enfant, faisant l'objet

de plaintes variées des parents. Cette absence de réaction affective, cette légèreté affective expliquent précisément les difficultés que l'on éprouve à corriger le comportement » (Levy<sup>80</sup>).

« Dès le début de nos recherches, un troisième groupe de fillettes fut remarqué pour son comportement asocial certes, mais non réellement névrotique, et sur lequel aucune méthode thérapeutique ne semblait avoir d'effet. Plus tard, il apparut clairement que ces fillettes possédaient une inaptitude commune à effectuer un véritable transfert envers aucun membre du personnel. Il semblait parfois qu'un bon contact était établi, mais on découvrait ensuite invariablement qu'il n'était que superficiel... Malgré leurs protestations d'intérêt, ou leurs bruyantes démonstrations d'affection, ces fillettes ne montraient aucune preuve d'attachement réel. Le même phénomène ressortait de leur anamnèse... [Ces sujets] n'ont pas eu, apparemment, la possibilité d'établir des liens libidineux au cours de la première enfance [et] semblent peu aptes ou totalement incapables d'établir un lien affectif avec une autre personne ou avec un groupe d'individus » (Powdermaker et al.<sup>117</sup>).

« Tous les enfants [au nombre de 28] présentent certains symptômes communs d'un mauvais développement de la personnalité, essentiellement liés à une inaptitude à donner ou à recevoir de l'affection, ou, en d'autres mots, à une inaptitude à se situer affectivement dans un groupe — facteur d'isolement... Il semble inévitable de conclure en disant que les enfants élevés en institution subissent une expérience de solitude dont résulte un type de personnalité solitaire » (Lowrey<sup>84</sup>).

« Deux problèmes particuliers furent soumis à notre service par deux agences de placement d'enfants. L'une de ces agences a pour principe qu'aucun attachement ne devrait pouvoir naître chez l'enfant à l'égard de l'institution ; de la sorte, lorsque l'enfant atteint l'âge de cinq ans, il n'est attaché à personne et n'a pas de ligne définie de conduite... Un autre groupe était constitué par des enfants placés [en institution] depuis leur première enfance ; ces enfants avaient, du point de vue pédiatrique, fait l'objet des soins les plus vigilants... mais ils avaient été privés de contacts sociaux et de matériel de jeu... Ces enfants sont incapables d'accepter un lien affectif du fait de la privation totale subie au cours des trois premières années de leur vie... Ils n'ont pas appris à jouer, sont incapables de jouer en groupe, mais ont tendance à duper les autres enfants... Ils souffrent d'hyperagitation et sont distraits ; ils n'ont aucun sens des liens affectifs humains... Ce genre d'enfants ne parvient pas à s'intégrer au groupe social de la crèche, ils demeurent extrêmement agités, agressifs et asociaux » (Bender & Yarnell<sup>15</sup>).

« Leur imperméabilité et leur aptitude limitée à établir des liens affectifs » caractérisent les enfants qui ont passé leurs premières années en institution. « Est-ce l'absence de liens affectifs au cours de la première enfance qui rend si difficile ou fait même paraître si inutile aux enfants d'institution leur participation ultérieure à des liens affectifs positifs... ? » (Goldfarb<sup>82</sup>).

A la même époque, séparé des auteurs précédents par l'océan Atlantique, Bowlby<sup>25</sup> faisait à Londres des observations identiques :

« Les interruptions prolongées [du lien affectif mère-enfant] pendant les trois premières années de la vie laissent des traces caractéristiques sur la personnalité de l'enfant. Cliniquement, ces enfants se montrent affectivement renfermés et solitaires. Ils ne parviennent pas à nouer des liens libidineux avec d'autres enfants ou avec des adultes, et n'ont, par conséquent, pas d'amis dignes de ce nom. Il leur arrive parfois de se montrer sociables, superficiellement ; mais une étude approfondie de leur attitude nous contraint de leur refuser tout sentiment réel, toute profondeur dans leurs attachements.

C'est là que réside, il me semble, l'explication de leur dureté. Parents et professeurs déplorent l'inefficacité de toutes les mesures verbales ou autres. Si on frappe l'enfant, il commence par pleurer un peu ; mais il ne présente aucune réaction à cet état de disgrâce, comme on s'y attendrait chez un enfant ordinaire. Il semble que le fait d'être en faveur ou non auprès des adultes ne présente aucun intérêt pour ces âmes perdues. Puisqu'ils sont incapables de contacts affectifs sincères, la nature d'un lien affectif à un moment donné ne présente pour eux aucun intérêt... Au cours des dernières années, j'ai pu observer quelque seize cas de ce genre : enfants atteints d'indifférence affective ou charpardeurs invétérés ; deux seulement de ces enfants n'avaient pas souffert de rupture prolongée du lien familial. Chez tous les autres, on pouvait constater de graves ruptures ayant eu lieu dans le lien affectif mère-enfant au cours des trois premières années et les enfants en cause étaient devenus des charpardeurs invétérés. »

Depuis ces premières communications, trois importants travaux ont été publiés : une étude clinique et statistique systématique par Bowlby,<sup>26, 27</sup> une analyse de Bender<sup>14</sup> fondée sur quelques centaines de cas étudiés au cours des dix années précédentes, et une série de travaux relatant les recherches si soigneusement préparées et exécutées par Goldfarb.<sup>60,68</sup> Les études de Bender et de Bowlby sont l'une et l'autre rétrospectives : en tant que cliniciens, ils ont eu l'occasion d'examiner et de traiter des enfants qui présentaient des symptômes névrotiques et des troubles du comportement ; or, en étudiant à posteriori les anamnèses de ces enfants, ils furent amenés à mettre en évidence chez eux le facteur étiologique commun consistant dans la privation de soins maternels (que ces enfants aient vécu en institution, ou que, tels de vulgaires colis, ils aient passé des mains d'un substitut maternel à celles d'un autre). On peut naturellement objecter que ces études rétrospectives se fondent uniquement sur les cas des enfants qui se sont mal développés et qu'elles ne tiennent pas compte de ceux des enfants qui, en dépit d'une expérience identique, auraient pu se développer normalement. Goldfarb a néanmoins répondu d'une façon complète à cette objection.

Bender<sup>14</sup> fonde ses conclusions sur l'observation de 5 % à 10 % des 5.000 enfants dont elle a eu la charge au Bellevue Hospital de 1935 à 1944 et qui présentaient les caractéristiques déjà décrites. Elle fait une description clinique détaillée du syndrome qu'elle appelle « désordre psychopathique du comportement de l'enfance ».

« [Ces enfants présentent] une incapacité à aimer ou à avoir des sentiments de culpabilité. Ils n'ont pas de conscience. Le matériel fantasmatique inconscient est superficiel ; il traduit seulement une tendance à réagir aux impulsions et expériences immédiates, bien qu'on puisse parfois rencontrer de vains efforts vers une prise de conscience ou une identification de la personnalité. Leur inaptitude à établir des liens affectifs rend impossible l'application des méthodes thérapeutiques ou même pédagogiques. On note une incapacité à conceptualiser particulièrement significative en ce qui concerne le temps. Ils n'ont pas la notion du temps ; ainsi ils ne se rappellent pas l'expérience passée, n'en tirent aucun bénéfice, et n'y relatent pas la motivation de leur conduite. Cette absence de la notion de temps est un trait frappant de l'organisation défectueuse de la structure de la personnalité ... »

Bender mentionne également une observation à longue échéance portant sur dix enfants cités dans la publication de 1941 et revus cinq ans plus tard. Cette étude montre que « tous les enfants sont demeurés dans un état d'infantilisme, qu'ils sont malheureux, sans affects et incapables de s'adapter à d'autres enfants à l'école ou dans d'autres groupes ».

Bowlby<sup>26, 27</sup> donne des anamnèses très détaillées qui permettent, dans certains cas, de découvrir la réaction de l'enfant à l'expérience traumatisante et il insiste particulièrement sur la tendance au vol de ces enfants. Il classe en deux groupes tous les cas qu'il a observés dans un centre de guidance infantile : groupe des enfants voleurs et groupe des enfants non voleurs. Il compare un groupe de 44 enfants voleurs avec un groupe de contrôle identique par le nombre, l'âge et le sexe, d'enfants qui, en dépit de troubles affectifs certains, ne volaient pas. Les enfants voleurs se distinguaient de ceux du groupe de contrôle, essentiellement par deux caractères : premièrement dans le groupe voleur se trouvaient 14 enfants que Bowlby décrit comme des « indifférents affectifs » tandis qu'aucun des enfants du groupe de contrôle ne présentait ce symptôme. Deuxièmement, parmi les voleurs, 17 enfants avaient subi une séparation complète et prolongée (six mois ou plus) d'avec leur mère ou d'avec leur mère nourricière au cours de leurs cinq premières années, alors que seulement 2 enfants du groupe de contrôle avaient subi des séparations similaires. Aucune de ces différences ne peut être attribuée au hasard. Il faut en outre noter deux autres faits de grande importance : d'abord, le lien étroit et statistiquement significatif entre les « indifférents affectifs » et ceux qui avaient subi une séparation ; ensuite, la délinquance beaucoup plus grave des « indifférents ». On trouvera dans le tableau IV les résultats obtenus par Bowlby.

**TABLEAU IV. FRÉQUENCE DE LA SÉPARATION ET DE L'INDIFFÉRENCE AFFECTIVE DANS UN GROUPE D'ENFANTS VOLEURS ET DANS UN GROUPE DE CONTRÔLE D'ENFANTS SOUFFRANT DE TROUBLES AFFECTIFS MAIS NE VOLANT PAS (BOWLBY)**

	Voleurs			Groupe de contrôle
	Indifférents affectifs	Autres	Total	
Séparation . . . . .	12	5	17	2
Pas de séparation . . . . .	2	25	27	42
Total . . . . .	14	30	44	44

Note : Tant dans la comparaison des Indifférents avec les autres voleurs que dans celle de l'ensemble des voleurs avec le groupe de contrôle, P est inférieur à 0,01, ce qui signifie qu'il y a moins d'une chance sur cent que le résultat soit dû au hasard.

On est frappé par la fréquence extrêmement élevée de la séparation chez les voleurs indifférents affectifs. Si ces résultats sont comparés avec les statistiques concernant la fréquence d'une mauvaise hérédité, il apparaît clairement que, chez les voleurs indifférents, c'est le milieu et non l'hérédité qui est l'agent pathogène (voir tableau V).

**TABLEAU V. FRÉQUENCE DE FACTEURS HÉRÉDITAIRES DÉFAVORABLES DANS UN GROUPE D'ENFANTS VOLEURS ET DANS UN GROUPE DE CONTRÔLE D'ENFANTS SOUFFRANT DE TROUBLES AFFECTIFS MAIS NE VOLANT PAS (BOWLBY)**

	Voleurs			Groupe de contrôle
	Indifférents affectifs	Autres	Total	
Mauvaise hérédité . . . . .	3	16	19	18
Hérédité normale . . . . .	11	14	25	26
Total . . . . .	14	30	44	44

La présence de névroses, de psychoses ou de psychopathies graves chez les parents ou chez les grands-parents a été choisie comme critère d'hérédité. Il est évidemment loin d'être parfait, mais son imperfection est la même pour le groupe de contrôle et pour celui des voleurs. En outre, il ressort assez clairement des observations cliniques faites sur plusieurs enfants indifférents affectifs que les symptômes sont imputables à une séparation prolongée d'avec la mère. Après avoir rappelé les faits cités par Burt,<sup>41</sup> Glueck & Glueck<sup>59</sup> et par d'autres auteurs qui confirment implicitement ses propres observations, Bowlby conclut :

« D'après le témoignage de ces divers documents, il semblerait qu'il y aurait de très fortes raisons de croire que la séparation prolongée d'un enfant d'avec sa mère (ou d'avec le substitut maternel), au cours des cinq premières années de sa vie, est le principal facteur étiologique de la délinquance. »

Parmi les cas présentés par Bowlby, est cité celui d'un garçon qui paraît avoir eu un lien affectif solide avec sa mère jusqu'à l'âge de 18 mois, mais qui passa ensuite neuf mois à l'hôpital, période pendant laquelle les visites des parents furent interdites. D'autres cas analogues tendent à montrer que l'hospitalisation et des changements de l'image maternelle peuvent entraîner de très graves répercussions, même jusqu'à l'âge de quatre ans.

Bender et Bowlby formulent donc indépendamment l'hypothèse d'une relation spécifique entre la privation prolongée de soins maternels pendant les premières années et la genèse de ces caractères psycho-pathologiques qui sont l'apanage des enfants incapables de former des liens affectifs, enclins à une délinquance invétérée, et extrêmement difficiles à traiter.

Parmi les nombreuses études rétrospectives évoquant ce problème, sans affirmer toutefois ce lien de cause à effet, les travaux d'Edelston<sup>52</sup> ont déjà été mentionnés. Quatre autres études seront maintenant brièvement décrites. Carey-Trefzer<sup>43</sup> a étudié les dossiers d'environ 200 enfants âgés de moins de 12 ans, examinés dans un centre de guidance infantile de Londres pendant les années 1942 à 1946 et présentant des troubles dont la cause ou l'aggravation semblait imputable à la guerre ; cet auteur a ainsi été amené à découvrir que les désordres affectifs sont dus à l'évacuation dans 32,5 % des cas. Elle poursuit :

« L'étude clinique a révélé de façon indubitable que l'évacuation a joué un rôle capital à la fois dans l'aggravation de symptômes névrotiques et dans la création de graves désordres persistants . . . Dans presque tous les cas « difficiles » et relevant d'un long traitement, il s'agit d'enfants qui ont été évacués. »

Il en est autrement pour les enfants ayant subi des bombardements. Pas moins des deux tiers des enfants devenus difficiles après l'évacuation étaient âgés de moins de cinq ans lorsqu'ils furent évacués pour la première fois. Le nombre des jeunes enfants évacués étant proportionnellement peu élevé par rapport au nombre des enfants plus âgés, ces chiffres montrent clairement dans quelle mesure ce sont essentiellement les très jeunes enfants qui souffrent de ce genre d'expérience.

En avril 1950 a été entreprise une étude globale de tous les enfants habitant la Hawthorne-Cedar Knolls School près de New-York ;<sup>83</sup> 137 garçons et 62 filles y résidaient, la plupart, à quelques exceptions près, âgés de 13 à 17 ans. Il s'agit d'une école spécialisée pour les cas de graves désordres psychiatriques. Les formes principales en sont : psychonévroses 28 %, schizophrénies 21 %, névroses caractérielles 19 %, troubles primaires du comportement 13 % et personnalités psychopathiques 10 %. Les problèmes que posaient ces enfants étaient notamment : école buissonnière, fugues, vols, délits sexuels, conflits avec les parents et autres comportements agressifs. Quatorze pour cent de ces enfants avaient vécu dans des institutions et 24 % dans des foyers nourriciers avant l'âge de quatre ans. Ces chiffres ne peuvent être additionnés, puisque certains enfants ont, dès avant cet âge, vécu à la fois en institution et dans un foyer nourricier ; néanmoins, l'importance des interruptions dans les relations affectives entre parents et enfants, pour tout le groupe, est révélée par le fait que seulement 25 % de ces enfants ont été élevés par leurs deux parents. Il y a peu d'établissements consacrés à ce genre de cas qui ne fourniraient pas des statistiques analogues.

Parmi les études de patients adultes ayant conduit leurs auteurs à fonder sur la privation d'amour l'étiologie de l'état psychiatrique, notons les travaux de Fitzgerald<sup>55</sup> sur des hystériques et ceux de Kemp<sup>131</sup> sur des prostituées. Selon Fitzgerald

« quelle que soit la nature de ses tendances innées, l'individu ne deviendra pas hystérique à moins d'avoir eu, au cours de son enfance, l'occasion de souffrir d'un manque d'affection »

par suite, note Fitzgerald, soit de la mort d'un parent, soit de la séparation de l'enfant d'avec sa famille. Après avoir recueilli toute une documentation concernant 530 prostituées de Copenhague, Kemp a découvert qu'un tiers d'entre elles n'avaient pas été élevées dans leur foyer, mais avaient passé leur enfance dans des conditions difficiles et changeantes :

« 3 % d'entre elles ont été élevées par leurs proches parents, 3 % ont été mises en pension ou envoyées dans des institutions, 27 % ont été élevées dans des conditions changeantes : placées tantôt dans des homes ou des asiles, tantôt dans des institutions pour débiles mentaux ou pour épileptiques, tantôt dans leurs foyers ou chez de proches parents. » (Page 85.)

On peut signaler quelques exemples de trois ou quatre différents foyers nourriciers consécutifs au cours de l'enfance. 17 % étaient des enfants illégitimes.

On trouvera dans l'Appendice 1 <sup>h</sup> d'autres preuves permettant d'attribuer délinquance, instabilité des rapports sexuels, névrose et même psychose à des facteurs tels que privation maternelle, deuils et foyers dissociés.

### Observations suivies

Toutes les enquêtes mentionnées jusqu'ici présentent les désavantages inhérents à la méthode rétrospective ; c'est pourquoi les observations suivies de Goldfarb et d'autres auteurs ont une valeur toute particulière car ces auteurs peuvent choisir un groupe d'enfants placés en institution depuis leur première enfance, et chercher à retracer les étapes de leur développement.

Le mérite exceptionnel du travail de Goldfarb vient de ce que, dès le début de son enquête, il a décidé de vérifier scientifiquement l'hypothèse suivant laquelle le fait d'avoir vécu les deux ou trois premières années de la vie dans le milieu très impersonnel des pouponnières retentit fâcheusement sur le développement de la personnalité. A cette fin, il a choisi ses groupes de façon à leur assurer, dans la mesure du possible, une hérédité analogue ; il éliminait ainsi une variable qui est la bête noire de la plupart des autres chercheurs. Son travail se compose de trois grandes études.<sup>60, 62, 66</sup> Chacune d'entre elles procède à une étude comparative du développement mental de deux groupes d'enfants : les uns ont été élevés dans des institutions jusqu'à l'âge d'environ trois ans, et ensuite placés dans des foyers nourriciers ; les autres ont été placés directement, après avoir quitté leurs mères, dans des foyers nourriciers où ils sont demeurés. Dans les deux groupes, les enfants ont quitté leur mère dès leur première enfance, habituellement au cours des neuf premiers mois de la vie. Le groupe qui a été étudié de la façon la plus approfondie se compose de deux sous-groupes

<sup>h</sup> Voir page 181.

de 15 enfants âgés de 10 à 14 ans au moment de l'examen.<sup>62</sup> Quinze d'entre eux formant le premier sous-groupe avaient vécu en institution de l'âge d'environ 6 mois jusqu'à 3 1/2 ans, tandis que les 15 autres n'avaient pas connu cette expérience. L'institution en cause offrait aux enfants des conditions d'hygiène physique conformes aux standards les plus exigeants, mais elle ne pourvoyait pas aux principes les plus élémentaires de l'hygiène mentale :

« Les enfants de moins de 9 mois étaient mis chacun dans leur box individuel, afin d'éviter la contagion. Leur seul contact avec les adultes se produisait en toute hâte lorsque les infirmières venaient les habiller, les changer ou les nourrir. »

Plus tard, ils firent partie d'un groupe de 15 ou 20 enfants placés sous la direction d'une infirmière qui n'avait ni la formation, ni les loisirs nécessaires pour témoigner des marques d'affection ou d'attention à ces enfants. De ce fait, ils vivaient « dans un isolement social presque complet

**TABLEAU VI. DIFFÉRENCES RELEVÉES ENTRE DES ENFANTS AYANT PASSÉ LES TROIS PREMIÈRES ANNÉES DE LEUR VIE EN INSTITUTION ET DES ENFANTS DE GROUPES DE CONTRÔLE N'AYANT PAS SUBI CETTE EXPÉRIENCE (GOLDFARB)**

Fonctions testées ou évaluées	Tests ou méthodes d'évaluation	Résultats exprimés en	Résultats	
			Institution	Contrôle
Intelligence . . .	Wechsler	Moyenne des QI	72,4	95,4
Aptitude à la conceptualisation .	Weigl Vigotsky	Moyenne des résultats	2,4	6,8
		Moyenne des résultats	0,5	4,7
Lecture . . . .	Tests standards	Moyenne des résultats	5,1	6,8
Arithmétique . .	Tests standards	Moyenne des résultats	4,7	6,7
Maturité sociale .	Vineland Scale, effectué par des assistantes sociales spécialisées	Quotient social moyen	79,0	98,8
Aptitude à se conformer à des règles . . . . .	Frustration expérimentale	Nombre d'enfants	3	12
Sentiment de culpabilité devant l'infraction aux règles . .		Nombre d'enfants	2	11
Capacité d'établir des relations sociales . . . .	Témoignage de l'assistante sociale spécialisée	Nombre d'enfants capables d'établir des relations normales	2	15
Langage . . . . .		Nombre d'enfants obtenant la moyenne	3	14
Nombre d'enfants (total) . . . . .			15	15

Note : Dans tous les cas présentant des différences, P est inférieur à 0,01.

pendant cette première année de leur vie» et leur expérience, au cours des deux années suivantes, se montrait à peine plus féconde. Goldfarb s'est assuré, par toutes les précautions possibles, l'identité, sur la base de tous les critères observables, des foyers nourriciers des deux groupes ; il démontre en outre qu'en ce qui concerne le métier, l'instruction et l'état mental de la mère, le groupe des enfants d'institution était légèrement favorisé comparativement au groupe de contrôle. Toute différence susceptible d'apparaître dans l'état mental des deux groupes d'enfants doit en conséquence être imputée avec une quasi-certitude à la différence de leurs expériences au cours de la première enfance.

**TABLEAU VII. FRÉQUENCE DES TROUBLES CHEZ DES ENFANTS AYANT PASSÉ LES TROIS PREMIÈRES ANNÉES DE LEUR VIE EN INSTITUTION ET CHEZ CEUX D'UN GROUPE DE CONTRÔLE N'AYANT PAS SUBI CETTE EXPÉRIENCE (GOLDFARB)**

Troubles	Évalué par	Résultats exprimés en	Résultats	
			Institution	Groupe de contrôle
Impopularité parmi les autres enfants . . . . .	Assistante sociale spécialisée	Nombre d'enfants présentant des problèmes	6	1
Besoin intense d'affection	»	» »	9	2
Crainte . . . . .	»	» »	8	1
Agitation, hyperactivité . .	»	» »	9	1
Incapacité à se concentrer	»	» »	10	0
Mauvais résultats scolaires	»	» »	15	1
Nombre d'enfants (total)			15	15

Note : Dans tous les cas, sauf dans le premier, P est inférieur à 0,01. Dans le premier cas, P est compris entre 0,05 et 0,02.

Les deux groupes d'enfants furent étudiés au moyen de tests variés et de différentes échelles de valeur. On a éliminé l'influence du hasard de toutes les différences constatées. On trouvera dans les tableaux VI et VII quelques-unes des différences très nombreuses et frappantes que présentent les développements respectifs des deux groupes d'enfants.

Il est vraiment remarquable de noter le nombre et la constance de ces différences. Les déficiences du champ cognitif sont frappantes et confirmées par plusieurs autres tests. Il faut manifestement rapprocher ces déficiences des baisses de niveaux de développement et d'intelligence constatées dans les études directes ; elles démontrent que, dans certains cas au moins, le retard persiste chez les nourrissons ou jeunes enfants ayant vécu en institutions. En mettant en évidence l'incapacité de conceptualiser que présente l'enfant d'institution, Goldfarb a fait des découvertes

particulièrement précieuses : elles fournissent en effet un accès à la compréhension de quelques-uns des processus psychologiques sous-jacents aux troubles de la personnalité (point devant faire l'objet d'une discussion ultérieure). Le travail de Goldfarb fait également ressortir un autre phénomène : la persistance des troubles du langage, déjà signalée dans la plupart des études directes. Sur ce point, il confirme les premières observations de Lowrey.<sup>94</sup>

On trouvera dans l'Appendice 2<sup>†</sup> une analyse des travaux de Goldfarb<sup>64</sup> relatifs aux réponses respectives des deux groupes au test de Rorschach. Parmi les nombreuses différences valables statistiquement, notons, parmi les enfants d'institutions, l'inaptitude à la conceptualisation, la propension aux réponses arbitraires et à la fabulation, le non-contrôle des réactions affectives et l'affaiblissement de la tendance au conformisme social. Certains de ces points ont également été mis en évidence par Loosli-Usteri,<sup>92</sup> à Genève, dans son étude de l'application du test de Rorschach à des enfants d'institutions ; les résultats de cette enquête confirment la conclusion générale selon laquelle les enfants d'institutions souffrent de désordres psychiatriques. On trouvera dans le même appendice un aperçu de ces derniers travaux.

La plupart des conclusions de Goldfarb sur les troubles de la personnalité sont en accord avec celles de Bender et Bowlby. Il convient de noter cependant certaines différences parfois difficiles à interpréter (surtout en l'absence des anamnèses, omission qui, espérons-le, sera un jour réparée par Goldfarb). L'opposition entre les conclusions de Goldfarb pour qui les enfants d'institutions « ont un besoin intense d'affection » et celles de Bowlby, pour qui ils sont des « indifférents affectifs » est probablement plus apparente que réelle. Bien des indifférents affectifs ont, en fait, un besoin intense d'affection, et se montrent néanmoins tout à fait incapables d'en recevoir ou d'en donner en retour à autrui. La faible aptitude de tous les enfants de Goldfarb (à l'exception de deux) à établir des liens affectifs, confirme nettement les résultats de tous les autres travaux. Il est néanmoins surprenant, par rapport aux observations de Bowlby, de constater que parmi les enfants d'institutions étudiés par Goldfarb, un seul volait et aucun d'eux ne faisait l'école buissonnière. Cette différence, probablement authentique, doit faire l'objet d'une explication. Elle sera discutée dans le chapitre suivant.

L'essence des découvertes de Goldfarb relatives aux troubles de la personnalité doit maintenant être familière au lecteur :

En résumé, l'histoire des enfants d'institutions est toujours celle d'une conduite agressive, sujette aux distractions, mal contrôlée. On ne trouve pas chez eux les formes normales d'anxiété et d'inhibition. Les identifications sont limitées et les liens affectifs sont superficiels et peu solides...<sup>68</sup>

<sup>†</sup> Voir page 187.

« Enfin, nous devons insister sur le fait que les atteintes portées à la personnalité par la carence maternelle au cours des premières années ne sont ni compensées ni guéries par le retour ultérieur dans la collectivité et dans la famille. Ces traits essentiels persistent jusque dans l'adolescence. En tout cas, l'individu devient de moins en moins capable de changer. »<sup>62</sup>

Notons cependant une insuffisance dans l'argumentation de Goldfarb : il tend à identifier toutes les institutions et tous les enfants d'institutions. Cette question sera discutée ultérieurement. Néanmoins, le travail de Goldfarb, en ce qui concerne la technicité de sa préparation et les soins apportés à sa réalisation, présente une valeur de premier ordre ; tant que de nouveaux travaux d'égale importance n'auront pas fourni des résultats différents, nous n'aurons aucune raison de mettre en doute les résultats de Goldfarb.

D'autre part, plusieurs autres observations suivies, beaucoup moins exhaustives toutefois, viennent dans une certaine mesure, confirmer celle de Goldfarb. Lowrey,<sup>94</sup> dans le travail déjà cité, a étudié un groupe d'enfants comprenant entre autres 22 cas pris au hasard qui, à part une exception, avaient été placés en institution avant l'âge d'un an et y étaient restés jusqu'à trois ou quatre ans, époque à laquelle ils furent transférés à une autre agence pour être placés en foyer nourricier. Lowrey les a examinés à l'âge de cinq ans ou plus. Tous présentaient de graves troubles de la personnalité, centrés sur une inaptitude à donner ou à recevoir de l'affection. Parmi les symptômes qu'on pouvait observer pour plus de la moitié d'entre eux, il convient de citer les suivants : agressivité, négativisme, égoïsme, pleurs excessifs, problèmes alimentaires, défauts de langage et énurésie. D'autres difficultés, à peine moins fréquentes, comprenaient : hyperactivité, accès de peur et encoprésie.

Alors que, selon Goldfarb et Lowrey, 100 % des enfants ayant passé leurs premières années en institutions sont gravement atteints dans leur développement, d'après les études de Theis<sup>141</sup> et de Beres & Obers<sup>16</sup> un certain nombre de ces enfants parviennent à un degré d'adaptation sociale suffisant à l'âge adulte. Si cette observation répond à l'attente de l'homme de la rue, ce serait une erreur d'y accorder trop d'importance : nous savons que de nombreuses personnes souffrant de troubles psychiatriques sont parfaitement capables d'une adaptation sociale correcte, s'étendant sur de longues périodes. En outre, ces deux études montrent la fréquence considérable des désordres psychiatriques avérés ; les auteurs y voient une confirmation des effets pathogènes de la vie en institution, pour les jeunes enfants.

Dans un travail remontant à 1924, Theis<sup>141</sup> entreprit une étude globale de l'adaptation sociale de 910 adultes qui, dans leur enfance, avaient été placés dans des foyers nourriciers. Du point de vue clinique et statistique, ce travail est de premier ordre et, comme il s'inspire d'un point de vue purement social, il ne peut être taxé de préjugés psychiatriques. On y trouve une comparaison particulièrement intéressante entre 95 enfants

ayant passé cinq ans ou plus dans des institutions et 84 enfants ayant passé la même période dans leurs foyers (dans 80 % des cas, il s'agissait de mauvais foyers). Non seulement les enfants des deux groupes avaient été placés ultérieurement et au même âge dans des foyers nourriciers analogues, mais, autant qu'on ait pu le déterminer, l'hérédité des deux groupes était semblable. On trouvera dans le tableau VIII les résultats de cette enquête ; ils montrent que les enfants élevés en institution s'adaptent

**TABLEAU VIII. COMPARAISON ENTRE L'ADAPTATION SOCIALE D'ENFANTS AYANT PASSÉ CINQ ANS OU PLUS EN INSTITUTION ET CELLE D'AUTRES ENFANTS N'AYANT PAS VÉCU EN INSTITUTION (THEIS)**

	Première enfance	
	en institution	au foyer
	%	%
Adaptation sociale réalisée . . . . .	65,5	82
Adaptation sociale non réalisée		
Inoffensifs . . . . .	19	11
Dangereux . . . . .	15,5	7
En Instance de Jugement ou dans une institution . . }		
	100	100
Nombre d'enfants . . . . .	95	84

Note : P est compris entre 0,02 et 0,01.

moins bien que ceux qui sont restés dans leur famille pendant les cinq premières années de leur vie. Puisque l'hérédité est, dans la mesure du possible, identique dans les deux groupes, elle ne peut contribuer à expliquer les différences constatées. De fait, Theis a donné de nombreux détails concernant l'hérédité de tous les individus en cause ; un tableau statistique lui permet de montrer que les pourcentages de succès ne diffèrent pas sensiblement qu'il s'agisse de sujets ayant des parents normaux ou des parents psychopathes (voir tableau XVII, page 138). Un bon tiers des enfants d'institution se révèlent « socialement inadaptés » et presque la moitié d'entre eux étaient des auteurs de troubles ou des délinquants.

On peut noter également que, malgré le temps passé en institutions pendant les premières années, deux tiers des individus se révélèrent « socialement adaptés ». Ce résultat est satisfaisant ; mais en l'absence d'examen psychiatrique, on n'a pu tenir compte des troubles névrotiques et psychosomatiques qui n'engendrent pas l'inadaptation sociale. Nous pouvons être pratiquement certains que la fréquence des troubles psychiatriques dépassait considérablement les 34,5 % de cas avérés d'inadaptation sociale.

Beres & Obers<sup>16</sup> ont récemment étudié un groupe de 38 sujets âgés de 16 à 28 ans (20 ans en moyenne) qui avaient vécu en institution pendant leurs trois ou quatre premières années. Ce travail présente l'intérêt d'être la seule étude psychiatrique relative à un groupe de sujets aussi âgés ; il a par contre le sérieux défaut d'étudier un groupe qui n'a pas été choisi au hasard ; tous les sujets avaient besoin de soins supplémentaires, et de ce fait on peut admettre que ce groupe présentait une tare pathologique plus lourde qu'un groupe vraiment représentatif. Parmi ces 38 sujets, on compte : 4 schizophrènes ; 22 individus présentant de gros troubles caractériels ; 7 psychopathes indifférents affectifs. Enfin, les 7 restants sont considérés comme ayant réalisé une adaptation sociale satisfaisante ; néanmoins, d'après les renseignements donnés, cette conclusion semble avoir été précaire pour certains et, de plus, aucun d'entre eux n'avait prouvé qu'il était capable de devenir un époux ou un père satisfaisant. Ce travail démontre surtout nettement que chaque enfant vit en institution des expériences très différentes et réagit également de bien des façons. Les auteurs soulignent le fait que tous les enfants placés en institutions pendant leurs premières années ne deviennent pas des psychopathes incapables de liens affectifs et que ceux qui échappent à cet état peuvent souvent recevoir une aide féconde au cours de leur vie. Ils démontrent néanmoins que le placement en institution au cours de la première enfance compromet sérieusement le développement de la personnalité.

Tous les documents étudiés jusqu'ici concluent dans le même sens. C'est le moment de considérer les trois études qui prétendent apporter des preuves qui infirment nos propres conclusions. Disons immédiatement qu'aucune d'entre elles ne présente une haute tenue scientifique et qu'elles ne peuvent soutenir la comparaison avec les recherches de Goldfarb ou de Theis.

La publication de Orgel<sup>111</sup> est un bref commentaire du travail de Lowrey. Il relate l'observation d'environ 16 enfants venant des mêmes institutions et ayant traversé les mêmes expériences que ceux du groupe de Lowrey ; or, sur ces 16 enfants, 2 seulement présentaient des traits fâcheux de personnalité. Aucun détail n'est donné, et il semble qu'on ne soit pas en présence d'une étude clinique systématique.

Brown<sup>33</sup> compare un groupe de 100 garçons âgés de 9 à 14 ans vivant dans une institution avec un autre groupe de 100 garçons du même âge vivant avec leur famille, dans un milieu peu satisfaisant, où les foyers dissociés et les désaccords familiaux prédominent. A l'aide d'un test d'inventaire de la personnalité, il montre que les névroses des deux groupes sont identiques. Non seulement l'inventaire de personnalité est un critère peu satisfaisant, mais aucune précision n'est fournie quant à l'âge de placement des enfants.

La plus récente des trois études vient d'Angleterre ; elle est due à Bodman et ses collaborateurs.<sup>23, 24</sup> Les auteurs comparent la « maturité

sociale » de deux groupes d'enfants de 15 ans : 51 d'entre eux ont passé les trois années précédentes ou plus en institution ; un groupe de contrôle de 52 autres enfants ont passé ces années dans leurs foyers. Employant a Vineland Social Maturity Scale, Bodman montre que, si les enfants d'institution obtiennent des notes inférieures à celles des enfants vivant dans leur famille, lorsque les sujets sont regroupés, en fonction de leur hérédité, on obtient des différences exactement identiques. On trouvera dans le tableau IX les chiffres en question.

**TABLEAU IX. RÉPARTITION DES NOTES DE MATURITÉ SOCIALE :**  
a) D'APRÈS L'EXPÉRIENCE, b) D'APRÈS L'HÉRÉDITÉ (BODMAN)

	Nombre d'enfants	Moyenne des résultats
<b>a) Groupe divisé selon l'expérience</b>		
Enfants placés en Institution . . . . .	51	92,9
Enfants vivant dans leur famille . . . . .	52	106,5
<b>b) Groupe divisé selon l'hérédité</b>		
Facteurs héréditaires défavorables . . . . .	28	91,6
Pas de facteurs héréditaires défavorables . . . . .	63	105

Il ne semble pas que des tests de signification aient été faits.

Sur la base de ces chiffres, Bodman<sup>23</sup> conclut que

« ces résultats affaiblissent certainement les conclusions de ceux pour qui les retards sur le plan social ou personnel sont exclusivement ou principalement attribuables aux influences du milieu » ;

en outre,

« ils permettent de penser que les facteurs constitutionnels ont en tout cas une importance égale à celle du milieu . . . dans la maturation sociale ».

Ces conclusions sont mal fondées et ne peuvent certainement pas être corroborées par les chiffres présentés. Il est curieux que Bodman n'ait pas disposé ses résultats de façon à déterminer les effets de chaque facteur variable en s'assurant simultanément de la constance des autres ; sans cette méthode, aucune conclusion définitive ne peut être établie. Outre la présente objection, et celle relative à la médiocre valeur de la Vineland Scale, les groupes choisis laissent beaucoup à désirer : quelques-uns des enfants d'institutions n'y entrèrent pas avant un âge avancé (l'âge d'admission moyen étant de quatre ans) ; d'autre part, circonstance encore plus grave, au sein du groupe de contrôle, au moins 22 enfants avaient été évacués loin de leurs foyers pendant la guerre, la durée moyenne de la séparation étant d'un an et neuf mois. Un travail présentant de telles

insuffisances ne peut pas prétendre à mettre en doute les observations concordantes des expérimentateurs déjà cités.

D'autres informations sont parfois mentionnées comme jetant un doute sur ces conclusions, par exemple, celles recueillies dans les colonies collectives d'Israël, connues sous le nom de « Kibboutz » (au pluriel « Kibboutzim »). Dans ces communautés, surtout pour des raisons idéologiques, les enfants sont élevés par des puéricultrices professionnelles dans une « Children's House ». Les nourrissons sont en groupes de 5 ou 6, puis, à l'âge de trois ans, sont élevés par groupes de 12 à 18. On pratique surtout des soins collectifs plutôt que familiaux. N'est-ce pas, peut-on demander, un exemple précis d'organisation de soins collectifs sans préjudice pour les enfants ? Avant de répondre à cette question, il est indispensable de considérer avec attention les conditions dans lesquelles les enfants sont élevés. La description suivante a été extraite en partie d'un rapport non publié rédigé par Alt, un spécialiste américain de service social psychiatrique, qui a visité récemment l'Etat d'Israël, et en partie d'une communication personnelle du Lasker Mental Hygiene and Child Guidance Centre à Jérusalem. Tous deux décrivent la vie des enfants dans certains des Kibboutzim laïques. Alt<sup>4</sup> remarque :

« Le concept de séparation est relatif, et la séparation réalisée dans le Kibboutz n'est pas comparable à celle que subissent des enfants élevés loin de leurs parents dans des foyers nourriciers et des institutions . . . Dans le Kibboutz, il est possible d'entretenir des relations intimes entre enfants et parents. »

Non seulement, la mère prend soin du bébé et le nourrit pendant les premiers mois mais, suivant la description du Lasker Centre :

« après le sevrage, la visite quotidienne de l'enfant à ses parents devient le centre de la vie familiale de l'enfant et son importance est scrupuleusement respectée. Pendant ces quelques heures, les parents ou l'un d'entre eux sont plus ou moins à la disposition de leurs enfants ; ils jouent avec eux, leur parlent, les portent ou accompagnent leurs premiers pas, etc. »

Le temps passé avec les enfants « peut atteindre deux à trois heures en semaine et beaucoup plus pendant le Sabbat » (Alt<sup>4</sup>).

Il n'y a pas ici de suppression totale des relations entre parents et enfants. Le temps consacré par les parents à leurs enfants est de très loin inférieur à celui de la plupart des autres collectivités occidentales, mais les rapports montrent nettement que les parents sont aux yeux des enfants des personnages très importants et réciproquement. Il est intéressant de noter que les parents ont tendance à prendre de plus en plus de responsabilité. Autrefois, les parents allaient voir leurs enfants au Children's House et maintenant les enfants viennent chez leurs parents qui leur préparent des repas légers ; les fêtes sont maintenant célébrées chez eux autant que dans les Children's House ; les mères font valoir leurs droits et exigent de voir de plus en plus leurs enfants.

Enfin, il n'est pas certain que les enfants ne souffrent pas de cette situation. Les deux observateurs signalent chez l'adolescent un développe-

ment satisfaisant et une grande sociabilité mais au Lasker Centre on pense qu'il y a « un plus grand degré d'insécurité parmi les enfants du Kibboutz que parmi les autres, du moins jusqu'à un certain âge qui se situe pendant la période de latence ». Ils ont aussi insisté sur l'atmosphère cordiale et l'intimité qui règnent dans le Kibboutz ; ce sont des facteurs qui ont une influence particulièrement favorable sur les enfants plus âgés et les adolescents et qui compensent en partie l'instabilité des premières années.

D'après ce court exposé, il est évident que l'on ne relève aucune information permettant d'infirmier ces hypothèses. Les circonstances actuelles fournissent une occasion unique d'entreprendre des recherches sur le développement des enfants et il faut espérer que l'on saura en tirer parti.

### Observations d'orphelins de guerre et de réfugiés

Des observations nombreuses et tragiques ont montré les conséquences néfastes de la séparation d'avec leur milieu familial sur les enfants de tous âges, lorsque, au cours de la Deuxième Guerre mondiale, des milliers d'enfants réfugiés des pays occupés d'Europe étaient accueillis en Suisse et ailleurs. Etant donné la gravité du problème, le temps manquait pour poursuivre des recherches systématiques ; de toute façon, les enfants avaient été soumis à des expériences si diverses et souvent si épouvantables qu'il aurait été presque impossible d'isoler les effets de la séparation de ceux dus à d'autres facteurs. Brosse<sup>31, 32</sup> a résumé les observations de diverses personnalités, médecins, pédagogues et membres des organisations de secours : « Tout en signalant les troubles de caractère résultant de la guerre, les observations montrent également le rôle fondamental joué par la rupture des liens familiaux. »<sup>31</sup> Dans le même volume, Meierhofer relate les expériences faites avec des enfants réfugiés au village Pestalozzi à Trogen :

« Il n'y a aucun doute que pour les enfants une longue période, sans soins individuels ni contacts affectifs personnels, est génératrice d'atrophie mentale ; cette privation ralentit ou arrête le développement de la vie affective qui, à son tour, inhibe le développement intellectuel normal. Nous avons observé que des traumatismes psychiques aigus, quelle que soit leur gravité, ne produisent pas de néfastes et profondes séquelles telles que déficiences chroniques ou solitude spirituelle permanente. »

En 1944, Loosli-Usteri<sup>93</sup> a entrepris une petite étude comparative portant sur 97 enfants juifs réfugiés dans des homes suisses, et sur 173 enfants suisses ayant approximativement le même âge (de 11 à 17 ans). Tous les enfants durent écrire un essai sur « Ce que je pense, ce que je désire et ce que j'espère ». En ce qui concerne les réfugiés, l'analyse de ces essais conduit l'auteur à la conclusion suivante : « la séparation d'avec leurs parents constitue évidemment leur plus tragique expérience ». En revanche, parmi les enfants suisses, peu d'entre eux mentionnent leurs

parents qui font partie intégrante et naturelle de leur vie. Autre différence importante, les enfants réfugiés repensaient continuellement à leurs pénibles expériences passées ou s'évadaient avec frénésie dans des projets d'avenir grandioses. Les enfants du groupe de contrôle vivaient heureux dans un présent qui, pour les réfugiés, représentait une sorte de vide ou, au mieux, une période transitoire peu satisfaisante. Privés de tous les éléments qui donnaient son sens à leur vie, notamment famille et amis, ils étaient en proie à un sentiment de vide.

Szondi a également étudié des enfants réfugiés en Suisse et d'autres enfants dans un camp de concentration. Il décrit (communication personnelle) un « syndrome de déracinement » comprenant notamment le refoulement du besoin d'attachements affectifs ; ce besoin se traduit néanmoins par des symptômes tels que : énurésie, vols, inaptitude aux rapports sociaux ; et en conséquence réduction considérable de la capacité de sublimation et agressivité accrue. Il remarque également une tendance à une attitude hypomaniaque dominante. Intolérance à la frustration, agressivité et réactions hypomaniaques sont mentionnées par d'autres personnes ayant eu l'expérience de ces enfants.

Aux Pays-Bas, après la guerre, Tibout, de Leeuw et Frijling étudièrent quelques milliers d'enfants dont les parents avaient été déportés en 1942 et 1943 et qui avaient été pris en charge par des foyers nourriciers, souvent dès leur première enfance. Ils rapportent (communication verbale) que des changements fréquents de foyers nourriciers avaient presque toujours des effets néfastes rendant l'enfant renfermé et apathique. Cet état s'accompagnait souvent d'une sociabilité superficielle ; plus tard s'y joignait la promiscuité sexuelle. Quelques jeunes enfants étaient capables de supporter un seul changement de milieu, tandis que ce changement, même unique, ne pouvait être toléré par d'autres ; ils manifestaient alors des symptômes tels que : anxiété, dépression, attachement excessif aux adultes et énurésie. Lorsqu'ils furent examinés après la guerre, beaucoup de ces enfants souffraient encore de désordres affectifs et avaient besoin d'être traités. On remarqua que ceux qui avaient joui de bons liens affectifs dans leurs familles, avant la séparation, pouvaient généralement être réadaptés ; tandis que le pronostic était mauvais pour ceux dont les expériences familiales antérieures n'avaient pas été satisfaisantes.

Il convient de citer enfin une importante étude psychologique et statistique faite en Espagne, après la guerre civile ; ce travail nous étant parvenu tardivement et étant d'autre part écrit dans une langue étrangère, il a été impossible de lui rendre justice dans ce rapport. Piquer y Jover<sup>114</sup> et ses collaborateurs citent les observations qu'ils ont pu faire sur un groupe de plus de 14.000 enfants délaissés et délinquants vivant dans les environs de Barcelone. Une fois de plus, ces observations confirment le rôle capital et néfaste joué par la dislocation familiale dans le développement du caractère et l'importance vitale de la vie de famille pour le déve-

loppement harmonieux social et moral de l'enfant. Les travaux de Goldfarb concernant les répercussions sur le développement intellectuel reçoivent ici une confirmation particulièrement intéressante. Les QI des enfants négligés et délinquants sont de 20 à 40 points inférieurs à ceux des enfants du groupe de contrôle. Piquet y Jover croit être autorisé par les faits à affirmer que cette réduction considérable est imputable au milieu plutôt qu'à des facteurs héréditaires, le manque d'instruction lui paraît être la cause principale des mauvais résultats obtenus à des tests tels que celui de Stanford-Binet. La faiblesse du raisonnement abstrait est également remarquée ; selon l'auteur, l'expérience prouve « l'existence d'une corrélation étroite entre le développement de la pensée abstraite et le milieu familial et social de l'enfant ». Il note, en particulier, les caractères suivants parmi les enfants délaissés et délinquants :

« Attention faible et difficile à soutenir du fait de sa grande instabilité.  
Sens très peu développé des réalités objectives, imagination débordante et manque absolu de sens critique.  
Inaptitude à l'abstraction pure et au raisonnement logique ...  
Retard considérable dans le développement du langage ... »

L'analogie des observations relatives d'une part aux orphelins de guerre et réfugiés, d'autre part aux enfants ayant été privés de milieu familial ne manquera pas d'impressionner le lecteur.

---

† Citation extraite du résumé anglais de l'auteur.

## CHAPITRE 4

### CONCLUSIONS PRÉLIMINAIRES

Les preuves des répercussions de la carence de soins maternels ont été analysées en détail pour deux raisons : d'une part ces faits sont mal connus et d'autre part on discute encore du rôle étiologique de la carence dans la genèse des troubles psychiatriques comme si le problème n'était pas résolu. Or il existe maintenant suffisamment de preuves pour affirmer l'exactitude de la conception générale : la carence prolongée de soins maternels produit chez le jeune enfant des dommages non seulement graves, mais durables, qui modifient son caractère et perturbent ainsi toute sa vie future. Bien que cette conception soit analogue dans sa forme à celle qui concerne les séquelles de la rubéole pendant la grossesse ou de la carence en vitamine D durant la première enfance, on lui oppose une curieuse résistance : en fait, dans tous les pays, il est encore des psychiatres qui récusent ces conclusions ; il est vrai que la plupart d'entre eux ne sont pas des psychiatres d'enfants et n'ont aucune expérience des centres de guidance infantile. Leur travail clinique se borne à l'examen de patients plus âgés dont il est impossible d'obtenir des éclaircissements sur les faits réels de leur enfance. Bien plus, l'amertume et les travestissements qui imprègnent les souvenirs des épreuves traversées pendant leurs premières années sont tels que beaucoup de psychiatres et de psychanalistes les considèrent comme de simples fantasmes, et sont passés à côté des réels dommages causés par une enfance malheureuse. Certes, il existe encore trop peu d'études systématiques, trop peu d'études statistiques comparatives avec des groupes adéquats de contrôle. Prises isolément, seules quelques études font plus que suggérer des conclusions ; mais lorsqu'on les rapproche, on est frappé par leur convergence et leur unanimité qui concorde avec l'opinion autorisée des spécialistes de guidance infantile de tous les pays et ne permet aucun doute quant à l'exactitude de la proposition principale. La résistance qu'elle rencontre s'explique peut-être par le fait qu'elle nous oblige, en l'adoptant, à modifier de façon profonde nos conceptions de la nature humaine et nos méthodes concernant les soins à donner aux jeunes enfants.

Néanmoins, et bien que l'on puisse considérer cette proposition fondamentale comme établie, la connaissance des détails demeure malheureusement très insuffisante. On est dans le même cas que si, après avoir établi le rôle étiologique de la carence en vitamine D dans le rachitisme, et prêtant au calcium un certain rôle dans ces phénomènes, on ne disposait

pas encore de mesures quantitatives et ignorait la complexité des nombreux facteurs en jeu. En ce qui concerne la carence maternelle, on sait qu'elle peut avoir des conséquences fâcheuses, mais il reste encore à déterminer le degré de carence que les enfants peuvent tolérer en fonction de leur âge. Il reste à résumer les preuves réunies et à en tirer des conclusions.

En premier lieu, de nombreux documents prouvent que la privation de soins maternels exerce de fâcheuses répercussions sur le développement de l'enfant *a)* pendant la période de séparation, *b)* pendant la période suivant immédiatement le retour auprès de la mère, *c)* de façon permanente. On ne doit pas être arrêté par le fait que certains enfants semblent échapper à ces troubles. Il en est de même pour la consommation de lait contaminé par la tuberculose ou l'exposition au virus de la paralysie infantile. Dans ces deux cas, le nombre des enfants gravement atteints est tel que personne ne puisse penser à exposer un enfant à de tels dangers. La privation de soins maternels, au cours de la première enfance, se classe dans la même catégorie de dangers.

La plus grande partie des preuves concernant les effets à longue échéance de la privation de soins maternels se fonde sur les graves troubles consécutifs à des situations particulièrement sévères ; il est plus facile de partir de ces relations bien établies pour étudier ensuite les faits qui sont moins bien compris. Il semble que trois genres d'expériences, un peu différentes, soient susceptibles de jouer un rôle dans la genèse des indifférences affectives ou des caractères psychopathiques :

*a)* absence de toute occasion permettant la création d'un lien affectif avec une image maternelle au cours des trois premières années (Powdermaker, Bender, Lowrey, Goldfarb) ;

*b)* privation de soins maternels pendant une période limitée — au moins trois mois, et probablement plus de six — au cours des trois ou quatre premières années (Bowlby, Spitz & Wolf) ;

*c)* changement de l'image maternelle pendant la même période (Levy et al.).

En gros, les résultats de ces différentes expériences semblent identiques, mais pour des raisons d'ordre à la fois théorique et empirique, on peut prévoir que des études approfondies révéleront certaines différences. C'est ainsi par exemple en ce qui concerne le vol, que pourraient s'éclairer les divergences constatées par Bowlby<sup>26, 27</sup> et par Goldfarb.<sup>62</sup> Tous les sujets de Goldfarb avaient été placés en institutions peu de temps après leur naissance et ils y étaient demeurés jusqu'à l'âge de trois ans ; ce n'était le cas pour aucun des enfants étudiés par Bowlby. Pour tous ces enfants, au contraire, la privation maternelle avait été réduite à une période limitée ou bien avait consisté en fréquents changements de milieu familial. Leurs vols peuvent donc facilement s'interpréter comme une tentative pour s'assurer amour et satisfaction et pour rétablir ainsi le lien affectif perdu ;

au contraire, en ce qui concerne les cas de Goldfarb, aucun d'entre eux n'ayant eu l'expérience préalable de ces liens affectifs, ne pouvait chercher à les rétablir. On découvrirait certainement que plus la carence maternelle est marquée pendant les premières années, plus l'enfant se montre solitaire et asocial ; en revanche, plus la carence alterne avec les périodes de satisfaction, plus l'enfant devient ambivalent et antisocial. Lowrey<sup>94</sup> pourrait bien avoir raison lorsqu'il pense que « les enfants placés en institutions pendant de courts laps de temps, après l'âge de deux ans, ne présentent pas ce type de personnalité solitaire, et n'adoptent pas les mêmes types de conduite » ; une enquête, actuellement poursuivie à la Tavistock Clinic, tend à confirmer cette opinion. Quoi qu'il en soit, Bowlby et Carey-Trefzer<sup>43</sup> ont l'un et l'autre observé des cas dont les caractères antisociaux à l'extrême (incapacité d'entretenir des liens sociaux stables avec qui que ce soit) mais non totalement solitaires, semblaient imputables à des changements d'image maternelle au cours de la quatrième année. Le nombre des cas observés permet d'affirmer que la privation de soins maternels peut avoir de très fâcheuses répercussions même à cet âge. Naturellement, ses effets sur le développement de la personnalité à un âge donné, dépendront de la nature exacte des conditions auxquelles l'enfant a été soumis ; la plupart du temps, ces informations manquent dans nos observations. En fait, une des insuffisances notables des documents actuels réside dans leur manque de détails et de précisions à ce sujet. On a déjà remarqué que les travaux de Goldfarb assument implicitement que tous les nourrissons et jeunes enfants vivent les mêmes expériences en institutions. Non seulement ce n'est pas le cas, mais plus on étudie ces problèmes, plus on s'aperçoit que les conséquences de la privation dépendent de la nature exacte de l'expérience psychologique de l'enfant. Pour être fructueuses, les recherches ultérieures ne devront pas tenir compte uniquement des âges et des périodes de carence. Elles devront encore se préoccuper de la qualité du lien qui unissait l'enfant à sa mère avant la séparation, des relations qui se sont éventuellement établies avec le substitut maternel pendant la séparation, et de l'accueil que l'enfant reçoit de sa mère ou de sa mère nourricière quand il reprend une existence stable.

Tous les spécialistes sont maintenant d'accord pour reconnaître que la première année est d'importance vitale ; mais l'âge auquel la privation de soins maternels se montre le plus néfaste est à l'heure actuelle objet de controverses. Après avoir passé en revue ses propres cas, Bowlby notait que les séparations pathogènes s'étaient toutes produites après l'âge de six mois et la majorité après 12 mois ; il était enclin à conclure que séparation et carence maternelle sont moins redoutables pour le bien général de l'enfant lorsqu'elles ont lieu pendant les six premiers mois de la vie que lorsqu'elles se produisent plus tard. Tel était également le point de vue d'Anna Freud.<sup>39</sup> Cette opinion a cependant été mise en question explici-

tement par Spitz & Wolf (communication verbale) et implicitement par Klein<sup>86</sup> dont les arguments se fondent sur des données très différentes, tirées à posteriori des traitements psychanalytiques d'enfants et d'adultes. Goldfarb a également attaché une grande importance aux six premiers mois ; pourtant, comme le montre l'Appendice 3,<sup>k</sup> ses données ne justifient pas ses conclusions. Néanmoins, Goldfarb<sup>65</sup> au cours de son étude sur l'adaptation sociale d'adolescents en fonction de leur âge d'admission en institution, met incontestablement en lumière la vulnérabilité particulière de l'enfant au cours de sa première année, comparativement aux années suivantes. Bender<sup>13, 14</sup> cite les cas d'enfants pour lesquels la privation maternelle s'est limitée à la première année mais qui n'en ont pas moins présenté les classiques retards et troubles de la personnalité ; ces observations viennent confirmer l'importance de la première année, dans son ensemble, mais elles n'apportent aucun élément dans le débat relatif à la vulnérabilité du nourrisson au cours de ses six premiers mois.

A l'heure actuelle, tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître l'importance immense de la privation de soins maternels au cours de la deuxième moitié de la première année, tandis que beaucoup d'entre eux attribuent la même importance à la privation subie pendant les six premiers mois, et tout spécialement pendant la période comprise entre trois et six mois. Selon l'opinion générale, la privation de soins maternels peut, en survenant au cours de cette période, causer un tort considérable à la santé mentale de l'enfant ; cette affirmation est appuyée sans conteste par les études directes déjà mentionnées concernant les répercussions néfastes immédiates de la carence maternelle chez les enfants de cet âge.

Une nouvelle question se pose encore : jusqu'à quel âge les soins maternels peuvent-ils réparer totalement ou en partie les torts causés par la privation maternelle au cours des premiers mois ? Le développement relativement heureux de nombreux enfants adoptés entre six et neuf mois, après six mois de carence maternelle, montre avec une quasi-certitude que pour beaucoup d'enfants en tout cas et à condition qu'ils fassent l'objet de soins maternels dans des délais suffisamment rapides, les torts précoces causés par la séparation peuvent être considérablement réduits. Les travaux de Goldfarb prouvent de façon certaine que ces soins maternels sont pratiquement inutiles après l'âge de 2 1/2 ans ; en fait, l'âge limite se situe probablement avant 12 mois, pour la plupart des enfants, mais l'existence probable d'une limite de sécurité ne doit donner lieu à aucune complaisance : la possibilité d'une réparation plus ou moins complète des torts infligés par la séparation d'avec la mère au cours des premiers mois ne doit pas être une excuse pour les laisser commettre.

Il ne faut pas s'étendre davantage sur les formes typiques de caractère psychopathique et les circonstances qui leur donnent naissance ; leur

---

<sup>k</sup> Voir page 190.

relation de cause à effet est maintenant universellement admise par les psychiatres d'enfants. Cependant, depuis le premier travail de Levy, les psychiatres intéressés par ce problème ont remarqué l'existence de troubles moins caractérisés imputables à une carence maternelle moins grave et qui sont de loin les plus fréquents. L'expérience de la carence maternelle explique la naissance ou l'exagération de nombreuses formes de personnalités psychopathiques partielles ou non apparentes (y compris les hystériques de Fitzgerald<sup>55</sup>), ainsi que certains états d'anxiété et de dépression. D'après Levy :<sup>89</sup>

« De tels cas se rencontrent chez les adultes dont la vie sociale est constituée par une série de liens affectifs avec des gens plus âgés qu'eux dont chacun représente un substitut maternel ; ces substituts peuvent être uniques ou multiples ; il suffit que pendant toute sa vie le patient soit en rapport avec une personne dont il exige tout ce dont il a été frustré dans sa première expérience avec sa mère. Leur forme de conduite dépend du maintien de ces liens. Si l'un d'eux se rompt, une période de dépression s'ouvre pour le patient ; il peut aussi avoir l'impression que « quelque chose lui manque terriblement » jusqu'à ce que se crée un nouveau lien de ce type. Un autre genre de réaction se traduit par des exigences excessives à l'égard de la personne choisie pour satisfaire les privations subies dans la première enfance... Le problème est toujours le même : exigences excessives concernant la nourriture, l'argent, les faveurs. »

Il n'est pas rare que de tels patients nient l'existence de ces troubles par des démonstrations de gaieté et d'activité excessives : c'est la réaction hypomaniaque. Ils tentent ainsi de se convaincre que « tout est pour le mieux dans le meilleur des mondes », alors qu'ils sont bien loin d'en être convaincus. Naturellement, la réaction hypomaniaque aboutit à un certain succès ; mais, comme elle se fonde sur un refus de reconnaître la situation réelle, elle court le risque constant de ne pouvoir se maintenir et d'abandonner le patient au désespoir. En outre, même en cas de succès, l'activité exagérée du patient et ses réactions d'intolérance à l'égard de la frustration antérieure sont très pénibles pour les autres ; Bowlby<sup>26, 27</sup> et Stott<sup>139</sup> ont montré d'autre part que cet état conduit souvent à la délinquance.

Malgré le nombre attristant de ces cas, ils sont heureusement plus accessibles au traitement psychanalytique que les formes graves. Tous les auteurs reconnaissent la tâche immense que représente pour les psychothérapeutes le traitement des psychopathes typiques. En 1937, Levy les a caractérisés comme ayant très peu de chance d'amélioration ; tous les spécialistes ont depuis partagé cette opinion. L'incapacité presque totale de ces patients à établir des contacts humains prive le psychothérapeute de son principal instrument thérapeutique ; il doit naturellement avoir appris à manier des patients qui le détestent, mais il lui faut encore étudier les meilleures méthodes pour atteindre les patients auxquels il est complètement indifférent. Les observations de Powdermaker et al.<sup>117</sup> à ce sujet sont particulièrement claires. Il a travaillé pendant environ six ans dans une petite institution pour filles délinquantes de 12 à 16 ans ; 80 d'entre elles furent soumises à une psychothérapie. Le résultat fut satisfaisant

dans la moitié des cas ; il échoua pour l'autre moitié. Le résultat du traitement n'était fonction ni de l'intelligence ni de l'hérédité des sujets, mais il présentait un lien frappant avec les premières expériences familiales des filles en cause (voir tableau X).

**TABEAU X. RELATION ENTRE LES RÉSULTATS DU TRAITEMENT PSYCHOTHÉRAPIQUE DE FILLES DÉLINQUANTES ET LEURS EXPÉRIENCES FAMILIALES ANTÉRIEURES (POWDERMAKER ET AL.)**

Expérience familiale antérieure	Résultat du traitement	
	Succès	Echec
Pas de réjection, et existence de liens affectifs familiaux	25	0
Réjection témoignée par un membre de la famille, mais existence de liens affectifs constructifs . . . . .	12	10
Liens affectifs névrotiques et ambivalents . . . . .	3	13
Réjection complète ou absence de liens libidineux . . .	0	17
Total . . . . .	40	40

Note : P est inférieur à 0,01.

L'échec du traitement dans le cas de toutes les filles ayant souffert de réjection familiale ou n'ayant jamais eu de liens libidineux nous rappelle la remarque de Goldfarb,<sup>67</sup> aux termes de laquelle il n'aurait jamais vu « un seul cas réagissant favorablement à un traitement basé sur les méthodes traditionnelles de la psychiatrie infantile ». Bender<sup>14</sup> dira même qu'« une fois créé, le trouble ne peut plus être éliminé » ; elle recommande en conséquence d'éviter dans ces cas l'application des méthodes thérapeutique ou correctives ; ces soins « devraient être essentiellement protecteurs et chercher à créer un lien de dépendance ». D'autres auteurs sont plus optimistes ; ils pensent que si l'on permet à l'enfant de régresser complètement jusqu'à des modes de comportement totalement infantiles, il a une chance de pouvoir repartir dans une direction meilleure. Les travaux de Jonsson au village d'enfants de Skå, près de Stockholm, sont un exemple d'une application de ces principes en Europe. Dans ce village, on encourage chez les enfants le développement d'une complète dépendance à l'égard de leur mère nourricière ; et on les autorise à régresser dans leur conduite, jusqu'à des modes aussi infantiles que l'ingestion de leur nourriture au biberon. Aux Etats-Unis, des expériences similaires sont basées sur les mêmes principes ; mais le degré de contrôle optimum à exercer sur les enfants fait encore l'objet de discussions. Il nous faudra encore de nombreuses années avant de pouvoir apprécier les résultats de ces méthodes.

Tous les témoignages tendent à prouver que la seule méthode valable consiste dans la cohabitation prolongée avec un adulte ayant une

profonde connaissance des problèmes des enfants, sachant les manier, et disposant pour cette tâche d'un temps illimité. Cette méthode est non seulement très coûteuse, mais elle ne peut être appliquée qu'à un nombre très limité de cas. Il serait beaucoup plus pratique, et, en dernière analyse, beaucoup moins onéreux de prévoir, pour les nourrissons et les jeunes enfants, des méthodes permettant de prévenir les troubles de cette nature.

---

## CHAPITRE 5

### PROBLÈMES THÉORIQUES

Les problèmes théoriques du développement de la personnalité, sous la dépendance d'un lien affectif constant avec un personnage maternel, pendant la période critique du développement du moi et du surmoi, au cours des premières années de la vie, présentent un très grand intérêt. Néanmoins, étant donné leur complexité et l'obscurité dont ils s'entourent encore, on devra, dans le présent rapport, se borner à les effleurer. D'autre part, les progrès de l'interprétation clinique dépendent étroitement des progrès réalisés sur le plan théorique.

Le développement de la personnalité est un processus grâce auquel nous nous affranchissons toujours davantage de notre milieu immédiat et de son emprise sur nous ; il nous rend toujours plus capables de poursuivre nos propres objectifs, souvent à longue échéance, et, par la sélection, de créer notre propre milieu. Ce processus implique notamment une certaine capacité d'abstraction à l'égard du réel, une aptitude à penser en termes symboliques et à concevoir des plans pour l'avenir : caractéristiques de ce que Goldstein & Scheerer<sup>69</sup> appellent l'attitude abstraite. C'est seulement lorsque l'individu arrive à cette attitude abstraite qu'il parvient à contrôler ses désirs présents au profit de besoins lointains plus fondamentaux. Il est normal qu'un enfant de trois ans, ou même de cinq ans, se précipite sur la route pour chercher sa balle ; il se trouve encore, à cet âge, sous la dépendance étroite de la situation immédiate. A mesure qu'il grandit, il doit devenir capable d'embrasser simultanément un plus grand nombre de considérations, et de faire montre de prévision. A l'âge de 10 ou 11 ans, il est capable de poursuivre des buts distants de plusieurs mois ; à l'âge de 16 ou 18 ans, les sujets d'élite sont en mesure d'accomplir des prodiges d'abstraction dans le temps et dans l'espace. En termes psychanalytiques, il s'agit d'un processus par lequel l'individu se libère de l'esclavage de ses instincts et de la domination du principe du plaisir, et fait appel à des mécanismes mentaux plus adaptés aux exigences de la réalité.

Cet instrument psychique que nous créons au sein de nous-mêmes pour accorder harmonieusement nos besoins variés, souvent conflictuels, et leur donner satisfaction dans le monde du principe de réalité, c'est le moi. Ses fonctions sont nombreuses : appréciation et classement par ordre de priorité de nos besoins immédiats et à long terme, inhibition de certains et acceptation d'autres, afin que l'action soit significative et bien intégrée

plutôt qu'indifférente et désintégratrice. Le maintien avec autrui de relations amicales et basées sur la collaboration constitue une nécessité permanente ; nous devons donc en avoir les conditions toujours présentes à l'esprit ; cet élément est pour nous si important qu'à l'intérieur de notre moi nous avons différencié un nouveau mécanisme, spécialement à cet effet : notre conscience ou surmoi. Il est évident que le fonctionnement du moi et du surmoi est essentiellement lié à la présence de l'attitude abstraite ; il n'est pas surprenant que, chez le bébé et au cours de la première enfance, ces mécanismes ne fonctionnent pas ou qu'ils fonctionnent avec une grande imperfection. C'est pourquoi, au cours de cette période, l'enfant est dépendant de sa mère dont le mécanisme mental fonctionne pour lui. Elle l'oriente dans l'espace et dans le temps, choisit son milieu, lui permet de satisfaire certains désirs et en réprime d'autres. Elle est son moi et son surmoi. Peu à peu, il apprend à se satisfaire lui-même, et, au fur et à mesure, les parents avisés lui abandonnent complètement ce rôle. Il s'agit là d'une évolution longue, subtile et continue : elle commence lorsque l'enfant apprend à marcher et à se nourrir lui-même, elle ne s'achève pas avant la maturité.

Le développement du moi et du surmoi est donc inextricablement lié aux premiers liens affectifs humains de l'enfant. C'est seulement si ces liens sont durables et satisfaisants que l'enfant peut développer son moi et son surmoi. On est frappé ici par les ressemblances de l'embryologie de l'esprit humain avec le développement embryologique du corps humain, au cours duquel les tissus indifférenciés réagissent à l'influence des organisateurs chimiques. Pour que la croissance s'opère sans heurts, les tissus doivent être soumis à l'influence des organisateurs adéquats, au cours de certaines périodes critiques. Il en est de même pour le développement mental : il semble nécessaire que la psyché indifférenciée soit soumise, au cours de certaines périodes critiques, à l'influence de l'organisateur psychique : la mère. C'est pourquoi, en envisageant les désordres susceptibles d'envahir le moi et le surmoi, il est indispensable de prendre en considération les phases de développement de la capacité de l'enfant à créer des liens affectifs. Ces nombreux stades se fondent naturellement les uns dans les autres. Les grandes divisions sont les suivantes :

a) période pendant laquelle le nourrisson procède à la création d'un lien affectif avec une personne nettement identifiée : sa mère. Cette période prend fin normalement à l'âge de cinq ou six mois.

b) Période pendant laquelle l'enfant a un besoin continu de sa mère. Cette période dure à peu près jusqu'à l'âge de trois ans.

c) Période pendant laquelle il est capable de conserver un lien affectif avec sa mère en son absence. A l'âge de quatre ou cinq ans, ce lien ne peut être conservé que dans des circonstances favorables, et pendant une période ne dépassant pas quelques jours ou quelques semaines. Après sept

ou huit ans, le lien affectif peut être conservé, quoique non sans difficulté, pendant des périodes d'un an ou plus.

Le mécanisme grâce auquel l'enfant développe simultanément son moi et son surmoi, ainsi que son aptitude à conserver des liens affectifs in absentia a été décrit comme un mécanisme d'identification, d'internalisation ou d'introjection, les fonctions du moi et du surmoi étant incorporées dans la personnalité suivant un schéma créé par les parents.

L'âge de ces diverses phases varie sans doute considérablement d'un enfant à l'autre, exactement au même titre que la maturation physique. C'est ainsi, par exemple, que l'aptitude à la marche vient à maturation entre 9 et 24 mois : la maturation psychique pourrait fort bien présenter des variations analogues. Dans ce cas, on fera mieux de considérer l'âge fonctionnel plutôt que l'âge chronologique, car il semble à peu près certain que la nature et l'intensité des troubles psychologiques consécutifs à la carence maternelle soient liées à la phase de développement de l'enfant au cours de laquelle cette expérience se produit. Les termes de ce postulat sont à nouveau conformes à des principes embryologiques bien établis. Comme Corner<sup>45</sup> le constate :

« On obtient des phénomènes anormaux en attaquant exactement au bon moment, une région en voie de croissance active . . . Les anomalies de croissance pourront être classées selon des formes et des types correspondant aux périodes les plus critiques et aux différentes régions de croissance. Les dommages infligés au cours des premières phases du développement donneront généralement lieu à des troubles généralisés de la croissance . . . les lésions plus tardives donneront généralement lieu à des déficiences localisées. »

Il note en outre que

« un tissu indifférencié donné ne réagit à un organisateur que pendant une période limitée. Il doit avoir atteint un certain stade de différenciation avant de pouvoir réagir ; ultérieurement, il atteint sa forme fixe, il ne dispose plus que d'un nombre limité de réactions. »

La période pendant laquelle la psyché indifférenciée de l'enfant peut réagir à l'influence de l'« organisateur » maternel est également limitée. Ainsi, il semble pratiquement prouvé que si la première phase de développement (celle de la création d'un lien affectif avec une personne nettement définie) n'a pu avoir lieu correctement au cours des premiers douze mois, il sera extrêmement difficile de réparer ce dommage : les caractéristiques des tissus psychiques se seront fixées. (Cette première phase peut se terminer beaucoup plus tôt pour un grand nombre d'enfants.) De même, il semble que le développement normal impose des limites précises au deuxième et au troisième stade.

Ce sont donc ces mécanismes de croissance qui sont affectés par l'expérience de la privation de soins maternels. L'observation clinique montre que le moi et le surmoi des enfants gravement atteints par la carence maternelle ne sont pas développés : leur comportement est impulsif

et mal contrôlé, ils sont incapables de poursuivre des objectifs lointains parce qu'ils sont victimes des caprices de l'instant. Pour eux, tous les désirs ont la même valeur et tous inspirent, au même titre, l'action. Leur faculté d'inhibition est inexistante ou mal développée ; or elle est indispensable à toute forme de réaction limitée précise et par conséquent efficiente. Ces enfants deviennent des incapables ; l'expérience ne leur enseigne rien et dès lors ils deviennent eux-mêmes leurs pires ennemis.

Le problème théorique consiste à comprendre de quelle façon la privation de soins maternels engendre ces résultats. Deux voies y mènent : les découvertes de Goldfarb<sup>62</sup> concernant les déficiences de la pensée abstraite de ces patients et les observations cliniques concernant leur inaptitude à l'identification ou à l'introjection. Chacune de ces voies fournit quelques éléments d'explication, mais il faut attendre le jour où elles permettront d'édifier un corpus théorique homogène.

Les déficiences considérables et spécifiques de la faculté d'abstraction, observées par Goldfarb, dans chacun de ses cas, peuvent être invoquées pour expliquer la faillite du moi et du surmoi, puisque, comme il a déjà été indiqué, cette faculté est la condition essentielle de leur fonctionnement. Mais même ainsi, on ne peut pas voir pourquoi la privation maternelle contribuerait à léser la faculté d'abstraction. On peut fort bien supposer par exemple que non seulement cette faculté étaye le fonctionnement du moi, mais que son développement est en outre conditionnellement lié au développement harmonieux des fonctions du moi, lui-même. Ces hypothèses demandent à être creusées.

Peut-être est-il plus facile de comprendre pourquoi le moi ne se développe pas chez les enfants privés de leurs mères si l'on se rappelle que c'est la mère qui, pendant ses premières années, représente le moi et le surmoi de l'enfant. Les enfants d'institution, étudiés par Goldfarb et par Bender, n'avaient jamais reçu de soins maternels et n'avaient donc jamais eu la possibilité de mener à bien la première phase de leur développement — c'est-à-dire la création d'un lien affectif avec une image maternelle nettement identifiée. Ils avaient été soignés par une succession de substituts maternels dont chacun leur fournissait une certaine aide, certes, mais jamais ils n'avaient pu jouir de cette continuité affective, essentielle au fonctionnement du moi. On peut parfaitement concevoir que ces enfants, complètement frustrés, n'ayant pas été l'objet de soins permanents de la part d'une personne unique, n'aient jamais eu la possibilité de s'initier aux démarches de l'abstraction et à l'organisation de la conduite dans le temps et dans l'espace. Leurs graves infirmités psychiques illustrent en tout cas clairement le principe selon lequel les dommages précoces donnent lieu à des troubles généralisés de croissance.

D'autre part, les enfants qui ont eu la possibilité de pénétrer dans la sphère de l'abstraction et de l'organisation mentale n'ont pas, dans les institutions, autant d'occasion d'exercer ces pouvoirs. Dans leur famille,

les enfants sont, jusqu'à un certain point, encouragés à s'exprimer, tant par des rapports sociaux que par le jeu. Un enfant de 18 mois ou de 2 ans joue déjà un rôle dans sa famille. On sait que certaines choses lui plaisent, que d'autres lui déplaisent, et la famille apprend à respecter ses désirs. En outre, il commence à savoir obtenir de ses parents ou de ses frères et sœurs la satisfaction de ses désirs. Sur ce plan, il apprend à modifier son milieu social, à lui donner un aspect plus conforme à ses aspirations. Le même phénomène se retrouve dans ses jeux où, symboliquement, il se crée et se recrée des mondes nouveaux. Tels sont donc les champs d'expérience du moi et du surmoi. Dans une institution, la plus grande partie de ces possibilités sont perdues ; dans les cas les plus graves, elles sont totalement absentes. L'enfant n'est pas encouragé à développer sa personnalité par des activités individuelles qui gêneraient la collectivité ; il est plus commode qu'il se tienne tranquille et fasse ce qu'on lui dit. Et même, s'il fait effort pour modifier son milieu, il est voué à l'échec. Les enfants n'ont pas de jouets ; ils restent souvent assis sans bouger ou se balancent pendant des heures de suite. Et surtout manquent tous ces petits jeux intimes que la mère et l'enfant inventent pour s'amuser, et qui accompagnent le lever, la toilette, l'habillage, les repas, le bain et enfin le coucher. Dans de telles conditions, l'enfant n'a pas la possibilité d'apprendre à exercer des fonctions vitales aussi fondamentales que la marche et la parole.

Le cas de l'enfant qui, après avoir joui d'un solide lien affectif avec sa mère pendant un an ou deux, est ensuite soumis à la séparation peut être quelque peu différent. Il a traversé la première phase de son développement social, comportant la création d'un lien affectif ; le traumatisme s'attaque à la seconde phase au cours de laquelle, malgré le rapide développement du moi et du surmoi, l'enfant, conscient de certaines incapacités dans ce domaine, le traduit par un attachement tenace à sa mère, à laquelle il fait constamment appel. C'est seulement lorsqu'elle est avec lui ou à portée de main que son milieu et sa propre vie lui semblent faciles à diriger. S'il se trouve brusquement conduit loin d'elle, dans un hôpital ou dans une institution, il se trouve en présence de difficultés qui lui semblent insolubles. A la faveur de semblables traumatismes, l'enfant oublie généralement les progrès qu'il avait réalisés ; on observe souvent une régression à un stade de développement primitif, et ensuite, des difficultés beaucoup plus considérables pour réapprendre les démarches oubliées. Ce principe bien connu de la théorie de l'apprentissage peut expliquer la régression de ces enfants, leur fixation à des modes primitifs de pensée et de comportement, et leur apparente inaptitude à atteindre les stades de maturation supérieurs.

Selon un autre principe de la théorie de l'apprentissage, un sujet ne peut pas apprendre s'il n'éprouve pas de sympathie à l'égard du professeur, s'il n'est pas prêt à s'identifier à lui et à s'incorporer sa personnalité (ou une partie de sa personnalité). Cette attitude positive envers la mère manque chez l'enfant privé de soins maternels ou, si elle existe, elle est

mêlée d'un profond ressentiment. On peut discuter l'âge précis à partir duquel la carence maternelle peut engendrer une hostilité spécifique, mais elle peut être observée clairement au cours de la deuxième année. L'enfant qui, après une séparation de quelques semaines ou quelques mois, au cours de la deuxième, troisième ou quatrième année, ne reconnaît plus sa mère à son retour est un fait d'observation courante. Il s'agit probablement parfois d'une authentique non-reconnaissance s'expliquant par la régression des facultés d'abstraction et d'identification. Dans d'autres cas, nous nous trouvons manifestement en présence d'un refus de reconnaissance : au lieu de traiter leurs parents en étrangers, les enfants cherchent délibérément à les éviter. Les parents sont devenus des êtres détestés. Cette hostilité se traduit de façon variée : crises de colère et actes de violence, ou, chez les enfants plus âgés, expression verbale. Tous ceux qui se sont occupés de tels enfants connaissent l'agressivité de leurs fantasmes contre les parents qui, pensent-ils, les ont abandonnés. Cette attitude incompatible avec leur désir d'amour et de sécurité aboutit ainsi tout d'abord à des conflits aigus engendrant anxiété et dépression ; elle est d'autre part nettement défavorable à la future adaptation sociale de l'enfant. Loin d'idolâtrer leurs parents et de désirer leur ressembler, ces enfants, par une partie d'eux-mêmes, les haïssent et cherchent à éviter tout contact avec eux. Telle est la dynamique de la délinquance agressive, telle aussi parfois la dynamique du suicide : aboutissement du même conflit demeuré intérieur.

Dans d'autres cas, la rupture des liens que l'enfant avait péniblement créés est pour lui une immense source de souffrances, et il refuse désormais de donner son cœur à quiconque de peur de le voir à nouveau brisé. Et il ne pense pas seulement à lui ; il craint aussi de briser le cœur des nouveaux êtres qu'il pourrait aimer, en dirigeant son ressentiment contre eux. Les enfants plus âgés réalisent quelquefois cette situation et pourront alors dire au médecin : « Il vaut mieux que nous ne devenions pas trop intimes, car j'ai peur de me mettre à vous détester » (cité par Tibout<sup>143</sup>). Ces sentiments sont à l'origine des réactions d'isolement. Les réactions de fuite visent à éviter les nouvelles frustrations et à éviter, également, l'état de dépression intense qui envahit les êtres humains lorsqu'ils éprouvent de la haine à l'égard des êtres qu'ils chérissent et dont ils ont le plus profond besoin. La fuite semble donc la meilleure solution d'une alternative également douloureuse. Mais c'est hélas une impasse, puisqu'elle rend dès lors tout progrès impossible — le progrès de la vie sociale exige que l'individu choisisse l'autre solution : il doit apprendre à supporter ses sentiments ambivalents et à endurer l'anxiété et la dépression concomitantes. Mais l'expérience montre qu'après s'être une fois réfugié dans la relative indifférence de l'isolement, l'individu a beaucoup de peine à changer d'attitude et à affronter le tourbillon de sentiments et de peines que comporte toute tentative de vie sociale authentique. L'aptitude à

créer des liens affectifs chaleureux, la faculté d'identification avec les personnes aimées s'inhibent ; toute perspective de traitement fait l'objet de résistance. Le patient, tel un loup solitaire, poursuit ses fins, oublieux des autres. Néanmoins, en dépit du refoulement dont il fait l'objet, le besoin d'amour subsiste et il se traduit dans le comportement par la promiscuité sexuelle ou le vol. On note également des sentiments vindicatifs pouvant conduire à d'autres actes anti-sociaux, d'un caractère souvent très violent.

La privation de soins maternels, après trois ou quatre ans, c'est-à-dire pendant la troisième période du développement, n'exerce pas la même action destructive sur le développement du moi et du surmoi et sur la faculté d'abstraction. Elle contribue néanmoins à la formation de désirs excessifs d'affection et de tendances vindicatrices excessives donnant lieu à un état conflictuel aigu, une profonde insatisfaction et une attitude sociale très peu favorable.

Pendant la deuxième et la troisième phase de son développement, l'enfant possède un sentiment du temps encore très fruste qui, avec sa tendance à mal interpréter certaines situations, lui crée des difficultés supplémentaires. Les adultes ont beaucoup de peine à se rappeler que la notion de temps du petit enfant est peu développée. L'enfant de trois ans peut se souvenir d'événements ayant eu lieu quelques jours auparavant ; et il peut prévoir les événements un ou deux jours à l'avance. Des notions telles que la semaine passée ou le mois passé, la semaine prochaine ou le mois prochain lui sont incompréhensibles. Même pour un enfant de cinq ou six ans, les semaines sont immensément longues et les mois presque interminables. On doit rappeler cette notion de temps si limitée pour bien comprendre le désespoir du jeune enfant abandonné dans un milieu étranger. Si, pour la mère, il semble s'agir d'une période non seulement limitée, mais relativement brève, pour lui, cette séparation est une éternité. L'impossibilité de se représenter le moment de sa délivrance, jointe au sentiment de son impuissance, explique l'intensité de l'anxiété et du désespoir de l'enfant. La meilleure façon pour un adulte de se représenter ces sentiments consisterait peut-être à imaginer ce qu'il éprouverait s'il était condamné à la prison pour une durée indéterminée.

Cette comparaison est d'autant plus valable que beaucoup d'enfants s'imaginent que la séparation d'avec le milieu familial leur a été infligée comme punition. Tous les cliniciens ont rencontré des enfants qui croyaient avoir été chassés de leurs foyers pour les punir de leur méchanceté : ce contresens demeure souvent inexprimé, ce qui le rend d'autant plus terrifiant et désespérant pour les enfants. Dans d'autres cas, les enfants se croient responsables de la dissociation du foyer. L'étonnement ou l'incompréhension des événements empêchent fréquemment l'enfant de s'adapter et de réagir positivement au nouveau milieu dans lequel il est transplanté et à l'affection des nouvelles personnes qui s'occupent de lui. L'enfant qui

a été soumis à une carence totale de soins maternels dans sa première enfance, ou qui, pour toute autre raison, ne parvient pas à créer des liens affectifs, ne présentera naturellement pas les mêmes symptômes et opposera au contraire à chaque changement l'aimable indifférence, signalée déjà dans le cas de Levy cité plus haut. Mais pour l'enfant qui a déjà établi des liens affectifs, il n'est pas si facile de changer d'attachements. En fait, la plupart des problèmes résultant de la transplantation d'un enfant plus âgé dans un foyer adoptif sont dus à la méconnaissance de l'attachement profond voué par l'enfant à ses parents, même s'ils se sont montrés très mauvais parents et ne lui ont témoigné que peu d'affection. Les difficultés de l'enfant doivent être élucidées, ses attachements préalables respectés, sinon l'enfant demeurera fixé à un passé médiocre, cherchant perpétuellement à retrouver sa mère et refusant de s'adapter à sa nouvelle situation pour en tirer le meilleur parti. Il en résultera un caractère mécontent, agité, incapable d'être lui-même heureux ni de rendre les autres heureux.

Dans ses grandes lignes, le schéma théorique des phases de développement du moi, de la faculté de créer des liens affectifs, et des périodes du cycle vital qui doivent y correspondre, semble donc corroboré par les données cliniques. L'éclaircissement de ces problèmes va nécessiter une subdivision des trois phases principales en de nombreuses subdivisions et il faudra apprendre à déterminer les forces psychiques mises en jeu, dans chacun de ces cas, par la carence maternelle.

Cette brève esquisse ne cherche pas à pénétrer dans les détails ni à comparer ou discuter les opinions des nombreux psychanalystes et psychologues qui ont contribué à élucider ces problèmes. Le lecteur familiarisé avec la littérature psychiatrique saura apprécier la dette de l'auteur à leur égard.

---

## CHAPITRE 6

### RECHERCHES RELATIVES AUX CONSÉQUENCES DE LA CARENCE DE SOINS MATERNELS

Il est maintenant clairement démontré que les soins maternels donnés aux nourrissons, puis dans la première enfance, jouent un rôle essentiel dans le développement harmonieux de la santé mentale. La portée de cette découverte est comparable à celle du rôle des vitamines dans la santé physique : elle est d'une importance considérable en ce qui concerne les programmes d'hygiène mentale préventive. Ces faits nouveaux devront être le fondement de certaines mesures sociales de grande portée pour l'avenir. Ces mesures sociales ne pourront cependant être efficaces que si l'on arrive progressivement à différencier les facteurs essentiels de ceux qui ne le sont pas.

La poursuite de recherches dans ce domaine s'impose pour guider les mesures préventives immédiates ; elle promet également d'éclairer certains problèmes fondamentaux du développement de la personnalité, et dont la compréhension intéresse toutes les sciences sociales. Le développement de la personnalité résulte d'une interaction entre l'organisme en voie de croissance et les autres êtres humains qui l'entourent. Dans une certaine mesure, l'organisme assimile des traits du milieu social dans lequel il vit et tend ainsi progressivement à se rapprocher de ses normes culturelles ; pourtant, il réalise toujours une synthèse originale des matériaux sociaux qui ont contribué à sa formation. Les modalités de ce processus d'assimilation psychique n'ont pas encore été élucidées. L'épreuve de la carence maternelle pendant la première ou la seconde enfance contribue à le perturber considérablement ; or, c'est précisément l'étude de troubles fonctionnels caractérisés qui, souvent, a révélé le plus clairement la nature des fonctions en cause. Il est fort possible que l'étude de ces graves perturbations jette une nouvelle lumière sur ce processus fondamental du développement de la personnalité.

Que les nouvelles recherches dans ce domaine soient entreprises dans un esprit de prévention pratique ou d'approfondissement théorique, le fait général des répercussions néfastes de la carence maternelle devrait dorénavant être considéré comme un point acquis et ne plus faire l'objet de démonstrations inutiles. L'attention des chercheurs devrait bien plutôt être stimulée et orientée vers l'étude de certains processus de base et la détermination précise du rôle respectif des diverses variables en jeu. Certains de ces facteurs sont connus : âge, développement affectif de l'en-

fant, durée et acuité de la carence maternelle, liens affectifs avec un personnage maternel avant et après la privation. Mais pourtant, nous en ignorons sans aucun doute certains autres. Quelques problèmes sont à éclaircir, tout d'abord parmi les questions d'un intérêt pratique immédiat : détermination quantitative de la marge de sécurité *a)* pendant laquelle la privation de soins maternels en cas d'absolue nécessité peut être autorisée et *b)* laissant la possibilité de réparer les dommages déjà causés. Sur le plan théorique, comme le chapitre précédent l'a montré, nous sommes encore loin d'avoir éclairci les principes directeurs du métabolisme psychique qui, seuls, permettraient d'en comprendre le fonctionnement. Il nous est néanmoins possible de construire des hypothèses de travail suffisamment élaborées pour être clairement formulées et être ainsi soumises à l'expérimentation. Toute recherche systématique se fonde nécessairement sur des hypothèses précises.

Indépendamment des problèmes théoriques, on se heurte à de grosses difficultés d'exécution. En premier lieu, il n'est pas possible de soumettre délibérément des enfants à un régime de carence maternelle, à différents âges et au cours de périodes variées. L'investigateur est, en grande partie, tributaire d'« expériences fortuites » à la faveur desquelles il découvre et étudie des groupes d'enfants qui, pour une raison ou une autre, sont soumis ou ont été soumis à cette épreuve. Théoriquement, pour isoler les répercussions propres à la carence maternelle, tous les autres facteurs susceptibles d'une action perturbatrice sur le plan affectif devraient être éliminés. Ainsi, le groupe d'étude idéal se composerait d'enfants sains, issus de familles satisfaisantes, et ayant pendant toute la durée de leur cohabitation entretenu avec leur mère des liens affectifs harmonieux. D'autre part, la séparation ne devrait pas être provoquée par des motifs en eux-mêmes traumatisants ; enfin, les conditions auxquelles l'enfant serait soumis pendant sa durée devraient être soigneusement déterminées. Dans la pratique, ces conditions idéales ne se présentent guère. Les enfants privés de soins maternels sont souvent malades et un grand nombre d'entre eux sont issus de parents instables ou déficients. Tant qu'elles se maintiennent, les relations familiales laissent beaucoup à désirer et, communément, le foyer se dissocie sous l'empire de facteurs tels que dénuement, négligence ou mort. Beaucoup de ces enfants sont illégitimes et n'étaient pas désirés par leurs parents. Les conditions psychologiques des institutions ou des foyers nourriciers ne peuvent être aisément conformées aux désirs de l'expérimentateur.

Les enfants sont parfois difficiles à approcher. Toute étude détaillée du jeune enfant dans sa famille et du lien affectif qui l'unit à sa mère implique un degré d'intimité auquel l'observateur professionnel ne se hausse pas aisément. Même lorsque les enfants sont en institution, la susceptibilité de ceux qui en ont la charge peut parfois freiner l'observation objective. Enfin, des parents que le comportement actuel de leurs enfants inquiète

et dont ils se sentent responsables risquent de mal tolérer des enquêtes trop approfondies.

Ces difficultés ne peuvent pas être tournées facilement. Pourtant, les enfants des groupes d'étude peuvent faire l'objet d'une sélection plus attentive que par le passé. Etant donné la théorie actuelle des petits groupes d'étude, on doit définitivement reléguer dans le passé l'utilisation des grands groupes hétérogènes qui offrent trop de lacunes. Aucune analyse statistique ne peut remédier à des données insuffisantes ou incorrectes. Les petits groupes homogènes et soigneusement assortis du type étudié par Goldfarb ont beaucoup plus de chance de répondre sans ambiguïté aux questions. Chaque cas peut alors être choisi parmi les enfants carencés dont on dispose, et choisi de façon à répondre, dans une certaine mesure, à certains critères définis. Il sera possible, par exemple, d'éviter les enfants ayant une mauvaise hérédité ou ceux qui ont déjà souffert dans leurs foyers. Il sera également possible de maintenir constant l'âge auquel l'enfant a subi l'épreuve de privation maternelle pour la première fois : on risque seulement d'attendre un certain temps avant de trouver le nombre de cas suffisants correspondant à ces critères, pour chaque groupe d'âge. Il sera plus difficile de régler les expériences de l'enfant placé en institution ; on peut néanmoins faire une discrimination approximative entre les institutions où l'on cherche à entourer les enfants de soins maternels judicieux et celles qui n'ont pas ce souci. Parmi les autres variables d'un contrôle difficile, il faut noter la durée du séjour de l'enfant en institution et son évolution après la sortie de l'institution. Seules des enquêtes précises portant sur ces cas très nombreux et soigneusement sélectionnés pourront permettre de déterminer les influences respectives de toutes les variables précitées.

Avoir accès auprès d'un sujet pour obtenir des données valables est un problème commun à toutes les études psychologiques consacrées aux êtres humains lorsqu'elles ne se contentent pas de descriptions superficielles, mais au contraire, cherchent à comprendre les motivations : les individus cachent généralement un grand nombre de leurs sentiments et particulièrement ceux qui sont pour eux source d'anxiété ou de culpabilité. La seule clé permettant l'accès de ces régions secrètes s'est jusqu'à ce jour révélée être la méthode thérapeutique où l'enquêteur se tient à la disposition de ses sujets, s'ils désirent son aide. Naturellement, beaucoup de sujets ne réagiront pas ; mais dans d'autres cas, se rendant compte que l'enquêteur se dispose à les aider en même temps qu'à les étudier, ils contribueront à faciliter cette double tâche.

Les problèmes respectifs de la sélection et de l'accès aux sujets ne se posent heureusement plus dans l'expérimentation animale. Liddell poursuit actuellement ses travaux sur des chèvres ; mais des chiens constitueraient peut-être un terrain d'observation plus fructueux, car nous possédons déjà une importante documentation pratique relative à leur

développement social. Ainsi, il est bien connu qu'un chien de chasse doit être dressé par un seul maître, qui doit le nourrir lui-même, et que le changement de maître entraîne des difficultés considérables. Sur la base des connaissances actuellement disponibles, il serait relativement aisé d'élaborer une série d'expériences ; peut-être en tirerait-on des vues nouvelles susceptibles alors d'être vérifiées sur des êtres humains.

Toute équipe de chercheurs étudiant ces problèmes, que ce soit sur des animaux ou sur des hommes, et si possible sur les deux, doit pouvoir manier plusieurs techniques différentes d'observation, car chaque technique quelle qu'en soit la valeur a ses limitations. Ce n'est qu'en complétant réciproquement les données obtenues par les diverses techniques que nous pourrions obtenir toutes les informations nécessaires. Il est particulièrement important de combiner les méthodes expérimentale, psychométrique et clinique, car chacune d'entre elles fournit des données indispensables que ne donnent pas les autres. Dans le passé, on a pu constater de la part du psychologue expérimental une fâcheuse tendance à mépriser le manque de précision du clinicien et, de la part du clinicien, à reprocher avec un égal mépris, au psychologue expérimental, son manque de compréhension humaine. Chacun maintenait énergiquement l'exclusive valeur scientifique de sa propre méthode. Ces prétentions sont absurdes : chaque méthode est indispensable. C'est généralement le clinicien qui a les premières intuitions, qui définit le problème et formule les premières hypothèses. Par l'étude détaillée et minutieuse des sentiments et des motivations de ses patients, par l'étude de leurs répercussions complexes sur le plan intellectuel et affectif, le clinicien fournit, sur les relations dynamiques entre le psychisme et l'entourage, des indications qui ne peuvent être obtenues d'une autre manière. Ce premier schéma, malgré ses erreurs de détail, donne un aperçu général de grande valeur sur les nouveaux domaines. Ce n'est pas par hasard que les psychanalystes, en collaboration étroite avec les cliniciens, ont joué un rôle essentiel dans l'élucidation des conséquences néfastes de la carence maternelle. Cependant, le clinicien est rarement en mesure, soit sur le plan pratique, soit sur celui de la compétence scientifique, de vérifier les hypothèses qu'il a énoncées ; l'étape suivante devra s'accomplir dans des conditions plus précises et sous la direction de chercheurs ayant une formation différente. L'étude expérimentale et psychométrique systématique d'un nombre suffisant de sujets pour que l'étude ait une valeur statistique permet d'apprécier la validité des hypothèses primitives avec une précision à laquelle n'atteindra jamais aucune recherche clinique, si importante soit-elle. Ces travaux systématiques fourniront, à leur tour, de nouvelles hypothèses, dont certaines auront intérêt à être étudiées en clinique, avant de faire l'objet de nouvelles vérifications systématiques. La combinaison de ces deux techniques clinique et expérimentale qui se complètent et se font mutuellement progresser est la clé de tout progrès futur. Mais pour cela, chaque type de chercheur doit apprendre

à reconnaître la valeur de la technique de l'autre et les limitations de la sienne. Les recherches expérimentales seront préparées et exécutées en faisant appel à tous les éléments intuitifs susceptibles d'être fournis par le clinicien. A son tour, le clinicien choisira, après sélection par l'expert statisticien, les cas destinés à faire mieux comprendre les problèmes à étudier ; il s'attachera également à l'enregistrement précis et à la critique des données recueillies, ce qui n'a pas été jusqu'alors son point fort. C'est seulement par un labeur commun et grâce à un travail d'équipe que le psychologue expérimental, le statisticien, le psychanalyste, le psychotechnicien et autres spécialistes apprendront à se respecter mutuellement et à tirer le meilleur parti possible des compétences disponibles.

Il y a tout lieu d'inclure des techniques de mesures physiologiques parmi l'ensemble des techniques psychologiques. On a déjà parlé de la valeur probable du test Wetzal Grid. Les études électroencéphalographiques peuvent également présenter un grand intérêt. On sait, par exemple, qu'il y a une certaine similitude entre les électroencéphalogrammes (anormaux) d'adolescents psychopathes agressifs et ceux d'enfants normaux âgés de trois à cinq ans. On impute généralement ces rythmes cérébraux anormaux à des facteurs physiques tels que déficience congénitale ou traumatisme de naissance ; aucun fait ne vient néanmoins à l'appui de cette affirmation ; peut-être prouvera-t-on que ces rythmes ont une origine psychogène et représentent une fixation à un niveau primitif du fonctionnement cérébral. Si de nouvelles recherches venaient confirmer cette hypothèse, un pont important serait ainsi jeté entre la psychopathologie et la neuro-physiologie.

Certes, il y a là dans l'embryologie de la personnalité un champ fécond et mûr pour la recherche : son exploitation totale devra avoir été réalisée avant que des méthodes de prévention toujours plus efficaces ne privent l'expérimentateur de son matériel clinique. La croissance de l'individu se fait par différenciations successives et passe « de réactions diffuses et non localisées à des modes de réactions centrés sur un objectif déterminé, limité, précis et par conséquent efficaces » (Goldfarb<sup>62</sup>). Le savant procède de la même façon dans ses recherches, qu'elles visent une connaissance plus claire ou une action mieux adaptée : il part de la perception de certaines relations générales et rudimentaires pour aboutir à une appréciation toujours plus fine de la nature des forces en jeu et de leur interaction. Dans le domaine de la santé mentale et de ses relations avec les soins parentaux, les investigateurs en sont encore au stade des rapports rudimentaires. C'est aux chercheurs du prochain demi-siècle qu'il appartient d'affiner les perceptions, d'élucider les problèmes complexes et de donner le pouvoir de prévenir les troubles mentaux.

---

## **Partie II**

### **PRÉVENTION DE LA CARENCE DE SOINS MATERNELS**



## CHAPITRE 7

### LA RAISON D'ÊTRE DE LA FAMILLE

S'il est prouvé que la carence maternelle au cours des premières années a un effet néfaste sur le développement de la personnalité, il faut intervenir. Par quels moyens éviter cette carence, et permettre un développement mental normal ?

Ce que l'on croit être fondamental pour la santé mentale a été exposé au début du premier chapitre : le nourrisson et le jeune enfant doivent être élevés dans une ambiance chaleureuse, et être unis à leur mère (ou à la personne qui la remplace) par un lien affectif intime et constant, source pour tous deux de satisfaction et de joie. L'enfant a besoin de sentir qu'il est objet de plaisir et de fierté pour sa mère, et celle-ci a besoin de sentir un enrichissement de sa personnalité à travers celle de son enfant ; l'un et l'autre ont besoin de se sentir intimement identifiés. Le rôle de mère ne peut en aucune façon être tenu par procuration. Il y a là des rapports humains et vivants qui modifient le caractère de la mère comme celui de l'enfant. Un régime approprié demande plus que des calories et des vitamines : la nourriture, pour être pleinement profitable, doit être prise avec plaisir. De même, le rôle de la mère ne saurait être chiffré en heures de présence : la seule mesure valable est la joie que la mère et l'enfant ressentent à être ensemble.

Seule la continuité de cette présence mutuelle permet la joie et l'identification des sentiments. On a déjà beaucoup insisté sur la nécessité de la continuité pour que la personnalité de l'enfant s'épanouisse. Il faut aussi se souvenir qu'il en est de même pour la mère. Autant le bébé a besoin de sentir qu'il appartient à sa mère, autant la mère a besoin de sentir qu'elle appartient à son enfant, et c'est seulement parce qu'elle a le plaisir de cette constatation qu'il lui est facile de se consacrer à lui. Seule une femme qui voit son enfant grandir, franchir les multiples étapes de l'enfance, devenir un être indépendant, et qui sait que ce sont ses efforts qui ont rendu ce développement possible, est capable de consacrer à son enfant tout son temps nuit et jour, sept jours par semaine et 365 jours par an.

Voilà pourquoi l'amour maternel dont un enfant a besoin se trouve si facilement dans le sein d'une famille, si difficilement en dehors d'elle. Les services que pères et mères rendent à leurs enfants semblent si naturels que leur énorme importance est oubliée. Il n'est pas d'autres rapports humains où des êtres se placent sous la dépendance d'autres êtres de façon aussi inconditionnelle et aussi continue. Cela est vrai même pour de mau-

vais parents, fait qu'oublie trop volontiers leurs détracteurs, et surtout s'ils n'ont jamais eu eux-mêmes à s'occuper d'enfants à eux. N'oublions jamais que même les mauvais parents, qui négligent leurs enfants, font cependant beaucoup pour eux. Sauf dans les cas les plus graves, une mère donne à son enfant la subsistance et un abri, le réconforte dans la détresse, développe sa dextérité, et surtout lui fournit cette sollicitude permanente qui donnera à l'enfant le sentiment de sécurité. Il peut être mal nourri et mal logé, il peut être sale et malade, maltraité, mais à moins que ses parents ne le rejettent complètement, il trouve sa sécurité dans la certitude qu'il existe *une personne* pour qui il représente une valeur et que celle-ci luttera, même insuffisamment, pour sa subsistance, jusqu'au moment où il sera assez grand pour se tirer d'affaire tout seul.

C'est dans cette perspective qu'il est possible de comprendre pourquoi un enfant se développe mieux dans un mauvais foyer que dans une bonne institution ; et pourquoi un enfant qui a de mauvais parents leur est, contre toute raison, semble-t-il, si attaché. Les personnes qui s'occupent d'institutions ont parfois du mal à admettre que des enfants sont mieux, même dans de très mauvaises familles : c'est pourtant la conclusion à laquelle sont arrivées les assistantes sociales les plus expérimentées, conclusion que confirment les faits apportés par Simonsen et par Theis déjà cités. Simonsen,<sup>130</sup> on s'en souvient, a comparé un groupe d'enfants âgés de un à quatre ans qui avaient vécu dans des institutions avec un groupe d'enfants qui avaient vécu dans leur famille, souvent très médiocre, passant leurs journées dans des garderies pendant que leur mère travaillait. La différence du QD était de 9 en faveur des enfants vivant dans leur famille et passant leurs journées dans les garderies. Au cours d'études suivies, Theis<sup>141</sup> a comparé l'adaptation sociale à l'âge adulte de sujets qui avaient passé cinq années de leur enfance, ou davantage, dans des institutions, à celle d'autres sujets ayant passé les mêmes années dans leur foyer — dont 80 % étaient de mauvais foyers. Les résultats donnés dans le tableau VIII (voir page 46) sont nettement en faveur des mauvaises familles : les sujets devenus des inadaptés sociaux sont environ deux fois moins nombreux (18 %) que dans le groupe des sujets provenant d'institutions (34,5 %).

Qu'un tiers de tous ceux qui ont passé cinq années, ou davantage, dans des institutions deviennent des inadaptés sociaux dans leur vie adulte est déjà un fait alarmant, mais ceci est d'autant plus grave si l'on reconnaît qu'une des premières fonctions sociales des adultes est d'être parents. Car il est raisonnable de penser que de ce groupe de 34 % des enfants élevés dans des institutions, dont parle Theis, qui sont devenus à l'âge adulte des inadaptés sociaux, tous ont été des parents incompétents ou insuffisants ; et l'on peut présumer qu'une partie au moins de ceux qui n'étaient pas complètement inadaptés laissaient à désirer comme parents. Pourtant, tout insuffisants qu'ils aient pu être, il est peu probable qu'ils n'aient pas eu d'enfants. Au contraire, beaucoup ont dû avoir des enfants, et beau-

coup de ces enfants ont dû être négligés et frustrés. Ainsi, on peut voir comment de tels enfants sont devenus des adultes incapables de s'occuper correctement de leurs enfants, et comment de tels adultes sont le plus souvent ceux qui ont souffert durant leur enfance de carence parentale. Ce cercle vicieux est l'aspect le plus sérieux du problème et on y reviendra constamment.

Naturellement, la démonstration apportée par les travaux de Theis et de Simonsen — (de mauvais foyers sont souvent préférables à de bonnes institutions) — est loin d'être définitive, et, dans chaque cas, tout dépend du degré d'insuffisance de la famille et de la qualité de l'institution. Cependant, ces travaux ont l'intérêt de nous rappeler qu'il peut exister quelque chose de pire qu'un mauvais foyer : pas de famille du tout. Comme Spence<sup>133</sup> l'a montré dans son admirable conférence, dont on a emprunté le titre pour ce chapitre, l'une des principales raisons d'être de la famille, est de conserver « l'art d'être parents ». Si cet art n'était pas sauvegardé, on verrait disparaître une fonction aussi nécessaire à la préservation de la société que la production d'aliments. Et pourtant, les mérites des différentes méthodes d'éducation sont rarement jugés suivant le comportement parental ultérieur des enfants ainsi éduqués ; en particulier, ce critère ne semble jamais avoir été utilisé pour la mesure du succès ou de l'insuccès des méthodes employées actuellement pour l'éducation des enfants privés d'une vie familiale normale.

L'attachement des enfants envers des parents qui, suivant tous les critères habituels, sont très mauvais, est une source d'étonnement sans fin pour tous ceux qui cherchent à les aider. Même quand ils vivent avec des parents nourriciers affectueux, ces enfants sentent que leurs racines sont dans les foyers où ils ont peut-être été négligés et maltraités ; ils souffrent vivement des critiques formulées à l'égard de leurs parents. Les efforts faits pour « préserver » l'enfant de son mauvais entourage et pour lui fournir de nouvelles normes sont le plus souvent sans effet : c'est à ses propres parents que, pour le meilleur et pour le pire, il accorde une valeur, et il s'identifie. (C'est un fait d'importance majeure lorsque l'on cherche à aider des enfants vivant dans des conditions familiales intolérables). Ces sentiments n'ont rien d'étonnant si l'on se souvient que, malgré de multiples négligences, l'un ou l'autre des parents a presque toujours, et en d'innombrables occasions, été bon pour lui depuis le jour de sa naissance ; et quelque critique qu'un observateur étranger ait à formuler contre les parents, l'enfant, lui, éprouve une grande reconnaissance envers eux. En tout cas, ses parents se sont occupés de lui d'une certaine façon toute sa vie et il n'a pas de raisons d'accorder sa confiance à une nouvelle personne avant que celle-ci ne s'en soit montrée également digne ou davantage. Malheureusement cette méfiance est le plus souvent justifiée. Une fois sorti de sa propre famille, l'enfant aura beaucoup de chance s'il trouve quelqu'un qui veuille s'occuper de lui jusqu'à ce qu'il soit devenu grand.

Les organismes sérieux qui s'occupent de placer les enfants dans des foyers nourriciers se trouvent devant la nécessité désastreuse de trop fréquents changements ; de même, dans de bonnes institutions, le renouvellement incessant du personnel pose un problème constant. Cependant, quel que soit le dévouement des parents nourriciers, ou de la directrice d'un home d'enfants, ils n'ont pas ce même sentiment d'obligation absolue envers l'enfant qui anime tous les parents, sauf les pires. Lorsque d'autres intérêts et charges interviennent, l'enfant mis en nourrice passe au second plan. Celui-ci a donc raison de se méfier d'eux ; pour lui, personne ne vaut ses vrais parents.

C'est à cette conclusion qu'est arrivé le Ministry of Health de Grande-Bretagne <sup>76</sup> d'après l'expérience de l'évacuation des enfants des zones dangereuses, au cours de la Deuxième Guerre mondiale :

« L'un des points que tous les résultats du plan d'évacuation ont mis en lumière est l'importance de la famille pour le développement de l'enfant, et l'impossibilité de remplacer les soins de ses propres parents par un substitut parfaitement adéquat. Ceci a conduit les milieux intéressés à une conscience accrue de l'importance à accorder à l'amélioration des conditions de vie familiale, afin de conserver le milieu familial, et non de retirer les enfants des foyers non satisfaisants. »

Il y a vingt ans déjà, quatre distingués psychiatres et assistantes sociales américaines avaient attiré l'attention sur le fait qu'il est très grave d'arracher un enfant à sa propre famille : <sup>77</sup>

« La décision qui, pour une raison quelconque, sépare un enfant de sa famille est très sérieuse. Elle met en mouvement des événements qui, à un degré variable, affecteront la totalité de son avenir. Que cette séparation soit due à la maladie, à la négligence, à la désertion du foyer, à l'incompétence ou à la mort des parents, ou encore au comportement familial ou extra-familial de l'enfant, on ne doit pas le placer sous le contrôle d'étrangers sans y avoir mûrement réfléchi . . . Trop souvent, des enfants sont enlevés à leur famille après un examen insuffisant, voire inexistant, des raisons profondes de la situation. Beaucoup d'organismes abordent ce problème avec des idées préconçues et ne s'intéressent à tort qu'aux conditions qui pourraient justifier la séparation, au lieu de l'aborder avec l'intention de se rendre compte si le foyer peut être rendu convenable pour l'enfant. »

Il est nécessaire de remarquer que, bien qu'il ait été écrit il y a vingt ans, cet avertissement est toujours d'actualité. Il est encore fréquent, dans les collectivités occidentales, de croire que retirer l'enfant de sa famille est la solution de bien des problèmes familiaux, sans que l'on prenne conscience de la gravité de la mesure, et sans que l'on ait fait le moindre plan pour l'avenir. On oublie trop facilement, en retirant un enfant de cinq ans à sa famille, quelle responsabilité l'on prend pour sa santé et son bonheur des dix ans à venir, et que l'on risque pour lui, l'infirmité caractérielle définitive.

Tout ceci conduit à cette conclusion banale que la vie familiale est d'une importance capitale, et que « rien ne remplace le foyer ». Mais aussi banale soit-elle, cette vérité est souvent tournée en dérision ; et, à en juger par la pauvreté et la confusion de la littérature sur ce point, on

a porté peu d'attention aux conditions qui règlent la réussite ou l'échec de la famille. Le meilleur moyen d'éviter la carence maternelle pour un enfant consiste à lui assurer ce dont il a besoin au sein même de sa famille ; il faut envisager cette question en détail. Ce faisant, on s'éloignera de la tradition établie par les précédents rapports sur l'enfance déshéritée ; ces rapports accordaient peu d'attention aux méthodes permettant d'améliorer les conditions familiales, et par conséquent, de maintenir les familles unies ; bien au contraire, ils envisageaient avec trop de précipitation comment on pourrait s'occuper des enfants hors du foyer. Sur ce sujet, de nombreux volumes et articles semblent admettre que des enfants sans foyer sont une caractéristique inévitable de la vie en société ; la plupart de ces ouvrages se contentent de discuter de l'entretien des enfants sans mentionner les raisons pour lesquelles il a fallu les prendre en charge. On doit, bien entendu, reconnaître qu'il est des circonstances où des enfants doivent être élevés hors de leur famille ; mais ceci ne doit être qu'un pis aller, acceptable seulement lorsqu'il est absolument impossible de rendre le foyer convenable pour l'enfant.

S'il se met à chercher pourquoi la vie de famille ne réussit pas ou semble ne pas réussir à procurer à l'enfant ce dont il a besoin, l'investigateur se trouvera dans un domaine pratiquement inexploré et son étude exigera une équipe dont le cadre dépasse la psychiatrie. Cependant, on verra qu'une formation psychiatrique est indispensable à qui veut comprendre les problèmes découverts ; et on sera tenté de conclure que c'est principalement pour n'avoir pas mis en œuvre une compréhension psychiatrique que l'on a atteint des résultats si médiocres jusqu'à présent.

On peut distinguer trois circonstances intriquées dans lesquelles un enfant souffre de carence maternelle :

a) carence partielle : il vit avec une mère ou une personne tenant lieu définitivement de mère, y compris une parente, dont l'attitude envers lui n'est pas favorable ;

b) carence totale : il perd sa mère ou la personne qui la remplace auprès de lui, du fait de décès, maladie, désertion, et n'a pas de parents proches pour s'occuper de lui ;

c) carence totale : il est séparé de sa mère ou de la personne en tenant lieu par un organisme médical ou social.

Bien entendu, les cas traités sous a) sont très nombreux, et de gravité variable, depuis l'enfant que sa mère laisse crier pendant des heures, parce que les livres sur l'éducation des bébés le lui conseillent, jusqu'à l'enfant que sa mère rejette complètement. Les formes de carence partielle, dues parfois à l'ignorance, mais plus souvent à une hostilité inconsciente de la mère, qu'elle tire des expériences de sa propre enfance, fourniraient facilement le sujet d'un autre rapport. Bien des assistantes sociales spécialisées pensent que de tels cas constituent une large proportion de

tous ceux qu'elles ont à traiter, et que d'aider la mère à prendre conscience de ses véritables sentiments à l'égard de son enfant constitue une partie essentielle du traitement ; autrement dit, que le traitement des parents est une partie essentielle du problème de la guidance infantile. Toutefois, ce rapport a pour objet d'envisager les formes majeures de carence parentale, et c'est à la prophylaxie de celle-ci que l'on s'attachera. La famille est responsable de la majorité d'entre elles et c'est pour cette raison que l'étude s'attachera surtout aux cas où l'enfant n'a jamais eu de famille, où sa famille s'est dissociée, où des institutions sociales l'ont retiré de sa famille parce qu'on avait jugé qu'il y avait échec. Cependant, outre ceux-ci, il existe nombre de cas où, du fait d'une inadaptation ou d'une maladie, des enfants sont séparés de leur famille par ordre du médecin ou du tribunal, et ainsi privés de soins maternels ; ces cas existent en nombre suffisant pour qu'il soit nécessaire de les envisager séparément, bien qu'il ne soit pas rare que ces conditions elles-mêmes dérivent de la faillite familiale.

## CHAPITRE 8

### CAUSES DE LA FAILLITE FAMILIALE DANS LES COLLECTIVITÉS OCCIDENTALES, AVEC MENTION SPÉCIALE DES FACTEURS PSYCHIATRIQUES

On a vu l'insuffisance des tentatives pour définir une «vie familiale normale» en terme de structure familiale. Non seulement a-t-il été admis par le Rapport Curtis<sup>72</sup> et par l'étude faite par la Société des Nations<sup>132</sup> qu'un enfant peut avoir une vie familiale normale tout en vivant avec des parents proches qui ne sont pas son père ou sa mère, mais il est évident qu'un enfant peut vivre avec ces derniers sans pour cela mener une vie familiale normale. Il est évident dès lors que la définition doit être exprimée en termes *fonctionnels*.

Incapable de mener une vie indépendante, le jeune enfant a besoin d'une institution sociale particulière qui l'aide pendant sa phase d'immaturation. Cette institution sociale doit l'aider de deux manières principales : d'abord, en satisfaisant ses besoins physiologiques immédiats, tels que nourriture, chaleur, abri, protection contre le danger ; ensuite, en fournissant un milieu dans lequel l'enfant puisse développer pleinement ses possibilités physiques, mentales et sociales, de façon que, une fois adulte, il puisse faire face efficacement à son entourage physique et social. On sait que cela demande une atmosphère d'affection et de sécurité.

La personne à qui incombent traditionnellement ces fonctions indispensables varie suivant les collectivités. Dans la plupart, le vrai père et la vraie mère jouent un rôle prépondérant, bien que cela ne soit pas toujours le cas. La tradition varie spécialement dans la mesure où il existe des personnes pouvant se substituer aux parents, et à qui l'on puisse facilement faire appel. Dans de nombreuses collectivités peu développées, les gens vivent dans de grands groupes familiaux, comprenant trois ou quatre générations. Des parents proches et connus — grand-mères, tantes, sœurs aînées — sont toujours, ainsi, à même de remplir, en cas d'urgence, le rôle de mère. Le secours économique, en outre, est immédiatement assuré si le soutien de famille ne peut plus subvenir aux charges de la famille. Un groupe familial important vivant en commun constitue un système de sécurité sociale de grande valeur. Même dans les collectivités occidentales, il existe de nombreuses petites zones rurales dans lesquelles des groupes de villages, étroitement unis, dont les habitants se marient souvent entre eux, fournissent un tel service social pour leurs membres. C'est

probablement seulement dans les collectivités où le grand groupe familial a disparu que le problème des enfants carencés devient grave. Cet état caractérise de nombreuses collectivités industrielles occidentales, dans lesquelles jeunes gens et jeunes filles ont l'habitude de s'établir loin de leur lieu de naissance, et de changer fréquemment de lieux d'habitation au cours de leur vie conjugale. De telles migrations ont pour résultat que bien des familles ont des liens si lâches avec leur groupe social d'origine, que des collectivités entières ont perdu la tradition d'aider un voisin dans la gêne. Cette fragmentation sociale, dont ont parlé Mumford<sup>105</sup> et d'autres auteurs, a pour résultat que les soins à donner aux enfants constituent une responsabilité beaucoup plus lourde pour le père et la mère que dans les collectivités plus primitives et plus unies. Non seulement une collectivité ainsi fragmentée ne fournit pas de substituts parentaux, en cas d'incapacité temporaire ou définitive du père ou de la mère, mais encore, en plaçant ce lourd fardeau sur les parents, elle risque de désunir une famille qui, en des circonstances plus favorables, aurait pu demeurer unie.

De nos jours, dans les collectivités occidentales, la vie familiale normale est traditionnellement assurée par le père et la mère de l'enfant, ce que l'on décrit commodément comme le « groupe familial naturel » de l'enfant. Malgré la fragmentation sociale, la tradition demeure (bien que moins forte qu'avant). Si ce groupe vient à faire défaut, pour une raison quelconque, les proches parents assument la responsabilité de l'enfant. Donc, dans toute analyse des causes de carence, on doit envisager non seulement pourquoi le groupe familial a fait défaut, mais aussi pourquoi les parents proches n'ont pas réussi dans leur rôle de substituts.

#### **Causes de l'inaptitude du groupe familial naturel à s'occuper de l'enfant**

On peut les classer, pour plus de commodité, en trois catégories, suivant l'état du groupe familial naturel :

- 1) Le groupe familial naturel n'a jamais été constitué :  
Illégitimité
- 2) Le groupe familial naturel existe, mais est inefficace :  
Pauvreté consécutive au chômage du soutien de famille  
Maladie ou incapacité chronique d'un des parents  
Parent instable ou psychopathe
- 3) Le groupe familial naturel est dissocié, et par conséquent inexistant :  
Calamité sociale — guerre ou famine  
Mort d'un des parents  
Maladie d'un des parents imposant l'hospitalisation

Arrestation d'un des parents  
 Désertion de la part d'un ou des deux parents  
 Séparation ou divorce  
 Père travaillant ailleurs  
 Mère travaillant toute la journée.

Les soins maternels peuvent, un jour, manquer à tout enfant appartenant à une famille qui réunit une ou plusieurs de ces conditions. L'enfant deviendra ou non effectivement carencé suivant les conditions ci-après : a) si les deux ou seulement l'un des deux parents se trouvent dans cette situation, b) si, dans le cas où un seul des parents est dans la situation envisagée, une aide est apportée à l'autre, c) si des proches parents ou des voisins acceptent le rôle de substituts et sont aptes à le remplir. Les causes menant à la carence, dans chaque cas particulier, ne peuvent être considérées comme correctement présentées, que si l'on peut obtenir des renseignements sur tous ces points.

Actuellement, il est impossible d'obtenir des statistiques satisfaisantes, même dans des limites raisonnables, au sujet des enfants privés de vie familiale normale, en fonction de ces différentes conditions considérées isolément ou en association. Le manque d'éclaircissement est particulièrement remarquable à propos du deuxième groupe, celui où le groupement familial persiste, mais ne fonctionne pas de manière efficace. On emploie les mots paresse, négligence, dénuement, absence de contrôle de parents, cruauté, qui ne vont guère au-delà de la description des symptômes de l'échec familial, sans offrir la moindre explication. Les facteurs responsables, en particulier la maladie ou l'instabilité mentale, dont on connaît désormais l'importance, ne sont pas mentionnés. De même, dans le troisième groupe : la mort d'un des parents ou la désertion peuvent suffire, sans que l'on précise s'il s'agit du père ou de la mère, et encore bien moins quelles sont les circonstances qui empêchent l'autre parent de s'occuper de l'enfant. Il est hautement souhaitable que le rapport de la Commission des Questions sociales des Nations Unies, sur ce sujet, permette de créer des catégories qui correspondent mieux aux différentes causes de carence et d'échec des proches parents à se substituer aux parents ; ceci, afin de réunir des chiffres qui soient en même temps riches d'enseignement, et comparables à d'autres statistiques.

Il n'est pas possible dans ce rapport d'entreprendre une étude approfondie de toutes les statistiques existantes. Pour donner cependant une idée de l'ordre de grandeur du problème, quelques chiffres faciles à se procurer sont reproduits dans l'Appendice 4 : <sup>1</sup> quatre d'entre eux concernent la Grande-Bretagne <sup>24, 29, 107, 108</sup>, deux, les Etats-Unis d'Amérique <sup>98</sup> (travail non publié), et un, la Suède.<sup>142</sup> Les principales conclusions qu'ins-

<sup>1</sup> Voir page 191.

pirent ces chiffres et les discussions avec des assistantes sociales expérimentées paraissent être les suivantes :

a) La mort d'un des parents, ou des deux, n'est plus désormais une cause prépondérante, en raison des taux de mortalité faible chez les adultes en âge d'élever des enfants, en raison aussi des systèmes d'assistance aux veuves ayant des enfants à charge. De tels cas comptent probablement pour moins de 25 % du total des cas. Dans les deux études statistiques les plus importantes, l'une britannique et l'autre américaine, les pourcentages étaient respectivement de 10 et de 6.

b) L'illégitimité tient une place prépondérante dans toutes les statistiques, variant de 10 % environ à 40 %. Dans les établissements pour enfants de moins de six ans, au Danemark, ils atteignaient 80 % en 1945.<sup>130</sup>

c) Les cas où le groupe familial naturel persiste, mais n'est pas efficace, par suite de « négligence », « dénuement », « manque de contrôle parental » ou « inadaptation de l'enfant », dominant dans toutes les statistiques sauf une, ce qui montre que cet état de choses est le facteur étiologique le plus important à l'heure actuelle. Pauvreté, négligence et absence de contrôle des parents comptent pour 60 % des cas dans une importante statistique britannique, tandis que c'est l'inadaptation de l'enfant qui est incriminée dans 26 % des cas d'une enquête à New-York.

d) Là où le groupe familial est dissocié, la séparation et le divorce sont fréquents, dans des proportions variant de 5 % à 25 % du total des cas.

e) Une autre grande cause de la défaillance du groupe familial est la maladie prolongée de l'un des parents, nécessitant l'hospitalisation (ou dans les cas mentaux, l'internement). Les maladies et déficiences mentales prédominent, et probablement comptent pour 5 % à 10 % de la totalité des cas.

f) Une situation nouvelle a pris naissance dans le Royaume-Uni : en cas d'éviction pour non-paiement du loyer, la loi permet désormais aux parents de confier leurs enfants à l'administration locale, et de trouver pour eux-mêmes un logement, là où les enfants ne sont pas acceptés. Dans une région, cette situation concerne 33 % des enfants pris en charge.

Jusqu'ici, la plupart des causes immédiates pour lesquelles les enfants ont besoin d'assistance, ont été acceptées avec résignation, et considérées comme une contre-partie inévitable de la vie en société ; jusqu'à tout récemment, on n'a jamais cherché à regarder très loin vers les facteurs sous-jacents qui entrent en jeu. Doit-on accepter comme des maux sociaux inévitables l'illégitimité, la négligence, l'inadaptation et la désertion, ou bien les forces qui les favorisent ont-elles quelque chance d'être comprises et combattues ? D'après la thèse de ce rapport, la connaissance accrue de la nature humaine, et du rôle joué dans son développement par la vie familiale, fournit des indices nombreux et de valeur pour la compréhension

des facteurs en jeu. Grossièrement, ils peuvent tous être groupés en facteurs économiques, sociaux et médicaux. Les facteurs économiques comprennent les possibilités, ou le manque de possibilités, de la famille, à gagner convenablement sa vie ; le point de vue social intéresse la société dans laquelle vit la famille et qui lui fournit un appui plus ou moins important ; enfin, l'aspect médical concerne la santé mentale et physique des parents qui influe sur l'utilisation des possibilités offertes. D'emblée, il est évident que la part respective de ces trois groupes de facteurs variera considérablement d'une collectivité à une autre et, au sein d'une même collectivité, d'une époque à une autre. Les facteurs prépondérants seront tantôt sociaux, tantôt économiques, tantôt médicaux, mais de toute façon seront toujours intriqués. Aucune tentative n'est faite dans ce rapport de discuter les facteurs économiques, mais dans les pages qui suivent, on a essayé d'étudier la nature et les effets des facteurs sociaux et médicaux, tout en accordant une attention particulière aux incidences psychiatriques.

Aucune catégorie d'enfants en danger de carence n'est davantage soumise à des influences psychiatriques que celle des enfants illégitimes. C'est pour cette raison, et aussi parce que la charge des enfants illégitimes soulève des problèmes spéciaux qu'on leur a consacré un chapitre séparé. Dans celui-ci, on étudiera les facteurs d'ordre psychiatrique qui conduisent à la dislocation du groupe familial naturel ou, s'il demeure intact, à son inefficacité. Etant donné que dans les collectivités occidentales les troubles de la personnalité, en particulier ceux de la mère, jouent presque certainement le rôle principal dans la majorité des cas à secourir, il est étonnant qu'on leur ait accordé si peu d'attention jusqu'à présent. Ils jouent un rôle important dans des états aussi différents que la négligence, la cruauté, la maladie prolongée d'un des parents, le manque de contrôle parental, les mariages malheureux, la désertion, la séparation et le divorce. Chacun de ces points sera discuté à tour de rôle, en notant la part prise dans leur genèse par les atteintes d'ordre psychiatrique des parents, et celle prise par la carence maternelle et le manque de bonheur dans l'enfance des parents eux-mêmes.

### *Négligence*

Les cas où les parents sont jugés négligents envers leurs enfants sont très hétérogènes. Souvent, il ne s'agit que des soins physiques, et beaucoup d'assistantes sociales ont affirmé la fréquence avec laquelle des enfants qui avaient été « négligés », en ce sens qu'ils étaient sales et mal nourris, étaient cependant en excellente santé mentale, et manifestement n'avaient pas souffert de manque d'affection. Malheureusement, les assistantes sociales ont été parfois si préoccupées de la santé physique et des apparences matérielles que le paradoxe suivant a été observé : une coûteuse intervention sociale transformant un enfant matériellement négligé, mais bien pourvu

au point de vue psychologique, en un enfant bien pourvu au point de vue matériel, mais affamé du point de vue affectif.

Par conséquent, au moins deux formes de négligence doivent être distinguées : matérielle et affective ; et bien qu'elles puissent souvent coexister, il est d'une importance primordiale de les différencier, étant donné qu'elles demandent des traitements bien différents. En première approximation, on verra que, tandis que la négligence matérielle est le plus souvent due à des facteurs économiques, tels que la maladie de la mère ou son ignorance, la négligence affective est la conséquence d'une instabilité émotionnelle ou d'une psychopathie des parents. La déficience mentale peut jouer un rôle dans les deux cas.

Les raisons pour lesquelles des parents vivant ensemble négligent leurs enfants ont été l'objet d'un rapport publié en 1948 par un groupe de femmes anglaises, sous la présidence de feu Eva Hubback.<sup>108</sup> Tout en suggérant qu'en Angleterre, en 1946-1947, les conditions extérieures et économiques n'étaient pas la cause principale, mais que les troubles de personnalité chez les parents étaient d'une importance plus considérable, ce rapport s'abstient malheureusement de discuter en détail ces facteurs personnels. Bien que leurs conclusions soient basées sur des données qui sont loin d'être satisfaisantes, les auteurs ne paraissent pas s'être exagérément préoccupés des facteurs psychiatriques ; on pourrait peut-être leur reprocher l'attitude contraire.

Les facteurs externes et économiques sont classés, en vue de la discussion, en quatre groupes principaux ; les principales conclusions sont les suivantes :

**Pauvreté :** « Un revenu insuffisant n'était pas considéré en général comme la cause directe de négligences pour le plus grand nombre de cas », bien qu'une « incapacité totale ... à rester dans les limites du budget familial ... puisse manifestement être en cause, et il y avait de nombreux exemples de dépenses stupides. »

**Importance de la famille :** « La plupart des auteurs admettent que les enfants ne sont pas plus négligés dans les familles nombreuses que dans celles plus restreintes », mais « il est abondamment prouvé ... que des grossesses trop rapprochées » peuvent compromettre la santé de la mère.

**Mauvaises conditions de logement :** Bien qu'« il n'y ait aucun doute que les mauvaises conditions de logement puissent accentuer les difficultés déjà existantes », le rapport disait néanmoins « que les maisons où l'on rencontrait souvent des enfants négligés n'étaient ni des taudis ni de misérables masures ».

**Travail de la mère :** On trouvait qu'« il n'y avait aucune preuve formelle que ce fût une cause de négligence ». (Pages 55-59.)

Dans d'autres collectivités occidentales, il est fort possible que le chômage, combiné à un système d'assurances sociales insuffisant, et la pau-

vreté qui en résulte, soient une cause majeure de l'abaissement des conditions de vie, amenant une déchéance familiale progressive. Mais de telles conditions n'étaient pas fréquentes en Angleterre au moment où a été écrit ce rapport. D'autre part, le rapport insiste sur l'importance des déficiences physiques et mentales, toutes deux, semble-t-il, fortement sous-évaluées dans le passé.

« Il y a des raisons de croire qu'une étude plus étendue des femmes coupables de négliger leurs enfants confirmerait le fait suivant : que non seulement elles n'ont pas la santé robuste qui faciliterait leur tâche, mais encore nombreuses sont celles qui sont en très mauvaise santé... L'importance des facteurs psychologiques n'a pas encore été admise. C'est dans les mauvais logements, la pauvreté, les locaux trop occupés que l'on cherche les raisons de la négligence. C'est trop rarement que l'on tient compte des conflits et des troubles affectifs » (page 60).

Il faut aussi faire intervenir les conclusions des différents fonctionnaires de la santé qui ont enquêté auprès des « familles problèmes », principalement des familles qui offrent une multiplicité de problèmes sociaux, au premier rang desquels une persistante négligence envers les enfants, et qui ne réagissent pas aux mesures habituelles d'assistance sociale. Blacker<sup>21</sup> a présenté une revue générale de la littérature anglaise et se réfère aussi au travail de Querido aux Pays-Bas. On s'aperçoit que les parents dans les familles problèmes, et surtout les mères, sont caractérisés par l'inéducabilité et l'instabilité caractérielle. Bien que la déficience mentale ne soit pas rare — Wofinden<sup>154</sup> et Savage<sup>128</sup> respectivement dans deux districts anglais urbain et rural, ont rencontré une déficience ou une quasi-déficience mentale chez 25 % des mères de familles problèmes — on convient que le problème majeur n'est pas là. Blacker, tout comme le groupe de Mrs. Hubback, signale que beaucoup de gens à la limite de la déficience mentale sont des parents satisfaisants, s'ils se trouvent devant des circonstances relativement favorables et suffisamment familiales, et s'ils n'ont pas trop d'enfants. « Devant être distinguée d'un niveau mental sub-normal », écrit Blacker, « on trouve souvent chez l'un ou les deux parents, mais surtout chez la mère, une instabilité caractérielle dont résultent une passivité, un manque de sens des responsabilités, une imprévoyance, et l'absence de discipline dans la famille ». En termes plus théoriques, on pourrait dire que la capacité d'adopter une attitude abstraite est absente. Querido<sup>118</sup> décrivant la situation qui règne dans la famille, écrit : « Il n'y a pas de papier, de livres, de pendule, de calendrier, ni aucune de ces choses qui aident à ordonner la vie... On n'essaie pas de faire des projets ou des économies. Quand il y a une rentrée d'argent, celui-ci est immédiatement dépensé, et souvent en coûteux objets de luxe. » Il est évident que c'est cette incapacité fondamentale à raisonner de façon abstraite, à regarder au-delà du moment présent, qui explique en grande partie cette instabilité, cette psychopathie, cette inaptitude à bénéficier de toute tentative d'éducation ou d'assistance. Querido, tout comme Wofinden,<sup>155</sup> affirme que,

d'après son expérience, le fait d'être mal logé a peu d'importance : c'est le caractère psychopathique, rebelle à l'éducation, qui en constitue le nœud.

Indépendamment de ces désordres caractériels permanents, qui peuvent conduire à une négligence nettement caractérisée, il faut tenir compte d'états transitoires de dépression et d'anxiété ; dans ces cas, la mère peut négliger ses devoirs ménagers, et transformer progressivement son foyer en taudis. Ses sentiments d'amour maternel peuvent disparaître, ou se charger d'impatience et d'amertume. Bien qu'un tel état soit en réalité pathologique et relève d'une intervention médicale, le plus souvent le diagnostic n'est fait que lorsque la famille est tombée au-dessous des limites tolérables. Il y a bien des chances pour que le foyer soit alors considéré comme criminel.

Des discussions avec des assistantes sociales particulièrement qualifiées dans le domaine de la protection infantile aux Etats-Unis ont mis en lumière, à maintes et maintes reprises, que l'existence de problèmes affectifs chez les parents est le facteur principal qui oblige à des mesures d'assistance pour les enfants ; elles ont aussi mis en lumière quel rôle la carence de soins maternels et l'enfance malheureuse des parents eux-mêmes jouent dans le déterminisme de leurs problèmes présents. L'enfant psychopathe, dépourvu d'affectivité (produit typique, comme on l'a longuement démontré, de la carence de soins maternels) devenu adulte, est dans la moitié des cas, le parent psychopathe et instable qui délaisse et néglige ses enfants. Ici encore apparaissent légèreté, irresponsabilité, inaptitude à adopter une attitude abstraite, inéducabilité, inaptitude à être aidé, superficialité des relations affectives, promiscuité sexuelle, tous traits de caractère qui sont devenus familiers. Naturellement, parmi ces parents problèmes, le tableau clinique n'est pas toujours au complet ; chez certains, la déficience peut n'être que partielle, mais l'identité profonde ne saurait faire aucun doute. Ce cycle social — l'enfant négligé et psychopathe devenant avec l'âge un parent négligent et psychopathe — n'a reçu jusqu'ici que peu d'attention. Bien au contraire, on a l'impression que les investigateurs étudiant les familles problèmes se sont attachés à la recherche de facteurs héréditaires possibles, pour expliquer la psychopathie des parents, et se sont peu occupés des événements de leur enfance. C'est parce que les enquêteurs ne se sont pas, jusqu'ici, intéressés à cet aspect de la question, que la littérature digne de foi est encore rare. Cette hypothèse est née cependant de l'analyse<sup>108</sup> de 234 couples qui avaient amené 346 enfants aux Dr. Barnado's Homes au cours des années 1937-1939. Il est vrai que les antécédents manquaient pour 60 % des mères et 76 % des pères ; mais ce fait même est important, puisque, comme le dit l'auteur, « nous avons l'impression que ces types de parents ont mené une vie instable, manquant de liens permanents, d'où l'impossibilité d'établir une histoire clinique complète ». Pour les cas où il a été possible d'obtenir quelques renseignements, les résultats se trouvent dans le tableau XI.

**TABLEAU XI. CONDITIONS DE VIE, DANS L'ENFANCE, DES PARENTS DES ENFANTS PRIS EN CHARGE (Dr. BARNARDO'S HOMES)**

Conditions de vie dans l'enfance	Mères	Pères
	%	%
Illégitimité . . . . .	3	4
Enfance en institution . . . . .	6	2
Enfance anormale . . . . .	49	25
Enfance normale . . . . .	42	69
	100	100
Nombre de cas . . . . .	97	53

« Enfance anormale », est-il dit, « se rapporte à des parents élevés dans une atmosphère peu favorable à un développement normal, tel qu'un foyer dissocié ou une misère totale. D'une façon générale, ils ont été négligés volontairement ou non, ou bien ont subi des sévices corporels, durant l'enfance. La plupart des sujets de ce groupe sont handicapés physiquement et mentalement ». Ainsi, 58 % des mères, et 31 % des pères, dont les antécédents familiaux sont connus, ont été privés d'une vie familiale normale pendant leur enfance. Bien que ces données ne soient pas absolument au-dessus de toute critique, il n'y a pas de raisons de soupçonner que la part des facteurs psychiatriques significatifs ait été exagérée. Il faut espérer que, dans les travaux à venir, cette voie ouverte vers la compréhension des parents problèmes recevra l'attention qu'elle mérite.

#### *Sévices*

Heureusement, ce sont des faits rares ne concernant pas plus de 3 % à 5 % des enfants placés. Bien qu'aucune étude psychiatrique de la personnalité et de l'enfance des parents coupables de sévices envers leurs enfants n'ait été entreprise, l'observation clinique des écoliers signalés pour leur cruauté envers leurs camarades a montré qu'ils étaient gravement inadaptés, cette inadaptation relevant elle-même presque toujours d'une carence sévère ou d'une totale rejection parentale. La cruauté envers les animaux et les autres enfants est un trait caractéristique, bien que rare, du psychopathe indifférent affectif et les accès occasionnels de cruauté inutile sont bien connus chez les schizophrènes et les pré-schizophrènes. On peut prédire, à coup sûr que, lorsque sera entreprise l'étude des parents coupables de sévices envers leurs enfants, les troubles de la personnalité seront la règle, soit consécutifs à une histoire de carence ou de réjection au cours de l'enfance, soit en relation avec une schizoïdie.

*Maladie prolongée de l'un des parents*

Le rôle de la maladie chronique de l'un des parents, et surtout de la mère, dans l'étiologie de la carence infantile, a été fortement sous-estimé dans le passé. Une fois encore, cependant, l'attention doit être attirée sur les facteurs psychiatriques puisque, comme l'a affirmé Hopkirk,<sup>78</sup> qui fait autorité en Amérique, « la maladie mentale d'un des parents est l'une des causes les plus fréquentes nécessitant une prise en charge des enfants » (page 8), que la mère soit ou non dans un hôpital psychiatrique. En raison de leur fréquence et de leur longue durée, les maladies mentales jouent souvent un rôle plus important que celui des maladies somatiques, dans l'incidence du nombre d'enfants justiciables de secours ; car, non seulement une névrose ou une psychopathie inconnue, chez la mère, lui fait négliger ses enfants à la maison, mais une fois diagnostiquée, la convalescence ou l'hospitalisation prolongées de la mère nécessitent des mesures spéciales de prise en charge des enfants hors du foyer.

Il n'est pas nécessaire que l'on donne à nouveau les preuves montrant que les liens affectifs malheureux au cours de l'enfance ont une part majeure dans l'étiologie des névroses, et dans une certaine mesure, des psychoses. Quelques-unes de ces preuves établissant les rapports entre ces maladies et les foyers dissociés sont passées en revue dans l'Appendice 1.<sup>m</sup>

*Manque d'autorité parentale*

Dans beaucoup de pays, des dispositions légales permettent d'enlever des enfants à leurs parents, avec ou sans leur consentement, en arguant du fait qu'ils échappent à leur autorité. La plupart de ces enfants sont inadaptés, négligés, ou les deux ensemble. Etant donné que le terrain de l'action légale relève bien souvent du hasard, et que, en tout cas, l'inadaptation et l'incapacité des parents ne sont que les deux faces d'une même médaille, on ne s'appesantira pas sur cet aspect du problème. L'inadaptation est étudiée dans le chapitre 14.

*Mariages malheureux, désertion, séparation et divorce*

Bien qu'un mariage stable et heureux soit manifestement une condition sine qua non pour qu'un enfant soit convenablement élevé dans sa famille, il est relativement peu de recherches étudiant les facteurs qui permettent un tel mariage. Les deux enquêtes les plus approfondies ont toutes deux été menées aux Etats-Unis dans les années qui ont précédé la guerre, sans le concours d'un psychiatre ou d'un psychanalyste ; ainsi, ni la personnalité, ni l'état mental des couples n'ont été étudiés. Par contre, les conclusions quant à l'influence des conditions de vie de l'enfance n'en

---

<sup>m</sup> Voir page 181.

sont que plus frappantes, puisqu'elles proviennent d'une source inattendue.

Terman<sup>140</sup> s'est livré à une étude statistique des questionnaires remplis par 792 couples en Californie. Les trois conditions dont paraît dépendre essentiellement le bonheur conjugal étaient : le bonheur conjugal des parents du couple ; le bonheur au cours de l'enfance ; l'absence de conflit avec la mère. Naturellement, toute étude fondée sur la méthode des questionnaires, et dépendant de l'exactitude des réponses, ne sera acceptée qu'avec quelques réserves. Mais celle-ci se trouve confirmée par Burgess & Cottrell<sup>36</sup> qui, par des voies différentes, aboutissent à des conclusions pratiquement identiques. Ils étudièrent aussi des questionnaires, provenant de 526 couples, la plupart de jeunes Américains appartenant aux classes sociales moyennes de l'Illinois. De cette partie de leur enquête, ils concluent :

« La corrélation la plus caractéristique entre un facteur familial au cours de l'enfance, et l'entente ou la mésentente conjugales, est la mention du bonheur conjugal des parents du mari et de la femme. En second lieu vient l'attachement du mari et de la femme à leurs parents respectifs. »

(Pour le mari comme pour la femme, l'attachement à la mère avait une corrélation positive avec le bonheur conjugal supérieure à celle de l'attachement au père). Il convient de remarquer l'identité de ces conclusions avec celles de Terman.

Burgess & Cottrell, cependant, vont plus loin lorsqu'ils ajoutent à leur étude statistique une étude clinique détaillée de 100 couples. Ils concluent :

« Les relations affectives au cours de l'enfance conditionnent la vie amoureuse de l'adulte. Les modes de réaction aux relations affectives établies au cours de l'enfance se montrent les facteurs déterminants dans l'expression de l'affectivité au cours de l'âge adulte. Cette conclusion . . . est en accord plus ou moins étroit avec celles d'autres auteurs, lorsqu'ils analysent le matériel clinique de nombreux examens psychiatriques échelonnés sur une longue période. »

Ces conclusions atteintes séparément par des psychologues et des sociologues de haute valeur doivent être considérées comme une confirmation éclatante des thèses principales de ce rapport, en particulier de celle qui fait l'objet de ce chapitre : des enfants carencés et malheureux deviennent ultérieurement de mauvais parents.

#### **Causes de l'échec des proches parents dans leur rôle de substitut**

Dans les collectivités occidentales, il est encore de tradition que les proches parents<sup>n</sup> s'occupent des enfants, si le groupe familial naturel vient à manquer pour une raison ou pour une autre. L'étude d'un enfant

<sup>n</sup> On entend ici par « proches parents » les membres de la famille autres que le père et la mère.

« sans foyer » est incomplète si elle ne mentionne pas les causes de l'échec des proches parents. Les raisons principales sont les suivantes :

- a) Les proches parents sont morts, trop âgés ou malades
- b) Les proches parents habitent loin
- c) Les proches parents sont empêchés d'aider pour raisons économiques
- d) Les proches parents ne sont pas désireux d'aider
- e) Le père ni la mère n'avaient de proches parents (c'est-à-dire avaient été élevés dans des foyers nourriciers successifs ou dans des institutions depuis leur plus tendre enfance).

Il est possible qu'à l'heure actuelle, dans les collectivités occidentales, les proches parents soient plus rares, plus âgés, et moins susceptibles de fournir une aide immédiate, en raison des effets combinés du taux de natalité plus bas, d'une élévation de l'âge moyen du mariage, du travail des femmes, et de la fragmentation de la société. Mais, même ainsi, il est rare que l'enfant n'ait aucun parent, et cette absence d'aide paraît souvent due aux distances, aux difficultés de logement, ou à d'autres difficultés économiques. Dans ces cas, une aide matérielle judicieusement accordée pourrait bien souvent assurer le maintien de l'enfant au sein du groupe familial considéré dans son sens le plus large.

Les cas les plus difficiles à résoudre sont ceux des groupes *d*) et *e*) : les parents proches ne sont pas désireux d'aider, ou bien font défaut.

Fréquemment, la cause qui empêche le père et la mère de s'occuper de l'enfant est aussi celle qui rend les autres proches parents peu désireux de se substituer à eux. Par exemple, une mère non mariée n'a pas seulement des difficultés économiques, mais peut aussi être répudiée par ses parents. L'instabilité mentale et la psychopathie, qui conduisent souvent à la pauvreté et à la négligence d'une part, ou à la désertion d'autre part, peuvent s'accompagner de mauvais rapports avec les proches parents et les voisins. Brill, Children's Officer de Croydon, écrit (communication personnelle) : « Je recherche toujours pourquoi le demandeur ne peut se faire aider par ses parents ou ses voisins ; et, le plus souvent, c'est parce qu'il est lui-même un individu peu sociable qui s'est aliéné la bonne volonté d'autrui. » La personnalité peut ainsi jouer un rôle important pour détruire la première et la deuxième ligne de défense contre « l'absence de foyer ».

Ceux qui ont la chance d'appartenir à des familles nombreuses et unies connaissent le grand sentiment de sécurité que leur donne la certitude que, s'ils venaient à disparaître brusquement, il se trouverait sûrement des parents disposés à prendre en charge leurs enfants. L'absence d'un tel groupe familial étendu est un des nombreux handicaps qui frappent l'enfant dépourvu d'une vie familiale normale, lorsqu'il grandit et devient à son tour un parent.

Bien qu'il soit d'une importance majeure de connaître la part relative de chacun de ces cinq facteurs dans une collectivité donnée (car sinon il

est impossible de savoir dans quelle fraction des cas une meilleure méthode de travail permettrait de faire appel à l'aide des parents, et dans quelle fraction il n'existe pas d'autre choix qu'un placement), aucune étude ne semble avoir été publiée.

\* \* \*

D'après ce qui précède, il est évident que, dans une société où les taux de mortalité et les taux de chômage sont bas, et où le système d'assistance sociale fonctionne correctement, c'est l'instabilité des parents, et leur impuissance à rendre effectifs les liens familiaux, qui sont les causes majeures de l'absence de vie familiale normale des enfants. Ceci, en soi, est une conclusion importante, mais peut-être est-il plus important de remarquer que l'origine de l'incapacité des parents à rendre effectifs les liens familiaux tient souvent au fait qu'ils ont eux-mêmes été privés d'une vie familiale normale au cours de leur enfance. Ainsi, on se trouve en face d'un circuit social perpétuel : des enfants privés de vie familiale normale deviennent des parents incapables de fournir à leurs enfants une vie familiale normale, donnant ainsi naissance à une nouvelle génération d'adultes frappés de la même incapacité. La plupart de ceux qui travaillent cette question considèrent ce cercle vicieux comme jouant un rôle important dans le problème général. Il est clair qu'il y a là matière à plus amples investigations.

---

## PRÉVENTION DE LA FAILLITE FAMILIALE

Il est essentiel de faire en sorte qu'un enfant reçoive ce dont il a besoin au sein de sa propre famille pour l'empêcher de souffrir de carence maternelle ; il faut donc encourager toutes mesures visant à ce but. Quant à la possibilité de succès de telles mesures, l'étude de la Société des Nations de 1938 <sup>132</sup> est encourageante. Après avoir passé en revue les ressources dont dispose une assistante sociale expérimentée, elle conclut : « dans la plupart des cas, l'emploi minutieux de ces méthodes et de ces ressources assure à l'enfant des soins suffisants pour répondre aux exigences minima de la collectivité et il est inutile d'éloigner l'enfant de son foyer » (volume 1, page 10). De telles mesures comportent en général une aide active aux parents, économique, sociale et médicale.

Généralement, la prise en charge d'une telle responsabilité par la société rencontre des objections. La première est d'ordre matériel. A son encontre, il faut envisager l'immense dépense qu'imposent à la collectivité la mauvaise santé, le mauvais travail, la criminalité et le fait de donner naissance à de nouveaux enfants carencés, toutes conséquences de l'absence de mesures opportunes. Fournir une aide aux parents sape leur sens de l'initiative, leur apprend à ne pas compter seulement sur eux-mêmes, et en fait des êtres dépendants, c'est la seconde objection. Bien entendu, elle concerne une aide donnée sans faire appel à la participation active de ceux qui sont aidés. Les assistantes sociales expérimentées ont appris à travailler *avec* les gens dont elles s'occupent, développant ainsi leur aptitude à se débrouiller eux-mêmes. Si l'assistante permet ou encourage la dépendance en agissant arbitrairement à la place de ses « clients », sans leur participation, il doit en résulter une attitude de dépendance. Dernier argument enfin : l'Etat ne doit pas intervenir dans la vie de famille. Ceci soulève de vastes problèmes ; mais il faut remarquer que, de même que des enfants dépendent entièrement de leurs parents pour leur subsistance, de même, dans toutes les sociétés, sauf les plus primitives, leurs parents, surtout les mères, dépendent de la société elle-même sous l'angle économique. Si une société s'intéresse à ses enfants, elle doit prendre soin de leurs parents.

Il serait commode de discuter les mesures qui tendent à prévenir la faillite familiale, en se servant de la même classification que celle utilisée lorsque ses causes ont été envisagées : économiques, sociales et médicales. Cependant, une mesure donnée comporte souvent une intervention sur

plus d'un de ces plans, il est donc préférable de fusionner ces trois catégories en deux : socio-économique et socio-médical. Une subdivision supplémentaire est utile, — en mesures immédiates applicables à une famille en difficultés, et mesures à long terme qui ont pour but le développement d'une collectivité capable de fournir à la vie de famille les conditions les plus favorables à sa croissance. On obtient la classification suivante :

- Aide directe aux familles
  - socio-économique
  - médico-sociale (y compris la psychiatrie)
- Programme social à long terme
  - socio-économique
  - médico-social (y compris la psychiatrie)

#### **Aide directe aux familles**

##### *Aide socio-économique*

Bien que l'étude de la Société des Nations<sup>132</sup> ait établi

[qu'] « il faut considérer comme un axiome de la protection de l'enfance qu'un enfant ne doit pas être enlevé aux soins d'un père ou d'une mère, par ailleurs qualifiés, lorsque l'octroi d'un secours matériel rendrait cet éloignement inutile » (volume 1, page 9),

il est bien évident que dans la plupart des pays, ce principe est fort loin d'être appliqué. Certains gouvernements, qui actuellement seraient prêts à dépenser jusqu'à l'équivalent de 30 dollars par semaine pour l'entretien d'enfants dans des institutions, trembleraient à l'idée de donner la moitié de cette somme à une veuve, à une mère non mariée, à une grand-mère, pour l'aider à entretenir un enfant au foyer. De fait, rien n'est plus caractéristique que l'attitude des pouvoirs publics et des œuvres privées à l'égard de ce problème : ils acceptent de consacrer des sommes considérables pour les soins donnés aux enfants hors du foyer, alors qu'ils montrent une parcimonie tatillonne dans l'aide accordée au foyer lui-même. On pourrait fournir bien des exemples de cet état d'esprit, depuis les sommes considérables dépensées pour l'hospitalisation d'un enfant, en comparaison des sommes bien moindres que nécessiteraient ses soins dans sa famille, jusqu'au pouvoir attribué à des autorités locales britanniques de dépenser jusqu'à, disons, 5 livres par semaine pour abriter un enfant, alors qu'elles ne peuvent dépenser 30 shillings pour lui acheter une literie qui permettrait à l'enfant de demeurer dans sa famille. Certes, il est peut-être difficile de faire des différences entre les familles — si Mrs. Smith se voit accorder des couvertures, pourquoi pas Mrs. Jones ? — mais ces difficultés ne doivent pas être résolues en maintenant un enfant dans une institution.

En particulier, on n'accorde pas assez d'attention aux besoins du foyer qui a perdu l'un des deux parents par décès, maladie ou toute autre raison,

ce qui est le cas pour le quart environ des enfants pris en charge : manifestement, tout doit être tenté pour aider l'autre parent à prendre soin des enfants.

Les mères sans mari ayant des enfants de moins de cinq ans, et surtout en dessous de trois ans, enfants qui ne peuvent encore s'adapter aux écoles maternelles ou à toute autre forme de vie collective, rencontrent dans tous les pays les plus grandes difficultés : elles ne peuvent en même temps gagner leur vie et s'occuper de leurs enfants ; ce sont des activités incompatibles lorsque les enfants sont très jeunes. Bien que l'aide directe à la mère soit en général donnée avec parcimonie, dans bien des cas, des fonds publics ou privés sont dévolus à des garderies ; dans certaines parties de l'Angleterre, l'entretien d'un enfant en garderie revient, par exemple, à 3 livres par semaine. Ce n'est pas une manière profitable de dépenser l'argent, quel que soit le point de vue envisagé : santé ou productivité industrielle. On sait que dans les garderies les taux de morbidité par maladies infectieuses sont élevés et on pense qu'elles ont un effet nocif sur la croissance affective. Quant à la productivité, le gain, en heures de travail féminin, est minime, puisque pour 100 mères qui travaillent, 50 personnes sont nécessaires pour les soins à donner aux enfants ; et, comme tout industriel le sait, les mères d'enfants en bas âge sont des ouvrières qui donnent peu de satisfaction, souvent absentes à l'occasion de la moindre maladie de leurs enfants. C'est pourquoi les garderies de jour venant à l'aide des mères sans mari devraient être réservées aux enfants de plus de trois ans capables de s'adapter à l'école maternelle. Jusqu'à ce que l'enfant ait atteint cet âge, une aide matérielle directe devrait être donnée à la mère.

Dans le cas des pères qui restent avec des enfants sans mère, soit temporairement pendant que la mère est à l'hôpital, soit de façon permanente, fournir des « aides familiales » (housekeepers) est une solution bien préférable à celle qui consiste à enlever les enfants du foyer. Le service ménager, qui a été créé par certains organismes au Canada et aux Etats-Unis, est décrit par Baylor & Monachesi :<sup>12</sup>

« Le temps fourni par les aides familiales varie de deux heures par jour à la présence à demeure, mais dans plus d'un cas, l'aide familiale est restée plusieurs années dans la même famille. Avant d'accorder le service ménager, l'organisme demande que la famille ait un membre sur qui l'on puisse compter, d'habitude le père ou un enfant plus âgé . . . On a dit que les aides familiales sont « le contraire des mères nourricières ». Le fait d'être jeune est à l'actif d'une aide familiale, au passif d'une mère nourricière. Une autre différence considérable est que la mère nourricière dépense son argent, l'aide familiale l'argent d'autrui . . .

» Les avantages qu'offre le service ménager sont résumés par le Protestant Children's Home de Toronto de la façon suivante :

- » Tient éveillés l'intérêt du père et son sens des responsabilités.
- » Donne aux enfants plus de sécurité dans leurs relations familiales.
- » En préservant le foyer et le mobilier, évite l'interruption prolongée qui, quelque dévoué que soit le père, résulte du placement dans des pensions.

- » Est moins coûteux que la vie dans une pension pour les familles nombreuses.
- » Maintient des relations et un mode de vie plus normaux pour l'enfant que s'il vit dans une pension.
- » Evite la tragédie véritable qui se produit lorsqu'un enfant s'est incorporé à une famille nourricière, puis doit en être déraciné » (pages 38, 39).

Il faut observer que, du moins pour les familles nombreuses, ce mode d'assistance est en fait moins onéreux que la séparation des enfants ; et cependant, si l'on excepte les systèmes d'aide familiale qui fonctionnent en Grande-Bretagne et en Suède, il ne semble guère en honneur actuellement dans les pays européens.

Donc, aussi bien sur le plan de l'économie financière que sur celui de la santé mentale de l'enfant, il faut souhaiter que les gouvernements et les organisations privées, avant de consacrer de nouveaux fonds à l'entretien des enfants hors du foyer, examinent si l'impossible a été fait, sur le plan financier, pour aider les parents à les élever au sein de la famille. Spence<sup>133</sup> expose la question avec force lorsqu'il écrit : « Beaucoup de ce qui est considéré comme assistance sociale aux mères est interprété d'une manière qui fait naître leurs craintes et sape leur confiance. On leur enlève leur enfant, au lieu de leurs servitudes » (page 50).

#### *Assistance médico-sociale*

Même si l'assistance socio-économique est essentielle, elle est fréquemment inutile si elle ne s'accompagne d'une assistance médico-sociale. Bien souvent aucun problème économique ne se poserait si une maladie physique ou mentale, une psychopathie, ou un conflit familial n'entraient en jeu.

Certes, la possibilité de soigner les maladies physiques est de la plus grande importance pour les parents, notamment pour les mères de jeunes enfants ; mais elle est devenue pratique courante dans beaucoup de pays occidentaux, et ne doit pas nous retenir davantage. Un service spécial, qui n'a pas encore reçu la consécration qu'il mérite, est l'entretien de maisons de repos, où les mères peuvent aller avec leurs plus jeunes enfants. Une telle maison a été installée près de Manchester, en Angleterre, depuis la fin de la guerre, et a fait l'objet d'une longue description dans le rapport du groupe de Mrs. Hubback.<sup>108</sup> Une mère qui est en mauvaise santé ou au bord d'une crise de dépression mentale peut rester dans cette maison, pendant des semaines ou des mois, pour récupérer son équilibre, sans avoir à se préoccuper des soins aux jeunes enfants, et sans ressentir d'angoisse à leur sujet — angoisse tout à la fois inévitable et naturelle de la part de mères de jeunes enfants. De plus, si une telle maison est menée avec la compréhension des problèmes affectifs des mères et des enfants, il est possible d'aider largement les mères à établir dans le calme les liens de sécurité et d'affection mutuelle dont dépend, on l'a vu, la future santé mentale de l'enfant.

Un autre service, qui est encore au stade embryonnaire, dans la plupart des pays, est celui des conseils conjugaux. Avant de pouvoir mettre au point des mesures efficaces pour aider les couples mariés en difficulté, il faut arriver à une compréhension profonde des causes des échecs conjugaux. Dans plusieurs pays, on a considérablement insisté sur l'ignorance des conditions physiques du mariage et des pratiques sexuelles, mais actuellement, la plupart des experts se rendent compte que ce n'est qu'une partie minime du problème, à laquelle il est facile de remédier. Beaucoup plus importantes sont les personnalités des conjoints. Burgess & Cottrell,<sup>36</sup> on s'en souvient, affirmaient en conclusion de leur enquête que « les rapports affectifs au cours de l'enfance conditionnent la vie amoureuse de l'adulte », et c'est la vérité fondamentale qui sous-tend toutes les techniques modernes. Berkowitz,<sup>54</sup> dans sa communication lors d'une discussion entre assistantes sociales américaines, sur le diagnostic et le traitement des problèmes conjugaux, remarque que : « la plupart des gens venus nous consulter à cause de leurs difficultés conjugales ont transposé dans leur mariage des problèmes non résolus de leur enfance. A moins que ces problèmes soient reconnus et que l'on y prête attention, peu de progrès vers une meilleure adaptation seront faits. En particulier, il est nécessaire que les assistantes sociales connaissent à la fois les fortes pulsions inconscientes qui conduisent maris et femmes à faire naître les problèmes mêmes dont ils se plaignent, et la manière dont ils déforment, par une fausse perspective, le comportement du conjoint. Non seulement de nombreux maris et femmes poussent leur partenaire à être méchant, mais ils croient de bonne foi que ce comportement est bien pire qu'il ne l'est en réalité. Les difficultés sont donc celles de l'un ou des deux époux à rendre satisfaisants des rapports humains, et comme tels, doivent être pensées en termes psychiatriques et psychanalytiques.

Les troubles de la personnalité issus de l'enfance doivent être considérés comme les plus fréquents et les plus puissants facteurs d'inadaptation conjugale, mais la responsabilité du cadre social dans lequel le couple est contraint de vivre ne doit pas être négligée pour autant. On a déjà fait mention de la dislocation sociale qui caractérise bien des collectivités occidentales actuelles, dislocation qui, comme le remarque Wilson,<sup>160</sup> est capable de contraindre maris et femmes à

« rechercher au sein de la famille la satisfaction de besoins personnels et sociaux, dont la nature même interdit la satisfaction dans ce groupe. Dans ces conditions, les liens familiaux sont soumis à une surcharge « tensionnelle » pour laquelle ils ne sont pas faits ; il n'y a rien d'étonnant à ce que les « courts-circuits » soient fréquents. »

Les conseils conjugaux, pour être efficaces, doivent tenir compte, au même titre, de vastes facteurs sociologiques, et de facteurs psychologiques internes. Le praticien doit être entraîné à ne voir le problème conjugal donné que comme un symptôme de l'inadaptation socio-psychologique,

et à traiter, non le symptôme, mais le processus psychologique qui est à l'origine.

Les mêmes considérations sont valables lorsqu'il y a des frictions entre parents et enfants, ce qui n'est pas une cause rare de placement des enfants. Le problème particulier — énurésie, vol, agressivité ou tout autre — doit être conçu simplement comme le symptôme manifeste d'une situation beaucoup plus complexe, et souvent en partie cachée, situation dans laquelle la psychopathologie des parents joue un rôle prépondérant. Les spécialistes de guidance infantile reconnaissent pleinement ce fait et, malgré leur titre, consacrent actuellement autant de temps au traitement des parents qu'à celui des enfants. Il est vrai qu'à un moment donné, ces services eux-mêmes étaient trop fréquemment à l'origine du placement des enfants hors de la famille ; mais les centres modèles, en Europe et en Amérique, ne considèrent plus la séparation comme recommandable. Bien entendu, dans certains cas, un changement temporaire peut être utile, et dans d'autres il n'est pas possible d'améliorer le foyer, par exemple lorsque la mère est une prostituée. Cependant, une compréhension plus profonde de la psychodynamique des rapports familiaux, alliée à une habileté accrue de leur maniement, ont beaucoup aidé les spécialistes à établir une politique de réparation, plutôt que de dissociation des foyers. Beaucoup de problèmes inextricables en apparence deviennent solubles lorsqu'on les aborde avec perspicacité et savoir-faire, car il existe dans presque toutes les familles un prodigieux désir de vivre ensemble et en bon accord, désir qui fournit un puissant motif à un changement favorable. La tâche du thérapeute, qu'il soit médical ou extra-médical, consiste à favoriser l'apparition des conditions dans lesquelles cette tendance puisse se réaffirmer ; de cette façon, sans peut-être que tout soit parfait, les traits essentiels d'un bon foyer seront restaurés. Augmenter sur une large échelle le nombre de centres de guidance infantile doit être considéré comme une contribution majeure au maintien de la vie de famille et, de ce fait, au maintien de la santé mentale. En outre, de l'avis général, un travail de cette sorte prend une valeur particulière à l'égard des jeunes enfants et de leurs mères, puisque c'est au cours des toutes premières années de la vie que s'établit la forme des rapports ultérieurs entre parents et enfants. Les difficultés des adolescents ne sont pas autre chose que le reflet des conflits qui ont commencé au cours de ces premières années. Des difficultés insolubles à l'âge de 13 ans peuvent être traitées rapidement et efficacement à trois ans. C'est en s'occupant de ces cas dès l'enfance que l'on peut espérer éviter les complications ultérieures.

Des conditions d'éducation spéciales pour les enfants inadaptés ont aussi leur valeur. Depuis 1939, la ville d'Amsterdam a ouvert une ou deux écoles munies d'un personnel spécial, auxquelles des enfants sont envoyés par le service de santé mentale, après un examen psychiatrique approfondi et nanti d'un diagnostic. Les professeurs et les psychiatres sont en

contact étroit ; de grands efforts ont été faits pour atteindre les parents, pour donner une orientation professionnelle, et maintenir une surveillance post-scolaire. Plus récemment, le comté de Londres a suivi la voie ouverte par Amsterdam.

Pour les enfants plus âgés — huit ans ou plus —, des expédients tels que les internats scolaires peuvent avoir une certaine valeur. Si l'enfant est mal adapté, il peut être utile pour lui de se trouver loin des tensions qui ont provoqué ses difficultés, pendant une partie de l'année, et ceci reste vrai si le foyer est mauvais sous d'autres rapports. L'internat scolaire a l'avantage considérable de préserver, fût-ce sous une forme un peu atténuée, les liens familiaux d'importance si considérable ; en effet, comme l'internat fait partie des habitudes sociales de la plupart des collectivités occidentales d'aujourd'hui, l'enfant ne s'y sent pas différent de ses camarades. De plus, les parents soulagés de la charge des enfants pendant une partie de l'année pourront avoir une attitude plus favorable à leur égard, le reste du temps.

Enfin, la question des familles problèmes doit être envisagée. Querido <sup>118</sup> les divise en trois groupes :

a) celles qui, au prix d'une aide économique et médicale peuvent redevenir des cellules sociales efficaces ;

b) celles qui demandent une assistance permanente, mais peuvent y réagir favorablement ;

c) celles où toutes les mesures habituelles d'assistance sociale sont vouées à l'échec.

Le travail nécessaire à la réhabilitation des deux premiers groupes a été bien décrit dans le rapport du comité de Mrs. Hubback.<sup>108</sup> L'expérience a montré qu'une connaissance des causes profondes, alliée à une attitude de sympathie, à un travail acharné, et s'appuyant sur une assistance médicale et financière, peut sauver bien des familles qui, en d'autres mains, auraient évolué vers la déchéance morale, sans autre recours social que leur destruction. Une telle assistance prend une valeur particulière là où ce sont l'ignorance, la misère, et les maladies physiques qui furent à l'origine de la faillite familiale. Quand c'est l'instabilité caractérielle ou la psychopathie des parents qui est la cause fondamentale, de telles mesures échouent en général, et c'est pourquoi les assistantes, dans ce domaine, ont besoin de connaissances psychiatriques pour éviter de se désespérer devant les cas qui sont au-dessus de leurs ressources.

L'accord ne s'est pas encore fait sur la manière de prendre en main les familles dont la faillite est due à la psychopathie des parents. La proposition la plus réaliste et la plus constructive actuellement en discussion est probablement celle de Querido : il envisage le placement sous contrôle de familles entières dans des logements spéciaux, dont chacun

abriterait un petit nombre de « familles problèmes », et serait placé sous la responsabilité d'assistantes expérimentées. Son argumentation est la suivante : de même que nous considérons nécessaire pour leur propre bien-être et celui d'autrui de placer sous contrôle les malades mentaux, de même il est raisonnable de placer sous contrôle les familles psychopathes qui menacent le bien-être de leurs membres et d'autrui. Un tel programme demanderait une législation appropriée dans la plupart des pays ; il est à l'étude aux Pays-Bas. Querido a reconnu que sa proposition « implique une sérieuse entrave à la liberté individuelle, et offre des possibilités d'abus », mais, comme il le souligne lui-même, les familles problèmes sont un danger grave pour le progrès social, et un danger qui tend à se perpétuer lui-même. Jusqu'au moment où on trouvera des mesures plus efficaces pour ramener à la normale les caractères psychopathiques, ou jusqu'à ce que les mesures d'hygiène mentale à long terme aient réussi à empêcher leur développement, cette solution est peut-être la meilleure.

### **Programmes sociaux à long terme**

#### *Développement socio-économique*

La dislocation sociale des collectivités occidentales industrialisées et la dissociation du groupe familial élargi posent de graves problèmes. Le présent rapport ne se propose pas de discuter les moyens qui permettraient de renverser ces tendances profondes de la société, ou d'atténuer leurs effets sur la vie de la famille. Cependant, une politique intelligente, se proposant d'éviter la frustration infantile, ne peut se permettre d'ignorer ces tendances et, dans ce domaine, les collectivités les moins développées ont peut-être bien des enseignements à offrir aux plus avancées. Un point particulier mérite d'être noté : la grande vulnérabilité économique des familles ayant des enfants à leur charge. Beveridge a rapporté qu'en Angleterre « la charge d'une famille constitue encore la plus importante cause de pauvreté », et cette situation reste vraie dans le reste du monde occidental. Dans de nombreux pays, elle a conduit à instituer des allocations familiales qui représentent une étape d'importance fondamentale dans la bonne direction. Et pourtant, il faut examiner si des allocations particulièrement élevées ne devraient pas être prévues en faveur des enfants de moins de cinq ou trois ans. On a montré que cet âge est celui de la plus grande dépendance de l'enfant et celui où sa santé mentale est la plus vulnérable. Une mère d'enfants en bas âge est beaucoup plus assujettie qu'une mère d'enfants d'âge scolaire qui peut parfaitement travailler une partie de la journée. Puisqu'une mère d'enfants en bas âge n'est pas libre, ou du moins ne devrait pas être libre de gagner sa vie, de forts arguments plaident en faveur d'allocations familiales plus élevées pour les enfants jeunes.

*Développement médico-social*

Une raison de plus milite en faveur d'allocations familiales adéquates et graduées : la pauvreté avec ses conséquences, surmenage et sous-alimentation, est pour les parents une puissante cause de mauvaise santé physique et, à un moindre degré, de mauvaise santé mentale, à son tour cause principale de carence pour les enfants. Toutefois, même si un système social et économique équitable reste le fondement de la prophylaxie, les services de santé doivent apporter leur contribution. Ici encore, l'aide aux parents, et surtout aux mères de jeunes enfants, doit avoir une priorité particulière, si l'on veut éviter la faillite familiale.

Il semble indiqué de dire ici un mot sur la nécessité de programmes d'hygiène mentale à long terme. Jusqu'à présent, il était difficile d'établir ces programmes, à cause du désaccord quant à l'origine des maladies mentales. Depuis longtemps, on sait que certaines d'entre elles, relativement rares, sont dues à des processus infectieux et que quelques autres sont héréditaires. L'immense majorité des cas, cependant, englobant toutes les névroses et les prétendus troubles de la personnalité, restait mystérieuse et fort controversée. Mais cette situation est en train de se modifier au fur et à mesure que s'accumulent les preuves que les conditions affectives des premières années au sein de la famille sont d'une importance majeure pour le développement affectif normal de l'enfant. Le trouble majeur des sujets atteints de maladie mentale, on s'en rend maintenant compte, est leur inaptitude à créer, puis à entretenir avec autrui des liens de coopération amicale et confiante. Et pourtant, une telle aptitude est aussi inhérente à la nature humaine que l'aptitude à voir ou à digérer ; et, de même que nous considérons une mauvaise vue ou une mauvaise digestion comme des symptômes pathologiques, résultant d'une lésion, nous en sommes venus à voir leur équivalent dans l'incapacité à créer des liens humains satisfaisants. Le développement de cette aptitude est très fortement déterminé par la qualité des rapports de l'enfant avec ses parents, au cours des premières années de la vie. C'est en se fondant sur cette théorie étiologique que le rapport sur la première session du Comité d'experts de la Santé mentale de l'Organisation Mondiale de la Santé,<sup>110</sup> montrait avec force qu'il est souhaitable « de s'attacher spécialement à la psychiatrie thérapeutique et prophylactique de l'enfance ».

En pratique, cela signifie qu'il faut non seulement soigner les enfants, mais aussi donner une assistance psychiatrique aux parents, surtout aux parents d'enfants très jeunes : ces enfants sont dans une phase très malléable du développement affectif et, par conséquent, en tireront rapidement bénéfice. Etant donné que les possibilités de traitements psychothérapeutiques sont infimes par rapport aux besoins actuels, un ordre de priorité est indispensable si on veut utiliser rationnellement les moyens : la préférence doit être accordée aux cas significatifs et aux sujets aptes à en tirer

un parti rapide et durable. Tous ceux qui se sont occupés de parents, et surtout de mères d'enfants en bas âge, sont persuadés que l'hygiène mentale n'offre pas de tâche plus féconde que celle-là.

En outre, l'hygiène mentale préventive exige une assistance précoce et efficace pour les familles qui sont déjà en difficulté, car il faut éviter le retrait des enfants de leur famille et pourvoir dans les meilleures conditions possibles au bien-être des enfants qui, pour une raison ou pour une autre, ne peuvent demeurer dans leur foyer. De telles mesures doivent, dans l'espace de deux ou trois générations, permettre à tous les garçons et filles de devenir des hommes et des femmes qui, dans des conditions normales de santé et de sécurité économique, soient capables de donner à leurs enfants une vie familiale stable et heureuse. On peut ainsi espérer améliorer la santé mentale et faire disparaître la plupart des facteurs actuels de carence maternelle.

Le programme d'hygiène mentale à long terme doit être envisagé comme une large diffusion de l'assistance psychiatrique aux familles prises individuellement.

Ce programme visant à éviter la faillite familiale, il faut le reconnaître, nécessite un gros effort. La partie qui se consacre aux aspects sociaux et psychologiques, tels les centres de guidance infantile, les conseils conjugaux et l'assistance aux parents d'enfants en bas âge, demande un nombre élevé de spécialistes. La formation et la rémunération de ces travailleurs demandera du temps et de l'argent ; mais cette manière de résoudre le problème des « enfants sans foyer » semble, à la longue, devoir être beaucoup plus efficace et moins onéreuse que la mise en œuvre pure et simple de foyers nourriciers et d'institutions.

Il est probable qu'une question se posera : celle de la situation faite dans ce programme au personnel sans formation psychiatrique — médecins, infirmières, assistantes sociales, etc. Devront-ils en être exclus ? Bien au contraire, et la réponse est claire et simple : ce n'est que si tout ce personnel reçoit la formation nécessaire que l'entreprise pourra se poursuivre sur une échelle assez vaste. Les pays occidentaux ont atteint, en médecine préventive, un stade où les maladies dues aux infections ou aux troubles de la nutrition sont pratiquement jugulées, et où les agents de la santé peuvent consacrer tout leur temps et leurs efforts à la santé mentale. C'est là un résultat admirable ; mais avant que ce personnel puisse travailler efficacement, une nouvelle formation, intensive, et un changement total de perspective et d'attitude sont nécessaires. Les principes et la pratique de la médecine psychologique et de la prophylaxie mentale ne peuvent être appris en quelques semaines, ni même en quelques mois, pas plus que l'on ne peut apprendre dans ce laps de temps les principes et la pratique de la médecine somatique ou de la médecine préventive physique. A moins que ne soient reconnues comme nécessaires et adoptées la nouvelle formation et la nouvelle attitude, cette entreprise confiée à des

non-spécialistes ne peut qu'échouer. Tous ceux qui désirent se consacrer à ce champ d'action doivent se familiariser profondément avec la psychologie et la psychopathologie des rapports humains, connaître les motifs inconscients et être capables de les modifier. Une formation et une rééducation professionnelle aussi généralisée, voilà ce qu'exigent avant tout l'hygiène mentale et la sauvegarde de la famille.

---

## CHAPITRE 10

### ILLÉGITIMITÉ ET CARENCE

Dans les collectivités occidentales, on peut distinguer deux sortes de naissances illégitimes : les unes sont acceptées par la société, les autres ne le sont pas. Citons quelques exemples d'illégitimité relativement acceptée : dans certaines de ces collectivités, on considère qu'il n'est sage d'épouser une jeune fille que lorsqu'elle a prouvé sa fécondité ; dans d'autres, il est admis qu'un homme et une femme vivent maritalement sans s'être soumis à une cérémonie légale. Enfin, il existe des sous-groupes sociaux, en général dans les classes les plus pauvres, où l'on ne reproche pas à une mère d'avoir un enfant illégitime, et où tous deux sont aidés, au sein d'un groupe familial élargi.

Malheureusement, les statistiques officielles d'illégitimité ne font pas cette distinction essentielle, et sont donc de peu d'utilité. Si l'on se propose d'empêcher que les enfants soient frustrés d'une vie familiale normale, il est indispensable d'avoir des statistiques précises sur le taux d'illégitimité inacceptable socialement, puisque seuls les enfants de cette catégorie sont en danger. Dans les pages qui suivent, on n'envisagera que les cas de la deuxième catégorie.

#### **Caractère et antécédents familiaux des parents d'enfants illégitimes**

Jusqu'à une date récente, une grossesse illégitime était considérée, avec quelque fatalisme, comme un accident de la vie. A part les exhortations morales, on se préoccupait peu de mesures préventives. Cependant, les recherches faites aux Etats-Unis montrent clairement que la jeune fille qui a un enfant naturel inacceptable par la société provient souvent d'un milieu familial peu satisfaisant, et qu'une névrose s'est développée en elle, dont le bébé illégitime n'est qu'un symptôme.

Young<sup>158</sup> a étudié, par exemple, 100 mères non mariées, âgées de 18 à 40 ans, et qui, tout en présentant de grosses variations d'intelligence, d'éducation, de milieu économique et social, étaient, dans l'ensemble, d'un niveau intellectuel supérieur à la moyenne. Elle trouva que 48 de ces filles avaient des mères dominatrices qui les rejetaient et 20 autres des pères dominateurs qui les rejetaient ; elle ajoute que les rapports de la jeune fille avec le parent dominateur « représentaient un véritable champ de bataille, le bébé faisant partie intégrante de la bataille en cours ». Pas

moins de 43 de ces 100 jeunes filles avaient été élevées dans des foyers dissociés, fait qui est confirmé par une statistique de Toronto<sup>144</sup> qui donne, pour 57 mères non mariées, 30 familles dissociées et 10 autres familles où le père et la mère se disputaient. Pour toutes les jeunes filles étudiées par Young s'étaient développés

« des problèmes fondamentaux dans leurs rapports avec autrui. Certaines ne pouvaient pas établir de contacts même superficiels ; d'autres avaient un comportement normal avec des gens de rencontre ou des amis occasionnels, mais étaient incapables de former des liens affectifs étroits ou intimes avec quiconque . . . Ces problèmes les suivaient dans leur travail, et peu d'entre elles pouvaient utiliser plus qu'une faible partie de leur intelligence ou de leurs aptitudes innées . . . Toutes ces filles malheureuses et dirigées par des besoins inconscients, avaient aveuglément cherché un exutoire à leur dilemme affectif en ayant un enfant hors des liens conjugaux. Il n'y a rien d'étonnant à ne trouver parmi elles presque aucune fille qui ait vraiment aimé le père de l'enfant, ou ait vraiment été heureuse avec lui. »

Pratiquement, aucune de ces filles ne vivait avec un homme ; 25 % d'entre elles seulement avaient eu plus qu'une liaison passagère avec le père de l'enfant. Chez toutes se montrait un fort désir inconscient de devenir enceinte ; il était motivé parfois par le besoin d'un objet d'amour dont elles avaient toujours été privées, d'autres fois, par le désir d'utiliser la honte d'un enfant illégitime comme une arme contre leurs parents dominateurs. Il faut remarquer que bon nombre d'entre elles insistaient rigoureusement et de manière irrationnelle pour que leur mère, malgré sa répugnance, s'occupe du bébé illégitime. Le besoin de se servir du bébé comme d'une arme contre leurs parents allait de pair avec le besoin de s'en servir contre elles-mêmes.

« Une des tendances le plus souvent découvertes dans la structure de leur personnalité était la tendance à l'auto-punition. Pratiquement, aucune d'entre elles n'en était complètement exempte, et pour beaucoup de ces filles, cette tendance était la force la plus importante de leur existence. Cette tendance était si puissante, et si profondément enracinée, que bien souvent la jeune fille ne laissait rien, ni personne, s'opposer au processus d'auto-destruction. »

Il est certes impossible de savoir jusqu'à quel point les faits révélés par Young sont caractéristiques ; mais beaucoup d'assistantes sociales munies de connaissances psychiatriques et d'expérience dans ce domaine pensent que pour beaucoup de jeunes filles la maternité extra-conjugale est une manifestation névrotique et non un simple accident. Dans d'autres cas, ces filles sont des psychopathes. Par exemple, sur les 93 mères non mariées dont les enfants étaient confiés au Dr. Barnado's Home,<sup>108</sup> 25 étaient considérées comme mentalement déficientes et vraisemblablement adonnées à la promiscuité sexuelle, tandis que 10 autres étaient stupides et arriérées, déficientes mentalement ou aliénées. Aucun détail n'est donné pour les autres femmes bien que certaines, sans aucun doute, aient eu un caractère semblable à celui décrit par Young.

La personnalité du père non marié est rarement étudiée et l'on ne sait pas grand-chose à son sujet. Selon l'opinion d'assistantes expérimentées, les pères non mariés sont souvent instables et promettent le mariage, souvent sans aucun sens des responsabilités. Ils ont plus de tendance à la promiscuité sexuelle que les mères non mariées, et il n'est pas rare qu'ils compromettent plusieurs jeunes filles en peu de temps. La psychologie des hommes qui font souvent appel à des partenaires de rencontre a été étudiée à propos de la prophylaxie des maladies vénériennes. Wittkower<sup>153</sup> a étudié 200 soldats atteints de maladies vénériennes, et un groupe de 861 soldats atteints d'impetigo, comparables quant à l'âge, l'arme et la garnison ; il conclut :

« Une impression d'ensemble se dégage : les malades atteints de maladies vénériennes sont souvent peu mûrs du point de vue affectif, sexuel, et social, alors même qu'ils peuvent avoir atteint une complète maturité physique et intellectuelle. Comme on peut s'y attendre, les preuves d'immaturité sont plus frappantes parmi les individus qui font régulièrement appel à des partenaires de rencontre que parmi ceux qui n'y font appel qu'occasionnellement... 59 % de nos malades vénériens ont fait montre d'immaturité affective contre 19 % seulement dans le groupe de contrôle. 11 % seulement des malades vénériens contre 62 % du groupe de contrôle pouvaient être considérés comme des personnalités ayant atteint leur maturité. »

Parmi les facteurs qui favorisent la promiscuité sexuelle, Wittkower range le besoin d'affection, les situations donnant naissance à l'anxiété et celles donnant naissance au ressentiment. « La prétendue impulsion sexuelle physiologique, quelque étrange que cela puisse paraître, joue un rôle mineur dans la plupart des cas de promiscuité sexuelle », de même la soif n'a que peu de rapport avec l'alcoolisme chronique.

L'étude de l'origine du caractère sans stabilité ni maturité de ces sujets dont le comportement anti-social s'accompagne de tant de misères conduit, comme dans le cas des nombreuses mères non mariées, à leur enfance et à leurs rapports avec leurs parents. Deux travaux étudiant les corrélations de la promiscuité sexuelle et des foyers dissociés sont résumés dans l'Appendice 1 ;<sup>o</sup> mais pour ne rien omettre, ils sont répétés ici. Dans leur étude de 255 hommes qui faisaient régulièrement appel à des partenaires de rencontre, Safier et al.<sup>127</sup> ont découvert que 60 % d'entre eux provenaient de foyers dissociés par la mort, la séparation ou le divorce ; l'âge moyen de l'enfant au moment de la dissociation étant de six ans.

« Quant aux sujets dont le foyer avait été dissocié, il n'était pas rare qu'ils aient été placés dans des internats scolaires, des foyers nourriciers, des institutions, ou encore chez des parents. Nombre d'entre eux avaient été ainsi placés plusieurs fois. Certains n'avaient reçu aucun soin du père ou de la mère depuis leur naissance, ou leurs premières semaines. Certains de ces derniers étaient nés hors des liens du mariage. Dans d'autres cas, un parent ou les deux s'étant remariés, le sujet avait été élevé dans une famille comprenant un beau-père ou une belle-mère. Nos patients disaient avoir eu des difficultés à s'adapter aux différents changements de la structure familiale. Des contradic-

<sup>o</sup> Voir page 181.

tions dans l'éducation et la discipline résultaient souvent du transfert continu de l'enfant d'un parent à l'autre... C'est dans les cas où la vie familiale avait été instable et où l'enfant avait d'abord été confié à une personne puis à une autre que les conflits étaient le plus accusés » (page 10).

Ce tableau est confirmé par Bundesen et al.<sup>35</sup> qui, dans un groupe de 50 sujets similaires, firent la preuve que l'enfance de 56 % d'entre eux s'était déroulée dans des conditions anormales ayant amené la dissociation du foyer.

Des études préliminaires telles que celles-ci mènent loin et tendent à démontrer que, dans une collectivité occidentale, ce sont les hommes et les femmes désaxés affectivement qui donnent naissance aux enfants illégitimes que la société rejette. En outre, elles accordent une prééminence supplémentaire à ce phénomène social qui, on l'a déjà montré à maintes reprises, contribue à accroître le nombre d'enfants frustrés de soins maternels — phénomène selon lequel une génération d'enfants carencés donnera à la prochaine génération des enfants carencés.

### Protection des enfants illégitimes

Eviter que des enfants illégitimes aient besoin d'être élevés hors de leur foyer est un problème qui peut être envisagé sous deux angles : empêcher les enfants illégitimes de naître ; et, s'ils sont nés, faire des plans réalistes pour pourvoir à leur entretien. La réduction de la natalité des enfants illégitimes inacceptables par la société nécessite des mesures d'hygiène mentale à long terme qui seront discutées plus loin. En attendant, les collectivités occidentales devront prendre en charge et élever au mieux ces enfants, et ceci durant de nombreuses décennies à venir. Il n'est pas possible de prendre des mesures efficaces, sans connaissance réelle et sans compréhension de la question ; cependant, on reste frappé par l'absence d'études concernant la meilleure manière de protéger et d'élever les enfants illégitimes.

Plusieurs pays européens, entre autres les Pays-Bas, le Royaume-Uni et la Suède, sont fermement attachés au principe selon lequel la mère non mariée doit garder son enfant. Par exemple, dans une circulaire de 1943 du Ministry of Health de Grande-Bretagne,<sup>74</sup> les devoirs de l'assistante sociale qui aide la mère non mariée sont ainsi énoncés : « si possible, persuader la jeune fille d'informer ses parents de sa situation ; et si le foyer a des chances d'être satisfaisant, persuader les grands-parents d'y faire une place pour le nouveau-né » ; envisager ensuite d'autres possibilités telles que l'emploi résidentiel, garderies, foyers nourriciers, ou pouponnières ; et enfin, seulement « dans des cas spéciaux, c'est-à-dire si la mère est très jeune, ou est mariée à un homme qui n'est pas le père de l'enfant, conseiller de faire adopter légalement l'enfant ». Aux Pays-Bas, l'adoption n'est pas autorisée légalement, mais il ne paraît pas y avoir

d'études faites sur le mode de vie de l'enfant illégitime qui n'est pas adopté. Des rapports tels que celui du Medical Officer of Health de Willesden <sup>149</sup> sont loin d'être rassurants. Dans sa troublante description de l'existence aléatoire et perpétuellement changeante des enfants en nourrice, dans sa circonscription en 1939, il écrit :

« La plupart des enfants mis en nourrice sont illégitimes. Leurs mères travaillent le plus souvent et ne quittent guère leur emploi plus d'un mois avant l'accouchement. Le dernier mois, elles doivent, sans emploi, subvenir à leurs besoins et faire quelques préparatifs pour l'enfant. Généralement, elles accouchent à l'hôpital qu'elles doivent quitter le 10<sup>e</sup> ou 15<sup>e</sup> jour. Elles n'ont plus d'argent, pas d'endroit où aller et sont handicapées par l'enfant. Il est important qu'elles aient un nouveau travail tout de suite. Il semble qu'assez souvent la mère trouve une femme qui, peut-être par bonté, peut-être avec l'espoir de se faire payer plus tard, se charge de l'enfant tandis que la mère cherche un travail. L'enfant peut être bien soigné, ou non, mais en raison des circonstances, la mère n'y regarde pas de trop près ; elle est trop contente de trouver quelqu'un qui prenne l'enfant. Si elle trouve de l'ouvrage et paie la femme, il se peut que l'enfant y reste un certain temps ; mais si les paiements sont minimes et irréguliers, l'enfant risque d'être passé d'une femme à une autre, ne trouvant aucune stabilité d'existence. »

Il n'y a pas de raison de supposer que les conditions aient changé en Grande-Bretagne au cours de la dernière décennie. Une institution de Londres qui s'occupe des mères non mariées montre, dans son rapport sur le placement de plus de 1.000 bébés en 1949-1950, que 22 % furent placés chez des parents nourriciers ou dans des pouponnières peu après la naissance. Seulement 17 % furent adoptés. Les autres, formant la majorité, vivaient avec leur mère non mariée. Mais une autre institution de Londres indique que, tôt ou tard, ces enfants échouent dans des foyers nourriciers ou dans des pouponnières ; précisant que sa politique est, autant que possible, d'encourager les mères non mariées à garder leurs enfants, en leur donnant au besoin une assistance financière ou autre, il poursuit : « Il faut reconnaître qu'avec la pénurie de logement il est de plus en plus difficile à une mère non mariée de garder son enfant avec elle, depuis la naissance et pendant la plus grande partie de son enfance ; l'enfant a toutes les chances d'être mis en nourrice ou placé dans une pouponnière » (communications personnelles).

L'absence de statistiques satisfaisantes dans tous les pays d'Europe occidentale donne la mesure de leur négligence envers ce problème. En même temps, le peu de renseignements que nous possédons montre clairement que, dans quelques pays au moins, une grande proportion d'enfants naturels, peut-être plus de la moitié, grandissant dans les conditions aléatoires actuelles, souffrent plus ou moins de carence maternelle ; ils acquièrent ainsi une personnalité apte à produire de nouveaux enfants pareils à eux-mêmes. L'absence de recherche sur le sort ultérieur des mères non mariées (et bien que certains professent hautement que telle ou telle solution est la meilleure pour elles) est symptomatique : le public se désintéresse du problème, lequel n'a pas été étudié du point de vue scientifique.

Le tableau est assez différent au Canada et aux Etats-Unis. Au cours des dix dernières années, on signale peu de travaux sur le sort réel des enfants illégitimes non adoptés. En 1943, le Welfare Council of Toronto and District a publié une étude<sup>144</sup> portant sur l'histoire clinique et l'adaptation des enfants illégitimes de 14 et 15 ans qui étaient restés avec leurs mères ou des parents proches. Sur les 92 enfants étudiés (49 garçons et 43 filles), 25 seulement étaient restés dans le même groupe familial depuis leur naissance, et 19 autres avaient suivi leur mère au cours d'une existence vagabonde. Les 48 restants (52 %) avaient changé d'image maternelle, habituellement deux ou trois fois, ou davantage. Ce travail va plus loin encore, en montrant d'abord qu'une grande partie de ces enfants (47 %) présentent des signes d'inadaptation, et ensuite que celle-ci est en relation avec leurs épreuves passées. Ceci est clairement montré dans le tableau XII, qui donne la relation entre la fréquence de l'inadaptation et l'âge auquel l'enfant est devenu membre permanent d'un groupe familial.

**TABLEAU XII. RELATION ENTRE LA FRÉQUENCE DE L'INADAPTATION ET L'ÂGE AUQUEL LA SITUATION D'UN ENFANT ILLÉGITIME S'EST STABILISÉE (ÉTUDE DE TORONTO)**

	Age auquel la situation s'est stabilisée			Total
	avant 3 ans	4 à 7 ans	après 7 ans	
	%	%	%	%
Inadaptés . . . . .	33	50	84	47
Adaptés . . . . .	67	50	16	53
	100	100	100	100
Nombre d'enfants . . . . .	55	18	19	92

Note : P est inférieur à 0,01.

De ce tableau, il appert que plus tôt l'enfant trouve une situation stable, mieux cela vaut — conclusion qui n'est pas faite pour nous surprendre. Dans 21 cas (17 garçons et 4 filles), la délinquance traduisait l'inadaptation : vol et vagabondage surtout. Une fille de 15 ans s'était déjà enfuie et était devenue enceinte — encore un exemple du cercle vicieux : le sujet carencé a des enfants qui seront aussi carencés. Combien parmi les autres délinquants — presque un quart de tout le groupe — auront plus tard des enfants illégitimes ou carencés ?

Le rapport précise qu'à quelques exceptions près, les foyers dont sortaient les délinquants étaient instables et malheureux. « Les enfants étaient retirés de familles où ils étaient heureux, auxquelles ils croyaient appartenir, pour être placés dans des foyers où ils n'étaient pas désirés. D'autres

avaient été rejetés pratiquement depuis leur naissance par les gens avec lesquels ils vivaient. » Voici une nouvelle preuve, s'il en était besoin, que la carence maternelle provoque l'inadaptation.

L'enquête de Toronto révèle une triste situation que l'auteur fait dépendre directement de la politique suivie par les organismes chargés de conseiller les mères non mariées au moment de la naissance de l'enfant : ces conseils à la jeune mère étant de s'occuper elle-même de son bébé. Il était clair que cette politique assez rigide avait trop influencé bien des mères : certaines d'entre elles s'étant occupées de leur bébé pendant la période où celui-ci est le plus dépendant de sa mère, ne pouvaient ultérieurement se résoudre à abandonner leur enfant, même lorsqu'elles en venaient à se rendre compte que l'avenir n'offrirait probablement ni une vie satisfaisante pour elles-mêmes, ni de grandes chances d'un développement normal pour leur enfant. D'autres s'étaient vite rebellées contre les préceptes des œuvres et s'étaient débarrassées de leurs enfants, en essayant de faire pour le mieux. Dans d'autres cas, la contrainte, la persuasion ou les encouragements avaient amené les parents de la mère à ouvrir leur foyer à l'enfant, malgré une mésentente de longue date entre la jeune mère et ses parents ; le bébé devenait alors une cause supplémentaire de difficulté familiale. Sans doute était-il des cas heureux où l'enfant était entretenu soit par sa mère, soit par les grands-parents maternels, mais seulement semble-t-il quand la mère était stable, entretenait de bons rapports avec ses parents, et était attachée à l'enfant et au père de celui-ci — ensemble de circonstances peu fréquent.

Peu de temps auparavant, Rome<sup>125</sup> à New-York, étudiait 30 mères qui avaient confié leur enfant à une institution, en attente d'une décision définitive. Ses conclusions sont identiques. Parmi les 30 bébés, 8 seulement furent finalement repris par leurs mères ; 4 furent adoptés ; et après 3 ans, 15 enfants restaient en institution ou dans des foyers nourriciers. Elle démontre non seulement qu'au bout de trois ans, 50 % de ces mères non mariées étaient incapables de prendre une décision définitive, mais encore que ce résultat pouvait être prédit, avec une quasi-certitude, dès la naissance de l'enfant : il n'y a de chances pour que la mère reprenne son enfant et lui donne un foyer que si quatre au moins des conditions suivantes se trouvent réunies : qu'elle ait une personnalité stable, qu'elle ait une attitude réaliste à l'égard de son problème, qu'elle aime et accepte l'enfant, qu'elle ait de bons rapports affectifs avec le père putatif, que la famille enfin ne cherche pas à imposer l'abandon de l'enfant. Si les données de Young sur la psychologie des mères non mariées peuvent être généralisées, et l'enquête de Toronto suggère qu'elles peuvent l'être, on voit que de telles conditions ne se trouvent actuellement réunies que dans une minorité de cas.

Embry<sup>53</sup> écrit au sujet d'enfants que la mère ne se décide ni à abandonner complètement, ni à prendre totalement en charge :

« L'enfant dans une institution ou dans un foyer nourricier, ou plus probablement dans des foyers nourriciers successifs, perpétue la tragique situation : n'être l'enfant de personne. La mère vient le voir de temps en temps. Elle lui apporte parfois des cadeaux. Rarement elle paye un peu pour la pension. Quand on lui demande ce qu'elle compte faire de lui, elle répète qu'un jour elle le prendra avec elle, mais ce jour semble ne jamais venir. Lorsque l'organisme d'assistance est enfin convaincu qu'il faut la contraindre à abandonner l'enfant, celui-ci a eu le temps de grandir et de dépasser l'âge où il aurait pu facilement être adopté. »

Dans un petit livre publié par le Children's Bureau of the US Department of Labor, Morlock<sup>103</sup> en donne une illustration :

« Voici un enfant de cette catégorie ; à 10 ans, c'est un garçon troublé, désorienté, qui a de nombreux problèmes de comportement. Il a vécu dans 20 foyers nourriciers. A l'époque de sa naissance, sa mère était une jeune fille docile, réceptive, qui a accepté la doctrine qu'on lui avait inculquée à la maternité : une mère doit garder son enfant. Les parents ne l'autorisaient pas à vivre chez eux si elle gardait l'enfant ; elle se mit à travailler dans un magasin, paya régulièrement la pension de l'enfant, vint le voir tous les quinze jours dans son foyer nourricier. Peu à peu, cependant, elle cessa de payer. Elle fit deux tentatives de suicide. Ou bien le plan primitif ne convenait ni à la mère ni à l'enfant, ou bien celle-ci n'a pas reçu une aide suffisante pour mener ce plan à bien » (page 28).

De tels faits ont eu pour résultat de changer brusquement la politique progressiste des Etats-Unis vis-à-vis des enfants illégitimes, et depuis dix ans, un plus grand nombre d'adoptions ont été réalisées. Les assistantes sociales pensent maintenant qu'il est de leur devoir d'aider la mère non mariée à regarder en face la situation réelle qui l'attend : c'est bien souvent celle d'une fille dépourvue de maturité, en mauvais termes avec sa famille, sans sécurité financière, qui, pendant de longues années, devra sans aide, ou presque, entretenir un enfant vis-à-vis duquel ses sentiments sont ambivalents. Si telle est effectivement la situation, et si elle est exposée aux mères avec sympathie par quelqu'un en qui elles ont appris à avoir confiance, la majorité des filles reconnaissent que ce n'est ni leur intérêt, ni celui de l'enfant, de tenter de le prendre en charge ; elles sont ainsi préparées à le faire adopter. Comme le montrent le remarquable article de Young<sup>159</sup> et le petit livre de Morlock & Campbell,<sup>103</sup> les assistantes sociales américaines ont fait l'auto-critique de leurs tendances antérieures, qui leur permettaient d'éviter de prévoir l'avenir et d'aider inconsciemment les mères non mariées à s'évader de tout projet à long terme ; c'est bien ce que font les organismes privés et publics quand ils prennent en charge des enfants illégitimes sans obliger les mères soit à établir des plans à long terme réalisables pour leur subsistance, soit à en laisser le soin aux autres en permettant l'adoption. Dans certains pays, tels que la Grande-Bretagne, d'après la loi, les autorités n'ont pas d'autre choix que d'accepter les mesures temporisatrices de la mère : la loi contraint les autorités à s'occuper de l'enfant, tandis qu'elle permet à la mère d'interdire indéfiniment que l'enfant soit adopté. Il est clair que dans la conception de telles

lois, la principale préoccupation du législateur a été d'assurer aux parents un droit à la possession de l'enfant, le souci du bien-être de l'enfant ne venant qu'en deuxième lieu.

Il est regrettable que les travailleurs de toutes catégories se soient souvent laissé influencer par leurs propres attitudes sentimentales ou punitives à l'égard des mères égarées, au lieu de considérer objectivement les meilleures solutions tant pour la mère que pour l'enfant. Il fut un temps où cette attitude répressive les conduisait à enlever l'enfant à sa mère pour la punir de ses péchés. Actuellement, cette même attitude les conduirait plutôt dans une direction contraire obligeant la mère à porter la responsabilité et la charge de ce qu'elle a fait si inconsiderément. Le sentimentalisme peut, de même, aboutir à l'une ou l'autre conclusion. Ce n'est qu'en nous écartant de ces attitudes irrationnelles et en envisageant d'étudier à nouveau le problème que nous aurons des chances d'établir des principes réalistes de travail. Il est absolument urgent d'étudier dans beaucoup de pays le sort réel des enfants illégitimes d'aujourd'hui — de savoir combien mènent une existence familiale satisfaisante, avec leur mère ou des parents proches, combien traînent une misérable existence dans des foyers nourriciers ou des institutions, combien sont adoptés, et quel est le résultat de ces adoptions. Il est nécessaire en outre d'étudier le sort ultérieur de la mère non mariée, de prévoir pour l'avenir des moyens de l'aider à éviter les complications liées à sa situation pour qu'elle réussisse à mener une existence plus satisfaisante. Il se peut que dans certains cas, en l'encourageant à prendre la responsabilité de son enfant, on puisse l'aider à devenir une citoyenne ayant davantage le sens de ses responsabilités ; mais agir comme s'il devait toujours en être ainsi, c'est non seulement être utopiques, mais afficher nous-mêmes bien peu de sens des responsabilités sociales. Car c'est une chose grave que de condamner un enfant à être parqué dans une succession interminable de foyers nourriciers, ou à être élevé dans une institution, alors qu'il existe de longues listes d'attentes de gens désireux d'adopter un enfant, et aptes à faire de bons parents.

Jusqu'à présent, la plupart des pays ont préféré oublier l'existence des enfants naturels ; ou bien, dans la mesure où ils les ont aidés, ce fut toujours trop peu et trop tard. Si une collectivité désire faire disparaître cette source d'enfants carencés, elle doit se montrer plus réaliste dans ses solutions ; elle doit à la fois procurer une aide économique et psychologique à la mère non mariée pour lui permettre de s'occuper de son enfant, et organiser des services compétents qui se chargeront de faire adopter les enfants dont la mère ne pourra s'occuper.

---

**FOYERS DE SUBSTITUTION. I. ADOPTION**

« Il existe des milliers de familles sans enfants qui en réclament et des centaines de homes qui ont trop d'enfants ayant besoin d'une vie familiale ; voilà le paradoxe essentiel de l'action en faveur des enfants carencés. » Cette situation, définie dans le rapport annuel d'un Children's Officer d'une commune anglaise,<sup>47</sup> se retrouve dans beaucoup de pays occidentaux, et peu d'études sérieuses ont été consacrées aux problèmes de l'adoption. Celle-ci n'est reconnue que progressivement comme un processus demandant une compréhension scientifique et une compétence professionnelle. Trop souvent, l'avenir du bébé est l'affaire d'un amateur bien intentionné ou d'un inspecteur de la santé, habitué à ne considérer que l'hygiène somatique. Une fois encore, la rareté des études scientifiques sur ce sujet est remarquable.

Le processus d'adoption concerne trois séries de personnes : la mère, le bébé (presque toujours illégitime) et les éventuels parents adoptifs. Pour chacun d'eux, une intervention compétente est nécessaire. D'abord, il faut aider la mère à prendre une décision objective et réaliste, ce qui exige de la compétence pour établir des liens de confiance mutuelle avec elle, pour comprendre sa personnalité et sa situation sociale, pour l'aider à envisager des faits désagréables de façon constructive. Ensuite, il est nécessaire de faire le bilan des possibilités futures du bébé : tâche peu aisée sujette à bien des assertions sans fondement. Il faut aussi pouvoir prévoir comment un couple s'occupera d'un enfant, et ceci souvent sans aucune preuve de ses aptitudes. Enfin, il y a lieu d'aider ce couple au cours de la période initiale d'adaptation. Voilà bien des tâches formidables. De plus, elles doivent être accomplies assez vite, puisque tous ceux qui en ont l'expérience sont d'accord pour penser que le bébé doit être adopté aussi jeune que possible.

Les preuves apportées dans la Partie I de ce rapport montrent sans erreur possible que la santé mentale de l'enfant exige qu'il soit adopté peu de temps après sa naissance. Aucune autre solution ne permet la continuité des soins maternels, et la plupart des autres solutions n'assurent pas la qualité de ces soins. Si le bébé reste avec sa mère, il est vraisemblable qu'elle le négligera et le rejettera. S'il est placé, même temporairement, dans une pouponnière ou dans un foyer nourricier, les travaux de Rheingold et de Levy démontrent que, souvent, son développement en souffrira peu ou prou (voir page 19). Rien n'est plus tragique que de voir de bons

parents adoptifs adopter un enfant chez qui des épreuves précoces ont amené un trouble du développement de la personnalité que rien, en leur pouvoir, ne pourra plus désormais corriger. Une adoption très précoce sert donc manifestement aussi l'intérêt des parents adoptifs. En outre, plus ils auront eu l'enfant tôt après sa naissance, plus ils auront le sentiment que le bébé est leur propre enfant, et plus facilement ils s'identifieront à sa personnalité. Des liens affectifs favorables auront alors les plus grandes chances de se développer.

Les arguments contre une adoption très précoce sont au nombre de trois :

- a) elle implique une décision de la mère qui pourrait être précipitée
- b) le bébé ne peut être nourri au sein
- c) il est plus difficile de se rendre compte des possibilités de développement du bébé.

De ces arguments, c'est le premier qui a le plus de poids. Il est manifestement de la plus haute importance, non seulement que la mère prenne la décision qui convient, mais aussi qu'elle la prenne de telle façon qu'elle reste persuadée d'avoir agi avec sagacité. Ceci peut demander du temps, encore que, comme l'a montré Rome, il n'y ait pas intérêt à prolonger indéfiniment la période d'indécision. Si la mère a cherché une aide raisonnablement tôt, une assistante expérimentée doit pouvoir l'aider à prendre une décision réaliste soit avant la naissance, soit peu de temps après ; en effet, la plupart des facteurs qui entrent en ligne de compte (c'est-à-dire : la stabilité de la personnalité, une position objective vis-à-vis du problème, et l'attitude à l'égard du père putatif) se seront manifestés dans son existence avant la naissance du bébé. Si tous ces facteurs sont défavorables, la naissance du bébé ne les modifiera pas, et on ne doit pas s'attendre à voir la mère s'occuper du bébé avec succès. Il est certain que, dans un grand nombre de cas, plus de savoir, de compétence et de réalisme de la part des assistantes sociales permettraient d'atteindre précocement des solutions sages et satisfaisantes affectivement.

De plus, dans l'intérêt de la mère, la décision de garder l'enfant ou de s'en séparer, doit être précoce plutôt que tardive. Ce n'est pas faire preuve de bonté que de laisser une mère s'attacher à son enfant, s'il n'est pas manifeste qu'elle sera capable de l'élever, car la séparation n'en sera que plus cruelle. Quelques mères non mariées décident, après réflexion, qu'elles préfèrent ne pas voir l'enfant ; c'est une décision que nous devons respecter. Une doctrine rigide suivant laquelle toutes les mères non mariées doivent élever leur enfant pendant trois ou six mois, et doivent les nourrir au sein, ne peut avoir de place dans un système qui vise à aider les enfants naturels et leurs mères à mener des existences utiles et heureuses.

Ce n'est, bien entendu, que si le bébé a des chances d'être nourri au sein que le sevrage constitue un argument contre l'adoption précoce ; car

si la mère ne tient pas à nourrir son enfant, ou si le bébé doit être mis dans une pouponnière ou un foyer nourricier, la question ne se pose plus. Si l'adoption précoce implique effectivement que l'on empêche l'enfant d'être nourri au sein, c'est naturellement une chose sérieuse. Même ainsi, pour arriver à une décision correcte quant à l'âge le plus favorable pour l'adoption, il faut savoir peser les avantages et les inconvénients d'ordre médical ; seules des recherches beaucoup plus approfondies que celles qui ont été faites jusqu'à présent permettront de prendre une décision en rapport avec la réalité. En attendant, il n'est pas raisonnable de prétendre que l'allaitement maternel et l'adoption tardive sont plus favorables pour l'avenir de l'enfant qu'un allaitement artificiel conduit avec affection, et une adoption précoce.

Le troisième argument contre l'adoption précoce — qu'il est plus difficile de se rendre compte des possibilités de développement de l'enfant — est largement mis en avant par les psychologues, mais c'est le plus faible des trois. Il se fonde sur la présomption que les différents tests de développement mental dont on dispose au cours de la première année, permettent de prévoir le développement mental ultérieur de l'enfant. Dans son étude approfondie, Bayley<sup>11</sup> a montré que cette assertion n'est pas justifiée. Elle montre que la corrélation des résultats des tests effectués par le même enfant à neuf mois, puis à quatre ans est nulle, et que « les chiffres obtenus avant 18 mois sont inutilisables pour prédire les aptitudes de l'âge scolaire ». Michaels & Brenner<sup>101</sup> arrivent à la même conclusion dans leur travail de recherche sur l'adoption, l'une des rares études publiées sur ce sujet. Ils suivirent 50 enfants adoptés, âgés de quatre ans et plus, à la fois pour découvrir la proportion des succès, et déterminer quels étaient les critères de prévision les plus sûrs. Ils concluent assez tristement que « les découvertes des psychologues, dans ce domaine et dans d'autres, suggèrent que la tendance des assistantes sociales à présumer que des tests de nourrissons fournissent un indice sûr des possibilités de développement, n'est nullement garantie ».<sup>p</sup> Non seulement en est-il ainsi, mais, comme on l'a vu, la solution qui consiste à garder un enfant à la pouponnière en pensant que quelques mois plus tard, on pourra faire une prévision précise, risque fort de provoquer par elle-même une arriération, que l'on considère alors comme une preuve que l'enfant est congénitalement arriéré. On arrive ainsi à cette situation paradoxale où des précautions mal comprises à l'égard de l'adoption produisent un bébé qui d'abord paraît, puis devient ultérieurement, inapte à être adopté.

Il est probable que le meilleur indice pour prévoir le potentiel intellectuel est l'intelligence des parents ; pourtant, pour beaucoup de raisons,

---

<sup>p</sup> Le fait que les tests de bébés ne permettent pas de prévoir l'avenir ne préjuge en rien de leur valeur en tant qu'indice de développement actuel, valeur qui peut être comparée à celle de la courbe de poids ; celle-ci n'ayant aucune valeur pronostic pour le futur développement somatique du bébé, mais garde sa valeur d'indice de ses progrès physiques.

ce ne peut être qu'un signe très approximatif ; les parents adoptifs, comme les parents naturels, doivent être prêts à prendre un risque physiologique normal.

On verra donc que les arguments qui militent contre l'adoption précoce sont beaucoup moins puissants qu'ils ne le paraissent à première vue. C'est pour des raisons psychiatriques et sociales que l'adoption au cours des deux premiers mois devrait se généraliser ; une certaine discipline sera pourtant nécessaire pour permettre aux mères d'arriver à une décision qui les satisfasse. Si, durant cette période d'attente, l'enfant n'est pas élevé par sa mère, il est préférable pour lui d'être élevé dans un foyer nourricier temporaire plutôt que dans une institution.

Etiqueter un bébé, inapte à l'adoption, c'est le condamner à une enfance frustrée, à une existence malheureuse. Peu de gens sont qualifiés pour prendre une telle décision qui, souvent, dans les pays occidentaux, est déterminée par des motifs aussi bien intentionnés qu'erronés. Par exemple, beaucoup d'œuvres d'adoption refusent absolument les enfants issus d'unions incestueuses, quelle que soit la qualité de la souche familiale. De naïves théories de génétique peuvent aussi conduire à l'exclusion d'un enfant, sous le prétexte qu'un frère ou une sœur est un déficient mental, ou que l'un de ses parents est atteint de maladie mentale. Au temps où la doctrine psychiatrique officielle affirmait que toutes les maladies mentales étaient héréditaires, on pouvait comprendre cette manière de voir. Mais maintenant, cette attitude ne se justifie plus, sauf dans le cas où la fréquence des déficiences ou des maladies mentales dans une famille dépasse manifestement la moyenne. On a déjà remarqué que les tests mentaux ne permettent aucune prévision au cours des 18 premiers mois de la vie, aussi ne doit-on pas trop se préoccuper d'un certain retard, même en l'absence de frustration, à moins toutefois qu'il ne soit très marqué. Enfin, l'assertion largement répandue que les enfants qui ont certaines déficiences physiques ne doivent pas être adoptés ne repose sur rien de solide, comme Wolkonir<sup>156</sup> l'a montré dans son intéressant article intitulé « The unadoptable baby achieves adoption ».

De cette discussion émergent trois principes concernant l'aptitude d'un bébé à être adopté :

a) le bilan des potentialités génétiques d'un enfant nécessite l'opinion d'une personne connaissant bien la génétique humaine, et, en aucun cas, un avis défavorable ne doit être donné sans l'opinion d'une personne compétente ;

b) les psychologues devraient connaître à fond la valeur pronostique de leurs tests ainsi que les effets de la frustration, de la maladie, et des autres facteurs extérieurs sur les performances effectuées.

c) même si l'état de l'enfant, ou le pronostic quant à son avenir, ne sont pas entièrement favorables, il faut encore essayer de voir s'il ne se

trouve pas des parents adoptifs qui, en pleine connaissance des faits, soient prêts à l'accepter, dans un état d'esprit réaliste.

Le troisième domaine où des connaissances et de la compétence sont nécessaires consiste à juger les parents adoptifs éventuels, et à aider ceux qui conviennent à traverser heureusement l'intense épreuve affective qu'est l'adoption d'un bébé. Il n'y a pas de place pour l'amateur dont les seuls critères peuvent être les signes extérieurs de respectabilité, ni pour l'assistante ne connaissant que l'hygiène somatique avec ses critères : revenu, propreté, mètres cubes d'air. Ces critères ont conduit à des standards inappropriés et fantaisistes. La santé mentale de l'enfant dépendra des relations affectives qu'il aura l'occasion de développer ; pour les prévoir, il faut une bonne connaissance de la psychologie de la personnalité, et de la compétence dans la conduite d'une entrevue. Les principes de ce travail sont admirablement discutés par Hutchinson,<sup>80</sup> dont le livre *In quest of foster parents* est à consulter. Elle insiste sur l'importance majeure d'apprécier les vraies raisons qui poussent la mère à vouloir adopter un bébé (car c'est presque toujours la mère, plutôt que le père, qui est à l'origine du projet). Les vraies raisons, souvent, ne sont pas ce qu'elles paraissent être, et leur véritable nature peut être en grande partie cachée aux yeux de la femme elle-même.

« Savoir que les parents sont à la recherche d'amour ou de plus d'amour, ou d'un amour différent, ne doit pas les faire écarter, mais cela permet souvent de les comprendre plus profondément. Le nœud de la question est de savoir jusqu'à quel point leurs spécifications affectives sont normales et raisonnables. Une mère adoptive peut insister explicitement et avec rigueur sur les caractères qu'elle veut et « doit » rencontrer dans un bébé. Il faut que ce soit une fille, d'une complexion, d'un âge, issue de parents, d'une nationalité, et d'un caractère bien déterminés. Ce qui frappe, c'est la ténacité avec laquelle elle s'en tient à ces précisions, même quand on lui a dit que ses conditions sont, à proprement parler, déraisonnables et gênantes. Un père adoptif éventuel peut ne pas vouloir renoncer à sa détermination d'avoir un garçon qui réalisera à tout prix ses propres ambitions déçues. Des exigences aussi inflexibles et aussi « narcissiques » contrastent avec les demandes du parent éventuel qui prendra volontiers en considération toute une série d'enfants, et qui ne vient pas avec des conditions trop préconçues ni trop irrévocables. »

Les gens qui adoptent ces attitudes inflexibles et rigides se conduisent ainsi pour des raisons liées à leurs propres conflits affectifs, qu'ils doivent à leur propre enfance. Dans un tel cas, l'enfant est désiré non pour lui-même, mais pour résoudre les difficultés particulières des parents ; comme on peut s'y attendre, la plupart du temps, il ne résout rien. La femme qui ne s'est jamais sentie aimée et qui cherche l'amour et la société d'un enfant, ne souhaitera pas le voir grandir, avoir des amis, se marier. La femme qui cherche une petite fille qui réussira partout où elle-même a échoué, tôt ou tard a des chances d'être déçue, et de se retourner contre l'enfant. Beaucoup d'autres motifs aussi peu satisfaisants peuvent être sous-jacents à l'exigeant besoin d'avoir un enfant. De la même façon, des motifs

valables peuvent être masqués par un extérieur peu prometteur. La femme aux manières gauches et brusques, ou le couple d'apparence insouciant, désordonnée et pas très propre, ont parfois un cœur tendre et se montrent des parents aimants et efficaces. Si les motifs sont de bon aloi, on peut passer sur d'autres insuffisances.

Comment découvrir les intentions profondes de ces parents éventuels ? En partie, en leur demandant comment leur est venue initialement l'idée d'adopter un enfant ; en partie en se renseignant sur leurs qualités humaines, surtout sur leur aptitude à se créer facilement des liens d'amitié avec autrui. Mais au cours de cet interrogatoire s'offrent trois autres éléments : la manière dont ils parlent d'autrui, en particulier de leurs proches ; la manière dont ils se traitent mutuellement ; la manière dont ils traitent l'assistante sociale. La valeur de ces deux derniers critères est attestée par les travaux que Michaels & Brenner<sup>101</sup> ont consacrés aux suites de l'adoption ; ils concluent : « le domaine le plus fécond de ces enquêtes familiales était le mariage, les besoins qu'il satisfaisait chez les deux conjoints, la manière dont ils réalisaient leurs propres satisfactions, et répondaient aux besoins de leur conjoint ». Pourtant, Hutchinson a montré que c'est précisément le domaine que l'enquêteur évite le plus communément ; en effet, s'il n'y est pas très entraîné, celui-ci se sent, et est effectivement, absolument incapable de faire des enquêtes à la fois utiles et non embarrassantes. Michaels & Brenner continuent :

« Les rapports entre enquêteur et enquêté avaient aussi une valeur diagnostique. Des familles s'offusquaient de l'intérêt porté par l'assistante à leur vie privée, ou pensaient que leurs références, leur position, ou leur profond besoin d'être parents, devaient leur valoir un enfant, sans autre forme de procès ; cette attitude, bien souvent, reflétait seulement des problèmes sous-jacents, intimement liés à l'aptitude parentale. Souvent aussi, des familles qui entraient facilement en contact avec l'assistante acceptaient la nécessité pour l'organisation de choisir de bons parents, admettaient leurs scrupules humains, leurs problèmes et leurs imperfections, révélaient de profondes et solides qualités parentales. »

L'aptitude à faire face courageusement aux difficultés, à considérer avec sang-froid les moyens de lutter contre elles, est une condition indispensable pour des parents adoptifs, « car l'aptitude à prendre des risques est aussi indispensable pour des parents adoptifs » que pour des parents naturels.

« La question n'est pas de savoir si on peut satisfaire leurs désirs avec certitude tant que l'enfant est tout petit, car manifestement, on ne le peut pas. La question est plutôt de savoir ce qu'ils feraient en face d'une déception ; est-ce qu'ils pourraient tout de même se conduire en parents aimants, satisfaits d'être parents ? Il n'existe malheureusement rien qui ressemble à une « adoption garantie » ; aucun enfant ne peut être « certifié » par un organisme d'adoption. Il est donc d'une importance vitale que les parents soient capables d'accepter l'enfant, qu'il réponde ou non à leurs espérances et à leurs désirs » (Hutchinson<sup>80</sup>).

Une certaine malléabilité, et l'aptitude à regarder la vérité en face, sont également désirables si les parents doivent dire à l'enfant qu'il est

adoptif ; c'est une condition que tous s'accordent à juger essentielle, puisque la vérité se fera jour tôt ou tard. Elever l'enfant en lui faisant connaître son adoption, dès l'âge le plus tendre, ne devrait présenter aucune difficulté à condition que les parents admettent eux-mêmes la vérité et ne se complaisent pas, pour des raisons personnelles, au fantasme de l'avoir mis au monde eux-mêmes. Des complications n'apparaîtront que si les parents adoptifs et naturels se connaissent. Les organismes de placement dignes de confiance observent en général un secret rigoureux sur ce point ; il semble que cette mesure soit essentielle si l'on ne veut pas mettre l'adoption en danger.

L'intense expérience affective des parents qui adoptent un bébé est souvent négligée. Hutchinson a décrit « l'excitation, l'urgente nécessité et la profondeur de sentiments » qui caractérisent l'attitude de la mère adoptive. Pour elle, cela ne veut pas dire seulement qu'elle prend possession d'une vie humaine, pour le meilleur et pour le pire, avec tout ce que la possession d'un bébé implique pour une femme ; cela peut aussi vouloir dire que son mari et elle ont enfin accepté le fait douloureux de n'avoir jamais un enfant de leur propre chair. Ce sont des émotions pénibles et conflictuelles qui, si elles ne sont pas surmontées entièrement, risquent d'altérer les sentiments des parents à l'égard de l'enfant. Une fois encore, l'assistante a besoin d'une intuition basée sur la connaissance des problèmes, et d'une habileté basée sur leur pratique. Intuition et habileté similaires sont nécessaires lorsque l'assistante est amenée à dire aux parents éventuels qu'ils ne sont pas aptes à adopter un enfant. Naturellement, elle le leur dira sous la forme la moins désagréable possible pour éviter de les affliger plus qu'il n'est nécessaire ; mais son but principal est de les aider à voir eux-mêmes la vérité, sinon les parents éventuels non seulement seront vexés, mais encore persisteront dans leur recherche d'un bébé à adopter.

On n'entend guère parler du marché noir des bébés — procédé grâce auquel des parents adoptifs éventuels, refusés par des organismes dignes de confiance, arrivent à obtenir un bébé, parfois en payant des sommes importantes à des tiers. Dans la plupart des pays, à l'heure actuelle, ce détour peut être utilisé par des gens qui, de l'avis unanime, sont absolument inaptes à élever un enfant. C'est un problème social et légal qui devra un jour retenir l'attention ; mais il serait fou de s'attaquer à un problème aussi épineux avant que tous les organismes de placement reconnus ne soient entre les mains de personnes qualifiées sur qui l'on puisse compter pour faire un bilan réaliste des parents éventuels. Cela prendra du temps.

Comme il a déjà été observé, prédire comment un bébé se développera est une tâche excessivement difficile ; c'est pourquoi assortir un bébé à des parents est plus facile à souhaiter qu'à réaliser. De plus, tant que le nombre de parents en attente sera beaucoup plus grand que celui des

enfants à adopter, ceux-là pourront se considérer comme favorisés s'ils ont un enfant quel qu'il soit. La race, et, dans une certaine mesure, la complexion ne sont pas très difficiles à assortir, et si les classes sociales sont équivalentes, le niveau d'intelligence sera probablement comparable. Tant que d'autres caractéristiques ne pourront pas être prévues avec certitude, le temps passé à essayer de les déterminer reste du domaine de la parade.

Quelle est finalement la proportion d'adoptions que l'on peut considérer comme réussies ? C'est une question à laquelle on ne peut répondre d'une manière absolue, les résultats dépendant en grande partie de la compétence de l'organisme qui a réalisé l'adoption. Ce qu'on a besoin de savoir, c'est la proportion des réussites quand des assistantes expérimentées s'en occupent. Il semble n'exister aucune étude de ce genre, même celle de Michaels & Brenner qui ne concerne que le résultat éloigné d'adoptions réalisées au moment où le personnel de l'agence, de bénévole, devenait professionnel. Les résultats de cette étude se trouvent dans le tableau XIII.

**TABLEAU XIII. FRÉQUENCE D'UNE ATTITUDE FAVORABLE CHEZ LES PARENTS D'ENFANTS ADOPTIFS DE QUATRE ANS OU PLUS (MICHAELS & BRENNER)**

Attitude des parents	Enfants	
	nombre	%
Favorable . . . . .	26	52
Relativement favorable . . .	18	36
Défavorable . . . . .	6	12
Total . . . . .	50	100

A propos des cas défavorables, ils observent « Aucun enfant . . . n'est mal logé, mal nourri, mal habillé, ni traité cruellement ou avec légèreté par ses parents adoptifs. En ce sens, aucun de ces foyers n'est mauvais. Les six cas d'insuccès sont bien plutôt des foyers où l'enfant est soit rejeté, soit couvé avec excès et infantilisé. » Pour préciser la signification de ces chiffres, il faut tenir compte de facteurs variables tels que l'âge d'adoption des enfants et les critères de réussite utilisés par les enquêteurs. On doit aussi les comparer avec des renseignements analogues concernant les parents qui élèvent leurs propres enfants. Si l'on s'appuie sur ce dernier critère, autant qu'on le sache, la proportion des échecs et des réussites paraît satisfaisante. Ces résultats sont en accord avec l'expérience clinique ; il ne paraît pas qu'une proportion alarmante d'enfants adoptés soient envoyés dans les centres de guidance infantile. Un enfant adopté a presque

autant de chances d'avoir une vie familiale heureuse qu'un enfant élevé par ses propres parents, si l'adoption est conduite par des gens compétents ; c'est ce qu'à titre provisoire nous pouvons inférer de ces maigres données. Mais celles-ci restent déplorablement insuffisantes, et si ces problèmes doivent être pris au sérieux, elles devront être considérablement étendues.

---

**FOYERS DE SUBSTITUTION. II. FOYERS NOURRICIERS <sup>1</sup>**

Ce rapport n'a pas cessé de souligner que la vraie place de l'enfant est dans sa propre famille, ou, s'il est illégitime, peut-être dans une famille adoptive ; c'est pourquoi les mesures qui permettent d'éviter la faillite familiale (ou d'instituer une adoption précoce et définitive) ont été étudiées longuement. On doit toujours utiliser au maximum ces possibilités avant d'envisager d'autres substituts de la famille. Il a bien fallu admettre cependant qu'il restera toujours quelques cas où il sera nécessaire de placer l'enfant hors de sa famille soit pour une courte période exceptionnelle, soit pour un temps un peu plus long. Les meilleures méthodes pour assurer ces soins doivent maintenant retenir l'attention. Considérons d'abord les cas d'urgence.

**Cas d'urgence**

Il existe de nombreux événements imprévisibles, tels que la mort, ou la soudaine maladie de la mère, qui exigent une intervention d'urgence, pour assurer la garde des enfants. D'autres fois, la nécessité d'une assistance temporaire est prévisible : tel est le cas des mères qui doivent accoucher ou subir une opération. La plupart des enfants qui ont besoin de soins hors du foyer entrent dans ces catégories. En Angleterre, le Rapport Curtis <sup>72</sup> dit qu'ils représentent 60 % de tous les enfants ayant besoin de soins ; au Nybodahemmet où passent tous les enfants assistés de Stockholm de plus de 12 mois, 70 % d'entre eux restent seulement de une à huit semaines (communication personnelle). Etant donné que les cas de ces enfants devraient être bien connus, les dispositions ultérieures déjà prises, ou sur le point d'être prises sans difficultés excessives, ils doivent absolument être distingués des cas où le désaccord familial, la délinquance ou la négligence posent de complexes problèmes d'ordre social et psychiatrique et où l'avenir est incertain. La construction de vastes centres d'accueil destinés à l'observation et au triage de tous les enfants pris en charge n'est pas à recommander, bien que ce soit le système employé au Nyboda de Stockholm et recommandé par deux rapports britanniques

---

<sup>1</sup> Voir note <sup>d</sup> au bas de la page 20.

récents (Blacker<sup>22</sup> et Curtis<sup>72</sup>). Les principaux arguments qui militent contre ce système sont que :

- a) deux problèmes essentiellement différents sont confondus ;
- b) il existe de meilleures solutions pour les séjours de courte durée ;
- c) l'observation et le diagnostic, pour les cas nécessitant éventuellement un long séjour, sont généralement mieux faits dans le cadre d'une consultation externe (voir chapitre 13, page 146) ; et
- d) les dimensions d'une institution qui doit pourvoir à la fois aux courts séjours et à l'observation sont telles qu'elle devient impossible à diriger.

Il y a cependant place pour de petits centres d'accueil dont le rôle doit se borner à recevoir des enfants de plus de cinq ans qui, à l'improviste, ont besoin d'un abri. Leur séjour doit être envisagé en termes de jours seulement.

Diverses solutions s'offrent pour faire face aux cas temporaires et urgents, et des méthodes différentes seront employées selon l'âge. Pour des enfants de plus de six ou sept ans, et surtout les adolescents, la solution d'une vie collective dans de petits centres du type décrit au chapitre suivant est satisfaisante. Des enfants de cet âge peuvent se débrouiller eux-mêmes pendant une courte période dans cette ambiance ; nouer des relations temporaires avec les membres d'un foyer nourricier inconnu serait les soumettre à une trop forte tension. Ces considérations, cependant, ne s'appliquent pas aux nourrissons et jeunes enfants qui, toute notre argumentation le prouve, sont incapables de s'adapter aux conditions de vie collective. Pour eux, il faut recommander que la solution adoptée par plusieurs organismes américains soit généralisée : elle consiste à établir un fichier des nourrices qualifiées, désireuses de s'occuper pendant de courtes périodes de deux nourrissons ou petits enfants ; elles reçoivent une indemnité d'entretien ; ainsi trouve-t-on toujours des places libres moyennant un court préavis. Une œuvre de ce genre résoudrait peut-être les difficultés économiques de bien des veuves ayant de jeunes enfants à leur charge.

Il se peut cependant que la meilleure solution pour tous les âges soit de faire appel aux parents et aux voisins. On a déjà fait remarquer que les organismes officiels et bénévoles hésitent à entretenir des enfants dans leur propre famille, alors qu'ils paient assez volontiers pour leur entretien dans des institutions. Il existe un manque similaire de sagacité dans l'emploi des fonds lorsque des enfants sont pris en charge sans que tout ait été tenté pour inciter les proches parents à se substituer aux parents naturels. Il se peut qu'ils vivent loin, ou qu'ils n'aient pas de moyens considérables ; mais le prix des billets de chemin de fer, même pour quelques centaines de kilomètres, ajouté au prix des indemnités d'entretien, ne sont rien en comparaison du prix de l'entretien complet de l'enfant. Sous ce rapport,

la loi anglaise qui permet d'inscrire régulièrement une parente comme mère nourricière, et de la payer comme telle, a une grande valeur. Naturellement, il faut faire preuve de discrimination avant de mobiliser les parents. S'ils sont complètement inconnus de l'enfant, leur valeur se trouve grandement diminuée ; et si l'un des conjoints est hostile, l'enfant devient un sujet de friction dans la nouvelle famille. Néanmoins, des parents proches, connus des enfants, ont beaucoup plus de chances d'être liés à eux par un fort sens de leurs obligations que des étrangers, et le fait même qu'ils soient familiers aux enfants est d'une énorme valeur pour ceux-ci.

Pour les mêmes raisons, des voisins peuvent être utiles pour remplacer temporairement des parents nourriciers. Non seulement l'enfant demeure dans des lieux familiers, entouré de figures familières, mais les voisins eux-mêmes connaissant les parents et les enfants ont des chances d'accueillir les enfants avec plus de chaleur, et de leur donner plus de sécurité que des étrangers ne pourraient le faire. Il est donc de la plus haute importance que les œuvres s'occupant d'enfants fassent tout leur possible pour entretenir dans chaque petite collectivité le sentiment qu'il y va de l'honneur de tout le voisinage que les enfants dans le besoin soient pris en charge temporairement. Il faudrait aider les parents à comprendre qu'il est de l'intérêt de leurs enfants de séjourner avec des amis, leur propre intérêt étant de participer à des arrangements selon lesquels tous les habitants s'entraident en cas de crise familiale. Tout en entretenant cette mentalité, les organismes eux-mêmes doivent se montrer réalistes quant aux critères d'hygiène physique. Il est parfois difficile, dans une localité donnée, de trouver une demeure répondant aux critères habituels en cette matière ; mais comme, probablement, l'enfant vient lui-même d'un foyer insuffisant à cet égard, il n'y aura pas grand mal à lui faire passer quelques semaines dans un foyer similaire. Si, pour un placement temporaire, on admet qu'il n'est pas nécessaire d'exiger plus qu'un foyer nourricier égal ou supérieur à celui de l'enfant, en ce qui concerne l'hygiène physique, beaucoup de nouveaux foyers temporaires deviennent disponibles, et beaucoup plus d'enfants pourraient, en cas d'urgence, être élevés à portée de vue de leur propre foyer.

De plus, l'entretien temporaire par des voisins obvie à l'un des plus grands dangers qui menace les enfants retirés de leurs familles : le danger de voir des enfants demeurer indéfiniment en placement temporaire. Pour ceux à qui le problème n'est pas familier, cette phrase peut paraître singulière, mais la réalité de ce danger est attestée par les assistantes sociales, aussi bien en Europe qu'en Amérique. En examinant soigneusement des enfants placés dans des institutions ou des foyers nourriciers, on s'est bien souvent aperçu que la majorité d'entre eux y avait traîné pendant des mois et des années, après la fin de la crise familiale, et qu'ils auraient pu retourner chez eux depuis très longtemps. La responsabilité de cette inaction semble incomber autant aux parents qu'aux œuvres. Quelques

parents manquant du sens des responsabilités se contentent de laisser les choses aller et, si le cas est négligé assez longtemps, finissent par adapter leur existence à l'absence des enfants, ce qui rend de plus en plus difficile leur retour. D'autres parents, plus souvent des gens à l'esprit simple, sont impressionnés par les conditions matérielles magnifiques où se trouvent placés leurs enfants et, par modestie, pensent que les enfants sont mieux là où ils sont. Cette attitude, reconnaissons-le, est parfois encouragée par les œuvres qui, fières des services rendus aux enfants, ne réalisent plus le besoin vital que ceux-ci ont d'un lien affectif continu et intime, qu'il est si difficile de leur fournir hors de leur propre cercle familial. Cet aveuglement, pour peu que manquent des assistantes expérimentées, peut conduire très aisément à cette situation paradoxale : l'organisme contribue grandement à poser le problème qu'il est chargé de résoudre. Selon l'expression d'un Children's Officer britannique :<sup>47</sup> « Un séjour prolongé est en général un séjour court mal dirigé. »

La nécessité d'un retour aussi précoce que possible pour tous les enfants placés hors du foyer est maintenant reconnue par tous les organismes compétents. Pour parvenir à ce but, il est de règle qu'une grande partie du travail d'un organisme de placement d'enfants se fasse auprès des parents, qu'il s'agisse d'enfants placés en foyers nourriciers ou en institution. C'est particulièrement important si l'enfant vient d'une famille où règnent la discorde et la négligence, et où des méthodes bien intentionnées, mais peu habiles, aident trop souvent les parents à échapper à leurs responsabilités.

#### **Quelques principes nécessaires pour les soins à donner aux enfants**

Dans le passé, et trop souvent encore maintenant, les organismes se sont montrés peu enclins à reconnaître les trois principes suivants :

- a) Il est impossible de couper net le lien qui unit l'enfant à son foyer.
- b) Ni les foyers nourriciers, ni les institutions ne peuvent procurer à l'enfant la sécurité et l'affection dont il a besoin. Pour l'enfant, ils n'ont jamais que la valeur d'un pis aller.
- c) Des solutions improvisées jour après jour font naître l'insécurité chez l'enfant, et le mécontentement chez la mère nourricière. Des projets à long terme, et en accord avec la réalité, doivent être faits dès le début, si l'on ne veut pas que l'enfant pâtisse.

Une erreur excessivement fréquente a été d'admettre qu'enlever un enfant de son foyer lui permet de l'oublier et de partir sur de nouvelles bases ; et plus mauvais était le foyer, pensait-on, plus ce nouveau départ serait facile. Cette croyance erronée a conduit à interdire aux parents de voir leurs enfants, sous prétexte que les enfants trouveraient mieux leur équilibre. Ces assertions font fi de tout ce que nous savons des jeunes

enfants, et s'opposent aux évidences les mieux établies. Etudiant les enfants évacués à Cambridge pendant la Deuxième Guerre mondiale, Isaacs et ses collègues<sup>81</sup> trouvèrent que les visites des parents ne portaient aucun préjudice au fonctionnement des foyers nourriciers satisfaisants, bien au contraire. Avant même ces constatations, Cowan & Stout<sup>46</sup> s'étaient livrés à une étude systématique dans laquelle ils comparaient le comportement des enfants auxquels on permettait quelques contacts avec leur foyer antérieur (soit leur vraie famille, soit même un foyer nourricier) avec le comportement de ceux qui ne jouissaient pas de cette permission. Leurs résultats, établis d'après les fiches tenues par les assistantes chargées de visiter les foyers, se trouvent dans le tableau XIV.

**TABLEAU XIV. COMPORTEMENT DE 100 ENFANTS A LA SUITE D'UN CHANGEMENT DE FOYER, SELON QU'ILS ONT GARDÉ OU NON DES CONTACTS AVEC LEUR FOYER ANTÉRIEUR (COWAN & STOUT)**

Type de comportement	Contacts avec le foyer antérieur	
	Quelques contacts	Aucun contact
Pas de sentiment de sécurité . . . . .	% 46	% 67
Sentiment de sécurité . . . . .	54	33
	100	100
Nombre de changements . . . . .	117	430

Note : P est inférieure à 0,01.

On observera que la différence du comportement des enfants, selon qu'ils avaient ou non gardé des contacts avec leur milieu antérieur, était nette ; elle possède une signification statistique certaine. Ceci est d'autant plus frappant que les contacts gardés avec le foyer antérieur étaient, dans bien des cas, relativement lâches, bien différents des contacts systématiques que nous recommanderions aujourd'hui. Un sous-groupe particulièrement intéressant comprenait 30 enfants qui avaient l'expérience des deux sortes de changements : c'est-à-dire, au moins un changement où le contact fut gardé avec le foyer antérieur, et au moins un changement où il ne fut pas gardé. La personnalité des enfants n'introduit donc pas de variantes supplémentaires. Les résultats, pour ce sous-groupe, sont présentés dans le tableau XV.

Ces données confirment que le comportement des enfants dépend en partie des contacts qu'ils ont, ou non, gardés avec leur milieu antérieur, et qu'il ne résulte pas simplement des différences de leurs personnalités. Une démonstration supplémentaire de ces faits est apportée par l'histoire

**TABLEAU XV. COMPORTEMENT DE 30 ENFANTS A LA SUITE D'UN CHANGEMENT DE FOYER : a) EN GARDANT DES CONTACTS AVEC LE FOYER ANTÉRIEUR, b) SANS GARDER DE CONTACTS (COWAN & STOUT)**

Type de comportement	Contacts avec le foyer antérieur	
	Quelques contacts	Aucun contact
Pas de sentiment de sécurité . . . . .	% 55	% 72
Sentiment de sécurité . . . . .	45	28
	100	100
Nombre de changements . . . . .	66	112

Note : P est compris entre 0,05 et 0,02.

clinique de certains enfants dont l'insécurité dans le comportement fut réduite, après qu'on eut autorisé les contacts avec le foyer antérieur.

Ces études confirment ce que nous savions déjà des enfants : ce ne sont pas de simples ardoises sur lesquelles on puisse effacer les traces du passé d'un coup de chiffon ou d'éponge ; mais ce sont bien au contraire des êtres humains qui emportent avec eux les expériences antérieures, et dont le comportement actuel est profondément influencé par les événements antérieurs. Elles confirment aussi la profonde signification affective du lien parent-enfant ; celui-ci peut certes être considérablement déformé, mais ne saurait être complètement effacé par le seul fait matériel de la séparation. Enfin, elles confirment, et nous le savions déjà, qu'il est toujours plus facile à un être humain de s'adapter efficacement à une situation dont il a une expérience directe qu'à une situation irréaliste et imaginaire.

C'est en réalisant qu'un enfant placé dans un foyer nourricier (ou une institution) vit dans deux univers différents — le foyer nourricier et son propre foyer — que l'on fut conduit à une nouvelle façon d'envisager les soins infantiles. L'assistante ne s' imagine plus qu'il soit possible de trouver un foyer que l'enfant considère comme un substitut parfait de son propre foyer. Aussi bonne que soit la mère nourricière (ou la directrice de l'institution), il la considère plus ou moins comme un médiocre pis-aller de sa vraie mère et n'aspire qu'à la quitter le plus tôt possible. Seul un enfant placé avant deux ans a des chances de réagir différemment. Et c'est parce que l'assistante sociale sait quels seront les sentiments de l'enfant qu'elle peut aider la mère nourricière à comprendre la nature temporaire de la situation et à s'y adapter. Encourager une mère nourricière à croire qu'elle aura toutes les satisfactions d'une vraie mère ne peut aboutir qu'à faire naître des espoirs qui seront immanquablement déçus. De plus, si l'assistante se rend compte de la signification de ses vrais parents pour l'enfant,

elle comprendra que, si on veut assurer son avenir, il faut aider également ses parents. Donc, avant d'aborder le problème si longtemps controversé de « l'élevage » d'un enfant hors du foyer, envisageons quelques éléments essentiels du travail à accomplir auprès des parents : si on désire que son placement soit une étape constructive dans sa vie, et contribue à son bonheur futur, il faut éviter qu'il soit une interminable période d'incertitude et d'indécision, au cours de laquelle ses tourments et son sentiment d'insécurité le conduisent soit à s'enfermer dans une coquille, soit à devenir activement insupportable.

### Rôle des assistantes auprès des parents

L'acceptation, pour une période « temporaire » et sans aucun plan d'avenir, d'enfants issus de « mauvais » parents est peut-être parmi les pratiques des œuvres d'assistance à l'enfance, la plus répandue et la plus néfaste. En se basant sur les réponses d'œuvres américaines à un questionnaire, Gordon<sup>71</sup> a fait une étude critique de ce système où l'assistance est mal définie et la responsabilité mal déterminée.

« La certitude qu'un parent incapable de donner un foyer à son enfant ne pouvait contribuer à son bien-être était à la base de ce type d'organisation. Pourvu qu'elles aient procuré subsistance, abri et éducation, les œuvres pensaient que leur devoir était accompli. C'est dans cet état d'esprit qu'elles prolongeaient les placements temporaires, décourageaient les rapports entre parents et enfants, ne tenaient pas compte du besoin de l'enfant d'être profondément aimé, et profondément enraciné dans une famille... Les rapports montrent combien les assistantes sociales étaient peu prêtes à aider les parents qui demandaient une assistance à long terme. Un rapport dit : « Dans très peu de cas seulement avons-nous discuté, au moment même du placement, les raisons spécifiques de ce placement et sa durée éventuelle. Dans beaucoup de cas, il semblait que « la chose à faire » était d'offrir un placement dans un foyer nourricier. La durée n'était pas précisée... »

Manifestement, nul système n'est mieux calculé pour décourager les parents peu convaincus, ou pour affaiblir encore un sens des responsabilités précaire, que celui qui permet aux parents de remettre indéfiniment leur décision, tout en les soulageant de la charge immédiate de l'enfant. Ceci nous rappelle les méthodes à courtes vues si courantes à l'égard des enfants illégitimes.

Au lieu de favoriser maladroitement l'insouciance envers l'avenir de l'enfant, les œuvres, qu'elles soient bénévoles ou officielles, doivent en tout premier lieu aider les parents à reconnaître l'origine de leur problème, et à faire des projets futurs en accord avec la réalité. Ceci veut dire que l'organisme donnera son aide de façon conditionnelle : à la condition que les parents conservent la responsabilité de l'avenir de l'enfant au maximum de leurs possibilités. Comme dans tout service social, cette attitude doit commencer dès le premier contact, car à ce moment la nécessité rend le parent apte à regarder en face des vérités désagréables.

Le parent doit examiner la nature de la négligence ; déterminer le moyen d'y remédier ; explorer les mesures susceptibles de répondre aux besoins de l'enfant ; savoir enfin de quelle manière l'œuvre est prête à l'aider à satisfaire les besoins d'assistance et de sécurité de l'enfant... On doit l'aider à connaître, aussi bien que l'assistante, les inconvénients de soins nourriciers, au même titre que leurs avantages» (Gordon<sup>21</sup>).

Le nœud de la question se trouve peut-être dans ces mots : « aussi bien que l'assistante ». Tant qu'elle ne connaîtra pas ces inconvénients et vivra, comme certaines, dans la glorieuse illusion sentimentale de sauver des enfants négligés de leurs méchants parents, sans réfléchir, elle enlèvera aux parents leurs responsabilités et, par ses actes, donnera aux parents la certitude que l'enfant se trouve bien mieux soigné par d'autres personnes. Une assistante ne peut aider les parents et rendre service à l'enfant que si elle est suffisamment mûre et expérimentée pour respecter même de mauvais parents, faire la balance entre des considérations à longue échéance peu évidentes et des considérations immédiates, apparentes et urgentes.

Bien entendu, quand les parents en viennent à confier leurs enfants, ou les autorités à penser que les enfants ont besoin d'assistance, la situation familiale a toute chance d'être très mauvaise. De ce fait, il peut être impossible de prendre immédiatement des décisions à long terme conformes aux nécessités réelles. Mais l'assistante, par la manière dont elle prend en main le cas, doit montrer explicitement que son aide dépend de la solution à long terme trouvée par les parents, dans des délais raisonnables, de l'alternative présente : ou bien les parents reprendront la charge de l'enfant, ou bien ils renonceront à lui pour qu'il soit placé de manière permanente ; elle doit montrer qu'à son avis les parents ont une importance vitale dans l'existence de l'enfant, et doivent participer aux plans de sa vie future ; dès lors, tous les parents, sauf les vrais psychopathes, accepteront.

De plus, c'est seulement en traitant ainsi les parents que l'on a une chance de leur voir jouer un rôle utile dans tous les soins nourriciers que l'œuvre pourra procurer. S'ils ne participent pas aux plans créés pour l'enfant, ou bien ils abandonneront toutes responsabilités, et disparaîtront de sa vie, ou bien ils interviendront au hasard, de façon imprévisible. On se plaint toujours de ces interventions qui sont extrêmement fréquentes ; mais elles sont inévitables quand les œuvres ne font pas participer les parents aux décisions, et les abandonnent seuls, en face des complexes problèmes affectifs qui ont si souvent conduit au placement — en face aussi des problèmes supplémentaires auxquels le placement peut donner naissance : sentiment de culpabilité en raison de la réjection de l'enfant, et sentiment d'infériorité sociale pour cette inaptitude parentale.

Les fichiers de tous les organismes regorgent de preuves des difficultés rencontrées par les enfants dans les placements à long terme ; elles sont dues à l'incapacité des parents à laisser leurs enfants s'installer et à se sentir partie intégrante du foyer nourricier. Les parents naturels sont

jaloux des parents nourriciers, et leur créent des difficultés, ou bien leur sont hostiles et refusent de venir voir l'enfant. Les enfants sont livrés à un tourbillon de fidélités contradictoires. D'après Pollock & Rose<sup>116</sup>, parmi les troubles qu'ils étaient appelés à traiter dans un centre de guidance infantile chez des enfants mis en nourrice, les cas de loin les plus difficiles étaient ceux où les parents avaient conservé des sentiments contradictoires à l'égard du placement, et « continuaient à avoir des relations actives mais irrégulières avec l'enfant ». Sur 50 enfants déséquilibrés du centre nourricier de Philadelphie, 17 se rangeaient dans cette catégorie ; leurs problèmes étaient d'une grande variété : vagabondage, vol, mensonge, exhibitionnisme sexuel, énurésie, troubles de la parole, troubles psychosomatiques, désordres caractériels graves. Pour 4 seulement d'entre eux, on obtint un succès thérapeutique. Pollock & Rose donnent une description complète des explications embrouillées et contradictoires des parents (16 fois la mère et 1 fois le père) :

« Bien que le parent cherche volontairement à placer son enfant, il nie, depuis le début, le désir qu'il en a. Il se considère, ainsi que son enfant, comme les victimes impuissantes de circonstances défavorables créées par la mort ou la désertion de l'autre parent. Il affirme qu'il aime l'enfant, et désire seulement, par le placement, obtenir pour celui-ci les occasions favorables qu'il ne peut lui procurer lui-même. Il peut avoir une forte attitude possessive envers l'enfant, et il est menacé par le placement nourricier, parce qu'il craint que les parents nourriciers n'en viennent à « posséder » l'enfant, donc à le déposséder, lui. D'autres fois, il projette ses propres besoins sur l'enfant, s'identifie profondément à lui ; il essaie de faire en sorte que les parents nourriciers servent de parents non seulement à l'enfant, mais à lui-même. Il critique le règlement des visites, se plaint souvent qu'il soit trop strict puis ne vient pas voir l'enfant aussi souvent qu'on le lui permet. Il affirme continuellement à l'enfant que le placement est une solution temporaire, mais remet toujours à plus tard le moment d'y mettre fin. Il fait de folles promesses, projette des sorties extravagantes, mais elles ne se réalisent que rarement.

« L'enfant, pour sa part, vit pour les visites et les cadeaux de son père ou de sa mère, et manifeste des sentiments d'amère réjection ou de complète indifférence à l'égard de sa situation d'enfant placé. Il refuse de se laisser aller aux moindres rapports valables avec ses parents nourriciers, et montre clairement qu'il considère son placement comme une solution temporaire, même si elle dure parfois des années. Vis-à-vis de l'œuvre de placement, il la rend responsable de ses difficultés puisque, de fait, c'est l'œuvre qui a trouvé une place où il doit vivre éloigné de son père ou de sa mère, avec qui il veut être. Parent et enfant se coalisent contre l'œuvre ; celle-ci en essayant de les aider à accepter la réalité du placement, porte le fardeau d'une fonction négative et frustratrice à la fois sur le parent et sur l'enfant. »

De ce tableau, l'échec de l'œuvre de placement à résoudre les sentiments confus des parents ressort avec évidence, ainsi que son action éminemment destructive pour les enfants. Certes, de tels parents sont très difficiles à manier ; et c'est pourquoi des assistantes particulièrement compétentes sont nécessaires, surtout pour la prise en charge du cas ; car, ainsi qu'il a déjà été dit, c'est le moment où les parents se laissent le plus favorablement influencer. Et l'on observera sans peine que la compétence requise consiste à manier des motifs contradictoires et inconscients. Les

parents névrosés ne collaboreront efficacement avec l'œuvre que si l'on dispose de cette aide habile ; ainsi le placement de l'enfant pourra devenir une période fructueuse au lieu d'être pathogène. C'est une des raisons majeures pour lesquelles les agences de placement ont recours à des consultants de psychiatrie pour les aider.

#### Rôle des assistantes auprès des parents nourriciers

On a insisté sur l'importance de l'action sociale auprès des parents, car elle est encore très négligée, bien qu'elle soit la clé du succès, et bien qu'aient fortement plaidé en sa faveur des livres maintenant classiques tels que *Reconstructing behaviour in youth* par Healy et al. (1929) et *Institutions serving children* par Hopkirk (1944). L'action auprès des parents nourriciers et des enfants placés est également essentielle. Certes, il est important de choisir des parents nourriciers adéquats et de connaître à la fois les parents et l'enfant pour qu'ils soient raisonnablement assortis ; mais il faut de plus rester en contact avec la réalité pour préparer les parents nourriciers au comportement probable de l'enfant. Ceci est trop souvent laissé de côté parce qu'on est pressé de trouver des parents nourriciers et que l'on répugne à décourager quiconque paraît convenir. Cependant, si nous n'avons pas confiance en eux, et si nous ne les mettons pas au courant de l'état des enfants et de leurs parents, nous ne devons pas être surpris si les parents nourriciers sont déçus et nous demandent de reprendre l'enfant. Cette éventualité est la bête noire bien connue des spécialistes du placement en nourrice. Les parents nourriciers ne se conduiront pas raisonnablement envers l'agence de placement si celle-ci ne se conduit pas raisonnablement à leur égard. Kline & Overstreet<sup>87</sup> qui se sont particulièrement intéressés à cette question affirment que

« c'est par les entrevues [au nombre de 2 à 4 généralement], qui précèdent le placement d'un enfant déterminé, que nous obtenons une image assez complète du caractère des parents nourriciers, pour nous permettre de donner suite ou non au projet » ; ils ajoutent que, « avant le placement, la préparation des parents nourriciers à recevoir un enfant joue un rôle essentiel dans le succès du placement... Prévoir les problèmes, décrire les modes de comportement habituels de l'enfant, sert à amortir les réactions des parents nourriciers quand les problèmes apparaissent. Faire part de ces renseignements dès le début, montre aux parents nourriciers qu'ils ne sont pas les seuls responsables d'un comportement anormal quand il survient ; cela tend aussi à les libérer de la nécessité de cacher les problèmes et de les affronter seuls. »

Une partie de ces discussions avant le placement sera spécialement consacrée à expliquer les rapports de l'enfant avec ses parents naturels, la nécessité pour eux de venir le voir et la façon dont ils se comporteront probablement ; enfin il faut bien leur expliquer qu'ils ne doivent pas s'attendre à ce que l'enfant se comporte comme s'il était le leur. La nature des projets à long terme leur sera dévoilée, on fera appel à leurs com-

mentaires et l'on accueillera volontiers leur participation aux projets d'avenir.

Considérer les parents nourriciers comme des associés dans une entreprise professionnelle difficile, et souligner leur importance, est une attitude relativement récente ; elle contraste fortement avec l'attitude traditionnelle des assistantes qui traitaient volontiers les mères nourricières comme des patientes. Cette nouvelle association professionnelle, de plus, découvre à nouveau la pénible question du paiement des soins nourriciers. La tradition était de payer une maigre allocation de subsistance calculée d'habitude d'après le coût de la vie de plusieurs années auparavant. Il s'est élevé beaucoup de résistance contre l'idée de payer un véritable salaire à la mère nourricière ; et on se sert encore de l'argument suivant : payer un salaire offrirait le risque pour l'enfant que les soins nourriciers soient peut-être donnés pour l'argent et non par amour. C'est à cet argument désuet, qui ne trouve aucun crédit auprès des assistantes, que se cramponnent les organismes gouvernementaux, pour des raisons qu'il est difficile de ne pas associer à leur désir d'économie. Ainsi que le remarque Gordon,<sup>70</sup>

« La crainte que, de payer la mère nourricière modifie l'affection et l'intérêt naturels qu'elle a pour les enfants, est aussi utopique que de s'imaginer qu'un médecin ou un dentiste s'intéresse moins à son patient parce qu'il peut s'attendre à être payé pour ses services » (page 216).

Les assistantes sont unanimes à dire que donner des soins nourriciers à un enfant constitue un véritable métier, qu'il convient de rétribuer ; elles signalent aussi que, dans le passé, les enfants rendaient souvent leur séjour rentable en travaillant. Il faut nous rappeler, de plus, que la location d'une chambre supplémentaire, et la possibilité pour la ménagère de gagner un peu d'argent par un travail de quelques heures par jour, sont deux solutions plus profitables que de prendre un enfant en nourrice. Ce refus de payer aux parents nourriciers un véritable salaire, allié aux sommes substantielles que les organismes bénévoles et gouvernementaux dépensent pour l'entretien des enfants dans les institutions, nous prouve bien, encore une fois, la différence de générosité qu'ils montrent en faveur du placement respectivement dans la famille et dans les institutions.

En développant le statut quasi professionnel des parents nourriciers, il est recommandé de les traiter comme des membres extérieurs du personnel de l'œuvre. On croit fermement que s'il en était ainsi, et si les parents étaient rémunérés pour leurs services, on verrait se présenter des parents nourriciers plus doués du sens des responsabilités et d'un meilleur niveau d'éducation. Jusqu'à ce que des mesures de ce genre soient prises, les administrations nationales continueront à se lamenter sur la difficulté de trouver de bons parents nourriciers — lamentation universelle aujourd'hui.

### Rôle des assistantes auprès des enfants placés

Dans les pages qui précèdent, on a discuté l'action des assistantes auprès des parents naturels et des parents nourriciers ; il est temps de prendre en considération l'enfant, qui est, ainsi qu'on l'a vu précédemment, trop souvent traité comme un objet animé que l'on peut expédier d'un endroit à un autre, sans même qu'il garde sur lui, croit-on, les marques d'expédition des endroits où il fut antérieurement envoyé. Les travaux d'Isaacs sur les enfants évacués, et l'étude suivie de Cowan & Stout, ont déjà été cités pour prouver qu'il vaut mieux maintenir les liens avec les foyers antérieurs et qu'il est illusoire d'espérer trancher nettement ces liens. Beaucoup d'autres preuves nous montrent que, plus on peut aider activement l'enfant à participer aux plans pour son avenir, plus on l'aide à comprendre leur nature, leur portée et leur raison d'être, et plus le placement a de chances de réussir. Pour essayer d'évaluer la qualité de l'assistance donnée par la Maryland Children's Aid Society, Malone<sup>98</sup> suivit 209 enfants après leur sortie de placement. Le tableau XVI montre clairement que les chances de succès croissent lorsque l'enfant accepte le placement, au lieu de s'y opposer.

**TABLEAU XVI. SUCCÈS ET ÉCHEC DU PLACEMENT NOURRICIER, SELON L'ATTITUDE DES PARENTS ET DES ENFANTS (MALONE)**

Attitude à l'égard du placement		Nombre d'enfants	Nombre de succès	Pourcentage de succès
Enfant	Parents			
Acceptation	Acceptation	147	120	82
Acceptation	Opposition	17	12	71
Opposition	Acceptation	31	14	45
Opposition	Opposition	14	6	43
Total . . . . .		209	152	73

Deux faits ressortent de ce tableau :

- a) la fréquence avec laquelle enfant et parent adoptent la même attitude ;
- b) l'importance de l'attitude de l'enfant par rapport à celle des parents.

Le premier point est prouvé par le fait que dans 161 cas sur les 209 (77 %) parent et enfant sont d'accord, et que des 132 enfants qui acceptent leur placement, 12 seulement (soit 9 %), vont à l'encontre des désirs de leurs parents. Le deuxième point est prouvé par le fait que la proportion de succès quand l'enfant accepte la situation (80 %) est presque deux fois plus élevée que s'il s'y oppose (44 %) — différence qui est statistiquement significative (P est de moins de 0,01).

En discutant ses résultats, Malone fait remarquer combien il est difficile de réussir le placement des enfants retirés à des parents négligents par décision judiciaire. En pareil cas, on n'a généralement pas le temps de préparer l'enfant au placement, et il lui est difficile de comprendre pourquoi il est retiré de sa famille. « Il peut être plein de ressentiments, et en tout cas, il n'est certainement ni préparé ni décidé à accepter des parents de substitution. » Tous ceux qui ont une part de responsabilité dans ces décisions légales devraient prêter plus d'attention à ces constatations qu'ils ne l'ont fait jusqu'ici.

L'attitude de l'enfant a donc une grande influence sur le succès ou l'échec de son placement, et c'est pourquoi les assistantes dispensent actuellement beaucoup de temps et d'efforts pour discuter avec lui aussi bien la situation actuelle que les projets futurs. Une technique doit être particulièrement recommandée : celle qui consiste pour l'assistante à avoir des entrevues avec les parents et l'enfant ; la situation est alors envisagée sous tous ses aspects, et une décision commune prise. C'est la méthode que Bowlby<sup>28</sup> a prônée pour réduire les tensions familiales : il a montré que ces entrevues, même si elles sont orageuses, constituent une excellente façon de prouver aux deux parties la neutralité de l'assistante ; les entrevues individuelles ont au contraire toutes chances de la faire suspecter d'arranger les choses en particulier avec l'une des parties, derrière le dos de l'autre. Donner à l'enfant l'occasion de faire connaissance avec les nouveaux parents nourriciers *avant* le placement est une autre étape utile qui complète l'occasion donnée aux parents nourriciers d'avoir des renseignements sur l'enfant. Les renseignements sur les parents nourriciers peuvent être donnés par une description verbale et par des visites, parfois plusieurs visites, y compris un ou deux week-end pendant lesquels l'enfant habite chez les parents nourriciers, ce qui permet aux uns et aux autres de faire mutuellement connaissance. Cette présentation ne doit pas être négligée, même pour de jeunes enfants. A partir de l'âge de deux ans, une période de présentation mutuelle est nécessaire et précieuse ; nous savons en effet que rien n'effraie plus un jeune enfant que d'être laissé seul avec des inconnus.

Bien plus, assistantes et psychiatres montrent avec insistance combien l'enfant a besoin d'être aidé pour établir ses nouveaux liens, si on ne veut pas qu'il les mette en danger. Dans une description intuitive et claire de ce problème, illustrée par une courte observation clinique, Baker<sup>6</sup> écrit :

« Pour l'enfant, la séparation et le placement sont chargés de crainte, d'appréhension, de colère, de désespoir et de culpabilité, qui peuvent s'exprimer de manières aussi diverses qu'il existe de moyens de défense. S'il n'accepte pas la nécessité du placement, il ne peut pas utiliser l'expérience de son foyer nourricier. Dans son refus de la situation, son énergie dans la réalité comme dans ses phantasmes est tendue vers le retour auprès de ses parents. »

Elle décrit comment l'assistante, dotée d'intuition psychologique de ces émotions complexes et contradictoires, peut grandement aider l'enfant à verbaliser ces sentiments, puis à les surmonter pour atteindre une attitude intégrée. Abandonné à lui-même, il peut demeurer dans un conflit affectif confus, qui a pour résultat un incident tel que celui qu'elle cite — un enfant déclarait un mardi à l'assistante qu'il ne voulait plus jamais revoir sa mère — sa famille nourricière était son foyer — et le mercredi il s'enfuyait pour la rejoindre !

Non seulement l'assistante doit faire de son mieux pour informer l'enfant de ce qui va arriver, et des raisons de l'événement, mais elle ne doit pas oublier qu'une explication isolée peut ne pas suffire, et que la conviction qu'elle croit avoir fait naître un jour peut être renversée le lendemain par des constructions erronées de son esprit, reposant soit sur des faits imaginaires, soit sur une remarque des parents naturels ou nourriciers, qui ont pu induire l'enfant en erreur. L'assistante expérimentée ne devra jamais supposer qu'une seule explication est suffisante — l'affaire mérite d'être discutée souvent, et toutes les conceptions erronées méritent d'être traitées avec sympathie. Assez souvent, par exemple, des enfants penseront que c'est leur méchanceté qui a provoqué la rupture du foyer, ou qu'ils en ont été chassés à titre de punition. Si on laisse l'enfant ensevelir en lui-même de telles idées, il sera incapable de s'intégrer au meilleur des foyers nourriciers, et de grandes difficultés risquent de surgir dans sa vie future. Pour s'occuper des problèmes des enfants, l'assistante sociale a besoin de beaucoup d'habileté, car les enfants répugnent, le fait est notoire, à cesser leurs véritables sentiments, et sont habiles à les camoufler. Un désir apparent de retourner à la maison peut cacher la crainte de ce retour, et une indifférence extérieure peut cacher un véritable désespoir. Une fois encore, des connaissances psychologiques approfondies sont nécessaires à qui veut bien faire son travail.

On s'est mal rendu compte de l'intensité de la peine que peut causer aux enfants la séparation d'avec leurs parents — de fait, c'est seulement au cours des dix dernières années environ, surtout à la suite des travaux de Klein,<sup>86</sup> que l'on a accordé au chagrin de la première enfance la position centrale qu'il occupe maintenant en psycho-pathologie. Pendant longtemps, on a pensé traditionnellement que moins on encourageait les enfants à exprimer leur désespoir devant une mort ou une séparation, mieux cela vaudrait, car alors ils s'en remettraient plus vite. Cette conception n'est pas confirmée par les connaissances modernes. « Si la douleur d'une mort », écrit Spence,<sup>133</sup> « frappe une famille, on ne devrait pas la dissimuler aux enfants. Ils devraient pleurer avec le reste de la famille, naturellement toutes les larmes de leur corps, et complètement, et en sortir enrichis mais non blessés » (page 38). Pour aider les enfants à faire l'expérience de la douleur, les adultes ont un rôle essentiel à jouer, que l'on pleure une mort ou une séparation. En ce qui concerne l'absence, c'est

en se fondant sur leur expérience clinique des pouponnières que Burlingham & Freud<sup>37</sup> écrivent :

« On conseille généralement aux mères de ne pas venir voir leur enfant pendant les quinze premiers jours de la séparation. On pense habituellement que la peine de la séparation s'effacera plus vite et provoquera moins de désordre. En réalité, c'est essentiellement la rapidité de la rupture de l'enfant avec la mère qui comporte tous les risques de conséquences anormales. Une séparation qui traîne en longueur peut provoquer un chagrin plus visible, mais elle est moins malfaisante car elle donne à l'enfant le temps de faire marcher de pair les événements et ses réactions, de passer en revue ses propres sentiments à maintes reprises, d'extérioriser son état d'esprit, c'est-à-dire d'abréagir lentement. Des réactions qui n'atteignent même pas la conscience de l'enfant peuvent faire un mal incalculable à sa normalité. »

Les pleurs répétés à chaque visite font toujours souffrir les adultes qui pensent toujours qu'il vaut mieux mettre l'enfant à l'abri de ces événements bouleversants. Seule la connaissance intime du rôle que ceux-ci jouent dans son futur développement affectif permettra aux adultes de comprendre qu'ils ont une valeur ; cette compréhension nous sera facilitée si nous nous souvenons combien il nous est précieux de pouvoir pleurer dans la détresse.

Ces réactions émotives des enfants à la séparation, alliées aux sentiments contradictoires des parents, quant à l'abandon de leur enfant, ont conduit certaines œuvres de placement à mettre dans des foyers temporaires tous les enfants nouvellement admis. Gordon<sup>70</sup> fait remarquer que :

« Cette solution offre aux parents et aux enfants l'occasion de faire l'expérience de la séparation, et de saisir de près tout le contenu de ces nouvelles relations ; elle les prépare ainsi à la période plus longue de placement dans un foyer nourricier... L'œuvre peut ainsi connaître l'enfant et sa situation, l'aider, ainsi que ses parents à accepter la séparation avec un certain degré de bonne volonté ; dès lors, le foyer nourricier où l'enfant sera transféré pour un placement plus permanent sera soumis à moins d'influences défavorables et les changements seront moins nombreux » (page 214).

Une telle organisation a par ailleurs les inconvénients de l'incertitude à laquelle on fera de nouveau allusion en discutant les centres d'observation ; aussi n'est-il pas facile à l'heure actuelle de dire de quel côté se trouvent les plus grands avantages.

#### L'enfant de parents psychopathes

Un type spécial d'enfant requiert une action sociale particulière : c'est l'enfant né de parents psychopathes et qui exercent sur lui une mauvaise influence active. Lorsque l'assistante s'occupe d'eux, elle doit d'abord se débarrasser de l'idée qu'un enfant ayant une « mauvaise hérédité » a plus de chances de « tourner mal » que celui qui n'est pas chargé de ce handicap. On s'est déjà reporté à l'étude par Theis du développement ultérieur au cours de la vie adulte des enfants placés hors de leur foyer ; il a été mentionné que l'hérédité, dans la mesure où on pouvait la déterminer, n'avait pas d'influence sur la réussite ou l'échec ; ses résultats<sup>141</sup>

peuvent maintenant être donnés plus complètement. On avait quelques renseignements sur les familles de 492 enfants. Celles-ci furent classées en trois catégories : « bonne » si le caractère des deux parents était satisfaisant ; « mitigée » si l'un était satisfaisant et l'autre non ; « mauvaise » si les deux parents étaient non satisfaisants. Par non satisfaisants, on entend des parents qui sont débiles mentaux, épileptiques, alcooliques, de comportement immoral, sans ressources, etc. Les résultats figurent au tableau XVII.

**TABLEAU XVII. ADAPTATION SOCIALE, A L'AGE ADULTE, DES ENFANTS PLACÉS HORS DE LEUR FOYER, SELON LE CARACTÈRE DE LEURS PARENTS (THEIS)**

Adaptation sociale à l'âge adulte	Famille			Total
	Bonne	Mitigée	Mauvaise	
	%	%	%	%
Aptes socialement . . . .	83	80	71	75
Inaptes socialement . . . .	17	20	29	25
	100	100	100	100
Nombre de cas . . . . .	41	60	391	492

Bien que, devenus adultes, les enfants de mauvaises familles aient tendance à se montrer socialement moins aptes que les autres, la différence est faible et n'a pas de signification statistique ( $P$  est supérieur à 0,2). Cette constatation est donc conforme au principe trop peu connu de la génétique humaine — à savoir que les caractéristiques extérieures des parents ne permettent guère de préjuger l'hérédité de l'enfant. Healy et al.,<sup>77</sup> tout en utilisant un critère de succès beaucoup moins valable, obtiennent des résultats très similaires. Ils suivirent 501 enfants, dont 80 % étaient des délinquants, pour voir quel équilibre ils trouvaient dans le foyer nourricier où ils étaient envoyés. Les auteurs les divisent en deux groupes : ceux avec une hérédité sans tares, au nombre de 105, et ceux dont les ascendants, parents ou grands-parents étaient coupables de crimes ou de délits sexuels caractérisés, étaient alcooliques ou atteints d'épilepsie, de déficience ou de maladie mentale. Leurs résultats sont présentés dans le tableau XVIII.

On remarquera que les 396 enfants dotés d'une « mauvaise hérédité »<sup>r</sup> sont représentés dans le tableau par le chiffre 817. En effet, les tares héréditaires

<sup>r</sup> Etiqueter un enfant comme ayant une « mauvaise hérédité » parce qu'un frère, un parent ou un grand-parent est socialement déficient ou atteint de maladie mentale, c'est faire une supposition gratuite, étant donné qu'il n'est pas possible de prouver que la déficience en question ait été transmise génétiquement. C'est pourquoi le terme « mauvaise hérédité » est mis entre guillemets.

**TABLEAU XVIII. SUCCÈS ET ÉCHEC DU PLACEMENT NOURRICIER DES ENFANTS, SELON LEUR HÉRÉDITÉ (HEALY ET AL.)**

Adaptation au foyer nourricier	Hérédité	
	Sans tares	Tarée
	%	%
Succès . . . . .	74	67
Echec . . . . .	26	33
	100	100
Nombre de cas . .	105	817

ditaires d'un seul enfant sont souvent multiples (par exemple crime et alcoolisme), de sorte qu'ils apparaissent plusieurs fois. Cependant, les pourcentages seraient peu différents si chaque enfant n'était compté qu'une seule fois, puisque l'écart est faible entre les deux catégories. Les résultats permettent de remarquer une fois encore que les enfants à hérédité chargée échouent un peu plus souvent que les autres, mais cette tendance n'a pas de signification statistique puisque P est compris entre 0,1 et 0,2.

On peut espérer que les résultats seront presque aussi bons pour les enfants qui paraissent provenir de mauvaises souches que pour ceux provenant de bonnes souches. C'est encourageant. Cependant, c'est en discutant avec eux, ou en les sevrant de leurs parents psychopathes ou activement délétères, que la tâche sera accomplie. Encore une fois, l'attitude traditionnelle a été d'éluder et de cacher, et une fois encore le succès exige d'être réaliste et véridique. Il pourrait être demandé par exemple comment on discute avec un enfant du fait que ses parents sont en prison ou sa mère prostituée. Pour que le problème devienne moins difficile, il faut que l'assistante n'ait pas peur elle-même de ces sujets, elle doit se rappeler que l'enfant en sait peut-être plus qu'elle, ayant toujours vécu dans cette atmosphère ; par contre l'enfant peut être parfaitement incapable de s'adapter à la contradiction flagrante entre les critères moraux de ses parents et ceux qu'il rencontre ailleurs. L'assistante ne peut aider l'enfant à envisager le problème et à comprendre ses implications que si elle est capable de parler des parents sans porter de jugement implicite ou explicite. Elle doit aussi se rendre compte qu'une des principales causes du conflit de l'enfant est sa détermination à se représenter ses parents comme des caractères valables ; d'où sa répugnance à reconnaître comme meilleurs les critères moraux des autres gens. Ce point est si important qu'il mérite une digression.

Dans ce rapport, on a montré avec insistance que le jeune enfant dépend, pour son bien-être et son existence même, des soins que lui

donnent les adultes. Comme ses parents remplissent normalement ce rôle, ce sont eux qui tiennent la première place. Aucun grand chef militaire sauvant son pays de la défaite n'est plus révééré qu'un père ou une mère, et une caractéristique essentielle des enfants est de défendre l'aptitude de leurs parents à faire le bien, si elle est mise en cause. C'est ce que prouva de façon flagrante un groupe d'écoliers à qui l'on montrait un film conçu pour enseigner le code de la route. Dans ce film, le père faisait une faute de conduite, corrigée par son fils, le héros de l'histoire. Tous les enfants s'identifièrent certes au jeune héros qui avait bien des exploits à son actif, mais ils objectèrent fortement à ce que le père commît une faute dangereuse : le père devait être un père bon et capable, qui ne mît pas en danger la vie de son fils.

On doit respecter et comprendre cet esprit de loyauté et ce besoin de se représenter le père ou la mère comme bons, si l'on veut aider un enfant à se détacher progressivement de parents qui ont indiscutablement une mauvaise influence sur lui. Quelle doit être l'attitude à prendre, si le fait de critiquer un parent amène l'enfant d'abord à le défendre passionnément, puis à l'idéaliser de manière romanesque ? Cette difficulté a été bien décrite par Jolowicz<sup>84</sup> dans son article « The hidden parent » (Le parent caché). Elle y discute l'influence sur un enfant d'un parent apparemment sorti de l'existence de l'enfant, mais que celui-ci en secret se rappelle et admire. Elle donne l'histoire clinique de deux enfants, issus d'une famille vraiment mauvaise, et placés dès le plus jeune âge chez des parents nourriciers. Ils paraissaient avoir trouvé un équilibre et faire des progrès satisfaisants, mais, au cours de l'adolescence, ils eurent tous les défauts des parents. Dans un cas comme dans l'autre, remarque Jolowicz, personne n'avait osé leur parler de leurs parents. Au sujet de la fille, dont la mère était une prostituée, Jolowicz écrit :

« On aurait dû non seulement lui permettre de poser des questions, mais l'encourager à parler de sa mère. Quelqu'un aurait dû reconnaître devant l'enfant que, bien entendu, elle aimait sa mère. Presque tout le monde aime sa mère ; en fait, il y a quelque chose qui ne va pas si l'on n'aime pas sa mère, et non pas si on l'aime. L'enfant aurait donc appris que personne ne la blâmerait de vouloir aimer sa mère, et qu'elle n'avait plus besoin de la défendre contre les critiques d'autrui ; dès lors on aurait pu l'encourager à parler de son ressentiment et de sa colère contre le fait que sa mère l'ait abandonnée, et n'ait pas été le genre de mère qu'elle aurait dû être. Si elle avait pu franchir ces étapes, il n'eût pas été nécessaire à l'enfant de réprimer son amour et sa haine au point que ces sentiments agissaient en elle comme une cinquième colonne, sapant nos efforts vers son bien-être. Parler de ses sentiments aurait soulagé une partie des tensions qui les accompagnaient, aurait laissé l'enfant plus libre de structurer son existence à l'instar de celle de la mère nourricière. »

De fait, telle est l'expérience de celles des assistantes qui ont utilisé cette technique avec compétence. Au début, les parents apparaissent à l'enfant comme sans défaut. Puis il commence à osciller entre l'attitude défensive et l'attitude critique, avec, peut-être par crises, des sentiments

très amers. Plus tard encore, il est capable d'avoir une vue plus objective — de considérer la mère comme quelqu'un doué de défauts aussi bien que de qualités, et même de comprendre qu'elle n'est qu'un être malheureux dont l'existence est une faillite. Souvent, cette attitude lui est rendue plus facile encore, si le mauvais comportement de la mère peut être rattaché à l'enfance malheureuse qu'elle a peut-être eue ; en effet, l'enfant est placé aux premières loges pour savoir combien des situations familiales difficiles peuvent créer aux gens des problèmes affectifs. En traversant à grande-peine des sentiments violents et contradictoires, pour acquérir une vue plus sobre et plus objective, l'enfant cesse d'être la victime de ses liens irrationnels avec une mère désastreuse ; il est capable, en accord avec la réalité, de s'adapter à la vérité brutale : sa mère ne lui est d'aucun profit, et il doit chercher l'affection et la sécurité ailleurs.

Il faut reconnaître qu'il n'est pas facile d'aider un tel enfant ; ceci demande de la part de l'assistante sociale, non seulement une compréhension, mais une tolérance affective personnelle à l'égard de nombre de sentiments qui risquent de la bouleverser : colère contre de bons parents naturels ou nourriciers, admiration pour les mauvais. Ces sentiments si difficiles à comprendre et si troublants, ont une telle force, que s'ils ne sont pas neutralisés, ils risquent de gâcher la vie de l'enfant ou d'exploser plus tard, telles des bombes à retardement.

La nécessité d'être franc et honnête en face de vérités désagréables, est apparue à maintes reprises, au cours de cette discussion : il faut savoir appeler un chat un chat. Les parents ont besoin d'être encouragés pour se rendre compte qu'en raison même de la nature des sentiments des enfants à leur égard, ils possèdent un formidable pouvoir sur le bonheur de ceux-ci, pouvoir que eux, parents, ne peuvent abdiquer, quels que soient leurs efforts. Il faut aider les parents nourriciers à reconnaître les liens qui unissent les enfants à leurs parents négligents, et à supporter la froide ingratitude que les enfants opposent à leurs bienfaits. Il faut encourager les enfants à exprimer à la fois l'affection qu'ils portent à leurs mauvais parents et la colère qu'ils éprouvent de la négligence de ceux-ci à leur égard, sentiments qui paraissent irrationnels, contre nature, ou contradictoires. De plus, les trois parties en présence, quels que soient leur irresponsabilité, leur manque d'éducation, leur jeunesse, doivent être encouragées à prendre part aux projets d'avenir, sur une base d'égalité avec l'assistante sociale, armée de sa maturité, de son instruction, de sa bienveillance. Ceci peut paraître sans queue ni tête à tous ceux qui travaillent encore dans l'état d'esprit du siècle précédent, et pourtant c'est la grande leçon que nous apportent les connaissances psychologiques. C'est à Freud que revient le mérite d'avoir découvert que le cœur des êtres humains héberge sans doute beaucoup d'émotions effrayantes et horribles, qu'ils sont enclins à faire des souhaits atroces, mais aussi qu'ils ont d'extraordinaires aptitudes au bien ; par-dessus tout, la nature humaine peut surmonter les situations les

plus désespérantes, les calamités les plus terrifiantes, si on l'aide carrément à faire face à la vérité.

En discutant le placement nourricier, on a délibérément insisté sur les techniques psychologiques qui devraient être employées. Peut-être y a-t-il en apparence une perte de temps ou quelque fantaisie à utiliser de telles techniques, à travailler avec les parents, les parents nourriciers, les enfants eux-mêmes, mais l'enjeu est d'importance, il s'agit de la santé, du bonheur, de l'utilité civique future de l'enfant — il faut aussi rappeler les résultats peu satisfaisants de méthodes plus hâtives et plus désordonnées. L'échec est dû souvent au manque d'habileté à acclimater un enfant dans un nouveau foyer autant qu'à une incompatibilité mutuelle, raison habituellement invoquée. De plus, c'est parce que le sujet a été si négligé qu'il a été essentiel de discuter la technique du placement, avant les méthodes de sélection. On envisagera celles-ci brièvement maintenant.

#### Choix d'un foyer nourricier convenant à l'enfant

Les mobiles des éventuels parents nourriciers sont un des facteurs les plus importants de la sélection ; ils doivent être présents à l'esprit quand on choisit des foyers temporaires ; on y a déjà insisté à propos du choix des foyers en vue de l'adoption définitive. Lorsqu'un placement temporaire est projeté et que l'enfant doit rester en contact avec ses parents naturels, les mobiles seront naturellement bien différents de ceux rencontrés parmi les parents adoptifs ; mais l'assistante doit en connaître aussi bien la nature ; elle pourra appliquer les mêmes méthodes d'enquête. Les couples sans enfants ne conviennent généralement pas très bien comme parents nourriciers, car ils risquent de prendre une attitude trop possessive ; le succès est plus fréquent avec les couples dont les enfants commencent à grandir. D'autre part des parents nourriciers de plus de 60 ans ont moins de chances de réussir que des parents plus jeunes. Mais peut-être plus que ces critères importe la nécessité de choisir des parents nourriciers qui soient capables de travailler en coopération étroite avec l'assistante sociale et qui ne soient pas trop fiers pour demander et accepter une aide.

Certes on peut mettre en question l'utilisation même d'un foyer nourricier donné ; mais en outre se pose l'importante question de choisir un enfant et des parents nourriciers compatibles. Isaacs et ses collègues,<sup>81</sup> qui étudièrent 700 enfants évacués à Cambridge pendant la guerre, font remarquer que « beaucoup de difficultés d'hébergement auraient été surmontées si l'on avait autant réfléchi aux rapports humains impliqués par le placement, qu'aux rapports administratifs. »

Dans l'énumération de quelques-uns des principes que l'on doit avoir à l'esprit, les conclusions d'Isaacs et de Mulock Houwer — qui étudia de façon suivie 222 enfants placés dans 152 foyers nourriciers aux Pays-Bas (communication personnelle) — ont été tout spécialement précieuses.

Parmi les conjonctures favorables se trouvent :

a) La présence d'autres enfants dans la famille, surtout les frères et sœurs de l'enfant placé. A Cambridge, on a trouvé qu'il était particulièrement important pour les filles de plus de 12 ans d'être placées avec d'autres enfants.

b) Mulock Houwer a trouvé que les placements les plus réussis se rencontraient dans les familles où il y avait une différence de plus de 4 ans (dans l'un ou l'autre sens) entre l'enfant placé et l'enfant de même sexe des parents nourriciers.

c) Mulock Houwer trouva aussi que le placement d'un enfant de sexe différent, mais de même âge que l'enfant mis en nourrice, réussissait.

d) Enfin, Isaacs trouva qu'il valait mieux placer les enfants nerveux et anxieux dans des familles du genre tranquille et conventionnel ; alors que les enfants agressifs et turbulents étaient mieux, avec des compagnons, dans des familles libres et faciles à vivre ; cependant, en quelque endroit qu'on les plaçât, c'est ce genre d'enfants qui faisaient naître le plus de difficultés.

Certaines situations doivent être évitées autant que possible :

a) Plus l'enfant est âgé, moins lui convient le placement en foyer nourricier. Ceci est particulièrement vrai pour les enfants de plus de 13 ans.

b) Des parents nourriciers âgés (plus de 45 ans) ne conviennent pas bien à des enfants jeunes (moins de 10 ans).

c) Lorsque l'enfant mis en nourrice est du même âge et du même sexe qu'un enfant des parents nourriciers, des frictions se produisent souvent. On songe trop à utiliser l'enfant mis en nourrice comme compagnon de jeu, et trop peu à lui-même. De plus, une situation de rivalité et de jalousie est plus susceptible d'apparaître que si l'âge et le sexe diffèrent.

d) On a parfois trouvé que des différences considérables entre le standard de vie et la classe sociale de la famille nourricière et ceux de la vraie famille sont éprouvantes pour l'enfant et favorisent l'éclosion de ressentiment et de jalousie de la part de la vraie famille. Toutefois, l'étude de Cambridge n'a pas confirmé ces constatations.

A ce sujet, on dispose naturellement d'autres études détaillées ; pourtant, il ne semble pas exister de revue générale compréhensive de la question. Ces conclusions limitées sont donc proposées à la fois comme directives pratiques et comme illustration de ce que l'on peut découvrir par des études scientifiques soigneuses.

On a dénoncé de toutes parts l'erreur capitale qui consiste à placer dans des foyers nourriciers des enfants gravement inadaptés, avant qu'ils ne soient fort avancés sur le chemin de la guérison. Healy et al.<sup>77</sup> qui analysèrent les résultats de 501 placements furent parmi les premiers enquê-

teurs à signaler ce point. Ils écrivent : « Parmi les échecs, il est frappant de trouver que le diagnostic d'anomalie mentale ou d'anomalie de la personnalité avait été porté antérieurement dans 52 % des cas ... et que 20 % de plus avaient des troubles de la personnalité. » Des constatations similaires furent faites dans le rapport sur les enfants évacués de Cambridge : sur les 46 cas où le placement ne se montra pas du tout satisfaisant, 29 (63 %) enfants avaient de graves dérèglements affectifs nécessitant un traitement ; ces dérèglements étaient principalement des réactions anxieuses et agressives : aucune n'était du type « enfant replié sur lui-même ». Les constatations de Mulock Houwer étaient similaires :

« Il apparut que, même en sélectionnant et en préparant très soigneusement enfants et parents, 20 % des enfants avaient des difficultés d'adaptation dans leur nouvelle famille. Ces difficultés existaient surtout pour les enfants qui, dans leur première enfance, n'avaient pas eu de contact avec leur propre famille, ou de forts liens affectifs avec leur mère. »

Il s'agit ici, naturellement, d'enfants gravement frustrés dont on a parlé dans la Partie I.

Au Canada, en se fondant sur l'étude de la croissance avec le Wetzel Grid, Binning (communication personnelle) a insisté sur l'importance de placer l'enfant déficient dans une institution convenable, jusqu'à l'amélioration du retard de croissance.

Au cours des dernières années, l'opinion des spécialistes de la santé mentale, selon laquelle le plus grand nombre des enfants pris en charge sont des inadaptés affectifs, n'a été acceptée par les profanes qu'avec beaucoup de difficulté. Ils se plaignent que les psychiatres et leurs collègues voient des troubles là où il n'y en a pas, et affirment qu'il suffit de soins et de bonté à ces enfants pour qu'avec le temps les troubles guérissent. On n'insistera jamais assez sur le fait que cet optimisme n'est pas partagé par ceux qui ont une connaissance de la santé mentale. Lorsque, par exemple, Theis constate que 34 % des enfants ayant passé cinq ans ou davantage dans des institutions deviennent inaptes socialement, elle n'apporte aucun appui à cet optimisme. La vérité est qu'en temps de paix un enfant qui a besoin d'un placement de longue durée a 50 % de chances d'être un enfant inadapté ; si le diagnostic de cette inadaptation n'est pas fait, et si des plans appropriés de placement ne sont pas établis, commencera probablement le tragique pèlerinage de l'enfant, passant d'un foyer à un autre, toujours incapable de se fixer. Les mères nourricières ne peuvent longtemps donner des soins aimants à un enfant qui manque totalement de réactions affectives. Cela conduit, comme Richman<sup>121</sup> le souligne,

« à un terrible gaspillage des foyers nourriciers et à leur perte... En essayant d'utiliser les foyers nourriciers pour répondre à tous les besoins de placement infantile, on a abouti à l'échec actuel du programme de placement nourricier dans tout le pays [Etats-Unis]. Les placements inappropriés ont eu pour sérieux contre-coup de décourager les candidatures des parents nourriciers prospectifs. »

L'accord est général pour dire que les soins nourriciers sont grandement préférables aux soins collectifs, mais il n'en reste pas moins que certains enfants ne conviennent pas aux foyers nourriciers, et qu'il faut leur fournir des soins de groupe. Le chapitre suivant est donc consacré aux principes qui devraient être à la base de l'organisation de ces collectivités.

---

SOINS DONNÉS DANS DES COLLECTIVITÉS

La controverse au sujet des mérites respectifs des foyers nourriciers et des collectivités peut désormais être considérée comme terminée. Personne ne préconise les grandes collectivités, de fait, tout le monde s'y oppose, pour des raisons qui apparaissent clairement dans la première partie de ce rapport ; par contre, la valeur de petites institutions spécialisées est universellement reconnue. Celles-ci conviennent particulièrement à certains types d'enfants, à savoir :<sup>s</sup>

a) L'enfant gravement inadapté, qui est incapable, avant amélioration de son état, de nouer des rapports valables avec des parents nourriciers. L'organisation de centres de traitement pour ces enfants sera discutée au chapitre suivant.

b) Les adolescents qui n'ont plus besoin de soins personnels quotidiens, et qui n'acceptent pas volontiers des étrangers dans un rôle parental, en partie parce qu'ils peuvent facilement maintenir des rapports affectifs avec leurs propres parents, même si ceux-ci sont absents. A cette règle, une exception : l'adolescent quittant l'école et commençant à travailler ; il peut s'installer facilement dans une famille nourricière, car cela fait pour lui partie intégrante du nouveau processus : gagner sa vie et devenir adulte.

c) Les enfants de plus de six ou sept ans qui ont seulement besoin d'un placement à court terme.

d) Les enfants dont les parents se sentent menacés par des liens affectifs éventuels entre leur enfant et des parents nourriciers ; ils peuvent avoir besoin d'un délai avant de décider s'ils reprendront leurs enfants, ou s'ils permettront qu'ils vivent dans une famille nourricière.

e) De nombreux frères et sœurs qui, autrement, devraient être séparés et répartis dans des familles différentes. (Une importante exception à ce principe de garder groupés les enfants d'une même famille concerne le cas des nourrissons et très jeunes enfants, car ceux-ci ne peuvent avoir en collectivité les indispensables soins individuels dont ils ont besoin. Ce point sera discuté entièrement plus loin.)

Il a paru, ces dernières années, tant de livres et de rapports pleins de sagacité sur les principes d'organisation des maisons d'enfants (par exemple celui de Hopkirk<sup>78</sup> aux Etats-Unis et le Rapport Curtis<sup>72</sup> en Angleterre)

---

<sup>s</sup> Cette liste, avec de légères modifications, est tirée de l'article de Gordon.<sup>70</sup>

que ces principes appellent peu de discussion. Tous sont d'accord pour dire que ces maisons doivent être de petite dimension ; l'effectif ne doit sûrement pas dépasser les 100 enfants proposés par le Rapport Curtis — et cela pour deux raisons : éviter l'enrégimentation inséparable des grands établissements ; permettre aux enfants d'aller à l'école locale, et plus généralement de participer à la vie de la communauté locale, sans la submerger. Tous s'accordent à reconnaître que les enfants doivent être répartis en petites « familles formées d'enfants d'âge et de sexe différents » ; une mère, ou mieux, une mère et un père doivent prendre en charge chacun de ces groupes familiaux ; cette solution, en effet, non seulement permet le développement d'une atmosphère affective presque familiale, mais encore permet à des frères et des sœurs de rester ensemble, pour se donner mutuellement réconfort et assistance. (Rien n'est plus tragique, et plus nocif pour la santé mentale, que le système encore trop fréquemment en usage, qui divise les enfants d'après l'âge et le sexe, séparant ainsi des familles de frères et sœurs.) Les groupes « familiaux » doivent rester petits ; le Rapport Curtis recommande le chiffre de 8 comme idéal, celui de 12 comme maximum. Une discipline individuelle dépourvue de formalisme, mais fondée sur des rapports affectifs personnels, et non sur des valeurs impersonnelles, n'est possible que dans une telle ambiance. Il faut reconnaître, cependant, que, même dans ces conditions relativement favorables, il reste très difficile d'éviter une partie des caractéristiques indésirables des institutions : règlements identiques pour tous les pavillons, frictions individuelles entre les membres du personnel, et un manque de contact avec les aspérités et les incertitudes de la vie sociale habituelle. La souple acceptation, la tolérance pour les habitudes particulières de chacun, risquent de se perdre, et les enfants ont peu d'occasions de participer à la création du milieu dans lequel ils vivent. Cette mort de l'initiative, ce retrait de la responsabilité dans la détermination des conditions de vie, ont été trop peu identifiés comme facteurs insidieux défavorables de la vie en institution.

Pour surmonter ces influences défavorables, le home d'enfants divisé en pavillons dispersés a été recommandé maintes fois : cette disposition peut être considérée aussi comme un grand foyer nourricier professionnel. Ainsi, les autorités locales, en Angleterre, sont-elles en train d'adapter à cet effet des maisons ordinaires jumelées, semi-démontables, situées sur de nouveaux terrains résidentiels ; puis un couple marié est mis à la tête de chacune de ces maisons. Le mari travaille au-dehors, la femme tient la maison, les enfants se mêlent aux enfants du lieu ; ainsi, on réduit au minimum les différences de vie entre les enfants placés et les enfants ordinaires. Pour réussir, ce système exige que les parents nourriciers soient de qualité, capables d'assumer des responsabilités considérables ; de tels parents, disons-le encore, ne peuvent se trouver à bon compte. Si les parents nourriciers n'atteignent pas cette qualité, et peut-être d'une façon générale, si on utilise des mères nourricières non mariées, mieux vaut sans doute

employer le système des groupes de pavillons, qui permet aux mères nourricières de trouver un appui. Quel que soit le système employé, certains services généraux peuvent être mis en commun, avec pour résultat une économie de main-d'œuvre et d'argent ; cependant, il faudra toujours mettre en balance les avantages de cette solution avec le danger d'enlever trop de décisions personnelles aux parents nourriciers. Par exemple, un service commun d'approvisionnement supprime l'obligation de faire le marché, mais aussi la possibilité du choix des aliments — d'importance essentielle pourtant dans la vie domestique. Il faut trouver un compromis entre ces deux solutions extrêmes : économie centrale, accompagnée de monotonie, et variété périphérique avec un excédent de travail.

Les responsabilités des « parents de pavillon », et particulièrement leurs rapports avec les enfants et les familles de ceux-ci, ont été admirablement décrits par Stern & Hopkirk.<sup>138</sup> Parmi d'autres considérations, on insiste sur la nécessité d'éviter de leur part une attitude possessive envers les enfants ; bien au contraire, ils doivent encourager les visites des vrais parents, et favoriser ainsi les rapports affectifs entre parents et enfants. On reconnaît maintenant que les « mères de pavillon » ont besoin d'une formation, et que leur travail doit être envisagé sur des bases professionnelles. Il est important, également, que soit précisé leur rôle vis-à-vis des autres spécialistes — assistante sociale, psychiatre et autres — afin de rendre possible un bon travail d'équipe. Des discussions à intervalles réguliers à propos des enfants qui leur sont confiés, devraient être reconnues comme faisant partie intégrante de leurs obligations. Il faut les encourager à discuter de leurs problèmes avec des consultants de psychiatrie, qui, eux-mêmes, naturellement, doivent être préparés à ce travail.

Les soins médicaux aux enfants doivent, dans l'avenir, comprendre les soins de santé mentale ; et, à cet égard, des expériences plus poussées de l'emploi du Wetzel Grid seraient nécessaires. Il fait intervenir les augmentations de poids et de taille comme indices simples et rapides de l'équilibre affectif. Si les résultats de Fried & Mayer (voir chapitre 2, page 16) sont confirmés, on a là un outil de valeur pour déceler les désordres affectifs sous-jacents à une apparente adaptation. Ces désordres cachés, qui ont souvent une signification psychiatrique grave, sont fréquents dans les institutions. Tous ceux qui connaissent les problèmes de la santé mentale insistent sur le comportement trompeur des enfants, surtout quand ils se conforment passivement aux ordres. Mulock Houwer, par exemple, parle (communication personnelle) de la double série de critères moraux que les enfants ont tendance à acquérir dans les institutions : extérieurement, ils se conforment aux règlements, mais intérieurement, leurs critères peuvent être entièrement tournés vers la délinquance, et ne se révéler que plus tard. Lawrence, à Chicago (communication personnelle) décrit comment des enfants ayant séjourné longtemps dans des institutions, où ils paraissaient gentils et polis, se montrèrent manifestement effrayés par tout contact

personnel étroit, lorsqu'ils furent répartis dans des foyers nourriciers ; ils semblaient préférer vivre dans le vide affectif. Ils évitaient de prendre des décisions, détestaient qu'on leur suggérât plus d'indépendance, et se montraient excessivement exigeants dans le domaine matériel. Il est important d'observer que ces traits défavorables de caractères n'apparaissaient qu'à leur sortie de l'institution, alors que tout semblait parfait, du moins pour un observateur superficiel, tant qu'ils s'y trouvaient encore. De même, Bettelheim & Sylvester<sup>18</sup> ont rapporté les résultats des examens psychiatriques systématiques d'un groupe d'enfants de six à huit ans, dont aucun n'était considéré anormal sous aucun rapport, par les dirigeants des institutions où ils vivaient. La première impression qu'ils donnaient était certes favorable — « ils semblaient avoir un esprit de groupe particulièrement développé » — mais un examen plus approfondi montrait un manque total d'adaptabilité ; ils étaient particulièrement avides de jouets et avides de toucher à tout. « Bien que l'intelligence, mesurée en termes psychométriques, fût bonne, il leur manquait toute conception cohérente du temps, de l'espace et de la personne humaine... » Il s'agissait, en fait, de psychopathes indifférents affectifs qui se cachaient sous le masque d'enfants normaux ; comme on pouvait s'y attendre, ils avaient été élevés dans une institution, depuis leur plus jeune âge. On est maintenant ramené au sujet de base : les soins aux nourrissons et aux jeunes enfants.

#### **Pouponnières (Residential Nurseries)**

Malheureusement, on voit encore régner la notion que les conditions de séjour dans une institution n'ont pas d'importance pour les nourrissons et les très jeunes enfants. Il est donc essentiel de faire observer que ce point de vue complaisant n'est nullement soutenu par ceux qui connaissent les problèmes de la santé mentale. Bien au contraire, ils y sont tous fortement opposés. Cette opposition se trouve clairement exprimée dans les écrits de tous ceux, psychiatres et psychologues, qui ont entrepris des recherches dans ce domaine. Dès 1938, il y a donc déjà longtemps, ce sujet fut discuté dans l'étude de la Société des Nations ;<sup>132</sup> celle-ci parle des difficultés que l'on rencontre à élever des « nourrissons et des enfants en bas âge [qui] semblent mieux se porter, se développer plus rapidement et devenir plus vigoureux lorsqu'ils reçoivent des soins individuels et qu'ils se trouvent dans une atmosphère d'affection familiale » (volume 1, page 141). Il est donc décourageant de constater que huit ans plus tard, alors que les connaissances scientifiques s'étaient augmentées, le Comité Curtis<sup>72</sup> dans son rapport au Gouvernement britannique sur les principes régissant l'« élevage » des enfants carencés préconise des « pouponnières pour tous les enfants jusqu'à 12 mois, et pour ceux des enfants de moins de 2 ½ ans qui ne sont pas encore placés dans un groupe familial » (page 160). Mani-

festement, on doit considérer qu'il s'agit là d'une grave lacune dans un rapport par ailleurs plein d'idées avancées. Il faut espérer que cette recommandation particulière ne sera suivie ni en Grande-Bretagne, ni ailleurs ; et il est satisfaisant de constater que la politique officielle du Children's Bureau of the US Federal Security Agency est opposée aux pouponnières et qu'elle préconise les soins aux nourrissons et jeunes enfants dans le cadre des foyers nourriciers.

Malgré la meilleure volonté, une pouponnière ne peut jamais procurer un milieu affectif satisfaisant aux nourrissons et jeunes enfants. Il ne s'agit pas là d'une simple assertion doctrinaire résultant d'une préoccupation trop exclusive des aspects théoriques du problème : c'est l'opinion mûrement réfléchie de cliniciens éminents de nombreux pays. Par exemple, en Angleterre, c'est après avoir dirigé pendant la guerre une pouponnière que Burlingham & Freud tirent cette conclusion de leur expérience. Au début, elles avaient espéré résoudre le problème, mais par expérience, elles devinrent de plus en plus conscientes des effets désastreux de la carence maternelle et de la difficulté de procurer des soins maternels substitutifs dans le cadre d'une institution. Finalement, elles conclurent que pour donner aux nourrissons et jeunes enfants les soins continus de personnes remplaçant la mère à titre permanent, soins qui, d'après leurs observations, étaient essentiels, il faudrait un tel nombre d'aides que mieux vaudrait que chacune d'entre elles prenne deux enfants chez elle, et fermer la pouponnière (communication personnelle). Aux Etats-Unis, Richman<sup>121</sup> arrive à la même conclusion. Après avoir décrit en détail la pouponnière et son personnel, il conclut :

« Le nombre de personnes nécessaires pour donner des soins adéquats à des enfants de neuf mois à cinq ans est plus élevé que pour un groupe d'enfants plus âgés. Le prix de revient d'une organisation de ce genre est, par conséquent, très élevé. L'expérience de cette organisation confirme les preuves rapportées par la littérature spécialisée : les enfants se développent mieux avec des soins individuels qu'en collectivité. »

Aux Pays-Bas, Mulock Houwer critique fortement le placement d'enfants de moins de cinq ans dans des homes (communication personnelle).

Les soins collectifs aux nourrissons et jeunes enfants ne seront jamais satisfaisants, car il est non seulement impossible de leur procurer des soins maternels adéquats et suffisamment continus, mais il est aussi difficile de leur donner, s'ils sont nombreux, l'occasion de participer activement à la vie quotidienne du groupe, occasion pourtant extrêmement importante pour leur développement social et intellectuel. Même dans une famille comprenant deux ou trois enfants de moins de cinq ans, et dont la mère est présente continuellement, il est épuisant pour elle de permettre aux enfants de l'« aider » dans les tâches quotidiennes des repas, du lavage, de l'habillage, du ménage, etc. Quand les enfants sont nombreux, il est à peu près inévitable que ces activités leur soient interdites, et qu'on attende d'eux qu'ils soient obéissants et tranquilles, c'est-à-dire passifs et

non participants. Cette attitude peut donner naissance à un sentiment de frustration, révélé par des réactions alternées d'apathie et de violente agressivité, et dont l'intensité est incroyable pour ceux qui n'ont pas l'expérience de ce qui se passe en pareille circonstance. Il faut lire le rapport très complet d'Isaacs ;<sup>82</sup> il étudie de manière approfondie la situation de l'enfant en institution, qui ne participe pas à la routine quotidienne familiale et est sevré de relations sociales continues avec des adultes.

Malheureusement, dans de nombreux pays, on tolère encore les pouponnières ; on essaie quelquefois d'atténuer leurs mauvais effets par des règlements qui, tant qu'elles ne seront pas supprimées, constituent au moins un palliatif. Pour éviter les effets les plus désastreux, il faut que la pouponnière (personnel et enfants) soit divisée en petits groupes « familiaux » stables, ayant de préférence chacun deux pièces à leur disposition, l'une pour dormir, l'autre pour jouer et manger. Il doit y avoir beaucoup de jouets, et chaque enfant doit avoir toute facilité pour en posséder quelques-uns en propre. On trouvera une description de ces techniques et de bien d'autres, concernant les soins affectifs des enfants, dans les publications de Burlingham & Freud, et d'Isaacs. Un contrôle médical, dirigé en particulier contre les maladies infectieuses si nombreuses, est maintenant admis de tous ; mais espérons que dans l'avenir ce contrôle comprendra aussi des mesures de santé mentale. Il devrait être de pratique courante de soumettre les enfants des pouponnières à des tests psychologiques, à intervalles réguliers et rapprochés, comme on leur prend leur température. Pour cela, les tests actuels pourraient probablement être abrégés sans en diminuer la valeur : c'est une tâche technique qui, espérons-le, sera entreprise par les psychologues. Si de tels tests étaient en usage, ou si l'on prouvait que le Wetzel Grid est un indice valable pour les très jeunes enfants, on décèlerait l'apparition de toute dégradation psychologique ; tandis que, actuellement, les responsables demeurent dans l'ignorance du problème, et sont capables d'affirmer froidement que les enfants vont « parfaitement bien ». On peut attendre aussi des résultats de ces tests réguliers qu'ils hâtent la venue du jour où les pouponnières, sauf pour les cas exceptionnels les plus temporaires, seront considérées par tous comme incompatibles avec de saines politiques nationales d'hygiène mentale.

#### Homes d'étude ou centres d'observation<sup>†</sup>

Tous ceux qui s'occupent des enfants hors de leurs propres foyers ont été frappés par la nécessité de bien connaître l'enfant, si l'on veut prendre

<sup>†</sup> Les termes « homes d'étude » (study homes) et « centres d'observation » (observation centres) définissent ici les centres qui ont pour but l'observation des enfants et le diagnostic. Le terme « reception centre » est aussi employé dans le même sens par le Home Office de Grande-Bretagne ;<sup>79</sup> mais on n'emploiera pas ici dans cette acception son équivalent en français (centre d'accueil), afin d'éviter la confusion avec les centres qui ont la fonction bien différente de procurer un abri d'urgence, et qui portent aussi le nom de centre d'accueil (voir page 124).

à son égard des dispositions correctes. Mais l'accord est moins unanime quant à la meilleure manière d'arriver à cette connaissance.

Il existe deux doctrines ; selon l'une, il devrait exister des centres d'observation où l'enfant soit hospitalisé ; selon l'autre, l'observation est plus facile dans le cadre d'une consultation externe. La première solution a été adoptée dans deux pays européens qui ont mis sur pied un programme national de soins aux enfants sans foyer, le Royaume-Uni et la Suède. Le Service d'Assistance à l'Enfance de Stockholm fait passer tous les enfants ayant besoin d'un placement nourricier dans son grand centre, construit en 1938 ; celui-ci abrite aussi les enfants qui n'ont besoin que d'un court séjour. L'observation et le diagnostic sont menés à terme pendant un séjour de quelques semaines ou quelques mois, avec l'assistance d'un psychiatre d'enfants à temps complet et d'institutrices de jardins d'enfants formées aux techniques de jeux. Au cours des deux dernières années, la Grande-Bretagne a également adopté officiellement ce système, en partie à la suite de l'expérience suédoise. Le Rapport Curtis<sup>72</sup> contient un important paragraphe à ce sujet :

« Nous ne considérons pas que les enfants que l'administration prend en charge, au-delà de l'âge de la pouponnière, doivent être placés immédiatement dans le foyer où ils demeureront ultérieurement. Nous avons recueilli des recommandations presque unanimes de nos enquêteurs en faveur de ce que l'on décrit, de façon disparate, sous le nom de centres d'accueil, centres de sélection, stations de triage. La nécessité de ces centres est, d'après les enquêteurs du Ministry of Health, un des enseignements les plus importants de l'expérience de l'évacuation » (page 161).

A la suite de ce rapport, et du Children's Act (loi sur les enfants) qui en est résulté, le Home Office de Grande-Bretagne<sup>73</sup> édita un mémorandum au sujet des enfants de plus de deux ans, dont on supposait qu'ils auraient besoin de soins pendant plus de six mois :

« Afin d'arriver à une connaissance et à une compréhension aussi complètes que possible de la santé, de la personnalité, du comportement, des aptitudes intellectuelles, de l'état affectif et du passé social d'un enfant, des mesures doivent être prises pour sa réception et son séjour temporaire, en un lieu où existent des facilités pour une enquête sur tous ces points et pour une observation par un personnel compétent. »

Beaucoup d'assistantes sociales douées de connaissances en matière de santé mentale, aussi bien en Suède qu'en Grande-Bretagne, pensent qu'une politique qui contraint *tous* ces enfants à passer dans un centre d'observation est une grave erreur ; cette opinion est confirmée par beaucoup d'experts de santé mentale aux Etats-Unis. Ceux qui s'opposent à cette mise en observation systématique pensent qu'il vaut mieux pour l'enfant ne pas être soumis à cette épreuve, facteur inévitable d'instabilité, et que, de plus, le diagnostic peut aussi bien, ou même mieux, être posé lors d'une consultation externe. Ils pensent que le Comité Curtis et ses enquêteurs avaient certes raison en insistant sur la nécessité d'un diagnostic précis,

mais avaient tort d'en tirer précipitamment la conclusion qu'un tel diagnostic ne pouvait être obtenu que par l'hospitalisation. Ils pensent en particulier que l'évacuation en temps de guerre, concernant un grand nombre d'enfants, lors d'une crise exceptionnelle, ne saurait constituer un enseignement applicable aux conditions de temps de paix.

Une première question se pose : est-ce que des diagnostics précis peuvent être faits dans le cadre d'une consultation externe ? Si oui, les frais et les efforts qu'implique l'établissement de centres d'observation sont manifestement injustifiés — or beaucoup de psychiatres d'enfants et d'assistantes sociales expérimentées pensent qu'il en est ainsi. Clothier,<sup>44</sup> psychiatre d'enfants, de Boston, qui a une expérience approfondie de ce problème, écrit : « D'habitude, on étudie mieux les cas difficiles dans les services de consultation externe, avec la famille de l'enfant comme arrière-plan. » Richman,<sup>122</sup> assistante sociale d'enfants de Cleveland, après avoir fait observer combien il est artificiel de séparer l'observation du traitement, et l'instabilité qui résulte du séjour dans un centre d'observation, en arrive à la même conclusion. Enfin, Wildy & Gérard, dans une communication personnelle, rapportent que l'œuvre dont ils sont respectivement directeur et psychiatre consultant, l'Illinois Children's Home and Aid Society, décida, par expérience, de fermer son centre d'observation. Ils avaient trouvé que les informations diagnostiques les plus pertinentes étaient fournies par l'enquête sociale menée par une assistante compétente, complétée par un examen somatique et un examen psychiatrique pratiqués dans une consultation externe. Les renseignements de première main, obtenus par l'assistante, sur le comportement de l'enfant dans sa famille, et ses rapports avec elle au cours d'une courte promenade faite dans ce dessein, ont, pensent-ils, plus de valeur pour le pronostic, que toutes les informations recueillies dans un centre d'observation.

L'une des difficultés du diagnostic est de différencier les troubles du comportement, ou les symptômes névrotiques qui sont des réactions à des événements perturbateurs actuels, de ceux qui font déjà profondément partie de la personnalité de l'enfant. Pour résoudre ce problème, outre l'examen clinique, deux voies s'offrent à nous : a) faire un historique détaillé du comportement et des symptômes dans toutes les situations connues, présentes et passées (à la maison, à l'école, avec les parents, avec les parents nourriciers, etc.), et de ses expériences personnelles vis-à-vis des adultes, en particulier de ses parents, et b) l'enlever à sa famille et le placer dans un milieu entièrement nouveau. Les personnes expérimentées considèrent la première solution comme plus valable puisqu'elle fait appel à des informations beaucoup plus variées. De plus, la deuxième méthode n'est simple qu'en apparence, et peut conduire à des erreurs très sérieuses ; on sait bien, en effet, que le comportement des enfants, dans un milieu étranger, peut n'avoir rien de caractéristique.

Ceci est particulièrement vrai des enfants de moins de cinq ans, toutes les institutrices d'école maternelle le savent, et Murphy<sup>106</sup> l'a démontré dans son étude bien connue. Le comportement extérieur pour les enfants de cet âge dépend de facteurs tels que l'espace, la personnalité de la grande personne, le nombre, l'âge et le sexe des autres enfants — « un enfant peut être capable de sympathie un jour dans un groupe, et se montrer très agressif le lendemain avec un groupe formé d'autres enfants ». De plus, les enfants ne peuvent manquer d'être affectés par la situation dans laquelle ils se trouvent au moment considéré, ou plus exactement par la situation dans laquelle ils *croient* qu'ils se trouvent à ce moment, situation imaginaire qui peut être très différente de la situation réelle, et très difficile à déterminer. A ce sujet, Wollen,<sup>157</sup> assistante sociale psychiatrique, qui a travaillé dans un centre d'observation modèle, en Angleterre, fait remarquer :

« Dans certains cas, le comportement des enfants est déterminé par la crainte des conséquences éventuelles d'une mauvaise conduite, qui pourrait influencer défavorablement leur avenir. Ils sont également anxieux d'être acceptés par les adultes, essayant d'acheter leur faveur et, espèrent-ils, leur sécurité. Il est impossible de convaincre ces enfants que ce n'est pas en étant sages qu'ils resteront indéfiniment au Centre. Pour d'autres, des anxiétés personnelles modifient temporairement le comportement. L'enfant névrotique et inadapté, pour lequel un diagnostic peut être porté au cours d'une entrevue psychiatrique, n'a pas toujours un comportement anormal au Centre. »

Bien loin de reconnaître l'erreur théorique qui consiste à supposer que le comportement de l'enfant, dans ce que l'on peut supposer être une « atmosphère neutre et amicale » est caractéristique, l'observateur inexpérimenté s'accroche avec une extraordinaire ténacité à l'idée que le peu qu'il a vu de l'enfant possède une énorme signification. On a vu Tommy frapper un autre enfant trois fois, donc c'est un garçon agressif ; Marie a passé des heures assise toute seule dans son coin, donc c'est une enfant solitaire. De telles conclusions peuvent naturellement être vraies, mais on sait qu'elles sont fausses dans une proportion suffisante de cas pour remettre entièrement en question la valeur des observations faites dans ces milieux artificiels.

Comme l'indique aussi Wollen, on risque que les administrateurs en viennent à considérer un séjour dans un centre d'accueil ou d'observation comme une solution rapide et facile aux difficultés familiales, et par conséquent que des enfants soient inutilement retirés de leurs familles. Les centres se substitueraient alors, avec des effets désastreux, à une enquête sociale approfondie, et à l'action de l'assistante sociale sur la famille. Il y a là, indiscutablement, un grand danger. De fait, il est probable que l'absence de service social et de centres de guidance infantile adéquats a fait croire à la nécessité de nombreux centres d'observation, croyance qui s'est développée et a persisté.

De plus, on doit faire remarquer qu'un séjour dans un centre d'observation aura un effet défavorable sur l'enfant et les parents. Des psychiatres

de Stockholm se sont inquiétés de constater que certains enfants, après leur passage dans le centre d'observation de la ville, présentaient des signes d'« hospitalisme » lorsqu'ils arrivaient ultérieurement dans le foyer nourricier (communication personnelle). Du centre modèle créé en Angleterre, dans le comté de Kent,<sup>100</sup> on rapporte que « le fait d'enlever un enfant à sa famille, même pour un court laps de temps, peut avoir un effet défavorable sur ses rapports affectifs avec ses parents, surtout si ce retrait survient après une crise familiale, au cours de laquelle il a pu se sentir hostile envers ses parents, ou rejeté par eux ». Les enfants de moins de 5 ou 6 ans, bien entendu, sont particulièrement vulnérables devant ces épreuves. A juste titre, le rapport met l'accent sur le fait que « toute tentative efficace pour rassurer l'enfant doit se fonder sur la compréhension de ses terreurs et regrets intimes, dont il a peu de chance d'avoir pris clairement conscience lui-même ». Le rapport souligne le besoin de « contacts aussi intimes et aussi précoces que possible entre l'enfant et l'assistante sociale ou le délégué qui s'occupera de lui après sa sortie du centre ». Dans tout ceci, inutile de le dire, une franchise absolue envers l'enfant est essentielle, en ce qui concerne sa situation actuelle et son avenir. Cependant, malgré toutes ces précautions, il est excessivement difficile de faire du séjour une période thérapeutique et constructive et non une période supplémentaire de déséquilibre et d'anxiété. Il ne faut pas non plus oublier l'effet défavorable sur les parents : les liens familiaux et le sens des responsabilités ne sont pas favorisés par le retrait de l'enfant.

On peut certes conclure que pour la grande majorité des enfants des centres d'observation sont inutiles, constituent même un danger pour les enfants de moins de cinq ans ; cependant, il existera toujours une petite minorité pour qui une hospitalisation temporaire sera nécessaire aux fins d'observation. Il s'agit surtout d'enfants qui n'ont aucune famille, ou sur les antécédents desquels il est absolument impossible d'obtenir des renseignements satisfaisants : ces conditions peuvent d'ailleurs coïncider. Aux Etats-Unis, on a pris l'habitude de placer ces enfants dans des foyers nourriciers temporaires spécialement sélectionnés à cet effet. Dans ces conditions, on a davantage l'occasion d'arriver à une appréciation exacte des aptitudes de l'enfant à nouer des relations affectives avec des parents nourriciers, et par conséquent, de juger des possibilités de développement. Certains parents nourriciers, notamment ceux qui ont eu des enfants à eux, s'intéressent à ce travail particulier, pour lequel, naturellement, ils doivent être convenablement rémunérés.

Les enfants qui, de toute évidence, ont de graves troubles affectifs, devraient être placés immédiatement dans un centre de traitement de psychiatrie infantile ; le nombre de ces centres devrait être augmenté dans tous les pays. Il vaut mieux laisser chez eux, pendant la durée de l'observation, les enfants pour lesquels les tribunaux réclament aide et protection. Une ou deux semaines supplémentaires dans de mauvaises conditions de

vie, risquent peu d'influer sur leur avenir, et un transfert vers d'autres conditions, effectué sans anicroche et préparé à l'avance, ouvrira la voie à un placement réussi. Il faut savoir résister à l'impétuosité et à l'impatience d'un fonctionnaire indigné.

Les centres d'observation ne sont probablement nécessaires que pour les enfants plus âgés, garçons ou filles délinquants et dangereux pour eux-mêmes et pour autrui ; ils prennent alors généralement le nom de centres d'observation judiciaire (remand homes), et leur étude se trouve hors du champ de ce rapport.

\* \* \*

Pour résumer, on peut dire que les soins collectifs avec séjour de l'enfant dans un centre doivent toujours être évités pour les enfants de moins de six ans environ ; qu'ils conviennent pour de courts séjours aux enfants entre 6 et 12 ans ; pour des séjours courts ou longs aux adolescents. Ils sont également indispensables pour beaucoup d'enfants inadaptés comme on le verra dans le chapitre suivant.

---

**SOINS DONNÉS AUX ENFANTS INADAPTÉS ET MALADES**

**Enfants inadaptés**

Trois catégories d'enfants placés hors de leur famille ont besoin de soins psychiatriques spéciaux :

a) Les enfants atteints de troubles psychiatriques, et qui sont retirés de leur famille par voie légale, médicale ou sociale, soit en vue d'un traitement, soit du fait d'une contrainte sociale. Ces troubles peuvent ou non, être la conséquence de mauvaises conditions familiales.

b) Des enfants tels que ceux qui ont été décrits au chapitre précédent, dont les troubles mentaux résultent des épreuves subies dans des institutions ou des foyers nourriciers.

c) Les enfants dont les troubles sont la conséquence d'expériences néfastes subies dans leur famille, épreuves qui avaient provoqué leur prise en charge, telles que : sévices, dissociation familiale, négligence affective.

On observera que le troisième groupe s'oppose dans une certaine mesure au premier ; dans celui-ci, l'accent principal est mis sur l'inadaptation de l'enfant ; dans celui-là, sur le caractère inadéquat de la famille.

On a déjà fait remarquer qu'au cours des premières années de l'histoire du mouvement de la guidance infantile, les assistantes avaient tendance à retirer les enfants de leur famille avec trop de légèreté et, par suite de cette erreur, le mouvement tout entier n'était pas en odeur de sainteté dans certaines régions ; mais cette pratique est en train de disparaître. Bien des assistantes éminentes considèrent actuellement le retrait de l'enfant comme un ultime recours, et un aveu de faillite, car le retrait à lui seul ne peut en aucun cas résoudre les conflits affectifs sous-jacents. Trop souvent, le résultat d'une telle politique est de cacher le véritable problème, et d'en créer de nouveaux. De plus, il n'existe que deux éventualités possibles : soit d'organiser une prise en charge à long terme, qui est à la fois onéreuse et difficile, soit de replacer l'enfant tôt ou tard dans ses conditions de vie initiales. Ces considérations à long terme sont trop souvent négligées lorsque s'offre la tentation d'utiliser un raccourci relativement facile. Pour le bien de l'enfant, il n'est permis de l'enlever à son foyer que si l'assistante, le médecin ou le magistrat ont un projet à long terme mûrement réfléchi. En l'absence d'un tel projet, le retrait aboutit seulement à créer un enfant carencé de plus.

Mais même si l'on fait montre d'une grande prudence avant d'enlever des enfants à leur milieu familial, même si de bien meilleures mesures préventives sont prises pour éviter l'inadaptation infantile, il faudra, pendant bien des années à venir, s'occuper de nombreux enfants inadaptés placés hors de leur famille. Bien que certains de ces enfants, ceux dont les difficultés sont les moins patentes, et même certains délinquants, puissent être placés dans des foyers nourriciers (Kline & Overstreet<sup>87</sup> décrivent l'intéressante histoire clinique d'une fillette très troublée, âgée de 15 ans, placée de cette façon), la majorité des enfants les plus agressifs et les plus délinquants doivent d'abord être aidés à atteindre une adaptation sociale meilleure, l'accord est presque unanime à ce sujet. Comment atteindre ce but, et dans quelles conditions ?

Clothier,<sup>44</sup> dans un article intéressant, a passé en revue toutes les solutions d'hébergement que nécessitent la prise en charge et les soins corrects de tous les enfants, quels que soient leur âge et leurs troubles. Ici, on se bornera à formuler quelques principes généraux que doit suivre quiconque s'occupe d'enfants de 6 ans ou plus.

D'abord, toutes les spécifications décrites à propos des institutions sont valables. Les enfants doivent être répartis en petits groupes, qu'il vaut mieux loger dans des pavillons ou dans des appartements distincts avec leur père et leur mère de maisonnée particuliers. Parfois, ces groupes seront réunis en « village », comme par exemple à Skå en Suède, à la Hawthorne-Cedar Knolls School, près de New-York, ou comme à Chicago, où une expérience urbaine est en cours sous la direction du Jewish Children's Bureau : un petit bâtiment à trois étages a été construit de façon à s'intégrer dans le voisinage ; chaque appartement abrite six enfants, placés sous la responsabilité de parents de maisonnée. Une solution un peu différente consiste à répartir des pavillons dans une zone délimitée ; tel était pendant la guerre le cas des « auberges » de l'Oxfordshire décrites par Winnicott & Britton.<sup>151, 152</sup> Chaque solution a ses avantages, le principal avantage de l'éparpillement est de permettre à chaque auberge ou à chaque pavillon de créer son propre mode de vie, en accord avec la personnalité des parents de maisonnée, sans que les enfants fassent des comparaisons embarrassantes.

Les pratiques sont très diverses en ce qui concerne le mélange d'enfants inadaptés d'âge et de sexe différents. On tend à séparer les adolescents des pré-adolescents et à séparer aussi les enfants de sexe différent dès qu'ils atteignent l'âge de l'adolescence. Cependant, l'accord n'est pas unanime quant au bien-fondé de ces séparations, tandis qu'il n'y a pas de divergence de vues quant à l'importance des groupes : de l'avis général, ils doivent être restreints à un petit nombre d'enfants. Selon Winnicott & Britton,<sup>151</sup> 12 est le nombre idéal ; cependant, à Skå, les groupes sont de 7 et atteignent 16 à Hawthorne-Cedar Knolls, où il s'agit souvent d'adolescents. Clothier,<sup>44</sup> discutant les solutions pour les pré-adolescents,

proposait des groupes de 6 à 10. Ces différences ne sont contradictoires qu'à première vue, et dépendent beaucoup de l'âge des enfants envisagés. Plus ils sont jeunes, moins ils doivent être nombreux, paraît un bon principe. On verra en tout cas qu'aucun des spécialistes ne recommande des groupes de plus de 16 enfants par pavillon, même pour les adolescents ; et on ne peut souscrire au chiffre-limite de 25 proposé par le Ministry of Health de Grande-Bretagne,<sup>75</sup> et basé sur l'expérience menée au cours de la dernière guerre dans les auberges pour enfants difficiles. Un tel nombre est peut-être compatible avec les nécessités d'une surveillance suffisante, mais il est trop élevé si l'on veut entreprendre une action thérapeutique, à moins naturellement que le groupe soit divisé à nouveau en sous-groupes, chacun nanti de parents propres.

Les termes, on l'observera, varient : foyer nourricier, auberge, unité de traitement, école. Il est probable que le terme « unité de traitement » (treatment unit) est le plus satisfaisant, à condition qu'un traitement soit effectivement entrepris. Ce terme éclaire le véritable problème, c'est-à-dire que l'enfant est atteint d'une maladie mentale et a besoin d'un traitement ; on a également constaté (Jewish Children's Bureau de Chicago, communication personnelle) que cette dénomination était plus volontiers que d'autres acceptée par les parents ; ce terme leur montre qu'on donne là aux enfants quelque chose que les parents eux-mêmes ne pouvaient donner. Les termes de « foyer nourricier » ou « auberge » n'ont pas cette implication.

Il faut absolument que les enfants inadaptés restent, comme des enfants normaux, en contact avec leurs parents, à la fois en recevant des visites, et en allant passer les vacances dans leurs familles. En outre, l'intervention d'une assistante sociale auprès des parents répond à une égale nécessité, trop facilement négligée. Robinson<sup>124</sup> (de Wilkes-Barre en Pennsylvanie) a insisté sur cette question, et aussi sur la nécessité de projets à long terme, à l'élaboration desquels parents et enfants doivent participer. A propos des problèmes des parents, il écrit :

« Les progrès de l'enfant, surtout dans la mesure où ils se reflètent dans son comportement, éveilleront souvent les sentiments des parents de façon toute particulière. C'est un véritable défi de voir un enfant accomplir des progrès qu'il lui était impossible de réaliser chez lui, et le parent peut réagir de façons très variées. Il peut par exemple ressentir plus vivement la séparation qu'il avait suscitée entre lui et son enfant, et vouloir restaurer l'intimité, source même de tant de leurs difficultés. Il peut avoir des sentiments d'antagonisme à l'égard du centre de traitement et essayer de projeter sur le centre la responsabilité de la séparation. Il peut ne pas vouloir reconnaître la transformation de son enfant, ou ne pas être capable de la voir. Ses sentiments de réjection peuvent apparaître franchement. Il peut aussi d'emblée mesurer à nouveau une quantité de sentiments communs à ceux de son enfant. Quelle que soit la réaction du parent, elle met en relief la nature même de l'apport parental qui a déterminé le développement de l'enfant. L'action de l'assistante sociale sur le parent doit être en rapport étroit avec ce que le parent rencontre dans la personnalité nouvellement surgie chez l'enfant ; elle doit s'attacher de près à la manière dont il pourrait remplir de façon plus satisfaisante son rôle parental. »

En raison de cette nécessité d'une étroite coordination de l'action sur l'enfant et sur le parent, les centres de traitement devraient se borner à prendre des enfants dont les familles habitent à une distance raisonnable : cette considération exige que ces centres soient largement éparpillés à travers une communauté.

De l'avis général, la réussite ou l'échec du centre dépend de la personnalité des parents de maisonnée ; Winnicott & Britton<sup>151</sup> ont beaucoup de suggestions sagaces à nous apporter au sujet de leur sélection :

« Nous trouvons que la faculté d'assimiler une nouvelle expérience, la faculté de manier les événements de la vie et les rapports avec autrui avec bonne foi, naturel et spontanéité sont bien plus importants que la nature de la formation et l'expérience antérieures. C'est un point de la plus haute importance, car seuls peuvent avoir un comportement égal et stable du matin au soir les individus suffisamment sûrs d'eux-mêmes, pour être eux-mêmes et se conduire naturellement. De plus, les parents « aubergistes » sont soumis à une épreuve si sévère par les enfants qui viennent à l'« auberge » que seuls peuvent résister ceux qui sont capables d'être eux-mêmes. »

Si Winnicott & Britton, ainsi que le Ministry of Health de Grande-Bretagne<sup>75</sup> ont eu tendance à considérer la formation et l'expérience antérieures comme d'importance secondaire, cela est probablement dû au fait que, jusqu'à présent, il n'existait pas de mode de formation en rapport avec l'œuvre à accomplir. Si nous savons que la tâche consiste à créer d'habiles rapports humains avec des enfants dont précisément l'aptitude à nouer de tels rapports a été gravement atteinte, nous reconnaitrons qu'il faut donner aux parents de maisonnée une formation à la fois théorique et pratique, tant sur la psychologie des rapports humains que sur le développement de l'enfant. Cette tâche doit certainement être menée sur des bases professionnelles — au même titre par exemple que la tâche de l'infirmière — et tous les éducateurs doivent acquérir la maîtrise des principes et de la pratique de l'hygiène mentale. C'est seulement s'ils sont dotés d'une telle formation que nous pourrions attendre d'eux qu'ils supportent ces trois symptômes qui doivent être compris de tous : agressivité, dépression, régression, et qu'ils acquièrent de la compétence dans leur maniement. Non seulement les parents de maisonnée doivent comprendre ces données, mais ils doivent aussi être capables de les enseigner au personnel domestique qui les entoure, étant donné que dans une petite « unité » tous doivent obéir à des principes identiques, et que les rapports des enfants avec le personnel domestique sont de la plus grande importance.

Les enfants ont besoin de mettre à l'épreuve le personnel de l'auberge pour voir s'il est vraiment bon, s'il est vraiment capable de supporter leur agressivité et leur avidité, et d'y faire face ; ce besoin a fait l'objet d'une discussion complète de la part de Winnicott & Britton :<sup>151</sup>

« Chaque enfant, selon le degré de sa méfiance, selon l'intensité du désespoir causé par la perte de son foyer (et parfois la conscience qu'il peut avoir des imperfections passées de ce foyer), est tout le temps en train d'éprouver le personnel de l'auberge,

comme s'il s'agissait de ses vrais parents. Quelquefois, il fait cette épreuve de façon directe, mais la plupart du temps il se borne à laisser un autre enfant la faire à sa place. Un caractère important de cette épreuve est qu'elle ne peut jamais être réglée une fois pour toutes. Il faut toujours qu'un des enfants soit insupportable. Souvent un membre du personnel dit : « Tout irait bien s'il n'y avait pas Tommy... », mais, en fait, les autres ne peuvent être sages que précisément parce que Tommy est insupportable et qu'il leur prouve que le home peut résister à l'épreuve de Tommy, et pourrait donc probablement résister à leur épreuve. »

En raison de ce genre de comportement, et de la nécessité de relations affectives intensément personnelles, on reconnaît que les parents de maisonnée doivent avoir le droit d'accepter ou de refuser un enfant. De chaudes relations personnelles, alliées à la tolérance de nombreuses difficultés de comportement, ne peuvent s'obtenir sur commande. De plus, chaque couple de parents résoudra plus facilement telle difficulté plutôt que telle autre. C'est pourquoi organiser des groupes d'auberges, en permettant à chacune d'être un peu différente des autres, telles celles décrites par Winnicott & Britton, est sûrement de bonne politique.

Brosse<sup>31</sup> a utilement passé en revue l'abondante littérature dont les méthodes disciplinaires de ces centres ont fait l'objet. De l'avis général, ces méthodes ne doivent pas être empreintes de formalisme, mais de relative liberté, et fondées essentiellement sur des rapports personnels étroits entre adultes et enfants, et non sur des règlements et punitions impersonnels. On utilise souvent avec succès des régimes démocratiques, où les enfants eux-mêmes jouent le rôle principal dans la surveillance de la communauté ; mais on ne doit pas les considérer comme suffisants par eux-mêmes, car pour les employer, il faut respecter leurs limitations. Tout d'abord, le développement de cet auto-gouvernement ne doit pas être imposé, mais construit pierre par pierre, avec l'aide d'adultes entraînés au travail de groupe. Deuxièmement, les enfants de moins de onze ans ne sont pas capables d'établir un auto-gouvernement, sauf pour des points secondaires ; il ne faut donc pas les exposer aux tensions et au chaos qui risquent de suivre une tentative de ce genre. Vulliamy<sup>145</sup> pense que l'entreprise ne peut fonctionner sur une grande échelle que si le groupe contient un certain nombre d'enfants de plus de 14 ans. Troisièmement, comme Winnicott & Britton<sup>152</sup> l'ont fait remarquer, des enfants qui ont été frustrés d'une précoce expérience familiale satisfaisante n'ont pas les ressources intérieures nécessaires pour participer à un auto-gouvernement. Celui-ci n'est donc nullement une panacée, mais utilisé à propos, il peut avoir une grande valeur.

En ce qui concerne l'éducation, il est souhaitable, si possible, que les enfants aillent aux écoles ordinaires de la localité ; mais il faut reconnaître que beaucoup d'entre eux sont trop atteints au point de vue psychiatrique, pour pouvoir en tirer un bénéfice ou s'y intégrer. Dans ces cas, il faut que ces classes aient lieu au centre, ce qui est plus réalisable si les centres ou les pavillons sont groupés en village que s'ils sont dispersés.

Ici comme ailleurs, il faut de la souplesse et il convient de s'opposer à tout appareil administratif rigide séparant les écoles des centres.

#### *Traitement*

En voilà assez sur le cadre général des soins donnés en groupes aux enfants inadaptés de plus de six ou sept ans. Mais que penser du traitement ? Il en est trois aspects :

- a) l'emploi de tout le groupe social à des fins thérapeutiques ;
- b) le développement de rapports affectifs à valeur thérapeutique avec un membre du personnel ;
- c) la possibilité de procurer une psychothérapie ou des conseils individuels.

Dans ce domaine nouveau, appelé à se développer, les différents auteurs ont des conceptions divergentes sur l'équilibre relatif de ces trois facteurs thérapeutiques, bien que tous s'accordent à reconnaître que tous trois ont leur place. Sur le premier aspect, on a beaucoup écrit, et surtout les auteurs qui s'intéressent au développement des collectivités à gouvernement autonome, collectivités qui ont une valeur particulière pour les adolescents peu atteints. Un autre aspect de la valeur du groupe est la façon dont les enfants agissent comme alter ego les uns des autres, phénomène observé par Winnicott & Britton, ainsi que par Bettelheim & Sylvester qui l'illustrent d'une observation clinique. Bettelheim & Sylvester<sup>17</sup> montrent aussi de quelle manière des enfants peuvent, par leur comportement envers un nouveau venu, l'aider à acquérir la connaissance intime à la fois de son propre comportement, et de ses phantasmes. Ces auteurs mettent particulièrement l'accent sur la manière dont « l'enfant troublé affectivement se méfie souvent des assertions verbales. C'est la réalité de ses expériences au sein du groupe qui donne les résultats thérapeutiques. »

Tous les auteurs seraient probablement d'accord pour dire que quelle que soit la valeur thérapeutique de rapports avec les autres enfants, ce sont les rapports avec les adultes qui ont le principal pouvoir thérapeutique. La manière d'utiliser ceux-ci est l'objet de quelques divergences : certains auteurs préconisent que le parent de maisonnée et le thérapeute soient une seule et même personne ; d'autres, probablement la majorité, préfèrent que les rôles soient tenus par deux personnes différentes. Les avantages et les inconvénients sont en partie d'ordre technique, en partie une question de commodité, et il serait hors de propos de les discuter maintenant ; cependant, nous avons des raisons de penser que les auteurs qui séparent les rôles s'intéressent plus aux problèmes des parents, et aux relations affectives entre enfants et parents, que ceux qui veulent confondre les deux rôles en un seul. Quand les rôles sont disjoints, la thérapeute est généralement l'assistante sociale qui s'est occupée du cas depuis le début,

et qui a donc noué des liens aussi bien avec les parents qu'avec l'enfant. Elle peut très bien avoir noué des rapports d'ordre thérapeutique avec l'enfant, avant qu'il n'ait quitté sa famille, et peut continuer le traitement après son retour au foyer ; un parent de maisonnée a peu de chance d'être assez libre pour en faire autant. Ainsi, l'assistante assure un rôle avec continuité, ce qui est d'une grande importance.

Dans tous les pays, on discute beaucoup dans les sphères médicales du rôle thérapeutique d'assistants non médecins ; bien qu'ils aient encore des détracteurs, on peut affirmer, sans crainte de se tromper, que leur introduction est désormais définitive. Ceux d'entre les psychiatres qui ont effectivement expérimenté le travail en commun avec des assistantes sociales et des psychologues sont à peu près unanimes à reconnaître leur valeur ; mais ils insistent cependant sur la nécessité pour ces auxiliaires de recevoir une formation appropriée et de travailler en étroite collaboration avec un médecin psychothérapeute exercé. Il est intéressant d'observer que le psychanalyste autrichien Aichorn,<sup>2,3</sup> l'un des grands pionniers de l'idée que l'intervention en milieu hospitalier sur les enfants frustrés doit se fonder sur la psychologie, n'était pas lui-même médecin. Son livre, *Wayward youth*, fut une source d'inspiration dans beaucoup de pays.

Les relations affectives de l'enfant avec le thérapeute et la mère de maisonnée peuvent parcourir toute la gamme des comportements inadaptes — isolement et refus de contact, hostilité, attachement infantile excessif — et réaliser toutes les combinaisons. Des trois, l'isolement est le plus pathologique, l'attachement infantile excessif a le meilleur pronostic, car le besoin essentiel qui a été refoulé à la suite de la frustration est l'intense dépendance orale par rapport à la mère et le besoin de l'avoir toujours présente à côté de soi, en un mot le besoin de soins maternels. Lorsque l'enfant est capable d'avoir assez confiance en un personnage maternel pour se permettre d'exprimer ce besoin, et de régresser jusqu'à des rapports infantiles, l'étape principale a été franchie, bien que ce comportement puisse paraître déplorable à un profane. Les fondements théoriques de ce traitement ont été bien décrits par Winnicott & Britton : <sup>152</sup>

« Dans la plupart des cas, les enfants qui étaient difficiles à héberger n'avaient pas un foyer satisfaisant, ou avaient assisté à la dislocation du foyer, ou encore, juste avant l'évacuation, avaient eu à supporter le poids d'un foyer en danger de désunion. Ce dont ils avaient par conséquent besoin, ce n'était pas tant de substituts de leur famille propre que d'une *expérience familiale de base* d'une nature satisfaisante.

» Par les termes *expérience familiale de base*, nous entendons l'expérience d'un milieu adapté aux besoins spéciaux du nourrisson et du jeune enfant, milieu sans lequel ne peuvent être établies les bases mêmes de la santé mentale. En l'absence d'une personne qui s'intéresse particulièrement à ses besoins, le nourrisson ne peut pas découvrir un rapport efficient avec la réalité extérieure. En l'absence d'une personne qui lui donne des gratifications instinctives satisfaisantes, le nourrisson ne peut ni découvrir son corps, ni se créer une personnalité intégrée. En l'absence d'une personne qu'il puisse aimer et haïr, il ne peut arriver à savoir que c'est la même personne qu'il aime et hait et ne peut donc découvrir son sentiment de culpabilité, ni son désir de rachat et de réparation.

En l'absence d'un milieu humain et physique limité qu'il puisse connaître, il ne peut pas découvrir combien ses idées agressives ne réussissent pas en réalité à détruire et il ne peut ainsi tirer au clair la différence entre le phantasme et la réalité. En l'absence d'un père et d'une mère qui vivent ensemble et qui prennent des responsabilités communes à son égard, il ne peut pas découvrir ni exprimer son pressant besoin de les séparer, ni ressentir un soulagement quand il a échoué. Le développement affectif des premières années est complexe et ne peut être éludé ; chaque nourrisson a absolument besoin d'un minimum de milieu favorable, pour parcourir correctement les premiers stades de ce développement. »

Outre le travail de Winnicott & Britton, en Angleterre, qui malheureusement est terminé, des traitements fondés sur ces conceptions sont en cours en Suède et aux Etats-Unis. On a déjà mentionné le travail de Jonsson à Skå, où l'on donne aux enfants la possibilité d'une régression complète de leur comportement, y compris la possibilité de se nourrir entièrement au biberon. La même atmosphère de tolérance est décrite par Bettelheim & Sylvester, avec les mêmes résultats encourageants. Dans un de leurs articles,<sup>18</sup> ils décrivent avec quelque détail, les observations cliniques de deux enfants gravement carencés au cours de leur première enfance, et qui régressèrent jusqu'à un comportement infantile avant de faire des progrès. Un garçon de 10 ans, qui avait été élevé dans diverses institutions, et qui avait essayé de se suicider, commença après quelques semaines à se comporter comme un petit enfant avec sa mère de maisonnée qui était aussi sa thérapeute (ou conseillère).

« En langage enfantin, il l'appelait sa mère, disant « Ma maman me lave les mains ; elle me donne des chaussettes propres ». Il lui demandait de l'aider à s'habiller et de le nourrir à la cuillère. On le laissa vivre ces relations premières entre enfant et adulte. Deux mois plus tard, le langage enfantin et les repas à la cuillère furent abandonnés spontanément, et ses rapports affectifs avec sa conseillère favorite prirent un nouvel aspect. »

Plus tard, cependant, il fit une nouvelle régression temporaire, et cette fois découvrit un biberon avec lequel il se nourrit. Le processus qui consiste à retourner à un comportement infantile, afin de recommencer le développement des rapports fondamentaux, à partir de nouvelles et meilleures bases, exige du temps, si bien que les séjours dans les centres de traitement, sont affaire d'années et non de mois. Ceci doit faire sentir profondément une fois de plus la nécessité primordiale d'éviter le développement de telles conditions.

Enfin, on doit citer le problème important que posent les soins aux enfants gravement inadaptés de trois à six ans qui ne peuvent rester dans leur famille. Les soins collectifs ne conviennent manifestement pas : la solution consiste probablement à prévoir des groupements de petits foyers où des mères nourricières professionnelles compétentes puissent s'occuper d'eux en petites « familles » d'un ou deux enfants, pendant la durée de leur traitement. C'est là une solution inévitablement onéreuse, mais l'argent dépensé pour la thérapeutique au cours des premières années se montrerait

certainement l'investissement le meilleur, tant le profit retiré est plus grand qu'à n'importe quel autre âge. Le développement du travail dans ce domaine est nécessaire. Espérons qu'il séduira toutes les institutions et fondations qui parrainent les travaux de recherche.

### Enfants malades

Il paraîtra évident que tous les principes de prévention de la carence de soins maternels s'appliquent aux enfants physiquement malades comme aux physiquement bien portants ; et pourtant, ce fait a, dans l'ensemble, été trop peu reconnu par le corps médical, et l'on trouve encore dans les hôpitaux des cas de carence grave. Des pédiatres éminents de beaucoup de pays — parmi eux, Debré en France, Wallgren en Suède, Bakwin et, jusqu'à sa mort, Aldrich aux Etats-Unis, Spence et Moncrieff en Grande-Bretagne — sont conscients du problème, mais il subsiste un grand retard pour l'application des réformes. Fait plus grave, certains pédiatres ne sont pas encore conscients de l'importance du problème, bien que leur nombre diminue progressivement.

Spence<sup>134</sup> dans sa conférence « The care of children in hospital » a tracé un tableau frappant de la frustration qui sévit dans les services d'enfants ; elle est largement aussi grave que celle que l'on peut rencontrer dans les pires de ces grandes institutions universellement condamnées aujourd'hui. Il mentionne particulièrement la solitude, l'absence de centre d'intérêt et l'incertitude des enfants qui font de longs séjours dans les hôpitaux. Rappelant son travail au sein du Comité Curtis, il dit :

« J'ai dû écouter un grand nombre de témoignages d'hommes et de femmes qui avaient passé une grande partie de leur enfance et de leur adolescence dans ces institutions. Les témoins intelligents et sensibles se rappelaient comme des cauchemars les longues heures des soirées d'hiver qui revenaient les étouffer durant leur adolescence, leur existence sans but, l'incertitude de leur avenir. Ils avaient certes leurs leçons quotidiennes, des travaux de raffia, voire des distractions organisées, mais ils n'avaient d'intimité avec personne : personne qui pût leur expliquer la raison de leur maladie ou qui les réconfortât par des projets d'avenir. La faute en incombe à la structure et à l'organisation de la plupart de ces hôpitaux de maladies chroniques. Ils ont été conçus trop comme des institutions médicales, et trop organisés comme des salles d'hôpital banales. »

Quelles solutions apporter ? Comme d'habitude, il faut maintenir si possible les enfants dans leur famille. A cet égard, Spence écrit :

« J'ai expérimenté le traitement et les soins donnés à la maison pour des enfants atteints de tuberculose abdominale évolutive, des enfants immobilisés par des appareils orthopédiques, des enfants atteints de maladie chronique nécessitant une observation et des examens fréquents ; de ces expériences, j'ai conclu qu'on prend trop souvent, et trop légèrement, la décision d'enfermer des enfants dans des hôpitaux de maladies chroniques. »

Le service de santé du comté de Middlesex en Angleterre prône, depuis quelques années, le traitement à domicile des jeunes enfants tuberculeux, et pense obtenir ainsi de meilleurs résultats qu'en les envoyant dans des sanatoria. A cet égard, la remarquable organisation des soins à domicile pour les malades chroniques du Montefiore Hospital,<sup>102</sup> à New-York, est probablement une bonne illustration de notre propos. Cet hôpital a décidé de traiter autant de malades à domicile que dans ses propres salles, et a organisé à cette fin un grand service doté de son propre personnel, médical, infirmier et social, de matériel qui peut être prêté au-dehors, de transports motorisés, et d'un service ménager. Le médecin-chef, Bluestone, affirme que cette expérience fut un succès incontestable d'une particulière « valeur pour le malade et sa famille, due à ce que le malade peut participer à la vie normale de la famille, malgré les servitudes que lui impose sa maladie » (page 17). Le prix de revient par malade, et par journée de soins, ne représente pas plus de 25 % de ce qu'il est à l'hôpital. Jusqu'ici, relativement peu d'enfants ont bénéficié de ces soins, car le Montefiore Hospital n'est pas un hôpital d'enfants, mais on ne voit pas de raisons pour que des principes analogues ne puissent s'appliquer. En réalité, comme il y a presque toujours un adulte qui s'occupe de l'enfant, au foyer, le service ménager, élément indispensable des soins à domicile pour beaucoup d'adultes, et surtout pour les femmes, n'est pas nécessaire. Ce travail de défrichage accompli par le Montefiore Hospital a beaucoup de chances de conduire à une grande révolution des pratiques hospitalières ; du point de vue de la prévention de la carence des soins maternels, il a grande chance d'avoir une importance majeure.

Dans les cas où les enfants doivent absolument être hospitalisés, on peut faire beaucoup pour amoindrir le choc affectif. Pour les enfants de moins de trois ans, Spence<sup>134</sup> a longtemps plaidé pour que la mère soit admise avec l'enfant, chaque fois qu'il est possible.

« J'ai agi de cette manière dans mes hôpitaux (à Newcastle-upon-Tyne) depuis de longues années et je la considère comme un élément essentiel des soins infirmiers dans un service de pédiatrie. Et ce n'est pas une idée révolutionnaire. Les soins donnés aux enfants malades par leur mère, et à la maison, sont de loin les plus nombreux, et l'utilisation des mères dans les services hospitaliers n'est que l'extension de cette charge. Ces soins maternels ne conviennent pas à toutes les maladies, mais la majorité des enfants de moins de trois ans en tirerait bénéfice. La mère vit dans la même chambre que l'enfant. Elle a besoin de peu de temps de repos, ou de pas du tout, car le besoin de sommeil d'une mère est presque nul quand son propre enfant est gravement malade. Elle nourrit l'enfant, elle s'occupe de lui, le met dans la position la plus confortable, soit dans son lit, soit sur ses genoux. La sœur et l'infirmière sont à proximité, prêtes à aider, ou à donner des soins techniques. Les avantages de ce système sont de quatre ordres. Avantage pour l'enfant ; avantage pour la mère, car d'avoir subi cette expérience, et d'avoir senti qu'elle avait une part de responsabilité dans la guérison de son enfant fait naître des rapports affectifs avec l'enfant et une confiance en elle-même qui sont du meilleur augure pour l'avenir. Avantage pour l'infirmière, qui apprend beaucoup au contact des meilleures de ces femmes, non seulement quant à la manière de s'occuper

d'un enfant, mais quant à la vie elle-même. Avantage pour les autres enfants du service, pour les soins desquels les infirmières disposent de plus de temps. »

En Nouvelle-Zélande, en 1942, Pickerill & Pickerill<sup>113</sup> ont mis sur pied un service de chirurgie réparatrice pour nourrissons et jeunes enfants, conçu spécialement avec des chambres où les mères pouvaient dormir la nuit, se tenir le jour et soigner elles-mêmes leurs enfants. Bien que le but principal ait été de prévenir les infections intercurrentes, Pickerill & Pickerill ont été fortement impressionnés par la valeur de ce système, aussi bien pour les mères que pour les enfants.

« Ces bébés ont plus besoin de soins maternels que de soins expérimentés. Avec leurs mères, ils sont plus heureux, plus satisfaits, et peuvent bénéficier nuit et jour d'une surveillance constante ; une opération faite sur un bébé satisfait a beaucoup plus de chances de réussir... La mère est aussi fière des résultats que nous-mêmes. »

Cette solution est approuvée par un nombre croissant de pédiatres, et il faut espérer que les nouveaux hôpitaux pédiatriques seront tous construits suivant ces principes. Heureusement, beaucoup de pays, parmi les moins évolués, n'ont jamais abandonné cette solution naturelle.

Naturellement, il faudrait disposer, en cas de besoin, d'un service complémentaire d'aides familiales pour prendre soin des autres enfants qui seraient éventuellement restés à la maison.

Les enfants plus âgés qui doivent être admis à l'hôpital peuvent être préparés à leur séjour, et accompagnés à l'hôpital par leur mère qui les déshabillera, les mettra au lit, et restera auprès d'eux jusqu'à ce qu'ils s'endorment. Rien n'est pire pour un enfant que de lui raconter une histoire imaginaire, peut-être de lui annoncer une fête, puis que sa mère disparaît soudain, le laissant terrifié, silencieux ou hurlant, aux mains d'étrangers. Les parents doivent être encouragés à faire des visites régulières (heureusement, on a constaté qu'elles n'augmentaient pas les contagions<sup>147</sup>) ; en effet, non seulement elles accroissent le bonheur et le sentiment de sécurité de l'enfant, mais elles réduisent les troubles affectifs à son retour au foyer. Les enfants entre trois et six ans ont besoin de visites fréquentes, quotidiennes si possible ; les enfants plus âgés peuvent s'accommoder d'intervalles plus longs. On a constaté qu'une réglementation rigide des heures de visites est fâcheuse. Au contraire, il vaut mieux encourager les mères à faire un saut jusqu'à l'hôpital, souvent et à l'improviste, par exemple, quand elles sortent faire les courses, et à rester pendant un temps relativement court ; on devrait les autoriser à en profiter pour nourrir et baigner leurs enfants, et leur apporter de petits cadeaux. Sharpe<sup>129</sup> a décrit certaines difficultés rencontrées dans l'organisation des visites dans un service d'enfants de plus de trois ans, et il indique la manière de les surmonter.

Il faut certes considérer que le maintien du contact avec les parents est le premier principe des soins psychologiques aux enfants malades ;

mais on peut faire bien davantage pour eux. Chaque enfant peut recevoir tous les soins de la même infirmière ; de cette manière, il peut sentir qu'il a des liens solides avec une personne réelle. Les salles d'hôpital peuvent être petites, pour qu'elles soient plus familières, et pour y permettre une discipline facile impossible à faire observer amicalement au sein d'un large groupe d'enfants. MacLennan <sup>96</sup> en discutant ces questions, a mis l'accent sur le fait que le personnel administratif des hôpitaux pédiatriques devrait tenir compte bien davantage de la psychologie infantile, et qu'il devrait y avoir une personne dont le travail serait de veiller à la satisfaction des besoins affectifs de chaque enfant. A propos de la discipline, elle fait observer qu'« une punition est rarement vraiment nécessaire, si les infirmières ont le temps et la compétence voulus pour prendre convenablement connaissance de la situation, et si leur crainte des autorités supérieures ne les rend pas tyranniques elles-mêmes ». Elle recommande d'essayer d'organiser le personnel et les enfants en groupes « familiaux » ; c'est un thème que Spence développe dans ses recommandations pour la réforme des hôpitaux pour séjours de longue durée :

« Il vaudrait mieux que les enfants vivent en petits groupes sous le contrôle de mères de groupes, et que de là ils aillent pour leurs études à l'école, pour leur traitement dans une galerie de cure, pour leur récréation dans un hall central. La mère pourrait sans inconvénient avoir une formation d'infirmière, mais cette formation à elle seule ne la qualifie pas pour le travail qu'elle aurait à faire. Sa tâche est de vivre avec son groupe d'enfants, et d'essayer de leur donner les choses dont ils ont été frustrés. »

Ces principes, on ne saurait trop le souligner, sont également valables pour les homes de convalescence et pour les unités de traitement de psychiatrie infantile. Si l'on désire voir les jeunes enfants tirer parti de leur convalescence, et ne pas éprouver les effets désastreux de la carence maternelle, il faut les envoyer dans les homes qui ont été recommandés pour une raison différente au chapitre 9 (voir page 94), et qui acceptent ensemble mères et enfants. Les enfants plus âgés ne doivent pas être envoyés à une distance telle que les parents ne puissent pas facilement venir les voir ; de plus, leur organisation en groupes familiaux, sous le contrôle des mères de maisonnée, devrait devenir de pratique courante. Malheureusement, les unités de traitement de psychiatrie infantile sont elles-mêmes encore trop souvent conçues sur le modèle des anciens hôpitaux, avec leurs gigantesques services et leurs corridors sans âme. De telles unités devraient être placées dans des bâtiments semblables à de grandes maisons ordinaires, et fonctionner sur le modèle des centres d'accueil.

Enfin, si le lecteur réfléchit un moment au procédé surprenant employé dans les services de maternité, et qui consiste à séparer les mères de leurs enfants immédiatement après la naissance, il peut se demander si c'est ainsi que l'on favorise la création de liens affectifs étroits entre la mère et l'enfant. Espérons que cette aberration de la société occidentale ne sera jamais suivie par les pays que l'on dit moins avancés !

**ADMINISTRATION DES SERVICES DE SOINS AUX ENFANTS,  
ET PROBLÈMES A ÉTUDIER**

**Administration des services de soins aux enfants**

« D'abord et avant tout, nous nous sommes préoccupés de la famille en tant que groupe primordial dont l'enfant fait ou a fait partie. » Toute structure administrative qui ne tient pas compte de ce principe risque de faire plus de mal que de bien. Les auteurs de deux des plus sérieuses études sur le placement nourricier, toutes deux menées aux États-Unis, attestent la vérité de ce principe. Healy et al.,<sup>77</sup> auteurs de la phrase citée plus haut, concluent :

« Si on se demande pourquoi l'effort fait pour les enfants est si souvent infructueux, on peut répondre que c'est en partie dû au fait que les œuvres publiques et privées, de même que les tribunaux d'enfants et les écoles de rééducation, ne réussissent pas à reconnaître l'importance de l'appartenance à une famille, lorsqu'ils ont affaire à des individus. »

Dix ans plus tard, Baylor & Monachesi<sup>12</sup> écrivent :

« Le manque de travail constructif individualisé avec les familles des enfants est une des notables faiblesses des œuvres de placement d'enfants. Nous en trouvons d'amples preuves dans cette étude. Une séparation indûment prolongée ou, cas plus désastreux encore, une séparation définitive des parents peut résulter de cette insuffisance » (page 51).

Pour des raisons historiques, les œuvres dont le point de vue reste borné sont trop souvent prises comme modèles, alors que nous devons les considérer comme des anachronismes. Dans la plupart des pays occidentaux, l'assistance aux enfants négligés ou sans foyer s'est développée, de pièces et de morceaux, devant une opinion publique indifférente, grâce à l'activité sincère de quelques personnes dévouées. Ainsi, une multitude d'œuvres charitables ont pris naissance, destinées primitivement à procurer le vivre et le couvert à des enfants en danger de mort. Bien que le résultat soit hétéroclite et inadéquat, on ne doit pas oublier les services rendus ; et quand nous trouvons matière à critiques sur la manière dont ces anciennes œuvres charitables et ces grandes institutions étaient organisées, nous devons nous rappeler les services dévoués qu'elles ont rendus, tandis que le public alentour restait inactif.

Dans la plupart des pays occidentaux, les dernières décades ont vu se développer nettement une tendance à fusionner les œuvres, et à établir

des services plus solides. Aux Etats-Unis, les œuvres d'assistance familiale et les œuvres de placement d'enfants ont parfois été unifiées. Décrivant les effets d'une telle unification, à St. Louis, Alt (cité par Baylor & Monachesi <sup>12</sup>) écrit :

« Il en est résulté un enrichissement pour le personnel des œuvres familiales, qui s'est exprimé par une conscience accrue des implications du placement nourricier des enfants. Au sein des œuvres d'enfants, nous voyons que l'on cherche à évaluer les possibilités d'action auprès de familles auparavant considérées comme inaméliorables. L'expérience de l'année... a montré les possibilités d'une plus féconde division du travail entre les assistantes qui s'occupent des parents et celles qui s'occupent des enfants, division qui, sans cela, n'eût été réalisée que bien des années plus tard » (pages 53, 54).

Malheureusement, cette fusion des services de placement des enfants et des services familiaux ne s'est pas toujours accomplie dans les pays qui ont un système d'assurances sociales. Tel est le cas en Grande-Bretagne, où une grande révolution s'est produite dans les services d'assistance infantile, après que les autorités gouvernementales se fussent chargées des enfants sans foyer. Ces services restent plus ou moins distincts des Services familiaux. C'est parce que le Comité Curtis, dont les avis ont été adoptés par le gouvernement, n'a étudié que les symptômes (les enfants sans foyer) et s'est trouvé ainsi limité dans ses points de comparaison et détourné d'étudier les profonds troubles sociaux cachés sous ces symptômes qu'un tel état de choses s'est établi. Ainsi persiste en Grande-Bretagne une situation confuse, sans autorité clairement responsable qui puisse prévenir la négligence ou les mauvais traitements envers les enfants encore dans leurs familles, ou la faillite familiale. Et pourtant, tous les administrateurs le savent, et le Comité Curtis le reconnaît, dans son champ d'action limité, une responsabilité divisée est synonyme d'inaction.

Donc les deux premiers enseignements à tirer de ces expériences sont les suivants :

- a) L'assistance familiale et l'assistance infantile ne sont que les deux faces d'une même médaille ; elles doivent faire l'objet de plans communs.
- b) Les responsabilités concernant l'une et l'autre doivent être clairement définies et unifiées.

Il y a un troisième principe dont on a parlé maintes fois :

- c) L'assistance familiale et infantile relève d'une spécialisation professionnelle, en vue de laquelle les assistantes sociales doivent recevoir une sérieuse formation.

Un service de soins aux enfants doit, d'abord, et avant tout, être un service qui donne une aide compétente aux parents, y compris les parents problèmes, afin de leur permettre d'offrir une vie familiale heureuse et stable aux enfants. Subsidiairement, ses attributions consisteront à s'occuper des mères non mariées, à les aider soit à construire un foyer pour

l'enfant, soit à prendre les dispositions nécessaires à son adoption, à aider à mobiliser les voisins ou les parents pour qu'ils servent de substituts parentaux dans les cas d'urgence, à procurer une aide à court terme dans les cas où elle est nécessaire, tout en travaillant à la reprise d'une vie familiale normale ; enfin, à procurer une aide à long terme quand tout le reste a échoué. Un service ne peut s'acquitter efficacement de ces fonctions que s'il a à la fois des possibilités financières et légales d'action, et des assistantes capables de réalisations effectives. En ce qui concerne le personnel, un service a besoin de spécialistes aussi bien que de praticiens non spécialisés : spécialistes de la réadaptation des familles problèmes, spécialistes de l'adoption, spécialistes des soins à long terme, pour n'en citer que quelques-uns ; mais ce serait une erreur de pousser trop loin la spécialisation, ou de ne pas maintenir un contact entre les différents types de spécialistes. Car tous s'intéressent au même problème essentiel et appartiennent aux mêmes disciplines fondamentales — la sociologie et la psychologie des rapports humains. Ils ne peuvent arriver à une intégration des conceptions et de la pratique qu'en collaborant comme des associés dans les services d'assistance familiale et infantile.

A tous égards, les voies que l'on indique peuvent être comparées aux voies suivies par la médecine durant les siècles passés. Au début, il n'existait que des bribes d'organisations charitables pour les malades et les nécessiteux, à peine plus que des centres d'hébergement, auxquelles s'ajoutèrent avec le temps des possibilités de traitement dans certains cas bien établis. Il fallut attendre que fût connue l'étiologie de certaines maladies et que pussent être prises de larges mesures préventives pour qu'une révolution fût opérée en médecine. Certes, la médecine thérapeutique et la médecine préventive sont encore trop souvent distinctes l'une de l'autre, mais de plus en plus, on reconnaît la nécessité d'unifier les services de santé, dont la responsabilité administrative est confiée principalement à des professionnels dotés d'une formation médicale et para-médicale. Il faut espérer que, dans le domaine de l'assistance familiale et infantile, la progression suivra le même cours. Dans les pays où des œuvres bénévoles fournissent actuellement une partie de ces services, surtout dans les pays où elles s'occupent des enfants qui se trouvent hors de leur famille, sans prévoir de mesure prophylactique pour prévenir la séparation ou pour reconstruire la famille, ces œuvres devraient envisager une révision complète de leurs programmes. Dans les pays où l'on est en train d'organiser des services officiels, il faut absolument que ceux-ci soient compréhensifs, et qu'on leur donne l'entière responsabilité de l'aide aux enfants, qu'ils soient ou non dans leurs familles.

On a déjà insisté sur l'importance majeure des soins maternels pour la préservation de la santé mentale. Il est donc manifeste que les services d'assistance familiale et infantile doivent dans l'avenir être étroitement associés non seulement entre eux, mais avec les services de santé mentale ;

car les fins dernières des trois services sont identiques, leurs techniques se ressemblent de plus en plus, leurs activités deviennent inextricablement entrelacées, et chacun peut apporter une aide considérable aux autres. Dans les pays qui n'ont pas encore disjoint les services de santé des services d'assistance familiale et infantile — et il en est ainsi dans certains pays avancés de l'Europe occidentale, aussi bien que dans ceux qui sont moins développés — il y aurait grand intérêt à conserver tous ces services au sein d'un même ministère. Dans beaucoup de pays cependant, la différenciation est déjà si avancée que l'unification est à peine possible. Dans l'un ou l'autre cas, l'assistante d'hygiène mentale et l'assistante sociale des enfants doivent apprendre à travailler en commun. Pour que cette coopération se produise effectivement, il faudra bien souvent que l'une et l'autre évoluent. Non seulement les assistantes d'enfants doivent connaître aussi bien les principes de la santé mentale que les principes d'hygiène physique ; mais les assistantes de santé mentale doivent se donner la peine d'augmenter leurs connaissances des problèmes familiaux et infantiles, et des tâches qui incombent à ceux qui s'y consacrent. L'avis d'un psychiatre, d'un psychologue, d'une assistante psychiatrique n'a de chances d'être utile que s'ils connaissent bien les conditions de la vie quotidienne. C'est pourquoi le meilleur travail dans ce domaine est actuellement accompli par les œuvres d'assistance familiale et infantile qui ont un personnel formé d'assistantes ayant reçu une formation en santé mentale, ou celles qui ont eu la sagesse et les moyens d'appointer des psychiatres consultants qui réfléchissent à leur tâche et y consacrent beaucoup de temps. Il n'est possible de développer le respect et la compréhension réciproques, nécessaires au succès, que par cette coopération constante tendue vers un but commun. Adresser quelques cas isolés à un psychiatre consultant préoccupé d'autres problèmes est une mesure futile qui risque de faire naître la mauvaise volonté de part et d'autre.

A ce sujet, on peut citer les principes que le Lasker Mental Hygiene and Child Guidance Centre de Jérusalem s'efforce d'appliquer dans son service d'hygiène mentale auprès des enfants immigrants en Israël. La tâche principale des assistantes d'hygiène mentale est d'aider le personnel des institutions à comprendre les enfants atteints de troubles affectifs, et à agir elles-mêmes comme thérapeutes.

« L'application des principes d'hygiène mentale... n'exige pas l'organisation d'un grand nombre de centres de protection ou de services compliqués en vue d'une action approfondie sur chaque cas ; elle exige plutôt un effort scientifique d'adaptation du plus grand nombre possible d'enfants aux conditions préexistantes ; ou plutôt, l'adaptation des conditions à l'enfant qui a des problèmes affectifs : ce but est atteint en faisant naître ou en développant dans la communauté la compréhension intime de ces problèmes et la tolérance à leur égard. Cette manière d'aborder la question a pour grand avantage de profiter non seulement à chaque enfant pris en particulier, mais aussi à tous les enfants de la communauté : elle associe donc une fonction thérapeutique et une fonction préventive » (Caplan, communication personnelle).

Pour illustrer le succès de cette conception, l'auteur décrit un incident au cours duquel une discussion d'un cas d'énurésie modifia l'attitude du personnel et amena la guérison symptomatique d'un certain nombre de cas identiques dans la même institution. Dans bien d'autres pays, on pourrait trouver des exemples analogues qui illustrent la compréhension mutuelle et la réelle association qui résultent de la coopération des assistantes d'enfants et des assistantes de santé mentale. Bien plus, ces conditions sont à la base même non seulement d'une action efficace, mais également de recherches fécondes.

#### **Recherches sur les moyens de prévenir la carence maternelle**

Il n'existe pratiquement pas un sujet abordé dans cette deuxième partie du rapport qui ne soit entouré d'un voile d'ignorance. Ici et là, grâce au travail patient et minutieux de chercheurs individuels, on rencontre une faible lumière, mais la plus grande partie du voyage doit se faire à tâtons dans l'obscurité ; l'investigateur est guidé dans les cas heureux par les hypothèses, soigneusement formulées, mais jamais vérifiées, d'une assistante observatrice, et dans les pires, il est égaré par une tradition cristallisée et des préjugés stupides. De telles conditions ne permettent pas de prendre des mesures efficaces et économiques pour prévenir la carence chez les enfants ; elles sont bien loin de celles qui ont ouvert la porte au triomphe de la science-sœur, la médecine préventive. Il n'y aura pas dans ce domaine de triomphes comparables à la vaccination diphtérique ou à la prophylaxie du paludisme, sans un programme de recherches persistantes et systématiques menées pendant longtemps et dans beaucoup de pays.

Pour la majeure part, il s'agira nécessairement de recherches à caractère d'applications pratiques ; mais certaines hypothèses de base devront être vérifiées ; en premier lieu, si l'aptitude d'un adulte à être parent dépend dans une grande mesure des soins que lui dispensèrent ses parents pendant son enfance. Si cette hypothèse se vérifie, avec pour corollaire que des enfants négligés deviennent plus tard des parents négligents, on aura beaucoup avancé dans la compréhension du problème. A propos de la haute valeur de cette théorie, pour la compréhension de l'adaptation conjugale, Burgess & Cottrell<sup>36</sup> font remarquer que : « Sa vérification simplifierait considérablement la compréhension d'une grande partie du comportement qui, autrement, paraît désespérément complexe, compliqué et souvent contradictoire. » Cette hypothèse est fondamentale pour notre compréhension de l'inadaptation conjugale, des problèmes parentaux, de la promiscuité sexuelle, et de l'illégitimité, avec tout ce qu'ils engendrent de négligence et de réjection des enfants.

Une fois cette hypothèse prouvée, et toutes les données actuelles suggèrent qu'elle le sera, les nombreux autres facteurs de carence n'en

demeurent pas moins, qu'ils soient économiques, sociaux ou médicaux. Dans le domaine social, il serait nécessaire d'étudier sérieusement les différents types de vie familiale et d'association, et plus spécialement les forces qui poussent certaines familles à vivre en groupes isolés, sans liens avec leurs parents et leurs voisins, tandis que d'autres s'intègrent dans des groupements sociaux plus vastes, qui permettent une assistance mutuelle et réciproque. Des études comparées de groupes culturels différents, et de sous-groupes culturels d'une même communauté éclaireraient probablement l'analyse de ces forces.

Les résultats de ces études de base sur le développement de la personnalité et la dynamique sociale seraient très probablement valables pour toutes les sociétés ; mais de plus, il faudrait entreprendre dans chaque communauté des études visant à dénombrer les enfants atteints de carence, à déterminer la nature et l'influence relative de chacun des facteurs connus. Ces travaux auraient pour but d'élucider *a)* les raisons pour lesquelles le groupe familial normal n'est pas capable de s'occuper de l'enfant, *b)* les raisons pour lesquelles des parents ne peuvent se substituer au père et à la mère. Pour être fructueuses, ces études devraient être très détaillées, au moins autant que celles citées dans l'Appendice 4. Elles devraient inclure non seulement les enfants qui ont été signalés aux autorités, mais tous les enfants de la collectivité, sinon, les enfants négligés dans leur famille, ou vivant avec des parents éloignés seraient exclus. Pour conduire à bien ces recherches, en tenant compte de l'âge des enfants, de la classe sociale et économique des parents, et de variables similaires, il faut autant de connaissance technique des méthodes d'enquête que de compétence sociale, médicale et sociologique. Pour toutes ces raisons, ces études devraient probablement être entreprises par un institut universitaire ou gouvernemental.

La conduite de telles enquêtes dans des collectivités différentes, et dans les différentes parties d'une même collectivité, doit être considérée comme une tâche prioritaire, car c'est de leurs résultats que dépendront la compréhension des forces en présence et la détermination des priorités au sein d'un programme préventif.

Il faut aussi de toute urgence étudier sur le plan de la recherche les meilleures méthodes d'« élevage » des enfants hors de leur famille. Seule une évaluation fidèle des résultats éloignés peut donner quelque confiance dans les méthodes ; il est triste de penser que le travail de Theis est vieux de 25 ans et que, depuis lors, presque aucune recherche de grande envergure n'a été entreprise sur le sort ultérieur des enfants élevés hors de leur propre famille. La Commission de la Société des Nations avait raison de déplorer ce triste état de choses.

« Bien que vingt-cinq pays aient déclaré le système satisfaisant dans l'ensemble, une telle déclaration est trop générale pour pouvoir être considérée comme représentant l'opinion de la totalité ou même d'une forte proportion des personnes qui se vouent à

cette œuvre. Avant de porter un jugement, il faudra disposer de statistiques sur l'étendue de ce système ainsi que de critiques fondées sur l'observation et sur l'étude des résultats, surtout par comparaison avec les autres méthodes d'assistance aux enfants » (volume 2, page 12).

Espérons que cette lacune sera rapidement comblée et que, œuvres bénévoles et organismes officiels rivaliseront pour fournir les renseignements les plus précis et les plus compréhensifs.

Malheureusement, de sérieuses difficultés techniques apparaissent dès que l'on veut préciser le degré de succès des différentes méthodes de soins. Sans parler du grand nombre de variables dont on doit forcément tenir compte, il est difficile de trouver des critères valables de succès ou d'échec. Dans ce rapport, on a, à maintes reprises, montré que l'apparente adaptation des enfants placés dans des institutions ou des foyers nourriciers se trouvait infirmée par les événements ultérieurs. En Angleterre, un meurtrier psychopathe très connu était si bien jugé de ses maîtres pendant son passage dans une école de rééducation qu'il fut fait l'équivalent d'un chef de groupe ! Un comportement apparent de courte durée ne peut donc être considéré comme critère valable. On doit le remplacer par *a*) des tests psychologiques qui révèlent la personnalité à un niveau plus profond, par exemple le Rorschach, et *b*) une observation ultérieure à long terme. Pour cette dernière, les quinze critères d'adaptation sociale élaborés par Curle & Trist<sup>49</sup> conviendraient parfaitement et seraient précieux. Les critères jugeant les aptitudes conjugales et les aptitudes parentales de l'individu sont d'un intérêt tout particulier puisque l'échec dans ce domaine est une des menaces qui pèsent sur les enfants élevés hors de la famille par les méthodes actuelles.

Enfin, il doit être reconnu que non seulement la recherche est difficile, mais que le fait même de l'entreprendre suscite souvent une résistance active ou passive. Hopkirk<sup>78</sup> a une longue expérience dans ce domaine et il remarque : « Les membres des conseils d'administration et les fonctionnaires supérieurs ont tendance à protéger l'œuvre qu'ils ont créée et les traditions héritées qu'ils veulent conserver » (page 208). Il en résulte l'apparition de difficultés réelles et imaginaires : on prétexte que les conditions ont changé depuis le moment où ces enfants ont été pris en charge ; qu'il est injuste de les soumettre à une enquête inquisitoriale ; et que d'ailleurs il ne faut pas oublier leur lourde hérédité. Ces arguments défensifs dont nous avons prouvé le peu de valeur sont le fruit de la peur, d'une peur née de la crainte que le chercheur ne soit rien d'autre qu'un critique hostile. Naturellement, il n'est pas d'autre solution que la collaboration active du sociologue au sein de l'œuvre, collaboration que les assistantes sociales acceptent volontiers, car elle mène à plus de compréhension dans leurs problèmes, à plus d'efficacité dans leur travail.

---

## CONCLUSION

On voit maintenant qu'élever convenablement des enfants frustrés d'une vie familiale normale n'est pas seulement un acte d'humanité, mais un élément essentiel de l'équilibre mental et social d'une communauté. Car, si l'entretien de ces enfants est négligé, comme c'est le cas dans tous les pays du monde occidental aujourd'hui, dès qu'ils sont adultes, ils ont des enfants pareils à eux-mêmes. Des enfants carencés, qu'ils vivent au sein de leur propre famille ou au dehors, sont une source d'infection sociale, aussi réelle et aussi dangereuse que les porteurs de germes diphtériques ou typhiques. Et, de même que des mesures prophylactiques ont réduit ces maladies à des proportions négligeables, une action résolue peut réduire considérablement le nombre d'enfants carencés dans notre génération et empêcher le développement d'adultes susceptibles d'en engendrer d'autres.

Cependant, jusqu'à présent, aucun pays ne s'est sérieusement attaqué au problème. Même dans les pays dits avancés, il existe à l'égard des mauvaises conditions d'hygiène mentale dans les pouponnières, les institutions et les hôpitaux, une tolérance qui ne pourrait avoir son équivalent dans le domaine de l'hygiène physique sans soulever immédiatement l'indignation publique. La dissociation des familles, et la mise à l'écart des enfants illégitimes, sont acceptées sans un mot de protestation. Le double problème des parents négligents et des enfants carencés est envisagé avec fatalisme ; et on le laisse se perpétuer. Il est probable que les raisons de cette attitude sont au nombre de trois : la présomption qu'il s'agit en général d'orphelins dépourvus de parents, même éloignés ; un système économique provoquant de temps à autre une misère irréparable sur une échelle telle que les assistantes sociales se trouvent impuissantes à la soulager ; le manque de compréhension des facteurs psychologiques qui rend insolubles les cas où ces facteurs prédominent. Dans beaucoup de pays occidentaux, cependant, ces trois raisons n'existent plus, mais il en persiste deux autres qui empêchent tout progrès. Tout d'abord, il y a encore une lamentable pénurie d'assistantes compétentes, capables de reconnaître les facteurs psychiatriques et de les combattre efficacement. D'après ce qui a été dit plus haut, il est évident que si l'assistante n'a pas une bonne compréhension des motivations inconscientes, bien des mères non mariées, bien des familles en danger de désunion, bien des cas de conflit entre enfant et parent seront au-dessus de ses possibilités d'action. Durant ces dix dernières années, et c'est là un trait frappant, les écoles

américaines d'assistantes sociales ont étendu considérablement l'abord psychanalytique des cas sociaux, et les œuvres sociales ont donné une grande extension à l'emploi de psychiatres d'enfants pour aider leurs assistantes. Pourtant, malgré ces signes encourageants, il reste une tâche immense à accomplir dans tous les pays : apprendre aux assistantes sociales les méthodes appropriées et former des psychiatres d'enfants pour les aider.

Le second facteur agit encore : les gouvernements, les œuvres sociales, et le public ne sont pas convaincus que l'amour maternel au cours de la première enfance est aussi important pour la santé mentale que les vitamines et les protéines pour la santé physique. Ce manque de conviction a deux racines — l'une affective, l'autre intellectuelle. Les gens qui s'occupent ardemment de la prétendue inaptitude à leur rôle, des vrais parents, et qui ont un besoin évident mais souvent inconscient de se montrer plus aptes que les vrais parents à remplir un rôle parental, sont ceux qui manifestent les plus fortes préventions. Il est aussi des membres de comité qui, contemplant le fruit de leur travail, sont enclins à trouver plus de satisfaction personnelle à visiter une institution, à passer en revue un groupe docile d'enfants matériellement bien tenus, plutôt qu'à essayer d'imaginer les mêmes enfants, un peu plus sales peut-être, mais en train de jouer, heureux, dans leur propre famille, ou dans un foyer nourricier. Quand il s'agit de placement des enfants dans une institution, il faut prendre garde au camouflage des intérêts.

Il est plus facile de résoudre les doutes d'ordre intellectuel ; ceux-ci peuvent peut-être avoir été soulevés par les données scientifiques que l'on a passées en revue dans la Partie I de ce rapport.

Ceux qui ont en charge l'action préventive devraient comparer la situation actuelle avec celle qu'affrontaient, il y a un siècle, leurs prédécesseurs responsables de la santé publique. Ils avaient une magnifique occasion de débarrasser leurs pays des maladies tirant leur origine de la saleté : quelques-uns saisirent l'occasion ; d'autres, critiquant l'évidence, demeurèrent passifs. Certes, les preuves présentées dans ce rapport sont en bien des points défectueuses, plus d'une lacune reste incombée, et les renseignements passés au crible de la critique manquent souvent ; mais nous devons nous rappeler que l'évidence n'est jamais totale, la connaissance de la vérité toujours partielle, et que, attendre la certitude, c'est attendre l'éternité. Espérons donc que, dans le monde entier, les hommes et les femmes occupant une situation publique reconnaîtront les rapports qui unissent la santé mentale aux soins maternels, et saisiront l'occasion qui s'offre à eux de favoriser des réformes courageuses et à longue portée.

---



**APPENDICES**



## APPENDICE 1

### DIVERSES ÉTUDES RÉTROSPECTIVES CONCERNANT LES RAPPORTS ENTRE LA MALADIE MENTALE, LA CARENCE DE SOINS MATERNELS ET LES FOYERS DISSOCIÉS

Dans le corps même du présent rapport, on a cité certaines des études rétrospectives les plus significatives mettant en relation les troubles mentaux, tout spécialement la personnalité psychopathique et la privation de soins maternels. Il existe un grand nombre d'autres études dont les conclusions sur la question sont implicitement ou explicitement les mêmes. On trouvera ci-dessous l'analyse de quelques-unes d'entre elles.

En discutant sa thèse concernant les liens qui unissent l'indifférence affective, la délinquance récidivante et la séparation prolongée d'avec la mère, Bowlby<sup>26, 27</sup> souligne qu'il a été un peu étonné de la légèreté avec laquelle la plupart des spécialistes ont traité les séparations précoces. C'est ainsi que Burt<sup>41</sup> range ces séparations précoces parmi les facteurs secondaires de la délinquance. Pourtant, les chiffres qu'il donne sont loin de confirmer une telle conclusion : il a pu observer que 23,5 % des garçons et 36,5 % des filles avaient été séparés de leurs parents pendant une longue période. Ces chiffres contrastent avec les pourcentages de 1,5 et de 0,5 respectivement obtenus pour les groupes de contrôle. Les résultats des recherches concernant les foyers dissociés ne peuvent ordinairement pas être utilisés dans les études comparatives pour les raisons déjà exposées. Citons cependant deux enquêtes qui ont toutes deux le mérite d'illustrer la grande importance des troubles survenant pendant les toutes premières années. Dans une de ses enquêtes, Glueck & Glueck<sup>59</sup> donne l'âge des enfants au moment de la dissociation du foyer. Sur 966 délinquants juvéniles, 429 enfants provenaient de foyers dissociés. Pour 40 % de ces 429 sujets (environ 19 % du nombre total d'enfants), la dissociation du foyer s'était produite avant l'âge de 5 ans. Une étude similaire faite par Armstrong<sup>5</sup> donne des résultats comparables. Sur un nombre total de 660 enfants sujets aux fugues, 29 % avaient vu leur foyer se dissocier avant d'avoir atteint l'âge de 4 ans et 28 % d'autres enfants entre 4 et 6 ans. Sur 30 « incorrigibles », 12 sujets (40 %) avaient subi la même épreuve avant l'âge de 4 ans et six autres entre 4 et 6 ans.

D'autres preuves indirectes nous sont fournies par les travaux de East & Hubert.<sup>51</sup> Elles concernent 26 cas caractéristiques de garçons et d'adolescents incarcérés à Borstal, qui s'étaient révélés particulièrement difficiles — toute tentative de formation s'étant montrée ou se montrant vaine : or, exactement la moitié de ces sujets avait probablement subi

de précoces épreuves de séparation. En l'absence d'informations concernant certains cas, il est même possible que la proportion réelle ait été plus élevée.

Powdermaker et al.<sup>117</sup> ont trouvé que parmi 81 filles délinquantes âgées de 12 à 16 ans, 33 (soit 40 %) étaient issues de foyers dissociés.

Deux études détaillées concernant la délinquance ont été faites en Suède, au cours de la dernière décennie ; elles concluent dans le même sens. Dans les deux cas, le groupe étudié présente l'inconvénient de ne comprendre que des enfants ayant été retirés de leurs foyers : décision imputable aussi bien à la déficience du foyer qu'au caractère de l'enfant. Ahnsjö<sup>1</sup> a trouvé que, parmi 1.660 filles envoyées en maison de correction, pendant la période de 1903 à 1937, 75 % seulement bénéficièrent des soins de leurs deux parents au moment de leur naissance ; et, en ce qui concerne près de la moitié du reste de ces filles, leurs foyers se trouvaient dissociés par le divorce ou la mort de l'un ou des deux parents au moment de l'admission en institution. Sans doute, en grande partie de ce fait, un très grand nombre de ces enfants avaient, au cours de leur vie, expérimenté une série de parents proches ou de parents nourriciers. Parmi 550 sujets pris dans des maisons pour cas graves et anormaux, et y ayant été admis à un âge moyen d'environ 16 ans, pas moins de 30 % avaient été soumis à des changements de milieu et à des séparations de cette nature.

Otterström<sup>112</sup> a étudié les cas de 1.315 garçons et 300 filles qui avaient dû faire l'objet de mesures de correction spéciales par suite de délinquance ou qui avaient été condamnés pour crimes ; elle a trouvé que 42 % des garçons et 65 % des filles provenaient de foyers dissociés au moment de leur admission en institution (ces chiffres comprennent les enfants dont les parents n'étaient pas mariés ou ne cohabitaient pas au moment de leur naissance).

Des constatations analogues à celles de Ahnsjö et Otterström se dégagent de l'étude des enfants placés dans des institutions pour enfants difficiles, et qui avaient été évacués des villes de Grande-Bretagne pendant la dernière guerre.<sup>75</sup> Il s'agit de plus de 400 enfants (80 % de garçons et 20 % de filles) âgés de 6 à 14 ans et dont la majorité avaient été mis en institution pour des motifs tels que vol, inéducabilité d'un autre type ou énurésie. Parmi 418 enfants sur les foyers desquels on possédait quelques renseignements, pas moins de 45 % étaient issus de foyers dissociés (un ou les deux parents morts, désertion du foyer par l'un des parents ou enfant illégitime). Près de la moitié du reste des enfants (environ 25 % du nombre total) provenait de foyers où, en dépit de la cohabitation des deux parents, les conditions de vie étaient très mauvaises ; citons notamment : cruauté, immoralité, instabilité mentale, liens affectifs familiaux défectueux, négligence, mauvais traitements et réjection. Seulement 30 % de ces enfants provenaient de foyers intacts et suffisamment harmonieux.

Bowlby<sup>26, 27</sup> a envisagé la possibilité d'attribuer les délits sexuels aux sujets atteints d'indifférence affective. Cette hypothèse est appuyée par des preuves émanant de différentes sources. Les données suivantes se trouvent dans l'étude faite par la Société des Nations sur la prostitution :<sup>131</sup>

« En dehors du faible pourcentage des filles naturelles, on voit, dans la plupart des listes, que le nombre des femmes ayant perdu leur père ou leur mère par suite de décès ou de séparation alors qu'elles étaient encore jeunes oscille entre un cinquième et un tiers des cas. En outre, la proportion des femmes qui ont été élevées dans des institutions, par des parents adoptifs ou par des parents indirects est de 20 % ou davantage dans quatre listes, et de plus de 10 % dans treize des seize listes contenant des renseignements sur ce point » (page 35).

Ce tableau général est confirmé par Safier et al.<sup>127</sup> qui ont étudié quelques centaines d'hommes et de femmes adonnés aux relations sexuelles de rencontre :

« 60 % environ tant de ces hommes que de ces femmes, étaient issus de foyers dissociés par la mort, la séparation ou le divorce. Dans le cas de la moitié du nombre total des hommes, leurs foyers s'étaient trouvés dissociés avant qu'ils aient atteint l'âge de 13 ans et pour un tiers d'entre eux, avant l'âge de sept ans. L'âge moyen auquel s'était produite la désagrégation de leurs foyers, pour ceux dont les foyers étaient dissociés, était de six ans... Les sujets dont les foyers s'étaient trouvés dissociés avaient fréquemment été placés en internat, dans des foyers nourriciers, en institution ou chez des parents éloignés. Un certain nombre de ces patients avaient été soumis à des séries de placements successifs. Certains sujets n'avaient reçu aucune espèce de soins parentaux depuis leur naissance ou peu après ; parmi eux, on comptait des enfants illégitimes. Dans d'autres cas, un ou les deux parents s'étaient remariés et les patients avaient été élevés avec des beaux-pères ou des belles-mères... Les conflits les plus graves apparaissaient dans les cas où la vie familiale avait été instable et où le sujet avait été confié successivement à plusieurs personnes. »

Ces données sont confirmées par l'étude consacrée par Bundesen et al.<sup>35</sup> à un petit groupe de 50 hommes ayant des relations sexuelles de rencontre : 56 % d'entre eux ont manifestement vécu dans des conditions anormales pendant leur enfance.

Les études consacrées aux soldats névrosés pendant la Deuxième Guerre mondiale révèlent également chez eux la fréquence élevée des foyers dissociés. C'est ainsi que McGregor,<sup>95</sup> à l'occasion d'une étude portant sur 2.228 patients admis dans un hôpital militaire pour névrose, a trouvé chez 48 % d'entre eux un type commun de personnalité se caractérisant par la timidité, le manque de maturité, la dépendance et les sentiments de frustration. « Ils provenaient de foyers dissociés ou de foyers dans lesquels ils avaient été soumis à de considérables tensions affectives au cours de leur enfance. D'une façon générale, ce groupe d'individus témoignait d'une caractéristique carence d'amour maternel subie pendant l'enfance. » Madow & Hardy<sup>97</sup> confirment ces observations. Parmi 211 soldats souffrant de névroses de guerre, 36 % étaient issus de familles qui s'étaient dissociées avant que les patients n'aient atteint 16 ans.

Même chez les schizophrènes, la dissociation du foyer est un trait fréquent et marquant de leur anamnèse. Pollock et al.,<sup>115</sup> dans les antécédents de 175 malades atteints de démence précoce ont constaté un foyer brisé dans 38 % des cas. Lidz & Lidz<sup>91</sup> ont trouvé un pourcentage presque identique chez 50 schizophrènes devenus psychotiques avant l'âge de 21 ans. Ces chiffres élevés chez les schizophrènes contrastent avec les 17 % de Pollock et al. pour 155 malades atteints de dépression maniaque, pourcentage à peine supérieur à celui de la population normale.

Une autre étude, émanant de Hongrie, est consacrée à la prédisposition aux accidents. En étudiant les anamnèses de 100 cas admis dans des hôpitaux chirurgicaux, à la suite d'accidents répétés, Csillag & Hedri<sup>48</sup> ont trouvé que pas moins de 54 % des patients en cause avaient perdu leurs parents au cours de leur enfance ou avaient été élevés par des parents séparés.

Citons finalement une étude de Mulock Houwer<sup>104</sup> entreprise aux Pays-Bas après la guerre, et consacrée au milieu familial des enfants s'étant rendu coupables de trahison pendant cette guerre. 52 % des 275 enfants étudiés provenaient de foyers dissociés.

Pour des raisons variées, les chiffres figurant dans ces divers travaux ne sont pas rigoureusement comparables : une difficulté particulière réside notamment dans les divergences de pratique en ce qui concerne l'inclusion ou l'exclusion des enfants illégitimes élevés seulement par leur mère. Il est néanmoins utile de présenter certains de ces chiffres. Aussi figurent-ils au tableau XIX.

La plupart de ces études ne se réfèrent malheureusement pas à des groupes de contrôle ; néanmoins, les seules données numériques dont nous pouvons disposer sur ce plan corroborent les résultats précédents. Menut<sup>99</sup> a pu évaluer à 12 % le pourcentage des foyers dissociés dans son très important groupe de contrôle parisien ; de leur côté, Madow & Hardy<sup>97</sup> se réfèrent à trois documents américains différents selon lesquels ce pourcentage varierait de 11 à 15 %. Il semble donc pratiquement certain que la proportion des foyers dissociés dans toutes les études précitées soit significativement plus élevée qu'elle ne le serait dans un groupe normal de n'importe laquelle des populations en cause.

Une fois de plus, naturellement, il est possible d'attribuer ces résultats à l'hérédité et non au milieu. Le foyer se trouve souvent dissocié parce que l'un ou l'autre des parents présente des états psychotiques ou psychopathiques. Les mauvais gènes hérités par leurs enfants ne suffiraient-ils pas à expliquer pourquoi ces derniers tournent mal ? Ahnsjö et Otterström ont l'un et l'autre longuement discuté cette hypothèse au sujet de laquelle leurs propres données ne leur permettent, toutefois, pas de fournir une réponse.

Outre les preuves figurant déjà au chapitre approprié de ce rapport, il existe également sur la question deux études intéressantes de Barry,

**TABEAU XIX. FRÉQUENCE DES FOYERS DISSOCIÉS PARMIS DES MALADES SOUFFRANT DE TROUBLES NÉVROTIQUES VARIÉS**

Auteurs	Pays	Nature des troubles	Nombre des malades	Pourcentage des malades issus de foyers dissociés avant	
				6 ans	16 ans
Glueck & Glueck	Etats-Unis	Délinquance juvénile	966	19	44
Armstrong	Etats-Unis	Fugues	660	57	
Powdermaker et al.	Etats-Unis	Filles délinquantes	81		40
Ahnsjö	Suède	Filles délinquantes	1.663		60
Otterström	Suède	Garçons délinquants Filles délinquantes	1.315 300		42 65
Menut	France	Enfants présentant des troubles du comportement	839		66
Ministry of Health	Angleterre et Pays de Galles	Enfants inadaptés	418		45
Safler et al.	Etats-Unis	Relations sexuelles avec des partenaires de rencontre :			60
		} hommes	255		
		} femmes	365		
Bundesen et al.	Etats-Unis	Relations sexuelles avec des partenaires de rencontre : (hommes)	50		56
Madow & Hardy	Etats-Unis	Soldats névrosés	211		36
Pollock et al.	Etats-Unis	Démence précoce	175		38
Lidz & Lidz	Etats-Unis	Jeunes schizophrènes	50		40
Csillag & Hedri	Hongrie	Accidents répétés	100		54
Mulock Houwer	Pays-Bas	Trahison chez des enfants	275		52

concernant la fréquence de l'absence de milieu familial parmi des patients atteints de psychoses au cours de leur adolescence ou au début de leur vie d'adultes. Son premier travail<sup>9</sup> portant sur 549 patients (306 hommes, 243 femmes) hospitalisés entre l'âge de 16 et 25 ans montre pour la mort du père une fréquence analogue à celle constatée dans la population générale, tandis que la fréquence de la mort de la mère est nettement supérieure. (15,7 % de ses patients ont perdu leur mère avant d'avoir atteint 12 ans, alors que ce pourcentage s'élève seulement à 5,3 % dans la

population générale.) Dans tous ces cas, la fréquence du décès maternel opposée à celle du décès paternel démontre pratiquement l'impossibilité d'expliquer les faits de cette nature par des facteurs héréditaires ; nous y voyons au contraire des preuves supplémentaires concernant l'importance majeure que présente pour le jeune enfant le lien affectif qui l'unit à sa mère et le traumatisme affectif que sa perte lui fait subir. Dans une étude statistique ultérieure,<sup>10</sup> Barry conclut que la période critique concernant la séparation d'avec la mère se situe avant l'âge de 8 ans.

Une étude seulement s'est, à notre connaissance, attachée à vérifier l'hypothèse attribuant au foyer dissocié un rôle important dans le développement de l'enfant. Ce travail a été entrepris par Wallenstein ;<sup>146</sup> il porte sur toute la population scolaire d'une partie de New-York. Sur 3.000 garçons et filles, 550 étaient issus de foyers dissociés. Plus de la moitié de la totalité des enfants furent soumis à des examens psychologiques et donnèrent lieu à de minutieuses études comparatives. Un grand nombre d'entre elles ont montré que les enfants issus de foyers dissociés se sont moins bien développés que les autres. Wallenstein conclut cependant, à juste titre, que le concept de foyer dissocié n'est pas satisfaisant du point de vue scientifique.

---

## APPENDICE 2

### COMPARAISON DES RÉPONSES D'ENFANTS D'INSTITUTION ET D'AUTRES ENFANTS AU TEST DE RORSCHACH

A notre connaissance, deux expérimentateurs seulement ont appliqué le test de Rorschach à l'étude systématique d'enfants placés en institutions : Loosli-Usteri à Genève, peu avant 1930, et Goldfarb à New-York, pendant la dernière décade.

Goldfarb<sup>64</sup> a entrepris ses recherches sur le groupe dont les réponses à d'autres tests figurent déjà aux tableaux VI et VII. Ce groupe se composait de 30 enfants qui, au moment de l'examen, étaient âgés de 10 à 14 ans. Un groupe de 15 enfants avait vécu en institutions depuis l'âge de 6 mois jusqu'à 3 1/2 ans, l'autre n'ayant pas eu cette expérience. Goldfarb obtint les résultats suivants : pas de différence entre les enfants d'institution et ceux du groupe de contrôle en ce qui concerne le nombre et la localisation des réponses ou encore les déterminants principaux (exception faite pour les C) ; ces résultats impliquent la similitude des moyens mis en œuvre et des modes d'organisation perceptuelle. Les deux groupes présentent également la même tendance à percevoir le mouvement, les formes animales ou humaines ; ils font le même usage des ombres.

Cependant, la qualité de leurs réponses différencie considérablement les deux groupes. Par exemple, les enfants d'institution donnaient des réponses beaucoup moins précises et en rapports moins étroits avec les taches. Ils présentaient un faible degré d'organisation psychique, souvent aussi, une tendance à la confabulation, au point d'étendre arbitrairement une idée suggérée par une partie de la tache à la tache entière ; la perception ainsi obtenue ne présentant que peu de rapport avec le stimulus véritable. La prépondérance des réponses « couleur-pure » — c'est-à-dire des réponses déterminées uniquement par la couleur, sans aucune organisation formelle (par exemple « sang ») — démontrait parmi les enfants d'institution l'existence d'un moindre contrôle affectif. En plus, ils fournissaient seulement un petit nombre de réponses « populaires » (celles données par la majorité des sujets), et un plus grand nombre de réponses originales, ces dernières toutefois mal visualisées. Ces faits indiquent que ces enfants vivaient dans un contact moins étroit avec la réalité et les formes de pensées courantes ; ils pourraient également impliquer un manque de conformité sociale. La plupart de ces différences sont résumées dans le tableau XX.

Goldfarb<sup>68</sup> a également comparé les enfants d'institution avec des schizophrènes du même âge. Leurs réponses au Rorschach présentaient

**TABEAU XX. COMPARAISON DES RÉPONSES FAITES AU TEST DE RORSCHACH PAR DES ENFANTS AYANT PASSÉ LEURS TROIS PREMIÈRES ANNÉES EN INSTITUTION ET PAR CEUX D'UN GROUPE DE CONTRÔLE N'AYANT PAS SUBI CETTE EXPÉRIENCE (GOLDFARB)**

Signification de la réponse	Classification de la réponse	Résultats exprimés en	Résultats		
			Enfants d'ins-titution	Groupe de con-trôle	P
Perception vague et pauvre, réponses arbitraires	G — F + Orig. —	Moyenne des résultats exprimés en pourcentage	47	19	< 0,05
			43	75	< 0,01
			91	20	< 0,01
Confabulation et organisation psychique déficiente	Présence de DG Résultat à l'échelle de Beck inférieur à 20	Nombre d'enfants donnant la réponse	7	0	< 0,01
			10	4	< 0,05
Manque de contrôle sur les réactions affectives	Au moins un C	" "	3	0	< 0,05
	CF + C > FC	" "	5	1	< 0,02
Affaiblissement des tendances au conformisme social	Moins de 3 réponses „populaires”	" "	10	3	< 0,01
	Réponses originales	Moyenne des résultats exprimés en pourcentage	24	13	< 0,1

Note : Le nombre total d'enfants dans chaque groupe est de 15.

des similitudes remarquables à plusieurs égards ; leur différence la plus notable consistait dans l'absence relative, parmi les enfants d'institution, d'une anxiété, au contraire présente au plus profond degré parmi les schizophrènes.

L'étude de Loosli-Usteri<sup>92</sup> a été entreprise bien antérieurement à celle de Goldfarb, à une époque où différentes méthodes de cotation du Rorschach étaient en usage. Les données de cet auteur sont différentes et certains points précis à l'égard desquels Goldfarb trouve des différences significatives ne sont pas mentionnés dans l'analyse de ces résultats. Par ailleurs, le groupe étudié diffère de celui de Goldfarb en ce qui concerne les modalités du placement en institution : tous les enfants se trouvaient effectivement en institution au moment où ils furent testés, à l'encontre de ceux de Goldfarb placés dans des foyers nourriciers ; d'autre part, un grand nombre des enfants de Loosli-Usteri n'avaient probablement pas passé leurs trois premières années en institution comme ceux de Goldfarb. La signification statistique des différences trouvées n'est pas évaluée. Aussi, les comparaisons sont-elles difficiles entre ces deux études, bien qu'un certain nombre des résultats de Loosli-Usteri semblent confirmer ceux de Goldfarb.

Cet auteur a comparé un groupe de 21 garçons âgés de 10 à 13 ans, placés dans une institution de Genève (durée du séjour en institution non

précisée) avec 63 garçons des écoles primaires de la même ville, vivant avec leurs familles. Comme Goldfarb, elle a trouvé parmi un grand nombre d'enfants d'institution une capacité d'abstraction limitée — « leur mode de pensée est infantile et autistique ». Elle a également constaté l'existence d'un rapport inversement proportionnel entre cet aspect et le développement de symptômes névrotiques. Les enfants d'institution étaient beaucoup plus introvertis que ceux du groupe de contrôle ; ils manquaient de réaction affective et étaient sujets à la **dépression**. Ces enfants ont également fourni un nombre moins élevé de **réponses** « populaires ». Les résultats obtenus à cet égard confirment ceux de Goldfarb ou concordent avec eux. Cependant, Loosli-Usteri n'a observé **aucun** affaiblissement du contrôle affectif, tandis qu'au contraire des faits précis, non mentionnés par Goldfarb, indiquent, parmi les enfants d'institution, une tendance marquée à l'opposition, allant même parfois, pour les névrosés, jusqu'au refus de répondre.

On peut conclure de cette analyse que le groupe d'enfants étudiés par Loosli-Usteri n'était pas homogène en ce qui concerne les modalités du séjour en institution : certains enfants placés en institution dès leurs premières années s'étaient développés selon des tendances psychopathiques, alors que d'autres enfants, entrés plus tard en institution, présentaient des réactions d'un type plus névrotique. Aucune des données de Loosli-Usteri n'est en contradiction avec les conclusions de Goldfarb. Par ses observations, elle s'est trouvée une des premières à attirer l'attention sur la fréquence élevée de troubles psychiatriques parmi les enfants placés en institution.

---

### APPENDICE 3

#### NOTE SUR L'ÉTUDE DE GOLDFARB CONCERNANT LES RAPPORTS ENTRE L'ADAPTATION SOCIALE ET L'ÂGE D'ADMISSION EN INSTITUTION

Goldfarb <sup>67</sup> fonde ses conclusions relatives à l'importance de la carence maternelle, pendant la première année de la vie, sur une intéressante étude témoignant de son soin habituel. Il a choisi des enfants âgés de 12 ans et plus (âge moyen, 14 ½ ans), ayant vécu en institution pendant des périodes diverses au cours des trois premières années de leur vie. Tous ces enfants furent examinés par des assistantes sociales psychiatriques, pour déterminer leur adaptation sociale actuelle. Ecartant les enfants dont l'adaptation sociale n'avait pu être déterminée sans ambiguïté, Goldfarb a choisi 30 enfants d'âge et de sexe identiques, et dont la moitié était bien adaptée socialement, tandis que l'autre se composait de cas d'inadaptation sévère. La majorité des enfants avait présenté un comportement toujours identique depuis le début de leur placement. Goldfarb démontre en conséquence qu'il est impossible d'expliquer les différences de comportement de ces enfants par leur hérédité, par l'attitude de leurs parents ou de leurs parents nourriciers. D'autre part, une différence significative sépare les deux groupes en ce qui concerne l'âge d'admission en institution : l'âge moyen des enfants bien adaptés étant de 10 ans 9 mois, et celui des enfants mal adaptés, de 5 ans 8 mois (P est compris entre 0,02 et 0,05).

L'importance générale de ces chiffres est évidente ; il est néanmoins regrettable que Goldfarb ne nous ait pas fourni de plus amples détails concernant ses données, car on n'en saisit pas toujours la signification précise. La conclusion même de Goldfarb — selon laquelle « l'importance durable des 6 premiers mois de la vie de l'enfant apparaît de façon frappante » — ne semble pas prouvée : le groupe mal adapté se composait d'enfants n'ayant pas été placés en institution pendant les six premiers mois de leur vie, l'âge d'entrée n'étant en aucun cas six mois. Il est donc impossible de conclure sur l'importance des premiers 6 mois. Il est par ailleurs légitime et très important de conclure que la privation de soins maternels, au cours de la seconde partie de la première année, présente des effets de beaucoup plus longue portée que la privation ayant lieu plus tard.

#### APPENDICE 4

##### NOTE SUR LES STATISTIQUES DES CAUSES NÉCESSITANT L'ÉLOIGNEMENT DES ENFANTS DE LEUR FAMILLE

Les chiffres cités dans le chapitre 8 sont basés sur sept études provenant de trois pays différents qui se sont trouvées être facilement à notre disposition. On ne sait pas jusqu'à quel point ces travaux sont représentatifs des pays en cause, et on ne les donne ici qu'à titre d'indication.

###### *Royaume-Uni*

i) 1.195 enfants pris en charge par les autorités de trois comtés en Angleterre représentant respectivement des communautés urbaine, semi-urbaine et rurale. Date 1945. Rapport de Brockington.<sup>29</sup>

ii) 346 enfants provenant de 234 familles, pris en charge par une grande œuvre privée (Dr. Barnado's Homes). Ces cas représentent environ 10 % des 2.000 enfants admis entre janvier 1937 et janvier 1940. Tiré de *The neglected child and his family*.<sup>108</sup>

iii) 500 enfants pris en charge par une autre œuvre privée (National Children's Homes) pendant les années 1940-1941. Rapport annuel de 1948.<sup>107</sup>

iv) 51 enfants pris en charge par 12 œuvres différentes, comprenant tous les types d'institutions existant en Grande-Bretagne en 1946. Rapport de Bodman et al.<sup>24</sup>

###### *Etats-Unis d'Amérique*

i) Environ 500 demandes d'assistance adressées à une importante œuvre de New-York en 1949 (non publié).

ii) 209 enfants dont le placement nourricier par les soins de la Maryland Children's Aid Society<sup>98</sup> prit fin pendant les années 1940-1942.

###### *Suède*

73 enfants pris en charge par 6 homes d'enfants, deux homes pour long séjour, quatre homes pour séjour court, en 1946-1947 environ. Rapport de Thysell.<sup>142</sup>

TABLEAU XXI. CAUSES DE L'ABSENCE DE VIE FAMILIALE NORMALE

Pays	Suède	Etats-Unis d'Amérique		Grande-Bretagne			
	Thysell	(New-York)	Malone	Brockington	Dr. Barnardo's Homes	National Children's Homes	Bodman et al.
Nombre d'enfants	73	500	209	1.195	346	500	52
Date approximative	1946-1947	1949	1942	1945	1937-1940	1940-1941	1946
	%	%	%	%	%	%	%
<b>a) Le groupe familial naturel n'a jamais existé :</b> Illégitimité	25	9	16	10	40	27	25
<b>b) Le groupe familial naturel ne fonctionne pas :</b> Misère ou négligence des parents	40	4	16	60,5	31	(20)	—
Inadaptation des enfants	3	26	18	0,5	—	(5)	—
<b>c) Dissociation du groupe familial naturel :</b> Mort d'un des parents		5		7		(56)	25
Mort des deux parents	1	1		3			
Maladie physique d'un des parents		6	40	—	59		
Maladie mentale d'un des parents	23	6		9			
Désertion, séparation, divorce	5	21		10		—	23
<b>d) Divers et inconnus</b>	3	22	10	—	—	—	—
	100	100	100	100	*	*	100

\* Pour ces deux groupes, l'analyse des chiffres n'a pas permis d'établir une somme de pourcentages égale à 100.

Malheureusement, les renseignements sont donnés sous une forme très disparate. Souvent l'état du groupe familial normal n'est pas indiqué explicitement, bien que dans certains cas on puisse le déterminer par déduction. Les raisons profondes de la négligence, etc., ne sont jamais mises en évidence; et aucune attention n'est accordée aux raisons pour lesquelles les parents, autres que le père et la mère, n'ont pas pu se substituer à ceux-ci.

On croit que les chiffres donnés dans le tableau XXI sont, sous une forme commune, des traductions suffisamment fidèles des chiffres bruts.

Bien que, dans certains cas, on ait fourni pas mal de renseignements sous la mention « Groupe familial naturel ne fonctionne pas efficacement », ceux-ci ne sont pas assez détaillés pour être de quelque utilité, et on les a donc omis.

Les grandes différences entre ces chiffres résultent en partie du manque d'uniformité de leur présentation ; mais probablement, davantage de différences réelles des groupes étudiés qui reflètent presque certainement des différences radicales de la politique de prise en charge. Par exemple, il y aura une grande différence selon qu'on fournit une assistance aux veuves et aux parents éloignés pour les aider à élever les enfants à la maison, ou que tous les enfants de ce genre sont réunis et placés dans un orphelinat.

Il est difficile d'établir des statistiques en se servant des publications existantes, car les données décrivant l'état actuel du foyer, telles que négligence, cruauté, pauvreté, etc., sont mêlées aux données plus fondamentales, à savoir celles qui se rapportent à l'état et aux aptitudes des parents. Ce sont là naturellement des variables complètement indépendantes — la négligence et la pauvreté peuvent caractériser le foyer d'une mère non mariée aussi bien que celui d'une veuve ou de parents vivant ensemble. C'est pourquoi nous avons besoin de deux groupes principaux de données à propos du foyer :

1) Mention de l'existence ou de l'absence d'une situation d'urgence réclamant une intervention.

2) Renseignement sur l'état du groupe familial naturel.

Certaines circonstances, telles que « hospitalisation de la mère » apparaîtraient dans les deux catégories 1) et 2) ; d'autres telles que « négligence » ou « instabilité mentale du père » apparaîtraient dans une seule catégorie (négligence dans 1), instabilité dans 2)).

Outre ces deux groupes, on a besoin de :

3) Connaître l'aide que peuvent ou ne peuvent pas fournir les parents éloignés.

Ce qui suit est un schéma approximatif des renseignements qui pourraient apparaître dans chacun de ces trois grands groupes de variables :

- 1) Situation d'urgence
  - Mère décédée
  - Mère hospitalisée
  - Mère emprisonnée
  - Mère abandonnée par le père
  - Immoralité au foyer
  - Séviçes
  - Négligence caractérisée

Famille sans toit  
Vagabondage ou abandon de l'enfant  
Pas d'urgence

2) Etat du groupe familial naturel

a) Présence et aptitude du père

présent et efficace

présent, mais rendu inapte par :

maladie physique

maladie mentale

instabilité caractérielle

déficience mentale

absent, parce que :

non marié avec la mère

mort

hospitalisé (maladie physique)

hospitalisé (maladie mentale)

interné dans institution pour déficients mentaux

en prison

a quitté le foyer du fait de :

désertion, séparation, divorce

travaille à distance

b) Présence et aptitude de la mère

comme pour le père, mais en remplaçant « travaille à distance » par « travaille à horaire complet »

3) Aide que peuvent fournir les parents proches ou éloignés

Aide pouvant être fournie par ...

aide ne pouvant être fournie parce que :

proches parents morts, âgés, ou malades

proches parents habitant loin

proches parents incapables d'aider pour des raisons économiques

proches parents non désireux d'aider

le père et la mère n'ont jamais eu de famille.

On ne peut comprendre les problèmes envisagés et prendre des mesures efficaces que si les renseignements portés dans la statistique comportent tous ces détails.

---

## BIBLIOGRAPHIE

1. Ahnsjö, S. (1941) *Acta paediatr., Stockh.* **28**, Suppl. 3, 1
2. Aichhorn, A. (1925) *Verwahrloste Jugend*, Wien
3. Aichhorn, A. (1935) *Wayward youth*, New York (Traduction de 2)
4. Alt, H. (1950) *Indications for mental health planing for children in Israel* (Travail non publié présenté à la réunion de l'American Orthopsychiatric Association)
5. Armstrong, C. P. (1932) *660 runaway boys*, Boston, Mass.
6. Baker, I. M. (1949) *Child Welfare*, **28**, May, p. 3
7. Bakwin, H. (1942) *Amer. J. Dis. Child.* **63**, 30
8. Bakwin, H. (1949) *J. Pediat.* **35**, 512
9. Barry, H., jr. (1939) *Amer. J. Orthopsychiat.* **9**, 355
10. Barry, H., jr. (1949) *Arch. Neurol. Psychiat., Chicago*, **62**, 630
11. Bayley, N. (1933) *Mental growth during the first three years*, Worcester, Mass. (Résumé dans : Barker, R. G., Kounin, J. S. & Wright, H. F., éd. (1943) *Child behavior and development*, New York)
12. Baylor, E. M. H. & Monachesi, E. D. (1939) *The rehabilitation of children : the theory and practice of child placement*, New York
13. Bender, L. (1946) *Child Study*, **23**, 74
14. Bender, L. (1947) *Psychopathic behavior disorders in children*. Dans : Lindner, R. M. & Seliger, R. V., éd. *Handbook of correctional psychology*, New York
15. Bender, L. & Yarnell, H. (1941) *Amer. J. Psychiat.* **97**, 1158
16. Beres, D. & Obers, S. J. (1949) *The effects of extreme deprivation in infancy on psychic structure in adolescence : a study in ego development* (Travail non publié présenté à la réunion annuelle de l'American Orthopsychiatric Association)
17. Bettelheim, B. & Sylvester, E. (1947) *Amer. J. Orthopsychiat.* **17**, 684
18. Bettelheim, B. & Sylvester, E. (1948) *Amer. J. Orthopsychiat.* **18**, 191
19. Binning, G. (1948) *Health*, Toronto, March
20. Binning, G. (1949) *Health*, Toronto, July/August, p. 10
21. Blacker, C. P. (1946) *Eugen. Rev.* **38**, 117
22. Blacker, C. P. (1946) *Neurosis and the mental health services*, Oxford
23. Bodman, F. (1950) *J. ment. Sci.* **96**, 245
24. Bodman, F., Mackinlay, M. & Sykes, K. (1950) *Lancet*, **1**, 173
25. Bowlby, J. (1940) *Int. J. Psycho-Anal.* **21**, 154
26. Bowlby, J. (1944) *Int. J. Psycho-Anal.* **25**, 19
27. Bowlby, J. (1946) *Forty-four juvenile thieves, their characters and homelife*, London (Tirage à part de 26)
28. Bowlby, J. (1949) *Hum. Rel.* **2**, 123
29. Brockington, C. F. (1946) *Lancet*, **1**, 933
30. Brodbeck, A. J. & Irwin, O. C. (1946) *Child Developm.* **17**, 145
31. Brosse, T. (1949) *Enfants sans foyer*, Paris (UNESCO)
32. Brosse, T. (1949) *L'enfance victime de la guerre*, Paris (UNESCO)
33. Brown, F. (1937) *J. appl. Psychol.* **21**, 379
34. Bühler, C. (1935) *From birth to maturity*, London
35. Bundesen, H. N., Plotke, F. & Eisenberg, H. (1949) *Amer. J. publ. Hlth*, **39**, 1535
36. Burgess, E. W. & Cottrell, L. S., jr. (1939) *Predicting success or failure in marriage*, New York

37. Burlingham, D. & Freud, A. (1942) *Annual report of a residential war nursery*, London
38. Burlingham, D. & Freud, A. (1942) *Young children in wartime*, London
39. Burlingham, D. & Freud, A. (1943) *Infants without families*, London
40. Burlingham, D. & Freud, A. (1944) *Monthly report of Hampstead nurseries*, May (Non publié)
41. Burt, C. (1929) *The young delinquent*, London
42. Burt, C. (1940) *Brit. J. educ. Psychol.* **10**, 8
43. Carey-Trefzer, C. J. (1949) *J. ment. Sci.* **95**, 535
44. Clothier, F. (1948) *Nerv. Child*, **7**, 154
45. Corner, G. W. (1944) *Ourselves unborn*, New Haven
46. Cowan, E. A. & Stout, E. (1939) *Amer. J. Orthopsychiat.* **9**, 330
47. Croydon, County Borough of (1948-1949) *Report of Children's Officer*
48. Csillag, I. & Hedri, E., jr. (1949) *Industr. Med.* **18**, 29
49. Curle, A. & Trist, E. L. (1947) *Hum. Rel.* **1**, 240
50. Durfee, H. & Wolf, K. (1933) *Z. Kinderforsch.* **42**, 273
51. East, N. W. & Hubert, W. H. de B. (1939) *The psychological treatment of crime*, London
52. Edelston, H. (1943) *Genet. Psychol. Monogr.* **28**, 1
53. Embry, M. (1937) *Planning for the unmarried mother*, New York
54. Family Service Association of America (1950) *Diagnosis and treatment of marital problems*, New York
55. Fitzgerald, O. (1948) *J. ment. Sci.* **94**, 701
56. Fried, R. & Mayer, M. F. (1948) *J. Pediat.* **33**, 444
57. Gesell, A. & Amatruda, C. (1947) *Developmental diagnosis: normal and abnormal child development. Clinical methods and pediatric applications*, 2nd ed. New York
58. Gindl, I., Hetzer, H. & Sturm, M. (1937) *Z. angew. Psychol.* **52**, 310
59. Glueck, S. & Glueck, E. T. (1934) *One thousand juvenile delinquents*, Cambridge, Mass.
60. Goldfarb, W. (1943) *Amer. J. Orthopsychiat.* **13**, 249
61. Goldfarb, W. (1943) *Child Developm.* **14**, 213
62. Goldfarb, W. (1943) *J. exp. Educ.* **12**, 106
63. Goldfarb, W. (1944) *Amer. J. Orthopsychiat.* **14**, 162
64. Goldfarb, W. (1944) *Amer. J. Orthopsychiat.* **14**, 441
65. Goldfarb, W. (1945) *Amer. J. Orthopsychiat.* **15**, 247
66. Goldfarb, W. (1945) *Amer. J. Psychiat.* **102**, 18
67. Goldfarb, W. (1947) *Amer. J. Orthopsychiat.* **17**, 449
68. Goldfarb, W. (1949) *Amer. J. Orthopsychiat.* **19**, 624
69. Goldstein, K. & Scheerer, M. (1941) *Psychol. Monogr.* **53**, 151
70. Gordon, H. L. (1949) *Foster care for children*. Dans: *Social Work Year Book*, New York, p. 211
71. Gordon, H. L. (1950) *Child Welfare*, **29**, January, p. 3
72. Grande-Bretagne, Care of Children Committee (1946) *Report ... presented by the Secretary of State for the Home Department, the Minister of Health and the Minister of Education*, London (Curtis report)
73. Grande-Bretagne, Home Office (1949) *Reception centres. Memorandum ... for the guidance of local authorities ...*, London
74. Grande-Bretagne, Ministry of Health (1943) *The care of illegitimate children*, London (Circular No. 2866, rev.)
75. Grande-Bretagne, Ministry of Health (1944) *Hostels for 'difficult' children. A survey of experience under the evacuation scheme*, London
76. Grande-Bretagne, Ministry of Health (1948) *Children and the British Government evacuation scheme*, London

77. Healy, W., Bronner, A. F., Baylor, E. M. H. & Murphy, J. P. (1929) *Reconstructing behavior in youth : a study of problem children in foster families*, New York
78. Hopkirk, H. W. (1944) *Institutions serving children*, New York
79. Hunt, J. McV. (1941) *J. abnorm. soc. Psychol.* **36**, 338
80. Hutchinson, D. (1943) *In quest of foster parents : a point of view on homefinding*, New York
81. Isaacs, S., éd. (1941) *The Cambridge evacuation survey*, London
82. Isaacs, S. (1948) *Children in institutions. Dans : Childhood and after*, London, p. 208
83. Jewish Board of Guardians (1950) *Methods and preliminary findings of total population study at Hawthorne-Cedar Knolls School*, New York (Non publié)
84. Jolowicz, A. R. (1946) *The hidden parent : some effects of the concealment of the parents' life upon the child's use of a foster home* (Travail présenté à la New York State Conference on Social Welfare)
85. Jones, M. C. & Burks, B. S. (1936) *Personality development in childhood*, Washington, D.C. (Society for Research in Child Development, Monographs, **1**, No. 4)
86. Klein, M. (1948) *A contribution to the psychogenesis of manic-depressive states. Dans : Contributions to psycho-analysis, 1921-1945*, London, p. 282
87. Kline, D. & Overstreet, H. M. (1948) *Soc. Serv. Rev.* **22**, 324
88. *Lancet*, 1949, **1**, 975
89. Levy, D. (1937) *Amer. J. Psychiat.* **94**, 643
90. Levy, R. J. (1947) *J. Personal.* **15**, 233
91. Lidz, R. W. & Lidz, T. (1949) *Amer. J. Psychiat.* **106**, 332
92. Loosli-Usteri, M. (1929) *Arch. Psychol.* **22**, 51
93. Loosli-Usteri, M. (1948) *New Era*, **29**, 1
94. Lowrey, L. G. (1940) *Amer. J. Orthopsychiat.* **10**, 576
95. McGregor, H. G. (1944) *J. Neurol. Neurosurg. Psychiat.* **7**, 21
96. MacLennan, B. W. (1949) *Lancet*, **2**, 209
97. Madow, L. & Hardy, S. E. (1947) *Amer. J. Orthopsychiat.* **17**, 521
98. Malone, B. (1942) *Children away from home*, Baltimore
99. Menut, G. (1943) *La dissociation familiale et les troubles du caractère chez l'enfant*, Paris
100. Mersham Children's Reception Centre (1948) *Interim report*, Mersham, Kent
101. Michaels, R. & Brenner, R. F. *A follow-up study of adoptive homes*, New York (Child Adoption Committee of the Free Synagogue) (Non publié)
102. Montefiore Hospital, New York (1949) *Home care : origin, organization and present status of the extra-mural program of Montefiore Hospital*, New York
103. Morlock, M. & Campbell, H. (1946) *Maternity homes for unmarried mothers : a community service*, Washington, D.C. (US Department of Labor, Children's Bureau Publication 309)
104. Mulock Houwer, D. Q. R. (1947) *Enige aspecten betreffende het probleem der jeugdige politieke delinquenten*, Amsterdam
105. Mumford, L. (1944) *Condition of man*, London
106. Murphy, L. B. (1937) *Social behavior and child personality*, New York (Résumé dans : Barker, R. G., Kounin, J. S. & Wright, H. F., éd. (1943) *Child behavior and development*, New York)
107. National Children's Homes (1948) *Annual report*, London
108. National Council of Social Service (1948) *The neglected child and his family*, London
109. Nations Unies, Conseil Economique et Social (1948) *Conseil Economique et Social. Procès-verbaux officiels : Troisième année, Septième session. Supplément N° 8. Rapport de la Commission des Questions sociales*, New-York, pp. 28, 29

110. Organisation Mondiale de la Santé, Comité d'Experts de la Santé mentale (1950) *Org. mond. Santé : Sér. Rapp. techn.* 9, 7
111. Orgel, S. Z. (1941) *Amer. J. Orthopsychiat.* 11, 371
112. Otterström, E. (1946) *Delinquency and children from bad homes : a study of prognosis from a social point of view*, Lund
113. Pickerill, C. & Pickerill, H. P. (1947) *Nurs. Mirror*, August
114. Piquer y Jover, J. J. (1946) *El niño abandonado y delincuente*, Madrid
115. Pollock, H. M., Malzberg, B. & Fuller, R. G. (1939) *Hereditary and environmental factors in the causation of manic-depressive psychoses and dementia praecox*, Utica, N. Y.
116. Pollock, J. C. & Rose, J. A. (1949) *Child Welfare*, 28, June, p. 3
117. Powdermaker, F., Levis, H. T. & Touraine, G. (1937) *Amer. J. Orthopsychiat.* 7, 58
118. Querido, A. (1946) *Med. Offr.* 75, 193
119. Rheingold, H. L. (1943) *Amer. J. Orthopsychiat.* 13, 41
120. Ribble, M. (1943) *The rights of infants : early psychological needs and their satisfaction*, New York
121. Richman, L. H. (1946) *Soc. Serv. Rev.* 20, 354
122. Richman, L. H. (1948) *Child*, 13, No. 1, p. 8
123. Ripin, R. (1933) *Psychol. Bull.* 30, 680
124. Robinson, J. F. (1947) *Amer. J. Psychiat.* 103, 814
125. Rome, R. (1939) *A study of some factors entering into the unmarried mother's decision regarding the disposition of her child* (Smith College School for Social Work : thèse non publiée)
126. Roudinesco, J. & Appell, G. (1950) *Sem. Hôp. Paris*, 26, 2271
127. Safer, B., Corrigan, H. G., Fein, E. J. & Bradway, K. P. (1949) *A psychiatric approach to the treatment of promiscuity*, New York
128. Savage, S. W. (1946) *Brit. med. J.* 1, 86
129. Sharp, J. (1950) *Nurs. Times*, 46, 152
130. Simonsen, K. M. (1947) *Examination of children from children's homes and day nurseries*, Copenhagen
131. Société des Nations (1938) *Les antécédents des prostituées*, Genève
132. Société des Nations (1938) *Le placement familial des enfants*, Genève, 2 vol.
133. Spence, J. C. (1946) *The purpose of the family : a guide to the care of children*, London
134. Spence, J. C. (1947) *Brit. med. J.* 1, 125
135. Spitz, R. A. (1945) *Hospitalism : an inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood* [I]. Dans : *The psychoanalytic study of the child*, 1, 53
136. Spitz, R. A. & Wolf, K. M. (1946) *Anaclitic depression : an inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood* [II]. Dans : *The psychoanalytic study of the child*, 2, 313
137. Spitz, R. A. & Wolf, K. M. (1946) *Genet. Psychol. Monogr.* 34, 57
138. Stern, E. M. & Hopkirk, H. W. (1947) *The housemother's guide*, New York
139. Stott, D. H. (1950) *Delinquency and human nature*, Dunfermline
140. Terman, L. M. (1938) *Psychological factors in marital happiness*, New York
141. Theis, S. van S. (1924) *How foster children turn out*, New York (State Charities Aid Association Publication No. 165)
142. Thysell, T. (1948) *Sociala Meddelanden*, 58, 851
143. Tibout, N. H. C. (1948). Dans : *International Congress on Mental Health, London, 1948*, 2, 46
144. Toronto and District, Welfare Council of (1943) *A study of the adjustment of teenage children born out of wedlock who remained in the custody of their mothers or relatives*, Toronto

145. Vulliamy, C. (1944) *Self-government*. Dans : *Children's communities*, London (New Education Fellowship Monograph No. 1, p. 10)
146. Wallenstein, N. (1937) *Character and personality of children from broken homes*, New York
147. Watkins, A. G. & Lewis-Faning, E. (1949) *Brit. med. J.* **2**, 616
148. Wetzel, N. C. (1948) *Treatment of growth failure in children : an application of the grid technique*, Cleveland
149. Willesden, Borough of (1939) *Annual Health Report for 1939*, Willesden, Middlesex
150. Wilson, A. T. M. (1949) *Hum. Rel.* **2**, 233
151. Winnicott, D. W. & Britton, C. (1944) *The problem of homeless children*. Dans : *Children's communities*, London (New Education Fellowship Monograph No. 1, p. 1)
152. Winnicott, D. W. & Britton, C. (1947) *Hum. Rel.* **1**, 87
153. Wittkower, E. D. (1948) *Brit. J. vener. Dis.* **24**, 59
154. Wofinden, R. C. (1944) *Publ. Hlth., Lond.* **57**, 136
155. Wofinden, R. C. (1946) *Eugen. Rev.* **38**, 127
156. Wolkonir, B. (1947) *Child Welfare League of America Bulletin*, **26**, 1
157. Wollen, C. A. (1949) *The relationship between the child guidance service and centres for short-term observation of children* (Travail non publié présenté à la British Psychological Society)
158. Young, L. R. (1947) *Personality patterns in unmarried mothers*. Dans : Family Service Association of America, *Understanding the psychology of the unmarried mother*, New York
159. Young, L. R. (1947) *The unmarried mother's decision about her baby*. Dans : Family Service Association of America, *Understanding the psychology of the unmarried mother*, New York



## INDEX DES NOMS

- Ahnsjö, S., 182, 184, 185  
 Aichhorn, A., 163  
 Aldrich, A. A., 165  
 Alt, H., 49, 170  
 Amatruda, C., 17, 18  
 Appell, G., 21, 22  
 Armstrong, C. P., 181, 185
- Baker, I. M., 135  
 Bakwin, H., 17, 24, 165  
 Barry, H., jr., 186  
 Bayley, N., 116  
 Baylor, E. M. H., 96, 169, 170  
 Bender, L., 35, 36, 37, 38, 44, 54, 56, 63  
 Beres, D., 47  
 Berkowitz, S. J., 98  
 Bettelheim, B., 149, 162, 164  
 Binning, G., 32, 144  
 Blacker, C. P., 87, 124  
 Bluestone, E. M., 166  
 Bodman, F., 47, 48, 191, 192  
 Bowlby, J., 29, 35, 36, 37, 38, 39, 44, 54, 55, 57, 135, 181, 183  
 Brenner, R. F., 116, 119, 121  
 Brill, K., 92  
 Britton, C., 158, 160, 161, 162, 163, 164  
 Brockington, C. F., 191, 192  
 Brodbeck, A. J., 17, 22  
 Brosse, T., 50, 161  
 Brown, F., 47  
 Bühler, C., 22, 23  
 Bundesen, H. N., 108, 183, 185  
 Burgess, E. W., 91, 98, 173  
 Burks, B. S., 18  
 Burlingham, D., 22, 27, 29, 137  
 Burt, C., 28, 31, 39, 181
- Campbell, H., 112  
 Caplan, G., 172  
 Carey-Trefzer, C. J., 31, 40, 55  
 Clothier, F., 153, 158  
 Corner, G. W., 62  
 Cottrell, L. S., jr., 91, 98, 173  
 Cowan, E. A., 127, 128, 134  
 Csillag, I., 184, 185  
 Curle, A., 175
- Daniels, E., 23  
 Debré, R., 165  
 Durfee, H., 18, 23
- East, N. W., 181  
 Edelston, H., 30, 32, 40  
 Embry, M., 111, 148
- Fitzgerald, O., 40, 41, 57  
 Freud, A., 22, 27, 55, 137  
 Fried, R., 28, 131  
 Frijling, E. C. M., 32, 51
- Gerard, M., 153  
 Gesell, A., 17, 18, 21  
 Gindl, I., 20, 22  
 Glueck, E. T., 39, 181, 185  
 Glueck, S., 39, 181, 185  
 Goldfarb, W., 20, 21, 22, 26, 35, 36, 37, 41, 42, 43, 44, 45, 47, 52, 54, 56, 58, 63, 72, 187, 188, 189, 190  
 Goldstein, K., 60  
 Gordon, H. L., 127, 133, 145
- Hardy, S. E., 184, 185  
 Healy, W., 132  
 Hedri, E., jr., 169, 184, 185  
 Hellman, I., 27  
 Hopkirk, H. W., 90, 132, 146, 175  
 Houwer, D. Q. R. Mulock, *voir* Mulock  
 Houwer, D. Q. R.  
 Hubback, E., 86, 87, 97, 100  
 Hubert, W. H. de B., 181  
 Hunt, J. McV., 15  
 Hutchinson, D., 118, 119
- Irwin, O. C., 17  
 Isaacs, S., 32, 127, 143, 151
- Jolowicz, A. R., 140  
 Jones, M. C., 18  
 Jonsson, G., 58, 164  
 Jover, *voir* Piquer y Jover, J. J.
- Kemp, T., 40, 41  
 Klein, M., 56, 136  
 Kline, D., 132, 158

- Lawrence, M., 148  
 Leeuw, A. J. de, 51  
 Levy, D., 34, 35, 36, 54, 57  
 Levy, R. J., 19, 20, 114  
 Liddell, H., 23, 70  
 Lidz, R. W., 184, 185  
 Lidz, T., 184, 185  
 Loosli-Usteri, M., 44, 50, 187, 188, 189  
 Lowrey, L. G., 35, 36, 44, 45
- McGregor, H. G., 183  
 McLaughlin, F. E., 18  
 MacLennan, B. W., 168  
 Madow, L., 183, 184, 185  
 Malone, B., 134, 192  
 Mayer, M. F., 32, 148  
 Meierhofer, M., 50  
 Menut, G., 13, 184, 185  
 Michaels, R., 116, 119, 121  
 Monachesi, E. D., 96, 169, 170  
 Moncrieff, A., 165  
 Morlock, M., 112  
 Mulock Houwer, D. Q. R., 142, 143, 144, 148, 150, 184, 185  
 Mumford, L., 82  
 Murphy, L. B., 154
- Obers, S. J., 47  
 Orgel, S. Z., 47  
 Otterström, E., 182, 184  
 Overstreet, H. M., 132, 158
- Pickerill, C., 167  
 Pickerill, H. P., 167  
 Piquer y Jover, J. J., 51, 52  
 Pollock, H. M., 184, 185  
 Pollock, J. C., 131  
 Powdermaker, F., 35, 54, 58, 182, 185  
 Prall, O. L., 18
- Querido, A., 87, 100, 101
- Rheingold, H. L., 19, 114  
 Ribble, M., 17  
 Richman, L. H., 144, 150, 153
- Ripin, R., 18  
 Robertson, J., 26  
 Robinson, J. F., 159  
 Rome, R., 111  
 Rose, J. A., 131  
 Roudinesco, J., 21, 22, 23
- Safer, B., 107, 183, 185  
 Savage, S. W., 87  
 Scheerer, M., 60  
 Sharp, J., 167  
 Simonsen, K. M., 21, 22, 76, 77  
 Simpson, R. V., 18  
 Spence, J. C., 77, 97, 165, 166  
 Spitz, R. A., 17, 18, 19, 21, 23, 24, 25, 26  
 Stern, E. M., 54, 56, 148  
 Stott, D. H., 13  
 Stout, E., 127, 128, 134  
 Sylvester, E., 149, 162, 164  
 Szondi, L., 51
- Terman, L. M., 91  
 Theis, S. van S., 45, 46, 47, 76, 137, 138  
 Thysell, T., 191, 192  
 Tibout, N. H. C., 51, 65  
 Trist, E. L., 175
- Vance, T. F., 18  
 Vulliamy, C., 161
- Wallenstein, N., 186  
 Wallgren, A., 165  
 Wetzel, N. C., 32, 72, 148, 151  
 Wildy, L., 153  
 Wilson, A. T. M., 98  
 Winnicott, D. W., 158, 160, 161, 162, 163, 164  
 Wittkower, E. D., 107  
 Wofinden, R. C., 87  
 Wolf, K. M., 17, 18, 19, 21, 23, 24, 25, 26  
 Wolkonir, B., 54, 56, 117  
 Wollen, C. A., 154
- Yarnell, H., 36  
 Young, L. R., 105, 106, 112

## INDEX DES SUJETS

- Abstraction, déficiences de la faculté d',  
44, 52, 63, 65, 66
- Accueil, centres, 123
- Adaptation et âge d'admission en institution, 190  
retard de la faculté d', 22  
sociale des enfants hors du foyer, 138-139
- Adolescents  
dans les communautés avec auto-gouvernement, 161  
et soins donnés dans des collectivités, 146
- Adoption, 114-122  
aptitude, 117  
échecs et réussites, 121-122  
enfants illégitimes, 108  
précoce, 115-117  
*Voir aussi* Parents adoptifs
- Affection, rôle dans le développement de l'enfant, 34-41, 44, 75
- Agressivité, 30, 45, 65, 158, 160, 199  
des enfants en pouponnières, 151  
des enfants réfugiés, 51
- Aides familiales, 96
- Alcooliques, parents, 138
- Allemande, école psychiatrique, 14
- Allocations familiales, 101, 102
- Amsterdam, écoles pour enfants inadaptés, 99
- Angleterre  
aide aux familles, 96, 97  
enfants hors du foyer, 123  
foyers dissociés et troubles névrotiques, 185  
homes d'enfants, 147  
loi sur la mère nourricière, 125  
*Voir aussi* Royaume-Uni
- Anxiété, 25, 51, 57, 65
- Apathie, 24  
des enfants en pouponnières, 151  
des enfants réfugiés, 51
- Appétit, manque, 25
- Assistantes, rôle  
auprès des enfants placés, 134-137  
auprès des parents, 129-132  
auprès des parents nourriciers, 132-137
- Auberges pour enfants difficiles, 158-159
- Auto-gouvernement, dans les institutions pour inadaptés, 161
- Autorité parentale, manque d', 90
- Autriche, enfants en institution, 20
- Barcelone, enfants délaissés et délinquants, 51
- Barnado's Homes, parents psychopates, 88-89, 191, 192
- Bébés, *voir* Enfants
- Bellevue Hospital, New York City, étude du comportement de l'enfant, 37
- Californie, étude sur le mariage, 91
- Cambridge, Angleterre, enfants évacués, 127, 142-143
- Canada  
placement de l'enfant déficient, 144  
protection des enfants illégitimes, 110  
service ménager, 96
- Caractériels, désordres, 131
- Carence de soins maternels  
et croissance physique, 32-33  
définition, 12  
et développement de la personnalité, 62-67  
études directes, 17-33  
études rétrospectives, 34-41  
et foyers dissociés, 181-186  
indifférence affective, 34-41  
et maladie mentale, 181-186  
prévention, 75, 173-175  
répercussions, 12, 16, 23-33, 53  
preuves et conclusions, 53-59  
recherches, 68-72
- Centres d'observations, 151-156  
inconvenients, 154-155
- Charitables, œuvres, 169
- Chicago, Ill., Jewish Children's Bureau, 158
- Children's Act (1948), Grande-Bretagne, 152
- Children's Bureau, US Department of Labor, 112

- Children's Bureau, US Federal Security Agency, 150
- Chômage, 86, 93
- Clinique, méthode, dans les recherches, 71
- Collectivités, soins dans les, 146-156
- Collectivités occidentales, vie familiale normale, 82
- Comité d'experts de la Santé mentale (OMS), 102
- Conseils conjugaux, 98
- Convalescence, homes de, 168
- Copenhague, étude sur l'enfance des prostituées, 41
- Criminels, parents, 138
- Croissance physique et carence de soins maternels, 32-33
- Cruauté physique, 89, 182
- Culpabilité, sentiment de, 12
- Curtis, rapport, Grande-Bretagne (1946), 81, 123, 146, 147, 149, 152, 170
- Danemark
  - enfance des prostituées à Copenhague, étude, 41
  - enfants illégitimes, 84
  - enfants en institutions, 20
- Décès d'un des parents, cause de la faillite familiale, 83, 84, 123, 192
- Délinquance, 51
  - agressive, 65
  - enfants illégitimes, 110
  - foyers dissociés, 181-186
  - traitement psychothérapique et expériences familiales antérieures, 57-58
- Dépression, 51, 57
  - anaclitique, 24
- Développement, quotient
  - chez les enfants en institution, 18-22, 41
  - comparaison avec enfants élevés en famille, 20-22, 76
  - hérédité, 22
  - et milieu social, 19
  - chez les nourrissons, 19
  - rapport avec durée de la séparation, 23-24
- Diagnostic des troubles du comportement chez les enfants, 152-154
- Discipline
  - chez les enfants inadaptés, 160-161
  - dans les hôpitaux pour enfants, 167
- Dissociation du foyer, *voir* Foyers dissociés
- Divorce, cause de la faillite familiale, 83, 84, 90, 192
- Ecole psychiatrique allemande, 14
- Economique, aide aux familles, 95, 101
- Ego, développement, 60-67
- Electroencéphalographie, rôle dans les recherches, 72
- Embryologie, données récentes, 14
- Emprisonnement d'un des parents, 83, 193
- Enfants
  - carences, éducation, 149
  - comportement après changement de foyer, 127-128
  - éloignés de leur famille, 191-194
  - évacués, 30, 40, 78, 127, 142-143, 152, 182
  - homes, 168
  - illégitimes, 105-113
    - adaptation, 110
    - protection, 108-113
  - inadaptés, 151-165
    - en institution, *voir sous* Institution(s)
  - malades, 165-208
- Enurésie, 30, 45, 51, 99, 131, 182
- Epilepsie, 138
- Espagne, étude sur les enfants délaissés, 51
- Etats-Unis d'Amérique
  - absence de vie familiale, causes, 82, 191-192
  - foyers dissociés et troubles névrotiques, 185
  - placement des enfants, 170
  - protection des enfants illégitimes, 110, 112
  - service ménager, 96
  - traitement des enfants inadaptés, 164
- Eucoprosie, 45
- Evacuation des enfants pendant la guerre, 30, 40, 78, 127, 142-143, 152, 182
- Exhibitionnisme sexuel chez les enfants déséquilibrés, 131
- Familiaux, groupes
  - dans les hôpitaux, 168
  - dans les institutions, 147
  - dans les pouponnières, 151
- Famille
  - absence de vie de, causes, 191-194
  - aide, 96, 97
  - allocations, 101, 102
  - développement de la personnalité, 63-64

- Famille (*suite*)  
 importance dans le développement de l'enfant, 12, 51, 58, 78-80, 86, 176  
 faillite  
   causes, 81-93  
   prévention, 94-104  
   psychopates, 100-101  
   supériorité sur l'institution, 76-77  
 Famille adoptive, *voir* Parents adoptifs  
 Famine, cause de la faillite familiale, 82  
 Foyers dissociés  
   et carence maternelle, 181-186  
   et maladie mentale, 181-186  
   à l'origine des mères non mariées, 106  
   à l'origine des pères non mariés, 107  
 Foyers nourriciers, 123-145  
   choix, 142-145  
   échecs et succès, 134-135, 138-139  
   rôle de l'assistante, 132-137  
 Foyers de substitution, 114-145  
 France  
   enfants en institution, étude, 21  
   foyers dissociés et troubles névrotiques, 185  
   troubles du comportement chez des écoliers, étude, 13  
  
 Genève, Suisse, test de Rorschach sur des enfants en institution, 187, 188  
 Gesell, tests de, 21-22  
 Grande-Bretagne, *voir* Angleterre, Royaume-Uni  
 Guerre, cause de la faillite familiale, 82  
 Guidance infantile, 80, 99, 157  
   centres, 121  
   définition, 11  
  
 Hawthorne-Cedar Knolls School, N.Y., 40, 158  
 Hérité  
   et délinquance, 39  
   et développement de l'enfant, 22, 48  
   enfants en foyers nourriciers, 137-139  
   enfants en institution, 46  
   facteurs, 14  
 Home Office, Royaume-Uni, 152  
 Homes de convalescence, 168  
 Homes d'enfants, 147  
 Homes d'étude, 151-156  
 Hetzer-Bühler, tests, 21  
 Hetzer-Wolf, tests pour nourrissons, 18  
 Hongrie, foyers dissociés, 184  
  
 Hospitalisation des enfants, 26-31, 39, 165-168  
 Hospitalisation des parents, cause de la faillite familiale, 82, 84, 90, 123, 193  
 Hygiène mentale, programme à long terme, 102-104  
 Hystérie et manque d'affection dans l'enfance, 40  
  
 Illégitimité, 105-113  
   cause de la faillite familiale, 82, 84, 85  
   *Voir aussi* Enfants illégitimes  
 Illinois Children's Home and Aid Society, 153  
 Inadaptation, 157-165  
   de l'enfant, cause de la faillite familiale, 84  
   et foyers dissociés, 12, 13  
   et relations entre parents et enfants, 13, 14  
 Insomnie, 25  
 Instabilité  
   des parents, 82, 86  
   du père non marié, 107  
 Institution(s)  
   enfants placés en  
     adaptation sociale, 45-48, 76, 190  
     âge d'admission, 190  
     développement, 18-22, 41-50  
     éducation, 161  
     personnalité, 64, 76  
     réactions anormales, 18  
     réponses au test de Rorschach, 187-189  
   méthodes disciplinaires, 161  
   organisation, 158  
   personnel, 160  
   traitement des inadaptés, 162-165  
 Intellectuel, quotient (QI), 20, 22, 41, 52  
   *Voir aussi* Développement, quotient  
 Israël  
   éducation dans les « kibboutzim », 49-50  
   service d'hygiène mentale, 172  
  
 Jerusalem, Lasker Mental Hygiene and Child Guidance Centre, 49, 172  
 Jewish Children's Bureau, 158, 159  
 Jumeaux, dans l'étude de la carence maternelle, 23  
  
 Kent, centre modèle d'observation, 155  
 Kibboutz en Israël, 49-50

- Langage, troubles du, 42, 44, 45  
 Lasker Mental Hygiene and Child Guidance Centre, Jerusalem, 49, 172  
 Londres, école pour enfants inadaptés, 100
- Maison de repos pour les mères, 97  
 Malades, enfants, 165-208  
 Maladie, cause de la faillite familiale, 82, 84, 90, 123, 192  
 Maladies mentales chez les parents, 90, 138, 192  
 Manchester, maisons de repos pour les mères, 97  
 Marché noir des bébés, 120  
 Mariage(s)  
   conseils, 98  
   malheureux, 90-91, 98, 173  
 Maryland Children's Aid Society, Etats-Unis d'Amérique, 134, 191  
 Maternelle, carence, *voir* Carence de soins maternels  
 Maternité, services de, 168  
 Maturité sociale, 42, 48  
 Médecine, rôle dans les soins aux enfants, 171  
 Médico-social  
   aide aux familles, 97-101  
   programme, 102-104  
 Mensonge, chez les enfants en nourrice, 131  
 Mentale, hygiène, 102-104  
 Mentale, santé, 171-173  
 Mentales, déficiences, causes de la faillite familiale, 84, 86, 87, 90, 138, 191  
 Mères  
   abandonnées par le père, 191  
   maisons de repos, 97  
   non mariées, 95, 107, 113, 115  
   psychologie, 105-107  
   nourricières, 128  
   travail hors du foyer, 83, 86  
   *Voir aussi* Parents  
 Merrill-Palmer, test de, 20, 21  
 Ministry of Health, Royaume-Uni, 78, 108, 160, 161, 185  
 Moi, développement chez l'enfant, 61-67  
 Montefiore Hospital, New-York, soins à domicile, 166
- Négligence des parents, cause de la faillite familiale, 84, 85-89, 193  
 Neuro-physiologie, 72
- Névroses, 39, 40, 102, 189  
 et foyers dissociés, 185  
 chez les mères, 90  
 non mariées, 100  
 chez les soldats, 183  
 Nourriciers, foyers, *voir* Foyers nourriciers  
 Nourrissons  
   en institution, quotient de développement moyen, 19  
   dans les « kibboutzim » en Israël, 49  
   services hospitaliers, 167  
   tests de Hetzer-Wolf, 18  
 Nouvelle-Zélande, service hospitalier pour nourrissons et jeunes enfants, 167  
 Nyboda hemmet, Stockholm, 123
- Observation des enfants, 151-156  
 Œuvre d'assistance aux enfants, unification, 169-172  
 Organisation Mondiale de la Santé, Comité d'experts de la Santé mentale, 102  
 Orphelins de guerre, étude du comportement, 50-52  
 Oxfordshire, auberge pour enfants difficiles, 158
- Parents  
   alcooliques, 138  
   autorité, 90  
   criminels, 138  
   décès, 83, 84, 123  
   et enfants, rapports, 55, 75, 140  
   d'enfants illégitimes, caractère et antécédents, 105-108  
   hospitalisation, 82-84, 90, 123, 194  
   psychopathes, 88, 90, 138  
   rôle de l'assistante auprès des, 129-132  
 Parents adoptifs  
   attitude favorable, 121  
   qualités requises, 118-120  
 Parents nourriciers, 78  
   *Voir aussi* Foyers nourriciers  
 Parents proches, substituts, 91-93, 124, 194  
   échec, 91-93  
 Paris  
   enfants en institution, étude, 21  
   troubles du comportement chez les écoliers, étude, 13  
 Parole, trouble de la, 131  
 Pauvreté, cause de la faillite familiale, 82, 84, 86, 100, 102

- Pays-Bas**  
 contrôle des familles psychopathes, projet, 101  
 famille, problèmes, 87  
 homes d'enfants, 150  
 milieu familial et traitres de guerre, étude, 184  
 protection des enfants illégitimes, 108
- Pédiatrie et soins maternels aux enfants malades, 165**
- Pères**  
 avec enfants sans mère, 96  
 non mariés, personnalité, 107  
 rôle, 14
- Personnalité**  
 développement, 60-67, 75  
 troubles, 44, 102  
 cause de l'inadaptation conjugale, 98
- Pestalozzi, village, Trogen, Suisse, 50**
- Philadelphie, Pa., centre nourricier, 131**
- Placement en foyers nourriciers, 123-145**
- Pouponnières, 109, 149-151**
- Promiscuité sexuelle, 66, 106, 107**
- Prostitution**  
 conséquence d'une privation d'amour maternel, 40-41  
 étude de la Société des Nations, 41, 183
- Psychanalyse, rôle dans les recherches, 71, 72**
- Psychiatrie**  
 consultants dans les agences de placement, 132  
 dans le développement de l'enfant, 102-104  
 enfants en institution, 149, 151  
 dans la prévention de la faillite familiale, 99-104
- Psychologie**  
 du développement de l'enfant, 160  
 des rapports humains, 160, 171
- Psychologiques, techniques, pour le placement des enfants dans un foyer, 123-142**
- Psychométrie, méthode, dans les recherches, 71**
- Psychopathes, enfants de, 137-142**
- Psychopathie, cause de la faillite familiale, 82**
- Psychosomatiques, troubles, 131**
- Psychothérapie des filles délinquantes, 57-58**
- Quotient de développement, voir Développement, quotient**
- Quotient intellectuel (QI), 20, 22, 52**
- Recherches, méthodes de, 71-72**
- Réfugiés, étude du comportement, 50-52**
- Régression**  
 chez l'enfant après séparation de sa mère, 65  
 chez l'enfant retrouvant sa mère, 29
- Repos, maisons pour les mères, 97**
- Retard, voir Développement, quotient; Régression**
- Rorschach, test de**  
 enfants en institution, 44, 187-189  
 dans les recherches, 175
- Royaume-Uni**  
 absence de vie familiale, causes, 191-192  
 aides familiales, 97  
 Home Office, 152  
 logement, 84  
 Ministry of Health, 78, 108, 160, 161  
 placement des enfants, 170  
 protection des enfants illégitimes, 108, 109, 112  
 soins aux enfants sans foyer, 152  
*Voir aussi* Angleterre
- Sanatoria, enfants en, 166**
- Santé mentale**  
 carence d'amour maternel, 16  
 facteurs étiologiques perturbateurs, 11-15  
 importance, 171-173
- Schizophrénie, 40, 184**
- Sécurité, sentiment chez les enfants, 126-128**
- Séparation des parents, cause de la faillite familiale, 83, 84, 90**
- Service d'Assistance à l'Enfance, Stockholm, 152**
- Sérvices, 89, 157, 193**
- Sexuelle, promiscuité, 66**
- Sexuels, délits, 40, 138**
- Skå (Suède), village d'enfants, 58, 158**
- Sociale, adaptation**  
 des enfants hors de leur foyer, 138-139  
 des enfants en institution, 45-48
- Sociale, aide aux familles, 95, 101**
- Sociale, maturité, 42, 48**
- Vineland Scale, 42**

- Société des Nations  
 placement familial des enfants, étude, 81, 94, 95, 149  
 prostituées, étude, 41, 183  
 Sociologie, 72, 170, 171, 175  
 Soins aux enfants, administration, 169-173  
 Soins maternels, carence, *voir* Carence de soins maternels  
 Spécialistes, rôle dans les soins aux enfants, 171  
 Stanford-Binet, test de, 20, 52  
 Statisticiens, rôle, 72  
 Statistiques  
 carence maternelle, 83  
 illégitimité, 105  
 Stockholm  
 centres d'accueil, 123  
 Service d'Assistance à l'Enfance, 152  
 Substitut maternel, rôle, 26-28  
 Substitution, foyers de, 114-145  
 Suède  
 absence de vie familiale, causes, 191-192  
 aides familiales, 97  
 délinquance, études, 182  
 foyers dissociés et troubles névrotiques, 85  
 protection des enfants illégitimes, 108  
 soins aux enfants sans foyers, 152  
 traitement des enfants inadaptés, 164  
 village d'enfants, Skå, 58, 158  
 Suicide, dynamique du, 65  
 Suisse, enfants réfugiés, étude, 50  
 Surmoi, développement, 61-67  
 Tavistock Clinic, Londres, 55  
 Temps, notions chez l'enfant, 66  
 Tests  
 de développement, 22  
 d'intelligence, 22  
 psychologiques, 151, 174, 175  
*Voir aussi sous le nom de chaque test*  
 Toronto, Canada  
 enfants illégitimes, étude, 111  
 foyers dissociés, étude, 106  
 Tuberculeux, enfants, traitement à domicile, 166  
 Unités de traitement psychiatrique, 168  
 Vagabondage, 110, 131  
 Veuves, 96  
 Vienne, enfants en institution, 20  
 Vigotski, tests de, 42  
 Village d'enfants, 50, 58, 158  
 Vineland Scale, 42, 48  
 Visites des parents aux enfants hors du foyer, 126, 131, 137, 159, 166  
 Voisins, substituts d'urgence, 125  
 Vol  
 chez les enfants déséquilibrés, 131  
 chez les enfants privés de soins maternels, 38-39, 44, 99, 182  
 Wechsler, test de, 42  
 Weigl, test de, 42  
 Welfare Council of Toronto and District, 110  
 Wetzel Grid, 32, 72, 148, 151  
 Willesden, Angleterre, rapport de santé, 109