

Zeitschrift: Schweizerische Zeitschrift für Geschichte = Revue suisse d'histoire = Rivista storica svizzera

Herausgeber: Schweizerische Gesellschaft für Geschichte

Band: 75 (2025)

Heft: 1

Artikel: De l'enfant "difficile" à l'enfant "inadapté" : la fabrication du discours médico-pédagogique (Genève, 1930-1970)

Autor: Müller, Christian Alain / Kloos, Grégory / Ruchat, Martine

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-1090343>

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: 17.04.2026

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

De l'enfant «difficile» à l'enfant «inadapté». La fabrication du discours médico-pédagogique (Genève, 1930–1970)

Christian Alain Müller, Grégory Kloos, Martine Ruchat

From the «Difficult» Child to the «Unadapted» Child. The Making of Medical-pedagogical Discourse (Geneva, 1930–1970)

Set up in the first half of the twentieth century with the aim of social and educational prophylaxis, medical-pedagogical services have now become an essential part of the education system. Based on the examination of over 1'400 case files from the SOE in Geneva, this article analyses how a medical-pedagogical discourse is created about children who are reported to and then taken into care by the service because they do not meet school and/or social standards. Different professional groups – firstly, doctors, educators, and social workers, and then psychologists, psychiatrists, and speech therapists – contribute unevenly to this discourse, shaping a representation of «unadapted» childhood that has symbolic and practical effects on children and their families. Although moral concepts were dominant in the first 25 years of the existence of these services and have persisted to some extent, the renewal of reference knowledge in the mid-1950s reworked these concepts into scholarly terms derived from psychiatry and psychology, strongly influenced by psychoanalysis. Thus, in the 1960s, the medical-pedagogical discourse became a medical-psychological discourse that spread to teachers and then to parents. This resulted in families reporting their offspring much more frequently and in reports being increasingly motivated by school difficulties and language disorders. At the same time, this was a period in which success at school was, more than ever, becoming a promise for the future.

Si la dénomination d'«enfant vicieux» et celle d'enfant «abandonné moralement» ont fait le lit de l'éducation correctionnelle en Suisse romande au XIX^e siècle, elle n'est plus en usage dans les années 1930.¹ Lui succède celle «d'enfant difficile» considéré comme un indiscipliné incapable de se dominer, rétif à l'autorité parentale ou à la forme scolaire.² Les «troubles» observés à l'école obligatoire sont alors interprétés par les autorités politiques et scolaires comme des signes ou des indices potentiels d'une inadaptation susceptible d'empêcher la bonne insertion de l'enfant dans la société. L'intérêt est alors porté sur les

¹ Pour la Suisse romande, cf. Martine Ruchat, *L'oiseau et le cachot. Naissance de l'éducation correctionnelle en Suisse romande, 1800–1913*, Genève 1993 et *Les chroniques du mal. Le journal de l'éducation correctionnelle, 1850–1918*, Genève 1998.

² Sur l'imposition de la forme scolaire à Genève: cf. Christian Alain Müller, *Forme scolaire et règlement de la «jeunesse». Précarité sociale, scolarisation et délinquance juvénile à Genève à la fin du XIX^e siècle (1872–1914)*, in: Franz Schultheis, Michel Vuille (dir.), *Entre flexibilité et précarité. Regards croisés sur la jeunesse*, Paris 2007, p. 29–90. Sur la forme scolaire comme type spécifique de socialisation, cf. Guy Vincent, Daniel Thin, Bernard Lahire, *Sur l'histoire et la théorie de la forme scolaire*, in: Guy Vincent (dir.), *L'éducation prisonnière de la forme scolaire? Scolarisation et socialisation dans les sociétés industrielles*, Lyon 1994, p. 11–48.

manifestations de violence, l'immoralité ou la précocité sexuelle considérées comme des marqueurs et des facteurs du trouble de l'ordre social. Ainsi, le « dévoiement » de l'enfant, attribué le plus souvent à la « défaillance » des parents, doit-il être enrayé par de nouveaux experts, médecins en tête, notamment au moyen de cette nouvelle spécialité qu'est la psychiatrie infantile.³

Afin de prévenir la délinquance juvénile par une action associant pédagogie et médecine,⁴ le Service d'observation des écoles (SOE)⁵ est ouvert à Genève en 1930 avec pour fonction d'investiguer individuellement les élèves de l'école publique qui lui sont signalés en raison des « problèmes » comportementaux ou scolaires qu'ils présentent.⁶ Différents groupes professionnels interviennent – médecins, pédagogues, assistantes sociales et enseignants – lesquels, à partir de leur regard spécifique et au nom d'une prophylaxie sociale déclarée,⁷ donnent corps à cette figure de « l'enfant difficile »,⁸ incapable de suivre scolairement ou entravant la bonne marche de l'école par ses comportements, au risque de la criminalité.

Cet article a pour objet de recherche l'évolution du discours médico-pédagogique entre 1930 et 1970⁹ et des techniques qui lui sont liées, ainsi que de ses effets particuliers et collectifs tant au plan symbolique que pratique; le placement extra-familial étant sans nul doute le plus puissant de ceux-ci. Quels savoirs de référence (concepts et notions) ont-ils été convoqués pour élaborer ce discours médico-pédagogique? Dans quelle mesure se sont-ils modifiés, voire transformés (apparition, permanence ou disparition)? Quels ont été les processus de cette évolution? Pour répondre à ces questions, il est nécessaire d'investiguer également le fonctionnement de l'institution, sa hiérarchie et ses pratiques, ainsi que les relations que les différents corps professionnels (psychologues,

3 Cf. le numéro spécial de la Revue d'histoire de l'enfance irrégulière 18 (2016).

4 Edouard Laravoire à Albert Malche, conseiller d'Etat en charge du DIP, 20 août 1929, Archives d'État, Genève: Secrétariat Général, Département de l'instruction publique [désormais AEG: SG DIP] 1985 va 5.3.268.

5 Renommé Service médico-pédagogique en 1958 puis Office médico-pédagogique en 2010.

6 Rattaché au Département de l'instruction publique et en charge de l'enseignement spécialisé, le SOE déploie son intervention sur l'ensemble des élèves de l'école publique obligatoire. Sur les quatre décennies étudiées ici, la probabilité pour un élève d'être signalé est d'une sur six environ.

7 Notes pour le rapport à l'appui du projet de loi sur le Service d'observation et d'intervention spéciale, s.d. [1929–1931], AEG: SG DIP 1985 va 5.3.248; Bulletin officiel de l'enseignement primaire de Genève 41 (1930), p. 4.

8 Emmanuel Duvillard, Les enfants difficiles et la création projetée d'un centre d'observation [1929], AEG: SG DIP, 1985 va 5.3.224. Dans les années 1930, l'expression est usuellement admise par les professionnels de l'enfance en Suisse romande en dépit de son imprécision conceptuelle (cf. Georges-André Chevallaz, La pédagogie des enfants difficiles, in: Annuaire officiel de l'instruction publique en Suisse, 1936, p. 7–30).

9 Cet article s'inscrit dans le cadre de l'étude financée par le FNSRS 100019_149756 avec pour requérants Prof. Martine Ruchat et Dr. Christian Müller et pour collaborateurs scientifiques Gregory Kloos et François Bos.

médecins, autorités scolaires, assistantes sociales, logopédistes) entretiennent entre eux et avec les familles dont l'enfant est signalé.

Pour ce faire, les dossiers individuels – une source d'archives récemment exploitée dans l'étude des politiques de la protection de l'enfance, de l'éducation spécialisée et de la répression de la délinquance juvénile –¹⁰ constituent l'élément principal de notre corpus.¹¹ Le dépouillement de ces dossiers permet de retracer la façon dont les agents du SOE interprètent l'enfant à partir de son « problème » et révèle des existences faites de trajectoires scolaires et sociales passées au crible des savoirs et des méthodes des nouveaux experts de l'enfance, à la faveur d'une psychologie de l'enfant, d'un hygiénisme mental et d'une psychiatrie infantile en plein développement.¹²

L'analyse de ce matériau par des méthodes quantitatives (statistiques) et qualitatives (étude du discours) rend compte de la fabrication d'un discours médico-pédagogique à partir d'une combinaison inégale de différents récits-diagnostic produits par chaque groupe professionnel. Ce discours met en œuvre une certaine représentation des « troubles » de l'enfance qui, à travers l'usage récurrent de termes et expressions particuliers, se diffuse socialement comme la version officielle de l'enfant « difficile » devenant un « inadapté ».

Le dossier d'enfant : la fabrication d'un discours médico-pédagogique

Acte posé par les enseignants, les directions d'école, les services officiels (Protection des mineurs ou Chambre pénale de l'enfance) ou par les parents, le signalement déclenche systématiquement une investigation comportant examens et tests divers (pédagogique, psychiatrique, psychologique, logopédique, etc.), enquêtes et entretiens, qui ont lieu avec l'enfant, la mère et le père (souvent de manière séparée). Le signalement engage un premier jugement « profane » qui est ensuite réinterprété en fonction de ces différents examens. Cette évaluation peut évoluer au cours du temps.

10 Cf. Archives de France, La protection de l'enfant. Ecrits protégés. Ecrits ignorés. Les dossiers individuels de mineurs et de jeunes majeurs sous main de la justice, Paris 2010; cf. Ludivine Bantigny, Jean-Claude Vilmont (dir.), *Sous l'œil de l'expert. Les dossiers judiciaires de personnalité*, Mont-Saint-Aignan 2010.

11 Basée sur le dépouillement de 1'431 dossiers médico-pédagogiques individuels du SOE, cet échantillon représente 7,5 % de l'ensemble des dossiers conservés pour la période correspondante (sur un total de 18'940). Les dossiers B ont été dépouillés dans leur totalité jusqu'en 1955, puis partiellement au vu de l'accroissement de leur nombre. De 1960 à 1963, l'élimination d'un certain nombre de dossiers nous a obligé à recourir à des dossiers non B pour compléter la série afin que l'échantillon reste représentatif.

12 Voir Martine Ruchat, Des médecins suisses au congrès de Psychiatrie infantile. L'hypothèse de l'hygiène mentale, in: *Revue d'histoire de l'enfance irrégulière* 18 (2016), p. 185–200.

Dans les années 1930 et 1940, les investigations produisant un jugement global qualifiant individuellement cet enfant «difficile» sont menées par le pédagogue, le médecin et l'assistante sociale. S'ajoutent progressivement, dès la fin des années 1940, le psychologue et le psychiatre, puis le logopédiste. Jusqu'en 1955, l'examen médical, l'observation psychopédagogique et l'enquête sociale génèrent trois récits-diagnostic constituant le discours médico-pédagogique. Leur unité de vue est assurée par la conviction que le «vécu» est la principale source pour comprendre la situation de l'enfant (conditions matérielles, situation familiale et pratiques éducatives). Bien que les tests standardisés contribuent au recueil d'un maximum d'informations sur le «cas», la compréhension de la psychologie du sujet passe avant tout. Cette connaissance de l'enfant serait assurée, selon le directeur du SOE Edouard Laravoire (1893–1955) et son médecin Henry Brantmay (1889–1974), par un subtil exercice d'observation faisant appel aux qualités personnelles de l'observateur.¹³ Tous deux sont persuadés que, comme la remédiation des «maux» de «l'enfant difficile» échappe «aux ressources ordinaires de la pédagogie»,¹⁴ l'observation «systématique et scientifique»¹⁵ devrait à terme déboucher sur le développement d'une «pédagogie des enfants difficiles».¹⁶ Ainsi, sous le regard des agents médico-pédagogiques, l'enfant signalé voit son comportement ou manquement supposé aux normes scolaires ou familiales redéfini en termes de trouble ou de pathologie à l'exemple cet élève «agité» signalé, à l'âge de sept ans, par la Protection des mineurs en 1940. Après examen, il est qualifié d'«enfant nerveux», soit un «cas médical» exigeant «un régime [scolaire] spécial».¹⁷

La plupart du temps, le SOE fonctionne comme une chambre d'enregistrement des doléances des enseignants et sa décision est d'abord une réponse pédagogique à cette demande (un placement en classe d'observation, à l'école en plein air ou en classe spéciale). L'établissement d'un diagnostic, au sens propre,

13 Henry Brantmay, De l'observation médico-pédagogique, *L'éducateur* 19 (10 octobre 1931), p. 289 et Edouard Laravoire, Le Service d'observation médico-pédagogique du Département de l'instruction publique de Genève et l'action scolaire en faveur des enfants inadaptés, in: *Annuaire de l'instruction publique en Suisse* 25 (1934), p. 47. Cependant, la position d'Henry Brantmay oscille entre influences éducatives et phénomènes organiques. Bien qu'il se considère comme un «psychologue observateur» et prône la diversité des moyens pour réaliser cette «véritable prophylaxie des troubles nerveux et de la délinquance», il accorde une importance décisive aux causes organiques des problèmes de l'enfant avec une prédilection pour le recours aux moyens médicamenteux à base de vitamines ou d'hormones (Chimiothérapie, ophothérapie et psychothérapie des enfants et des adolescents difficiles, in: *L'hygiène mentale des enfants et adolescents*, Neuchâtel / Paris, 1943, p. 70–93).

14 Laravoire, *Le Service d'observation médico-pédagogique* (1934), p. 41–45.

15 Emmanuel Duvillard, *Les enfants difficiles et la création projetée d'un centre d'observation [1929]*, AEG: SG DIP, 1985 va 5.3.224.

16 Cf. Henry Brantmay, De l'observation médico-pédagogique, p. 290 et Chimiothérapie, ophothérapie et psychothérapie, p. 72–73.

17 SOE à la Protection des mineurs, Genève, 29 novembre 1940, Archives de Office médico-pédagogique: dossier médico-pédagogique [désormais: AOMP: dmp] 324.

ne survient alors que dans les cas suspectés médicaux. Dès la seconde moitié des années 1950, on observe une généralisation de la retraduction du signalement et des comportements en termes psychologiques en raison de la systématisation et de la prépondérance des examens psychologiques affectifs et d'intelligence (voir ci-après). Tel est le cas de cet enfant signalé par sa mère (sur conseil de l'institutrice) en 1968: considéré comme «timide», «seul» et «paresseux» par l'enseignante, il est caractérisé par le psychologue comme «peu doué» et souffrant «d'infantilisme affectif». ¹⁸

À partir du mitan des années 1950 s'observe un processus très marqué de psychologisation du discours médico-pédagogique induit par un renouvellement des savoirs de référence. Cette évolution est facilitée par le changement de direction qui, pour un temps, échoit à un médecin et se manifeste également dans les pratiques du SOE, rebaptisé Service médico-pédagogique (SMP) en 1958. ¹⁹

Du médico-pédagogique au médico-psychologique

La quantification des différents examens et enquêtes, selon une périodisation décennale, montre très clairement un déploiement massif de la psychologie à partir de 1955, à tel point qu'elle devient hégémonique dans les années 1960, comme savoir d'expertise et caution du *modus operandi* médico-pédagogique (figure 1). Jusqu'au milieu des années 1950, le SOE procède quasi systématiquement à des examens médicaux, pédagogiques et d'intelligence, ainsi qu'à des enquêtes sociales (visites à domicile). L'examen psychiatrique, systématique à l'ouverture du SOE, ²⁰ n'est plus guère utilisé dès la deuxième moitié des années 1930. Leur complémentarité doit garantir l'examen complet du cas et, incidemment, conduire à la bonne intervention.

Dans la seconde moitié des années 1950, l'examen psychologique connaît un essor fulgurant au point de se substituer aux trois précédents (médical, pédagogique et social) comme si, à lui seul ou presque, couplé avec l'examen d'intelligence, il était en mesure d'assurer la compréhension globale du cas. C'est ainsi qu'il prend également la forme d'un «examen affectif» intégrant pour partie l'examen pédagogique, pratiqué indépendamment jusqu'en 1956, auquel s'ajoute, dès 1957, l'examen logopédique. Auparavant considérés comme une

¹⁸ Rapport maîtresse 1^{ère} primaire, 8 mars 1968, AOMP: dmp 1375; Examen psychologique, avril-mai 1968, AOMP: dmp 1375.

¹⁹ En raison de la hausse démographique et, plus encore, de l'accroissement des moyens financiers de l'État cantonal, le Service se développe considérablement: en 1957, quatre médecins, quatre psychologues et une logopédiste élargissent le budget du SMP. En 1965, ce sont quinze médecins, treize psychologues et dix logopédistes.

²⁰ Tel que pratiqué par Brantmay, celui-ci repose essentiellement sur une interrogation de l'enfant selon un questionnaire plus ou moins standardisé.

mesure additionnelle, ou parfois inexistantes, les examens d'intelligence et affectifs sont dès lors pleinement intégrés au dispositif d'évaluation médico-psychologique, dans lequel ils occupent la place centrale. En conséquence, la pluralité des récits-diagnostic qui a prévalu pendant 25 ans se réduit à un seul récit univoquement psychologique. Une évolution que favorise l'ambition holiste de la psychologie clinique alors en plein essor.²¹

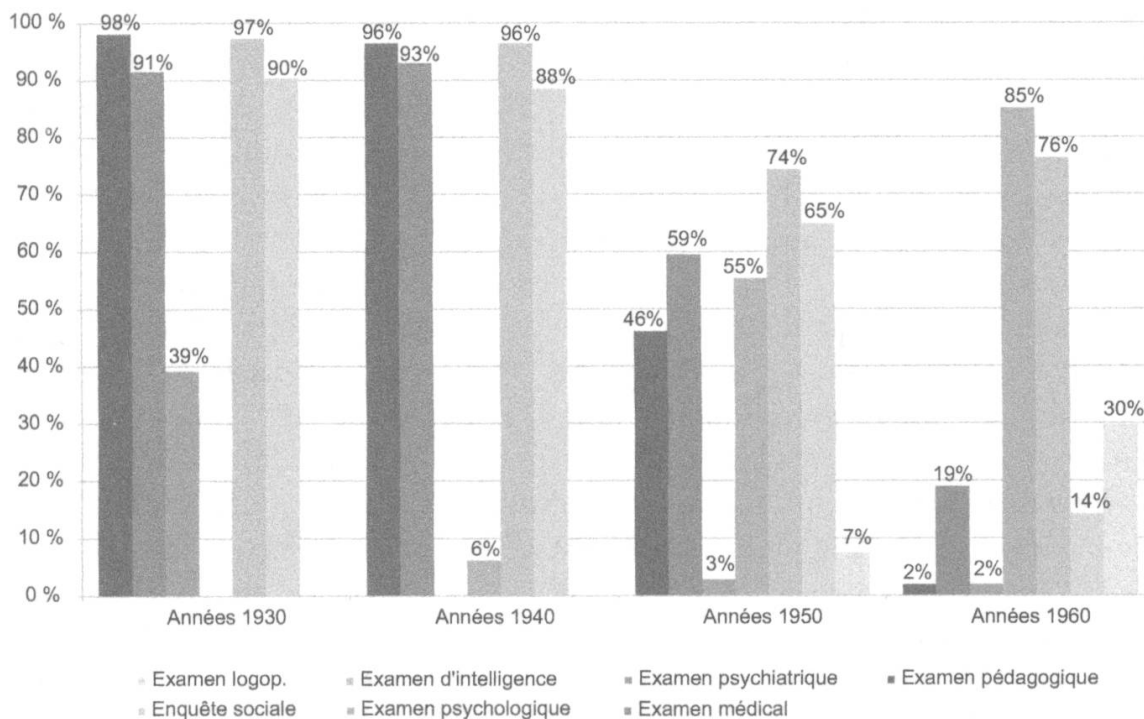


Fig. 1: Présence des examens et enquêtes par dossier (1930–1969).

La position dominante acquise désormais par la psychologie, fondant les discours et les pratiques du SOE, implique la relégation de la pédagogie, mais aucunement de la médecine. Au contraire, l'action du médecin reste constante, mais elle se modifie dans son exercice. Ainsi, l'examen médical proprement dit est toujours plus dévolu à d'autres institutions qui prennent en charge des enfants et jeunes gens souffrant de troubles mentaux ou physiques (Service de santé de la jeunesse, Centre psycho-médical, Polyclinique psychiatrique, Institut pathologique ou encore Clinique pédiatrique). Suite au décès du directeur Laravoire, l'arrivée du médecin psychiatre Yves Chesni (1920–2006) à la tête du

21 Définie par Annick Ohayon comme la volonté de s'appliquer «à la personne totale en situation» puis de la «conseiller, guérir, éduquer et rééduquer» (La psychologie clinique en France. Éléments d'histoire, in: Connexions 85 (2006), p. 13). Autrement dit, la psychologie clinique s'applique aussi à l'homme «normal». Au terme des années 1960, Maurice Reuchlin décrit cette conception qui voudrait que «seule, une étude approfondie d'individus particuliers [...] considérés en situations et en évolution, peut permettre de comprendre ces individus et peut-être, par eux, de comprendre l'homme» (Les méthodes en psychologie, Paris, 1969, p. 97).

SOE en 1955 marque l'ascendant des médecins psychanalystes et accélère la réorientation de l'investigation «sur les problèmes psychologiques et psychiatriques».²²

Le retour d'une enseignante à la direction dès 1958, Marguerite Fert,²³ ne modifie en rien cette évolution qui est moins une affaire de personne que le produit du développement rapide de la psychologie qui, sous sa dominante psychanalytique, devient très vite la discipline de référence sous tutelle de la psychiatrie.²⁴ D'autant plus que la réorganisation du Service se fait en partie sous la conduite de Juan de Ajuriaguerra (1911–1993),²⁵ médecin, psychanalyste, et titulaire de la chaire de psychiatrie de l'Université de Genève depuis 1959.²⁶ La figure de «l'enfant difficile», observé, évalué et traité, est qualifiée désormais en «enfant perturbé»²⁷ ou, plus généralement, en «enfant inadapté».²⁸ Les nouvelles équipes médico-pédagogiques sont alors dirigées par un psychiatre assisté de plusieurs psychologues, «chargés de l'étude des capacités intellectuelles et de l'état affectif» des enfants signalés et parfois accompagnés d'une logopédiste et d'une assistante sociale.²⁹ La nomination à la chaire de psychiatrie de l'enfant en 1960 du médecin et psychanalyste René Diatkine (1918–1997), qui entretient une étroite collaboration avec de Ajuriaguerra et se consacre prioritairement à la psychanalyse des enfants, accroît le pouvoir symbolique de la psychiatrie à dominante psychanalytique au sein du SMP.³⁰

22 Marguerite Fert, L'organisation du Service médico-pédagogique de Genève, in: Études pédagogiques: annuaire de l'instruction publique en Suisse 54 (1963), p. 68–70.

23 Nommée directrice pédagogique adjointe et inspectrice des classes et des instituts spéciaux du SMP en 1956.

24 Une configuration en place au Service médico-pédagogique valaisan dès son ouverture en 1930 par le Dr André Répond (1886–1973) et la psychologue Germaine Guex (1904–1984) (cf. Catherine Fussinger, Du rôle des femmes et des hommes dans le développement de la pédopsychiatrie en Suisse romande (1930–1950), in: Jacqueline Carroy, Nicole Edelmann, Annick Ohayon, Nathalie Richard (dir.), Les femmes dans les sciences de l'homme (XIX^e–XX^e siècles), Paris 2005, p. 107–123) et qui prévaut également lors de la création de l'Office médico-pédagogique vaudois en 1942, rattaché au Département de justice et police, en dépit d'oppositions politiques à la psychanalyse (cf. Taline Garian, 75 ans de pédopsychiatrie à Lausanne. Du Bercaïl au Centre psychothérapeutique, Lausanne 2015, p. 28–30, 40–44).

25 Fert, L'organisation du Service médico-pédagogique, p. 68.

26 Marcel Bergeron, Julian de Ajuriaguerra (1911–1993), in: Bulletin de psychologie 411 (1993), p. 637–638.

27 Fert, L'organisation du Service médico-pédagogique, p. 70.

28 Le juge des mineurs Veillard à Lausanne résume bien ce changement de perception chez les professionnels de l'enfance: «Notre attitude fondamentale a changé ou est en train de changer. Le moralisme fustigateur – au propre ou au figuré – cède la place à une attitude objective et compréhensive, celle du médecin en face du malade» (De l'enfant méchant à l'enfant inadapté, in: Études pédagogiques: annuaire de l'instruction publique en Suisse 46 (1955), p. 28).

29 Fert, L'organisation du Service médico-pédagogique, p. 69.

30 Les deux médecins comptent parmi les fondateurs de la revue *La psychiatrie de l'enfant* en 1958.

Continuité et discontinuité discursives

Malgré cette inflexion décisive du corpus théorique de références au sein du SOE au milieu des années 1950 et le recul des signalements pour troubles du comportement (cf. figure 3 infra), nombre de croyances sociales, appartenant aux trois grandes catégories juridique, morale et sociale que sont la délinquance, la mauvaise conduite persistante et la sexualité précoce, perdurent dans les récits-diagnostic. En effet, un repérage à la fois quantitatif et qualitatif des différents champs notionnels utilisés dans les dossiers par décennie montre une relative stabilité du vocabulaire utilisé, notamment à connotation morale, tandis que de nouveaux lexiques à forte teneur médicale, psychologique et psychiatrique s'imposent durablement dans les années 1960.³¹

Les troubles du comportement constituent le premier motif de signalement tout au long des quatre décennies et renvoient le plus explicitement à la mission du SOE-SMP de prévenir le désordre social par son action de prophylaxie sociale sur les nouvelles générations.³² Les termes employés pour les caractériser relèvent de quatre registres: social (moral), médical, psychologique et psychanalytique (figure 2). Fruit de la représentation que l'inadaptation scolaire préfigure l'inadaptation sociale, les qualificatifs moraux sont d'abord utilisés par les enseignants, les autorités scolaires et les parents, mais les agents du SOE y ont également recours. Néanmoins, au cours des années 1950, ces derniers usent davantage d'un vocabulaire spécifique puisé dans les trois autres registres. Ils opèrent ainsi une objectivation des jugements moraux des comportements de l'enfant en les redéfinissant et en leur donnant une causalité scientifique à laquelle correspond une prise en charge idoine.

De 1930 à la première moitié des années 1950, les motifs de signalement les plus usités sont à connotation morale.³³ Qu'ils soient généralement confirmés dans les examens et dans l'intervention préconisée découle la finalité de maintien de l'ordre social du SOE. Il s'agit de comprendre, puis de traiter les causes d'une «inadaptation» scolaire ou sociale comprise alors comme le produit d'«un complexe familial que l'enfant, les parents, l'école ou les circonstances ont fait naître».³⁴ Le directeur Laravoire voit en effet dans une «affectivité troublée», parce que déséquilibrée, le principal facteur psychologique de l'inadaptation des

31 Cette conception médico-psychologique de l'inadaptation scolaire et sociale reste largement dominante à Genève au moins jusqu'au terme du XX^e siècle (cf. Anne Dupanloup, *Un psychologue dans l'école. La construction sociale d'un rôle professionnel et ses enjeux*, Cahier SSED, Université de Genève 1998, p. 78).

32 Edouard Laravoire, *Le Service d'observation médico-pédagogique des écoles de Genève*, in: *L'instruction publique en Suisse: annuaire 38 (1947)*, p. 100.

33 Les motifs les plus fréquents sont: «indiscipline, nerveux, agité, violent, troubles du comportement et de la conduite, menteur, instabilité, paresseux, précocité sexuelle, inadaptation au régime scolaire, apathie».

34 Laravoire, *Le Service d'observation médico-pédagogique (1947)*, p. 98.

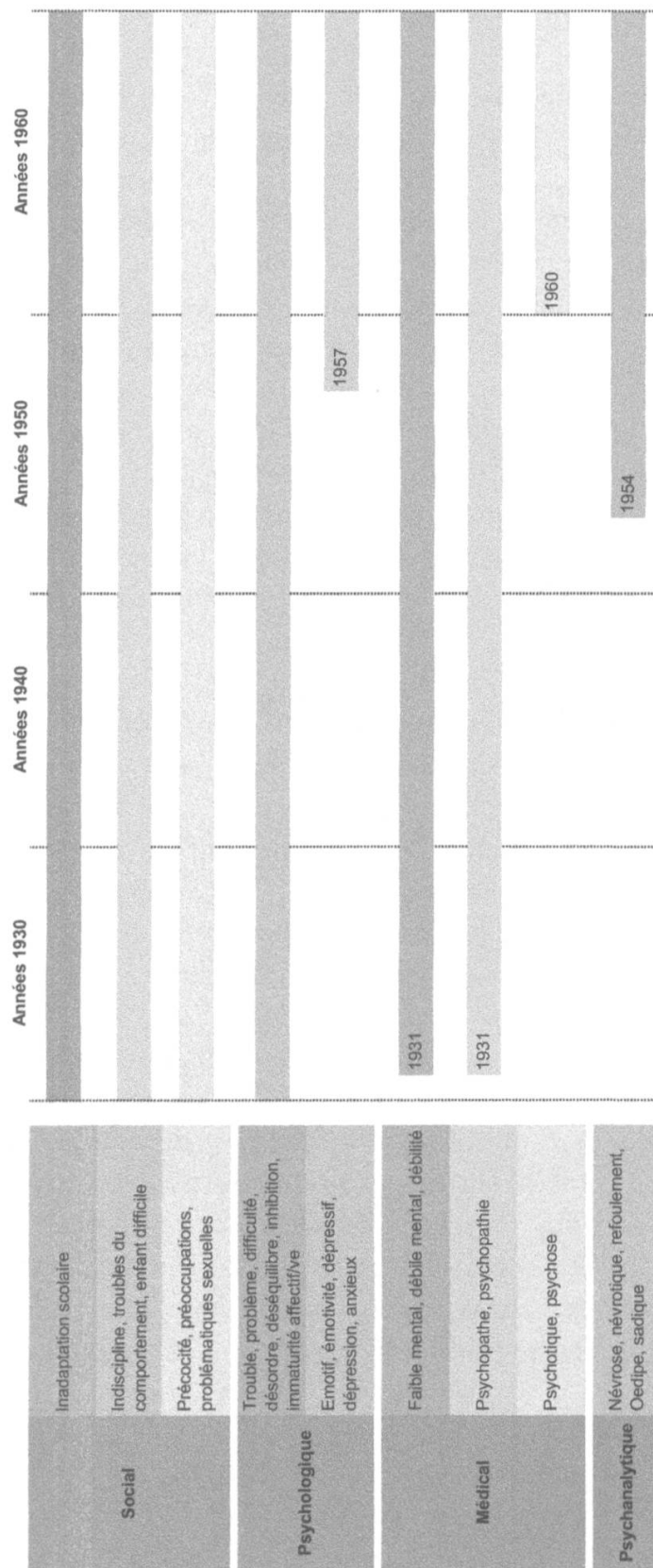


Fig. 2: Présence des termes utilisés dans le signalement et l'examen des cas signalés pour troubles du comportement (1930–1969).

enfants. Il identifie le terreau familial ou social délétère, et en particulier la famille incomplète ou désunie (désignée en termes de «désagrégation familiale»), comme cause principale des déficits affectifs.³⁵

Si la locution «carence familiale» n'apparaît qu'en 1941,³⁶ la déploration d'un manquement familial est présente dès les premières années de fonctionnement du Service, comme en témoigne le très officiel *Rapport sur la gestion du Conseil d'Etat* pour l'année 1935: «Des conditions familiales insuffisantes provoquent ou aggravent la plupart des troubles de conduite et du caractère».³⁷ Emprunté au vocabulaire médical, où il est utilisé dès les années 1920 pour caractériser un manque alimentaire, ce terme est ainsi employé par analogie comme reformulation de qualificatifs moraux de signalement pour décrire une insuffisance éducative, familiale et affective. Et même si le terme n'est pas systématiquement utilisé par le SOE, la représentation qu'il véhicule se retrouve dans ses documents et est bel et bien au principe de son action.

L'usage des expressions «carence éducative», «carence éducative familiale», voire «carence familiale», a pour effet de lier la figure de l'enfant victime à celle de l'enfant malade et de substituer le regard médical au regard moral.³⁸ S'amorce ainsi une objectivation des comportements non conformes qui trouve, dans la seconde partie des années 1950, sa forme achevée dans le diagnostic psychologique. Jusque-là, les troubles, déficits ou carences éducatifs, familiaux ou affectifs s'ancrent idéologiquement non pas dans les théories psychanalytiques, mais dans une morale familiale, c'est-à-dire dans le modèle d'une «famille régulière», dont la privation affecte les enfants dans leur «sensibilité profonde».³⁹ Edouard Laravoire est convaincu que la famille est le vecteur naturel d'une bonne éducation, notamment via la relation affective entre la mère et son enfant.⁴⁰ D'où sa grande réserve à l'égard des traitements psychothérapeutiques qui lui paraissent parfois contre-productifs et surtout contraires à l'intervention médico-pédagogique telle qu'il la conçoit d'entente avec Henry Branthmay.⁴¹

35 Edouard Laravoire, *La pédagogie des enfants difficiles*, in: *L'hygiène mentale des enfants et adolescents*, Neuchâtel / Paris 1943, p. 146.

36 Rapport administratif du Service d'observation des écoles [version annotée et corrigée], 30 janvier 1941, AEG: SG DIP, 1985 va 5.3 – année 1941, p. 2.

37 Rapport sur la gestion du Conseil d'Etat, Genève, 1936, p. 106.

38 Cf. Alain-Noël Henri, *Les destins liés de la figure du «psy» et de l'appareil de l'enfance inadaptés*, in: *Revue d'histoire de l'enfance irrégulière* 6 (2004), p. 225.

39 Rapport administratif du Services d'observation des écoles, Genève, 8 février 1947, AEG: SG DIP, 1985 va 5.3 – année 1947, p. 2.

40 Selon lui, «les dévoyés, les retardés, les indisciplinés, les vagabonds» sont presque toujours «des enfants de parents séparés ou s'entendant mal» (*Journal de Genève*, 30 janvier 1927).

41 Laravoire, *Le Service d'observation médico-pédagogique* (1947), p. 99.

Dans la mesure où l'«inadaptation à la vie collective»⁴² doit être traitée par ce qui s'apparente à une pédagogie morale, à consonance fonctionnaliste chez Brantmay,⁴³ et destinée à former un enfant responsable apte à s'insérer dans la société,⁴⁴ l'usage de termes moraux – souvent dépréciatifs – semble aller de soi, car ils sont censés indiquer l'écart aux normes scolaires et sociales. Une évidence de sens commun qui est remise en cause à l'interne, au début des années 1950, par l'instituteur devenu psychologue Jacques Dubosson. En effet, celui-ci estime que les signalements du corps enseignant primaire sont «beaucoup trop entachés de subjectivité». De multiples «approximations» entraînent, selon lui, de nombreuses erreurs dans les signalements faisant que certains enfants le sont à mauvais escient, tandis que d'autres y échappent ou alors ne sont signalés que tardivement, préteritant d'autant leurs chances d'adaptation et, plus généralement, l'efficacité de l'intervention médico-pédagogique.⁴⁵

Pour autant, les qualificatifs moraux restent d'un usage ordinaire dans le signalement tout comme sous la plume des agents du Service dans les deux décennies suivantes, rappelant la dimension socialement normative du travail médico-pédagogique nonobstant leur euphémisation croissante avec l'affirmation de l'expertise médico-psychologique.⁴⁶ En 1959, un des médecins justifie auprès des parents la nécessité de la poursuite d'une psychothérapie analytique de leur enfant de 10 ans en raison du «risque que présente [M.] d'entrer dans la délinquance si on ne le traite pas actuellement».⁴⁷ Toutefois, des années 1950 aux années 1960, les comportements enfantins faisant problème sont davantage objectivés dans les signalements, mais surtout dans les examens, par des concepts psychologiques et psychiatriques phares, comme ceux de «névrose», de «phobie» ou encore de «psychose». S'ils persistent dans la terminologie, particulièrement au stade du signalement, les «troubles de comportement» sont retranscrits en d'autres «troubles affectifs», révélés par l'usage accru des examens psychologiques investiguant les affects de l'enfant. S'ensuit l'élaboration d'un récit-diagnostic centré sur l'affectivité qui établit un rapport de causalité avec le comportement décrit.

42 Rapport administratif du Service d'observation des écoles, Genève, janvier 1945, AEG: SG DIP, 1985 va 5.3 – année 1945, p. 2–3.

43 «Le problème de l'enfant difficile ainsi posé, nous voyons se déployer devant nous la gamme riche et variée des moyens thérapeutiques qui vont de la substance chimique minérale à la cure d'âmes par l'esprit en passant par tous les degrés d'une action nuancée progressivement immatérielle» (Chimiothérapie, ophothérapie et psychothérapie, p. 92).

44 Laravoire, *La pédagogie des enfants*, p. 152.

45 Rapport, s.d. [1951], AEG: SG DIP, 1985 va 5.3.628, p. 1–3.

46 Le Congrès de la section romande de l'Association suisse pour les enfants difficiles en 1951 la reconnaît par une division du travail qu'il établit entre les enseignants et les psychologues: «les premiers tenant compte de l'action primordiale de l'action éducative, les seconds plus soucieux qu'autrefois de saisir les ressorts de la conduite» (Journal de Genève, 17 octobre 1951, p. 4).

47 Rapport d'examen, 4 février 1959, AOMP: dmp 909.

Ainsi en est-il d'un élève de quatrième primaire signalé en 1957 par sa maîtresse, qualifié d'«enfant difficile», menteur et méchant avec ses camarades. Après examen, le SOE conclut à un trouble du comportement consécutif à une carence affective dans un contexte de divorce des parents.⁴⁸ Ou encore de cet autre élève de six ans qui peine à suivre l'enseignement ordinaire, provoque des conflits aux récréations et se montre tantôt triste, tantôt gai. La psychologue interprète ses «difficultés» comme relevant d'«instabilités psychomotrices d'origine affective», notamment «réactionnels» à son adoption et donc «à la peur d'une nouvelle séparation».⁴⁹

Au fil des décennies, ces terminologies savantes se diffusent socialement, d'abord dans le corps enseignant puis chez les parents. Cette vulgarisation explique pourquoi les termes utilisés pour signaler les enfants sont toujours plus à connotation psychologique ou médicale et moins morale. Cette évolution correspond à une modification des propriétés du signalement qui devient, d'une part, de plus en plus un acte parental et, de l'autre, voit les difficultés d'apprentissage (difficultés scolaires et troubles du langage) prendre le pas sur les troubles du comportement comme premier motif.

Le renversement des motifs de signalement

Si le signalement reste avant tout le fait des enseignants et des autorités scolaires, la contribution des parents augmente continuellement pour atteindre près de 40 % dans les années 1960.⁵⁰ Dans cette dernière décennie, les parents des nouvelles classes moyennes salariées sont même les premiers à signaler leur progéniture, souvent sur le conseil pressant des enseignants. Comme ils doivent une bonne part de leur situation socioprofessionnelle à leur capital scolaire, ils s'inquiètent du «bon» parcours de leur progéniture et s'efforcent de la «sortir de la médiocrité» scolaire.⁵¹ La psychologisation de l'entendement parental et l'intérêt familial croissant pour la scolarité, perçue comme un moyen réaliste d'ascension sociale ou simplement promesse d'une vie plus confortable, réduisent d'autant la charge d'indignité qu'implique le signalement de son enfant. Nombre de ces parents dits «collaborants» développent des attentes importantes envers l'intervention médico-pédagogique à l'exemple de ceux qui, en 1969, se sentent floués par le SMP quant à l'efficacité promise du passage, prévu comme

48 Rapport, 18 mars 1957, et Note du Service d'observation des écoles au Service médical, 17 août 1957, AOMP: dmp 847.

49 Rapport, 13 juillet 1961 et «Résumé du cas», juillet 1963, AOMP: dmp 1068.

50 Sur la base de notre échantillon de dossiers, on constate que les signalements parentaux augmentent notablement entre 1930 et 1969: de 17 % à 38 % entre les années 1930 et 1960, tandis que ceux des agents du DIP régressent de 67 % à 44 % au cours de la même période.

51 Troisième signalement suite à l'enquête scolaire, février 1953, AOMP dmp 654.

temporaire, de leur enfant en «classe d'adaptation» qui pourtant se pérennise depuis quatre ans et suscite leur colère.⁵²

La diffusion du champ notionnel médico-pédagogique permet ainsi à des parents d'y puiser la «raison» de la perturbation de l'ordre scolaire par leur enfant ou de sa peine à soutenir le rythme des apprentissages de l'enseignement ordinaire (les deux allant souvent de pair) pour le signaler en toute bonne conscience. Ces demandes parentales alimentent à leur tour le système de prise en charge médico-pédagogique dès le milieu des années 1950, la «réussite» scolaire devenant un enjeu toujours plus crucial de l'insertion socio-économique et le besoin de main d'œuvre qualifiée se faisant alors pressant.⁵³

Cet investissement parental se manifeste par l'augmentation des signalements pour difficultés scolaires au détriment de ceux pour comportements déviant à la forme scolaire ou aux normes sociales, qui restent néanmoins les principaux motifs pour l'ensemble de la période étudiée (figure 3).⁵⁴ En quatre décennies, les signalements pour difficultés scolaires augmentent régulièrement passant d'un quart dans les années 1930 à plus d'un tiers dans les années 1950, où ils font presque part égale avec les troubles du comportement. Cette hausse est couplée dès le milieu des années 1950 avec l'apparition des troubles du langage qui deviennent rapidement un motif important de signalement. Ce taux augmente tout au long de la décennie suivante pour concerner plus d'un élève sur cinq (21,8%). Ainsi, la proportion cumulée des difficultés scolaires et des troubles du langage continue de progresser pour atteindre près de la moitié des signalements dans la décennie 1960 (48,1%), loin devant les troubles du comportement (36,5%).

Le dépistage et le traitement des troubles du langage (logopédie) deviennent une pleine composante du travail médico-pédagogique dans la mesure où un «développement normal du langage» est désormais considéré comme «fondamental pour l'enfant parce que sa pensée abstraite et son équilibre émotionnel en dépendent».⁵⁵ L'enfant «dys» devient alors une nouvelle figure de «l'inadaptation» scolaire qui prend réalité sous de multiples vocables («dyslexie, dysorthographe, dyspraxie, dysphonie, dysphasie, dysharmonique» puis «dysmorphique, dyslalie» et «dysarthrie»). Cette nouvelle focalisation sur le niveau de

52 Notes, 5 juin 1969, AOMP: dmp 1129. Dans ce cas, les parents obtiennent malgré tout de l'inspecteur un retour en classe primaire ordinaire en dépit de la lenteur persistante de leur enfant dans le travail scolaire (Rapport de fin d'année scolaire, 15 juillet 1969, AOMP: dmp 1129).

53 Cf. Christian Alain Müller, *Histoire de la structure, de la forme et de la culture scolaires de l'enseignement obligatoire à Genève au XX^e siècle (1872–1969)*, thèse de doctorat en histoire générale, Université de Genève: faculté des Lettres, 2007, p. 657–662.

54 La catégorie «troubles du comportement» est la première cause de signalement durant la période 1930–1969, même si elle régresse fortement au cours de la période (de 60% dans les années 1930 à moins de 40% dans les années 1960).

55 Yves Chesni, *Le service orthophonique des écoles et les classes de lecture*, in: *Travaux du Service médico-pédagogique de Genève*, Genève 1957, p. 63.

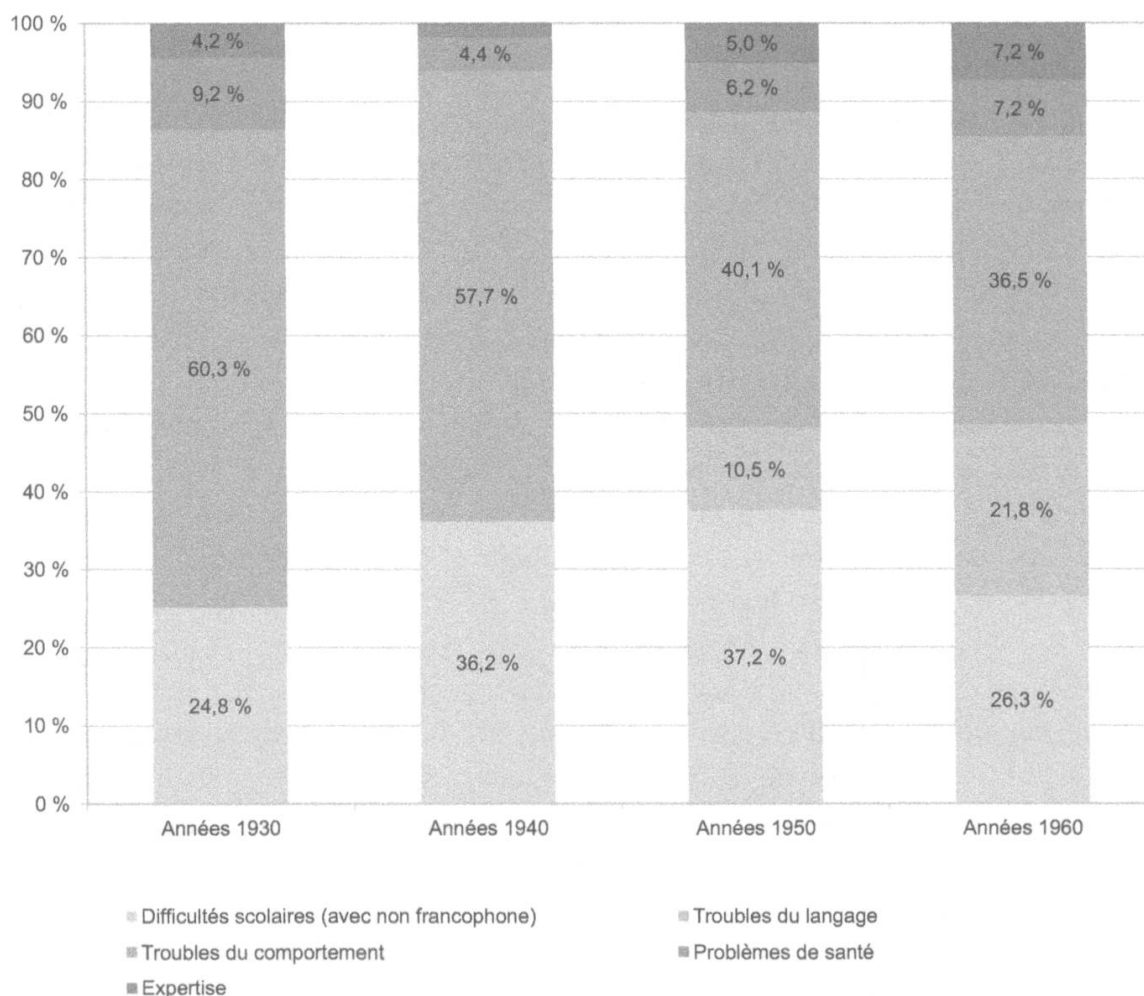


Fig. 3: Motifs des signalements par décennie (1930–1969).

maîtrise de la langue française à l'école primaire est pour partie l'effet d'une indéniable élévation des exigences scolaires quant à son apprentissage et à sa maîtrise par les élèves jusqu'aux années 1960.⁵⁶

L'emprise du médico-psychanalytique

Les années 1950 se caractérisent à la fois par un développement et une différenciation accrue du jargon médico-pédagogique au service de récits-diagnostic toujours plus psychologisants sur l'enfant «inadapté». S'y ajoute une mesure de l'écart à la normalité psychologique ou physiologique toujours plus

⁵⁶ Christian Alain Muller, Anne Werffeli, Culture scolaire et élévation du niveau moyen de formation. Les pratiques de l'enseignement de la composition à l'école primaire à Genève de 1886 à 1969, in: Juri Meda, Davide Montino, Roberto Sani (eds), *School Exercise Books. A Complex Source for a History of the Approach to Schooling and Education in the 19th and 20th Centuries*, vol. 2, Florence 2010, p. 1085–1101.

décrite par l'usage des préfixes «hypo» et «sub» (la carence) ainsi que «hyper» et «sur» (l'excès) dessinant en creux une représentation idéale du développement de l'enfant faite d'un équilibre que les agents médico-pédagogiques conçoivent comme naturel. Ainsi, les déterminants sociaux et historiques sont ignorés, en particulier la classe sociale d'appartenance,⁵⁷ et le milieu familial n'est compris que comme un perturbateur ou un facilitateur du développement individuel de l'enfant. L'ample recours au qualificatif «réactionnel»,⁵⁸ généralement associé à «état» et «troubles», exprime bien le déséquilibre éducatif comme principal facteur de l'inadaptation scolaire, et a fortiori sociale.

Sous l'influence d'une psychiatrie⁵⁹ et d'une psychologie toujours plus imprégnées de psychanalyse,⁶⁰ le lexique se diversifie encore. C'est ainsi que la menteuse devient une «mythomane»,⁶¹ la tristesse de la «dépression»,⁶² l'agitation d'une élève de 10 ans de l'«hystéro-phobie»⁶³ ou encore un «comportement égocentrique, ludique et infantile» à 7 ans de «l'immaturité affective».⁶⁴ Les rêves se muent en «états oniroïdes» et les cauchemars en «pavor nocturnus».⁶⁵ La psychanalyse accentue alors sa domination interprétative,⁶⁶ notamment au moyen du concept de «l'Œdipe» qui devient un des principaux topos explicatifs au SMP. Un adolescent de quinze ans, reconnu «intelligent», est dépeint, par exemple, comme présentant une «attitude réactionnelle à l'abandonnisme» causée par un «fort Œdipe insurmonté» et, de ce fait, encourrait un risque «d'évolution névrotique».⁶⁷

Pour ces experts, nombre de comportements sont également imputables à la psychose («pré-psychotique, noyau psychotique, débile psychotisé»), à la névrose («structure pré-névrotique») ou encore à des «crise[s] d'originalité juvénile» et «d'opposition» dont la définition reste obscure parce qu'elles sont

57 Or, on constate une nette surreprésentation des enfants des classes populaires dans les signalements (respectivement 73 %, 62 %, 59 % et 50 % au fil des décennies). La baisse continue de ce taux s'explique par la rapide moyennisation de la structure sociale à Genève durant cette période, faisant que la proportion des enfants de classes moyennes signalés double dans le même temps (de 25 % à 46 %).

58 Date de la première occurrence constatée de «l'état réactionnel» dans les dossiers dépouillés: Polyclinique de psychiatrie, «Signalement», 30 novembre 1955, AOMP dmp 745.

59 Apparaissent «borderline, schizophrénie, anorexie, autisme infantile de Kanner, prépsychose, psychasthénie, caractériel, obsession» ainsi que le terme «somatiser».

60 Sont notamment distingués la «crainte de la castration, la tendance anxieuse, la phobie, les névroses [notamment scolaires], les relations objectales et l'hospitalisme».

61 Rapport fin d'année, classe d'adaptation, 20 juin 1969, AOMP: dmp 1190.

62 Notes, octobre 1959, AOMP: dmp 984.

63 Résumé du cas, mars-avril 1967, AOMP: dmp 1327.

64 Examen psychologique et langagier, décembre 1962, AOMP: dmp 1139.

65 Rapport médico-psychologique à un psychiatre scolaire à Bâle, 1962, AOMP: dmp 1097.

66 Dont voici quelques exemples: «attitude captative, névrosisation secondaire dépressive, fixation psychosexuelle nettement narcissique, fixation œdipienne».

67 Résumé de l'observation, 11 octobre 1960, AOMP: dmp 1053.

peu caractérisées.⁶⁸ De même, la sexualité devient plus que jamais un indicateur de comportements liant puberté et adolescence comme l'indique l'usage des termes « ambivalence sexuelle », « homosexualité » et « tendances perverses ». Les années 1960 accentuent cette transformation langagière en matière de « problèmes » de l'enfance et de la « jeunesse » (terme qui se généralise alors),⁶⁹ témoignant de la pratique croissante de la psychanalyse dans l'analyse de la santé mentale en particulier et de son poids nouveau dans le discours médico-pédagogique.

Le raffinement de la terminologie et l'accroissement de l'usage de concepts psychologiques, psychiatriques et psychanalytiques n'entraînent cependant pas dans les signalements une augmentation notable des problèmes de santé mentale proprement dit. Leur taux reste bas dans les statistiques du Service, variant de 3 % à 6 % environ selon les décennies. Il en est de même pour la santé physique, dont le taux oscille entre 1 % et 2,5 %. À l'évidence, ces affections concernant un nombre limité d'enfants, dépistés de plus en plus précocement, sont traitées en dehors du SMP qui, lui, se centre sur les difficultés scolaires et troubles de comportement.

Si jusqu'aux années 1950, ce sont les tares héréditaires physiologiques comme facteurs somatiques des troubles de l'enfant qui sont investiguées par Henry Brantmay, la question de l'« hérédité » s'approfondit et se développe dans les années 1960 par la prise en compte de sa dimension psychologique, voire même psychosomatique, que l'on estime également susceptible d'une transmission générationnelle. Un type de récit-diagnostic dont les notions se propagent peu ou prou aux parents comme le rapporte cette institutrice en 1963 au sujet d'un couple souffrant, selon elle, « d'un complexe d'auto-accusation » et expliquant « certaines faiblesses de leur enfant par l'hérédité de leurs propres faiblesses ».⁷⁰

Dans les dossiers s'achève alors le processus de conversion du récit moral en récit médical: un « voyou » de 7 ans est d'abord diagnostiqué « caractériel » puis « dépressif » l'année suivante⁷¹ tandis qu'un « indiscipliné » de 8 ans se mue en un jeune « prépsychotique ».⁷²

⁶⁸ Respectivement: Conclusions examen, 26 février 1960, AOMP: dmp 868; Examen psychologique, avril-juin 1963, AOMP: dmp 1166; Examen psychologique interne, novembre-décembre 1961, AOMP: dmp 1087.

⁶⁹ Cf. Pierre Bourdieu, *La jeunesse n'est qu'un mot*, in: *Questions de sociologie*, Paris 1992, p. 143-154; cf. Jean-Michel Reymond, Patrice Huerre, Martine Pagan-Reymond, *L'adolescence n'existe pas. Histoire des tribulations d'un artifice*, Paris 1990.

⁷⁰ Rapport de la maîtresse enfantine au SMP, 3^e primaire, 16 octobre 1963, AOMP: dmp 1187.

⁷¹ Notes de suivi, juin 1967, et Examen de contrôle en vue d'orientation scolaire, juin 1968, AOMP: dmp 1323.

⁷² Résultat examen, février 1964, AOMP: dmp 1093.

Cette bascule discursive va de pair avec une modification significative de l'évaluation médico-pédagogique qui, par son caractère officiel, a des conséquences pratiques directes au-delà du seul système scolaire. En effet, le Tribunal des mineurs appuie notamment ses décisions sur la base des rapports du SMP à forte dominante psychanalytique. Significatif est à cet égard cette expertise réalisée en 1961 par un médecin du SMP dans laquelle «l'intolérance à l'autorité» d'un adolescent est expliquée par «une névrotisation secondaire dépressive» avec «des tendances obsessionnelles» et «une fixation psychosexuelle nettement narcissique». ⁷³

Un discours de pouvoir

Au fil de 40 ans de discours médico-pédagogique et de son évolution, on observe l'imprégnation sociale, d'abord vers les enseignants puis vers les parents, des représentations et des catégories de pensée que véhicule le discours médico-pédagogique. Deux périodes se dégagent dans le processus historique de la fabrication de ce discours sur «l'enfant difficile» puis «inadapté» à Genève, de 1930 à 1970, dont le mitan des années 1950 marque une inflexion décisive, que l'on peut décomposer en trois césures majeures et corrélées. La première, et la plus décisive, est la prévalence toujours plus forte des récits-diagnostic des psychologues et des psychiatres sur ceux des pédagogues qui engendrent une psychologisation rapide de la perception et de l'intelligibilité des faits scolaires et du comportement des élèves. La seconde voit le renversement de la prépondérance des motifs de signalement des troubles du comportement vers les difficultés scolaires et en particulier les troubles du langage. La troisième césure se manifeste par la dépendance accrue des parents des nouvelles classes moyennes salariées en pleine expansion aux verdicts scolaires qui les amène à devenir les principaux pourvoyeurs de signalements dans les années 1960 (souvent sur la prescription des enseignants).

De par la psychologisation croissante de l'expertise médico-pédagogique, au point qu'il serait plus juste de la qualifier de médico-psychologique, les récits-diagnostic issus du SOE doivent une part toujours plus grande de leur autorité aux jargons scientifiques. La caution de la science, importante durant les deux premières décennies d'existence du Service en raison de la place qu'y tient alors la médecine (examen systématique des enfants signalés), en ressort puissamment renforcée par un accroissement de l'effet d'objectivation comme le montre le net recul des qualificatifs moraux pour diagnostiquer et justifier l'intervention médico-pédagogique. Cette requalification des troubles d'adaptation de l'enfant, en termes a priori neutres socialement, tend à les naturaliser et limite l'impres-

⁷³ Expertise, juin 1961, AOMP: dmp 1075.

sion d'arbitraire associée à l'obligation de satisfaire des normes sociales et scolaires imposées par le système d'enseignement. Avec les années 1950, les agents médico-pédagogiques ajoutent l'autorité que procure le prestige de la science à celle de l'Etat qu'ils exercent déjà par délégation. Il résulte de cette combinaison d'autorité un accroissement de leur légitimité au sein du système d'enseignement et, incidemment, auprès des familles. Pour la portion d'élèves qui, pour différentes raisons, peine à répondre aux exigences spécifiques de la forme scolaire, le discours médico-pédagogique énonce des jugements dotés désormais d'une efficacité symbolique et pratique accrue.

Les modalités de l'imposition d'un discours et de dispositifs pédagogiques, de traitements psychologiques ou logopédiques évoluent durant ces quarante ans. Dès les années 1930, les agents médico-pédagogiques s'efforcent de convaincre moralement les familles de se soumettre à leurs décisions puis à leurs interventions. Les parents non collaborants ou récalcitrants sont systématiquement renvoyés à leurs responsabilités légales et morales via différentes formes d'admonestation, de menaces et parfois de sanctions.⁷⁴ Au cours des années 1950, les professionnels du SMP usent davantage d'une rhétorique de «l'aide» à la scolarité et du «bien» de l'enfant, assortie de justifications à caractère scientifique qui favorisent la collaboration des familles et facilitent leur acceptation des expertises médico-pédagogiques. Ainsi, la légitimité de ce discours n'est que rarement questionnée ou remise en cause.

En conséquence, le discours médico-pédagogique se révèle comme un discours de pouvoir par son caractère informatif et performatif parce qu'il vise moins à convaincre de son bien-fondé que de prescrire et imposer l'intervention par l'arrangement convergent des différents récits-diagnostic (jugements) pour lesquels on constate l'absence de désaccords significatifs. Une unité idéologique confortée à la fin des années 1950 par la prépondérance de la psychanalyse dont les schèmes de pensée et d'action font la quasi-unanimité chez les agents du Service et explique pourquoi ce discours ne justifie jamais vraiment ses fondements qu'ils soient d'ordre légal, moral ou scientifique.⁷⁵

Ces manières de représenter l'enfant «difficile» puis «inadapté» dans le discours médico-pédagogique à Genève entre 1930 et 1970 excluent de manière continue les déterminations sociale, économique ou culturelle des cas pour ne retenir toujours plus que leurs éléments médico-psychologiques. Ainsi, ces représentations successives apparaissent aux agents médico-pédagogiques d'au-

⁷⁴ Pouvant aller jusqu'à l'exclusion de l'enfant de l'école publique. Pour satisfaire à l'obligation légale de la scolarité obligatoire portée à 15 ans à Genève en 1933, les parents sont alors tenus de garantir une instruction à leur enfant à leurs frais.

⁷⁵ Fonction qui est sciemment promue en 1958 par la psychiatre, professeure de psychologie et psychanalyste Juliette Favez-Boutonnier (1904–1993): «La psychanalyse contribue donc à substituer à un ensemble d'observations fragmentaires une hypothèse globale concernant la situation de l'enfant inadapté» (cité in Maurice Reuchlin, *Les méthodes en psychologie*, p. 109).

tant plus justifiées qu'elles se présentent comme objectives scientifiquement et neutres socialement et qu'elles sont routinisées. Sauf exception, ces agents ne sont pas en mesure de saisir à quel point elles déterminent leurs pratiques.

Christian Alain Müller, Laboratoire d'histoire sociale et culturelle de l'éducation [LHiSCE], Genève, christian.muller@lhisce.ch

Grégory Kloos, LHiSCE, Genève, gregory.kloos@lhisce.ch

Martine Ruchat, LHiSCE, 4 place de la Navigation, 1201 Genève, martine.ruchat@unige.ch