

Zeitschrift: Actes de la Société jurassienne d'émulation
Herausgeber: Société jurassienne d'émulation
Band: 64 (1960)

Artikel: Quelques problèmes pratiques d'une consultation médico-psychologique
Autor: Luterbacher, M.-M.
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-555320>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 14.01.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Quelques problèmes pratiques d'une consultation médico-psychologique

par

M.-M. LUTERBACHER
psychologue au Service médico-psychologique

L'examen médico-psychologique est de plus en plus amené à être un travail d'équipe : en effet, la complexité des problèmes posés par les enfants inadaptés demande une approche sur plusieurs plans, psychiatrique, psychologique, pédagogique et sociologique.

Après une consultation en équipe où le psychiatre aura pris contact avec les parents, recherché avec eux l'histoire des troubles du comportement de l'enfant, leur déroulement, leurs conséquences dans la vie familiale ou scolaire, le développement de l'enfant dans ses étapes psycho-motrices, les difficultés, échecs et les réactions que ceux-ci ont pu provoquer, il examine l'enfant au point de vue clinique. Cette première prise de contact permettra d'orienter l'examen psychologique et d'attirer l'attention sur des faits qui auraient pu passer inaperçus sans les données complètes de l'anamnèse.

L'examen effectué par le psychologue consiste surtout en une observation du comportement dans les tâches proposées à l'enfant ; observation de la manière dont l'enfant aborde ces tâches, l'empressement qu'il met à trouver une solution à des problèmes difficiles ou son refus d'y répondre, l'indifférence, le rythme d'exécution, les réactions affectives lors de la solution trouvée ou manquée.

Grâce à cet examen fait dans une atmosphère de neutralité bienveillante et sans souci des rendements effectifs, il est possible de vaincre ou de réduire l'attitude négative de l'enfant, qui a souvent motivé la consultation ; il permet à l'enfant de prendre un contact plus sécurisant avec l'entourage très particulier dans lequel il se trouve en con-

sultation médico-psychologique, d'exprimer indirectement certains problèmes qui touchent à son angoisse. Parallèlement, l'observateur arrive à mieux saisir les structures dynamiques qui sous-tendent son comportement.

Cette attitude particulière permet l'examen dirigé des facteurs de la personne de l'enfant, qui sont impliqués dans les troubles qui l'amènent à la consultation.

Un examen systématique comprendra toujours l'étude des perceptions, une analyse de l'élaboration de ces perceptions et du raisonnement, ainsi que des mécanismes de la motricité.

Sur le plan verbal :

- connaissance de vocabulaire, information générale, compréhension, cette dernière épreuve faisant appel à ce qu'on nomme communément le bon sens, et plus précisément à une information pratique et une aptitude générale à évaluer l'expérience passée
- problèmes portant sur des opérations logico-arithmétiques simples, mettant en jeu des situations de la vie courante
- évocation mnésique auditivo-verbale sans que le sujet puisse recourir aux automatismes de la sériation numérique
- mise en relation et comparaison des données verbales.

Sur le plan graphique et des manipulations :

- mise en relation logique de données visuelles et concrètes
- épreuve de perception faisant appel à la reconnaissance visuelle et à l'identification de formes et d'objets familiers
- tâche de manipulation et de structuration spatiale, exigeant l'analyse perceptive d'un ensemble
- épreuve concrète d'apprentissage opératoire où le sujet doit associer des symboles conventionnels à des symboles connus, au cours d'un effort soutenu
- reconnaissance rapide d'un ensemble avec compréhension des rapports entre les parties et leur reproduction, dans une épreuve de manipulation
- observation des possibilités de prévision, de dépasser les données immédiates, d'adaptabilité.

En outre, l'investigation portera sur la personnalité de l'enfant et sur son affectivité. Cette étude est de loin la plus importante et la plus complexe ; elle ne peut faire appel à aucun examen systématique, mais sera strictement individuelle.

Ce bref aperçu des facteurs envisagés lors d'une consultation médico-psychologique, s'il ne peut donner qu'une idée des mécanismes psychiques étudiés, aimeraient pourtant montrer que le point de vue

adopté est dynamique et que l'examen ne peut se résumer à un simple inventaire statique du psychisme du petit malade ; bien au contraire, il s'agit d'une recherche des facteurs fondamentaux (comment et pourquoi l'enfant arrive au résultat donné) et non pas d'un bilan de mécanismes intellectuels superficiels. Sur le plan affectif il s'agit de détecter les problèmes personnels que rencontre l'enfant dans son développement, en fonction de son tempérament et du milieu dans lequel il vit, d'essayer de comprendre comment il se défend vis-à-vis de ses angoisses et comment il structure sa personnalité.

Quelques cas traités en consultation médico-psychologique

CAS I

Situation familiale

Au moment de la consultation, Didier est placé dans une famille nourricière. Ses parents vivent dans un petit logement avec deux autres enfants de 8 et 10 ans ; deux autres enfants sont placés dans une crèche. Le ménage est mal tenu et la mère s'intéresse peu à ses enfants, qui sont livrés à eux-mêmes.

Le père boit, et les disputes sont fréquentes dans le ménage ; la mère se plaint d'être battue.

Antécédents

Didier est né à terme, après une grossesse normale. La mère le nourrit quelque temps, mais ne semble pas s'attacher à l'enfant, et le place à l'âge de 8 mois chez une nourrice. L'accueil fait à l'enfant n'est guère plus chaleureux ; au contraire, on l'oublie tout simplement entre les heures de soins fixes, que ce soit au soleil où il obtient un « bronzage » qui nécessite les soins du médecin, que ce soit sous un duvet qui lui marchande l'air.

Hospitalisé à plusieurs reprises pour des otites, Didier est placé dans une autre famille nourricière à l'âge de 18 mois.

Etat de Didier au moment de la consultation

Didier a maintenant 2 ans. Son aspect physique est normal au premier abord, mais son comportement est totalement anormal : il ne parle pas, mais grogne pour demander quelque chose ou s'il est insatisfait. Il ne supporte pas qu'on l'embrasse.

Laissé à lui-même, il se balance d'avant en arrière, les yeux dans le lointain, les mains jointes. Il ne s'intéresse pas à ses jouets et ne réagit pas au bruit. Didier se tient debout, mais ne marche pas. Dans son lit, il se tape la tête d'un mouvement rythmé contre les montants. Enurésie et encoprésie.

Examen médico-psychologique

Faciès inexpressif. Ne parle pas. Se sépare de sa mère nourricière sans pleurer ni réagir. Se laisse examiner comme un objet inanimé. Dans la salle d'examen reste assis par terre, se balance d'avant en arrière, écarte les plots qu'on lui tend ou les jette loin de lui, mais ne s'en saisit pas si on les place simplement devant lui. Se déplace à quatre pattes dans la pièce. Ne regarde jamais en face. Air niais.

L'examen auditif demandé ne révèle ni lésion de l'oreille interne, ni perforation du tympan.

Discussion du cas

Elevé par une mère sans affection pour lui, puis placé chez une nourrice qui lui en témoigne encore moins, Didier réagit par des troubles somatiques qui nécessitent chaque fois une nouvelle hospitalisation. Etant donné ces nombreux changements, l'enfant n'a pu se faire une image stable et rassurante de ceux qui s'occupent de lui et n'a pu organiser son monde, qui reste à un stade chaotique.

Son retard intellectuel et affectif est cependant tel qu'on peut se demander si l'enfant placé dans d'autres circonstances n'aurait pas présenté malgré tout un certain retard qui n'eût pas été en relation avec une carence de soins maternels. Toutefois, le comportement de Didier (balancements, manque de réaction au bruit, etc.), le fait que toute son activité se résume à des mouvements stéréotypés, sans aucun caractère de relation avec le monde dans lequel il vit, son refus de contact avec le phénomène de l'univers sensoriel au point qu'on le considère pendant quelque temps comme sourd, font admettre la première hypothèse.

L'enfant sera suivi de mois en mois ; des conseils éducatifs seront donnés à la mère nourricière qui s'occupe de lui de façon très compréhensive et affectueuse.

Evolution

Au cours des mois suivants, l'état de Didier évolue, passe par plusieurs phases successives :

Dans les trois premiers mois, il semble s'éveiller, réagit au bruit, se balance moins le jour. Se tient debout et peut faire quelques pas seul.

Il prend une attitude plus active vis-à-vis de son milieu ; manifeste quelques colères, tape du pied lorsqu'il n'est pas content. A certains moments où il est turbulent, il prend tout ce qui lui tombe sous la main et le jette loin de lui, commençant ainsi à explorer le monde où il vit.

A l'âge de 2 ans et demi, ses rapports avec son milieu semblent avoir pu s'établir avec moins d'angoisse, mais il reste incapable d'une différenciation précise entre les différentes personnes qu'il rencontre ; il est affectueux avec tous, n'est jamais dépayssé, ne manifeste aucun désarroi lorsqu'on le couche dans un lit étranger et qu'une personne inconnue le lève à son réveil. Pourtant son comportement reste abnormal : il se jette par terre lorsqu'il est fâché, se tape la tête. Son sommeil est irrégulier. De jour, les balancements ont cessé.

Trois ans : Actuellement ses relations avec l'extérieur sont en progrès ; il arrive à manger seul, il s'intéresse aux objets présentés. Toute trace d'isolement sensoriel (se détourner des objets présentés, ne pas réagir aux sollicitations auditives, fuir le contact visuel) a disparu. Il se tranquillise au point qu'il est capable d'obéir à un ordre simple. Didier devient actif : il monte les escaliers debout, en se tenant à la rampe, empile des plots, secoue et frappe tous les objets qu'il peut s'approprier. Pourtant ses gestes restent encore peu sûrs, saccadés et mal coordonnés.

A l'occasion d'une fête, il a passé une semaine dans sa famille, les balancements qui avaient cessé ont repris pendant ces quelques jours de vacances.

Didier a quatre ans : ses relations avec le monde se sont structurées à un point tel qu'il peut se mettre à parler. Son contact est encore peu différencié, il reste très familier avec les étrangers ; il a pourtant pu se construire quelques images stables : il s'inquiète quand on le sépare de son milieu habituel, recherche sa mère nourricière après quelques minutes si celle-ci l'a quitté. Il a maintenant dépassé le stade de l'investigation hasardeuse de l'entourage dans lequel il se trouve, ne jette plus au loin les objets qui sont à sa disposition, mais cherche à les aligner, les empiler, à leur donner des noms précis. Il est capable de s'intéresser à une histoire qu'on lui raconte.

L'évolution est certes lente, mais les acquisitions sont continues, le pronostic semble favorable, non pas peut-être dans le sens d'une récupération totale, mais si les conditions actuelles dans lesquelles l'enfant vit peuvent être maintenues, on peut espérer que Didier pourra s'intégrer socialement.

Ce cas démontre clairement les effets d'une carence maternelle ; *a posteriori*, il paraît évident que cet enfant, qui présente un grave retard dans son développement, n'est en réalité pas un arriéré, mais un enfant souffrant du tableau typique de l'**hospitalisme**.

Remarques

Depuis 1937 des observations isolées puis systématiques ont été faites sur les troubles liés à l'hospitalisation ou à la carence des soins maternels. Les travaux de D. Lévy, H. Bakwin, J. Bowlby, et particulièrement de P. Spitz ont décrit les troubles impressionnantes que présentait un enfant de moins de 3 ans privé de sa mère. Le taux de mortalité, la sensibilité aux infections des bébés placés en institution sont bien plus élevés que chez les nourrissons élevés dans leur famille.

Les équipements sanitaires les plus développés ont enregistré, eux aussi, — et souvent encore avec plus de netteté — les symptômes dramatiques dont souffre un enfant séparé de sa mère.

On sait et d'une manière certaine qu'un enfant séparé de sa mère au cours de sa première année, pendant une période de plusieurs mois, souffrira de troubles psychiques graves se manifestant par une angoisse envahissante, le menant à une attitude de plus en plus passive et inhibant son développement général. L'hospitalisme est le tableau final de cette évolution. Cette carence maternelle laissera des séquelles importantes dans la personnalité de l'enfant et de l'adulte.

En règle générale :

Une carence maternelle de 6 mois au courant de la première année est considérée comme un traumatisme laissant **des troubles irréversibles**.

Un enfant carencé pendant une période moins longue présentera souvent des troubles graves du comportement : instabilité, sensibilité très grande à tous changements, retard affectif et intellectuel.

CAS II

Situation familiale

Judith avait 10 ans 6 mois lorsque sa mère est venue nous consulter. Les parents de Judith appartiennent tous deux à un milieu aisné. Le père occupe un poste d'administrateur dans une industrie de moyenne importance ; c'est un homme intelligent et compréhensif. La mère a quitté sa profession de secrétaire pour se marier à 30 ans ; c'est une femme active qui s'occupe très bien de ses enfants, capable d'une observation intelligente concernant le comportement de sa fille.

Judith est l'aînée de deux garçons, qui ont 2 et 5 ans de moins qu'elle.

Antécédents

La mère a été enceinte rapidement après son mariage. L'accouchement a été normal, mais peu de jours après la naissance, l'enfant

doit être hospitalisée dans une clinique d'enfants pour une infection intestinale. Judith contracte une pneumonie pendant ce séjour qui dure sept semaines. A l'âge de 3 mois et demi, la petite fille n'avait pas récupéré son poids de naissance.

Dès la première année de l'enfant, la mère constate un développement psycho-moteur perturbé ; le sourire n'apparaît que très tardivement ; inertie de la fillette, troubles de la vue remarqués à l'âge de 6 mois. Le langage ne débute qu'après 2 ans, et sous forme d'écholalie. A 4 ans, Judith parle correctement, mais bégaié par intermittence.

A la fin de la première année, apparition de nombreuses peurs qui varient : d'objets de toute nature, d'animaux divers. Crises d'angoisse incompréhensibles, où la fillette se crispe et tremble.

Encoprésie jusqu'à l'âge de 5 ans, énurésie jusqu'à 7 ans.

Le contact affectif est perturbé : Judith est complètement désinhibée, elle n'observe aucune distance vis-à-vis des gens qu'elle rencontre, embrasse tout le monde, se cramponne aux personnes qui l'entourent, suit n'importe qui.

Ses jeux sont solitaires, elle ne se mêle pas aux autres enfants, par exemple balance indéfiniment devant ses yeux un morceau de bois, un jouet quelconque.

Son sommeil est léger et agité.

Judith est placée à l'âge de 8 ans dans une institution pour enfants retardés.

Malgré un retard intellectuel grave et un comportement pathologique, la fillette apprend à lire et à écrire. Ses éducateurs relèvent des périodes d'adaptation relative, où Judith est capable d'accomplir un travail suivi et de répondre de façon adéquate ; à d'autres moments, l'enfant paraît complètement désorientée, déchire du papier, se salit de ses excréments, salit les autres, monologue seule, parfois intelligiblement, parfois se gargarise de syllabes, mime des scènes où elle se parle comme à une personne étrangère, répète inlassablement les mêmes phrases d'une voix monocorde et très rapidement.

La fillette se plaint souvent de maux de ventre, de douleurs dans la tête, à ces moments-là travaille très mal en classe, prend systématiquement le contre-pied de ce qui lui est demandé.

Très suggestible, Judith fera n'importe quelle bêtise proposée par ses camarades, par exemple mettre à la bouche des insectes ou des vers de terre ; d'ailleurs avale tout sans distinction : aliments avariés, etc.

Réactions de jalousie très vives à l'égard de ses frères restés dans sa famille.

A la suite d'une période où elle a été particulièrement pénible, manifesté des crises de colère dans lesquelles elle se jette poings en

avant dans les fenêtres, de l'agressivité vis-à-vis des autres enfants placés dans l'institution, Judith est renvoyée dans sa famille.

La maman vient nous consulter à cette époque en vue d'un nouveau placement.

Examen médico-psychologique

La fillette est normalement développée physiquement, mais son allure et ses mouvements sont gauches. Le regard est fixe, ne s'adresse jamais à son interlocuteur. Elle répète inlassablement les mêmes phrases ; s'inquiète de sa santé, demande si on va lui changer sa tête, se plaint de ne pouvoir aller à l'école comme les autres enfants, se renseigne sur ce qui a pu perturber son développement : « Pourquoi je suis malade ? Quest-ce que j'ai eu quand j'étais petite ? On va changer ma tête ? » Sa voix est peu modulée, haute, sa parole vient par jets, les termes sont stéréotypés.

Dans les épreuves psychologiques, on peut observer que la fillette ne contrôle pas ses impulsions, elle répond immédiatement aux sollicitations extérieures ou créées par de légères analogies, que ce soit sur le plan verbal ou graphique. Dans une tâche de perception visuelle, Judith est incapable de réaliser une analyse de la figure présentée, elle recherche un complément concret ou analogique. Dans des mises en relations logiques, elle ne peut envisager qu'une seule proposition à la fois, donnée qu'elle intègre dans ses phantasmes. Les structurations spatiale et temporelle sont perturbées.

Discussion du cas et diagnostic

Les données d'anamnèse et le comportement de Judith au cours des observations médico-psychologiques, les discordances observées, font penser que le retard intellectuel important relevé n'est pas primaire, mais la conséquence de la maladie mentale de l'enfant, qui est capable d'acquisitions, dans une certaine mesure, éducable. Ce retard allié à une turbulence pathologique, à de l'agressivité motrice, des tendances autodestructrices, une discordance et une dissociation de la pensée, de l'écholalie, de l'échopraxie, des perturbations gravissimes du contact affectif, font penser au diagnostic de **psychose infantile**.

Les propositions de traitement faites à la mère ont été les suivantes : placement dans un home spécialisé, ou mieux dans une clinique psychiatrique pour enfants, un traitement médicamenteux.

Evolution

Les rapports de l'institution où est placée Judith font part d'une certaine adaptation, mais relèvent une alternance de périodes où l'enfant paraît « lucide » et d'autres où elle est complètement désorientée.

Remarques

La période pendant laquelle Judith a été placée au cours de sa première année (7 semaines) pourrait être rendue responsable des troubles affectifs qu'elle présente actuellement ; cependant, il semble que l'on doive faire appel ici à un facteur supplémentaire pour expliquer les graves perturbations du comportement de l'enfant, facteur en relation avec une constitution psychique particulièrement faible qui ne laisse à Judith que la solution de lutter contre ses angoisses en s'organisant sur un mode extrêmement primitif. De ce fait, la fillette vit dans un monde magique, d'où impossibilité de toute intégration sociale.

Au point de vue traitement, seule une longue psychothérapie (de plusieurs années) serait susceptible de permettre à l'enfant de lutter contre ses angoisses, en organisant son monde d'une manière réelle.

Mais une telle mesure thérapeutique ne peut être entreprise que dans une institution. (Nous n'avons en Suisse qu'une ou deux institutions spécialisées pour ces cas.)

Un traitement médicamenteux, avec les médicaments modernes dont dispose la psychiatrie adulte depuis quelques années seulement, permettrait peut-être de juguler l'angoisse envahissante que l'on perçoit dans tout le comportement de l'enfant. Mais de toute manière, il est exclu d'envisager de soigner l'enfant à domicile, elle doit être placée immédiatement. Judith ne pouvant être reçue dans aucun établissement de notre région, c'est un home des bords du Léman qui l'a accueillie.

CAS III

Situation familiale

La petite Nathalie (8 ans 5 mois) nous est amenée pour une raison d'ordre pratique, nous dit la mère ; Nathalie est gauchère et sa maman se demande si ce fait peut avoir une influence sur son travail scolaire, qui n'est pas brillant.

Le père de la fillette est un artisan, établi à son compte et qui a eu des revers de fortune ; la mère, couturière de profession, a recommencé son travail dans un magasin de la place trois ans après la naissance de la fillette, pour aider à rétablir la situation économique précaire, actuellement stabilisée et aisée.

Les parents, tout en étant affectueux avec Nathalie, s'occupent peu d'elle ; et la fillette ne manque pas de jouir de la grande liberté qui lui est laissée ; elle a une sœur aînée de 11 ans, dont elle serait jalouse.

Le père paraît assez mou, laissant à la mère toute initiative concernant l'éducation des fillettes.

La mère se présente comme une personne vive mais débordée par les difficultés qu'elle rencontre dans l'éducation de ses enfants.

Antécédents

Le premier développement de Nathalie ne présente pas de particularité. A l'école enfantine, la jardinière d'enfants, voyant la fillette se servir de sa main gauche pour les activités manuelles telles que le dessin, les découpages, etc., entreprend de corriger l'enfant en lui interdisant de se servir de sa main gauche pour les activités susmentionnées. Mais cet objectif doit être abandonné, car les difficultés rencontrées sont si grandes qu'on doit se rendre à l'évidence : l'effort exigé de Nathalie la perturbe bien davantage qu'il ne l'aide.

La mère relève des cauchemars, des terreurs nocturnes, du somnambulisme peu après l'entrée à l'école enfantine. L'arrêt de ces manifestations coïncide avec, à l'école, la reprise de la main gauche pour les activités scolaires. Dès l'entrée à l'école primaire, difficultés dans l'apprentissage de la lecture et de l'écriture ; la fillette n'arrive pas à assembler les lettres convenablement, lettres qui sont souvent retournées ; Nathalie ne sait où commencer une page de cahier, commence en bas à droite ; ses lettres sont mal formées ; en lisant, elle devine un texte plus qu'elle ne le lit.

La fillette est bonne en calcul, mais chante faux.

Sur le plan du comportement, l'institutrice se plaint de son manque d'ordre, de son indiscipline ; Nathalie est distraite, ne participe pas aux leçons.

Examen médico-psychologique

L'enfant est appliquée, mais son attention se relâche facilement. Nathalie renonce à persévérer dans son effort lorsqu'une difficulté se présente, abandonne rapidement la tâche proposée ; est pourtant sensible aux encouragements.

Le niveau de développement mis en évidence par l'examen psychologique est normal, supérieur même à la moyenne statistique des enfants de son âge ; la fillette est donc ce qu'on appelle bien douée. Ses rendements cependant sont peu homogènes, particulièrement dans les épreuves verbales. D'autre part, Nathalie rencontre d'importantes difficultés dans les épreuves faisant intervenir des éléments de structuration spatiale.

Un examen ophtalmologique révèle des troubles de convergence et de fusion.

D'autre part, la fillette ne peut reproduire une structure rythmique donnée.

L'analyse de l'orthographe d'un texte montre que l'élaboration de la phrase n'est pas du tout acquise, ni sur le plan du langage écrit, ni sur le plan du langage parlé ; on note des inversions, des confusions et des omissions de lettres. L'examen psycho-moteur précise une dominance latérale gauche.

Discussion du cas

Le rendement intellectuel supérieur de l'enfant, les troubles spécifiques de la perception (difficultés d'analyse et de synthèse de données auditives et visuelles surtout) parlent en faveur du diagnostic de **dyslexie de structure**. (Dyslexie : terme qui comprend toutes difficultés d'apprentissage de la lecture et de l'orthographe se présentant chez un enfant bien doué sur le plan intellectuel ; difficultés ne pouvant s'expliquer ni par une fréquentation scolaire irrégulière, ni par un déficit sensoriel.)

Evolution

L'enfant a été prise en rééducation par une personne spécialisée dans l'étude de ces troubles. Nathalie a repris toutes les bases de la lecture et de l'écriture en fonction des notions spatiale et de latéralisation. Elle a dû apprendre à « voir » et à « entendre » comme un accidenté apprend à marcher sans béquille.

Le programme scolaire a été allégé et la fillette ne participe avec ses camarades qu'aux leçons orales ou de calcul ; 8 mois de travail quotidien ont été nécessaires pour que la fillette puisse lire et orthographier correctement, selon son âge. Actuellement, elle a repris le programme scolaire normal, et suit avec facilité son degré d'enseignement. Parallèlement à l'amélioration du rendement scolaire, l'institutrice de Nathalie remarque une nette diminution des troubles légers du comportement signalés antérieurement.

Remarques

Les statistiques établies dans divers pays montrent que le 5 à 10 % des enfants des écoles sont atteints de dyslexie, sous quelque forme que ce soit. Elle est généralement un trouble d'origine physiologique, avec ou sans troubles de la latéralisation (prédominance physiologique de l'un ou de l'autre des dispositifs symétriques, d'une main, d'un pied, d'un œil, ce qui détermine des droitiers ou des gauchers manuels ou oculaires, etc.) — avec ou sans troubles du développement du langage (retard de l'apprentissage de la parole, bégaiement, dysarthrie) — avec ou sans désorganisation temporo-spatiale (organisation de l'analyse et de la synthèse de perceptions visuelles ou auditives) — avec ou sans troubles affectifs.

Cependant, chacun de ces types de disfonctionnements peut jouer un rôle dans la désorganisation lexique, et le plus souvent il s'agit de disfonctionnements conjoints.

En rééduquant les enfants atteints de troubles dyslexiques, on déconditionne l'évolution scolaire de l'enfant, qui sans cette rééducation serait accusé de mauvaise volonté, de bêtise, qui malgré ses efforts ne progresse pas — et qui voit trop souvent son avenir compromis sur le plan des études professionnelles ou supérieures.

CAS IV

Situation familiale

Pauline, âgée de 10 ans 5 mois, est la cadette d'une famille de 8 enfants. Le père, menuisier, travaille dans une fabrique de meubles. La mère, malgré la charge de sa nombreuse famille, s'est occupée particulièrement de Pauline parce qu'elle la trouvait moins éveillée que ses ainés.

Antécédents

L'anamnèse de l'enfant ne mentionne aucun fait saillant ; cependant les parents de Pauline remarquent rapidement que leur cadette se développe plus lentement que les autres enfants de la famille. La fillette n'a souri, ne s'est assise que tardivement. C'est une enfant très tranquille dans ses premières années. Son langage n'apparaît que vers 3 ans et Pauline s'exprime par mots-phrases pendant plus d'un an. Entrée à l'âge de 8 ans à l'école, elle accuse d'emblée des difficultés importantes dans l'acquisition des techniques scolaires élémentaires.

A la suite des échecs scolaires répétés de l'enfant, les parents s'adressent à la consultation psychiatrique afin d'être conseillés dans l'éducation et l'instruction à donner à Pauline.

Examen médico-psychologique

En consultation, on observe que la fillette travaille avec lenteur ; l'acquisition se fait péniblement, Pauline s'achoppe toujours aux mêmes difficultés. Dans les tâches graphiques, elle applique, par défaut de mobilité, des schèmes rigides ; l'imitation prédomine sur la création. Dans des problèmes logico-arithmétiques résolus par des enfants de son âge, Pauline remplace le raisonnement opératoire par des schèmes perceptifs et intuitifs. Elle a saisi, au moyen de manipulations pratiques, le mécanisme de l'addition et de la soustraction, mais a beaucoup de difficultés à comprendre celui de la division. Elle ne conçoit qu'avec

peine un système d'opérations réversibles que les enfants dominent habituellement à son âge. La courbe d'apprentissage est mauvaise et révèle une difficulté considérable de fixation, malgré l'intérêt réel que la fillette met à son travail.

Discussion

La scolarité de Pauline ayant été régulière, l'anamnèse n'indiquant aucun événement particulier, si ce n'est une évolution lente, les résultats faibles et homogènes fournis à l'examen médico-psychologique permettent de penser au diagnostic de **débilité mentale**.

Les auteurs s'accordent généralement pour dire que le débile mental est l'individu dont le développement intellectuel ne dépasse pas le niveau atteint par l'enfant de 10 ans.

Quand on parle de débile mental, on incrimine un retard global de toutes les fonctions mentales. Cependant, les recherches de psychologie pathologique s'efforcent aujourd'hui d'établir une sémiologie, un tableau clinique de la débilité, non plus seulement dans la constatation (description) d'une absence ou d'une insuffisance des capacités mentales, mais dans le sens d'une analyse des fonctions mentales et de leurs structures particulières. Au lieu de décrire le raisonnement du débile par des caractères négatifs, la psychologie cherche à déterminer l'évolution des processus mentaux.

Pour Pauline, le manque de moyens pédagogiques spécialisés de son village a obligé ses parents à la placer dans une maison équipée de moyens d'enseignement adaptés aux problèmes posés par elle.

Catamnèse

Par une évolution progressive, Pauline finit par atteindre les classes supérieures de l'enseignement spécial, sans cependant pouvoir dépasser pour l'arithmétique le programme de la 4^e année ; son intégration sociale a été facilitée par un apprentissage ménager dans un établissement professionnel. Elle s'est adaptée à une besogne pratique et peut, de cette façon, subvenir à ses besoins.

CAS V

Le cas suivant illustre les modifications du comportement qui peuvent intervenir au cours d'une suite de séances de psychothérapie de soutien et le rôle que peut jouer le psychologue dans une telle situation.

La mère d'un garçon de 4 ans et demi, Luc, vient nous consulter pour les raisons suivantes : Luc est très bizarre : il ne comprend pas

ce qu'on dit, au point que sa maman se demande s'il est quelquefois idiot ou sourd ; il ne sait pas rire, se montre perpétuellement opposant et désobéissant ; il ne se rend pas du tout compte du danger : dernièrement, à la plage, il s'est aventuré très loin jusqu'à ce qu'il ait de l'eau à la hauteur de la bouche ; il a manqué se noyer. Il parle d'une manière bizarre, pousse des cris inarticulés, bégaye. Il est très minutieux et très scrupuleux ; il ne casse jamais rien à la maison ; il dessine énormément. Il dort mal, manifeste quelquefois du somnambulisme ; il fait également des difficultés à table, où il n'accepte pas tout ce qu'on lui offre.

L'anamnèse nous apprend qu'il est l'aîné d'un frère d'un an et demi, et le cadet d'une sœur de 7 ans.

La mère est une intellectuelle assez nerveuse, agressive, surtout vis-à-vis de ses enfants envers lesquels elle manifeste une attitude de rejet assez nette ; elle ne supporte plus du tout Luc et se dit à bout de nerfs.

Le père est technicien et a eu de nombreuses difficultés professionnelles. Actuellement représentant, il est fréquemment absent. Il se dit névrosé, mais a un bon contact et semble assez positif vis-à-vis de ses enfants.

Luc n'a pas présenté de difficultés au cours de sa première année ; il a commencé à marcher normalement et il était propre de jour à un an et demi. A cet âge il a dû être placé, car sa mère a été obligée de reprendre du travail hors de chez elle : Luc a très mal supporté cette séparation. A deux ans, il ne parlait que par des cris inarticulés, puis il a commencé à bégayer. Des troubles du sommeil, sous la forme de difficultés à s'endormir et somnambulisme sont apparus lors de la naissance de son petit frère. C'est aussi dès ce moment qu'il s'est montré beaucoup plus pénible. D'emblée, il a été très jaloux de son frère ; on lui reproche de ne pas savoir aimer.

Lors de la première entrevue, Luc suit sans difficulté la psychologue dans son bureau et accepte aussitôt de dessiner : on le devine très anxieux ; il bégaye et n'ose regarder l'étrangère en face ; il parle avec volubilité pendant qu'il dessine ; son vocabulaire est riche, ses phrases bien construites, les termes qu'il emploie précis et justes ; ses idées sont exprimées avec suite et ce qu'il dit est parfaitement compréhensible. Ses dessins sont très bien structurés ; ses représentations de formes humaines et d'objets sont bien proportionnées. Il fait preuve d'une bonne maîtrise de ses mouvements fins.

Les thèmes qu'il aborde dans ses dessins sont déjà très élaborés : un escalier qui descend dans la terre et qui mène vers des gens qui sont tous morts parce qu'ils ont de la terre partout ; l'histoire d'un ver qui s'est fait manger une patte par le soleil ; une méchante bête qui tire sur le ver et lui fait mal ; une méchante femme à qui l'on a tout coupé, les yeux, le nez, le ventre ; un homme dont la pipe devient

très grande et va mettre le feu à une maison. A la fin de la séance, où la psychologue n'est intervenue sous aucune forme, l'enfant se lève sans la regarder. Cette première prise de contact permet déjà d'exclure la présence des troubles organiques ou d'un retard intellectuel grave : Luc se présente comme un enfant intelligent, actuellement dans une situation conflictuelle grave où il réagit avec une profonde angoisse, une attitude dépressive et des troubles du comportement. Il réagit cependant à ses problèmes affectifs avec beaucoup de courage et de force, ce qui permet de formuler un pronostic assez favorable de son état psychique. Il est à craindre cependant que sans intervention thérapeutique sa personnalité n'évolue vers une structure névrotique grave qui pourrait entraver son développement. Il est décidé sur le champ de suivre l'enfant une fois par semaine.

L'évolution qui s'est produite au cours du traitement a été la suivante.

Très rapidement, Luc devient plus confiant avec la thérapeute : tout d'abord, il ose s'adresser à elle directement puis insensiblement la fait entrer dans ses fantaisies. Dans ses dessins, parallèlement, il devient moins précis et emploie de plus en plus de signes symboliques en même temps qu'il annule ce qu'il dessine en barbouillant ses productions de gros traits de couleur. Bientôt, il ose se montrer plus agressif et aborde le problème de la saleté ; dès lors, il ne bégaye plus. Il se risque à être plus actif : il explore le bureau où il se trouve, va ouvrir les tiroirs des meubles qui sont à sa portée. Il se rassure en transformant dans ses fantaisies la psychothérapeute en une fille plus petite que lui et en écrivant des signes cabalistiques sur ses dessins.

Plus tard, il abandonne peu à peu son activité graphique structurée, qui se transforme en une série de tâches, et s'occupe de plus en plus du monde qui l'entoure : Luc semble maintenant capable de rétablir un certain contact avec l'extérieur.

Son comportement à la maison a beaucoup changé : il se montre moins indifférent, beaucoup plus actif, mais aussi plus agressif avec sa mère, qui le supporte d'autant plus mal : elle le fesse fréquemment. L'enfant revit ses problèmes actuels avec la thérapeute ; il ose en quelque sorte discuter son angoisse et ses motifs avec elle : il arrive aussi à maîtriser un peu ses peurs, malgré la situation très traumatisante dans laquelle il se trouve. L'agressivité très vive qu'il éprouve vis-à-vis de sa mère, il la retourne en partie contre lui-même jusqu'à dire à sa mère : « Je fais exprès pour que tu me grondes. » Les punitions corporelles de sa mère deviennent pour lui source de satisfaction.

Après une vingtaine de séances, Luc n'est plus bizarre ni absent : il est agressif vis-à-vis de sa mère et ose s'opposer à elle avec énergie, mais aussi il ne peut que se réfugier de plus en plus dans des comportements qui attirent sur lui de nombreuses corrections. Il ne dessine

plus autant, n'a plus de troubles du sommeil ni du langage : il vit maintenant dans un conflit réel et actuel vis-à-vis de sa mère.

Une solution à ce problème est encore donnée par la réalité : Luc a pu commencer à fréquenter une école enfantine. Il s'y montre docile, actif, productif ; il s'entend bien avec ses camarades. Il apprend avec zèle à écrire et à lire. Il déclare carrément à sa mère qu'il se plaît mieux à l'école qu'à la maison. Quand il le peut, il fuit chez une voisine pour y faire ses devoirs.

Le problème de Luc reste entier. Au cours de quelques séances de psychothérapie de soutien où la psychothérapeute n'est intervenue aucune fois dans les activités de l'enfant, mais s'est contentée de l'accepter dans une attitude tout à fait neutre et bienveillante, Luc a réussi à replacer son conflit affectif dans un contexte réel et actuel ; il a abandonné son activité fantasmatique et régressive qu'il adoptait au début du traitement, pour accepter la réalité de l'attitude traumatisante de sa mère : il s'en tire actuellement en la fuyant ou en lui résistant avec courage. La psychothérapie lui a permis de prendre une attitude plus positive à l'égard de son problème, une attitude qui correspond à son âge.

Actuellement, il paraît judicieux d'éloigner quelque peu Luc de sa mère pour essayer de modifier l'attitude de cette dernière vis-à-vis de son enfant. Luc, pour sa part, s'il ne doit pas être perdu de vue, peut actuellement se développer normalement sans psychothérapie.

* * *

Ces quelques cas, courants dans une consultation médico-psychologique pour enfants, montrent dans quel esprit doivent être abordées les difficultés psychologiques de l'enfant : l'étude des symptômes ne peut permettre une compréhension du cas particulier de l'enfant que si elle s'articule sur l'étude de la dynamique profonde de sa personnalité. Ainsi, un signe commun à plusieurs enfants — le fait de mentir ou de manifester un manque d'énergie à l'école — peut être bénin dans un cas, très grave dans l'autre.

Il paraît évident que le but immédiat d'une consultation médico-psychologique est l'étude du comportement de l'enfant et des facteurs qui le sous-tendent. Dans une telle recherche, qui tient compte de la constitution comme du milieu de l'enfant, il devient impossible de décrire le cas par rapport à un système de classement rigide, ou à l'aide de mesures psychométriques, même très diversifiées et très précises.

Le cas, avec ses symptômes, replacé dans son passé historique propre, garde ainsi toute sa vie et peut être alors abordé dans un esprit médical, c'est-à-dire thérapeutique.