

Hors
série

75 ans de pédopsychiatrie à Lausanne

Du Bercaïl au Centre psychothérapeutique

Taline Garibian



éditions
B H M S

75 ans de pédopsychiatrie à Lausanne
Du Bercail au Centre psychothérapeutique

Taline Garibian

75 ans de pédopsychiatrie à Lausanne
Du Bercail au Centre psychothérapeutique

Avant-propos de Jean-Michel Henny

Président du Conseil de la Fondation de l'Hôpital de l'Enfance de Lausanne en charge de la direction du Centre psychothérapeutique

Préface de François Ansermet

Professeur de psychiatrie d'enfants et d'adolescents à l'Université de Genève

Postface

d'Olivier Halfon

Professeur en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à l'Université de Lausanne

&

Philippe Nendaz

Chef de l'Office de l'enseignement spécialisé du Canton de Vaud, Lausanne

**Hors
série**

Publié avec l'appui de la / du

- Fondation de l'Hôpital de l'Enfance de Lausanne,
- Cercle des lecteurs et des lectrices des Editions BHMS.

Que chacun trouve ici l'expression de nos vifs remerciements.

Les Éditions BHMS publient trois séries :

- Bibliothèque d'histoire de la médecine et de la santé ;
- Sources en perspective ;
- Hors-série.

Direction : Vincent Barras et Brigitte Maire

Rédaction : Brigitte Maire

Institut universitaire d'histoire de la médecine et de la santé publique
(CHUV & Faculté de biologie et de médecine de l'Université de Lausanne),
Av. de Provence 82, CH-1007 Lausanne

Email : bhms@chuv.ch

Site internet : www.chuv.ch / iuhmsp / ihm_bhms

Les Éditions BHMS portent le label  **anthropos** décerné par
l'Université de Lausanne

Couverture : *Moment de jeu à l'Hôpital de l'Enfance*, autour de 1990.
Photographie et crédit : Claude Bornand, avec son aimable autorisation,
Archives de l'Hôpital de l'Enfance

Graphisme de couverture : François Meyer de Stadelhofen

Maquette et mise en pages : Brigitte Maire

Relecture du présent volume : Brigitte Maire et Vincent Barras

Recherche iconographique : Roxane Fuschetto et Martine Meyer

© 2015 Éditions BHMS, Lausanne

ISBN 978-2-940527-01-4

ISSN 1664-9915

SOMMAIRE

NOTE LIMINAIRE	IX	<i>Le bureau de protection des mineurs</i>	15
		<i>Le Bercail : une maison pour enfants nerveux</i>	16
		<i>La psychiatrie : l'enfant retardé de la médecine ?</i>	19
AVANT-PROPOS			
de Jean-Michel Henny	XI		
PRÉFACE			
de François Ansermet	XIII		
75 ANS DE PÉDOPSYCHIATRIE À LAUSANNE DU BERCAIL AU CENTRE PSYCHOTHÉRAPEUTIQUE	1		
I. LES PREMIERS PAS DE LA PÉDOPSYCHIATRIE ET LA PROTECTION DE L'ENFANCE	3	II. PROTECTION OU RÉPRESSION DE L'ENFANCE AU SEIN DU DÉPARTEMENT DE JUSTICE ET POLICE	25
Venir en aide à l'enfance malheureuse	3	Un réseau pluridisciplinaire	25
<i>Assistance publique, pédagogues et médecins pour l'enfance en difficulté</i>	3	L'Office médico-pédagogique vaudois	28
<i>Le système scolaire et les inadaptés</i>	5	<i>Entre le corps et l'esprit</i>	29
<i>Les médecins des écoles, pionniers de la pédopsychiatrie</i>	7	<i>Le travail avec les familles</i>	34
La constitution d'un champ disciplinaire	9	<i>Le placement comme solution</i>	36
<i>Entre psychiatrie et psychologie</i>	10	Entre observation et traitement au Bercail	38
<i>La médicalisation des problèmes de l'enfance</i>	11	<i>La psychanalyse et le paradigme biomédical sont-ils compatibles ?</i>	40
<i>La spécialisation, une condition pour se faire une place ?</i>	12	<i>Psychothérapies et mesures éducatives</i>	41
<i>Freud est-il à la pédopsychiatrie ce que Lister est à la chirurgie ?</i>	14	<i>La montée en puissance de l'éducation</i>	44
Le Bercail et les fondements d'un réseau institutionnel	15	Le pédopsychiatre et le délinquant	47
		<i>L'arrivée de la psychiatrie dans les procédures pénales des mineurs</i> ..	47
		<i>L'étiologie et la prophylaxie de la délinquance des mineurs</i>	49
		<i>Ce que la psychanalyse dit de la délinquance</i>	50
		III. UN NOUVEL ORDRE PSYCHO-ÉDUCATIF : LE CENTRE PSYCHOTHÉRAPEUTIQUE	55
		Le nouveau Service de protection de la jeunesse	55
		<i>La lente gestation d'un service centralisé</i>	56
		<i>Un secteur gagné par la spécialisation</i>	59

<i>Quelle place pour la psychiatrie infantile dans les structures étatiques et hospitalières ?</i>	62	POSTFACE	
<i>L'OMPV : un service hospitalier et universitaire</i>	64	d'Olivier Halfon & Philippe Nendaz	113
De nouvelles formes de prise en charge	66	SOURCES ET BIBLIOGRAPHIE	117
<i>Aux origines de l'Hôpital de jour</i>	67	Fonds d'archives consultés	117
<i>Vers une collaboration plus étroite avec les parents ?</i>	70	Travaux édités	117
<i>Un nouveau Centre psychothérapeutique</i>	72	Documents vidéo	122
<i>Les patients du Centre psychothérapeutique</i>	73	ANNEXES	123
L'approche clinique	77	Liste des abréviations	123
<i>La folie est-elle contagieuse ?</i>	78	Chronologie	123
<i>Les carences maternelles</i>	79		
<i>Symptômes, nosographie & diagnostic</i>	80		
IV. LA PÉDOPSYCHIATRIE			
ENTRE SCIENCE BIOLOGIQUE ET ÉDUCATIVE	85		
Une nouvelle division pédopsychiatrique	85		
<i>La division de pédopsychiatrie</i>	86		
<i>Pédopsychiatrie et pédiatrie :</i>			
<i>les premiers pas d'un rapprochement</i>	87		
<i>Développer la psychiatrie de liaison</i>			
<i>et revaloriser la dimension médicale ou hospitalière</i>	90		
<i>Après la pédiatrie, la neuropédiatrie</i>	92		
Psychanalyse et neurosciences :			
comment la théorie influe sur la pratique	95		
<i>Faire de la psychanalyse en pédiatrie : une approche clinique</i>	95		
<i>La psyché face au préfixe « neuro »</i>	98		
<i>Vers une approche plus biologique des troubles mentaux ?</i>	100		
Un modèle sous pression	102		
<i>Quelle place pour l'institution ?</i>	103		
<i>L'institution à l'épreuve de la violence</i>	103		
<i>Un équilibre à l'intersection de l'éducatif, du pédagogique</i>			
<i>et du médical</i>	105		
« UN HÔPITAL POUR SOIGNER LES PROBLÈMES »	111		

NOTE LIMINAIRE

La recherche historique à la base de cet ouvrage a pu être réalisée grâce à une aide généreuse de la Fondation de l'Hôpital de l'Enfance de Lausanne. La supervision scientifique en a été assurée par Vincent Barras, professeur d'histoire de la médecine à l'Université de Lausanne, et le manuscrit final a bénéficié de la relecture attentive de François Ansermet, professeur de psychiatrie d'enfants et d'adolescents à l'Université de Genève, Olivier Halfon, professeur en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à l'Université de Lausanne et Philippe Nendaz, chef de l'Office de l'enseignement spécialisé du Canton de Vaud, qui en ont signé respectivement la préface et la postface, de Philippe Stephan, maître d'enseignement et de recherche à l'Université de Lausanne, ainsi que des membres du Conseil de la Fondation de l'Hôpital de l'Enfance de Lausanne.

AVANT-PROPOS

LE CENTRE PSYCHOTHÉRAPEUTIQUE EST-IL UNE ÉCOLE OU UN HÔPITAL ?

C'est en tout cas un port à l'abri des tempêtes où les bateaux chahutés par la grosse mer viennent chercher refuge. C'est un havre où les enfants qui y accostent peuvent se refaire une santé loin des turbulences du monde. Certains y passent la journée, d'autres complètent avec la nuit, en internat.

Les ouvriers du port ne chôment pas. Les enseignants guident leurs élèves sur les sentiers peu praticables de l'apprentissage scolaire. Dans des classes à effectif réduit, ils sont épaulés par des éducateurs qui transmettent les rudiments de la vie en société; bien savoir ne suffit pas, il faut aussi bien être. Et quand ça va trop mal, les thérapeutes (médecins, psychologues, logopédistes) apportent leur aide bienvenue. Leur intervention calme les esprits et rassure les professionnels, même si certains ont parfois l'impression que l'on empiète sur leur territoire; on appelle le corps médical au secours, mais on craint qu'il dépouille les enseignants et éducateurs de leurs prérogatives; école ou hôpital? Le port est parfois aussi agité que la haute mer. Il faut communiquer, parfois concéder; mais l'on finit par y arriver parce que l'essentiel, c'est le bien des enfants.

Les parents ne voient pas toujours le Centre comme un lieu où leurs enfants vont trouver du réconfort. Là aussi, il faut communiquer, discuter, convaincre: votre fils est à l'école, mais a besoin d'un suivi médical soutenu.

Un port où autant d'ouvriers sont à l'œuvre coûte cher. Ceux qui paient les salaires et les charges d'exploitation, du secteur péda-go-éducatif, par le Service de l'enseignement spécialisé et de l'aide à la formation (SESAP), du secteur médical, par le Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (SUPEA), souhaitent limiter les frais et raccourcir la durée du séjour. Mais il faut parfois plus de temps que prévu pour que le bateau puisse « reprendre la mer ».

Tout cela constitue un beau défi relevé chaque jour par les médecins, les psychologues, les éducateurs, les enseignants, les logopédistes, les assistantes sociales, les équipes logistiques et administratives, ainsi que par le Conseil de direction, qui permet de concilier les missions diverses par des rencontres fréquentes entre les différents ateliers de ce chantier.

L'Hôpital de l'Enfance va rejoindre le Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) sur le site du Bugnon, à Lausanne, dans quelques années. Mais le Centre psychothérapeutique restera à Montétan. Il va peut-être même s'y agrandir car les besoins



sont en augmentation. La Fondation de l'Hôpital de l'Enfance continuera à œuvrer pour maintenir et développer cette structure pluridisciplinaire nécessaire à tout le canton.

Cet anniversaire est l'occasion de remercier tous ceux qui ont œuvré ou œuvrent encore pour accompagner des milliers d'enfants et leur permettre de grandir et d'apprendre. Comment les remercier tous sans risquer d'oublier l'un ou l'autre? Chacun a, d'une façon ou d'une autre, à un moment ou à un autre, donné une part de lui-même à l'institution «Bercaïl-CPT». Ainsi, en citant Sœur Claire Frommel, Mademoiselle Augusta de Sévery, Messieurs les docteurs Louis Exchaquet, Lucien Bovet et Jacques Bergier, Messieurs Max de Cérenville et Antoine Vodoz, ainsi que Mademoiselle Louise Wille, artisans fondateurs, nous souhaitons marquer notre reconnaissance à tous ceux qui travaillent et travailleront encore à Montétan, pour le bien des enfants qui nous sont confiés.

Jean-Michel Henny,

Président du Conseil de la Fondation de l'Hôpital de l'Enfance de Lausanne, en charge de la direction du Centre psychothérapeutique

PRÉFACE

On ne peut détacher l'histoire d'une institution des mouvements d'idées dans lesquels celle-ci se trouve prise. Il y a ceux qui ont précédé sa création mais aussi ceux qui ont émergé de ses pratiques. Ceci d'autant plus que l'on est aujourd'hui à l'époque où l'on ne sait plus très bien quelle page de l'histoire de la psychiatrie de l'enfant est en train de s'écrire. Toutes sortes de savoirs, que l'on pensait être établis, sont mis en question, se trouvent fissurés, ce qui ne va pas sans ébranlement des pratiques. C'est ainsi qu'un retour sur l'histoire est crucial pour qui veut s'orienter dans le temps présent. L'histoire n'est pas une branche en plus, mais elle s'inscrit comme une nécessité pour penser ce dans quoi l'on est pris ou pour savoir ce que l'on produit réellement quand on agit, au-delà des conceptions explicites qui président aux pratiques.

L'époque de la fondation du Bercaïl est celle où se développe dans la psychiatrie un mouvement qui consiste à penser la maladie mentale de l'adulte sur la base d'une impasse dans l'enfance. L'adulte est vu à partir de l'enfant qu'il était. Lucien Bovet s'est certainement inscrit dans une telle perspective à partir de sa fonction au sein de la direction de l'hôpital psychiatrique de Cery, qui pouvait lui faire voir la souffrance de l'adulte – pris dans une maladie qui s'est cristallisée au cours du temps – comme une

défense contre des souffrances qui se sont jouées dans l'enfance.

Mais c'est aussi l'époque de la reconnaissance de la détresse de l'enfant comme étant une conséquence de l'abandon, de la carence précoce ou des situations traumatiques au début de la vie, telle qu'elle a été abordée par les premières générations des psychanalystes qui se sont occupés d'enfants comme Anna Freud, Mélanie Klein, ou John Bowlby à Londres, Jenny Aubry, et Françoise Dolto en France. La plupart sont partis de la clinique des enfants abandonnés. N'oublions pas qu'Anna Freud a été invitée par Lucien Bovet au Bercaïl, pour y orienter le travail clinique.

Après la mort accidentelle de Lucien Bovet, le Professeur Jacques Bergier a dirigé le Bercaïl durant de très nombreuses années, d'abord avec Louise Wille puis avec Christiane Wayss, en recevant aussi l'appui de la psychanalyste Nanon de Rahm avec qui il réalisait des psychodrames qui constituaient un axe fondamental du traitement institutionnel, selon une conception qui leur était originale. Les activités des différents intervenants – enseignants, éducateurs, assistants sociaux, psychomotriciens, logopédistes, psychologues-psychothérapeutes, pédopsychiatre, psychanalystes – trouvaient ainsi leur articulation à partir de la clinique spécifique de chaque enfant. Cette conception originale de

clinique institutionnelle était menée selon une réflexion que l'on pourrait rapprocher du courant de la psychothérapie institutionnelle qui s'est développée parallèlement en France avec François Tosquelles, Jean Oury, ou de la pédagogie institutionnelle de Fernand Oury: même si des références à ces pratiques n'apparaissent pas formellement dans la théorisation de la pratique au Bercaïl, l'on peut se demander comment ces mouvements d'idées circulaient au-delà de toute mention explicite. Cette histoire reste à faire.

Une autre source importante dans l'histoire du Bercaïl est la préoccupation pour la prévention et le traitement de la délinquance. L'engagement clinique de Lucien Bovet dans ce champ rencontrera l'intérêt politique d'un conseiller d'État, Antoine Vodoz, responsable du Département de justice et police. Cette rencontre sera d'ailleurs aussi d'une certaine manière à l'origine du développement de la pédopsychiatrie dans le canton de Vaud: l'Office médico-pédagogique sera créé quatre ans après l'ouverture du Bercaïl, en 1942, justement au Département de justice et police. Ce sont peut-être des contingences locales, mais il y a certainement une logique plus globale qui préside à ce lien, en particulier si on se réfère à la façon dont Michel Foucault pense l'anormalité chez l'enfant¹: celle-ci a en effet passé de la figure de l'arriéré² au début du 19^e siècle, pour aller ensuite vers l'individu à

corriger, jusqu'à celle de l'onaniste qui va constituer selon Foucault le berceau de la psychanalyse.

Cette origine spécifique de la pédopsychiatrie dans un rapport à la justice n'est pas isolée. L'on retrouve par exemple le même lien dans le trajet d'August Aichhorn en Autriche, éducateur et psychanalyste, qui conçoit la tendance antisociale chez les enfants comme une conséquence majeure de la carence qu'ils ont vécue antérieurement. Ces similitudes non explicitées intriguent, et mériteraient que l'on en fasse une histoire plus précise.

Rappelons que la démarche d'Aichhorn est paradoxale: il part non pas de ce qui peut s'exprimer, mais de ce qui fait «trou du sens³», suite à un traumatisme, une rupture, un échec. La carence n'est pas qu'environnementale, elle est aussi symbolique, du côté de la structure de l'enfant, le faisant buter sur un irrésolu qui détermine son passage à l'acte, que ce soit dans l'agression ou dans la fuite⁴. Quelque chose d'irreprésentable le dépasse, s'impose à lui, insiste, désorganise ce qui devrait pouvoir se mettre en place. Ce qui lui échappe insiste en excès: ces enfants sont soumis à un trop plein au-delà de ce que l'on peut repérer comme une carence. La perspective était ainsi d'offrir à l'enfant la possibilité d'exprimer sa souffrance, de la traduire grâce à la psychanalyse.

.....

- 1 Michel Foucault, «Les anormaux, 1974-75», dans: *Résumés des cours, 1970-1982*, Paris, Juillard, 1989, 71-81; Voir aussi Michel Foucault, *Les anormaux, Cours au Collège de France, 1974-75*, Paris, Gallimard/Seuil, 1999.
- 2 Avec tous les débats entre Jean Marc Gaspard Itard et Philippe Pinel à propos de Victor de l'Aveyron, autour de la place relative du traitement moral ou de l'éducation dans la prise en charge des idiots.

.....

- 3 August Aichhorn, *Jeunes en souffrance* (1925), Nîmes, Éditions du Champ social, 2000, p. 19.
- 4 Comme le précise Aichhorn, ces enfants agissent comme s'ils «n'avaient pas pu régler la situation traumatique, comme si celle-ci se tenait devant eux comme une tâche actuelle irrésolue», *Ibid.*, p. 48; voir aussi Philippe Lacadée, «La traduction d'une jeunesse en souffrance grâce à la présence du psychanalyste», dans: *L'Éveil et l'exil*, Nantes, Éditions Cécile Defaut, 2007, pp. 99-102.

Si, au-delà de ces références, le Bercaïl semble plutôt s'être d'emblée occupé d'enfants présentant des graves troubles psychiques dans la lignée psychotique ou autistique⁵, l'on pourrait dire que la préoccupation pour la tendance antisociale qui a bordé son origine a fait retour dans une période récente. Depuis une quinzaine d'année, le Bercaïl a dû faire face, de plus en plus, à une population d'enfants présentant des problématiques de violence, issus de familles dissociées, isolées, extrêmement fragilisées, où la dimension traumatique occupe une place envahissante. Les équipes se sont trouvées extrêmement déstabilisées, parfois même tout à fait débordées, avec un vécu d'être maltraitées par les enfants. L'institution a dû, malgré elle, repasser par les enjeux sur lesquels elle avait été fondée, même si c'était avec de nouveaux mots, un contexte différent, des structures familiales totalement remaniées. Cette évolution a eu pour conséquence d'entraîner de grandes difficultés pour les intervenants: la confrontation à cette nouvelle population d'enfants institutionnalisés a été douloureuse, voire traumatique...

C'est ainsi que les pratiques ont dû être repensées⁶, d'une certaine manière refondées, pour faire

face cette clinique nouvelle, afin de pouvoir dépasser le malaise⁷ qui s'était installé suite à l'émergence de la violence. Pour faire face à cette clinique aux manifestations parfois extrêmes, le Bercaïl et l'Hôpital de jour ont été regroupés en une seule institution⁸, le Centre psychothérapeutique de l'Hôpital de l'Enfance, formé d'un ensemble de petits groupes, afin de faciliter l'établissement de liens significatifs, ajustés aux besoins spécifiques de chaque enfant. Ces petits groupes de jour ont été conçus avec la possibilité d'utiliser un lieu d'hospitalisation commun, en fonction des nécessités cliniques, surtout pour aider l'enfant dans des moments de grave souffrance, dans la perspective que celle-ci ne vienne pas compromettre trop gravement son insertion dans son réseau de relations familiales et sociales.

Avec la violence, l'impasse propre au sujet peut toucher aussi celui qui pense pouvoir la prendre en charge. L'enfant, confronté à l'impossible à supporter, peut le retourner contre l'autre, y compris contre celui qui s'occupe de lui. Après avoir été rejeté, il rejette l'autre et du même coup se fait

- 5 La question des diagnostics des enfants suivis au Bercaïl n'est pas simple. N'oublions pas que cette institution s'est ouverte en 1938, alors que le diagnostic d'autisme ne date que de 1943, avec sa définition *princeps* par Leo Kanner: « Autistic disturbances of affective contact » (*Nervous Child*, 2 (3), 1943, pp. 217-250). Là aussi une histoire reste à faire de l'incidence des diagnostics sur les pratiques de la pédopsychiatrie et leur pénétration plus ou moins rapide et plus ou moins explicite dans les institutions, y compris dans le Bercaïl.
- 6 Je voudrais rendre ici hommage à ceux qui m'ont aidé à réaliser ces changements institutionnels jusqu'à mon départ en 2007 suite à ma nomination à Genève, en particulier sur le plan clinique le D^r Fouda, chef de clinique, le D^r Ariane Treu, médecin

responsable et Jean-François Simoneau, psychothérapeute institutionnel d'orientation psychanalytique, ainsi que, sur le plan de la direction du Centre, Alain Bellenot puis Michel Wosinski, avec qui nous avons recréé ensemble un dispositif capable de faire face à cette clinique difficile marquée par la violence et l'attaque aux liens.

- 7 Ce terme de malaise a été au centre d'un livre écrit autour des impasses du travail institutionnel qui peut passer par une rencontre traumatique du soignant avec lui-même; voir à ce propos François Ansermet & Maria-Grazia Sorrentino, *Malaise dans l'institution*, Paris, Anthropos, 2013 (3^e éd.).
- 8 Ce remaniement s'est fait sous mon impulsion, avec l'aide des directions qui se sont succédé, ainsi que des équipes thérapeutiques, des enseignants et des éducateurs, qui ont tous collaboré à cette réflexion commune, établie justement à partir d'une réflexion sur les cas difficiles (voir notes 6 et 16).

rejeter, avec le risque de devenir insupportable pour l'institution qui l'accueille, dans une fuite en avant qui le plonge dans un désespoir qui devient inexprimable, en dehors des troubles du comportement à travers lesquels il se manifeste. Cette perte de sens le précipite lui-même dans des conduites hors sens. C'est dans cette spirale qu'a été prise l'institution, ce qui a nécessité de la réinventer : c'est aussi ce qui fait l'intérêt – en même temps que la difficulté – du travail clinique, pédagogique ou éducatif en institution, où tout est toujours à refaire, dans chacun de ces champs.

C'est ainsi qu'avec ces enfants, la psychanalyse rencontre inévitablement la pédagogie et l'éducation, mais aussi le travail social, en un lien fondamental et nécessaire. Ce travail à plusieurs est caractéristique des pratiques institutionnelles, et doit être pensé sans clivage entre des professions et des cultures différentes. Le Professeur Jacques Bergier, qui a dirigé le Bercaïl pendant de nombreuses années, l'a fait de façon exemplaire. Il est un exemple marquant de ce que l'on pourrait appeler un médecin de l'éducation, dénomination qui le caractérise et qui allait pour lui de paire avec le fait d'orienter l'institution à partir de la psychanalyse. Il y a eu un vrai courant de cliniciens qui se sont situés entre psychanalyse et éducation. Un lien organique entre ces deux champs a même marqué le développement de la pédopsychiatrie d'orientation psychanalytique, et la lignée de ceux qui ont succédé à Lucien Bovet en témoigne, avec le professeur René Henny, un psychanalyste majeur qui a occupé la première chaire de psychiatrie de l'enfant au début des années soixante-dix, puis le professeur Walter Bettschart qui a lui-même créé à côté du Bercaïl l'Hôpital de jour, une institution également

d'orientation psychanalytique, qui s'est ouverte en 1970, introduisant une pratique nouvelle qui permettait un travail institutionnel sans séparer l'enfant de sa famille.

À propos de ce nouage structurel entre psychanalyse, éducation et pédagogie, l'on peut rappeler aussi le mouvement passionnant des pédago-analystes, en particulier en Suisse allemande⁹ au début du 20^e siècle. Parallèlement au développement de l'œuvre de Freud¹⁰, des éducateurs et des enseignants, inspirés par la psychanalyse¹¹, ont contribué à fonder une pédagogie qui prenne en compte l'inconscient, la pulsion ou le transfert. Il faudrait reprendre toute cette histoire, ainsi que celle du lien spécifique en Suisse entre protestantisme, psychanalyse et pédagogie, en particulier à travers Oskar Pfister, qui a débouché sur toute une série de travaux et d'expériences institutionnelles, qui participent à mettre en place une « pédagogie psychanalytique » fondée sur les travaux de Freud¹² – qui a lui-même, à plusieurs reprises, fait référence à l'intérêt de la psychanalyse pour la pédagogie et l'éducation¹³. Comme l'écrit Freud :

- 9 Jeanne Moll, *La pédagogie psychanalytique, Origine et histoire*, Paris, Dunod, 1989.
- 10 Mireille Cifali, *Freud pédagogue? Psychanalyse et éducation*, Paris, InterÉditions, 1982; Mireille Cifali, *Le lien éducatif: contre-jour psychanalytique*, Paris, PUF, 1994.
- 11 Comme par exemple Hans Zulliger.
- 12 Voir à ce propos la *Revue pour une pédagogie psychanalytique* fondée en 1925 par Heinrich Meng, psychanalyste, et Ernst Schneider, psycho-pédagogue, dans le but d'ouvrir l'éducation et la pédagogie à la psychanalyse.
- 13 Voir parmi les œuvres de Freud : « Intérêt de la psychanalyse », 1914, dans : *Résultats, idées problèmes*, vol. 1, Paris, PUF, 1984; *Correspondance Freud-Pfister*, Paris, Gallimard, 1966; « Sur la psychologie du lycéen », dans : *Résultats, idées, problèmes*, vol. 1, *op.cit.*, Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse, Paris, Gallimard, 1984, pp. 196–202, et bien sûr la

De toutes les applications de la psychanalyse, aucune n'a suscité autant d'intérêt et éveillé autant d'espoir et, par conséquent, a attiré autant de collaborateurs compétents que son application à la théorie et à la pratique de l'éducation des enfants¹⁴.

Autant le pari d'un rapprochement entre psychanalyse, pédagogie et éducation dans le travail institutionnel est justifié, autant sa réalisation est difficile, forçant à une certaine humilité. Comme l'énonce Freud à propos de l'application de la psychanalyse au champ des pratiques d'aide à l'enfance en détresse, telle que la conçoit Aichhorn :

Personnellement, je n'ai pris qu'une part bien modeste à cette application de la psychanalyse. J'avais fait mien très tôt le bon mot qui veut qu'il y ait trois métiers impossibles – éduquer, soigner, gouverner¹⁵.

Un lieu comme le Bercaïl rassemble en lui-même ces trois métiers impossibles : c'est une institution qu'il s'agit de gouverner, avec des enfants à qui il faut enseigner, qu'il s'agit d'éduquer, et que l'on espère en plus soigner, pour les libérer de leur souffrance.

Les 75 ans d'histoire du Bercaïl sont donc aussi 75 ans de débats avec ces trois versions de l'impossible, chacun essayant de résoudre l'équation, tant ses fondateurs que ceux qui leur ont succédé¹⁶,

préface déjà citée au livre d'August Aichhorn, *Jeunes en souffrance*, en 1925, dans : Freud, Sigmund, *Œuvres complètes, psychanalyse : vol. XVII : 1923–1925*, Paris, PUF, 1992, pp. 161–163.

14 Freud, « Préambule à la première édition de *Jeunesse à l'abandon* d'Aichhorn, 1925 », dans : Sigmund Freud, *Œuvres complètes, psychanalyse : vol. XVII : 1923–1925*, Paris, PUF, 1992, pp. 161–163.

15 Idem.

16 Du D^r Jacques Bergier au D^r Marianne Jankech, en passant par le D^r Catherine Ducommun, puis les D^r Ariane Treu, Merett

en passant chacun rencontrant différemment les mêmes points de butée, tout en cherchant à les contourner. C'est ce qui fait l'intérêt de cette histoire, pour la pédagogie, pour l'éducation, pour le travail social, mais aussi bien pour la psychanalyse, et pour la pédopsychiatrie aussi, dont l'émergence doit beaucoup à l'*alma mater* de cette institution qui a joué un rôle fondateur pour les développements ultérieurs de cette spécialité.

Les trois métiers impossibles convergent sur l'enfant, un être en devenir : un devenir qu'il s'agit d'ouvrir au possible au-delà des impasses dans lesquelles il est pris. Les débuts de la psychanalyse avec l'enfant sont marqués par une idée déterministe, selon laquelle l'on cherche à expliquer l'adulte à partir de l'enfance qu'il a vécue. Les métiers qui constituent l'institution sont d'autant plus impossibles que l'enfance de chacun reste inaccessible à l'adulte qu'il est devenu. Et pourtant, comme Freud, on ne peut que reprendre l'énoncé du poète William Wordsworth « L'enfant est le père de l'homme¹⁷ ». C'est l'enjeu de l'enfance quant au devenir. On retrouve ce même positionnement dans la façon dont Freud lit le cas de Léonard de

Vallon, jusqu'à l'équipe actuelle avec le D^r Philippe Stephan ; il faudrait aussi citer le côté institutionnel – après Louise Wille puis Christiane Wayss (avec qui j'ai collaboré si longtemps) – Françoise Poget, Marianne Loup, Alain Bellenot, Michel Wosinski ; et encore les assistantes sociales ainsi que les psychothérapeutes institutionnels comme Blaise Narbel – je regrette de ne pouvoir faire ici la liste complète de tous ceux qui ont apporté leur contribution, en laissant le lecteur se reporter à l'histoire de ces 75 ans que je ne peux réécrire dans cette préface.

17 Sigmund Freud, « L'intérêt de la psychanalyse » (1913), dans : *Résultats, idées, problèmes*, vol. 1, Paris, PUF, 1984, p. 205.

Vinci, où il énonce que Vinci devint effectivement ce qu'il fut¹⁸.

Que penser aujourd'hui d'une telle hypothèse de départ? L'idée d'établir une continuité entre l'enfance et l'âge adulte reste prise dans une logique de la cause, selon la causalité naturelle propre au 19^e siècle. Sommes-nous vraiment pareillement linéairement déterminés? Peut-être est-on aussi programmés pour ne pas être totalement programmés. Il existe chez l'enfant la potentialité d'une certaine liberté quant à son devenir, une possibilité qui reste ouverte de pouvoir contourner toute programmation, d'utiliser des ressources surprenantes pour créer sa propre solution face à ce qui s'impose à lui du fait de sa structure psychique ou des aléas de ce qui lui arrive dans le cours de sa vie.

Pour que l'enfant puisse accéder à cette issue, encore faut-il que celui qui s'en occupe ne l'enferme pas dans une idée a priori, ainsi que dans une conception toute faite et fermée de ce qui le détermine. La question est au contraire d'ouvrir un espace d'indétermination qui permette à l'enfant d'être par lui-même l'auteur et l'acteur d'un devenir qui reste ouvert, au-delà de ce qui le détermine. Mais on le sait, cela n'est possible qu'à condition peut-être d'une rencontre, d'une bonne rencontre au bon moment: tel est l'enjeu, la difficulté, mais aussi le plaisir du travail clinique et institutionnel avec les enfants. Tel est, en tout cas, le pari qu'a su relever le Bercail dans ses 75 ans d'histoire, que ce soient ceux qui l'ont fondé ou ceux qui s'y sont succédé et qui n'ont cessé, chacun à leur tour,

jusqu'aux équipes actuelles, de faire et de refaire cette institution.

À propos du devenir de l'enfant, on peut donc opposer une logique de la cause à une logique de la réponse. Le travail clinique, c'est celui qui s'ouvre aux solutions du sujet, à ses inventions, à ses trouvailles. À chacun sa solution, à chacun son invention pour sortir de l'impasse. Encore faut-il que cela soit facilité: telle est la responsabilité de l'institution, de ceux qui y travaillent. Il faudrait dans une telle préface leur rendre d'abord hommage. Parce que ce sont eux qui, un par un, au jour le jour, ont permis que cette institution puisse continuer à s'inventer, au-delà de ce qu'ils ont eux-mêmes créé.

François Ansermet,

professeur de psychiatrie d'enfants et d'adolescents à l'Université de Genève, chef du Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (SPEA), Hôpitaux universitaires de Genève; ancien médecin responsable de la Division de pédopsychiatrie de l'Hôpital de l'Enfance de Lausanne (HEL)

.....
¹⁸ Sigmund Freud, *Un souvenir d'enfance de Léonard de Vinci* (1910), Paris, Gallimard, 1987.

75 ANS DE PÉDOPSYCHIATRIE À LAUSANNE

DU BERCAIL AU CENTRE PSYCHOTHÉRAPEUTIQUE

La naissance de la pédopsychiatrie s'inscrit dans l'histoire de la protection de l'enfance au même titre que dans celle de la médecine et de la psychiatrie. Démêler un enchevêtrement de réseaux, de théories et de pratiques institutionnelles est donc indispensable à la compréhension du développement de la discipline. Son intégration dans les services médicaux, sociaux, éducatifs et juridiques de l'État témoigne de son importance et est indissociable de son développement.

L'histoire du Bercaïl, première institution psychiatrique dévolue à l'enfance du canton de Vaud, illustre la manière dont la médecine et l'éducation spécialisée interviennent et collaborent dans le champ de la protection de l'enfance. Autour de la définition des maux psychiques dont souffrent les enfants se joue la délimitation des champs d'action des différents acteurs. Et en même temps que s'organisent les structures vouées à la pratique de la pédopsychiatrie, la branche devient une spécialité médicale à part entière. L'émergence de réseaux de diffusion scientifique et le regroupement de médecins au sein d'une association participent de la construction d'une identité professionnelle et contribuent à unifier la pratique. La formation d'une communauté scientifique suppose l'établissement de standards communs. Trois perspectives sont donc utiles à la compréhension des enjeux de

cette innovation que représente la pédopsychiatrie: l'évolution des structures étatiques cantonales de protection de l'enfance, le développement d'une pratique clinique et la formation d'une spécialité médicale structurée autour de sociétés savantes et de revues.

Le développement d'une institution pédopsychiatrique telle que le Bercaïl repose sur le travail de nombreux acteurs: médecins, assistants sociaux, thérapeutes, politiciens ou encore magistrats qui interviennent à différents niveaux dans la mise en place des structures thérapeutiques. Mais elle est bien évidemment centrée autour de l'histoire des patients, ces enfants au parcours souvent houleux qui sont au centre de tous les débats. Ils apparaissent constamment dans les sources, au détour d'une anamnèse, d'un test d'intelligence ou d'un rapport des services sociaux. Or, c'est presque uniquement à travers les yeux des adultes et les rapports de l'administration que l'on peut envisager leur trajectoire. Les archives médicales et administratives en disent plus long sur la médecine que sur les malades, d'autant plus lorsque ces patients sont des enfants. Tenter d'estimer l'opinion qu'ils se font du Bercaïl et la manière dont ils perçoivent leurs thérapies est périlleux, et échappe en partie à l'histoire.

LES PREMIERS PAS DE LA PÉDOPSYCHIATRIE ET LA PROTECTION DE L'ENFANCE

VENIR EN AIDE À L'ENFANCE MALHEUREUSE

La multiplicité des termes utilisés pour désigner les enfants dont les « difficultés » font l'objet de politiques étatiques témoigne de la variété des regards posés sur ces derniers. Les concepts accolés à l'enfance que l'on qualifie de « difficile », « dangereuse » ou encore « malheureuse » vont tour à tour façonner les politiques administratives, médicales et judiciaires. À la fin du 19^e et au début du 20^e siècle, l'État se substitue progressivement aux sociétés philanthropiques, notamment dans le domaine de l'aide aux familles et aux enfants¹. Le travail social destiné aux familles se professionnalise. Et c'est autour des « problèmes des enfants » qu'il se cristallise :

À l'intérieur de ces couches sociales [défavorisées,] ils [les assistants sociaux] visent une cible privilégiée, la pathologie de l'enfance sous sa double forme : l'enfance en danger, celle qui n'a pas bénéficié de tous les soins d'élevage et d'éducation souhaitables, et l'enfance dangereuse, celle de la délinquance².

Au tournant du siècle, les questions liées à l'enfance relèvent donc d'une part de l'assistance aux pauvres, et d'autre part de l'éducation. Un

bref aperçu des politiques menées dans ces deux domaines au début du 20^e siècle dans le canton de Vaud permet d'éclairer l'agencement institutionnel, ainsi que les conceptions médicales qui le sous-tendent et prévalent lors de la naissance du Bercaïl.

Assistance publique, pédagogues et médecins pour l'enfance en difficulté

Dans le canton de Vaud, la loi sur l'assistance publique et la protection de l'enfance votée par le Grand Conseil en 1888 régit la prise en charge et l'éventuel placement des enfants déshérités. Elle introduit également dans la législation la possibilité pour les autorités cantonales de soustraire un enfant à l'autorité de ses parents. L'article 38 prévoit que le juge de paix peut déchoir les parents « de leur droit de garde, de surveillance et d'éducation³ ». Jusque-là, la privation « des droits de la puissance paternelle » ne pouvait être qu'une peine pénale,

.....
1 DONZELOT 2005, p. 80.

2 Idem, p. 91.

.....
3 Des lois similaires sont également promulguées à Genève en 1891, et en France en 1889 et en 1898. Voir l'ouvrage de Jacques DONZELOT 2005.

infligée en application de l'article 144 du code vaudois⁴.

Le texte prévoit en outre la création d'un Service dédié à l'enfance malheureuse et abandonnée⁵ rattaché au Département de l'intérieur. L'organe créé par la loi doit s'occuper essentiellement du placement des enfants abandonnés ou retirés de leur foyer en raison de mauvais traitements⁶. Il est également responsable de la surveillance des enfants placés, à savoir le contrôle des conditions de vie et d'éducation des enfants sur leur lieu de placement, que ce soit au sein d'une famille d'accueil ou dans une institution. Les autorités cantonales souhaitent ramener dans le giron étatique une prérogative laissée jusque-là aux communes et dont elles estiment manifestement qu'elle est assumée avec plus ou moins de succès. Dans son exposé des motifs, le Conseil d'État ne cache pas sa volonté d'exercer une « surveillance sérieuse » afin de faire cesser les « pratiques fâcheuses qui persistent dans trop de communes⁷ ».

En 1892, sur les 602 enfants pris en charge par le nouveau Service, la grande majorité, 411

exactement, ont été placés dans des familles⁸. La plupart du temps, le placement fait suite à une procédure de déchéance de la puissance paternelle. Ces procédures caractérisent une volonté de normalisation sociale en termes d'éducation. Le Service tente par le biais de la prise en charge et du placement de préserver des enfants des maux dus à la situation sociale de leurs parents, ce qui s'accompagne souvent d'une certaine stigmatisation des classes populaires:

La tâche est loin d'être toujours facile: dans bien des cas, des exemples funestes ont déjà profondément corrompu ces jeunes cœurs, et ce n'est qu'à force de vigilance qu'on parvient à corriger les vices d'une éducation déplorable. Parfois aussi, il faut lutter contre la mauvaise influence de parents dénaturés qui cherchent à entraver l'œuvre de régénération des enfants soustraits à leur autorité⁹.

La création du nouveau Service à la fin du 19^e siècle traduit ainsi la volonté de se doter d'un système d'assistance unique et centralisé. L'étendue des prérogatives laissées au Service marque l'avènement de l'investissement étatique dans le champ de l'enfance au détriment du pouvoir « familial ». Bien qu'une petite frange des enfants suivis par le Service pour l'enfance malheureuse et abandonnée soit placée dans des établissements disciplinaires, la loi vise en fait essentiellement à contrôler le cadre éducatif des enfants, c'est-à-dire en premier lieu l'entourage familial.

4 Le code pénal vaudois de 1843 stipule en effet, que « celui qui pouvant, par son travail, [...] subvenir aux besoins de ses parents en ligne directe ou de son conjoint, les laisse dans le dénuement, est [...] puni par la réclusion qui n'excède pas six mois. Il peut de plus être puni [...] s'il est un ascendant, par la privation des droits de la puissance paternelle, pour un temps qui ne peut excéder dix ans ».

5 Il vient en fait confirmer une volonté émise par la Constituante en 1884.

6 Sur le placement des enfants, voir notamment HELLER / AVVANZINO / LACHARME 2005.

7 « Exposé des motifs et projet de loi sur l'assistance des pauvres et l'éducation des enfants malheureux et abandonnés », Annexes des *Séances du Grand Conseil*, 1888, p. 27.

8 Voir le rapport sur l'institution cantonale en faveur de l'enfance malheureuse et abandonnée, Rapport du Département de l'intérieur, 1893.

9 « L'institution cantonale en faveur de l'enfance malheureuse et abandonnée », Rapport du Département de l'intérieur, 1891, p. 107.

La mise en place de ce dispositif étatique s'appuie en amont sur le réseau social déjà existant, puisqu'il revient notamment «aux autorités communales, scolaires et tutélaires, [aux] conseils de paroisse et [aux] pasteurs [...] de dénoncer au préfet les faits parvenus à leurs connaissances qui sont de nature à motiver l'application des dispositions de l'article 38¹⁰».

En aval, ce sont essentiellement des œuvres philanthropiques qui assurent la prise en charge effective des enfants qui ne sont pas placés dans des familles. Au 19^e siècle, l'assistance est largement assumée par des œuvres privées, lesquelles constitueront par la suite un socle de ressources indispensables à la mise en œuvre des mesures prévues par l'État. À l'instar de l'Hôpital de l'Enfance créé en 1861¹¹, les fondations privées ne sont en fait pas dissociables de l'action publique, puisque leur conseil d'administration compte souvent des personnalités publiques parmi ses membres et que, par ailleurs, l'État exerce un certain contrôle politique et juridique¹².

Au fil du temps, le Service prend une importance grandissante au sein du Département de l'intérieur. Preuve que l'assistance aux enfants s'insère dans une problématique sociale vaste, le rapport de 1926 renseigne sur l'élargissement du champ d'action auquel il doit faire face :

Le Service de l'enfance tend de plus en plus à devenir l'organe auquel on s'adresse pour tout ce qui concerne l'enfant, comme conseil pour les parents ou les institutions dans les cas difficiles, pour morigéner

ou encourager ou pour intervenir auprès des tiers et des autorités¹³.

La complexification des tâches auxquelles le Service doit faire face laisse pressentir les changements administratifs qui interviennent à la veille de la Seconde guerre mondiale. La question des enfants «en danger» ne se borne plus à de l'assistance financière, mais s'élargit à d'autres aspects de la vie des enfants.

Le système scolaire et les inadaptés

En même temps que l'assistance aux enfants pauvres est réorganisée, le Canton précise les conditions de scolarisation des enfants. Le règlement sur l'École enfantine de 1895 exclut les «idiots» de l'enseignement public¹⁴. Les premières classes spéciales du canton sont mises en place par la Municipalité de Lausanne en 1895¹⁵. Mais c'est la loi sur l'instruction primaire de 1906 qui consacre cette nouveauté à l'échelon cantonal. Le règlement d'application du texte précise qu'«un enseignement spécial est donné aux enfants arriérés qui, tout en étant susceptibles de développement, sont dans l'impossibilité de suivre avec fruit l'enseignement ordinaire¹⁶». L'idée qui prévaut à cette innovation pédagogique

10 Voir l'article 36 de loi sur l'assistance de 1888.

11 À sa création, l'Hôpital de l'Enfance s'appelle l'Hospice de l'Enfance et ce jusqu'en 1965.

12 Voir TAVERA / BARRAS 2011, pp. 13–14.

13 «Service de l'enfance», Rapport du Département de l'intérieur, 1926, p. 76.

14 VEYA 1998, p. 97.

15 RUCHAT 2003, p. 61.

16 Règlement du 15 février 1907 pour les écoles primaires du canton de Vaud, article 42.

est bien de réintégrer les enfants dans les classes ordinaires dès que leur niveau le permet.

En 1911, le Grand Conseil adopte une loi sur l'éducation des enfants arriérés. Si, en substance, le texte ne vient que renforcer un arsenal législatif dont les bases existent depuis 1906, les précisions apportées témoignent de l'évolution des mentalités à l'égard des enfants en difficulté avec le système scolaire. La volonté de considérer le retard ou les difficultés de ces enfants comme potentiellement passagers et remédiables est réaffirmée. Ainsi l'usage du terme « arriéré » renvoie à « un retard ou un arrêt dans le développement intellectuel ou moral de l'enfant¹⁷ », ce qui n'implique pas une éviction définitive du système scolaire, c'est pourquoi le législateur préfère l'usage du terme « arriéré » à celui d'« anormal ». L'indiscipline ou le mauvais comportement des enfants ne sont que peu mentionnés dans les débats du Grand Conseil. La désobéissance ou l'insoumission sont plutôt perçues comme des conséquences de l'inadaptation au système scolaire et à la stigmatisation qu'elle produit :

Dans les grands centres, il en est qui se rebiffent, qui deviennent autoritaires, violents, indomptables et qui sont des candidats au crime¹⁸.

La commission estime donc que les classes de développement n'ont pas pour finalité de réunir « tous les mauvais éléments des classes normales¹⁹ », ni de devenir des écoles de réformes, à savoir des établissements disciplinaires. L'éducation spéciale

• • • • •

17 Exposé des motifs, Séance du 16 mai 1911 du Grand Conseil, p. 417.
18 Rapport de la commission, Séance du 16 mai 1911 du Grand Conseil, p. 418.
19 Idem, p. 421.

doit permettre aux enfants qui rencontrent des difficultés de « reprendre [leur] place dans une classe ordinaire²⁰ ». Les méthodes pédagogiques sont conçues de manière à conduire « l'enfant arriéré de l'éducation du système musculaire à l'éducation des sens, de celle des sens aux idées et des idées à la moralité²¹ ». Dans son rapport, la commission exprime la volonté de distinguer deux catégories d'enfants. D'une part les « anormaux médicaux », infirmes, idiots, et d'autre part les arriérés ou retardés qui sont susceptibles de progresser :

La distinction à faire entre les anormaux médicaux, les infirmes, les idiots qui doivent être traités dans des établissements spéciaux et les anormaux pédagogiques arriérés, retardés, qui ont besoin d'un autre enseignement public que celui qui s'adresse à la généralité des écoliers²².

À première vue, cette division sanctionne une distinction entre les troubles remédiables et ceux qui nécessitent un encadrement véritable. Elle semble donc consacrer l'opposition entre enseignement ou pédagogie et médecine. Pourtant, ces deux disciplines sont l'une comme l'autre associées au processus de dépistage et d'encadrement.

La classification des troubles infantiles se précise en même temps que s'affirme une volonté de créer plusieurs types d'institutions correspondant aux différentes affections. Si c'est bien une volonté pédagogique qui prime, elle n'implique pas *ipso facto* l'éviction du champ médical. La naissance de la médecine scolaire à la fin du 19^e siècle, pour des raisons essentiellement sanitaires, contribue certainement au développement des prémisses de la

• • • • •

20 Idem, p. 417.
21 Idem.
22 Idem.

psychiatrie infantile. En fait, les médecins scolaires vaudois occupent une place importante dans le dépistage et le placement des enfants dans les classes de développement. Par ailleurs, certains d'entre eux ont joué un rôle particulièrement important pour le développement du champ pédagogique dans les premières décennies du 20^e siècle.

Les médecins des écoles, pionniers de la pédopsychiatrie

C'est en 1883 qu'un poste de médecin des écoles est créé par la municipalité de la Ville de Lausanne²³. L'entrée des médecins dans l'institution scolaire est en réalité moins motivée par des questions de santé mentale que d'hygiène et de salubrité. Toujours est-il que les médecins sont parfois amenés à se prononcer sur la question et que certains d'entre eux s'y intéressent particulièrement. La loi de 1911 sur l'éducation des enfants arriérés prévoit que le Département de l'instruction publique statue sur la base du préavis émis par une commission, qui compte notamment un médecin²⁴, lors du placement des enfants en classe de développement. En 1922, une infirmière a pour mission de visiter les familles dont les enfants rencontrent des difficultés à l'école, afin de leur apporter conseil et soutien²⁵.

Dès 1933, une classe pour les garçons difficiles est ouverte²⁶.

Deux médecins des écoles ont particulièrement contribué à introduire des notions de santé mentale dans le champ scolaire à Lausanne, insistant tous deux sur l'importance de la dimension éducative. C'est le pédiatre Adolphe Combe²⁷ qui est à l'origine d'une première intervention sur ce terrain. Médecin scolaire entre 1889 et 1900, il publie en 1902 quatre conférences réunies dans un volume intitulé *La nervosité de l'enfant*. Dans cet ouvrage réédité en 1903, le médecin affirme que l'éducation, au sens large, est le facteur le plus déterminant pour la santé mentale des enfants :

Cela est vrai que l'on peut affirmer qu'une éducation bien comprise, bien dirigée, peut neutraliser, peut détruire toute trace de nervosité, même chez un enfant atteint héréditairement; mais il est aussi vrai d'ajouter qu'une éducation mal dirigée et mal comprise peut développer de toutes pièces le nervosisme, même chez un enfant qui n'y est pas prédisposé²⁸.

Dans les années trente, c'est au tour de Jean Wintch²⁹, qui occupe le même poste de médecin scolaire que Combe entre 1931 et 1943, d'étudier les troubles psychiques dont souffrent les enfants. Intéressé par l'hygiène infantile autant que par la

23 COUTAZ 1983, p. 5.

24 Voir l'article 4 de la loi du 18 mai 1911 concernant l'enseignement destiné aux enfants arriérés.

25 COUTAZ 1983, p. 10.

26 Idem.

27 Adolphe Combe (1859–1917), originaire de Genève, s'installe à Lausanne après ses études de médecine. Il est à la fois médecin scolaire et responsable de la clinique infantile de l'Hôpital cantonal.

28 COMBE 1903, p. 156.

29 Jean Wintch (1880–1943) fait ses études de médecine à Lausanne et Zurich. Outre son activité de médecin scolaire, il est l'un des fondateurs de l'École Ferrer de Lausanne et enseigne la psychologie appliquée à l'université entre 1936 et 1943.



Adolphe Combe (1859–1917), professeur de pédiatrie, chef du Service de pédiatrie de la Clinique infantile de l'Hôpital cantonal vaudois, créateur de la Maternité et de l'Hôpital pour enfants à Lausanne. © Institut universitaire d'histoire de la médecine et de la santé publique, Lausanne

délinquance, il est à l'origine de nombreuses études sur la santé mentale et le développement intellectuel des enfants. Proche des milieux anarchistes, il s'inscrit dans une réflexion politique vis-à-vis des inégalités sociales. Cette sensibilité pour les questions sociales s'accompagne d'un vif intérêt pour les questions d'éducation. Wintsch est l'un des

fondateurs de l'école Ferrer de Lausanne³⁰, établissement pionnier en matière de pédagogie nouvelle. Il est aussi un des artisans du renforcement du champ de la psychologie qui s'opère au sein de la formation dispensée par la section des sciences pédagogiques de l'Université de Lausanne³¹. Son enseignement de privat-docent, tout comme celui proposé par Jean Piaget³² est rendu obligatoire par le Conseil de l'École des sciences sociales et politiques (ESSP) en 1932³³.

Wintsch incarne la figure du médecin dont les préoccupations dépassent largement le cadre des affections physiologiques ou somatiques. Sa pratique influence clairement ses domaines de prédilection. Dans son rapport de 1938, il décrit les changements qu'il constate en matière d'hygiène morale et impute volontiers leur origine à l'évolution des normes sociales :

Les difficultés de notre temps amenèrent dans divers milieux un réel relâchement de la discipline et des principes d'ordre, au point que beaucoup d'enfants sont laissés à eux-mêmes ou ballotés par l'instabilité des parents. Le médecin des écoles a donc été amené, par les circonstances, à organiser une véritable prophylaxie des

³⁰ Inspirée des écoles modernes de Francisco Ferrer y Guardia (1895–1909), l'École Ferrer de Lausanne entend dispenser aux enfants des classes ouvrières un enseignement plus émancipateur que celui de l'école publique. Elle fut ouverte de 1910 à 1919 d'abord dans le quartier de Chailly avant de déménager à la rue de la Madeleine.

³¹ Voir notamment CICHINI / LUSSI 2007.

³² Jean Piaget (189–1980), après une formation en sciences à l'Université de Neuchâtel, s'orienté vers la psychologie et publie entre autres des travaux sur le développement de l'intelligence chez les enfants. Il enseigne la psychologie et la sociologie dans les universités de Neuchâtel, Lausanne et Genève. Il est par ailleurs directeur du Bureau international de l'Éducation de 1929 à 1967.

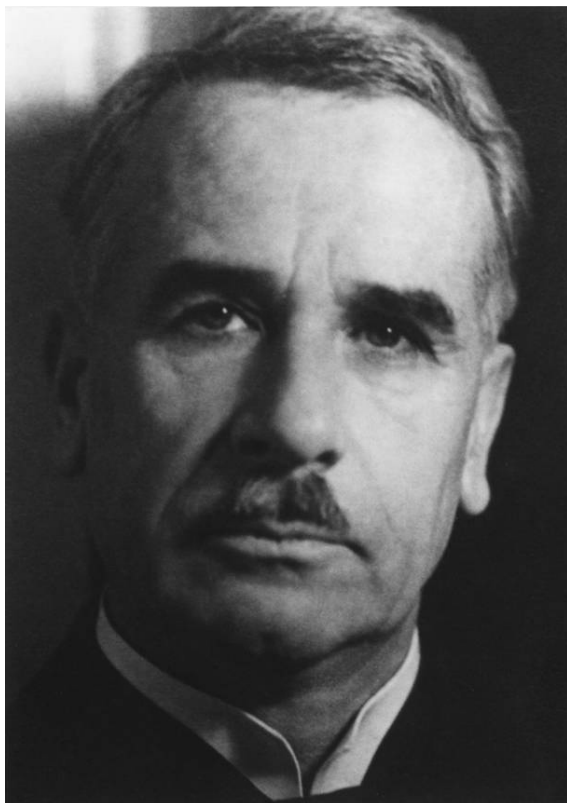
³³ CICHINI / LUSSI 2007, p. 153.

actes désordonnés, de la délinquance peut-on dire, et à s'occuper de plus en plus d'hygiène mentale³⁴.

Cette volonté de travailler sur «l'étiologie sociale» des troubles mentaux et de la délinquance est caractéristique de la tendance dans laquelle s'inscrit la naissance de la pédopsychiatrie. À

l'œuvre dans les années trente, ce processus de médicalisation des «déviances» sociales est déterminant pour la mutation que connaîtra le domaine de la protection de l'enfance dans le Canton de Vaud au tout début des années quarante.

• • • • •
34 Cité par COUTAZ 1983, p. 10.



Jean Wintch (1880–1943), professeur de psychologie appliquée à l'Université de Lausanne. © Service des archives de l'Université de Lausanne

LA CONSTITUTION D'UN CHAMP DISCIPLINAIRE

L'histoire du Bercaïl est indissociable de la construction, durant l'entre-deux guerres, d'un champ disciplinaire délimité: la pédopsychiatrie, et ce, d'une part parce que son directeur en est l'un des artisans, et d'autre part parce que c'est aussi autour d'un réseau de praticiens que s'élaborent les applications concrètes de la discipline. L'évolution que connaît le champ scientifique est également tributaire de la formation d'une certaine communauté professionnelle regroupée autour de revues et de sociétés savantes où se négocient les applications pratiques d'une discipline. Ainsi, les trajectoires scientifiques des premiers pédopsychiatres révèlent tant les soubassements de la discipline que ceux du champ professionnel.

Trois psychiatres vaudois ont joué un rôle particulièrement important dans les premiers pas de la psychiatrie infantile. Né en 1907 à Lausanne, Lucien Bovet obtient son diplôme de médecine en 1932 dans cette ville. Il se dirige ensuite vers la psychiatrie et assume la charge de sous-directeur de l'hôpital de Cery de 1936 à 1942. Particulièrement intéressé par la délinquance juvénile, il œuvre également, durant ces années, à la création du Bercaïl puis du Service médico-pédagogique vaudois dont il prendra la direction. Outre ces activités cliniques,

il enseigne à l'Université de Lausanne et est expert pour l'Organisation Mondiale de la Santé. À la suite de son décès dans un accident de voiture en 1951, c'est Jacques Bergier qui lui succède. Né à Morges en 1911, il suit des études de médecine à Lausanne. Nommé médecin adjoint de l'Office médico-pédagogique vaudois (OMPV) en 1946, il en prendra la direction après le décès de son prédécesseur, parallèlement à son activité au Bercaïl. Nommé chef du Service de l'enfance en 1957, il contribue largement au développement des institutions étatiques dédiées à l'enfance. René Henny est né en 1923, médecin assistant de l'Office médico-pédagogique dès 1951, il devient médecin chef en 1956. Il est au début des années soixante-dix le premier titulaire de la chaire de psychiatrie infantile de la Faculté de médecine de l'Université de Lausanne.

Entre psychiatrie et psychologie

C'est au cours des années trente que la pédopsychiatrie s'institutionnalise dans le monde francophone. En fait, le champ de l'enfance constitue un terrain propice à l'application des théories de la psychologie, de la psychiatrie et de la psychanalyse³⁵. Plusieurs personnalités participent à cette nouveauté théorique et clinique. En France, Georges Heuyer est considéré comme le pionnier de la discipline. Intéressant à plus d'un titre, le travail de Heuyer a inspiré Bovet qui partage la même curiosité pour la délinquance. Né en 1884, le Parisien est chef de clinique à Saint-Anne dès 1919 et devient aussi médecin inspecteur des écoles de la

• • • • •
35 OHAYON 2006, p. 173.

Seine en 1920. Dès lors, il entreprend ses premières recherches en psychiatrie infantile. Devenu directeur de la clinique de neuropsychiatrie infantile en 1925, son travail s'oriente vers le traitement médical de la délinquance infantile³⁶. D'après l'historienne Annick Ohayon, il s'agit alors d'une voie marginale «de faible valeur sociale, théorique et

• • • • •
36 Idem, pp. 176-177.



Lucien Bovet (1907-1951), premier médecin responsable du Bercaïl.
© Archives de l'Hôpital de l'Enfance, Lausanne. Photo: de Jongh

thérapeutique³⁷ ». Heuyer a donc tout le loisir de modeler ce champ encore inexploré en puisant aussi bien dans les théories psychanalytiques que psychologiques, sans pour autant rejeter le constitutionnalisme. En 1949, il obtient la première chaire de neuropsychiatrie infantile. Son intérêt pour les théories psychanalytiques n'est pas incompatible avec le recours à des méthodes axées sur les symptômes physiologiques : dans un article publié dans le *Journal de psychiatrie infantile* avec notamment Serge Lebovici³⁸, il défend par exemple, l'usage des électrochocs sur les enfants³⁹. Heuyer incarne un courant psychiatrique qui entend faire de l'enfance en difficulté un champ d'application de méthodes médico-psychiatriques, sa démarche reposant notamment sur le dépistage précoce.

La médicalisation des problèmes de l'enfance

Au cours des années trente, la question des difficultés rencontrées par les enfants connaît un important processus de médicalisation. Les médecins puis les psychiatres se saisissent de problématiques qui relevaient jusque-là de la sphère sociale et n'attiraient que peu l'attention des professionnels de la santé. La spécialisation qui s'opère alors dans le champ de ce qui va devenir la psychiatrie infantile est en fait le corollaire de cette évolution.

• • • • •

37 Idem, p. 177. Annick Ohayon note que cette orientation peut notamment s'expliquer par la vie houleuse et parfois peu conventionnelle du médecin.

38 Serge Lebovici (1915–2000) est un psychiatre et psychanalyste français. Il travaille à l'Hôpital des enfants malades de Paris avant de fonder un service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent à Bobigny.

39 HEUYER/DAUPHIN/LEBOVICI 1947.

Le parcours de Wintsch est emblématique de cette mutation. Formé en pédiatrie et non en psychiatrie, il s'intéresse tout d'abord aux implications physiologiques des troubles mentaux infantiles. Dans un article sur le dépistage des oligophrènes, il prône le recours à une « symptomatologie fonctionnelle » plutôt que l'usage de « tests souvent anecdotiques, accidentels et particuliers⁴⁰ ». Il vise notamment le test de Binet et Simon⁴¹, dont il estime qu'il ne rend pas précisément compte du retard physiologique des enfants. Dans un article publié quelques années plus tard, il ne s'oppose pas totalement aux tests d'intelligence mais juge nécessaire de compléter ces investigations :

Il paraît intéressant de reprendre les tests Binet et Simon pour la mesure du développement de l'intelligence et de parfaire l'œuvre de ces chercheurs en dégagant des diverses activités mentales de l'enfant des valeurs à proprement parler physiologiques⁴².

Au final, le médecin préfère aux tests le recours au dessin : une « réaction neuro-motrice » qui éclaire les « fonctions supérieures du système nerveux⁴³ ». Résolument tourné vers une approche neurologique et biologique, Wintsch n'évoque que rapidement et en toute fin d'article l'interprétation analytique qui peut être faite des dessins d'enfants. On observe, au cours des années trente, une évolution dans la pensée du médecin. Sa lecture des origines des maladies mentales décline progressivement différents facteurs étiologiques. En 1937, à l'occasion

• • • • •

40 WINTSCH 1934.

41 Le test de Binet et Simon, du nom des deux psychologues qui l'ont élaboré en 1905, sert à mesurer l'intelligence des enfants en fonction de leur âge.

42 WINTSCH 1935, p. 36.

43 Idem, p. 83.

d'un cours organisé par le Groupe romand en faveur des enfants difficiles il donne une conférence intitulée « Les facteurs constitutionnels et fonctionnels dans les troubles du comportement⁴⁴ ». Cette journée d'étude, présidée par le chef du Service de l'enfance, Hermann Murdter, a réuni plusieurs personnalités. Bovet a prononcé une allocution sur les réactions du système nerveux chez l'enfant, Piaget a évoqué les erreurs psychologiques commises avec les enfants tandis que Pierre Jeanneret, président de la chambre pénale de l'enfance de Genève, évoque le problème de la délinquance.

Quelques années plus tard, Wintsch commente une étude menée par Heuyer à Paris. C'est l'occasion pour lui d'élargir son cadre d'interprétation des troubles mentaux. Si l'instabilité doit s'étudier sous l'angle médical, cette approche nécessite d'être complétée, puisque des « traumatismes affectifs et des chocs éducatifs⁴⁵ » sont également à compter parmi les facteurs « d'instabilité ». Selon le médecin, ces enfants correspondent à « une catégorie de "fonctionnels" [et celle-ci] entre désormais dans le domaine de la psychiatrie infantile au même titre que les "constitutionnels"⁴⁶ ». Les hypothèses émises par Wintsch intègrent ainsi progressivement des troubles non constitutionnels, mais l'approche du médecin s'attache fondamentalement à une interprétation physiologiste teintée d'un versant anthropologique de l'être humain⁴⁷. Cette conception ne perdure pas après la mort du médecin en 1943. L'hygiène mentale infantile devient une spécialité

dévolue aux seuls psychiatres qui s'inspirent plus volontiers des théories psychanalytiques.

La spécialisation, une condition pour se faire une place ?

La fondation d'une discipline et de sa charpente théorique prend sens dans la formation d'un réseau scientifique. C'est notamment autour de la création de revues et de l'organisation de congrès que se définissent les champs d'application et les orientations théoriques de la discipline. Ces organismes de gestion et de diffusion des savoirs contribuent à solidifier et à standardiser les bases scientifiques de la pédopsychiatrie. Ils permettent dans le même temps d'affirmer la spécificité du champ qui deviendra une spécialité FMH en 1954. Le *Journal de psychiatrie infantile* est créé en 1934 à l'initiative de Moritz Tramer⁴⁸. Trois ans plus tard, le premier Congrès international de psychiatrie infantile fournit l'occasion d'une déclaration d'indépendance :

Certains pédiatres s'opposent à ce que l'on sépare un domaine spécialisé, la psychiatrie infantile, de l'ensemble de la pédiatrie. Nous sommes évidemment d'accord avec eux si cette séparation devait se faire d'après le principe suivant : au pédiatre le corps, au psychiatre l'âme. [...] Cependant, n'oublions pas que jadis la psychiatrie faisait partie de la médecine générale ou interne aussi bien que la dermatologie et d'autres disciplines spécialisées et indépendantes aujourd'hui⁴⁹.

44 Article non-signé, *Gazette de Lausanne*, 5 octobre 1937.

45 WINTSCH 1941, p. 72.

46 Idem.

47 Voir par exemple WINTSCH 1942.

48 Moritz Tramer (1882–1963) étudie les sciences à Zurich et à Berne avant de se tourner vers la médecine. Il fonde en 1937 à Biberist un centre d'observation pour enfants et adolescents dont il assume la direction jusqu'en 1953.

49 TRAMER 1937, p. 34.

L'enjeu est simple, il faut démontrer que la psychiatrie infantile est une spécialité médicale à part entière, qui doit être exercée par des psychiatres. Une fois l'indépendance acquise, reste à définir les frontières de la discipline et plus particulièrement celles qui la séparent de la pédiatrie et de la pédagogie. Les défenseurs de la pédopsychiatrie entendent autant se distinguer des autres domaines de la médecine, notamment de la pédiatrie, que des pédagogues ou des éducateurs. Heuyer esquisse une répartition des rôles entre ces différentes professions lors du discours inaugural qu'il prononce au Congrès international de psychiatrie infantile en 1937 :

Il est exact que, dans le premier âge, l'enfant porteur d'anomalies neuro-psychiques appartient au pédiatre. Il est exact aussi qu'à l'âge scolaire l'enfant est presque entièrement entre les mains du pédagogue. Mais plus tard, à la puberté, lorsque l'enfant a quitté l'école, s'il est un débile mental plus ou moins utilisable, s'il a des troubles graves du caractère, s'il devient un dément précoce, il appartient alors entièrement au psychiatre⁵⁰.

En Suisse, c'est au sein d'une commission de psychiatrie infantile, dépendante de la Société suisse de psychiatrie, que sont organisés le déploiement et l'organisation de la nouvelle discipline. Bovet est le secrétaire de cette commission à laquelle participent également Tramer et Repond⁵¹. Cette commission travaille d'une part à la standardisation de la nomenclature et des moyens d'investigation, et d'autre part à l'étude de la délinquance

infantile. En clair, il s'agit d'unifier la pratique, notamment au regard de ce qui se fait à l'étranger et, par ailleurs, de proposer aux autorités des outils « scientifiques » utiles à l'élaboration des lois. La commission est en réalité un outil de promotion de la nouvelle discipline. Ainsi, décide-t-elle en 1940 de sensibiliser la Conférence des chefs des Départements cantonaux de justice et police à la psychiatrie infantile, en vue de l'élaboration des lois d'application du nouveau Code pénal suisse⁵². De la même manière, elle entreprend des démarches afin d'introduire des cours de psychiatrie infantile dans les programmes des écoles normales⁵³.

Le développement et la spécialisation qui touchent la pédopsychiatrie ne sont pas indépendants des problématiques professionnelles que connaît alors la psychiatrie. La pédopsychiatrie constitue de fait, un débouché non négligeable pour des psychiatres au moment où la pratique asilaire est passablement décriée :

Ce serait regrettable de voir toute cette psychiatrie spéciale échapper aux psychiatres qui jusqu'à présent s'occupent trop exclusivement des aliénés et ne sortent pas encore assez de leurs asiles⁵⁴.

Sans doute, le développement de la pédopsychiatrie contribue au renouvellement de la psychiatrie et ce tant en matière de traitements thérapeutiques qu'en termes d'applications sociales.

50 Georges HEUYER, Discours inaugural, *Actes du Congrès international de psychiatrie infantile*, Paris, 1937, p. 33, cité par OHAYON 2006, p. 197.

51 On compte également dans cette commission Binder, Braun, Christoffel, Lutz, Bersot, Bossard, Manser, Manzoni et Weber.

52 BOVET 1939, p. 191.

53 Idem. Les écoles normales sont dévolues à la formation des institutrices et des instituteurs.

54 BERSOT 1941, p. 157.

Freud est-il à la pédopsychiatrie ce que Lister est à la chirurgie ?

C'est à la clinique psychiatrique du Burghölzli⁵⁵ que les psychiatres Tramer et Répond⁵⁶ commencent à appliquer aux enfants les thérapies psychanalytiques déjà employées avec les adultes⁵⁷. Dès lors et progressivement, ces méthodes vont se répandre dans le champ de l'enfance, et ce notamment grâce au travail de Repond, fervent défenseur des théories freudiennes, qui ouvre l'Office médico-pédagogique valaisan à Malévoz en 1930. En 1936, il regrette que la psychiatrie infantile soit le domaine dans lequel elles sont les moins répandues. Ni les psychiatres d'enfants, ni les pédagogues n'y ont recours. Tout au plus sont-elles utilisées quand « les méthodes éducatives habituelles » ou la médecine n'ont abouti à aucun résultat. Cette absence paraît incompréhensible au regard de leur importance. Pour le médecin, il ne fait aucun doute qu'elles représentent l'unique apport théorique sur lequel les pédopsychiatres peuvent s'appuyer pour interpréter les troubles psychiques des enfants. Partant, la psychanalyse n'est pas l'un des courants, ou l'une des méthodes employées en pédopsychiatrie, mais bien le fondement de la discipline :

Aussi, demander à un psychiatre, rompu aux méthodes analytiques [...] son opinion sur l'influence de Freud sur la psychiatrie infantile, correspond-il un peu à

• • • • •

- 55 La clinique du Burghölzli, aujourd'hui Clinique psychiatrique universitaire de Zurich, est fondée en 1870. Elle eut notamment pour médecins-directeurs Auguste Forel et Eugen Bleuler. Carl Gustav Jung et Ludwig Binswanger y travaillèrent également.
- 56 André Repond (1886-1973) étudie la médecine et se spécialise en psychiatrie à Zurich. Initié à la psychanalyse, il est à l'origine de la création de l'Office médico-pédagogique valaisan.
- 57 REPOND 1947.

demander à un chirurgien son avis à propos de l'influence sur la chirurgie de la découverte de la désinfection par Lister⁵⁸.

L'institution dont Repond a la charge devient rapidement un modèle pour la création d'autres établissements de ce type en Suisse romande. Dans un article intitulé « Les tendances actuelles de la psychiatrie en Suisse », Repond salue le recours de plus en plus fréquent aux psychothérapies pour l'éducation et la rééducation des enfants « psychopathes, difficiles et délinquants⁵⁹ ». Selon lui, les psychothérapies, et plus particulièrement les psychothérapies analytiques, ne sont plus l'apanage des médecins, mais ces savoirs profitent également aux pédagogues. C'est d'ailleurs dans cette perspective que s'organisent les thérapies proposées à l'Office médico-pédagogique valaisan. Ce service constitue un exemple intéressant et encore rare dans les années trente d'innovation institutionnelle et thérapeutique⁶⁰, s'inspirant des *Child's guidance clinics* visitées aux États-Unis⁶¹.

La constitution de la pédopsychiatrie comme champ disciplinaire est aussi concomitante de la rénovation des instances judiciaires et de l'évolution du regard porté sur l'enfance « inadaptée ». Au plan scientifique, la discipline se distingue rapidement par les orientations que choisissent les premiers directeurs d'institution. Notons aussi que la pédopsychiatrie représente l'un des rares lieux de rapprochement entre psychiatres et

• • • • •

- 58 REPOND 1936b, p. 16.
- 59 REPOND 1936a, p. 723.
- 60 Voir FUSSINGER 2003.
- 61 BENO / BERSOT / BOVET 1946, p. 13.

psychanalystes⁶², notamment grâce aux Congrès de psychiatrie infantile.

LE BERCAIL ET LES FONDEMENTS D'UN RÉSEAU INSTITUTIONNEL

À la veille des années trente, les « problèmes de l'enfance » sous ses différents aspects dépassent les seules questions liées à l'assistance, et le Service de l'enfance semble ne plus suffire seul à remplir la fonction voulue par l'État :

Des progrès se réalisent dans le sens d'une compréhension plus grande des besoins de l'enfant qu'on *protège* et qu'on éduque et qu'on ne se borne plus à *assister*. [...] L'activité du Service de l'enfance s'étend toujours davantage, sinon dans le sens d'une augmentation du nombre des protégés, du moins dans la multiplicité des questions qui lui sont posées, des nombreux cas d'enfants qui lui sont soumis et pour lesquels il faut trouver la solution, sans nécessairement recourir à l'assistance⁶³.

Les troubles mentaux, associés à la délinquance et aux troubles du comportement, deviennent progressivement le pré-carré de la médecine, à qui il revient de définir le champ d'intervention des différentes institutions – pénales, éducatives, médicales – dédiées à l'enfance.

Le travail des psychiatres influe donc considérablement sur le cadre institutionnel dédié à l'enfance qui se met en place pendant les années trente. Non seulement ces derniers participent à sa création, mais ils en deviennent également une pierre

angulaire. La mise en place du Secrétariat pour la protection des mineurs au sein du Département de justice et police (DJP) en 1934 constitue la base sur laquelle s'échafaude ensuite la collaboration entre psychiatrie, justice et (ré)éducation, avec en point de mire le début de l'expertise pédopsychiatrique.

Le bureau de protection des mineurs

La délinquance des mineurs est abordée au Grand Conseil lors des débats sur le nouveau code pénal vaudois au tout début des années trente. À cette occasion, les dispositions dans lesquelles se trouve le législateur à l'encontre des jeunes auteurs d'actes répréhensibles sont relativement claires :

Il s'agit, en effet, beaucoup moins du problème de la répression pénale proprement dite, que d'un problème d'éducation ou de rééducation⁶⁴.

Dans cette optique, le nouveau code prévoit que les mineurs bénéficient d'un traitement particulier qui tient compte de leur âge et de leur degré de discernement. Pour faciliter la mise en œuvre de cette nouvelle législation, le Conseil d'État soumet en 1934 au parlement un projet de loi sur la création d'un Secrétariat pour la protection des mineurs. Celui-ci doit voir le jour au sein du Département de justice et police dirigé alors par le Conseiller d'État Jean Baup⁶⁵. Cet organe doit notamment procéder

.....
⁶² OHAYON 2006, p. 197.

⁶³ « Service de l'enfance », Rapport du Département de l'intérieur, 1927, pp. 77–78.

.....
⁶⁴ « Exposé des motifs au projet du code pénal vaudois », Annexe au *Bulletin du Grand Conseil*, tome II, 1930, p. 50.

⁶⁵ Jean Baup (1880–1955) fait des études de droit à Lausanne. Il est député libéral au Grand Conseil vaudois avant d'être élu Conseiller d'État en 1934. Il dirige le Département de justice et police entre 1934 et 1938.

à la récolte des informations sur les mineurs qui viendraient à être renvoyés au Conseil d'État⁶⁶.

Son enquête portera en particulier sur l'état de santé du mineur, sur son caractère, sa moralité, son travail scolaire ou professionnel, ses habitudes, ses fréquentations, ainsi que sur les conditions du milieu dans lequel il vit et notamment les aptitudes de ses parents à assumer son éducation⁶⁷.

Le législateur entend donc encadrer la délinquance par un dispositif spécifique aux enfants et adolescents. À l'attention portée au cadre social du délinquant s'ajoute la possibilité de recourir à une expertise d'ordre médical :

Toutes les fois qu'il le juge nécessaire, le secrétariat peut demander que le mineur soit soumis à un examen médical, notamment à un examen psychiatrique⁶⁸.

À la fin des années trente, on observe ainsi, au sein du Département de justice et police, la volonté d'appréhender de manière plus large les difficultés rencontrées par les mineurs et les suites pénales qui en découlent parfois. Le virage qui s'effectue alors témoigne des changements de mentalité qui commencent à s'opérer. Encadrement, classification et expertise: le filet social se resserre autour des déviances qui nécessitent une prise en charge spécifique et mobilisent des experts pour les expliquer. Cette médicalisation de certains problèmes de l'enfance, notamment la délinquance, engendre la création d'institutions spécialisées. C'est donc

.....

66 Le règlement provisoire applicable aux délinquants mineurs prévoit que le Conseil d'État statue sur leur sort.

67 Article 3 du Projet de loi organisant un Secrétariat pour la protection des mineurs, *Bulletin du Grand Conseil*, Séance du 21 mai 1934, p. 889.

68 Idem.

sur un processus de médicalisation du social que repose la constitution d'un domaine d'expertise en psychiatrie infantile.

Tel est le contexte dans lequel les premières discussions autour de la création d'une institution destinée à accueillir les enfants nerveux ont lieu. La création d'un système chargé d'évaluer la responsabilité des mineurs ainsi que de mettre en œuvre une mesure punitive et éducative implique la mise en place de structures d'observation et d'expertise. *In fine*, dans la majorité des cas, les autorités recourent au placement des enfants, tant la famille d'origine semble être la source de tous les maux.

À travers les délits les plus divers, les fugues, les caractères aigris, la paresse [...] on peut toujours remonter aux causes premières, et l'on est ramené infailliblement à dénoncer les insuffisances de la famille [...]. Sur plus de 1200 mineurs délinquants dont nous avons pu suivre l'évolution, 6% seulement appartiennent à des familles vraiment normales et encore y a-t-il souvent erreur ou maladresse éducative⁶⁹.

Le placement des jeunes repose sur cette conception du cadre éducatif et familial. Elle est déterminante pour l'évolution de la pédopsychiatrie dans son orientation psychanalytique.

Le Bercaïl: une maison pour enfants nerveux

C'est le 23 février 1938 qu'a lieu l'inauguration du Bercaïl, la maison pour enfants nerveux créée au sein de l'Hospice de l'Enfance. Le projet germe déjà depuis quelques années au sein du comité

.....

69 Secrétariat pour la protection des mineurs, Rapport du Département de justice et police, 1941, p. 70.

d'administration de l'Hospice de l'Enfance. À en croire l'allocution prononcée par son président, Max de Cérenville⁷⁰, c'est Sœur Claire Frommel⁷¹ qui, au lendemain de l'inauguration du pavillon d'isolement en 1927, songea à la création d'une telle institution⁷². De plus en plus fréquemment, l'Hospice de l'Enfance devait faire face à des enfants souffrant de troubles psychiques nécessitant une prise en charge spécifique. En 1933, dans le rapport du service de médecine, le docteur Louis Exchaquet⁷³ explique :

Nous avons une forte proportion de petits malades atteints de troubles nerveux fonctionnels sans lésions organiques. Ces enfants peuvent présenter les symptômes les plus variés [...]. La première partie du traitement, qui consiste à les débarrasser de leurs symptômes, est en général assez rapide; la seconde, qui doit modifier complètement le caractère, est affaire d'éducation, et malgré l'influence excellente de l'Hospice sur ces enfants, nous ne sommes pas organisés pour ce genre de traitements prolongés⁷⁴.

Et c'est principalement Sœur Frommel, directrice, son adjointe, Augusta de Severy et Exchaquet qui conçoivent le projet avec le soutien de Cerenville et d'Antoine Vodoz⁷⁵. Dans son rapport de 1934, le comité d'administration de l'Hospice de l'Enfance

70 Max de Cerenville (1875–1948) juriste de formation, est directeur des assurances « La Suisse » dès 1912; il préside en outre le comité de l'Hospice de l'Enfance entre 1928 et 1947.

71 Sœur Claire Frommel (1876–1959) est Sœur directrice de l'Hospice de l'Enfance entre 1912 et 1945.

72 Article non signé, « L'Hospice de l'Enfance », *Gazette de Lausanne*, 27 février 1938.

73 Louis Exchaquet (1879–1950) est médecin à l'Hospice de l'Enfance.

74 *Rapport de l'Hospice de l'Enfance*, 1933, p. 7.

75 Antoine Vodoz (1900–1945), juriste, est député (parti libéral) au Grand Conseil vaudois avant de devenir Conseiller d'État en charge du Département de justice et police en 1938. Il est

fait état de l'avancement du projet. Il a pris conseil auprès de plusieurs neurologues, et estime qu'il lui revient de « contribuer, dans la mesure de [ses] moyens, à redresser les caractères et à corriger des tares en rééduquant ces enfants pour les rendre aptes à une vie normale et utile⁷⁶ ».

La conception des plans a été confiée à l'architecte Fernand Grenier⁷⁷ et il est prévu que le futur bâtiment s'élève à l'ouest du pavillon d'isolement et puisse accueillir entre quinze et vingt enfants en internat. Le coût de la nouvelle construction s'élève à 105'000 francs, auxquels il faut ajouter trente ou quarante mille francs pour les frais d'architectes et d'aménagement⁷⁸. Le nouveau service répond manifestement à cette forte demande, puisque toutes les places sont occupées dès les premières semaines d'activité⁷⁹. Bovet est nommé médecin consultant de cette nouvelle annexe, tandis que Louise Wille, infirmière de formation, est nommée directrice.

Il ne reste que peu de documents révélant le fonctionnement de l'institution durant ses premières années d'existence. Les rapports annuels de l'Hospice de l'Enfance contiennent une section sur le Bercaïl rédigé par le médecin consultant, Bovet, ainsi que les statistiques concernant les malades. Hormis ces précieux documents qui rapportent les événements de l'année écoulée, le Bercaïl n'a laissé que peu de traces administratives. L'on ignore si des

également membre du Comité de l'Hospice de l'Enfance depuis janvier 1941 et en devient le président en 1943.

76 *Rapport de l'Hospice de l'Enfance*, 1934, p. 4.

77 Fernand Grenier (1879–1970) est un architecte vaudois.

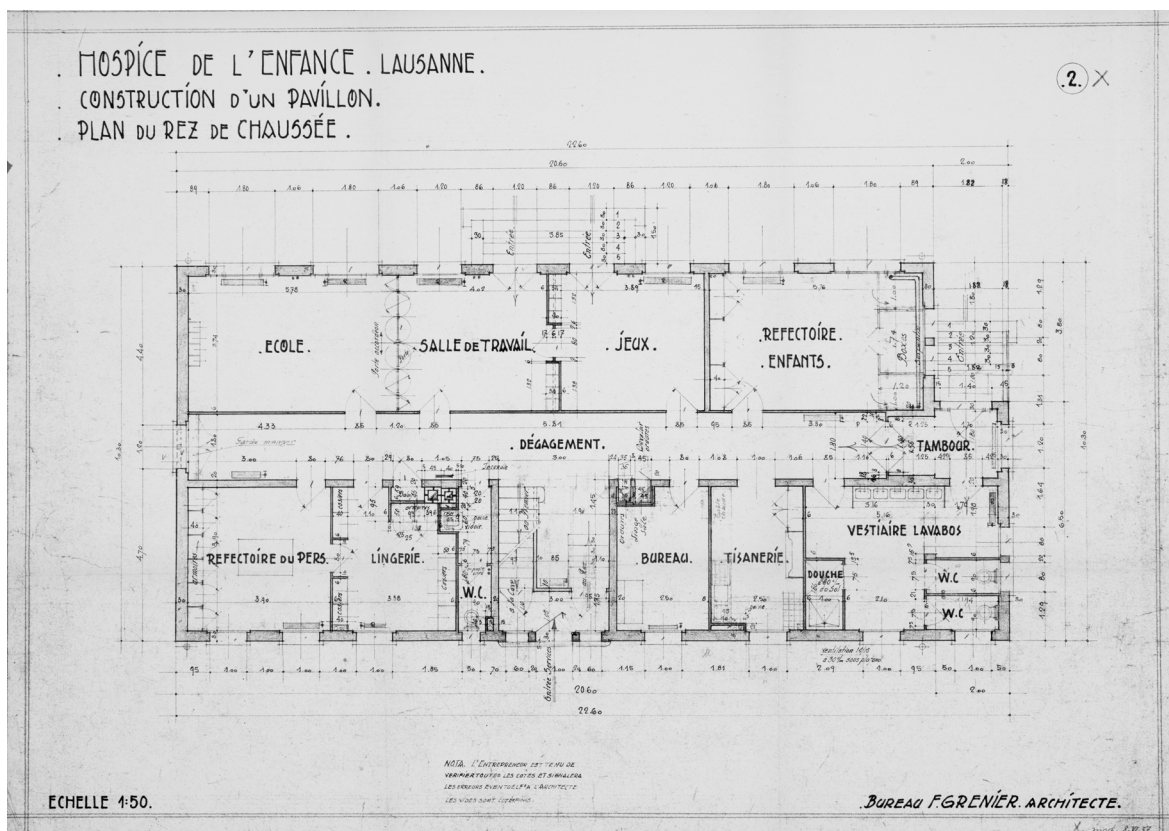
78 « L'Hospice de l'Enfance », article non signé, *Gazette de Lausanne*, 28 mars 1935.

79 *Rapport de l'Hospice de l'Enfance*, 1938, p. 3.

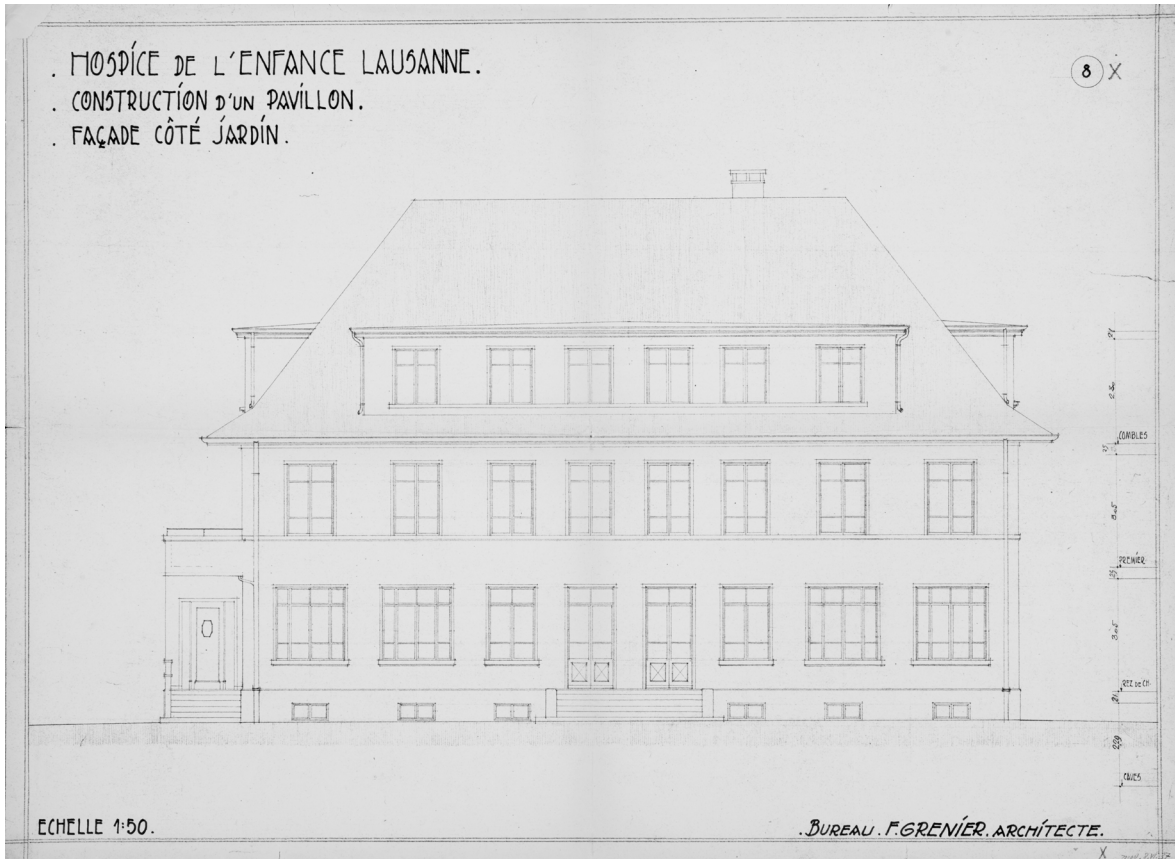
procès-verbaux ont été tenus lors du traditionnel thé médical du lundi; si tel est le cas, ils n'ont pas été conservés⁸⁰. Il faut bien comprendre en effet

qu'à sa création, le Bercaïl est une petite structure dont l'administration est gérée par l'Hospice dont elle dépend.

⁸⁰ Notons aussi que les Procès-verbaux des séances du comité de l'Hospice de l'Enfance sont introuvables pour les années 1929 à 1950.



Hospice de l'Enfance, Lausanne. Construction d'un pavillon. Plan du rez-de-chaussée, 8 juin 1937. © Archives de l'Hôpital de l'Enfance, Lausanne. Photo: CEMCAV-CHUV



Hospice de l'Enfance, Lausanne. Construction d'un pavillon. Façade côté jardin, 8 juin 1937. © Archives de l'Hôpital de l'Enfance Lausanne. Photo: CEMCAV-CHUV

La psychiatrie: l'enfant retardé de la médecine ?

Le nouvel établissement est conçu pour accueillir des enfants souffrant de troubles «névrotiques», «psychotiques», «psychosomatiques», ainsi que des

«troubles du comportement»⁸¹. Les soins reposent ainsi essentiellement sur des psychothérapies. À l'époque, la pédopsychiatrie est une discipline quasi

81 BERGIER 1988, p. 10.

inconnue du grand public; quant à la psychiatrie, elle est largement associée aux établissements asilaires qui suscitent crainte et méfiance. À cet égard, on remarque à la fin des années trente la volonté de moderniser l'image du secteur :

Il y a peu d'années encore la psychiatrie, c'est-à-dire la science des maladies nerveuses et mentales, était considérée comme l'enfant retardé de la médecine. [...] Les établissements suisses pour malades nerveux et mentaux ont essentiellement contribué aux progrès scientifiques et pratiques de la psychiatrie. [...] Ils sont à la hauteur de leur tâche et capables de rendre les services qu'on attend d'eux⁸².

La modernisation passe par la spécialisation⁸³ et la valorisation des thérapies pratiquées dans les établissements psychiatriques. En 1939, lors de l'examen de la loi sur les maladies mentales par le Grand Conseil, l'exposé des motifs ne manque pas de souligner cette évolution. Les autorités cantonales tout comme les psychiatres insistent sur l'évolution de la pratique et sur ses « progrès » :

Au début de ce siècle, la plupart des asiles d'aliénés étaient avant tout un lieu d'internement où on enfermait des « fous », pour protéger la société plus qu'eux-mêmes. Les progrès de la science psychiatrique, obtenus par la spécialisation si souvent décriée, ont permis la transformation des établissements psychiatriques en véritables hôpitaux psychiatriques⁸⁴.

.....

82 REPOUND 1938.

83 La loi sur les maladies mentales de 1939 crée deux catégories d'établissements pour malades mentaux: les spécialisés, seuls autorisés à porter le nom de cliniques ou maisons de santé, et les non spécialisés appelés asiles ou pensions pour malades. L'Asile de Cery devient ainsi la Clinique psychiatrique de Cery.

84 Exposé des motifs à la loi sur les maladies mentales de 1939, *Bulletin du Grand Conseil*, séance du 23 mai 1939, p. 608.

Dans ce contexte, la création d'un établissement comme le Bercaïl nécessite quelques précautions. De l'aveu de Bergier, il s'agit alors d'organiser une division psychiatrique au sein d'un établissement pédiatrique, « tout en cachant le plus possible l'étiquette psychiatrique, étiquette qui, à l'époque, était susceptible d'effrayer grandement parents et enfants, comme tout l'entourage⁸⁵ ». Pour Henny, les institutions pédopsychiatrique mises en place à l'époque rompaient totalement avec la pratique psychiatrique en vigueur de le canton. Celui qui a été assistant à Cery explique au début des années 1990 qu'à l'époque « l'hôpital était quelque chose qui sentait fort la prison⁸⁶ ». Il avoue quelques années plus tard, avoir détesté cette institution. Pour lui, la création des services médico-pédagogiques est le fruit d'une « autre vision des choses » contrastant avec « l'environnement concentrationnaire » qui caractérise alors les cliniques pour adultes⁸⁷.

Même si plusieurs études sur la psychiatrie infantile ont déjà été publiées, la pratique clinique en est encore à ses balbutiements. Dans son premier rapport, Bovet admet les difficultés inhérentes à l'évaluation diagnostique en psychiatrie infantile :

Nos connaissances sur l'étiologie de la plupart des troubles ressortissant à la psychiatrie infantile étant encore fort incomplètes, tout classement diagnostique est forcément plus ou moins arbitraire, et reflète les opinions personnelles de celui qui l'opère⁸⁸.

Cette même année, l'annexe accueille au total quarante-quatre enfants, parmi lesquels huit souffrent de troubles du caractère d'origine

.....

85 BERGIER 1988, p. 10.

86 MAYERAT/ROHRBACH 1991 (document vidéo).

87 ANTONIADIS/BARBEZAT/BÉDAY 1997 (document vidéo).

88 *Rapport de l'Hospice de l'Enfance*, 1938, p. 10.

psychogène, sept de « maléducation », cinq d'oligophrénie idiopathique⁸⁹, quatre de psychopathie constitutionnelle. L'évolution de leur état est également mentionnée dans le rapport. Sur les quarante-quatre enfants admis en 1938, quatre sont sortis au 31 décembre, neuf enfants ont vu leur état s'améliorer, tandis que l'état de dix enfants reste stationnaire, et que vingt-et-un sont toujours en traitement à la fin de l'année.

Bovet estime que les troubles soignés au Bercaïl ne peuvent l'être qu'en plusieurs mois, voire années, et que « la notion de guérison en psychiatrie n'a le plus souvent rien d'absolu⁹⁰ ». Il faut bien voir que s'il s'agit bien d'une structure vouée à la psychiatrie, l'éducation fait partie intégrante de la pratique hospitalière. Pour le comité, les troubles psychiques dont souffrent les enfants nécessitent un « traitement prolongé tenant plutôt de l'éducation que de la médecine proprement dite⁹¹ ». Cette perspective traduit le flou conceptuel dans lequel navigue la psychiatrie infantile, entre éducation et guérison. Bovet lui-même ne tranche pas résolument entre les deux approches :

Certains troubles mentaux de l'enfance (ainsi les oligophrénies, les psychopathies constitutionnelles) sont incurables par définition. Leurs effets peuvent par contre être parfois atténués par des mesures appropriées; pourra-t-on parler alors d'« amélioration », au sens médical du terme⁹² ?

Bovet situe volontiers sa pratique dans une perspective plus éducative que psychiatrique. Il estime

que les résultats obtenus sont « encourageants, tant au point de vue psychopédagogique qu'au point de vue social⁹³ ». En fait, la population qui consulte au Bercaïl est relativement variée. Souvent c'est un problème de comportement qui justifie une première consultation ou un placement. C'est par exemple le cas pour le jeune Y., âgé de six ans lorsqu'il arrive au Bercaïl en novembre 1938. L'anamnèse rédigée par Bovet détaille le parcours et le comportement de l'enfant jusque-là :

L'enfant est chez M^{me} D. depuis 1935. M. et M^{me} D., sans enfant, avaient l'intention de l'adopter plus tard. Mais ils ont tôt remarqué des anomalies du comportement: l'enfant s'est masturbé énormément, jour et nuit. Très têtu, colérique: se roule par terre, tape du pied. Aux repas, a souvent des sortes de petites crises, durant lesquelles les yeux sont révulsés; il bat l'air des mains, laisse souvent tomber sa cuiller, [...] puis revient brusquement à lui et reprend une attitude normale⁹⁴.

Le docteur note également que l'enfant se ronge les ongles. Dans un premier temps, sa famille d'accueil consulte Repond au Centre médico-pédagogique valaisan. Après une quinzaine de séance, ne voyant pas d'amélioration notable, la mère demande un nouvel examen psychiatrique, qui révèle une schizophrénie et préconise un séjour au Bercaïl. Le rapport effectué par le psychiatre Norbert Beno⁹⁵ fait état de deux troubles dominants: des troubles affectifs qui s'accompagnent de tendances autistiques, et la dissociation d'idées. Pour lui, « [ces] troubles rentrent dans le cadre de la dementia

89 C'est-à-dire d'une déficience intellectuelle.

90 *Rapport de l'Hospice de l'Enfance*, 1938, p. 10.

91 « L'Hospice de l'Enfance », article non signé, *Gazette de Lausanne*, 28 mars 1935.

92 *Rapport de l'Hospice de l'Enfance*, 1939, p. 10.

93 Idem.

94 Dossier médical de Y., Archives du Centre psychothérapeutique.

95 Norbert Beno (?-1964), psychiatre, succède à André Repond à la tête du Service médico-pédagogique valaisan en 1961.

proecocissima qui font de cet enfant un candidat probable à la schizophrénie⁹⁶ ».

Après quelques mois d'observation au Bercaïl, Bovet adresse un rapport au Service de la prévoyance sociale et des assurances. Il estime que l'enfant a un retard intellectuel important et présente, au niveau physique, de l'axyphoïdie et des pavillons d'oreilles déformés, « petits signes que l'on trouve généralement chez les enfants constitutionnellement stigmatisés⁹⁷ ». Le rapport de Bovet n'est pas totalement affranchi d'une vision anthropométrique des affections mentales. L'attention portée aux « stigmates » de la maladie rappelle les théories lombrosiennes⁹⁸ très en vogue à la fin du 19^e siècle. Cet exemple montre à quel point la dégénérescence est un concept persistant. Bovet, quoique porté principalement sur la psychanalyse et l'influence du « milieu », ne peut s'empêcher d'invoquer une tare constitutionnelle pour expliquer l'inexplicable. Qu'elle s'incarne dans la constitution de l'enfant permet d'objectiver ce qui semble ne reposer sur aucun élément tangible :

En résumé, nous avons affaire chez Y. à un enfant constitutionnellement stigmatisé, présentant un degré accusé de débilité mentale, et chez qui, par suite sans doute de l'influence défavorable du milieu, s'étaient développés des troubles du caractère graves. Actuellement, les troubles du caractère ont largement régressé. Il reste la

débilité mentale et la prédisposition constitutionnelle aux réactions anormales, toutes deux incurables⁹⁹.

En plus des traitements qu'il propose, le Bercaïl assume un travail « prophylactique ». Il est en effet appelé à « diagnostiquer la nature de certains troubles du comportement¹⁰⁰ ». Le travail du Bercaïl s'insère dans le réseau de protection de l'enfance évoqué plus haut, puisqu'il collabore activement avec les différents services de l'État.

Les thérapies utilisées au Bercaïl reposent sur un éventail d'activités et de jeux menés avec les enfants. Ces activités ne sont pas assumées par le psychiatre, mais par le personnel encadrant, qui participe pleinement au travail thérapeutique. À l'automne 1940, Nanon de Rham¹⁰¹ devient l'assistante sociale de l'institution, après avoir été stagiaire à l'Hospice¹⁰². Elle est chargée d'assurer un suivi auprès des enfants et de leur famille, ou sur leur lieu de placement après leur sortie. Bovet voit dans la diversification de ces activités « un pas de plus vers la création d'un véritable service médico-pédagogique¹⁰³ » dont il ne manque pas de rappeler la nécessité pour permettre une prise en charge complète. L'assistante sociale introduit les premiers essais de thérapies familiales et des séances de supervision avec les assistants et les éducateurs. C'est également elle qui introduit les jeux dramatiques puis le psychodrame, technique thérapeutique à laquelle elle s'est formée aux États-Unis. Il

96 Dossier médical de Y., Archives du Centre psychothérapeutique.

97 Dossier médical de Y., Archives du Centre psychothérapeutique.

98 Cesare Lombroso (1935–1909), professeur de médecine légale à Turin, est connu pour sa théorie du criminel-né qui prétend que la criminalité est plus fréquente chez des personnes présentant certaines caractéristiques physiques et qu'elle serait donc innée.

99 Dossier médical de Y., Archives du Centre psychothérapeutique.

100 *Rapport de l'Hospice de l'Enfance*, 1939, p. 10.

101 Nanon de Rham (1913–1979) est assistante sociale et psychothérapeute. Elle a suivi sa formation à l'Institut d'études sociales de Genève.

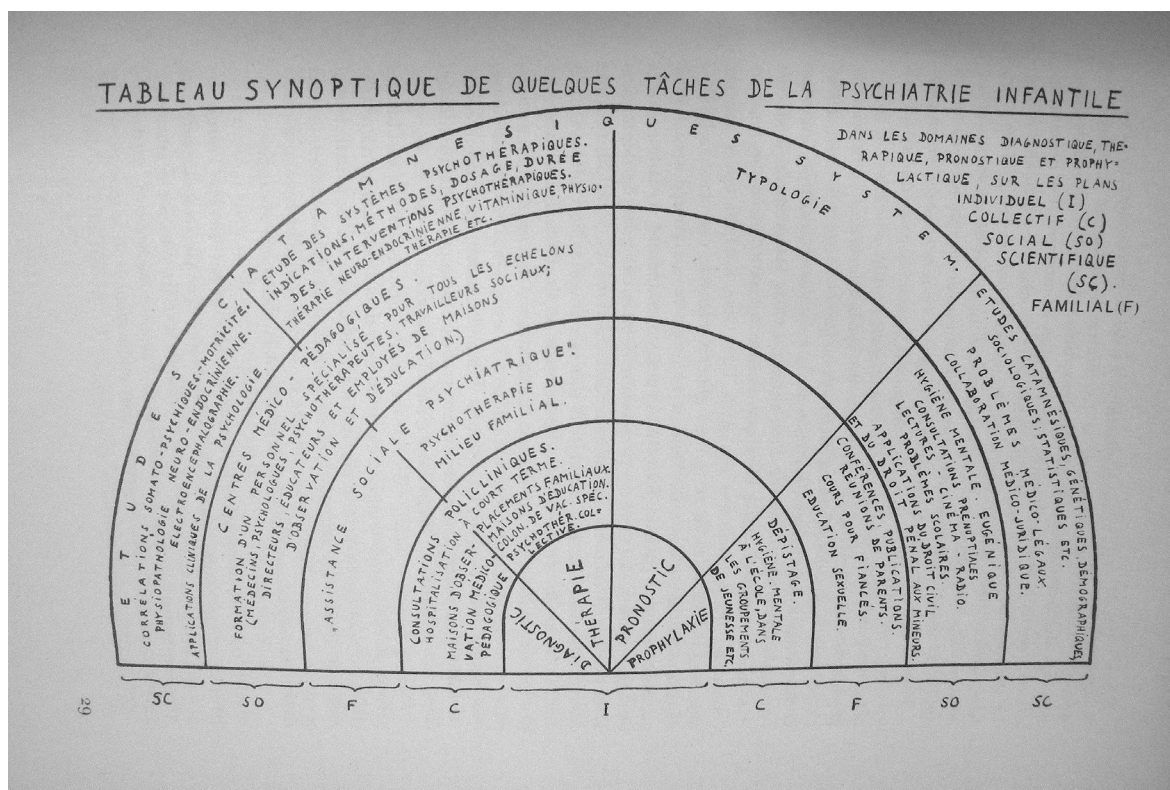
102 TAVERA / BARRAS 2011, p. 81.

103 *Rapport de l'Hospice de l'Enfance*, 1940, p. 11.

semble que cette expérience n'ait pas été concluante, puisqu'elle y renonce finalement¹⁰⁴. Le travail social prend une place importante dès les débuts du Bercaïl. En effet, Bovet, le médecin consultant, n'est présent qu'une ou deux demi-journées par

semaine, puisqu'il continuait d'exercer à l'asile de Cery pendant la majeure partie du temps, jusqu'à sa nomination à la direction de l'Office médico-pédagogique. Pendant l'essentiel de la semaine c'est donc sur l'encadrement et l'organisation de la vie collective que repose le travail thérapeutique.

104 BERGIER 2003, p. 43.



Lucien Bovet, « Coup d'œil en éventail sur la psychiatrie infantile », *Journal de psychiatrie infantile*, 14, 1947, pp. 27–30. Bibliothèque de Genève



PROTECTION OU RÉPRESSION DE L'ENFANCE AU SEIN DU DÉPARTEMENT DE JUSTICE ET POLICE

Dans le canton de Vaud, c'est principalement l'engagement de Bovet et du Conseiller d'État Antoine Vodoz en faveur des institutions dédiées à l'enfance, qui explique que ce secteur soit dans un premier temps rattaché au Département de justice et police. Outre l'engagement personnel de ces deux hommes, plusieurs éléments concomitants vont contribuer à modeler cet agencement institutionnel qui prévaut pour la prise en charge des enfants. En effet, la mise en place d'une juridiction pénale pour les mineurs donne lieu à une redéfinition des contours de la déviance, entre affection sociale et trouble pathologique. Le changement législatif fournit aux psychiatres l'occasion de s'exprimer sur la dimension pathologique de la délinquance des mineurs et de l'intégrer à un schéma des troubles psychiques. L'intensification des recherches sur les troubles psychiatriques des enfants coïncide donc avec la nécessité de réévaluer la notion de responsabilité dans le cadre de l'action pénale. En 1941, les psychiatres ont bien compris les débouchés que peut représenter la sphère pénale. Selon le psychiatre Henri Bersot, «le nouveau code pénal nous donne une occasion unique de pénétrer dans la thérapeutique de la délinquance infantile¹», une véritable

aubaine pour la discipline naissante, dont l'utilité et la particularité doivent encore être démontrées.

UN RÉSEAU PLURIDISCIPLINAIRE

C'est à la faveur de plusieurs réorganisations administratives, éducatives et répressives concernant les mineurs, qu'un véritable réseau institutionnel dédié à l'enfance voit le jour au début des années quarante. L'entrée en vigueur de la nouvelle juridiction pénale des mineurs impose la création d'un Office cantonal des mineurs et de la Chambre pénale pour mineurs au sein du Département de justice et police en 1942. La direction de l'Office est confiée à Ernest Piot, alors directeur du Secrétariat pour la protection des mineurs, organe qui disparaît avec la naissance de la nouvelle entité. Une chambre pénale des mineurs est, quant à elle, présidée par Maurice Veillard², tandis que Bovet quitte la clinique de Cery pour prendre la direction de l'Office

.....

1 BERSOT 1941, p. 157.

.....

2 Maurice Veillard (1894–1978) obtient un doctorat en droit à l'Université de Lausanne en 1918. Il préside la chambre pénale des mineurs de 1941 à 1964 et enseigne à l'école d'éducateurs spécialisés (École Pahud) et aux Facultés des sciences sociales et politiques et de droit.

médico-pédagogique, dont les locaux jouxtent ceux de l'Office dirigé par Piot.

Cette concentration des institutions médicales, pédagogiques et répressives est inédite. L'intérêt de Bovet pour la délinquance n'y est sûrement pas étranger, puisque déjà en 1941 il affirmait :

Avec la nouvelle législation sur les mineurs (office des mineurs, chambre pénale des mineurs), le Bercail sera sans doute appelé, plus encore que par le passé, à jouer un rôle important parmi les organismes destinés à prévenir et à guérir la délinquance infantile³.

Il affirme toutefois à la fin des années quarante que l'Office dont il a la charge revêt un caractère « strictement médical, dépourvu de tout arrière-goût policier⁴ ». L'Office médico-pédagogique se place à la jonction des procédures pénales et administratives entreprises à l'encontre des mineurs.

Si en l'état des sources il est périlleux de retracer les événements qui ont précédé la création du Service médico-pédagogique, tout porte à croire que c'est principalement Bovet qui a sensibilisé Vodoz à la question des enfants « difficiles ». En 1939, alors qu'il est médecin adjoint à Cery, il sollicite un entretien auprès du magistrat, afin d'évoquer « quelques préoccupations semi-personnelles et semi-officielles en rapport avec la réorganisation de la lutte contre la délinquance infantile⁵ ». En 1940, il lui fait parvenir deux brochures, qui portent sur le Service médico-pédagogique valaisan dirigé par Repond à

Malévoz. Dans une lettre de remerciement, Vodoz confie à Bovet qu'il compte ouvrir un service similaire dans le canton de Vaud, après l'adoption de la réforme pénitentiaire. Il lui fait également part de son désir de visiter le Service médico-pédagogique de Repond⁶.

La même année, lors d'une réunion sur les enfants difficiles présidée par le chef du Département de l'instruction publique et à laquelle assistent notamment Pierre Boven⁷ et Wintsch, Bovet et Piot insistent sur le fait que l'école seule ne peut assurer efficacement le dépistage des enfants « difficiles⁸ ». Boven soutient également la création d'un « système général de dépistage, d'examen [et] de traitements⁹ ». Le partage des prérogatives relevant du Service de l'enfance, rattaché au Département de la prévoyance sociale et des assurances et dirigé par Murdter, et celles laissées aux nouveaux services du

³ « Le Bercail », *Rapport de l'Hospice de l'Enfance*, 1941, p. 10.

⁴ Voir la notice rédigée par Lucien Bovet et intitulée *L'Office médico-pédagogique vaudois*. ACV S 41 D/167. Ce document non daté date vraisemblablement de 1949.

⁵ Lettre du docteur Lucien Bovet au Conseiller d'État Antoine Vodoz, le 15 avril 1939, ACV K VII b 33/1.

⁶ Lettre du Conseiller d'État Antoine Vodoz à Lucien Bovet, le 10 mai 1940, ACV K VII b 33/2.

⁷ Pierre Boven (1886–1968) est procureur général du canton de Vaud de 1932 à 1951.

⁸ Procès-verbal de la deuxième séance consacrée aux enfants difficiles, 22 janvier 1940, ACV K XIII 335. Outre les personnes mentionnées, sont présents lors de cette séance Detraz, directeur de Serix-sur-Oron, une institution de « rééducation » pour garçons, Graz directeur de Pro Juventute, Jaccard, greffier de paix, Jaccard chef du Service de l'enseignement primaire, Jacottet, Ludi, du mouvement pour la jeunesse de Suisse romande, Cosandey, de « la solidarité », Campiche, du Service sanitaire, Michod, inspectrice des écoles ménagères, Addor, instituteur, Courvoisier, du service sanitaire des écoles de Lausanne, Chamot, directeur de l'Asile Rural d'Échichens, Aubert et Schwar, tous deux inspecteurs scolaires, Curtet, instituteur, Déglon, délégué de la préfecture de Lausanne, Rindlischbacher, assistante de police, Pouly, inspecteur scolaire. Antoine Vodoz, Maurice Veillard, et Bridel sont excusés.

⁹ Procès-verbal de la deuxième séance consacrée aux enfants difficiles, 22 janvier 1940, ACV K XIII 335.

Département de justice et police est prégnant. Pour Wintsch, il est certain que l'enquête sur l'enfant et sa famille «doit être instruite par des organes scientifiques: médecin, assistant, service médico-péd[agogique]¹⁰» et, il reviendrait dans un second temps au service dirigé par Murdter de gérer le versant administratif et financier du placement, le cas échéant.

C'est une commission créée tout spécialement pour la réorganisation de la question de la protection de l'enfance qui a la tâche difficile de définir les attributions de chacun des services, et le Département auquel le nouvel Office médico-pédagogique va être rattaché. Trois Départements au moins sont pressentis. Plus précisément, trois chefs de service revendiquent l'organisation du nouveau service: le Service sanitaire, le Service de la protection de l'enfance et l'Office cantonal des mineurs qui doit voir le jour au sein du Département de justice et police. En fait, les tensions qui existent entre les entités administratives révèlent les enjeux qu'induit l'inscription des troubles infantiles dans un système administratif et scientifique. La frontière entre ce qui relève de l'assistance, du médical ou du juridique est d'autant plus floue que l'on attribue volontiers la cause de certains maux des enfants à l'indigence des parents. La création d'un service médico-pédagogique au sein du Département de justice et police suscite quelques interrogations, si ce n'est une certaine désapprobation. De l'avis du chef du service de la protection pénale, l'Office cantonal des mineurs et le Service de la protection de l'enfance ne s'adressent pas au même «public». Le Service de Murdter doit essentiellement mettre en

œuvre les mesures, «pratiques qu'il convient de prendre en faveur d'enfants malheureux ou abandonnés, mais moralement normaux, et contre des parents négligents, incapables ou indignes et par surcroît pauvres. Ces mesures concerneront l'assistance matérielle, l'instruction et l'hygiène surtout [...]. Au contraire, la mission conférée à l'Office cantonal des mineurs concerne essentiellement des enfants et adolescents délinquants ou moralement pervertis, ou d'un caractère difficile, ou vivant dans l'inconduite¹¹».

Le chef de service admet toutefois que dans de nombreux cas, les enfants dont il a la charge nécessitent également des mesures d'assistance assurées par la protection de l'enfance, d'où une certaine concurrence dans l'attribution des prérogatives. Le docteur Francis Payot, chef du service sanitaire, est quant à lui convaincu de «l'importance du côté médical que revêt la question de l'enfance¹²». Il revendique donc également le rattachement de la nouvelle entité à son département.

Nous ne disposons pas du procès-verbal de la séance au cours de laquelle il a été décidé que l'Office médico-pédagogique vaudois serait rattaché au Département de justice et police. Toutefois, on peut supposer que le poids de la dimension juridique a contribué à un tel rattachement. En fait, l'enfance difficile devient synonyme d'enfance délinquante. Sur ce point, la commission ne s'est pas trompée, puisque de l'aveu du chef de l'Office cantonal des mineurs, la mise en place de la nouvelle législation

• • • • •

¹⁰ Idem.

• • • • •
¹¹ Rapport du chef de la Protection pénale à Antoine Vodoz, chef du Département de justice et police, 3 mars 1942, ACV S 218/22.

¹² Rapport non daté du chef du Service sanitaire cantonal à la Commission chargée de la réorganisation de la question de la protection de l'enfance, fin novembre 1941, ACV S 218/22.

a provoqué une augmentation considérable des cas pénaux. Notons aussi que le travail des juges repose de plus en plus sur des rapports d'experts. Leur collaboration au sein du Département de justice et police devient donc indispensable au bon fonctionnement de l'ensemble.

Mais la multiplication des services dédiés à l'enfance au sein des différents départements de l'État suscita la confusion, si bien qu'en 1941 le député Jean Peitrequin¹³ dépose une motion au Grand Conseil dans le but de coordonner au mieux le travail effectué par les quatre départements¹⁴ concernés par la protection de l'enfance¹⁵. Cette question des attributions respectives des services est finalement régie par un règlement de coordination. L'Office médico-pédagogique vaudois (OMPV) devient le centre d'expertise des différents services. Par ailleurs, pour faciliter la coordination entre les Services, un Conseil de l'enfance est créé par le Conseil d'État. La proximité, tant géographique qu'administrative, qui caractérise les instances judiciaires, médicales et administratives relatives à l'enfance, témoigne de l'amalgame entretenu au cours des années trente entre l'enfant difficile et l'enfant délinquant¹⁶.

Dès sa création, l'OMPV a entretenu des rapports très étroits avec le Bercail, qui faisait office de service hospitalier de la consultation ambulatoire

• • • • •

13 Jean Peitrequin (1902–1969) est un ingénieur civil vaudois. Membre du parti radical-démocrate, il est député au Grand Conseil de 1935 à 1945, puis syndic de Lausanne de 1950 à 1957.
14 En plus des Départements de l'intérieur, de l'instruction publique et des cultes et de justice et police, le député évoque le Département de l'agriculture, de l'industrie et du commerce, dont dépendent les formations en apprentissage.
15 Voir *Bulletin du Grand Conseil*, 1941 et 1942.
16 Voir notamment RUCHAT 2009, p. 2.

qu'était l'OMPV¹⁷. Cette proximité est en outre visible au niveau institutionnel puisque c'est l'État qui prend en charge les salaires du médecin et d'une psychologue-thérapeute du Bercail. Dès le début, les deux services fonctionnent donc de manière complémentaire.

L'OFFICE MÉDICO-PÉDAGOGIQUE VAUDOIS

Le nouvel Office médico-pédagogique (OMPV), rattaché au Service de la protection pénale, est inauguré au début du mois de juillet 1942. Il est chargé de procéder aux expertises sur la santé mentale des enfants demandées par les différentes autorités scolaires, judiciaires ou administratives. Le règlement prévoit que tous les mineurs difficiles signalés à l'Office cantonal des mineurs soient soumis au service « psycho-médical »¹⁸. Dans de nombreux cas, le service assume un traitement psychologique. Pour son directeur, ce traitement permet souvent d'éviter un placement en famille ou en institution¹⁹. L'Office a également pour tâche d'organiser dans le canton des consultations médico-pédagogiques publiques. Enfin, c'est à lui que revient le contrôle médico-psychologique des élèves des maisons d'éducation officielles ou privées²⁰. Le règlement prévoit par ailleurs que l'Office soit dirigé par un médecin psychiatre

• • • • •

17 BERGIER 1988, p. 13.
18 Arrêté du 23 décembre 1941 sur l'Office cantonal des mineurs, art. 10.
19 Rapport de OMPV, Département de justice et police, 1942, p. 70.
20 Voir règlement de l'Office médico-pédagogique vaudois du 19 janvier 1945, ACV S 41 D/167.

désigné par le Conseil d'État. Pendant ses six premiers mois d'activité (du 1^{er} juillet au 31 décembre 1942), le Service a traité les cas de 165 mineurs, pour un total de neuf cents séances d'examen, de traitement ou de rencontre avec l'entourage; parmi ces derniers, trente-deux ont été adressés au Service par des médecins, trente-et-un par la Chambre pénale des mineurs, trente par l'Office cantonal des mineurs, vingt-six par leurs parents, vingt-trois par des œuvres privées et quinze par le Service de prévoyance sociale et d'assistance publique²¹.

À la fin des années 1940, outre le directeur, le service emploie un médecin adjoint, trois assistantes psychologiques et deux sténodactylographes. Plusieurs collaborateurs auxiliaires viennent renforcer l'équipe. Un médecin, une orthophoniste, et parfois une assistante sociale rattachée à l'Office cantonal des mineurs, consacrent quelques demi-journées par semaine à l'OMPV.

Entre le corps et l'esprit

L'orientation médicale choisie par Bovet relève de plusieurs influences scientifiques et thérapeutiques. Si l'on oppose souvent les courants psychiatriques biologiques ou physiologiques et psychiques, dans la pratique, l'orientation des médecins est souvent plus nuancée. À l'image de la conception détaillée par Bovet, la personne humaine est comprise comme un système relevant de plusieurs plans: physique, psychique et spirituel²². Aussi, les

affections psychiques se traduisent souvent par des symptômes physiologiques:

On pourrait dire [...] que notre organisme physique offre aux causes psychologiques de la névrose des terrains d'atterrissage²³.

Pour Henny, il est clair qu'au lendemain de la Seconde Guerre mondiale, les psychiatres délaissent la perspective anatomo-clinique des troubles mentaux²⁴.

Dans une notice rédigée en 1949, Bovet détaille les méthodes utilisées. Les examens effectués par le service sont basés sur «l'unité somato-psychique de la personne²⁵». Comme il l'explique, les diagnostics reposent sur les techniques héritées de la psychiatrie clinique, de la psychométrie moderne et de l'investigation affective de type psychanalytique, comme les tests affectifs, les jeux et les dessins²⁶. Parmi les tests utilisés, l'on compte le test Binet-Terman révisé, les tests d'aptitudes en usage à l'Institut des sciences de l'éducation de Genève et les tests d'Inhelder:

Quelle que soit la valeur expérimentale d'investigation, il faut souligner que les collaborateurs de l'OMPV s'interdisent de leur attribuer une vertu diagnostique absolue²⁷.

Cet accent mis sur des méthodes extrêmement «techniques» est quelque peu nuancé par le récit de Jacques Bergier, médecin adjoint dès 1946. En

21 Rappelons qu'un Service de l'enfance existe toujours au sein du Département de l'intérieur.

22 BOVET 1943a, p. 16.

23 Idem, p. 21.

24 MAYERAT/ROHRBACH 1991 (document vidéo).

25 Voir Lucien Bovet, *L'Office médico-pédagogique vaudois*. ACV S 41 D/167 (non daté, vers 1949).

26 Idem.

27 Idem.

fait, la notice rédigée par Bovet, vraisemblablement à l'attention des autorités, vise clairement à promouvoir son travail en insistant sur les aspects les plus techniques ou empiriques de l'expertise, certainement parce qu'il estime que cela constitue un gage de scientificité aux yeux des autorités. Or, plusieurs orientations cohabitent à l'OMPV et le récit du psychiatre vient confirmer l'hétérogénéité des pratiques et leur constante adaptation.

Quelques années avant d'entrer à l'OMPV, Bergier a également travaillé à Cery, sous les ordres de Bovet lorsque celui-ci en était le directeur adjoint. Pourtant, il semble que son arrivée dans un service pour enfants ait été dépayssante. De ces premières années dans le service, Bergier retient principalement la diversité des approches disciplinaires qui structurent la pratique, diversité à laquelle ses études ne l'ont pas du tout préparé, ainsi que l'accent psychanalytique choisi par Bovet :

La psychiatrie infantile était véritablement un tout autre domaine, un carrefour de disciplines où se côtoyaient un peu de médecine et de psychiatrie, mais beaucoup de psychologie, de psychanalyse, de pédagogie, de service social, et même des éléments de sociologie et de droit²⁸.

Pour l'examen pédopsychiatrique, Bergier explique avoir eu beaucoup recours au test du village²⁹, il se sert également de poupées ou de jeux psychodramatiques. Le docteur admet qu'à cette période, l'examen pédopsychiatrique reposait en réalité essentiellement sur une approche

psychologique³⁰. Le psychiatre procédait également à un examen médical ordinaire pour s'enquérir de l'état de santé et du développement physique et neurologique du patient.

La mise en place du travail clinique semble s'effectuer au gré des intérêts et des compétences de chacun. Sur les traitements, les récits de Bovet et de Bergier concordent; le courant dominant est celui de la psychanalyse. Bovet, tout comme Madeleine Rambert³¹, en est un véritable ambassadeur et « les psychologues-psychothérapeutes de son équipe étaient de pures freudiennes³² ». Rambert anime souvent le séminaire hebdomadaire de l'équipe, et y présente les bases de la psychothérapie³³. Par ailleurs, le service assure des thérapies psychanalytiques auprès des enfants dans différents établissements de placement. Cette initiative rencontre un succès mitigé. Malgré la propension à faire référence à la psychanalyse, l'application de thérapies analytiques est loin d'être simple. Édith Herzog, psychologue à l'OMPV, après avoir exercé auprès de Repond à Malévoz, explique qu'elle a renoncé aux thérapies purement analytiques. Chargée d'assurer un suivi analytique des enfants difficiles dans les établissements du canton, la thérapeute emploie plusieurs moyens « d'expression et d'extériorisation ». Or ces efforts se sont avérés contre-productifs :

L'enfant placé hors de son milieu a souvent en lui une telle charge d'agressivité, d'angoisse, etc., que quand

.....

28 BERGIER 2003, p. 29.

29 Ce test consiste à faire construire par l'enfant un village à l'aide de plusieurs éléments mis à disposition. Sur la base de cette construction, le psychiatre évalue la manière dont l'enfant se situe dans son environnement.

.....

30 BERGIER 2003, p. 39.

31 Madeleine Rambert (1900-1979) étudie à l'Institut Jean-Jacques Rousseau à Genève. Psychanalyste, elle collabore à l'OMPV dès sa création et dispense également des formations aux psychiatres et psychothérapeutes.

32 BERGIER 2003, p. 37.

33 Idem, p. 29.

il commence à l'extérioriser, il ne se borne pas à le faire pendant le traitement, mais aussi largement en dehors³⁴.

Ces difficultés poussent la psychologue à renoncer aux traitements analytiques au sein des établissements éducatifs, ce qui ne l'empêche pas de continuer à les pratiquer dans le cadre de son activité privée.

Bergier ne partage pas entièrement ces réticences. En revanche, il admet avoir été très intéressé par les travaux de l'école genevoise de psychologie, rassemblée autour de l'Institut Jean-Jacques Rousseau³⁵ avec notamment Édouard Claparède³⁶, André Rey³⁷ et Jean Piaget. L'OMPV ne prend pas systématiquement en charge le traitement de tous les enfants qui consultent. Il peut, par exemple, donner des indications mais laisse leur mise en œuvre aux bons soins du médecin de famille, ou alors suggérer des mesures institutionnelles, c'est-à-dire le changement de régime scolaire, le placement dans une famille ou dans une institution³⁸. Par contre, l'OMPV est tenu d'assumer le traitement des « justiciables de mesures psychothérapeutiques » –

savoir, ceux pour qui ces mesures ont été ordonnées par un juge.

Bien que Bovet ne le mentionne pas dans sa notice, il faut noter que les traitements médicamenteux n'étaient pas absents des thérapies proposées. Et de l'avis de Bergier, cela allait de soi pour les médecins, les parents et les enfants³⁹. En avril 1943, soit trois ans avant l'arrivée de Bergier à l'OMPV, Bovet demande au Service sanitaire cantonal la permission de se fournir en matériel d'examen et en médicaments auprès de la pharmacie de l'hôpital. Il explique alors que son établissement fonctionne comme « policlinique pour enfants difficiles » et que très souvent il doit recourir aux services de la policlinique générale pour des examens d'ordre somatique s'il n'y renonce pas totalement. Il sollicite donc le Service sanitaire afin de pouvoir se procurer les substances et les réactifs nécessaires. Par ailleurs, il souhaite pouvoir les distribuer « à titre gratuit ou contre un dédommagement symbolique, à certains enfants d'âge pré ou post-scolaire, c'est-à-dire ne bénéficiant pas de l'assurance infantile. Nous pensons en particulier à certains calmants, à des préparations vitaminées ou opothérapiques etc⁴⁰ ».

Bovet précise encore qu'il croit savoir que la maison d'éducation de Vennes et les établissements pénitentiaires de la plaine de l'Orbe, qui sont également rattachés au Service de la protection pénale, bénéficient d'une telle autorisation. Le chef du Service sanitaire transmet la question au Conseil

• • • • •

³⁴ HERZOG 1946, p. 160.

³⁵ Fondé en 1912 par Édouard Claparède, l'Institut Jean-Jacques Rousseau est une école de sciences de l'éducation rattachée à l'Université de Genève.

³⁶ Édouard Claparède (1873–1940) médecin de formation, s'intéresse notamment à la psychologie de l'enfant, à la mémoire et à l'intelligence, et crée en 1912 l'Institut Jean-Jacques Rousseau à Genève.

³⁷ André Rey (1906–1965) est psychologue, et enseigne à l'Université de Genève. Ses travaux portent notamment sur le développement de l'intelligence chez les enfants. Il est nommé professeur de psychologie appliquée à l'Université de Genève en 1949.

³⁸ Voir Lucien Bovet, *L'Office médico-pédagogique vaudois*. ACV S 41 D/167 (non daté, vers 1949).

• • • • •

³⁹ BERGIER 2003, p. 41.

⁴⁰ Lettre du docteur Lucien Bovet au docteur Francis Payot, chef du Service sanitaire cantonal, le 20 avril 1943, ACV K VIII f 107 n 495/43.

de santé⁴¹. Lui-même estime qu'un préavis du Département de l'instruction publique et des cultes est nécessaire, puisque la Policlinique médicale y est rattachée. Par ailleurs, il pense que le corps médical devrait être consulté, puisque «certains médecins pouvant trouver drôle qu'un organisme qui ne relève ni du Département de l'intérieur, ni du Département de l'instruction publique et des cultes, se mette à traiter gratuitement des malades⁴²».

C'est principalement le statut de l'Office médico-pédagogique qui pose problème, voire sème la confusion parmi les membres du Conseil de santé. En effet, Henri Rapin propose d'entendre Bovet au cours d'une séance ultérieure, proposition à laquelle s'oppose Girardet. Ce dernier estime que le règlement de l'hôpital suffit à trancher la question puisqu'il stipule que la pharmacie de l'établissement fournit les hôpitaux, hospices ou autres établissements cantonaux, ce qui à son avis exclut l'OMPV. Cornaz quant à lui estime que «l'Office médico-pédagogique est une institution d'état qui doit être à même de donner des médicaments aux enfants qui en ont besoin et [il] ne voit pas pourquoi il ne se servirait pas à la pharmacie de l'hôpital⁴³».

Nous n'avons pas de traces d'une éventuelle audience accordée à Bovet par le Conseil de Santé.

41 Le Conseil de santé a été créé en 1885 suite à la fusion du premier Conseil de santé instauré au début du siècle et de la Commission des hospices. Il est composé du chef du Département de l'intérieur, du chef du Service sanitaire cantonal, de quatre membres dont un médecin pris en dehors de l'administration, ainsi que du vétérinaire cantonal. Il a notamment pour tâche de contrôler l'exercice de la médecine dans le canton et de se prononcer sur des questions de santé publique.

42 Bulletin de consultation du Conseil de santé, 29 avril 1943, ACV K VIII f 107 n 495/43.

43 Idem.

L'affaire n'a pas dû être réglée, car, en décembre 1943, Bovet réitère sa demande auprès du directeur du Service sanitaire. Cette affaire est intéressante, parce qu'elle révèle la position ambiguë qu'occupe l'institution, oscillant entre établissement médical et éducatif, tout en étant rattachée au Département de justice et police. Aussi Bovet doit-il choisir attentivement ses mots lorsqu'il décrit les caractéristiques et les attributions du service qu'il dirige. Fonctionnant «comme une policlinique de psychiatrie infantile», l'OMPV procède principalement à des investigations et des traitements psychologiques. Toutefois, il doit également procéder à des investigations et parfois également des «traitements d'ordre plus médical⁴⁴». Bovet tente également de rassurer le chef du Service sanitaire quant à la complexité des tests qu'il entend effectuer: des examens d'urine qu'il qualifie de «sommaires», la détermination du taux d'hémoglobine, le nombre de globules rouges, éventuellement une réaction au Pirquet⁴⁵, et enfin la recherche de parasites dans les selles, etc. Bref, «il ne s'agit pas de monter un laboratoire complet, mais seulement de pouvoir procéder aux examens les plus courants⁴⁶». Pour ce qui est des traitements médicamenteux, là encore, Bovet insiste sur le fait qu'ils sont «exceptionnels» et qu'ils ne sont administrés par le Bercail que lorsqu'il s'agit «d'indigents relevant de la policlinique». Le psychiatre se défend également de faire

44 Lettre du docteur Lucien Bovet au docteur Payot, chef du Service sanitaire cantonal, le 8 décembre 1943, ACV K VIII f 107 n 495/43.

45 Aussi appelé test Mantoux; ce test est utilisé pour dépister la tuberculose.

46 Lettre du docteur Lucien Bovet au docteur Payot, chef du Service sanitaire cantonal, le 8 décembre 1943, ACV K VIII f 107 n 495/43.

de la concurrence à d'autres institutions ou à certains de ses confrères, puisque c'est manifestement l'une des raisons qui explique les réticences du Conseil de santé. Enfin, il ajoute qu'en plus de leurs vertus thérapeutiques, ces traitements sont utiles d'un point de vue scientifique :

Si notre Office n'est pas un institut universitaire, le soussigné, à titre de privat-docent, a néanmoins des attaches avec la Faculté de médecine et que, dès le semestre prochain, des démonstrations de psychiatrie infantile se donneront dans le cadre de l'Office. Dès lors, il serait d'autant plus désirable de pouvoir procéder à des examens et à des traitements qui peuvent être justifiés non seulement dans un but thérapeutique mais, nous le répétons, dans un but scientifique⁴⁷.

En 1951, suite au décès de Bovet dans un accident de voiture, le Conseil d'État souhaite alors réduire considérablement, voire supprimer l'Office médico-pédagogique, vraisemblablement pour faire des économies⁴⁸. Lors d'une réunion avec le Conseil d'État, William Boven⁴⁹, Hans Steck⁵⁰, Paul Rochat⁵¹, Francis Payot et Pierre-Bernard Schneider⁵² notamment réaffirment la nécessité

47 Idem.

48 Voir notamment VEILLARD 2007.

49 William Boven (1887–1970) est psychiatre, et enseigne la caracérologie, la psychiatrie et la criminologie à l'Université de Lausanne entre 1923 et 1954. Il est doyen de la Faculté de médecine (1948–1950) avant d'être nommé recteur de l'Université en 1954. Il est le frère de Pierre Boven (1886–1968), procureur général du canton de Vaud entre 1932 et 1951.

50 Hans Steck (1891–1980) psychiatre, dirige la clinique de Cery de 1939 à 1960 ; il est également professeur ordinaire de clinique psychiatrique à la Faculté de médecine de l'Université de Lausanne de 1942 à 1960.

51 Paul Rochat, médecin des écoles de la ville de Lausanne de 1943 à 1966.

52 Pierre-Bernard Schneider (1916–2005) est directeur de la Policlinique psychiatrique universitaire de Lausanne de 1948

d'un tel service⁵³. La presse se fait également l'écho de cette volonté qui n'est finalement pas réalisée. La direction l'OMPV est alors confiée à Bergier. Henny est nommé médecin adjoint – il deviendra médecin-chef en 1956 – tandis que Christiane Mathey, diplômée de l'Institut des sciences de l'éducation de Genève, succède à Madeleine Reymond, psychologue. La nouvelle éducatrice consacre une moitié de son temps à l'OMPV et l'autre à l'École Pestalozzi d'Échichens, ainsi qu'aux maisons d'éducation du Châtelard et de Serix-sur-Oron. Cette répartition devrait, selon Bergier, « permettre une beaucoup plus étroite collaboration avec ces institutions⁵⁴ ».

L'épisode qui suit le décès de Bovet révèle toutefois que la pérennité d'une telle institution n'est pas totalement acquise. L'utilité du travail mené à l'OMPV est loin de faire l'unanimité au sein des différents services de l'État. S'il ressort des rapports annuels successifs que cet Office rend de précieux services et que la demande est extrêmement forte, il semble qu'à l'épreuve de la pratique les choses se compliquent quelque peu. C'est en tout cas ce qui ressort d'une lettre adressée en 1951 à Charles Gilliéron, le chef du Service de la protection pénale⁵⁵. Cette lettre est une réponse à un premier courrier du Service de la protection pénale qui portait sur la diminution des cas soumis à l'OMPV par l'Office cantonal des mineurs (OCM). La direction de l'OCM explique cette diminution par la manière

à 1982. Ses recherches portent notamment sur la psychologie médicale et la psychiatrie extra-hospitalière.

53 VEILLARD 2007, p. 160.

54 Rapport de l'Office cantonal des mineurs, Département de justice et police, 1952, p. 44.

55 La copie de la lettre disponible aux ACV n'est pas signée ; toutefois, il est probable qu'elle provienne de l'Office cantonal des mineurs.

dont sont détaillées les statistiques et par le fait que depuis près de cinq ans, l'OMPV ne procède plus aux examens des enfants de seize ou dix-sept ans, qui sont désormais dirigés vers la polyclinique psychiatrique. En outre, le directeur du Service cache peu son scepticisme vis-à-vis des méthodes médico-pédagogiques :

Dans le passé, certains auxiliaires psychologues masculins et féminins, ont plutôt desservi que servi la cause des traitements psycho-médicaux et nombre de leurs examens ou traitements ne nous étaient d'aucune utilité. Il faut bien le dire et c'est pour ces raisons aussi, que le rôle même d'un service médico-pédagogique a soulevé passablement d'opposition, parfois même d'hostilité dans le corps enseignant vaudois⁵⁶.

En définitive, Piot juge les indications de traitement floues ou inapplicables. Ses attentes révèlent une vision plutôt scientiste de la pratique médicale, puisqu'il attend du médecin qu'il détermine si le mineur est malade, son âge mental, s'il y a un traitement à suivre et lequel, et s'il décèle une particularité psychique notable⁵⁷. Le directeur se montre quelques peu condescendant avec le travail effectué à l'OMPV. Il explique que 90% des mineurs dont il a la charge souffrent des mêmes complexes : abandon, infériorité, agressivité, etc., et que ceux-ci sont décelables à la lecture du dossier et à la vue de l'enfant et des parents, « même sans diplôme de l'Institut des sciences de l'éducation de Genève ou Paris ». Aussi, estime-t-il inutile d'avoir « un rapport de 2 à 3 pages qui, d'abord, colle des étiquettes scientifiques savantes sur des traits caractériels

assez évidents et somme toute assez simples, puis conclut ensuite magistralement, sans préconiser un véritable traitement en des considérations aussi générales que peu originales⁵⁸ ».

Ces lignes montrent le rapport ambivalent qui subsiste entre les attentes que suscite la psychiatrie auprès des institutions politiques ou judiciaires, et ses limites scientifiques, thérapeutiques ou éducatives. Le même directeur note dans le rapport du Service deux ans plus tard :

Notre Office ressemble, si l'on permet la comparaison, à un hôpital sur lequel on évacuerait tous les cas apparemment désespérés. Si la médecine et la chirurgie modernes ne sont pas en mesure d'assurer la guérison de toutes les affections physiques, de même les sciences de l'éducation, les talents pédagogiques et les dons du cœur ne parviennent pas toujours à triompher des altérations caractérielles graves, des psychopathies, des déficiences mentales ou des tares héréditaires⁵⁹.

Le travail avec les familles

À l'initiative du nouveau directeur Bergier, sont ouverts en 1953 des groupes de mères à Lausanne, Clarens et Yverdon, comme cela a été le cas au Bercaïl quelques années plus tôt. Animés par une psychologue, ces groupes de discussion se réunissent hebdomadairement. Initialement prévus à l'attention des deux parents, le psychiatre admet que les pères refusent souvent cette collaboration. Comprendre la situation de l'enfance dans sa totalité et contribuer à soulager, voire soigner, l'entourage direct

56 Lettre de la direction de l'Office cantonal des mineurs au directeur du Service de la protection pénale, ACV 218/22.

57 Idem.

58 Idem.

59 Rapport de l'Office cantonal des mineurs, Département de justice et police, 1953 p. 43.

sont les motivations principales de Bergier. L'action thérapeutique proposée par l'OMPV, comme celle du Bercaïl, comprend un travail important avec la famille et plus particulièrement les mères. Cette orientation psychothérapeutique doit être reliée à l'une des problématiques permanentes de la psychiatrie: les troubles mentaux sont-ils héréditaires ou acquis? Pour Bovet, la question ne peut être tranchée strictement. L'hérédité peut créer certaines prédispositions susceptibles de développer une maladie dont la nocivité du milieu⁶⁰ favorise le développement. Les motivations d'une telle attention portée au milieu sont finement résumées par Germaine Guex⁶¹:

La psychologie moderne tend de plus en plus à expliquer l'adulte par son enfance et l'enfant par ses parents⁶².

Ceci explique l'attention portée au foyer, à sa tenue, à l'encadrement familial des enfants et aux sentiments que leurs parents leur témoignent.

Parfois, les troubles rencontrés par les mères dépassent les compétences du médecin, qui tente de les rediriger:

Nous aurions voulu les confier à des psychiatres d'adultes, mais ceux-ci étaient encore très peu nombreux en ville et portaient une étiquette terrifiante⁶³.

C'est Bovet qui est à l'initiative de la création d'un groupe de mères à l'OMPV. De l'avis

de Bergier, il s'agit plus de sensibiliser les parents à quelques principes éducatifs que de faire de la psychothérapie de groupe. De fait, ces groupes s'adressent aux parents de patients dont les troubles du comportement étaient importants mais ne relèvent pas de pathologies psychiatriques graves et ne bénéficiaient donc pas de thérapie individuelle.



Jacques Bergier (1911–2002), professeur de psychologie de l'enfant appliquée à l'Université de Lausanne, médecin-chef de l'Office médico-pédagogique, chef du Service vaudois de l'enfance, médecin responsable du Bercaïl. © Service des archives de l'Université de Lausanne

.....
⁶⁰ BOVET 1943a, p. 27.

⁶¹ Germaine Guex (1904–1965) est une psychologue et psychanalyste. Formée à Genève, elle travaille à l'Office médico-pédagogique valaisan avant de s'installer à Lausanne.

⁶² GUEX 1943b, p. 50.

⁶³ BERGIER 2003, p. 42.

Le placement comme solution

L'OMPV est également amené à travailler en collaboration avec diverses institutions de placement d'enfants. Le recours au placement par les autorités est extrêmement fréquent. Cette politique repose grandement sur l'imputation quasi systématique des « troubles » des enfants au cadre familial. « Foyer désuni, discorde, divorce, alcool, faiblesse [et] manque grave d'autorité⁶⁴ », constituent aux yeux de l'Office cantonal des mineurs les principales causes de la délinquance infantile. Selon la même autorité, seuls 6% des mineurs suivis appartiennent à des familles « vraiment normales⁶⁵ ». Évidemment, cette conception repose sur une vision extrêmement rigide des normes morales et sociales, et cache mal une certaine suspicion vis-à-vis des classes populaires. La famille est perçue comme le véritable socle de l'organisation sociale. Partant, les évolutions qu'elle connaît sont immédiatement désignées comme responsables de la délinquance.

C'est toujours avec la conviction d'offrir aux enfants un cadre éducatif adéquat que des mesures de placement sont préconisées. Cette inclination à envisager des mesures « éducatives » et thérapeutiques comme solution tant aux « troubles du caractère » et à la délinquance qu'aux « manquements » éducatifs des parents ne doit pas occulter la dureté des établissements – correctionnels ou non – dans lesquels les enfants sont placés. Les mauvais traitements y sont fréquents et révèlent la défaillance des organes de contrôle chargés veiller sur les enfants

• • • • •
⁶⁴ Rapport Secrétariat pour la protection des mineurs, Département de justice et police, 1941, p. 70.

⁶⁵ Idem.

placés⁶⁶. De l'avis de Jacques Bergier, ces institutions « vivaient très pauvrement, en grande partie de la charité publique, manquaient de tout et ne pouvaient satisfaire les besoins fondamentaux de l'enfant⁶⁷ ».

La politique de placement en famille d'accueil est également montrée du doigt :

Il n'y avait pas non plus de familles nourricières très valables, à quelques exceptions près. Le placement dans une famille paysanne, qui prenait l'enfant comme aide aux travaux de la ferme, pouvait encore favoriser des abus inadmissibles⁶⁸.

Cette politique décriée rétrospectivement par Bergier à la fin des années quatre-vingt, faisait déjà l'objet de critiques au sein des services de l'État dans les années cinquante. Bergier est alors favorable au recours à un premier examen psychiatrique ambulatoire des enfants délinquants, avant qu'un magistrat ne prononce une mesure d'internement pour observation⁶⁹. Bovet avoue que bien qu'il y voie une utilité dans certains cas et sous certaines conditions, il a lui-même protesté contre ces méthodes jugées « beaucoup trop schématiques⁷⁰ » et systématiques. Quant au placement en maison d'éducation, il estime qu'il s'est banalisé, alors qu'il ne devrait pas être prescrit sans que l'on en ressente un « malaise intense⁷¹ ».

Bergier a connu ces institutions de l'intérieur puisqu'en tant que médecin à l'OMPV il a collaboré

• • • • •
⁶⁶ Sur les établissements de placement et de corrections voir notamment HELLER 2012 et HELLER / AVVANZINO / LACHARME 2005.

⁶⁷ BERGIER 2003, p. 47.

⁶⁸ Idem.

⁶⁹ BOVET 1944, p. 72.

⁷⁰ BOVET 1943b, p. 167.

⁷¹ BOVET 1944, p. 75.

B. est signalée à l'âge de douze ans par son institutrice à l'OMPV en février 1947 à cause « de son mauvais caractère ». À la suite de crises répétées, elle est internée à la clinique infantile avant d'être placée en urgence au Bercaïl le 12 mai de la même année. Édith Herzog, psychologue à l'OMPV, la voit à trois reprises entre fin août et mi-septembre. Son rapport se divise en deux parties : le statut intellectuel et le statut caractérologique de l'enfant. Il ressort de l'examen que l'enfant est d'intelligence normale. En revanche, l'assistante note dans la partie caractérologique que « l'enfant n'a pas liquidé son Œdipe et les difficultés que ses désirs œdipiens soulèvent sont constantes. B. est très possessive, exclusive, jalouse, et pour elle tous les moyens sont bons pour obtenir ce qu'elle veut. [...] Nous relevons encore chez l'enfant une ambivalence vis-à-vis des siens, un intérêt sexuel net, une violente agressivité et un besoin constant de se faire remarquer¹ ». L'assistante préconise donc la prolongation de son séjour au Bercaïl, afin de cerner le réel caractère que l'enfant dissimule. Pourtant, le père retire sa fille de l'établissement courant septembre afin de la placer chez sa propre mère. En accord avec le Service de la prévoyance sociale et des assurances, l'assistante sociale Nanon de Rham effectue une enquête pour évaluer les conditions de vie de l'enfant dans son nouveau foyer. Manifestement, la grand-mère n'est pas en très bonne santé et n'est pas favorable à l'idée de prendre en charge sa petite-fille. Elle explique avoir élevé dix enfants et n'avoir pas les forces de s'occuper d'une onzième comme son fils souhaite le lui imposer. Finalement, il est décidé, en accord avec les parents, que la jeune fille demeure chez eux. Le comportement de l'enfant ne pose plus de problème jusqu'en février 1948 lorsque B. recommence à leur tenir tête. « Excédés, les parents se sont décidés à la placer à nouveau, et ils ont mis un article dans la Feuille d'Avis ». Le Bercaïl, qui assure un suivi de l'enfant après sa sortie, rencontre alors l'enfant, sa famille et son institutrice. B. admet « s'être laissée aller ces temps derniers, et sait que ses parents cherchent à la placer, perspective qui ne lui sourit qu'à moitié, car elle a déjà fait une ou deux expériences pénibles dans ce domaine ». Pour l'institution, « il semble que, vu l'atmosphère lourde et tendue de la famille et l'exiguïté du logis, son départ serait très souhaitable² ». Le rapport explique toutefois que l'institutrice, quant à elle, n'a rien remarqué de particulier et trouve le comportement de l'élève satisfaisant.

1 Dossier médical de B., Archives du Centre psychothérapeutique. Les données contenues dans les dossiers de patients sont très sensibles ; c'est pourquoi nous nous contentons d'en utiliser ici les seules informations anonymisées et utiles à la compréhension des situations d'un point de vue administratif, éducatif et psychologique.

2 Idem.

ENTRE OBSERVATION ET TRAITEMENT AU BERCAÏL

Les méthodes employées au Bercaïl ressemblent sur de nombreux points à celles de l'OMPV. Une partie des employés travaillent parallèlement dans les deux structures, toutes deux dirigées par Lucien Bovet. Les orientations décrites par Bergier pour l'OMPV sont les mêmes que celles du Bercaïl. Notons toutefois une différence importante : le Bercaïl est un internat, et les enfants qui le fréquentent ont besoin

non seulement d'un traitement, mais aussi de l'encadrement d'un établissement spécialisé. En fait, la proximité entre l'OMPV et le Bercaïl est grande. Les deux institutions sont le fruit d'un même élan, et leur collaboration est étroite notamment pour ce qui concerne la formation du personnel.

À la jonction de plusieurs approches pratiques et scientifiques, le Bercaïl souffre parfois de sa singularité. Comme souvent, l'administration publique exige de pouvoir intégrer les pratiques à un cadre rigide préexistant. Or à ses débuts, le Bercaïl se fait

connaître sous un certain nombre d'appellations différentes: maison pour enfants nerveux, policlinique, etc. Si l'ambivalence de l'activité de l'institution est revendiquée par ceux qui y travaillent, elle gêne quelque peu l'administration, notamment lorsqu'il s'agit de déterminer à quel service il incombe de rembourser les traitements. En règle générale, les frais liés au placement en institution d'enfants indigents reviennent au Service de la prévoyance sociale et de l'assistance publique. Mais dans le cas du Bercaïl, ce service refuse de prendre en charge les frais, estimant qu'en raison du caractère hospitalier de l'établissement, ils incombent au Service des hospices. Celui-ci pour sa part estime qu'il ne peut consentir à payer qu'à la condition que le placement ait été ordonné par un médecin⁷⁴. Dans le cadre du bras de fer qui oppose les deux services, Bovet distingue deux formes de prise en charge qui coexistent au sein de son établissement :

La première période qu'un mineur doit passer au Bercaïl est une période d'observation à caractère nettement médical, analogue à l'observation dans un établissement psychiatrique. [...] La Seconde période au Bercaïl, qui débute dès l'instant où le diagnostic et le pronostic sont posés, est une période où le caractère de rééducation prédomine et prend le pas sur l'aspect purement médical du traitement⁷⁵.

Nous ignorons quelle suite a été donnée à ces courriers; le Service des hospices et le Service de la prévoyance sociale et de l'assistance publique étant rattachés au même département, on peut supposer

• • • • •

74 Note du chef de l'Office cantonal des mineurs au chef du Service de la protection pénale Loew, 14 janvier 1944, ACV 218/22.

75 Lettre du chef du Département de justice et police au Département de l'intérieur, 14 avril 1944. ACV 218/22.

qu'un accord a été trouvé. Toujours est-il que le Bercaïl fait office d'institution hybride, dont on peine à cerner, du moins de l'extérieur, l'orientation pratique.

Au cours des années quarante, le Bercaïl ne désemplit pas. Toutes les places sont occupées et l'établissement peine à répondre à la demande. Le déploiement d'un réseau efficace entre les différents départements cantonaux concernés par l'enfance favorise certainement le succès que rencontre l'établissement. Il faut par ailleurs signaler l'importance que prend la question médicale dans le champ de l'enfance. Le recours aux expertises, non seulement dans les procédures pénales, mais également dans des affaires civiles ou administratives est de plus en plus fréquent. Dans le rapport de 1942, Lucien Bovet résume l'emprise que prend la médecine dans les domaines de la protection de l'enfance et de la justice des mineurs :

Certaines demandes d'admission ne purent être prises en considération, faute de place; d'autres enfants durent attendre plusieurs semaines leur admission. Ces faits sont encourageants, en ce qu'ils démontrent, une fois de plus, l'utilité de notre pavillon. Mais ils démontrent en même temps son insuffisance à remplir, à lui seul, les nombreuses tâches médico-pédagogiques nées d'une conception toujours plus large de l'hygiène mentale et de l'application de la nouvelle législation des mineurs⁷⁶.

Une solution pour résorber l'engorgement de l'institution serait de créer un centre de «rééducation» en plus du Bercaïl, qui pourrait dès lors se concentrer sur l'«observation»⁷⁷, d'autant plus que Bovet estime que ces deux aspects du travail

• • • • •

76 «Le Bercaïl», *Rapport de l'Hospice de l'Enfance*, 1942, p. 9.

77 Idem.

psychiatrique ne sont pas forcément compatibles au sein de la même maison⁷⁸. Il est vrai que comme l'OMPV ne fait que des consultations, le Bercaïl est la seule institution du canton dans laquelle peut se faire une observation hors du cadre habituel de l'enfant et sur un temps relativement long.

La psychanalyse et le paradigme biomédical sont-ils compatibles ?

Lors de leur arrivée au Bercaïl, les enfants passent plusieurs tests. Tout comme à l'OMPV, une première évaluation psychiatrique est faite et dans le même temps le psychiatre procède à un test physique destiné à évaluer l'état de santé général de l'enfant. Les dossiers médicaux des enfants qui ont consulté au Bercaïl comprennent la fiche d'entrée, les fiches des tests physiques, ainsi que des tests Binet-Terman que nous avons déjà évoqués plus haut, ainsi que la correspondance échangée avec les parents et les différentes autorités au sujet de l'enfant. Les différentes décisions, préavis ou intentions à l'égard des enfants y sont souvent motivées. C'est sur la fiche d'entrée que sont inscrits le diagnostic, l'anamnèse, ainsi que la ou les dates d'arrivée ou de départ dans l'établissement. Les rapports psychologiques sont la plupart du temps divisés en deux parties : l'une sur le statut intellectuel et l'autre sur le statut caractérolgique. L'étude caractérolgique des enfants repose sur une interprétation psychanalytique. Ainsi, les rapports rendent souvent compte de l'importance accordée aux interprétations psychanalytiques au sein de l'établissement.

.....

78 « Le Bercaïl », *Rapport de l'Hospice de l'Enfance*, 1943, p. 11.

Les références aux concepts freudiens sont légion, comme par exemple dans le rapport de M., placée en observation au Bercaïl :

Par les tests affectifs, nous avons pu relever chez M. une très violente agressivité qu'elle n'ose extérioriser librement par angoisse d'abandon et castration, et un besoin inassouvi de se faire admirer (exhibitionnisme) par ceux qui l'entourent, (quels qu'ils soient), tout ceci d'ailleurs accompagné de sentiments de culpabilité, et d'un besoin d'autopunition⁷⁹.

Le diagnostic se construit autour des examens d'une part, et aussi grâce à l'observation par les thérapeutes :

Lorsque les réponses convergent [...] alors il devient possible d'établir de relativement solides hypothèses. Le diagnostic s'affine, les manifestations comportementales observées par les éducateurs commencent à trouver une explication causale. Si l'histoire du petit enfant, ses antécédents familiaux et personnels renforcent encore l'hypothèse explicative, alors le diagnostic devient une quasi-certitude et la ligne thérapeutique se dessine⁸⁰.

Pour ces examens psychiatriques, Bergier s'appuie sur « l'espace transitionnel », concept développé par le psychanalyste anglais Donald Winnicott⁸¹. L'anamnèse familiale et personnelle ainsi que l'examen physique doivent rendre compte du développement de l'enfant. Là aussi, des outils sont empruntés à la psychanalyse. Se basant sur les travaux d'Anna Freud⁸², Bergier essaie d'évaluer « le degré de

.....

79 Dossier médical de M., Archives du Centre psychothérapeutique.

80 BERGIER 1988, p. 63.

81 Donald Winnicott (1896–1971) est un pédiatre et psychiatre anglais d'orientation psychanalytique.

82 Anna Freud (1895–1982), fille de Sigmund, est une psychanalyste d'origine autrichienne. Nombre de ses travaux portent sur la psychanalyse d'enfants.

développement des pulsions instinctives⁸³». Il s'agissait d'évaluer la position de l'enfant par rapport aux stades de développement propres à la psychanalyse: l'oralité, l'analité, la phase du complexe d'Œdipe, la période de latence, ... Le médecin est attentif à l'évolution de la libido et à son éventuel refoulement. Il s'intéresse aussi à l'instinct de mort et aux pulsions agressives. L'évaluation porte aussi sur la force du Moi et le développement du Surmoi, comme le préconise la psychanalyse. Cette lecture des comportements des enfants fait la part belle aux questions liées à la sexualité.

Le psychiatre admet que ces diagnostics n'étaient pas forcément très utiles à l'ensemble des collaborateurs. Et ce d'autant plus qu'ils étaient susceptibles d'évoluer rapidement. La nosologie des troubles pédopsychiatriques est alors en constante évolution. Il faut ajouter que le recours aux théories analytiques n'est pas du goût de tous et l'arrivée de ces nouvelles conceptions provoque quelques controverses comme en témoigne l'échange de positions publié dans la *Gazette de Lausanne* au début des années quarante. La psychanalyse associée à la pédagogie est accusée de pourfendre les bases de l'éducation en critiquant les méthodes autoritaires. En 1941, Jean H. Rilliet s'en émeut dans la *Gazette de Lausanne*⁸⁴. La réponse ne se fait pas attendre puisqu'un mois plus tard, Charles Odier⁸⁵ défend sa discipline. Il insiste sur le fait «qu'elle n'est pas

une méthode pédagogique, mais thérapeutique»⁸⁶. Germaine Guex explique que «si la psychologie fonctionnelle s'occupe des moyens par lesquels l'homme parvient à la satisfaction normale et libre de ses besoins biologiques et psychiques, nous, psychanalystes, nous nous préoccupons surtout des besoins dont la satisfaction normale est entravée par des inhibitions ou des refoulements»⁸⁷.

Ces controverses restent finalement marginales et, comme l'explique Bergier, le Bercaïl est en fait un «point de rencontre pluridisciplinaire» et «l'unique étiquette psychiatrique⁸⁸» ne suffit pas à rendre compte de cette diversité.

Psychothérapies et mesures éducatives

Exemplaires de la discipline pédopsychiatrique, les thérapies développées au Bercaïl se construisent autour de plusieurs pratiques professionnelles. L'action se veut pédagogique et éducative aussi bien que psychiatrique⁸⁹. Cette manière de procéder donne lieu à des désaccords entre les intervenants. «Les vues des éducatrices avaient de la peine à s'harmoniser avec celle du savant [Bovet]⁹⁰» du moins pendant les premières années de fonctionnement alors que personne n'est réellement formé. Nous ignorons la teneur des discussions qui animaient le «thé médical» que les collaborateurs partageaient

• • • • •
83 BERGIER 1988, p. 64.

84 Charles-H. Rilliet, «Plaidoyer pour la discipline», *Gazette de Lausanne*, 25 avril 1941.

85 Charles Odier (1886–1954) est un psychiatre et psychanalyste suisse.

• • • • •
86 Lettre de Charles Odier publiée dans la rubrique «Correspondance» sous le titre «À propos des méthodes pédagogiques modernes», *Gazette de Lausanne*, 9 juin 1941.

87 GUEx 1943a, p. 35.

88 BERGIER 1988, pp. 11–12.

89 «Le Bercaïl», *Rapport de l'Hospice de l'Enfance*, 1956.

90 «Le Bercaïl», *Rapport de l'Hospice de l'Enfance*, 1951, p. 14.



Test de Rorschach. © Archives de l'Hôpital de l'Enfance, Lausanne

le lundi après-midi, mais ce qui est certain c'est que plusieurs approches cohabitaient. On est tenté de dire anachroniquement que l'équipe était pluridisciplinaire:

Un travail d'équipe est indispensable et l'étroite collaboration du psychiatre, du psychologue, de l'éducatrice, de l'institutrice et de l'assistante sociale est absolument nécessaire⁹¹.

.....

⁹¹ « Le Bercaïl », *Rapport de l'Hospice de l'Enfance*, 1953, p. 14.

Pour Christiane Wayss⁹², dès la fin des années cinquante le clivage entre médecin et non médecin s'est complètement estompé. En 1956, dans un mémoire de diplôme de l'École de travail social intitulé *Le placement familial des enfants difficiles*⁹³, Isabelle de Vargas décrit brièvement les thérapies entreprises au Bercaïl. À cette date, les traitements médicamenteux sont extrêmement rares : de Vargas ne relève qu'un seul cas depuis 1948, alors qu'entre 1938 et 1946, l'on compte sept cas. Lors des séjours de plus de six mois, un contrôle psychothérapeutique permet d'évaluer la progression des enfants. À côté de ces traitements, l'institution recourt à « l'action éducative » individuelle et collective. La première consiste en des entretiens individuels et réguliers avec l'éducateur. La seconde se rapporte à l'action éducative que constitue la vie en institution. Elle est en fait l'unique « mesure » appliquée aux jeunes enfants de quatre à huit ans et aux « enfants débiles », pour qui une autre thérapie serait inutile.

Les cas où la maléducation joue le premier rôle sont aussi de ceux que l'influence subie dans le groupe suffit souvent à remettre sur pied. Enfin, pour des raisons diverses, et bien différentes dans chaque cas, il a été jugé inutile ou impossible de soumettre l'enfant à une méthode de traitement autre que la plus naturelle : vivre avec ses semblables [...] ⁹⁴.

Dans ce sens, elle s'applique par défaut à chaque enfant qui fréquente l'institution. Au fil du temps les traitements s'individualisent en fonction de chaque enfant. L'établissement a de plus en plus recours à la

psychothérapie individuelle en plus des psychothérapies collectives, ce qu'explique également Jacques Bergier :

À cela s'ajoutent les techniques plus spécialisées : l'individualisation des cas, l'instruction par petits groupes, les activités dirigées, les travaux manuels appropriés, les leçons de rythmique et de musique, le scoutisme, les jeux dramatiques qui deviennent de plus en plus des séances de psychothérapie de groupe⁹⁵.

Vraisemblablement due à l'affinement des thérapies, cette individualisation s'accompagne rapidement d'une augmentation importante des taux horaires du personnel⁹⁶. Notons que les psychothérapies ne sont pas forcément conduites par des médecins, mais peuvent l'être par des psychologues par exemple. L'historienne de la psychologie Annick Ohayon explique qu'en France les réticences des médecins à voir des non médecins pratiquer des psychothérapies étaient moins fortes si ces thérapies étaient destinées à des enfants⁹⁷. Les thérapeutes portent également une attention particulière à l'entourage familial du patient :

Le but est d'empêcher que l'enfant ne retrouve un milieu pathogène à son retour à la maison⁹⁸.

Le travail effectué avec les enfants est vraiment considéré comme préventif ; il doit permettre d'éviter le développement de troubles plus graves chez les enfants. On décèle cette approche lorsqu'en 1950 la directrice du Bercaïl préconise le placement d'une enfant dans un foyer pour arriérés, cette solution jugée coûteuse paraît nécessaire pour qu'« elle ne

92 Christiane Wayss (?-2013) suit l'École sociale de Genève et entre au Bercaïl pour un stage en 1957. En 1971, elle est nommée directrice de l'établissement.

93 DE VARGAS 1956.

94 DE VARGAS 1956, p. 29.

• • • • •

95 « Le Bercaïl », *Rapport de l'Hospice de l'Enfance*, 1952, p. 14.

96 « Le Bercaïl », *Rapport de l'Hospice de l'Enfance*, 1955, p. 14.

97 OHAYON 2006b.

98 « Le Bercaïl », *Rapport de l'Hospice de l'Enfance*, 1957, p. 14.

soit pas plus tard dans un hôpital psychiatrique⁹⁹ ». Ainsi, l'action thérapeutique sur les enfants paraît être le seul rempart efficace aux névroses et à la délinquance des adultes :

Il est particulièrement important de traiter les troubles nerveux dans l'enfance, car on sait combien les névroses graves des adultes, les psychopathies, la délinquance, les comportements asociaux ont presque toujours pour origine des perturbations, des émotions, des chocs au cours de la petite enfance¹⁰⁰.

Les fondements épistémologiques de la pédopsychiatrie sous-tendent donc une certaine conception de l'enfance. Compris dans un processus évolutif, l'enfant n'est considéré que comme un adulte en

99 Dossier médical M, Archives du Centre psychothérapeutique.

100 BENO/BERSOT/BOVET 1946, p. 10.

formation. Il ne s'agit pas juste d'un être que l'on peut éduquer, mais d'un être que l'on peut corriger.

La montée en puissance de l'éducation

L'éducation prend une place importante dans la manière dont les différents intervenants décrivent et situent leur pratique. Si aujourd'hui cette notion renvoie à un savoir précis, ce n'était pas le cas au début des années cinquante, où l'éducation spécialisée était un domaine en construction. Jusque-là, l'action éducative menée au Bercail est très largement influencée par le scoutisme, introduit notamment par Nanon de Rham.

L'École d'éducateur spécialisé ouvre ses portes en 1954 et sa direction est assurée par Claude

C'est en juin 1942, à l'âge de onze ans que D. est amenée au Bercail par une assistante sociale¹. Elle est la fille illégitime d'une ouvrière travaillant dans une fabrique, qui l'a eue à quinze ans. Placée dans une pension, elle mange très peu et souffre d'une syphilis congénitale. Son comportement commence à poser des problèmes lors de sa scolarisation. Elle se montre « renfermée, dissimulée [et] indisciplinée ». Elle commet également des petits larcins. Lorsque sa mère se marie, elle retourne vivre chez elle. Manifestement la cohabitation avec son beau-père pose problème, si bien que la mère décide de demander son placement. L'examen psychiatrique effectué au Bercail évoque des « troubles du caractère d'origine psychogène sur terrain de syphilis congénitale ». Finalement, après plusieurs mois passés au Bercail, Bovet préconise un placement dans un foyer accueillant un nombre restreint d'enfants. Moins d'un an après son arrivée dans cet établissement, la directrice se plaint d'une enfant indisciplinée, qui « exerce une mauvaise influence sur ses camarades », aussi suggère-t-elle un placement au Châtelard, un établissement de correction. Cette solution est soutenue par le docteur Bovet qui estime, après s'être entretenu avec la directrice du foyer, que l'enfant a besoin d'un cadre solide. C'est apparemment là-bas qu'elle est donc placée en 1944, après avoir été examinée par Édith Herzog, psychologue à l'Office médico-pédagogique. Nous ignorons le détail de son parcours jusqu'en 1952, date à laquelle elle est soignée dans un établissement pour tuberculeux, où son comportement « indiscipliné et difficile » pose problème. S'ensuit une période de placements successifs dans des pensions ou des établissements pour tuberculeux. En 1955, elle est « mise à la porte » de l'Hôpital cantonal pour avoir bu une bouteille de porto avec une autre malade. Elle meurt en 1971 dans une clinique du canton.

1 Les informations concernant D. sont tirées de son dossier médical conservé aux Archives du Centre psychothérapeutique.

Pahud. En 1957, celui-ci prédit le rôle important que les éducateurs vont être amenés à jouer dans le champ de l'enfance « inadaptée » :

L'observation menée par un éducateur spécialisé est l'un des matériaux essentiels qui fondera la décision directoriale ou médicale qui doit suivre¹⁰¹.

Il faut souligner que les pédopsychiatres, et en particulier Bergier et Henny, ont joué un rôle non négligeable dans la mise en place de la formation d'éducateur spécialisé, preuve que les psychiatres ne doutent pas de l'utilité des éducateurs. Ils ont en effet l'un après l'autre présidé la commission consultative du centre de formation d'éducateur spécialisé pour l'enfance et l'adolescence inadaptées¹⁰² à laquelle participent notamment André Repond, Nanon de Rham et Maurice Veillard¹⁰³. Parmi les professeurs, on compte Bergier et Henny appelés à enseigner la psychopathologie ainsi que de Rham qui se charge d'un cours de pédagogie pratique¹⁰⁴. Le cours de Bergier repose sur des études de cas qui se déroulent dans les locaux de l'OMPV¹⁰⁵. Par ailleurs, un certain nombre d'étudiants de l'école font leur stage au Bercaïl.

Jusqu'au début des années soixante-dix, la procédure d'admission à l'École d'éducateur spécialisé comprend un test psychiatrique mené par le médecin chef de l'OMPV¹⁰⁶. Il s'agit de se prémunir des scandales que pourrait causer un personnel

à la santé mentale instable ou aux mœurs jugées déviantes. Comme l'explique Pahud, les dysfonctionnements qui surviennent dans les maisons d'éducation sont souvent imputés à « un problème de personnalité¹⁰⁷ ». Dès lors, « il était tout naturel de se tourner vers la psychiatrie pour détecter ces problèmes, d'où l'introduction très rapide d'un psychiatre dans le processus de sélection, d'autant plus que l'orientation sexuelle de la personne était une préoccupation majeure¹⁰⁸ ».

La formation d'éducateurs va grandement influencer le champ de la protection de l'enfance. Avec le psychiatre et le thérapeute, la figure de l'éducateur vient renforcer le dispositif institutionnel. Le versant éducatif semble devenir le dernier rempart à une forme de relégation psychiatrique. Les autorités estiment que certains cas de déficience mentale ou psychique ne peuvent être améliorés qu'avec des moyens éducatifs¹⁰⁹.

• • • • •
¹⁰¹ PAHUD 1957, pp. 254–255.

¹⁰² ANTONIADIS / BARBEZAT / BÉDAY 1997 (document vidéo).

¹⁰³ HELLER / PAHUD / BROSSY / AVVANZINO 2004, p. 26–27.

¹⁰⁴ Idem, p. 32.

¹⁰⁵ Idem, p. 131.

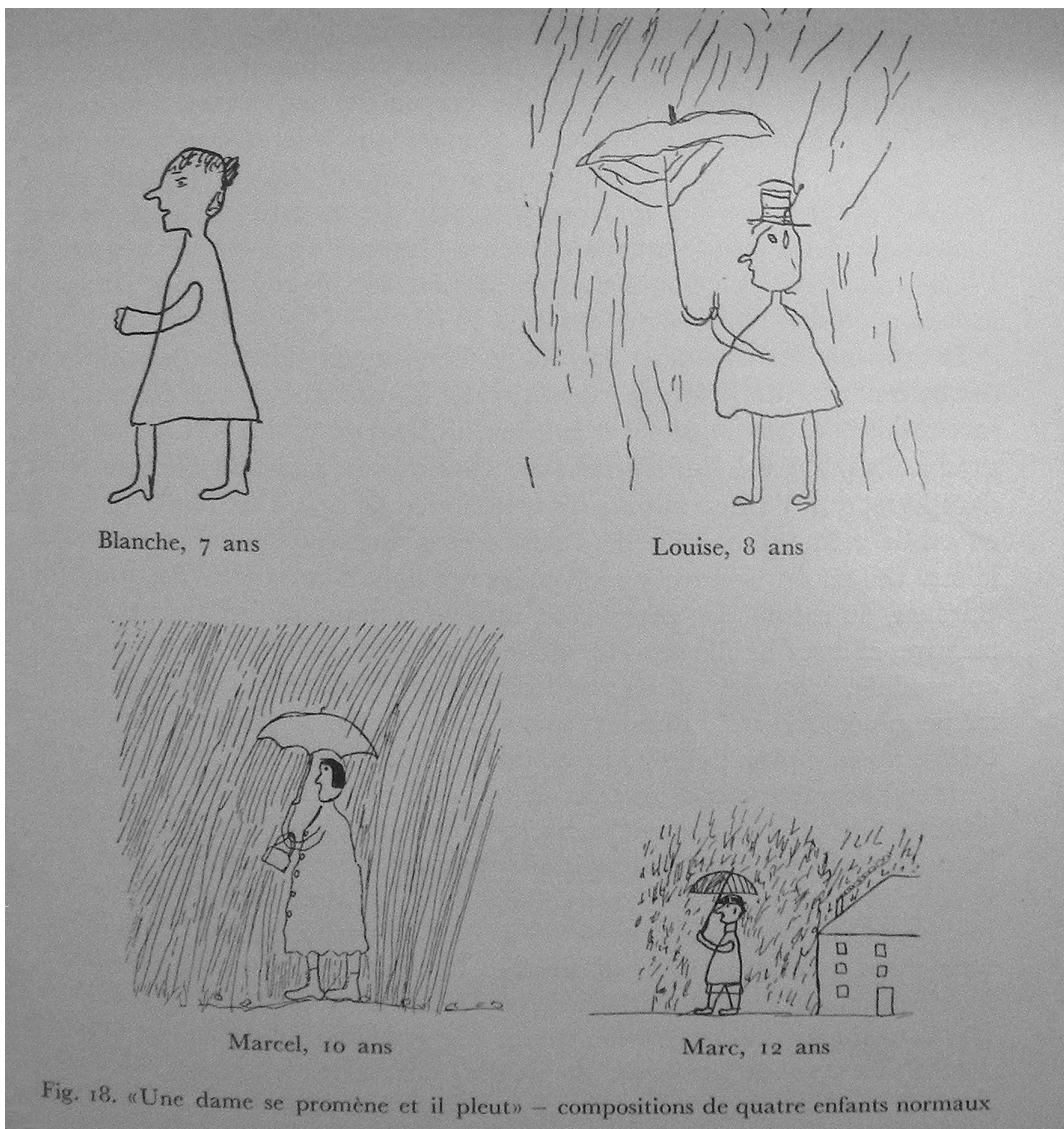
¹⁰⁶ ANTONIADIS / BARBEZAT / BÉDAY 1997 (document vidéo). Manifestement c'est sous la pression de leurs subordonnés que René Henny et Walter Bettschart mettent fin à cette pratique.

• • • • •

¹⁰⁷ Claude Pahud cité dans HELLER / PAHUD / BROSSY / AVVANZINO 2004, p. 237.

¹⁰⁸ Idem. Notons que les services de l'enfance venaient d'être secoués par un scandale d'ordre sexuel dans la maison d'éducation de Vennes; voir HELLER 2012.

¹⁰⁹ Rapport de l'Office cantonal des mineurs, Département de justice et police, 1951, p. 45.



Jean Wintch, «Le dessin comme témoin du développement mental», *Journal de psychiatrie infantile*, 2, 1935, pp. 33-44 et 69-83. Bibliothèque de Genève

LE PÉDOPSYCHIATRE ET LE DÉLINQUANT

L'arrivée de la psychiatrie dans les procédures pénales des mineurs

L'institution de la Chambre pénale des mineurs et la création d'un Office médico-pédagogique au sein du Département de justice et police ont donné à la justice un outil qui se veut « préventif » en même temps qu'elles ont fourni à la pédopsychiatrie des applications sociales. Ce n'est qu'anachroniquement que l'on peut parler « d'outil préventif ». À l'époque, le recours au lexique et aux concepts médicaux est la norme, même pour les juristes, ce qui dénote le crédit que l'on accorde aux psychiatres, si bien que les juristes parlent plus volontiers de prophylaxie que de prévention. La délinquance se comprend grâce à l'établissement d'une étiologie des comportements déviants. Cette tendance est propre au secteur de l'enfance :

Tant qu'on a à faire à des enfants ou à des adolescents, la thérapie est encore prophylaxie¹¹⁰.

C'est donc avec une certaine rapidité que les théories médicales ont imprégné le champ de l'enfance « difficile ».

Cette tendance est le fruit du travail de promotion entrepris par les psychiatres eux-mêmes, ainsi que de l'écho favorable que vont rencontrer ces théories auprès de certains magistrats à l'image de Vodoz et de Veillard.

.....

110 VEILLARD 1954, p. 3.

L'arrivée de la psychiatrie comme domaine d'expertise dans les procédures judiciaires n'est pas propre à la délinquance infantile. Toutefois, à la faveur de l'introduction d'un nouveau droit pénal spécifique aux mineurs, la place de la psychiatrie dans les procédures va être redéfinie. Par contre, la loi, mettant l'accent sur l'éducation, ouvre la voie à des mesures sociales. Il n'existait pas, jusqu'au début des années quarante, de juridiction propre aux mineurs. Sa mise en place traduit la volonté de traiter les mineurs distinctement, notamment au regard de leurs antécédents familiaux, psychologiques et médicaux. Aussi le code pénal suisse prévoit-il que le juge détermine si l'enfant est « normal », s'il est perverti ou en danger, ou encore s'il est moralement abandonné¹¹¹. Le mineur normal doit être puni alors que les mineurs relevant des deux autres catégories doivent être traités¹¹². Les discussions qui animent les psychiatres témoignent de leur préoccupation quant à la place laissée à leur discipline. En fait, comme l'explique Repond, la loi suisse ne prévoit pas expressément le recours au savoir psychiatrique en matière de délinquance infantile – et pour cause, la discipline n'existait pas en tant que telle lors de l'élaboration de ladite loi. D'ailleurs, tous les cantons suisses ne disposent pas d'entité administrative comparable à l'Office cantonal des mineurs vaudois.

C'est l'ardeur avec laquelle les psychiatres promeuvent leur discipline qui entraîne l'utilisation de plus en plus fréquente des méthodes de la pédopsychiatrie. Or, le recours grandissant au médical implique de préciser les attributions de chacun en

.....

111 VEILLARD 1949, p. 6.

112 Idem, p. 7.

même temps qu'il encourage la professionnalisation des intervenants, dont le champ d'action a été clarifié. Certes, dans le canton de Vaud, l'organisation administrative facilite la collaboration entre les instances médico-pédagogique et pénale, mais ce n'est pas le cas dans tous les cantons. Comme Repond l'affirme à la fin de sa présentation, le code pénal suisse ouvre un large champ d'action, et c'est aux psychiatres qu'il revient de proposer aux autorités des méthodes d'action et de traitement efficaces pour lutter contre la criminalité des enfants et des adolescents¹¹³.

L'immixtion de la pédopsychiatrie dans le champ de la délinquance participe à la reconfiguration des catégories psychiatriques. En 1944, lors de l'Assemblée suisse de psychiatrie, Bovet présente une résolution sur le recours à la psychiatrie en matière de délinquance infantile. Son exposé est publié dans le *Journal de psychiatrie infantile*, sous le titre « Le point de vue du psychiatre dans l'application des mesures prévues par le droit pénal des mineurs¹¹⁴ ». Ce texte sonne comme une déclaration d'intention pour une discipline tout juste naissante. En promouvant clairement le recours à la pédopsychiatrie pour le « traitement » de la délinquance infantile, Bovet situe également sa discipline, et les relations qu'elle entretient avec d'autres, dans un champ professionnel. En fait, tout en insérant sa discipline dans le champ pratique et théorique existant, il entend établir ce qui fait la singularité de sa spécialité. Cette démonstration épistémologique n'est pas anodine, dans la mesure où la pédopsychiatrie n'est pas une spécialité médicale à

proprement parler. Recourant aussi bien au concept anthropo-biologique développé par Tramer, il situe sa discipline à l'intersection de plusieurs courants. La délinquance des mineurs doit être étudiée dans ses dimensions psychiques, sociales et génétiques. Le développement que connaît l'enfance permet en effet de saisir bien plus aisément que chez des adultes les différentes forces qui interagissent. Les attributions du médecin – diagnostiquer, proposer un traitement et pronostiquer – s'appliquent à la délinquance dans la mesure où on la considère comme un problème d'origine non seulement éducatif, mais également biologique et psychique :

Parce que cet enfant pose des problèmes étiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et prophylactiques, il ne ressortit pas seulement au droit et à la pédagogie, mais aussi à la médecine¹¹⁵.

Si la nouvelle juridiction pénale des mineurs permet le recours au conseil ou à l'expertise psychiatrique, elle ne l'impose pas. Aussi importe-t-il à Bovet de réaffirmer la nécessité du recours au travail du pédopsychiatre. L'expertise doit aller bien au-delà d'un « diagnostic spécifiquement psychiatrique » et comprendre en plus un avis sur la catégorie du code dans laquelle il convient de placer les mineurs et sur les mesures à appliquer¹¹⁶. Bovet se défend de considérer sa discipline comme une solution universelle au problème de la délinquance : le travail doit se faire de concert avec les éducateurs, les juristes, les pédagogues et les juges. En revanche, il sous-entend volontiers que la pédopsychiatrie constitue une base scientifique à l'élaboration des

113 REPOND 1943, p. 154.

114 BOVET 1944.

115 BOVET 1944, p. 42.

116 Idem, p. 43.

mesures à prendre et du travail à effectuer par ces autres professionnels de l'enfance. C'est à lui que revient la tâche de mettre « en ordre de marche [l'enfant] dont les mécanismes psycho-somatiques bien réglés fonctionnent normalement, sans être entravés par des troubles organiques ou fonctionnels, par des complexes ou par des refoulements¹¹⁷ ».

De fait, en même temps qu'il défend l'intégration de la psychiatrie aux procédures pénales, cet article définit les attributions respectives des pédagogues et des médecins. Selon Bovet, si le médecin peut signaler à l'éducateur « certaines particularités physiques, certains stigmates psychiques, certains enchaînements psychologiques ou certains mobiles cachés du comportement¹¹⁸ », il ne peut se substituer à lui.

Au final, la résolution proposée par Bovet demande la consultation de psychiatres lors de l'élaboration et l'exécution des mesures pénales à l'encontre des mineurs. Elle affirme également la nécessité d'encadrer le placement des enfants dans les institutions, en établissant des normes minimales en matière d'encadrement, notamment l'importance d'employer un personnel qualifié, ainsi que le développement d'institutions d'observation et de traitement médico-pédagogique. Cette résolution, adoptée à l'unanimité par l'assemblée, témoigne de la volonté de professionnaliser et d'organiser le champ de la délinquance infantile. C'est donc à l'instigation de quelques médecins que la psychiatrie va progressivement devenir un outil indissociable de l'action pénale. Ce processus témoigne également des changements de paradigme

qui interviennent au niveau pénal. Les vœux prononcés par l'Association internationale des juges d'enfants – dont l'existence même vient confirmer la spécialisation et la professionnalisation qui s'opère dans le champ de l'enfance – montrent que « l'enfant n'est plus considéré comme un coupable qu'il faut punir, mais comme un être en évolution qu'il convient de protéger et d'amender [...] il se poursuit [...] un effort pour coordonner l'action protectrice en faveur de l'enfance difficile irrégulière ou inadaptée, sur le plan éducatif, familial, judiciaire et social¹¹⁹ ».

En bref, deux processus concomitants opèrent dans le traitement de la délinquance. Alors que la pédopsychiatrie devient une science à part entière, elle investit un champ d'application, celui de l'enfance délinquante, et en modifie profondément les fondements. Notons que, comme l'expliquent les historiennes Joëlle Droux et Mariama Kaba, l'introduction de la médecine dans les procédures pénales n'est pas le résultat d'un « coup de force » des médecins contre l'avis des professionnels de la justice¹²⁰. En revanche, c'est bien la force de persuasion des médecins qui a influencé les professionnels de la justice.

L'étiologie et la prophylaxie de la délinquance des mineurs

Au début des années cinquante, l'importance du savoir psychiatrique dans le traitement de la

117 Idem, p. 44.

118 Idem, p. 45.

119 « Vœux du 3^e congrès de l'Association internationale des juges d'enfants, à Liège, 1950 », dans : VEILLARD 1951.

120 DROUX / KABA 2006, p. 64.

délinquance n'est plus discuté. La psychiatrie infantile a envahi aussi rapidement que profondément les procédures des juridictions pour mineurs. Mais le processus de professionnalisation et de spécialisation qui s'opère en matière pénale et éducative provoque une certaine ambiguïté.

Cette arrivée ne s'est pas faite sans provoquer des attentes de la part des juristes, éducateurs et autres intervenants. Au début des années quarante, Repond insistait sur la nécessité de promouvoir la pédopsychiatrie auprès des autorités. Une décennie plus tard, il doit rappeler les limites de sa discipline. Dans un rapport¹²¹ rédigé à la demande de l'Organisation mondiale de la santé, il critique les espoirs que certains placent dans la pédopsychiatrie :

Beaucoup de médecins, de magistrats et d'éducateurs nous paraissent encore hantés, souvent presque inconsciemment, par cette croyance à une sorte de spécificité bio-psychologique de la délinquance¹²².

D'ailleurs, le médecin estime que la plupart des mineurs délinquants ne diffèrent pas des mineurs «normaux» au plan psychique¹²³. En revanche, le «fait d'être étiqueté délinquant peut déclencher des réactions psychologiques particulières¹²⁴». Les théories psychiatriques concernant la délinquance infantile se distinguent globalement par l'attribution des causes de la délinquance. Bien que le travail de Bovet fasse la part belle aux théories psychanalytiques, il révèle aussi des inclinations pour des théories plus «biologistes» ou «physiologistes».

121 BOVET 1951.
122 Idem. p. 9.
123 Idem, p. 69.
124 Idem.

Pour certains médecins, elles sont majoritairement constitutionnelles, endogènes et biologiques, alors que d'autres prêtent davantage attention aux facteurs sociologiques¹²⁵. En somme, comme Bovet l'explique, il s'agit des restes de la controverse qui faisait rage autour des théories lombrosiennes à la fin du 19^e siècle. Lui-même se garde bien de trancher fondamentalement la question et reprend à son compte l'affirmation de Robert Lafon selon laquelle la délinquance est un «phénomène bio-psycho-social¹²⁶».

En 1943, d'entente avec Veillard, Bovet demande l'autorisation de pouvoir faire effectuer des examens complémentaires par l'Institut de psychologie appliquée du Champ de l'Air dirigé par Alfred Carrard¹²⁷. Cette requête vise à compléter les examens de l'Office et à «fournir des renseignements sûrs et utilisables sur les caractéristiques psychologiques de beaucoup de mineurs¹²⁸».

Ce que la psychanalyse dit de la délinquance

C'est donc tout d'abord une volonté de détecter et, le cas échéant, traiter les mineurs considérés comme potentiellement dangereux qui est à l'origine de l'intégration des savoirs médico-pédagogiques aux procédures pénales. L'article 72 de la juridiction

125 Idem, p. 14.

126 Idem, p. 46. Voir LAFON 1950.

127 Alfred Carrard (1889-1948), ingénieur de formation, est l'un des fondateurs de l'Institut de psychologie appliquée de Lausanne.

128 Lettre du Docteur Lucien Bovet au chef de Service de la protection pénale, le 18 février 1943, ACV S 218/22.

pénale des mineurs prévoit la surveillance des enfants :

Toute autorité administrative, lorsqu'elle a des raisons de croire que le comportement d'un enfant ou d'un adolescent révèle un penchant à la délinquance ou des tendances perverses, doit en aviser l'Office cantonal des mineurs¹²⁹.

C'est à Veillard qu'est confiée la présidence de la nouvelle instance pénale. Né en 1894, il étudie les Lettres à Lausanne avant de se tourner vers le droit. Il obtient dans cette discipline une licence puis, en 1918, un doctorat. Juge suppléant à la chambre civile du Tribunal de District de Lausanne dès 1929, il est nommé à la Chambre pénale en 1931. Son engagement au sein de différentes organisations philanthropiques comme le Cartel romand d'hygiène sociale et morale, dont il est secrétaire général depuis 1918, en fait un parfait candidat au poste de président de la Chambre pénale des mineurs lorsque celle-ci voit le jour en 1941. Il préside par la suite la Société suisse de droit pénal des mineurs ainsi que l'Association internationale des magistrats de la jeunesse. Devenu un expert incontournable de la délinquance infantile, il enseigne à l'Institut d'études sociales de Genève et à l'École d'études sociales et pédagogiques de Lausanne ainsi qu'aux Facultés des sciences sociales et politiques et de droit de l'Université de Lausanne.

L'étude de la délinquance se fait également à l'aune du savoir psychanalytique. Que ce soit pour comprendre ce qui a déclenché le passage à l'acte, pour soigner les enfants perturbés, voire pour mettre en œuvre des mesures prophylactiques.

• • • • •
¹²⁹ Article 72, loi du 3 décembre 1940 sur la juridiction pénale des mineurs.

Lors d'une conférence donnée devant un parterre de juristes et de magistrats, en 1942, Bovet défend l'importance de la médecine et de la psychanalyse dans les procédures pénales ouvertes à l'encontre de mineurs :

Le rôle du médecin dans la juridiction des mineurs consistera, en résumé, à poser le diagnostic des tares mentales, des simples défauts de caractère, ou encore des éléments psychologiques qui ont amené l'enfant à commettre une faute. [...] Si l'on peut discuter la valeur de la psychanalyse pour les adultes, M. Bovet estime qu'un traitement d'inspiration analytique donne pour les mineurs d'excellents résultats¹³⁰.

Le recours aux théories freudiennes lors de l'examen de jeunes délinquants a été initié dans le monde francophone notamment par Georges Heuyer. Avant lui, en Autriche, Auguste Aichhorn¹³¹ prône l'ouverture de centres psychopédagogiques voués à la psychothérapie analytique. L'introduction d'une lecture analytique de la délinquance implique un changement important. Considérant que la motivation des agissements délictueux est à rechercher dans l'inconscient, elle modifie profondément les conditions de la prise en charge¹³².

Les notes prises par Veillard durant son activité professionnelle témoignent de l'importance que le juriste accorde aux théories analytiques. Au sujet d'une fillette, qui s'est sauvée de la maison d'éducation dans laquelle elle a été placée et qui se prostitue, le juge écrit :

• • • • •
¹³⁰ G. J. « Le congrès des juges de l'enfance », *Gazette de Lausanne*, 28 septembre 1942.

¹³¹ Auguste Aichhorn (1878–1949) est un éducateur et psychanalyste autrichien. Il s'intéresse particulièrement au problème de la délinquance infantile.

¹³² HOUSIER 2004.

Mythomane par hérédité et circonstances lamentables de la vie (parents divorcés, relations sexuelles précoces), elle a tout de suite bénéficié du traitement psychothérapeutique institué durant l'observation. L'assistante du D^r Bovet qui la traite, M^{lle} Roth, est venue commenter son rapport et répondre aux questions des juges peu au courant de la psychologie freudienne¹³³.

Il est difficile d'estimer ce que peuvent bien tirer les juges et éducateurs de tels diagnostics pour l'établissement des peines et l'élaboration de mesures éducatives. Il est probable qu'au final il y ait un hiatus entre l'introduction des théories médicales dans la sphère pénale et les applications concrètes proposées par des psychiatres acquis à la cause psychanalytique. La mise en place de mesures thérapeutiques au sein des maisons d'éducation en est un exemple. De l'aveu de Bovet, il est extrêmement difficile de mettre en place des thérapies au sein des maisons d'éducation, quand bien même il estime qu'elles seraient d'une grande utilité.

La psychanalyse propose une explication médicale à des troubles que l'on situe à l'intersection du social et du biologique. Notons que le recours aux théories psychanalytiques n'est pas uniformément répandu. À Genève, par exemple, c'est en premier lieu au paradigme biologique que se réfèrent les psychiatres chargés d'expertiser les enfants délinquants¹³⁴.

L'historienne Catherine Fussinger a montré comment les innovations scientifiques et institutionnelles dans le domaine de la psychiatrie suisse sont le fruit d'un travail mené tant au niveau politique et dans l'opinion publique qu'au sein de la

communauté scientifique¹³⁵. Cette interprétation s'applique très bien à la pédopsychiatrie puisque le champ se construit en premier lieu autour de ses applications pratiques.

Dans ce sens, le réseau étatique participe complètement à la diffusion du savoir puisque des membres de l'OMPV sont régulièrement invités à donner des conférences à l'étranger. Dans le même sens, des colloques sont organisés à Lausanne. La pédopsychiatrie n'a pas encore véritablement franchi les portes de l'université, c'est donc essentiellement autour des institutions médico-sociales que se constitue un réseau de savoirs. En sa qualité de chef de l'OMPV, Bovet participe au Congrès international de psychiatrie infantile qui se tient à Londres en 1948. La même année, il se rend à Stuttgart pour présenter le fonctionnement de son service. En 1955, Bergier a siégé dans la commission pour l'enfance délinquante de l'Union internationale de protection de l'enfance qui s'est réunie au Danemark¹³⁶. En 1956, l'Office médico-pédagogique a servi de cadre à une rencontre internationale de l'Organisation mondiale de la santé sur des problèmes de guidance infantile¹³⁷. Des relations sont ainsi nouées avec les pédopsychiatres étrangers, comme le parisien Heuyer qui donne une conférence intitulée *Regards sur la jeunesse* au Palais de Rumine à la fin des années cinquante. Notons aussi que Serge Lebovici est également passé par l'OMPV puisqu'il y a effectué un stage de deux

133 VEILLARD 2007, p. 69.
134 DROUX/KABA 2006.

135 FUSSINGER 2003.

136 Office médico-pédagogique, Rapport du Département de justice et police, 1955, p. 45.

137 Office médico-pédagogique, Rapport du Département de justice et police, 1956, p. 48.



UN NOUVEL ORDRE PSYCHO-ÉDUCATIF : LE CENTRE PSYCHOTHÉRAPEUTIQUE

Durant les années soixante, le dispositif dévolu à l'enfance « difficile » évolue notablement. Cette évolution est caractérisée par la diffusion de pratiques « sociales » dans le champ de l'enfance difficile. La création d'une école d'éducateurs et la naissance du Service de l'enfance au cours des années cinquante en sont les signes avant-coureurs. L'emprise du social s'intensifie donc, en même temps que les liens avec la sphère pénale se distendent, ou du moins s'atténuent. Cette évolution touche les savoirs et les pratiques autant que les structures administratives. L'historien Jean-Pierre Jurmand explique les modifications qu'entraîne l'introduction de nouveaux savoirs, issus notamment des sciences humaines, dans le champ de l'enfance :

Désormais, aux précédents déterminants vont se substituer peu à peu des catégories psychologiques et sociologiques adaptées au projet d'éducabilité, dissolvant bientôt la raison institutionnelle dans le relationnel. Elles forgeront le paradigme éducativo-social¹.

Cette reconfiguration correspond donc à l'émergence de nouvelles perspectives dans la prise en charge des enfants dits « inadaptés ». Les éducateurs et les sociologues intègrent le champ de l'enfance inadaptée et participent ainsi au renouvellement du champ professionnel et à la modernisation

institutionnelle qui l'accompagne. Cette reconfiguration augure également l'extension de la sphère d'influence des politiques sociales.

LE NOUVEAU SERVICE DE PROTECTION DE LA JEUNESSE

Au milieu des années cinquante, les autorités envisagent la refonte de l'Office cantonal des mineurs. Il s'agit essentiellement de mettre fin à la répartition des divers services s'occupant de l'enfance entre deux départements cantonaux différents : celui de l'intérieur et celui de justice et police. En outre, comme l'admet Monnet, chef du Service de prévoyance sociale et d'assistance publique, la présence de l'Office cantonal des mineurs et de l'Office médico-pédagogique au sein du Département de justice et police n'est pas adéquate :

La subordination de l'Office cantonal des mineurs et de l'Office médico-pédagogique au Département de justice et police est regrettable, tant sur le plan pratique que psychologique. Les termes de « justice et police » sonnent souvent mal aux oreilles du grand public : certains mineurs qualifiés de difficiles, d'inadaptés ou de caractériels et suivis par ce dernier département risquent de pâtir

.....
1 JURMAND 2000, p. 206.

leur vie durant [...] d'une étiquette à laquelle on donne malheureusement volontiers un caractère péjoratif².

En outre, si la création de l'OMPV est principalement motivée par la nécessité pour la Chambre pénale des mineurs de disposer d'un organe d'expertise tel que le souhaitait notamment Veillard, dans les faits, cette volonté s'est heurtée aux intérêts des employés du service investis dans une démarche plutôt thérapeutique³. A posteriori, Henny explique que l'expertise psychiatrique n'est en général pas la tâche que les psychiatres préfèrent dans leur activité. Selon lui, le hiatus qui existe entre ces deux types de mission est connu aussi bien des thérapeutes que des instances judiciaires et permet d'expliquer le fait que de moins en moins d'expertises soient demandées⁴. Ajoutons que si progressivement le recours à l'expertise psychiatrique lors de procédures pénales se fait plus rare, ce n'est pas le cas pour les procédures civiles. L'OMPV est ainsi amené à se prononcer lors de divorces, de procédures de déchéance de la puissance paternelle, etc.⁵.

Dès lors, la réorganisation des services impose une réflexion plus large sur le rôle de ces institutions. Les motivations qui sous-tendent ce réagencement sont intéressantes dans la mesure où elles révèlent le processus de requalification qui touche alors l'aide à l'enfance.

La lente gestation d'un service centralisé

La création du nouveau service implique la modification de la loi sur l'organisation du Conseil d'État, la loi sur la prévoyance sociale et l'assistance publique ainsi que la loi sur la juridiction pénale des mineurs. En 1945, un rapport rédigé par Meylan, Bergier et Gamboni préconise déjà le regroupement des structures existantes au sein de la même instance cantonale. La création d'un Département des œuvres sociales et de la santé publique est envisagée, mais le Conseil d'État n'y est pas particulièrement favorable et, de la même manière, il s'oppose au détachement de l'OMPV et de l'OCM du Département de justice et police⁶. C'est donc finalement en 1954 que le Conseil d'État opte pour la réunification des services de l'enfance. Cette solution est non seulement réclamée par une partie de la classe politique pour rationaliser l'organisation administrative de l'État, mais également par l'Association vaudoise des œuvres privées pour enfants et adolescents⁷. Celle-ci demande « un regroupement des différentes instances administratives s'occupant de l'enfance autour de l'Office médico-pédagogique vaudois, qui serait le centre d'un véritable service de l'enfance⁸ », preuve de l'importance accordée à

2 Cité dans P.A.D. « La création du Service de l'enfance », *Gazette de Lausanne*, 15 juin 1955.

3 ANTONIADIS / BARBEZAT / BÉDAY 1997 (document vidéo).

4 Idem.

5 HENNY 1957

6 Document non signé intitulé « Création d'un Service de l'enfance. Fusion du service des hospices avec celui de la prévoyance sociale et de l'assistance publique », Lausanne, mars 1956. ACV S 82/1-2.

7 Projet de loi modifiant la loi sur l'organisation du Conseil d'État, Exposé des motifs, *Bulletin du Grand Conseil*, Séance du 14 mai 1956.

8 Idem. p. 123.

la perspective médicale et psychologique dans le champ de l'enfance inadaptée.

Afin de mener à bien le regroupement, le Conseil d'État nomme une commission extra-parlementaire le 24 septembre 1955. Présidée par Henri Guhl, avocat et président de la chambre cantonale d'assistance, la commission est composée de huit membres, parmi lesquels Veillard, Piot, ainsi que Robert Glardon, chef du Bureau de l'enfance⁹. La commission se réunit à vingt-six reprises sur une période de six mois.

Le 6 avril 1956, le Conseil d'État réunit dans la salle de conférence du château les principaux responsables des services concernés, afin d'évoquer la mise en place du futur service. Parmi la vingtaine de personnes qui assistent à la réunion, on compte les Conseillers d'État en charge des Départements de l'intérieur, de l'instruction publique et des cultes, du Département militaire et des assurances, quatre juges, Florence de Rham-Chavannes¹⁰, présidente de l'AVOP, Charles Gilliéron, chef du service de la protection pénale, les psychiatres Bergier et Schneider ainsi qu'Ernest Piot, et Adrien Martin, chef de l'enseignement primaire. Dans son intervention, Veillard résume bien l'esprit qui règne sur le nouveau dispositif. Selon lui, la distinction entre les enfants difficiles et les enfants déshérités n'est plus forcément pertinente aux yeux des autorités :

.....

9 Les autres membres sont André Rossel, juge cantonal, Daniel Monnet, chef du Service de la prévoyance sociale et d'assistance publique, Jean-Claude Chappuis, chef du Service de la protection pénale, André Martin, conseiller juridique du Département de justice et police.

10 Florence de Rham (1893–1991) est juge à la Chambre pénale des mineurs ; elle est en outre présidente de l'AVOP de 1950 à 1960, et est la tante de Nanon de Rham.

Jusqu'à maintenant, on a classé sommairement les enfants dans deux catégories : les enfants assistés, d'une part, et les enfants inadaptés, d'autre part. On pouvait admettre que l'enfant assisté ne pose pas, de prime abord, de problème particulier. Et pourtant, en ce qui concerne spécialement l'enfant inadapté, les exigences au point de vue soins et personnel spécialisé sont très grandes. [...] L'idée du Conseil d'État de supprimer cette barrière entre ces deux catégories d'enfants correspond à la réalité des choses¹¹.

Schneider affirme, quant à lui, que « du point de vue médical, la distinction entre les cas pénaux et les enfants difficiles n'existe pas¹² ». Partant, il estime que cette distinction ne doit pas exister dans la nouvelle organisation¹³. Le regroupement des services est donc justifié par la porosité des différentes catégories d'« enfants difficiles ». Aussi, la réorganisation des services de l'État doit permettre une prise en charge plus globale, quand bien même les catégories apposées aux enfants en difficulté demeurent.

L'exposé des motifs qui justifie le changement législatif dresse une sorte d'état des lieux de l'enfance en difficulté. Et c'est bien les enfants « inadaptés » qui causent le plus de soucis aux autorités :

La plus importante catégorie d'enfants à protéger, celle qui pose les problèmes les plus difficiles et même les plus douloureux, c'est la foule de ceux qui vivent dans des conditions familiales ou éducatives déplorables. Ces enfants, dont l'existence se déroule dans un foyer d'apparence normale, entre leur père et mère, sont en réalité

.....

11 Procès-verbal de la Conférence sur la création éventuelle d'un Service de l'enfance, mercredi 6 avril 1955, p. 5, ACV S 82/1–2.

12 Idem.

13 Idem, p. 14.

moralement abandonnés et exposés à devenir des êtres plus ou moins dyssociaux¹⁴.

Le regroupement du Bureau de l'enfance et l'Office cantonal des mineurs permet une nouvelle forme d'action sociale élargie. La délinquance et les troubles psychiques ne sont au final que des symptômes d'une certaine déviance sociale. Or, le nouveau service doit permettre la collaboration de secteurs d'activité jusque-là distincts, afin de détecter et de traiter ces cas en recourant à des mesures aussi bien financières que médico-pédagogiques.

La nouvelle organisation prévoit en outre que l'application des peines prévues pour les mineurs soit mise en œuvre par le nouveau service et relève donc du Département de l'intérieur et non plus de celui de justice et police. Certains y voient une forme de «dépénalisation» de la délinquance infantile au profit d'une vision plus éducative¹⁵. Conséquemment, l'usage du terme «pénal» n'est plus jugé adéquat:

Le terme «pénal» appliqué à la Chambre prête à confusion, car il implique dans l'esprit du public l'idée de répression et ne correspond pas au rôle de la Chambre¹⁶.

Cette évolution sémantique révèle la volonté d'améliorer l'image de l'institution autant que le nouveau regard porté sur les familles des enfants délinquants:

Les familles des justiciables de la juridiction pénale des mineurs – souvent fort respectables – sont, on le

comprend aisément, choquées de voir leurs enfants cités devant la Chambre pénale des mineurs ou de recevoir des enveloppes à cet en-tête. Pour elles, en effet, ce terme a quelque chose d'infamant¹⁷.

Globalement, le nouveau Service de l'enfance assume les tâches jusque-là dispersées entre le Bureau de l'enfance et l'Office cantonal des mineurs en collaborant étroitement avec l'OMPV. Les changements législatifs dénotent une volonté indéniable de rationalisation administrative, mais dans le fond, la nature du travail entrepris auprès des familles demeure globalement inchangée. En revanche, le remaniement structurel permet une collaboration plus étroite entre les différents organes de l'État, qu'ils soient dévolus à l'aide sociale, à la surveillance des enfants placés ou à l'action médico-pédagogique.

La nomination d'un médecin, Bergier, à la tête du nouveau Service n'était pas attendue. Le Conseiller d'État en charge du Département de l'intérieur, Gabriel Despland¹⁸, «cherchait plutôt un administrateur¹⁹». A posteriori, le psychiatre est convaincu que ce sont les soutiens dont il a bénéficié au sein des instances de l'État qui persuadèrent le magistrat de retenir sa candidature²⁰. Comme pour conforter le Conseil d'État dans ses choix, Henny ne manque pas de souligner les avantages que présente cette option, notamment au regard de la collaboration médicale. Dans son rapport de 1957, il affirme qu'il s'agit «d'une solution quasi

14 Projet de loi modifiant la loi sur l'organisation du Conseil d'État, Exposé des motifs, Bulletin du Grand Conseil, Séance du 14 mai 1956, p. 126.
15 Projet de loi sur la juridiction pénale des mineurs, Exposé des motifs, Bulletin du Grand Conseil, séance du 3 septembre 1956.
16 Idem, p. 1276.

17 Idem.
18 Gabriel Despland (1901–1983) est un homme politique vaudois. Membre du Parti Radical-démocrate, il siège au Conseil d'État entre 1944 et 1961.
19 BERGIER 2003, p. 56.
20 Idem.

idéale entre les impératifs éthiques qui sont ceux du médecin et tenant notamment au secret médical, et les nécessités des rapports administratifs²¹ ».

Le service dont Bergier prend la tête en 1957 est donc relativement important. Outre le directeur et le personnel administratif, il comprend un adjoint et onze assistants sociaux. Ceux-ci sont chargés d'assurer le suivi d'environ trois mille enfants, ainsi que la surveillance des établissements et familles de placement. Le développement du Service de l'enfance ne coïncide pas avec le repli des établissements privés. Au contraire, le système repose sur la collaboration entre ceux-ci et les services de l'État, ce qui nécessite l'établissement d'un certain nombre de conventions, notamment pour l'aspect financier. Cette collaboration prend une forme plus concrète, puisque les thérapeutes et assistants sociaux du Service de l'enfance et de l'OMPV proposent des consultations dans les établissements privés :

Dans toutes les maisons spécialisées, un médecin, un psychiatre, un psychologue et parfois une assistante sociale collaborent à l'œuvre rééducative²².

La nomination d'un médecin à la tête du nouveau service renforce certainement l'approche médico-sociale. Par ailleurs, le redéploiement du champ de l'enfance à l'intersection des sphères pénale, médicale et sociale, ainsi que la prise en charge globale qui en découle induisent l'émergence de plusieurs professions ou domaines d'expertise.

Un secteur gagné par la spécialisation

La création du nouveau service est indissociable de l'apparition de nouvelles spécialités professionnelles – ou la professionnalisation de certaines activités – dans le secteur de l'enfance. De fait, l'important développement que connaissent les différents services dédiés à l'enfance provoque l'augmentation rapide de la demande de personnel, notamment d'éducateurs. En mai 1957, à l'occasion du dépôt d'une motion par Eugène Kuttel, la question des éducateurs est abordée au Grand Conseil. Le motionnaire souhaite que l'on évalue les besoins du canton en matière de personnel encadrant. La commission chargée de se pencher sur cette motion auditionne Bergier. Dans son rapport, elle note que si le nombre d'enfants inadaptés est stable, le dépistage, effectué par l'OMPV, est de plus en plus précoce²³. Le rapporteur, Charles Guisan, explique que selon les méthodes de rééducation de la psychologie et de la pédopsychiatrie, on estime qu'il faut un éducateur pour huit ou dix enfants²⁴. Puisque le canton compte mille enfants placés en institution, il a besoin d'au moins cent cinquante éducateurs. Or, le député note qu'il en manque quatre-vingt-dix. Aussi, après avoir salué la création récente de l'École sociale par Claude Pahud, il insiste sur la nécessité de favoriser l'accès à cette formation d'une part en faisant la promotion, d'autre part en soutenant

.....
21 OMPV, Rapport du Département de l'intérieur, 1957, p. 57.

22 Rapport du Conseil d'État au Grand Conseil sur la motion Kuttel et consorts concernant les problèmes posés par l'enfance inadaptée, *Bulletin du Grand Conseil*, séance du 18 novembre 1958, p. 98.

.....
23 Motion Kuttel et consorts, concernant l'enfance inadaptée, Rapport de commission, *Bulletin du Grand Conseil*, séance du 14 mai 1957, p. 272.

24 Idem.

financièrement les étudiants qui entreprennent un tel cursus.

Lors du Congrès de Monthey sur Le placement en établissements des enfants et adolescents inadaptés, Bergier réaffirme la nécessité de former et d'engager des spécialistes dans les différents services de l'État:

Il y a un besoin énorme de personnel qualifié, d'éducateurs formés, de psychologues, de psychothérapeutes, de psychiatres d'enfants et aussi et surtout d'assistants sociaux dans chacun de nos services de protection de l'enfance²⁵.

La spécialisation qui s'opère dans le champ de l'enfance est en fait le corollaire non seulement du développement important que connaît le secteur, mais aussi de la complexification des problématiques qui touchent à l'enfance.

Au cours des années soixante, l'éducateur a acquis une place centrale dans les institutions qui forment le dispositif d'aide à l'enfance, ses attributions ont aussi été précisées. En 1969, Jacques Bergier et Jean-Paul Pittet, son successeur à la tête du Service de l'enfance, publient une Enquête sur les besoins en éducateurs spécialisés dans les institutions vaudoises. Le travail de l'éducateur est alors l'objet d'une valorisation considérable. «L'époque des moniteurs dévoués et des surveillants sans formation est révolue²⁶», l'encadrement est confié à des personnes formées dont les tâches dépassent largement le simple gardiennage.

L'éducateur spécialisé est l'un des membres les plus importants de l'équipe de psychopédagogie médico-sociale. Sa tâche s'est bien précisée: en collaboration constante avec les autres techniciens de l'équipe, il doit

soutenir, restructurer et contribuer à l'épanouissement de la personnalité des jeunes inadaptés [...]. Au même titre que les médecins, psychologues, psychothérapeutes et pédagogues qui travaillent avec lui, l'éducateur est devenu un technicien des relations humaines²⁷.

L'arrivée de cette nouvelle profession correspond autant au renforcement des standards en matière d'encadrement spécialisé qu'à l'augmentation du nombre d'enfants placés, ou encore à l'apparition de nouvelles tâches. Cette nouvelle spécialité contribue à créer une forme de cohésion professionnelle. C'est en tout cas le souhait de Bergier, qui plaide pour la création d'un institut de psychopédagogie médicosociale qui lierait enseignement et recherche. Cette innovation «favoris[erait] l'établissement d'une culture et d'un langage communs» parmi les professionnels de l'enfance, ainsi qu'une certaine mobilité professionnelle²⁸. Si cette structure n'a jamais vu le jour, la professionnalisation du travail d'éducateur est déterminante dans l'évolution que connaît ce secteur.

La création d'associations professionnelles contribue à structurer le secteur d'activité. L'une des priorités de l'Association romande des éducateurs de jeunes inadaptés (AREJI) fondée en 1957 est l'élaboration d'une convention collective de travail. Il s'agit autant d'améliorer les conditions de travail des éducateurs que de valoriser leur activité. «[La convention] symbolise la maturité d'un corps professionnel»²⁹. Une commission d'étude, au sein de laquelle siègent des représentants de l'AVOP et de l'AREJI, est constituée spécialement pour élaborer

25 BERGIER 1959, p. 17.

26 BERGIER/PITTET 1969, p. 173.

27 Idem, p. 174.

28 Idem, p. 184.

29 HELLER/PAHUD/BROSSY/AVVANZINO 2004, p. 46.

que les informations recueillies par les travailleurs sociaux n'en sont pas moins valables et que la collaboration entre ces derniers, les psychiatres et les psychologues doit encore être améliorée. Ce genre d'approche est institutionnalisé, puisqu'en 1965 Bergier crée un Bureau de la recherche sociologique au sein du Service de l'enfance.

En une vingtaine d'années, la structure professionnelle du champ de l'enfance s'est donc considérablement modifiée. Cette évolution est perceptible aussi bien dans les organes de l'État que dans les institutions privées comme le Bercaïl. Le processus de professionnalisation et de spécialisation qu'a connu la pédopsychiatrie se propage à l'ensemble du secteur d'activité. Les pédopsychiatres, loin de protéger leur pré-carré, encouragent ce processus, puisque cette évolution a pour conséquence de renforcer la position des professionnels de l'enfance, toutes origines disciplinaires confondues.

Quelle place pour la psychiatrie infantile dans les structures étatiques et hospitalières ?

Le nouveau Service de l'enfance est donc important par sa taille, mais également par l'étendue de son champ d'action. La multiplication des études sur les enfants difficiles donne lieu à une réévaluation quasi constante des besoins en matière de prise en charge institutionnelle. Cette approche « comptabiliste » est perceptible dans les documents sur « l'enfance inadaptée » produits par le Service de l'enfance. En effet, comprise au sens large, la définition de « l'enfant inadapté » s'applique à une

part non négligeable de l'ensemble des enfants du canton :

Si l'on ajoute aux enfants abandonnés, difficiles ou délinquants, névrosés ou psychotiques, le très gros contingent des enfants faibles d'esprit et des débiles mentaux [...] et encore les enfants infirmes moteurs cérébraux, les épileptiques et ceux qui présentent des troubles du langage parlé ou écrit, si l'on fait le recensement de l'ensemble des enfants et des adolescents inadaptés, on voit qu'il représente environ 10% de la population enfantine³⁷.

C'est donc à une population multiple que doit faire face le Service de l'enfance. Aussi, les différentes études entreprises tentent d'affiner les modalités de prise en charge. S'« il n'est évidemment pas question d'hospitaliser [les] 14'000 enfants ou adolescents ainsi concernés³⁸ », le Service de l'enfance entend au moins pouvoir proposer une prise en charge et un traitement adaptés.

De fait, les affections psychiatriques potentielles ne représentent que l'un des aspects de la situation générale des enfants amenés à fréquenter le Service et sont bien souvent mêlées à d'autres « handicaps » sociaux ou scolaires. Nous ne disposons donc pas de rapports portant uniquement sur les troubles « caractériels » des jeunes gens. Pour les autorités, la santé mentale infantile fait partie intégrante de la politique sociale menée en faveur des enfants. La frontière entre les approches éducative et médicale est poreuse, d'où un certain amalgame entre les différents types d'établissement. En 1957, Pahud explique « nos maisons d'éducatrices [...] tendent à ressembler à des cliniques où l'on s'efforce de guérir

• • • • •

37 « L'enfance inadaptée », Document non signé, Lausanne, 4 juillet 1966, ACV S 52/108.

38 Idem.

centres médico-pédagogiques. Lors du Congrès de Monthey sur le placement des enfants, Bergier évoque cette question :

Le problème de la division d'enfants dans un hôpital psychiatrique est complexe. Il faut probablement réserver l'hospitalisation dans une telle division aux psychotiques avérés, aux déments, aux oligophrènes agités, et éviter de les mélanger avec des névrosés⁴⁶.

Pour cette dernière pathologie, il préconise une hospitalisation dans un établissement médico-pédagogique ou dans une maison rattachée à un hôpital pour enfants, comme le Bercaïl, afin d'éviter de leur faire porter le poids que véhicule «l'étiquette psychiatrique». Cela traduit également la distinction que font les professionnels entre les hôpitaux psychiatriques destinés à accueillir des malades jugés incurables et les établissements médico-pédagogiques réservés aux traitements des enfants susceptibles de guérison.

L'OMPV : un service hospitalier et universitaire

Durant la seconde moitié du 20^e siècle, la ligne de démarcation entre les établissements psychiatriques et les structures médico-pédagogiques, sous-tendues par une démarche éducative, va progressivement se déplacer. En 1970, lors du remaniement des dicastères du canton, l'OMPV est rattaché au Service de la santé publique⁴⁷, alors que le Service de l'enfance devient le Service de protection de la jeunesse et rejoint le Département de la prévoyance sociale et des assurances. Cette

• • • • •

46 BERGIER 1959, p. 17.

47 Lui-même dépendant du Département de l'intérieur.

modification marque le rapprochement de l'OMPV des structures tant sanitaires que psychiatriques et académiques du canton, puisqu'il est dès lors «en relation étroite et fonctionnelle avec le Service de consultation de psychiatrie d'adultes, dirigé par le Professeur Schneider⁴⁸». Cette nouvelle configuration a vraisemblablement favorisé le développement de l'activité psychiatrique dans les établissements pédiatriques comme la Clinique de chirurgie infantile universitaire⁴⁹.

En 1973, Henny, qui était privat-docent depuis 1967, est nommé professeur extraordinaire de pédopsychiatrie à la Faculté de médecine de l'Université de Lausanne. Jusque-là, l'enseignement de la psychiatrie infantile était intégré à l'enseignement de la psychiatrie adulte, et certains aspects spécifiques comme la déficience mentale ou les maltraitances sont traités dans le cadre de l'enseignement de pédiatrie⁵⁰. Or, de l'avis de la Faculté, cet enseignement est trop limité et la création d'un enseignement «indépendant» et obligatoire paraît nécessaire⁵¹. C'est dans ce contexte d'académisation d'une «nouvelle» discipline que, quelques années plus tard, en 1979, l'OMPV devient un centre de formation académique, non sans faire courir le risque que ce processus se fasse au détriment d'une intégration au réseau des institutions sociales dédiées à l'enfance. Encore une fois, le recours au terme psychiatrie est au centre d'un conflit d'image. Le Conseil

• • • • •

48 OMPV, Rapport du Département de l'intérieur, 1970, p. 84.

49 OMPV, Rapport du Département de l'intérieur, 1973, p. 75.

50 Rapport concernant la création à la faculté de médecine de Lausanne d'un enseignement indépendant et obligatoire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, document non daté (vraisemblablement 1971 ou 1972), Archives de l'Université de Lausanne, Faculté de médecine, 94.6, p. 3.

51 Idem, p. 4.

..... Un nouvel ordre psycho-éducatif: le Centre psychothérapeutique

de la Faculté de médecine note que l'introduction du terme psychiatrique dans le nom du service n'est pas sans conséquence:

Certes, [la nouvelle dénomination] risque d'avoir encore momentanément des retombées dans l'esprit du public. Mais il importe que la psychiatrie joue cartes sur

table afin de dissiper à la longue la méfiance que le terme psychiatrie continue à éveiller çà et là⁵².

-
- 52 Procès-verbal du Conseil de la Faculté de médecine, 27 janvier 1976, consulté en ligne sur archive.unil.ch, le 10 septembre 2015.



Atelier du nouveau Bercail, vers 1969. © Archives de l'Hôpital de l'Enfance, Lausanne. Photo: Pierre Bataillard et Claude Perusset

La Faculté donne finalement un préavis positif au changement de nom et l'OMPV deviendra le Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (SUPEA). La psychiatrie infantile est dès lors une discipline médicale à part entière. Dans un discours prononcé pour le quarantième anniversaire de cette institution, le Doyen de la Faculté de médecine résume le parcours d'obstacles auquel peut s'apparenter l'entrée d'une discipline à l'université :

Il est vrai que bien des branches de la médecine doivent d'abord s'imposer sur le terrain, si je puis dire, avant d'être acceptées par l'Université qui souvent en ce qui concerne la médecine, met parfois un certain temps pour se laisser convaincre⁵³.

DE NOUVELLES FORMES DE PRISE EN CHARGE

L'évolution des conceptions psychiatriques participe grandement aux redéfinitions des politiques menées dans le domaine de l'enfance. Tant la réorganisation du Service de l'enfance en 1957 que la création du Centre psychothérapeutique sur le site de l'Hospice de l'Enfance une dizaine d'années plus tard, témoignent de l'influence des savoirs psychiatriques sur l'évolution des politiques sociales et sanitaires.

À partir des années cinquante, la population qui consulte à l'OMPV est de plus en plus nombreuse. Selon Henny, cette augmentation correspond à l'augmentation des demandes de

consultation venant directement des parents. Ainsi, dans un courrier adressé au chef du Département de l'intérieur, il explique :

Les parents sont toujours plus inquiets de l'éducation de leur enfants⁵⁴.

Cette évolution semble refléter d'une part au changement de l'image que la population, notamment les classes moyennes et supérieures, se font du travail médico-psychiatrique, et d'autre part de l'importance que revêt pour eux le parcours scolaire de leurs enfants. Henny ajoute que « cette inquiétude tient à de nombreux facteurs d'ordre probablement sociologique⁵⁵ ». Le regard porté sur les familles se modifie de manière notable. Les parents ne sont plus uniquement vus comme un facteur pathogène dont il faut éloigner l'enfant, mais comme de possibles interlocuteurs, voire collaborateurs. Tenus pour responsables des troubles de l'enfant, ils sont également considérés désormais comme les victimes de leur progéniture. Ces modifications sont déterminantes pour l'évolution des services de psychiatrie infantile. En une vingtaine d'années, la pédopsychiatrie est devenue un élément important du dispositif de protection de l'enfance. Le Bercaïl ne désemplit pas et, comme nous allons le voir, la création de l'Hôpital de jour à côté de cette première institution contribue grandement à élargir l'éventail des activités de ce qui est, dès lors, un Centre psychothérapeutique (initialement nommé « Centre psychothérapique »). L'époque d'un établissement principalement dédié à l'observation

53 Allocution du doyen (Noël Genton), 40^e anniversaire du Service universitaire médico-pédagogique vaudois, Archives de l'Université de Lausanne, Faculté de médecine, 94.6.

54 Lettre de René Henny au chef du Département de l'intérieur, 21 juin 1961, ACV, S 52/103.

55 Idem.

De maintenir [...] l'enfant dans son milieu, même si son comportement donne des inquiétudes, et [de] le rééduquer en « milieu ouvert », c'est-à-dire dans le cadre familial, en exerçant une action éducative aussi bien sur les parents que sur l'enfant⁶⁰.

60 Idem.

La réalisation d'un Centre psychothérapeutique, qui serait donc constitué non seulement du Bercaïl mais également d'un Hôpital de jour situé sur le même site, repose donc largement sur la volonté de proposer une alternative au modèle de l'internat. Cet enthousiasme pour des mesures s'adressant à l'ensemble de la famille ne doit pas occulter le



Locaux de l'Hôpital de jour, vers 1984. © Archives de l'Hôpital de l'Enfance, Lausanne. Photo: Édouard Baumgartner

poinds des conceptions traditionnelles de la famille dans l'esprit des professionnels de l'enfance. Pour Veillard, par exemple, il ne fait aucun doute que l'alcoolisme et le divorce sont «les ennemis n° 1 de l'enfance⁶¹».

C'est en 1957 que la possibilité d'ouvrir un pavillon ambulatoire à Montétan est évoquée pour la première fois. Depuis plusieurs années déjà les thérapeutes du Bercaïl assurent un suivi avec certains enfants et leur famille après leur séjour au Bercaïl et, comme nous l'avons vu, des groupes de mères sont mis en place dès la fin des années quarante. La création de l'Hôpital de jour doit permettre d'institutionnaliser et d'étendre ce type de prise en charge. L'attention portée à la «"post-cure", c'est-à-dire le soutien donné à l'enfant et à ses parents au retour dans sa famille ou dans un autre milieu d'accueil⁶²», va dans ce sens:

Cet externat complètera très heureusement les actuelles possibilités du Bercaïl, facilitera dans certains cas la double action thérapeutique sur l'enfant et son milieu⁶³.

La possibilité de travailler avec les parents constitue pour les thérapeutes une alternative au placement de l'enfant hors de son cadre familial:

Cette forme de traitement bifocal [avec l'enfant et la famille] a déjà donné des résultats qui nous laissent l'espoir de trouver des solutions là où, jusqu'ici, le pédo-psychiatre ne pouvait qu'indiquer une séparation avec le milieu familial⁶⁴.

61 VEILLARD 1957, p. 278.

62 Jacques Bergier, «Le Bercaïl», *Gazette de Lausanne*, 17 novembre 1961.

63 Idem.

64 Lettre de la direction de l'HEL à la Municipalité de Lausanne, 3 février 1967, Archives de l'HEL, classeur intitulé «agrandissement du Bercaïl», correspondance, n° 13 à 25 (II).

Notons encore que si le regard que portent les thérapeutes sur les familles a évolué, celles-ci semblent aussi faire preuve de moins de méfiance vis-à-vis des différents organes de protection de la jeunesse. En 1961, Henny constate que de plus en plus de parents consultent spontanément à l'OMPV. Encore une fois, ce dernier bénéficie vraisemblablement d'une image favorable au sein de la population, dans la mesure où son orientation psychiatrique n'est pas extrêmement marquée. Le psychiatre estime que les parents réticents à se rendre dans un service psychiatrique sont «souvent mal informés des techniques psychiatriques⁶⁵». Il faut encore signaler que vraisemblablement, la relation entre les soignants et les soignés – ou leurs proches – se modifie également sous l'effet des regroupements associatifs des seconds.

65 Lettre du directeur de l'Office médico-pédagogique, le docteur René Henny, au chef du Département de l'intérieur, 21 juin 1961, ACV S 52/103.



Locaux de l'Hôpital de jour, vers 1984. © Archives de l'Hôpital de l'Enfance, Lausanne. Photo: Édouard Baumgartner

Vers une collaboration plus étroite avec les parents ?

La création de l'Hôpital de jour en 1970 sur le site de Montétan modifie de manière significative les perspectives en matière de prise en charge pédopsychiatrique. Ce nouveau type de service est présenté comme une institution hybride, à mi-chemin entre centre éducatif spécialisé et institution hospitalière. Son caractère médical n'est néanmoins pas minimisé. Bergier vantait déjà les mérites de ces établissements en 1960 alors que leur développement était encore à un stade embryonnaire. Susceptibles de désengorger les institutions de placement arrivées à saturation, ils présentent en outre l'avantage d'offrir la possibilité d'une prise en charge intensive en évitant les inconvénients du placement en milieu « fermé ».

L'enthousiasme du chef du Service de l'enfance pour ces institutions d'un genre nouveau s'explique également parce qu'elles répondent aux évolutions que connaît alors le Bercaïl. À sa création, le Bercaïl avait surtout la vocation d'être « une maison d'observation pour garçons et filles présentant des troubles graves du caractère et du comportement⁶⁶ ». Or, au début des années soixante, Bergier estime que le travail des thérapeutes et du personnel encadrant a changé :

Au fur et à mesure que les techniques de traitement se développaient, la maison d'observation se transformait en un établissement de cure. À l'action pédagogique éclairée par l'examen psychologique approfondi, s'ajoutaient

les possibilités de la cure médicamenteuse et surtout de la psychothérapie⁶⁷.

Ainsi, l'externat permet d'adapter les formes de la prise en charge aux évolutions de fond qui transforment l'institution. L'importance que prennent les psychothérapies en est l'un des éléments notables. À cela s'ajoute la volonté de traiter de « l'enfant dans son propre milieu ». Cette démarche est présentée comme une prise en charge innovante faisant appel autant aux méthodes éducatives qu'aux thérapies familiales⁶⁸. Elle rompt donc avec la vision qui prévalait quelques années auparavant et sur laquelle reposait la politique de placement des enfants. En effet, le placement a d'abord été considéré comme une mesure salubre pour éloigner l'enfant de sa famille, souvent jugée pathogène. Comme l'explique l'éducateur spécialisé Pierre Avvanzino, les internats sont construits à l'image d'une famille de substitution :

La référence familiale va dominer l'éducation spécialisée. Cette référence favorise et instaure la représentation des éducateurs comme des parents idéaux dont la supériorité aux parents biologiques est assurée par leur vocation, leur disponibilité, leur dévouement, leurs qualités charismatiques⁶⁹.

Désormais, l'on souhaite privilégier une approche globale et non plus un traitement ciblé sur l'enfant. D'ailleurs, le début de sectorisation qui s'opère lors de la création de l'Hôpital de jour traduit une volonté d'ancrer la pratique thérapeutique dans un territoire délimité et dont les caractéristiques sociales sont connues. En 1960, Bergier

66 Rapport du Conseil d'État au Grand Conseil sur la motion Kuttel et consorts concernant les problèmes posés par l'enfance inadaptée, *Bulletin du Grand Conseil*, séance du 18 novembre 1958, p. 97.

67 Jacques Bergier, « Le Bercaïl », *Gazette de Lausanne*, 17 novembre 1961.

68 BERGIER/PITTET 1969, p. 166.

69 AVVANZINO 1982, p. 21.

présente les bouleversements qu'un tel dispositif pourrait provoquer dans le champ de l'enfance:

Si ce nouveau mode d'intervention devait se révéler efficace et se répandre, il aurait sans doute une répercussion sur l'équipement de maisons spécialisées et la politique de placement en institution⁷⁰.

Les intentions qui prévalent à la mise en place d'une telle structure sont donc claires: il s'agit de traiter non seulement l'enfant, mais également son entourage:

La spécificité de l'Hôpital de jour réside dans une prise en charge du patient et de son environnement (en particulier la famille), la possibilité de traitement intensif global, sans rupture avec l'entourage, est particulièrement importante pour les enfants et les adolescents. Les hôpitaux de jour pour enfants et adolescents présentent la particularité de réunir dans le même lieu et dans une visée thérapeutique l'école spécialisée avec des traitements médicaux, médicamenteux, des mesures pédagogiques (rééducation psychomotrice et logopédie) et éducatives⁷¹.

De fait, cette évolution est également la conséquence de l'arrivée d'un nouveau type de familles dans les consultations. Ce phénomène est observable non seulement à l'Hôpital de jour, mais également au Bercaïl. Nous l'avons dit plus haut, de plus en plus de parents consultent spontanément à l'OMPV. Ces familles qui passent hors des « circuits sociaux » habituels et consultent spontanément sont souvent d'un niveau socio-culturel plus

élevé. Or, l'origine socio-culturelle des parents peut être déterminante pour le type de prise en charge, à l'image de ce qu'affirme Henny dans un rapport sur les établissements pour enfants difficiles:

Le secteur le plus insuffisant sur le plan quantitatif reste celui du débile caractériel, de l'oligophrène profond et du caractériel "de bonne famille" désadapté dans certaines institutions qui s'adressent à une clientèle issue de milieux prolétariens⁷².

Sans doute, cette patientèle est-elle plus réticente à voir ses enfants placés dans des institutions psychiatriques. Dans le même temps, les services médico-sociaux l'estiment plus apte à collaborer avec les thérapeutes et le personnel encadrant, d'où la pertinence d'une structure hybride. Pour les thérapeutes, le recours à un centre « ouvert » permet donc de prendre en compte les réticences des parents, tout en s'assurant les garanties d'une collaboration efficace avec eux.

Si au cours des années soixante la nécessité d'étendre l'action thérapeutique à l'ensemble de la famille paraissait être une innovation intéressante, il s'avère que, dans la pratique, elle est difficile à mettre en place. Dans son rapport de 1978, l'équipe de l'Hôpital de jour ne cache pas le malaise qu'elle ressent dans certaines situations:

Nous nous sentons parfois mal à l'aise de proposer à des adultes qui ne nous l'ont pas demandé, un accompagnement, un partage de leurs soucis, une compréhension de la souffrance familiale, voire une approche thérapeutique. En sens inverse il est aussi arrivé que des parents se sentent gênés de demander quelque chose pour

70 BERGIER/PITTET 1969, p. 166.

71 Walter BETTSCHART, « Les besoins en hôpitaux de jour pour enfants dans les secteurs psychiatriques », intervention citée dans Rapport sur les besoins en hôpitaux de jour pour enfants et adolescents dans les secteurs psychiatriques du canton, 20.08.1979, ACV S 42/11.

72 René HENNY, « Les établissements pour enfants et adolescents difficiles en Suisse romande. Réalisation-projets-lacunes », Lausanne, 1967, ACV S 41 D 18.

eux-mêmes, alors que l'Hôpital de Jour est un Centre pour enfants⁷³.

Un suivi étroit avec les parents est certes possible. En revanche, la mise en place d'une relation thérapeutique demeure difficile dans le cadre du Centre psychothérapeutique. Les modalités autour desquelles se négocie la relation entre parents et personnel soignant et encadrant a fait l'objet de plusieurs articles de Walter Bettschart⁷⁴ et de son équipe, preuve de l'intérêt que portent les pédopsychiatres à cette thématique⁷⁵.

Un nouveau Centre psychothérapeutique

C'est donc à la fin des années cinquante que germe l'idée d'un nouveau pavillon destiné aux traitements ambulatoires. Cette innovation représente un développement important pour la pédopsychiatrie vaudoise :

L'idée de constituer, dans le cadre de l'Hospice de l'Enfance, un centre complet d'hygiène mentale infantile, avec une consultation médico-pédagogique ouverte au public, un internat pour le traitement des malades les plus graves, et un semi-internat pour les enfants qui peuvent rentrer le soir dans leur famille, ouvre de merveilleuses perspectives et permet d'espérer un rayonnement toujours plus bénéfique⁷⁶.

.....

73 L'Hôpital de jour, *Rapport de l'Hôpital de l'Enfance*, 1978, p. 19.
74 Walter Bettschart, né en 1926, effectue ses études de médecine à Zurich. Il est nommé professeur ordinaire de pédopsychiatrie à l'Université de Lausanne en 1984. Il prend sa retraite en 1993.
75 Voir par ex. BETTSCHART 1977 et BETTSCHART/HOFFET/GALLAND 1980.
76 Le Bercaïl, *Rapport de l'Hospice de l'Enfance*, 1962, p. 12, Archives de l'Hôpital de l'Enfance.

Le projet s'inspire de l'Hôpital de jour créé par Serge Lebovici dans le 13^e arrondissement de Paris⁷⁷ et de la mise en place d'une structure similaire à Genève par Julian de Ajuriaguerra⁷⁸, directeur de la clinique de Bel-Air. Ces psychiatres ainsi que Donald Buckle, directeur du Service de l'hygiène mentale pour l'Europe à l'Organisation mondiale de la santé, ont été consultés en tant qu'experts⁷⁹. Le projet prévoit de regrouper à Montétan, en plus du Bercaïl, une consultation de l'OMPV et un Hôpital de jour destiné à la prise en charge ambulatoire. Il est prévu que la capacité du Bercaïl reste inchangée et qu'il continue à accueillir une vingtaine d'enfants. L'Hôpital de jour doit, quant à lui, prendre en charge vingt à vingt-cinq enfants :

Ce dernier pavillon recevra, pour la journée seulement, des enfants nerveusement perturbés, pour lesquels une hospitalisation complète est contre-indiquée, mais demandant pourtant un traitement intensif, avec action psycho-sociale parallèle et continue sur le milieu familial⁸⁰.

L'externat est présenté comme une innovation tant du point de vue thérapeutique que scientifique. « Un point de ralliement interdisciplinaire où les spécialistes de la pédagogie curative, de la

.....

77 Lettre de la direction de l'HEL à la Municipalité de Lausanne, 3 février 1967, Archives de l'Hôpital de l'Enfance, classeur intitulé « agrandissement du Bercaïl, correspondance, n° 13 à 25 (II) ».
78 Julian Ajuriaguerra (1911-1993) est un psychiatre d'origine espagnol ; il est professeur de psychiatrie à l'Université de Genève et dirige la Clinique de Bel-Air de 1959 à 1975.
79 Lettre de la direction de l'HEL à la municipalité de Lausanne, 3 février 1967, Archives de l'Hôpital de l'Enfance, classeur intitulé « agrandissement du Bercaïl, correspondance, n° 13 à 25 (II) ».
80 Le Bercaïl, *Rapport de l'Hôpital de l'Enfance*, 1965, p. 5, Archives de l'Hôpital de l'Enfance.

psychologie, de la psychothérapie, de l'éducation spécialisée, de la rééducation psychomotrice et du Service social⁸¹ » seront mis à contribution collectivement. Le Grand Conseil vaudois et le Conseil communal de Lausanne votent à l'automne 1967 respectivement des crédits de 700'000 et 500'000 francs nécessaires à la réalisation du nouveau pavillon.

C'est en avril 1969 que la consultation de l'OMPV entre dans ses nouveaux locaux sur le site de Montétan. Quelques mois plus tard, le Bercaïl intègre à son tour le bâtiment nouvellement construit, alors que l'Hôpital de jour doit s'installer dès 1970 dans les anciens locaux laissés vacants par le Bercaïl après leur rénovation. Pour marquer son attachement à la collaboration avec l'OMPV, Walter Bettschart est appelé à siéger au sein du conseil d'administration de l'Hôpital de l'Enfance (HEL)⁸². Il est prévu que l'internat et l'externat aient chacun un-e responsable, et qu'un médecin assure la coordination entre ces deux structures et l'OMPV. Dans sa séance du 4 juin 1968, le comité d'administration de l'HEL décide de nommer Bergier à ce poste⁸³. Le psychiatre est en effet disponible puisqu'il a quitté ses fonctions au Service de l'enfance pour se consacrer à sa charge de professeur extraordinaire à l'École des sciences sociales de l'Université de Lausanne. Cette nouvelle occupation lui laisse suffisamment de temps à consacrer au Bercaïl⁸⁴.

.....

81 Idem.

82 Centre psychothérapeutique, *Rapport de l'Hôpital de l'Enfance*, 1970, p. 7, Archives de l'Hôpital de l'Enfance.

83 Procès-verbal du Comité d'administration de l'Hôpital de l'Enfance, 4 juin 1968, Archives de l'Hôpital de l'Enfance.

84 Procès-verbal du Comité d'administration de l'Hôpital de l'Enfance, 27 juin 1968, Archives de l'Hôpital de l'Enfance.

C'est à Bergier que revient la tâche de nommer le responsable du futur Hôpital de jour ainsi que de former l'équipe qui l'animerait⁸⁵ : Bettschart est finalement désigné. Il assume donc à la fois la direction de l'externat et de la consultation de La Chablière de l'Office médico-pédagogique sise à Montétan. Anne-Marie Bobillier est nommée directrice pédagogique de la nouvelle institution. À l'Hôpital de jour, les enfants sont répartis dans trois classes scolaires selon leur âge, mais l'enseignement individualisé est établi en fonction du niveau de chacun. Les enfants suivent également d'autres activités : ateliers terre, bois et cuivre, peinture, sport ou encore jeux dramatiques.

Peu après la mise en place des nouveaux dispositifs de prise en charge, la directrice, Louise Wille, prend sa retraite, et c'est Christiane Wayss, assistante sociale, qui lui succède en 1971⁸⁶. Ancienne étudiante à l'École sociale de Genève, où elle a suivi une formation d'assistante sociale et de gestionnaire d'établissements hospitaliers⁸⁷, Wayss fait montre d'une expérience déjà ancienne dans l'institution puisqu'elle avait rejoint l'équipe en 1957, dans le cadre de son stage.

Les patients du Centre psychothérapeutique

Dès l'avant-guerre, la pédopsychiatrie a largement bâti sa réputation et trouvé sa place en s'attachant à l'enfance délinquante et inadaptée. Or, la clientèle du Centre psychothérapeutique ne correspond

.....

85 Idem.

86 Le Bercaïl, *Rapport de l'Hôpital de l'Enfance*, 1971, p. 18, Archives de l'Hôpital de l'Enfance.

87 Entretien réalisé avec Christiane Wayss, 9 janvier 2013.

pas forcément en tous points à ce profil. Certes, les pathologies dont souffrent ces enfants sont graves; en revanche, il ne s'agit pas forcément de « cas sociaux lourds ». Comme nous l'avons vu précédemment, ce constat s'explique pour partie par l'évolution des attentes des parents vis-à-vis de la pédopsychiatrie, ou du moins de la prise en charge médico-pédagogique. Il est en effet possible que la pédopsychiatrie bénéficie de la bonne image des offices médico-pédagogiques, qui contraste avec celle des hôpitaux psychiatriques de l'époque. Par ailleurs, une véritable prophylaxie se met en place.

Si, pendant longtemps, il revenait aux institutions pénales de détecter les comportements anormaux, d'autres modes de dépistage apparaissent. Les incartades à la loi ne sont plus les principaux révélateurs de potentiels troubles psychiatriques; l'école, par exemple, est amenée à jouer un rôle important dans ce domaine. À la fin des années cinquante, Bergier appelle de ses vœux un dépistage plus précoce et systématique dans le cadre scolaire, comme le préconise Jacques Dubosson dans sa thèse de sciences pédagogiques soutenue à l'Université de Lausanne en 1957⁸⁸:

L'idée du repérage de toutes les déficiences de l'enfant au moment de son entrée à l'école me plaît infiniment... Le dépistage précoce de toutes les névroses éventuelles et de tous les troubles du comportement représente un énorme avantage... Théoriquement, on ne peut qu'applaudir à l'idée d'un examen médico-pédagogique systématique de tous les enfants⁸⁹.

.....

88 DUBOSSON 1957.

89 Jacques Bergier, cité dans l'article: «Thèse de doctorat à l'Université de Lausanne: «Il faut dépister à l'école les troubles psychiques comme on dépiste polio ou tuberculose», *Gazette de Lausanne*, 14 décembre 1957.

Cette volonté de dépister les troubles le plus tôt possible chez les enfants a pour effet de rajeunir la population placée au Centre psychothérapeutique:

Comme le dépistage est plus précoce, les enfants qui nous sont adressés sont de plus en plus jeunes. Il en résulte des problèmes au niveau scolaire, si bien que nous avons été amenés à demander au Service de l'enseignement spécialisé l'autorisation d'ouvrir une nouvelle classe pour enfants d'âge préscolaire, ce qui nous a été accordé avec effet au 1^{er} décembre 1972⁹⁰.

La clientèle du Centre psychothérapeutique évolue de manière importante entre les débuts du Bercaïl et la mise en place de l'Hôpital de jour. En 1977, presque la totalité des vingt-cinq enfants qui fréquentent le Bercaïl ont été confiés par leurs parents sur conseil de l'OMPV ou d'un médecin privé. Seul un enfant avait été placé à la demande des services sociaux. Si toutes les couches sociales sont représentées parmi ces familles, la proportion de professions libérales y est plus importante que dans le reste de la population. Par ailleurs, dans les trois-quarts des cas, les deux parents vivent ensemble⁹¹. On est donc bien loin d'une population de « cas sociaux ». Aussi, ces conditions semblent favoriser la collaboration entre institutions et familles, même si le Bercaïl est dans bien des cas une solution de dernier recours pour les parents⁹².

Les rapports entre classes sociales et troubles psychiques deviennent alors un objet de recherche pour les psychiatres conscients des biais que l'origine sociale peut induire dans la prise en charge. Dans un article publié en 1982, Bettschart explique que

.....

90 Rapport du Centre psychothérapeutique, *Rapport de l'Hôpital de l'Enfance*, 1972, p. 5, Archives de l'Hôpital de l'Enfance.

91 MULLER/RUDAZ 1983, p. 5.

92 Idem, p. 19.

les milieux défavorisés sont sous-représentés dans les institutions pédopsychiatriques, alors même que cette population semble être plus vulnérable sur le plan psychique⁹³. L'étude de Bettschart montre que « les parents de milieu modeste [...] connaissent le moins l'existence de notre Service et la possibilité d'interventions thérapeutiques⁹⁴ ». Si le psychiatre refuse de considérer l'origine sociale comme un élément pathogène en soi, il formule l'hypothèse que les « tensions provoquées par les différences sociales⁹⁵ » puissent l'être. Aussi, le médecin met en garde contre la tentation de considérer les milieux défavorisés comme « un groupe à risque élevé dans un sens psychiatrique » et « le danger d'une psychiatisation de ce milieu social⁹⁶ ».

Une autre caractéristique notable des patients du Bercaïl est la répartition très inégale entre les sexes. Effectivement, Bergier affirmait en 1961 que sur les mille malades reçus par le Bercaïl en vingt ans, les quatre-cinquièmes étaient des garçons⁹⁷. Quinze ans plus tard, l'équipe de l'Hôpital de jour fait un constat presque identique :

Il est intéressant de noter que les garçons (42) représentent plus des deux tiers des effectifs par rapport aux filles (15)⁹⁸.

Et l'équipe est bien consciente que c'est la socialisation différenciée des enfants qui produit de telles inégalités :

93 BETTSCHART 1982.

94 Idem, p. 12.

95 Idem.

96 Idem, p. 14.

97 Jacques BERGIER, « Le Bercaïl », *Gazette de Lausanne*, 17 novembre 1961.

98 L'Hôpital de jour, *Rapport de l'Hôpital de l'Enfance*, 1974, p. 19, Archives de l'Hôpital de l'Enfance.

Ce fait, bien connu dans beaucoup de consultations de psychiatrie d'enfants, est probablement dû à deux facteurs : les troubles psychiques des filles se manifestent souvent de façon moins bruyante, les filles « dérangées » moins l'entourage que les garçons, il semble y avoir, par conséquent, moins de raisons d'intervenir pour les aider. On peut d'autre part penser qu'on accorde encore actuellement moins d'attention au développement des filles qu'à celui des garçons dans le dépistage de difficultés psychiques⁹⁹.

La création du Centre psychothérapeutique est en définitive représentative de l'évolution des politiques médico-sociales. L'engouement que rencontrent les traitements ambulatoires des patients intervient à un moment où les politiques de placement sont de plus en plus décriées. Par ailleurs, cette création coïncide avec l'évolution de l'image de la pédopsychiatrie dans la population. Mais cette nouvelle politique d'accueil ambulatoire n'est pas sans susciter quelques crispations. Une certaine concurrence entre l'Hôpital de jour et le Bercaïl est en effet palpable dans le rapport du Bercaïl pour l'année 1975. Wayss et Bergier y réaffirment la pertinence d'un internat :

La multiplication des consultations de guidance infantile, l'augmentation des possibilités de traitements ambulatoires, la vogue du traitement en milieu ouvert, l'apparition de nouvelles formes de prise en charge, particulièrement de la thérapie de famille, la création d'hôpitaux de jour, etc. n'ont pas fait diminuer la demande de placement thérapeutiques en internat. [...] Quoique certains en disent, la formule de l'internat se maintient, garde toute sa valeur, et l'indication d'une prise en charge globale reste toujours nécessaire pour un grand nombre d'enfants gravement perturbés¹⁰⁰.

99 Idem.

100 Le Bercaïl, *Rapport de l'Hôpital de l'Enfance*, 1975, Archives de l'Hôpital de l'Enfance.

L'enthousiasme qui accompagne la création de la nouvelle institution a vraisemblablement donné lieu à la remise en cause de la prise en charge de l'internat, d'où la nécessité pour les responsables du Bercaïl de défendre leur position. Notons que la

remise en question de ces formes de prise en charge est visible dans l'ensemble du champ psychiatrique de cette période et ne concerne pas seulement la pédopsychiatrie.



Locaux du nouveau Bercaïl, vers 1969. © Archives de l'Hôpital de l'Enfance, Lausanne. Photo: Pierre Bataillard et Claude Perusset

K. entre au Bercail en 1970, il a alors dix ans. C'est Odette Masson, alors médecin-adjoint de l'Office médico-pédagogique qui fait une demande d'admission pour l'enfant. Suivi depuis 1966 à l'OMPV, à raison d'une consultation par an, l'enfant « présente une évolution névrotique », quelques « troubles instrumentaux » et une dyslexie, mais son intelligence est jugée normale. En revanche, la psychiatre signale que chacun des parents suit un traitement pour des troubles névrotiques. Alors que l'état de l'enfant se péjore, un placement s'avère inévitable pour la thérapeute. L'enfant « semble [...] polariser les projections des parents » et sa situation scolaire nécessite un suivi particulier. Odette Masson explique donc « il nous a paru impossible d'organiser une thérapeutique valable sans recourir à une hospitalisation, assortie à une psychothérapie et aux mesures pédagogiques qu'offre votre maison¹ ». Le diagnostic établi par Bergier après trois mois d'observation confirme les conclusions d'Odette Masson et fait également état d'un « très fort sentiments d'infériorité » ainsi que de « tendances masochiques »². Durant son séjour, qui dure un peu moins d'un an, l'enfant suit un traitement logopédique ainsi qu'une psychothérapie individuelle. Bergier estime après un an que l'évolution est favorable même si « les tendances masochiques et les fantasmes de castration » persistent. Le psychiatre préconise donc la poursuite de la thérapie avec la personne qui l'a traité au Bercail³.

- 1 Lettre d'Odette Masson à Jacques Bergier, 1970, Dossier médical de K., Archives du Centre psychothérapeutique.
- 2 Avis de sortie signé par Jacques Bergier, 1971, Dossier médical de K., Archives du Centre psychothérapeutique.
- 3 Idem.

L'APPROCHE CLINIQUE

Plusieurs axes permettent de saisir les évolutions que connaît la pratique clinique entre la fin des années cinquante et le début des années quatre-vingt. La question des symptômes associée à celle des traumatismes, ainsi que l'évolution des catégories nosographiques et des traitements sont autant d'éléments structurant le champ de l'enfance.

La pédopsychiatrie développe un savoir non seulement sur l'enfant psychiquement fragile, mais également sur son entourage. Cette approche procède d'un savoir théorique et s'accompagne de l'évolution des « politiques thérapeutiques ». Tant les formes de prise en charge que les thérapies renseignent sur les conceptions des pédopsychiatres au sujet de l'adéquation du cadre familial. L'institution joue la famille de substitution et, dans le

même temps, travaille avec elle. Nous l'avons vu plus haut, Bovet puis Bergier ont assuré l'animation de groupes de mères, dans le but d'agir sur le cadre de vie de l'enfant. Aussi, les psychiatres n'ont pas manqué d'étudier les liens qui unissent troubles psychiatriques et cadre familial. D'ailleurs, ils ne sont pas les seuls à étudier ces liens, puisque l'étude sociologique menée par Hutmacher s'y intéresse aussi. Selon le chercheur, dans 58,2% des cas de placement, ce sont des difficultés d'ordre familial qui constituent l'unique motif de recours à cette solution¹⁰¹. Aussi, les enfants suivis par le Service sont-ils issus de foyers fortement « perturbés », puisque « la cohésion n'existe que dans le 10,7%¹⁰² » des cas.

- 101 Walo HUTMACHER, Léo GAGNEBIN, *Recherche sur les problèmes de placement des enfants et des adolescents dans le Canton de Vaud au 15 janvier 1962*, Lausanne. ACV S 52/108.
- 102 Idem.

Les parents, l'éducation qu'ils prodiguent à leurs enfants et le bagage génétique qu'ils leur lèguent, constituent donc pour les psychiatres un immense réservoir de facteurs explicatifs des maladies mentales.

La folie est-elle contagieuse ?

Nous l'avons vu précédemment, les parents ou le milieu dans lequel vivent les enfants « inadaptés » peuvent volontiers être considérés comme pathogènes. Au moins trois types de facteurs sont mobilisés par les psychiatres pour expliquer les troubles de l'enfant dans le cadre d'une interprétation familiale des causes. Le premier revient à pointer les manquements éducatifs des parents. L'absence de cadre strict, « l'immoralité » des parents ou encore la structure familiale « non conventionnelle » constituent volontiers, pour les pédopsychiatres, des motifs d'apparition de troubles chez l'enfant. Le deuxième facteur susceptible de favoriser une maladie psychique est l'hérédité du patient. Notons que ces deux premiers facteurs sont relativement souvent utilisés conjointement. Le troisième, beaucoup plus rare, s'apparente à un mécanisme épidémiologique en admettant la possibilité d'une contagion des enfants par les troubles de leurs parents.

Bien que les cas soient extrêmement rares, cette troisième hypothèse est le sujet de la thèse de médecine que Bergier défend en 1954. Si l'interprétation proposée ici ne peut être représentative des cas les plus souvent rencontrés dans le cadre de la pratique clinique, le travail de Bergier est intéressant dans la mesure où il présente des modalités de transmission qui juxtaposent un processus d'ordre mécanique,

la contagion, et une altération psychologique ou psychiatrique.

Dans sa Contribution à l'étude des folies à deux¹⁰³, le psychiatre s'engage sur un terrain de la psychiatrie déjà défriché : celui des psychoses collectives. Ce syndrome est en effet identifié depuis la première moitié du 19^e siècle. La littérature scientifique sur laquelle se base le médecin dénombre plusieurs facteurs quasi nécessaires à l'éclosion d'une psychose collective. Premièrement, le contact entre la personne saine et la personne souffrante doit être étroit et prolongé. Deuxièmement, « l'agent primaire » doit avoir un ascendant sur l'agent secondaire qui est décrit comme « passif, faible intellectuellement et moralement¹⁰⁴ ». Bergier souligne que cette hypothèse peut tout à fait s'adapter à une lecture freudienne de la maladie mentale :

Certains auteurs soutiennent que le phénomène de l'identification inconsciente, tel que Freud l'a décrit, joue un rôle plus important que la longue association et la prédisposition constitutionnelle¹⁰⁵.

Mais si la contagion a très fréquemment lieu dans le cadre familial, Bergier remarque que les médecins ne se sont que très rarement intéressés aux enfants. Or, selon lui, ils constituent une population particulièrement vulnérable aux facteurs décrits plus haut.

103 BERGIER 1954.

104 Idem, p. 6.

105 Idem.

Les carences maternelles

Les pédopsychiatres s'intéressent particulièrement au lien qui s'établit entre la mère et son enfant. Les théories échafaudées autour des cas de carence maternelle en disent long sur l'évolution des théories psychiatriques, mais plus encore sur leur lien avec les codes sociaux, exemple parfait du lien intime qui lie normes sociales et normes psychiques. À l'évolution de la famille coïncide donc non seulement l'évolution des théories psychiatriques, mais aussi celles de la forme des institutions.

Dans un article intitulé «La carence maternelle et ses lointaines conséquences¹⁰⁶», Bergier décrit l'avancement des théories psychiatriques sur le développement des enfants dans les premiers mois de leur vie. À l'image du nourrisson «tube digestif» s'est substituée celle de l'être hypersensible et dépendant de la relation maternelle. Au début des années soixante, la sensibilité des nourrissons n'est donc plus remise en cause. De cette affirmation découle la nécessité pour les psychiatres d'étudier les relations du nourrisson avec son entourage et, en particulier, sa mère. Bergier évoque tout d'abord les recherches menées par René Spitz¹⁰⁷ dans ce domaine et détaille ses conclusions catastrophistes. Le psychiatre d'origine hongroise affirme en effet que le développement d'un nourrisson privé de sa mère après six mois d'existence est désastreux et peut parfois aboutir à la mort. Quant aux «survivants, [ils] ne se tiennent souvent pas debout,

ne parlent pas et présentent le tableau de la plus profonde idiotie¹⁰⁸».

En s'appuyant sur l'examen de soixante-dix-neuf dossiers d'enfants souffrant de carence maternelle et ayant séjourné au Bercaïl, il distingue deux groupes. L'un est constitué des cas de carences affectives tout à fait précoces, tandis que l'autre regroupe les cas de carences affectives plus tardives. Chez les premiers, «la personnalité de l'enfant se forme mal, reste inconsistante. Le développement restera toujours incomplet¹⁰⁹». Chez les seconds, le complexe d'Œdipe n'est pas achevé, si bien qu'ils régressent à la phase sadique et anale. En revanche, leur Surmoi est formé contrairement aux enfants du premier groupe.

De l'avis du psychiatre, les enfants carencés font d'excellents candidats au pénitencier ou à la prostitution, selon leur sexe, lorsqu'ils ne reproduisent pas eux-mêmes les traumatismes qu'ils ont subis. Dès lors, la question ne se pose pas qu'en termes psychiatriques, mais également en termes de santé publique :

Car la carence affective au cours de l'enfance entraîne l'inadaptation de l'adulte, favorise, entre autres, les troubles du caractère et du comportement, la précocité sexuelle, la grossesse illégitime, le mariage forcé, la mésentente conjugale, le divorce, l'alcoolisme, la délinquance d'habitude, etc.¹¹⁰.

Au-delà de ce tableau alarmiste qui prêterait presque à sourire aujourd'hui, il faut saisir les implications politiques et les évolutions sociales qui prennent forme autour de telles conclusions.

.....
¹⁰⁶ BERGIER 1961.

¹⁰⁷ René Spitz (1987-1974) est un psychiatre et psychanalyste américain d'origine hongroise.

.....
¹⁰⁸ BERGIER 1961, p. 1077.

¹⁰⁹ Idem.

¹¹⁰ Idem, p. 1079.

Cette affirmation induit une certaine vision des rôles sociaux, puisque l'émancipation des femmes est mentionnée, non pas directement comme cause, mais en tout cas comme contexte. Les femmes « se mettent à vivre comme les hommes, travaillent à l'extérieur, ne se contentent plus de la condition de mère-ménagère, aspirent à davantage de liberté et d'indépendance¹¹¹ ».

Si cette analyse s'appuie sur une vision conventionnelle du rôle des femmes, elle s'inscrit également dans une perspective critique vis-à-vis des conséquences des placements d'enfants. Au début des années soixante, les institutions autant que les familles d'accueil ne représentent plus des cadres éducatifs idéaux qui peuvent facilement se substituer aux parents. Pour Bergier, qui est aussi, rappelons-le, le chef du Service de l'enfance, ces études doivent façonner les politiques d'aide à l'enfance. Ainsi, dans un article publié en 1961, il se penche sur le rôle des mères dans la vie de l'enfant et son développement. S'il ne s'oppose pas frontalement au système des crèches, le médecin estime néanmoins qu'elles ne doivent pas favoriser le travail à l'extérieur des mères de jeunes enfants¹¹². De même, il préconise l'engagement d'une psychologue à la maternité pour informer les mères des effets d'une carence affective et « dépister les cas douteux¹¹³ ». Les institutions de placement, quant à elles, doivent intensifier leur collaboration avec les parents. Paradoxalement, cette attention portée au rôle des mères et au cadre familial coïncide avec une forme de déculpabilisation ou de déresponsabilisation

parentale. Dès lors, la volonté de favoriser la collaboration avec les familles est au centre des préoccupations. Elle se rattache d'ailleurs à un vaste programme « d'hygiène sociale et préventive » destiné notamment à informer les « jeunes gens et jeunes filles sur les conséquences des relations sexuelles en dehors du mariage¹¹⁴ », et les mères de « l'importance extraordinaire de l'établissement d'une bonne relation avec son enfant¹¹⁵ ». En bref, les structures familiales conventionnelles constituent, aux yeux du psychiatre, le rempart le plus efficace contre le développement de pathologies mentales chez les enfants.

Symptômes, nosographie & diagnostic

Sortir l'enfant de son milieu pour le protéger et l'observer, au sens médical du terme, n'est donc plus une nécessité. Outre l'évolution des préceptes éducatifs concernant la famille évoqués plus haut, ce changement reflète l'évolution des méthodes d'investigation psychiatrique. En fait, c'est toute la mécanique de décryptage des symptômes qui se modifie.

L'établissement d'une nosographie est particulièrement complexe, dans la mesure où la valeur des symptômes est discutée par les pédopsychiatres. Dans les années quatre-vingt, Bergier explique que les psychiatres n'accordent pas énormément d'importance aux données biologiques ou physiologiques :

• • • • •
111 Idem, p. 1076.

112 Idem, p. 1079.

113 Idem, p. 1080.

• • • • •
114 Idem.

115 Idem.

Tout en reconnaissant l'importance des facteurs génétiques, en acceptant la possibilité de troubles constitutionnels ou somatiques, un dérèglement endocrinien par exemple, en soupçonnant des perturbations biochimiques au niveau de la cellule cérébrale, les pédopsychiatres ont estimé dans leur grande majorité qu'il était plus prudent, plus utile et plus payant de lutter au niveau de l'empreinte laissée sur l'enfant par les traumatismes subis depuis sa naissance, agents déclenchant des manifestations pathologiques, et d'agir parallèlement sur l'environnement¹¹⁶.

Cette perspective permet d'être plus optimiste quant aux effets du travail psychothérapeutique destiné à l'enfant comme à son entourage. Dans la même optique, le recours aux traitements médicamenteux n'est pas particulièrement préconisé :

L'expérience a montré que la plasticité du jeune enfant permettait de l'influencer favorablement par ces moyens exogènes, et qu'il était préférable de renoncer aux cures biologiques médicamenteuses dont on connaissait encore mal les effets sur le développement¹¹⁷.

Bettschart quant à lui estime que « le diagnostic doit être tout d'abord étiologique. C'est-à-dire qu'il est essentiel de connaître l'origine du handicap, encore plus que sa forme¹¹⁸ ». Le symptôme en tant que donnée médicale tend à perdre sa dimension exacte, tangible. Il doit être compris dans son ensemble et notamment au regard de son origine ou de son développement.

Comme l'explique le psychiatre, « chaque symptôme peut refléter une étape évolutive, n'avoir que valeur de passage¹¹⁹ », à l'image de certains troubles

de l'adolescence par exemple. Aussi, le symptôme s'insère-t-il dans un cadre interprétatif subjectif. Au demeurant, ce sont souvent les parents qui sont à l'origine du dépistage, dans la mesure où ce sont eux qui interprètent le comportement de leur enfant.

Ce sont les parents qui consultent pour un client, leur enfant, qu'ils ressentent comme un malade. S'il est relativement facile d'objectiver une insomnie, un manque d'appétit, dont les parents se plaignent, par des questions précises, il est beaucoup moins aisé de se déterminer sur un comportement difficile ou la somatisation des conflits¹²⁰.

Or, il importe au psychiatre soucieux d'éclaircir les arcanes des troubles infantiles d'étudier les symptômes des enfants à la lumière du milieu familial. C'est la relation que le psychiatre noue avec l'enfant lors de la consultation qui doit permettre d'évaluer les symptômes. Il ne s'agit donc plus de « décrire le symptôme de l'enfant et d'établir un diagnostic prescriptif de la particularité¹²¹ » qu'il présente, mais d'évaluer les relations qu'établit l'enfant avec son entourage. Cette perspective induit « une nouvelle forme thérapeutique de traitement du groupe familial, pour permettre à celui-ci de trouver un équilibre plus adapté¹²² ».

La prudence avec laquelle les pédopsychiatres, et notamment Bettschart, interprètent les symptômes va de pair avec une certaine précaution sur le plan diagnostique. Les psychiatres n'accordent pas tous la même importance au travail de classement nosographique. Dans un article consacré aux psychoses

116 BERGIER 1984.

117 Idem.

118 BETTSCHART 1963, p. 16.

119 BETTSCHART 1966, p. 281.

120 Idem, p. 282.

121 Idem, p. 286.

122 Idem.

infantiles, Bettschart expose les difficultés inhérentes au dépistage de ce genre de pathologie ainsi que les approches utilisées par les médecins. Alors que certains thérapeutes s'appliquent à « isoler, classer, séparer, juxtaposer des syndromes bien délimités¹²³ », d'autres préfèrent éviter de « coller une étiquette » sur les patients, jugeant que leur usage pouvait être contreproductif pour les enfants. La pertinence d'une nosographie comparable à celle en vigueur pour les adultes est contestée :

Les catégories diagnostiques n'ont pas la même signification en psychiatrie infantile et en psychiatrie d'adultes. Chez l'enfant, rien n'est définitivement structuré, les frontières entre les différentes formes de troubles sont plus floues, les superpositions fréquentes et les passages d'une structure à l'autre toujours possibles¹²⁴.

Il ressort de ces études que la détermination de données épidémiologiques est rendue particulièrement difficile par le caractère fluctuant des diagnostics, lesquels sont inconstants dans le temps, mais aussi dans l'espace :

La nomenclature et la définition de l'affection psychiatrique sont peu homogènes et varient d'une école à l'autre¹²⁵.

Or, la dénomination des affections psychiques peut influencer sur le mode d'intervention médical. Selon Bettschart, lorsque « la psychose à évolution déficitaire » a remplacé le terme de handicap mental, ce trouble a connu un regain d'intérêt dans

la profession en raison du caractère évolutif qui lui était désormais associé¹²⁶.

Le recours à la classification nosographique est parfois ambivalent. Dans la pratique, les médecins font preuve d'une certaine prudence, voire de quelques réticences. Du côté de l'Hôpital de jour, Bettschart explique que la nosographie n'occupe qu'une place marginale dans le travail des thérapeutes :

C'est plus la gravité de l'affection et sa répercussion familiale et scolaire qui est déterminante pour la prise en charge¹²⁷.

En revanche, dans la leçon inaugurale qu'il donne à l'Université de Lausanne en 1984, il insiste sur l'utilité des diagnostics sur le plan scientifique :

Nous avons besoin d'un diagnostic global pour étudier sur le plan scientifique l'évolution psychique du patient ainsi que pour les études longitudinales et catamnestiques¹²⁸.

Au Bercaïl également, la pertinence des catégories diagnostiques est mise en doute. Le rapport rédigé conjointement par Wayss et Bergier pointe l'embarras que leur cause l'établissement des statistiques annuelles concernant les pathologies des enfants :

En établissant la statistique pour 1974, comme chaque année, nous éprouvons un certain malaise. Les cas de nos enfants ne se réduisent pas à des étiquettes. Celles-ci ne donnent aucun renseignement sur l'environnement pathogène de l'enfant. Or l'enfant n'est souvent que le malade désigné par son entourage et ce sont les

123 BETTSCHART 1973, p. 7.

124 Le Bercaïl, *Rapport de l'Hôpital de l'Enfance*, 1972, p. 15, Archives de l'Hôpital de l'Enfance.

125 BETTSCHART 1971, p. 346.

126 BETTSCHART 1973, p. 9.

127 BETTSCHART 1976, p. 1462.

128 BETTSCHART 1985, p. 186.

membres de sa famille qui lui font porter la responsabilité de leurs conflits interrelationnels¹²⁹.

Il est étonnant de remarquer que cette motion coïncide avec l'introduction dans le rapport annuel de l'institution des statistiques concernant le

.....

129 Le Bercaïl, *Rapport de l'Hôpital de l'Enfance*, 1974, p. 18, Archives de l'Hôpital de l'Enfance.

nombre d'enfants traités par pathologie. En fait, cette pratique courante à la création du Bercaïl n'avait plus cours depuis 1949 et disparaît à nouveau à partir de 1977. Selon Wayss, c'est uniquement pour répondre à une demande des autorités fédérales qu'un tel comptage statistique était établi. Mais dans la pratique, ce n'est pas le diagnostic psychiatrique qui détermine le type d'encadrement ou



Vers 1984. © Archives de l'Hôpital de l'Enfance, Lausanne. Photo : Édouard Baumgartner

la thérapie proposée¹³⁰. Par ailleurs, la dissolution des symptômes que présentent les enfants dans un régime de discours subjectifs et relationnels peut expliquer l'intérêt que portent les psychiatres au traitement de l'ensemble de la famille.

Simultanément de nouveaux tests viennent renforcer l'arsenal d'investigation psychiatrique. Des examens électroencéphalographiques et des tests d'orientation professionnelle pratiqués par

l'Institut de psychologie appliquée sont de plus en plus régulièrement utilisés.

Au cours des années soixante, les modalités de la prise en charge sociale et médicale des enfants souffrant de troubles psychiques évoluent donc de manière significative. La collaboration avec les familles s'intensifie et de « nouvelles » professions encadrantes viennent renforcer le dispositif qui s'articule autour du Service de l'enfance.

.....
130 Entretien avec Christiane Wayss, 9 janvier 2013.

En 1965, l'OMPV fait une demande d'admission au Bercaïl pour Q., âgé alors de six ans. L'enfant consulte pour la première fois à l'OMPV en 1962 pour effectuer un test mental à la demande de la Clinique infantile. Le test s'avère difficile à réaliser en raison du « mauvais contact, presque autistique » de l'enfant. C'est son comportement dans le cadre scolaire qui motive une seconde consultation à l'OMPV en 1965. À son comportement jugé « égocentrique » et « asocial » s'ajoutent des crises de rage. La psychiatre de l'OMPV, Marcelle Crot, soupçonne que le retard psychomoteur de l'enfant soit aggravé par un facteur psychogène ; aussi, après avoir prescrit un traitement médicamenteux, elle demande une admission au Bercaïl, afin qu'une observation en milieu fermé puisse être menée¹. Deux mois après son entrée au Bercaïl, l'enfant passe une électroencéphalographie. Le rapport de l'examen donne en premier lieu les renseignements cliniques :

« Patient hospitalisé au Bercaïl pour des troubles du contact : après des troubles alimentaires il affiche un comportement autiste, les investigations psychologiques et l'examen de la motricité ont laissé soupçonner la présence d'éléments organiques². »

Le rapport fait état d'une mauvaise organisation des rythmes physiologiques sans pour autant conclure à une souffrance organique. Le médecin suggère néanmoins le recours à une médication « psychotonique ». Le rapport envoyé à l'Assurance invalidité en 1966 conclut à un « retard mixte, constitutionnel et psychogène ». En outre, « les troubles du comportement, le mode de contact primitif et instable [...] font penser à une structure prépsychotique ». L'enfant suit un traitement au Bercaïl pendant trois ans, puis il retourne chez ses parents. Il reprend « une scolarité normale » avant d'être redirigé vers une classe d'intégration. À noter qu'une partie de la correspondance liée à l'Assurance invalidité est contenue dans le dossier de l'enfant. Ainsi, un rapport de l'Office régional daté de 1974 détaille les éventuelles possibilités professionnelles qui s'offrent à Q. :

« Vu les traits de caractère prépsychotique mentionnés plus haut, le risque d'invalidité économique est presque certain, s'il n'est pas possible de l'orienter vers une voie qui tienne compte de ses intérêts. Pour y pallier, nous vous proposons, d'entente avec le D^r Bergier, de lui accorder, à titre de traitement psychopédagogique, une aide au niveau de ses difficultés en arithmétique, sous forme de leçons privées d'appui données par une psychothérapeute. »

.....
1 Lettre de Marcelle Crot au Bercaïl, 1965, Archives du Centre psychothérapeutique.

2 Lettre du docteur François Mundler, Laboratoire d'électroencéphalographie, au Bercaïl, 1966, Archives du Centre psychothérapeutique.

.IV.

LA PÉDOPSYCHIATRIE ENTRE SCIENCE BIOLOGIQUE ET ÉDUCATIVE

Au début des années quatre-vingt, la pédopsychiatrie dispose d'une solide assise dans le monde académique et le réseau hospitalier vaudois. Sa présence, de plus en plus importante dans les structures dévolues aux soins pédiatriques, atteste son rapprochement avec le domaine de la médecine somatique. Cette évolution est indissociable de celle de la nosographie et des conceptions théoriques sur les maladies mentales infantiles, qui donnent lieu à des controverses parfois vives.

Le développement que connaît la discipline résulte à la fois de l'évolution de la prise en charge hospitalière, de l'essor des neurosciences et de la psychiatrie biologique ainsi que de l'agencement des différentes approches médico-pédagogiques et des éventuels conflits qu'il suscite.

UNE NOUVELLE DIVISION PÉDOPSYCHIATRIQUE

La direction médicale du Centre psychothérapeutique se renouvelle en grande partie dès 1980, tant du côté de l'Hôpital de jour que du Bercail. En 1983, Bergier quitte le Bercail après trente-deux ans d'activité. Catherine Ducommun lui succède et devient médecin-chef de l'internat. Trois ans plus tard, elle quitte ses fonctions et part s'installer aux

États-Unis pour pratiquer la thérapie contextuelle. Marian Jankech reprend le poste, qu'il occupera jusqu'à la fin des années quatre-vingt-dix.

La question d'une direction unique de l'Hôpital de jour se pose lors de la démission de Bettschart, nommé professeur ordinaire à la Faculté de médecine de l'Université de Lausanne en 1984. Jusque-là, l'institution était dirigée par un médecin-directeur à temps partiel et un directeur à temps plein. La commission d'étude chargée de préparer la réorganisation de l'Hôpital de jour estime que la direction doit revenir à un pédopsychiatre « qui pourrait assurer la responsabilité médicale aussi bien que les autres aspects d'une direction¹ ». Or, cette option n'est finalement pas retenue, puisqu'en 1984, Sylvie Galland, psychologue de formation, est nommée directrice; Françoise Maye assume un intérim à la direction médicale, avant que Renata Busser ne lui succède en 1986, elle-même remplacée par Martial Vibert en 1987.

.....
1 « Hôpital de jour », *Rapport de l'Hôpital de l'Enfance*, 1983, p. 11, Archives de l'Hôpital de l'Enfance.

La Division de pédopsychiatrie

En 1985, une nouvelle et troisième entité vient compléter le dispositif psychiatrique de l'Hôpital de l'Enfance: l'Unité de pédopsychiatrie de liaison. Confiée à François Ansermet, son activité s'adresse aux enfants hospitalisés pour des troubles somatiques, mais qui souffrent également de troubles psychiatriques. Remarquons que ce type d'unité destiné à faire la liaison entre les services psychiatriques et somatiques se développe également dans les secteurs destinés aux adultes. Ansermet a étudié la médecine à Lausanne avant d'obtenir le titre de spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents. Ainsi, au milieu des années quatre-vingt, ce sont trois équipes distinctes qui dispensent des soins psychiatriques sur le site de l'Hôpital de l'Enfance: le Bercaïl, l'Hôpital de jour et la nouvelle Unité de pédopsychiatrie de liaison, assumant chacune un type de prise en charge: en internat, en externat ou dans le cadre d'une unité hospitalière. Dès 1987, elles sont regroupées sous une seule bannière: la Division de pédopsychiatrie, dont la direction est assurée par Ansermet.

Un rapport détaille les bases de ce projet institutionnel: il s'agit notamment de favoriser la collaboration avec les différentes spécialités pédiatriques de l'Hôpital de l'Enfance et le SUPEA. À cette époque, l'Hôpital de jour accueille vingt-cinq enfants âgés de quatre à douze ans. Leur séjour dure en général deux à trois ans, et une petite unité destinée aux cas les plus graves accueille parfois des enfants pendant cinq ans. Les patients de l'Hôpital de jour sont la plupart du temps envoyés par le SUPEA, les services médico-psychologiques des écoles, des médecins privés, ainsi que, à l'interne, par l'Unité

de pédopsychiatrie. Comme par le passé, la majorité des enfants suit une thérapie individuelle qui se prolonge souvent après le séjour, et une petite unité destinée aux cas les plus graves assure un suivi étroit avec les parents, qui peut «aller jusqu'à une thérapie individuelle, de couple ou familiale²». Le personnel de l'Hôpital de jour comprend un médecin psychiatre responsable, une directrice psychologue, une psychologue psychothérapeute, un médecin assistant, cinq éducateurs, six enseignants spécialisés et un logopédiste, ainsi qu'une personne chargée de l'administration.

Le Bercaïl, quant à lui, dispose de vingt places en internat, où la prise en charge dure entre un et quatre ans, et de six à huit places en externat réservées aux anciens internes. Le rapport rappelle la visée thérapeutique de l'institution, précisant qu'il ne s'agit donc pas d'une structure «de type hôpital psychiatrique³». Le Bercaïl emploie alors un médecin psychiatre, un médecin assistant, quatre psychologues-psychothérapeutes, une directrice assistante sociale, huit éducateurs spécialisés, cinq enseignants spécialisés, une enseignante-éducatrice, trois enseignants remplaçants, deux psychomotriciennes, deux assistantes sociales, une logopédiste, une secrétaire et quatre veilleuses, tandis qu'une aide de maison et deux femmes de ménage complètent l'équipe.

La Division de pédopsychiatrie participe également à la formation des médecins qui se spécialisent

• • • • •

2 Document non signé (probablement rédigé par F. Ansermet) intitulé «Projet de la division de pédopsychiatrie de l'Hôpital de l'Enfance», 16 novembre 1987, p. 28, Archives de l'Hôpital de l'Enfance (Boîte divers rapports. DPP. Bercaïl. Centre de jour).

3 Idem, p. 33.

en psychiatrie et en psychothérapie d'enfants et d'adolescents avec le concours du SUPEA. Elle dispense des formations pour ses propres collaborateurs: psychothérapeutes, psychologues, logopédistes, assistants sociaux. Des séminaires et des conférences sont régulièrement organisés à cet effet. Par ailleurs, les membres de la Division mènent également différentes activités de recherche.

Le projet de nouvelle division a été soumis à Eric J. Miller du Tavistock Center⁴ de Londres, à qui Ansermet a rendu visite afin de lui soumettre son projet⁵. Il doit permettre une meilleure articulation des interventions psychiatriques, notamment dans le cadre de la nouvelle Unité de pédopsychiatrie. Ainsi, une attention particulière est accordée aux relations entretenues entre les structures «médicales» ou somatiques, et psychiatriques.

Pédopsychiatrie et pédiatrie : les premiers pas d'un rapprochement

L'Unité de pédopsychiatrie nouvellement fondée a comme principe d'intégrer la pratique des psychiatres à la vie hospitalière. Le schéma qui prévalait depuis les débuts du Bercaïl faisait de la pratique psychiatrique un domaine d'activité exigeant une structure hospitalière propre et indépendante des autres activités cliniques. On se souvient qu'en 1938, l'un des motifs qui justifiaient la création de la nouvelle institution était la nécessité de soigner les enfants «nerveux» hors du cadre hospitalier

⁴ Le Tavistock Center est une clinique de thérapie psychanalytique fondée à Londres en 1920 par Hugh Crichton-Miller.

⁵ Entretien avec François Ansermet, 6 décembre 2012.

jugé inadapté. La nouvelle institution vient donc troubler cet «ordre des choses» en reconfigurant la collaboration entre psychiatres et pédiatres:

C'est pourtant bien parfois ce médecin de la psyché que le pédiatre désire à son tour voir intervenir, que ce soit pour une maladie psychique avérée mais également pour toutes les répercussions psychiques secondaires ou associées à la maladie somatique⁶.

Cette structure supplémentaire traduit la volonté de mieux concilier les approches somatique et psychique, étant donné que «les patients du pédopsychiatre, en tout cas en milieu urbain, sont [...] pour la plupart aussi patients du pédiatre»⁷. Elle traite aussi bien des nourrissons que des enfants ou des adolescents chez qui les maux somatiques s'accompagnent d'affections psychiques. En outre, l'Unité de pédopsychiatrie «reçoit [...] des patients adressés directement pour un traitement psychique, pour autant que les limites d'une hospitalisation en milieu somatique soient supportables⁸». La nouvelle structure entend faire la liaison entre le pédopsychiatre et le pédiatre afin de permettre une meilleure prise en charge des patients souffrant de «pathologies psychique et somatique intriquées⁹». En revanche, elle ne procède pas à des dépistages. En 1986, soixante-quatre patients ont été traités dans ce cadre. La durée moyenne du séjour

⁶ François ANSERMET, «Unité de pédopsychiatrie», *Rapport de l'Hôpital de l'Enfance*, 1985, p. 8 Archives de l'Hôpital de l'Enfance.

⁷ Document non signé (probablement rédigé par F. Ansermet) intitulé «Projet de la division de pédopsychiatrie de l'Hôpital de l'Enfance», 16 novembre 1987, p. 6, Archives de l'Hôpital de l'Enfance (Boîte divers rapports. DPP. Bercaïl. Centre de jour).

⁸ F. ANSERMET, «Unité de pédopsychiatrie», *Rapport de l'Hôpital de l'Enfance*, 1985, pp. 8-9 Archives de l'Hôpital de l'Enfance.

⁹ F. ANSERMET, «Unité de pédopsychiatrie», *Rapport de l'Hôpital de l'Enfance*, 1986, p. 14, Archives de l'Hôpital de l'Enfance.

est de dix jours. Un suivi ambulatoire a été assuré à la suite de l'hospitalisation dans deux tiers des cas, soit par l'Unité elle-même ou le SUPEA soit par des praticiens privés. L'équipe de l'Unité est composée de psychiatres et de psychothérapeutes, mais également de soignants, essentiellement des infirmiers. Ce personnel dépend non seulement du médecin-chef de l'Unité, mais également de l'infirmière-chef de l'hôpital, « pour l'organisation institutionnelle du travail et le lien avec le corps infirmier somatique¹⁰ ». Au total, l'équipe est composée d'un médecin-chef de service, d'un médecin-chef de clinique, d'un médecin assistant, d'un psychothérapeute et d'un psychanalyste consultant. Du côté du personnel soignant, on compte un responsable soignant, trois infirmiers, un assistant social, un psychologue stagiaire et un éducateur de la petite enfance. À ces collaborateurs s'ajoute encore une personne chargée de l'administration.

Dès la fin des années quatre-vingt, Ansermet travaille, avec la collaboration du Tavistock Center de Londres, à la création d'une structure, située au sein même de l'Unité de pédopsychiatrie et s'adressant aux cas particulièrement graves :

Dès le 1^{er} janvier 1989, devrait pouvoir s'ouvrir un Centre thérapeutique au sein de l'Unité de pédopsychiatrie, milieu de soins spécifiques constitué principalement par des infirmiers en psychiatrie, toujours intégré à l'hôpital somatique, destiné à recevoir de jour des patients jusqu'à 14 ans adressés pour des situations psychiatriques aiguës, de crise¹¹.

.....

10 Document non signé (probablement rédigé par F. Ansermet) intitulé « Projet de la division de pédopsychiatrie de l'Hôpital de l'Enfance », 16 novembre 1987, p. 24, Archives de l'Hôpital de l'Enfance (Boîte divers rapports. DPP. Bercaïl. Centre de jour).

11 François Ansermet, « Unité de pédopsychiatrie », *Rapport de l'Hôpital de l'Enfance*, 1987, p. 18, Archives de l'Hôpital de l'Enfance.

La mise en place d'un tel service révèle un certain nombre de mutations qui s'opèrent alors dans le champ psychiatrique et pédiatrique et annonce de nouveaux agencements thérapeutiques. Dans les formes tout d'abord, puisque depuis près d'un demi-siècle, la pédopsychiatrie lutte pour son indépendance. Dès ses premiers pas, sa sphère d'influence est un véritable enjeu, notamment vis-à-vis de la pratique pédiatrique. Aussi, comme on l'a souligné plus haut, la pédopsychiatrie s'exerce dans des structures « indépendantes », du moins topographiquement, des structures hospitalières généralistes. Peu de blouses blanches et de médicaments: les attributs de la pédopsychiatrie ne sont pas toujours ceux des autres secteurs hospitaliers, ce qui contribue assurément à spécifier cette spécialité. Or, la nouvelle unité rompt avec cette franche distinction. Le pédiatre est dès lors appelé à jouer un rôle important, notamment en terme de dépistage :

La mise en place d'un équipement pédopsychiatrique en pédiatrie offre la possibilité de développer une intervention précoce dès les premiers signes à risque d'évolution vers une organisation pathologique de la personnalité, ceci dans une perspective de prévention secondaire. Le pédiatre est en effet celui qui est à la meilleure place pour une détection précoce des troubles psychiques¹².

Après les institutions pénales, puis scolaires, ce sont désormais les services médicaux qui sont jugés particulièrement aptes à détecter les troubles des enfants :

.....

12 François Ansermet, « Unité de pédopsychiatrie », *Rapport de l'Hôpital de l'Enfance*, 1988, p. 14, Archives de l'Hôpital de l'Enfance.

Cela d'autant plus que dans la petite enfance la pathologie psychique se manifeste le plus souvent dans la sphère somatique. Mais ceci suppose d'abandonner une certaine représentation du psychiatre comme destiné à intervenir exclusivement pour une pathologie lourde, installée depuis longtemps et ayant résisté à toute intervention¹³.

L'activité de l'Unité de pédopsychiatrie, clairement orientée vers la liaison avec les services somatiques de l'Hôpital de l'Enfance, atteste qu'il ne s'agit pas d'une policlinique de pédopsychiatrie au sens strict¹⁴. Elle porte une attention particulière aux manifestations somatiques de troubles psychiques, redéfinissant de fait les modalités de pratique des pédiatres et des psychiatres autour des affections psychiatriques et somatiques. Évidemment, cela ne va pas sans provoquer quelques mises au point :

La pédopsychiatrie peut se rapprocher institutionnellement de la pédiatrie sans en devenir une sous-spécialité¹⁵.

Et puisque les deux disciplines reposent sur des fondements théoriques et cliniques différents, la nouvelle entité doit concilier les deux approches sans pour autant « résoudre faussement [ces différences] ou les cacher par un dispositif institutionnel¹⁶ ». Cette perspective modifie aussi profondément les conceptions qui prévalent à l'hospitalisation, et en particulier la distinction faite entre les structures pédiatriques et psychiatriques :

13 Idem.

14 Document non signé (probablement rédigé par F. Ansermet) intitulé « Projet de la division de pédopsychiatrie de l'Hôpital de l'Enfance », 16 novembre 1987, p. 21, Archives de l'Hôpital de l'Enfance (Boîte divers rapports. DPP. Bercaïl. Centre de jour).

15 Idem, p. 7.

16 Idem.

Créer une Unité de jour intégrée à un hôpital pédiatrique évite de créer des lits psychiatriques indépendants de la pédiatrie, qui, inévitablement, aboutiraient à instaurer un clivage des soins psychiatriques et somatiques¹⁷.

Certaines affections doivent pouvoir être traitées dans un cadre qui permet d'avoir recours aux deux types de soins. Ainsi, les enfants séjournant à l'Hôpital de l'Enfance et souffrant d'affections psychiatriques pourront intégrer le Centre de soins rattaché à l'Unité de pédopsychiatrie, pendant la journée, tout en demeurant hospitalisés dans un service de médecine. Le nouveau centre accueille donc des enfants et adolescents souffrant de troubles psychiques aigus tels que les psychoses, les dépressions graves, ou ayant fait des tentatives de suicide, ou encore souffrant de « troubles psychiques et somatiques intriqués », comme l'anorexie ou la boulimie. Il assure également un suivi auprès d'enfants souffrant de maladies chroniques. Enfin, il joue un rôle préventif non-négligeable en détectant d'éventuels troubles ou situations difficiles chez les enfants et leur famille.

En 1990 est inaugurée l'Unité pédopsychiatrique et le Centre de soins qui lui est associé. C'est l'occasion pour les artisans du projet de souligner à quel point le rapprochement amorcé entre psychiatres et pédiatres est innovant. Le communiqué envoyé à la presse précise que « c'est la première fois qu'un hôpital somatique a une unité de psychiatrie intégrée¹⁸ ». Le discours du Conseiller d'État Philippe Pidoux pour sa part, souligne l'audace du projet :

17 F. Ansermet, « Unité de pédopsychiatrie », *Rapport de l'Hôpital de l'Enfance*, 1988, p. 14, Archives de l'Hôpital de l'Enfance.

18 Communiqué de presse de l'Hôpital de l'Enfance, document non daté (vraisemblablement fin septembre ou début octobre

Enfin des territoires s'ouvrent; enfin pédiatres et psychiatres se parlent vraiment, coopèrent, confrontent leurs approches et, si besoin, s'engueulent¹⁹.

Ce rapprochement avec la médecine générale contraste avec une tendance opposée, visant à s'extirper, ou du moins se distancier, de l'univers médical, comme ce fut souvent le cas depuis les débuts de la discipline. Or, ces deux processus ne se succèdent pas forcément dans le temps, mais coexistent de fait. Alors que la pédopsychiatrie (ré) intègre la pédiatrie et investit donc un cadre franchement hospitalier, on choisit à l'Hôpital de jour de se renommer Centre psychothérapeutique de jour (ou Centre de jour) parce que «le mot hôpital heurte beaucoup de parents²⁰». En outre, l'équipe estime que ce terme ne correspond pas au type de prise en charge proposé:

Pour les enfants, [le mot hôpital] représente tout autre chose que ce qu'ils découvrent en arrivant dans nos locaux²¹.

Il ne s'agit pas d'une modification superficielle: elle dénote en réalité de l'ambivalence existant entre la fonction thérapeutique et les caractéristiques fonctionnelles de l'institution. Martial Vibert et Sylvie Galland se défendent de vouloir «cacher qu'il s'agit d'un centre de traitement pédopsychiatrique²²». Mais la prise en charge proposée: traitements longs, petits groupes et activités

1990), Archives de l'Hôpital de l'Enfance.

19 Discours du Conseiller d'État Philippe Pidoux lors de l'inauguration de l'Unité de pédopsychiatrie et du Centre de soins de l'Hôpital de l'Enfance, 27 septembre 1990.

20 Sylvie Galland, Martial Vibert, Hôpital de jour, *Rapport de l'Hôpital de l'Enfance*, 1988, p. 16.

21 Idem.

22 Idem.

pédagogiques, ne correspond pas à l'image que se font les patients des hôpitaux. Par ailleurs, certaines caractéristiques du «milieu hospitalier» ne sont pas présentes au Centre de jour, ce qui justifie, aux yeux de sa direction, qu'il ne porte pas l'appellation «hôpital»:

Le Centre est toujours au complet, il ne peut accepter des admissions d'urgence ou effectuer des observations brèves, partie intégrante de la mission d'un hôpital²³.

La même année, le Bercaïl ajoute également les termes «Centre psychothérapeutique» à sa propre dénomination, qui était restée inchangée depuis sa création.

Or, à suivre ces complexes cheminements lexicaux, on constate que la pédopsychiatrie est loin d'être un champ de pratique et de représentation homogène. La multiplication des structures donne lieu à des différenciations de plus en plus nettes entre les différentes équipes.

Développer la psychiatrie de liaison et revaloriser la dimension médicale ou hospitalière

Au début des années quatre-vingt-dix, une commission à laquelle participent notamment Charles Kleiber²⁴, Jean Martin²⁵ et Alain Pécoud²⁶ est

23 Idem.

24 Charles Kleiber, architecte de formation, est nommé chef du Service de la santé publique et de la planification sanitaire du Canton de Vaud en 1981. En 1997, il devient Secrétaire d'État à l'éducation et à la recherche de la Confédération suisse.

25 Jean Martin est médecin cantonal entre 1986 et 2003.

26 Alain Pécoud dirige la policlinique médicale universitaire de 1990 à 2011 et le Département universitaire de médecine sociale et communautaire de 1995 à 2011.

chargée d'évaluer l'organisation des institutions pédopsychiatriques du canton. Le rapport de la commission juge insuffisante la collaboration entre les deux principaux noyaux de la pédopsychiatrie vaudoise que sont le SUPEA et la Division de pédopsychiatrie.

Aux yeux de la commission, il existe à Lausanne deux grands services de pédopsychiatrie, le SUPEA et le service de l'Hôpital de l'Enfance. Bien que géographiquement très proches [...], les interactions entre ces deux services semblent assez restreintes et devraient être améliorées²⁷.

Il importe également que des efforts soient faits afin de développer la pédopsychiatrie de liaison. La commission estime effectivement qu'«il s'agit d'une des activités les plus importantes en termes de médecine préventive, puisqu'elle offre les possibilités d'intervention précoce²⁸». La pédopsychiatrie de liaison, utile sur le plan préventif, permet par ailleurs de décloisonner les différentes approches médicales, ce qui semble indispensable à la formation des futurs médecins. En outre, elle doit permettre d'enseigner et [de] développer l'approche globale des enfants souffrant d'affections chroniques, neuro-pédiatriques en particulier²⁹». Dans le même sens, les commissionnaires souhaitent une collaboration plus étroite au niveau de la formation entre pédiatres et pédopsychiatres, ainsi qu'entre pédopsychiatres et psychiatres de l'âge adulte.

27 Troisième projet de rapport de la commission d'évaluation chargée d'étudier la structure de l'enseignement et de la recherche en pédopsychiatrie, Lausanne, 24 mars 1992, p. 7, Archives de l'Hôpital de l'Enfance. (Boîte divers rapports, DPP, Bercaïl, Centre de jour).

28 Idem.

29 Idem.

La nomination en 1994 d'Ansermet au poste de professeur associé à la Faculté de médecine permettra de répondre à ces exigences. Le professeur partage dès lors son temps entre la Division pédopsychiatrique de l'Hôpital de l'Enfance et le SUPEA. Dans le cadre de ce service, il a notamment pour tâche de développer la pédopsychiatrie de liaison dans les différents services du CHUV (maternité, pédiatrie, chirurgie infantile, ...). L'année suivante, les attributions respectives du SUPEA et de la Division de pédopsychiatrie sont définies.

De fait, la consultation de La Chablière du SUPEA fusionne avec l'Unité de pédopsychiatrie de liaison de l'Hôpital de l'Enfance. La nouvelle entité, qui garde le nom de Division de pédopsychiatrie et demeure sur le site de l'Hôpital de l'Enfance à Montétan, comprend donc une consultation ambulatoire (ex-consultation Chablière du SUPEA), une unité pédopsychiatrique intégrée à la pédiatrie (Unité de liaison et Centre de soins), ainsi que le Centre psychothérapeutique et le Centre psychothérapeutique de jour³⁰.

Ce tout nouveau dispositif doit permettre une meilleure intégration de l'activité psychiatrique au sein des unités de médecine du CHUV et de l'Hôpital de l'Enfance, ainsi que favoriser la collaboration entre le SUPEA et la Division pédopsychiatrique de l'Hôpital de jour. Dans un document intitulé «Projet d'un service de pédopsychiatrie établi en liaison avec la pédiatrie» daté de juin 1993, Ansermet détaille les articulations nécessaires au développement de la pédopsychiatrie dans les structures pédiatriques. Distinguant les différents

30 Ces deux dernières institutions étaient regroupées auparavant sous la dénomination de Centre psychothérapeutique.

types de troubles psychiques touchant les patients des différents services pédiatriques (les conséquences psychiques des maladies somatiques; les troubles psychiques associés ou impliquant des problèmes somatiques; les troubles psychiques liés à des dysfonctionnements cérébraux; les problèmes psychiques du nourrisson et du jeune enfant; et enfin les affections liées à la maltraitance³¹), il souligne le fait que la pédopsychiatrie de liaison doit faire l'objet de recherches scientifiques au même titre que n'importe quel autre domaine médical. La prise en charge des enfants victimes de maltraitance doit faire l'objet d'une attention particulière, du fait qu'« une part importante des problèmes de prévention et de traitement liés à la maltraitance prend inévitablement place en pédiatrie³² ». En outre, Ansermet estime qu'un travail préventif peut être mené dans le cadre de la maternité. Ce nouveau type de prise en charge est conçu pour permettre des interventions en cas de crises.

Après la pédiatrie, la neuropédiatrie

Au début des années quatre-vingt-dix, Thierry Deonna et François Ansermet envisagent de mettre sur pied une consultation commune de neuropédiatrie-pédopsychiatrie. Jusque-là, « il n'existe aucun lien de collaboration formelle ou pratique [...] au sujet des patients, aucune collaboration au niveau de l'enseignement ou de la recherche et aucune

rotation s'assistants pédopsychiatres ou pédiatres entre les services³³ ».

Pourtant, l'Unité de neuropédiatrie et la psychiatrie de liaison ont régulièrement dû mener des « investigations conjointes de patients autistes, psychotiques et prépsychotiques hospitalisés dans le cadre du Bercaïl et du Centre de jour³⁴ ». La nouvelle consultation spécialisée, Consultation commune neuropédiatrie-pédopsychiatrie (CCN-P), s'adresse notamment aux enfants présentant des troubles envahissants du développement, comme les troubles psychotiques et autistiques précoces, ou des troubles psychiques associés à des pathologies neuropsychologiques et à des dysfonctionnements cérébraux. Il s'agit de favoriser l'articulation des approches biologique, neuropsychologique et pédopsychiatrique :

À travers un lien spécifique avec l'Unité de développement et la neuro-pédiatrie, une consultation commune a été créée pour le diagnostic et l'orientation thérapeutique des troubles envahissants du développement à l'âge précoce, en particulier autisme et psychose précoce³⁵.

En 1996, Laurent Junier est engagé comme médecin adjoint pour la nouvelle consultation qui est appelée à devenir l'« une des portes d'entrée essentielles des institutions psychothérapeutiques³⁶ ». La création d'unités dédiées à la pédopsychiatrie de liaison ainsi que le rapprochement entre psychiatrie infantile et neuropédiatrie s'inscrivent dans

31 François Ansermet, «Projet d'un Service de pédopsychiatrie établi en liaison avec la pédiatrie» 10 juin 1993, pp. 4-5, Archives de l'Hôpital de l'Enfance.

32 Idem, p. 7.

33 Projet de collaboration entre l'Unité de neuropédiatrie du CHUV et la pédopsychiatrie de liaison avec la pédiatrie, 10 juin 1993, Archives de l'Hôpital de l'Enfance.

34 Idem.

35 «Division de pédopsychiatrie», *Rapport de l'Hôpital de l'Enfance*, 1996, p. 15.

36 Idem.

l'histoire du développement des institutions. L'évolution de la prise en charge est quant à elle indissociable de celle des maladies psychiatriques, du moins de leur catégorisation. L'arrivée de troubles jusque-là peu fréquents ou « inconnus », tels que les troubles du comportement alimentaire (anorexie et boulimie), les troubles du déficit de l'attention et l'hyperactivité donne lieu à un redéploiement de l'action thérapeutique et la formation de nouvelles alliances médico-psychiatriques.

Pour le psychiatre et historien Jacques Hochmann³⁷, il est clair que la psychiatrie de liaison est perçue comme un renouvellement de la pratique psychiatrique, largement mise à mal par les mouvements sociaux de la fin des années soixante :

Une des voies de cette remédicalisation fut la « psychiatrie de liaison », une présence du psychiatre dans les services de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique qui, par son efficacité, conduisait parfois les pouvoirs publics à envisager le dépérissement de la psychiatrie et son absorption par la médecine générale³⁸.

Ainsi, les années quatre-vingt voient la pédopsychiatrie opérer une réorientation en direction de la pédiatrie, et plus largement du milieu hospitalier. Ce mouvement s'insère dans une dynamique plus générale caractérisée par une distinction (sinon une concurrence) de plus en plus nette entre les sphères psycho-sociales et psychiatriques. À ces enjeux s'ajoutent ceux liés aux politiques sanitaires, sociales et éducatives du canton destinées aux

enfants « difficiles ». Or, dès le milieu des années quatre-vingt, les autorités cantonales elles-mêmes préconisent un réaménagement substantiel des ressources pédopsychiatriques.

En 1984, dans un rapport sur la psychiatrie dans le canton de Vaud intitulé *Psychiatrie publique vaudoise: situation actuelle et évolutions possibles*³⁹, Charles Kleiber, alors chef du Service de la santé, émet des suggestions dans ce sens. Effectivement, le secteur pédopsychiatrique du Centre a vu sa population consultante réduite de 30% entre 1976 et 1984, ce qui s'explique selon lui par l'augmentation de l'offre « non directement médicale (développement des services de psychologie scolaire et d'enseignement spécialisé) ⁴⁰ ». Pour Kleiber, il ne fait aucun doute que la situation donne lieu à une concurrence accrue entre services éducatifs et médicaux, et que le modèle de guidance infantile, tel qu'il est développé dans le canton est obsolète :

Il est en effet incapable d'intégrer les nouvelles données de la situation, en particulier le développement d'une offre non médicale concurrente, et l'augmentation progressive des psychiatres d'enfants et des pédiatres installés dans la communauté⁴¹.

Kleiber est convaincu que la pédopsychiatrie doit être réorganisée pour offrir une prise en charge « plus médicalisée » et se concentrer sur les pathologies les plus graves, « celles que les services de psychologie scolaires ou les pédopsychiatres indépendants n'auront pas voulu prendre ⁴² ». Ainsi, les services pédiatriques de l'État (ou affiliés) doivent concentrer leurs activités sur les tâches que ne

³⁷ Jacques Hochmann (1934) est un psychiatre et psychanalyste français. Spécialisé dans le domaine de l'enfance, il est un défenseur de la psychanalyse institutionnelle pour le traitement de l'autisme. Il est en outre l'auteur de plusieurs recherches historiques sur la psychiatrie et la psychanalyse.

³⁸ HOCHMANN, *Histoire de la psychiatrie*, 2011, p. 112.

³⁹ KLEIBER 1984.

⁴⁰ Idem, p. 79.

⁴¹ Idem.

⁴² Idem, p. 80.

peuvent assurer les médecins installés en privé. Dans ce contexte, la mise en place d'unités pédopsychiatriques au sein de structures pédiatriques, comme au CHUV et à l'Hôpital de l'Enfance, « constituerait une orientation cohérente et nécessaire par rapport aux perspectives indiquées⁴³ ».

.....

43 Idem.

Quoi qu'il en soit, cette baisse de près d'un tiers du nombre de consultations est significative, et témoigne de l'évolution du réseau d'aide à l'enfance ainsi que de l'important développement des institutions socio-pédagogiques. La réorganisation du champ pédopsychiatrique dépend donc également de la structure du réseau d'aide à l'enfance. Si depuis les années cinquante, l'alliance entre les différents professionnels de l'enfance et notamment



Hôpital de jour, vers 1970. © Archives de l'Hôpital de l'Enfance, Lausanne

les pédopsychiatres, semble nécessaire à la constitution du secteur professionnel et à son assise scientifique, une trentaine d'années plus tard, la multiplication des services pousse chacun à faire valoir sa spécificité. Dans ce contexte, la pédopsychiatrie se retourne vers sa discipline parente: la médecine.

PSYCHANALYSE ET NEUROSCIENCES : COMMENT LA THÉORIE INFLUE SUR LA PRATIQUE

À partir des années quatre-vingt, l'intrication de plusieurs approches modifie le visage de la pédopsychiatrie. L'histoire récente de la psychiatrie s'interroge sur les conséquences cliniques et théoriques de l'enthousiasme suscité par les neurosciences. Au-delà des querelles de chapelles, il faut cerner les mutations qui interviennent et apprécier les éléments persistants. Les dichotomies qui caractérisent le champ de la pédopsychiatrie dès la fin du 20^e siècle redéfinissent le travail des médecins et des soignants, mais influencent également la pratique des autres intervenants, tels les éducateurs ou les assistants sociaux.

Deux évolutions conjointes caractérisent le développement que connaît la pratique psychiatrique sur le site de Montétan à la toute fin du 20^e siècle. Premièrement, la pédopsychiatrie laisse de plus en plus de place aux méthodes de dépistage et aux facteurs explicatifs «biologiques». Dans la leçon inaugurale qu'il prononce en 1985, Bettschart mentionne ce tournant médical :

Je constate avec beaucoup de satisfaction que ces dernières années, en psychiatrie, le corps a été revalorisé

dans la compréhension des troubles et des traitements psychiques. L'application des découvertes en psychopharmacologie, neurophysiologie, neuropsychiatrie, psychiatrie biologique et les traitements corporels en font preuve⁴⁴.

Parallèlement, la discipline se rapproche «géographiquement» ou institutionnellement de la pédiatrie et de la neuropédiatrie, à l'image des structures créées à l'Hôpital de l'Enfance. Ces deux évolutions sont intéressantes dans la mesure où elles révèlent la manière dont s'articulent les formes de prise en charge et l'orientation scientifique ou clinique des pédopsychiatres. Paradoxalement, ce rapprochement se construit largement sur une opposition visible tant sur le plan théorique que pratique. C'est parce que ces approches sont différentes que leur association se justifie. Marquer une distance permet d'appuyer sur la nature complémentaire des différents paradigmes. La mise en place de ce nouveau type de structure se traduit ainsi par une production de textes théoriques supposés définir les modalités d'une telle alliance. L'on conçoit que la mise en place d'unités de psychiatrie au sein des services pédiatriques soulève des questions relatives à la forme de la prise en charge, laquelle est, au final, indissociable du fond scientifique ou clinique.

Faire de la psychanalyse en pédiatrie : une approche clinique

Le rapprochement de la pédopsychiatrie et de la pédiatrie puis la neuro-pédiatrie pose un certain

.....
⁴⁴ BETTSCHART 1985, p. 183.

nombre de questions relevant de l'orientation théorique des thérapeutes. La pédopsychiatrie se situe alors clairement dans le courant psychanalytique, et son alliance avec des disciplines ancrées dans des paradigmes biologiques ne va pas de soi. Ansermet précise bien qu'il s'agit de deux disciplines distinctes, même si, désormais, elles peuvent se pratiquer en un même lieu :

La pédopsychiatrie peut se rapprocher institutionnellement de la pédiatrie, sans en devenir cependant une sous-spécialité. En effet, les logiques propres à chacune de ces spécialités sont fort différentes et trouvent leur pertinence que préservées comme telles. Elles diffèrent en effet, non seulement par la spécificité de leurs objets, mais aussi dans leurs fondements théoriques et cliniques⁴⁵.

Aussi, chaque spécialité doit préserver sa spécificité. Sans surprise, la nouvelle Division de pédopsychiatrie se situe clairement dans le courant psychanalytique. Cette orientation détermine d'une certaine manière la nature de la prise en charge. Pour Ansermet, les besoins du patient au regard de sa position et de son parcours ne doivent pas être sacrifiés en faveur des impératifs inhérents à la pratique institutionnelle :

Les structures mises en place devraient privilégier au premier plan une logique centrée sur le patient, c'est-à-dire déterminée par son histoire particulière ainsi que celle de sa famille, plutôt que par un fonctionnement institutionnel codé à partir de règles préétablies⁴⁶.

Cette perspective implique d'assouplir le cadre rigide qui caractérise souvent les institutions

• • • • •

45 Document non signé intitulé « Projet de la division de pédopsychiatrie de l'Hôpital de l'Enfance », 16 novembre 1987, p. 7, Archives de l'Hôpital de l'Enfance (Boîte divers rapports, DPP, Bercaïl, Centre de jour).

46 Idem, p. 8.

hospitalières. On préfère une logique « centrée sur le patient » à une logique « centrée sur l'institution ». Cette perspective est au cœur de la relation que souhaitent instaurer les psychiatres avec les pédiatres. La collaboration entre les deux professions repose sur des sphères d'influence différentes. Au pédiatre revient le corps, le concret, c'est-à-dire la dimension « objective », et au psychiatre, qui est psychanalyste, revient la psyché, le subjectif. Ce que le psychanalyste observe est ce qui échappe à la réalité biologique du pédiatre. Comme Ansermet l'explique lors de l'inauguration de l'Unité de pédopsychiatrie, « quelque chose est à entendre au-delà de ce que le corps manifeste⁴⁷ ». Ainsi, psychiatres et pédiatres n'évoluent pas sur le même terrain, leurs approches ne saisissent pas la même réalité. Le psychiatre doit comprendre et interpréter le « discours de l'enfant malade et de sa famille, [...] la manière dont il vit sa maladie, [et] dont il investit toute son histoire médicale⁴⁸ ». Pour Ansermet, ce qui sépare l'approche du pédiatre de celle du psychiatre n'est pas une « opposition », mais bien une « contradiction entre d'une part la réalité physique de la maladie, et, d'autre part, la place qu'elle occupe dans la réalité psychique du sujet⁴⁹ ».

La collaboration entre psychiatres d'orientation psychanalytique et pédiatres sous-entend la cohabitation de cadres interprétatifs différents. La psychanalyse repose sur des concepts précis : l'inconscient, le transfert, les pulsions, fort éloignés du vocabulaire habituel des pédiatres. L'approche subjective prônée par le psychiatre se veut être une

• • • • •

47 ANSERMET 1987, p. 398.

48 Idem.

49 Idem.

approche clinique, dans le sens où elle repose sur la singularité des cas et non sur des schémas généralisables à un ensemble de patients présentant des symptômes similaires. La psychanalyse se veut donc être le dernier bastion d'une pratique clinique jugée déclinante :

On peut en effet constater en psychiatrie – de même que dans des domaines de la médecine somatique – un certain recul de la clinique comme méthode de pensée⁵⁰.

Cette évolution a pour conséquence de favoriser le recours à un « savoir préétabli⁵¹ ». Aussi, la présence de la psychanalyse dans des structures pédiatriques doit passer par l'introduction d'une nouvelle forme d'approche clinique dans la pratique pédiatrique :

Il n'y a de réponse possible à cet appel de la médecine qu'à partir d'une clinique du sujet, qui est justement au centre de la psychanalyse⁵².

Au début des années quatre-vingt-dix, la psychanalyse est centrale dans le dispositif psychiatrique de prise en charge des enfants. Elle se positionne comme la science du sujet, que les perspectives biologiques ou neurologiques ont laissé de côté. Cette position contraste avec l'histoire de la discipline qui, longtemps, a insisté sur son caractère objectif. De fait, les enjeux se sont déplacés. La psychanalyse se targue d'être une science de la parole :

Là où la médecine procède du regard, la psychanalyse se constitue au contraire comme une clinique de la parole⁵³.

Elle se distancie donc résolument de l'« observation » qui sous-tend souvent la démarche objectivante autour de laquelle se sont constituées les sciences naturelles. « En psychanalyse, il s'agit en effet de différencier ce qui est de l'ordre de la représentation par rapport à ce qui est du domaine de l'observable⁵⁴ ». La question de la valeur « scientifique » des méthodes de perception des affections psychiatriques fait partie intégrante des questions soulevées par l'approche clinique :

Le regard clinique a cette paradoxale propriété d'entendre un langage au moment où il perçoit un spectacle⁵⁵.

Ainsi, la psychanalyse propose de dépasser la simple observation clinique :

En contrepoint de la prééminence de la clinique du regard dans la médecine, la psychanalyse a cherché à s'établir comme une clinique de la parole. De la médecine à la psychanalyse on passe de l'œil à l'oreille. On a changé de système sensoriel. Alors que la médecine se fonde sur l'observation, la psychanalyse mise sur la parole⁵⁶.

Cette perspective contraste franchement avec l'approche médicale, puisque la relation entre thérapeute et patient implique le clinicien « d'une manière fort différente de la supposée distance nécessaire à la démarche médicale de l'observation⁵⁷ ». La psychanalyse s'affirme donc comme complémentaire au travail effectué dans les services de pédiatrie.

50 ANSERMET 2011, p. 173.

51 Idem.

52 Idem.

53 ANSERMET 1994b, p. 176.

54 Idem.

55 Michel FOUCAULT, *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*, Paris, Presses Universitaires de France, 1972, cité par ANSERMET 1994a, p. 27.

56 ANSERMET 1994a, p. 28.

57 Idem.

La psyché face au préfixe « neuro »

Dès la fin du 20^e siècle, l'enthousiasme suscité par les neurosciences et, surtout, leurs applications, suscite quelques bouleversements dans le champ de la psychiatrie. Décrypter les activités mentales en observant attentivement les mécanismes physiologiques du cerveau constitue l'un des objectifs des médecins depuis bon nombre d'années. Dans la seconde moitié du 19^e siècle, les débuts de la localisation cérébrale modifient les conceptions du cerveau. Jean-Martin Charcot⁵⁸ et Paul Broca⁵⁹ mettent tour à tour en évidence la spécialisation de zones cérébrales précises dans certaines fonctions, ainsi que le lien entre une lésion cérébrale localisée et les symptômes observés. Alors qu'au même moment les théories freudiennes prennent de l'importance dans le champ psychiatrique, des tentatives de rapprochement entre les deux approches voient le jour. Charcot propose ainsi une approche psychologique des pathologies cérébrales⁶⁰. Les innovations techniques⁶¹ autant que les attermoiments politiques façonnent cette opposition tout au long du 20^e siècle. Pour Hochmann, par exemple, il ne fait aucun doute que le succès que rencontrent les neurosciences depuis les années quatre-vingt aux États-Unis, découle d'une

.....

58 Jean-Martin Charcot (1825–1893) médecin français, est nommé professeur de neurologie en 1882 et est notamment connu pour ses travaux sur l'hystérie et l'hypnose.

59 Paul Broca (1824–1880), médecin et anthropologue français, est connu pour ses travaux sur les zones cérébrales liées à la parole (l'aire de Broca).

60 GASSER 1993, p. 26.

61 L'invention de l'électroencéphalogramme en est un exemple, puisqu'il a participé à un regain d'intérêt en faveur du système nerveux. Voir notamment PIDOUX 2010.

volonté des psychiatres de se ranger au côté des sciences « dures » pour esquiver les critiques des mouvements antipsychiatriques⁶².

Les rapports qu'entretiennent les tenants d'une approche neuronale et ceux portés sur la psyché font l'objet d'un nombre incalculable de publications. L'historien Jean-Christophe Coffin souligne pour sa part qu'il faut traiter cette opposition avec prudence, dans la mesure où elle est largement assujettie à un débat médiatique parfois caricatural :

Chacun a pu trouver, à l'occasion, dans cette opposition, une légitimité et surtout une raison à la construction d'une identité ou à la survivance de celle-ci. [...] La mise en avant des oppositions entre des psychiatries ancienne formule et des neuroscientifiques nouvelle manière est une bonne façon de détourner l'attention sur ce qui patine à l'intérieur de chaque « camp »⁶³.

Revenons sur la manière dont s'agencent et collaborent ces deux approches dans le cadre hospitalier vaudois. Nous avons vu comment, dès les années quatre-vingt, la pédopsychiatrie entame un mouvement en direction de la pédiatrie au plan institutionnel. Cette évolution coïncide avec la production de savoirs théoriques sur les articulations entre « neuro » et « psycho » qui méritent d'être abordées. En 1992, un colloque intitulé « Psyché et cerveau » est organisé à Lausanne. Comme son titre l'indique, l'événement repose sur l'antagonisme entre perspectives biologique et psychanalytique. Pour autant, les organisateurs ne souhaitent pas que l'événement tourne au « duel entre protagonistes de l'appareil psychique niant toute base matérielle aux phénomènes mentaux et organicistes tout prêts

.....

62 HOCHMANN 2011, p. 119.

63 COFFIN 2011, p. 157.

à réduire le psychisme à ses soubassements neuronaux⁶⁴ ». Ce qui semble en jeu, ce sont notamment les possibilités de collaboration entre les deux perspectives concurrentes.

La discussion qui fait suite à l'intervention du psychiatre et historien Jacques Gasser lors du colloque de 1992 débute par une interrogation d'Ansermet traduisant la dynamique qui structure la relation entre les deux paradigmes :

La psyché perd-elle du terrain chaque fois qu'un fait matériel peut être identifié à la base d'un phénomène psychique⁶⁵ ?

En somme, les psychiatres s'interrogent sur la potentielle prééminence d'une approche sur l'autre. Pour Giorgio Innocenti, spécialiste de neurosciences, la question n'est pas tranchée :

On ne peut pas décider si l'état du cerveau cause l'état psychique ou au contraire si l'état psychique cause l'état du cerveau⁶⁶.

La position de Freud est même débattue. Le psychanalyste André Haynal affirme que Freud lui-même inscrivait la psychanalyse dans le champ des sciences naturelles⁶⁷. Or, pour Ansermet, cette position révèle plus une nécessité « scientifique » qu'une orientation théorique :

La volonté explicite de Freud d'inscrire ses thèses dans le champ de la Naturwissenschaft n'avait-elle pas

aussi un but politique, pour faire accepter ses conceptions [...] ⁶⁸ ?

Cette intervention a le mérite de rappeler que la position de chacun est également sous-tendue par des enjeux, sinon politiques, du moins institutionnels. Il s'agit souvent d'asseoir la position d'une profession. Aussi, la conclusion du colloque évoque-t-elle la complémentarité de la psychanalyse et des neurosciences, une manière de sauvegarder l'intégrité et l'utilité de chacune :

On pourrait d'une part faire l'hypothèse que les phénomènes psychiques définis par la psychanalyse constitueraient des domaines de recherche féconds pour la neurobiologie. D'autre part, les avancées de la neurobiologie offriraient à la psychanalyse des moyens de mieux articuler faits psychiques et réalité biologique⁶⁹.

Cette alliance théorique va notamment se matérialiser autour du concept de plasticité cérébrale⁷⁰. Un ouvrage écrit conjointement par Ansermet et le neurobiologiste Pierre Magistretti⁷¹, intitulé *À chacun son cerveau. Plasticité neuronale et inconscient*⁷², détaille les possibilités théoriques qu'offre cette notion. La plasticité neuronale permet en effet de « sortir d'une vision figée du système nerveux⁷³ » et permet à ce titre de troubler quelque peu la notion de déterminant biologique. Dès lors

64 STECK 1993, p. 5.
 65 Intervention de François Ansermet dans ANSERMET/INNOCENTI/STECK 1993, p. 30.
 66 Intervention de Giorgio Innocenti dans ANSERMET/INNOCENTI/STECK 1993, p. 43.
 67 Voir notamment HAYNAL 1993.

68 Intervention de François Ansermet dans ANSERMET/INNOCENTI/STECK 1993, p. 118.
 69 ANSERMET/INNOCENTI/STECK 1993, p. 163.
 70 Sur l'histoire de la plasticité cérébrale et son usage par François Ansermet et Pierre Magistretti, voir notamment DROZ-MENDELZWEIG 2010.
 71 Pierre Magistretti (1952), médecin, est nommé professeur à la Faculté de médecine de Lausanne en 1988 et prend notamment, au début des années 2000, la direction du Brain&Mind Institute de l'EPFL.
 72 ANSERMET/MAGISTRETTI 2004.
 73 Idem, p. 11.

que l'expérience marque biologiquement le cerveau, le cadre interprétatif de la psychanalyse peut s'intégrer à celui des neurosciences.

Vers une approche plus biologique des troubles mentaux ?

À la toute fin du 20^e siècle les thèses développées en psychiatrie biologique connaissent un certain succès. Cet enthousiasme doit être compris comme le résultat de plusieurs facteurs. Outre leur caractère résolument scientifique, qui peut être séduisant, elles bénéficient du soutien d'une partie des usagers qui y voient la promesse d'une véritable science détachée de fondements mystiques tels que ceux que l'on pouvait attribuer à la psychanalyse ou à la psychologie⁷⁴.

En outre, l'importance grandissante de l'approche neurobiologique et le recours de plus en plus fréquent aux catégories diagnostiques énoncées par le Manuel diagnostique et statistique (DSM)⁷⁵ contribuent à redessiner les contours de la pratique psychiatrique, qui connaît une uniformisation diagnostique. Publié par la Société américaine de psychiatrie, ce manuel, régulièrement réactualisé, tend à devenir la référence des psychiatres, non seulement aux États-Unis, mais également en Europe. Son orientation est résolument tournée vers la psy-

74 HOCHMANN 2007, p. 406.

75 Le *Manuel diagnostique et statistique des maladies mentales* est un manuel de référence en matière de classification des troubles mentaux édité par la Société américaine de psychiatrie. La dernière révision (DSM-V) a été publiée en 2013. En Europe, l'usage de la Classification internationale des maladies (CIM) élaborée par l'Organisation mondiale de la Santé est également répandu.

chiatric biologique. Selon Hochmann, le DSM ne laisse place qu'à deux facteurs explicatifs des maladies mentales: la biologie et le stress, écartant les trajectoires individuelles et le psychisme propre à chacun du paysage étiologique⁷⁶. Le DSM introduit un certain nombre de nouveautés dans la nosographie psychiatrique. C'est le cas, par exemple, pour l'hyperactivité ou les troubles de l'attention, qui ont en commun d'être attribués à «une lésion cérébrale minime» et de réagir aux médicaments psychotoniques⁷⁷:

En même temps, les troubles envahissants du développement, qui ont remplacé la catégorie des psychoses infantiles jugée obsolète, connaissent une extension sans précédent et se transforment en «troubles du spectre autistique» où l'autisme infantile perd toute spécificité⁷⁸.

Dans ce contexte, l'évolution des définitions des affections psychiques des enfants illustre les enjeux non seulement théoriques, mais également pratiques de l'antagonisme évoqué plus haut. Deux troubles infantiles cristallisent particulièrement les tensions inhérentes à la qualification nosographique: l'autisme et les troubles du déficit de l'attention, qui font l'objet de débats animés. Le cas de l'autisme, investi autant par les tenants d'une psychiatrie biologique que par les psychanalystes, révèle les points d'achoppement des théories mobilisées. En bref, l'étiologie de la maladie fait l'objet d'un débat entre un point de vue neuropsychologique qui considère la maladie comme un syndrome déficitaire et l'approche psychanalytique qui défend l'idée d'un syndrome défensif. Dans un

76 HOCHMANN 2011, p. 118.

77 Idem.

78 Idem.

alors la possibilité de créer une structure pour les très jeunes enfants⁸³.

Au Bercaïl, les traitements des troubles hyperactifs avec déficit de l'attention (THADA) constituent une part non négligeable des affections soignées. Or, l'hyperactivité suscite également de nombreuses interrogations, notamment parce que l'augmentation des prescriptions de Ritaline^{®84} fait naître certaines craintes. Ce médicament, qui figure sur la liste des stupéfiants soumis à la surveillance des autorités sanitaires, est principalement utilisé pour soigner le syndrome de troubles hyperactifs avec déficit de l'attention. En 2002, plusieurs interpellations au Conseil National et au Conseil des États ainsi qu'une question orale au Grand Conseil vaudois poussent les autorités cantonales à réaliser une enquête sur la question. Selon les autorités sanitaires, l'hyperactivité est le trouble pédopsychiatrique le plus fréquent chez les enfants: il touche 2% à 5%, voire 10%, de la population.

Il ressort de l'étude confiée à l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive qu'entre 1995 et 2002, « tous emballages et dosages confondus », le nombre d'emballages de Ritaline[®] vendus dans le canton a été multiplié par 10,9⁸⁵. Cette augmentation des diagnostics du THADA s'explique par l'efficacité croissante des diagnostics. En outre, plus de la moitié des enfants traités ont entre 10 et 14 ans, et les enfants traités pour cette classe d'âge représentent 1,05% des enfants du canton (contre 3,4% aux

États-Unis)⁸⁶. Le Service de la santé publique écarte par ailleurs tout risque de dépendance. Le rapport signale aussi, que ce ne sont pas les pédopsychiatres qui prescrivent le plus de Ritaline[®] aux enfants. Ce sont en effet les pédiatres dans 69% des cas, suivis des pédopsychiatres et psychothérapeutes d'enfants et d'adolescents, 14% des cas, et viennent ensuite les généralistes (12%) et les psychiatres (2%)⁸⁷. La prise en charge thérapeutique s'articule donc autour d'enjeux non seulement théoriques, mais également politiques et financiers.

UN MODÈLE SOUS PRESSION

Au début du 21^e siècle, la pratique psychiatrique se trouve confrontée à d'importants changements qui touchent autant la structure de ses institutions que les théories qu'elle produit. Ces évolutions s'accompagnent d'un certain nombre de tensions qui prennent souvent corps autour de l'institution elle-même. Derrière les controverses théoriques et les remaniements institutionnels se cache une pratique thérapeutique parfois malmenée par les soubresauts que connaît le champ de la discipline. Dans ce contexte, au milieu des années quatre-vingt-dix, la Division de pédopsychiatrie sise à Montétan vit des heures difficiles, les équipes étant notamment confrontées, selon le témoignage des acteurs

83 Conseil du Service B (DPP), Procès-verbal de la séance du 5 décembre 1995, Archives du Centre psychothérapeutique.

84 La Ritaline[®] est un médicament psychotrope principalement utilisé lors de troubles du déficit de l'attention et d'hyperactivité.

85 HUISSOUD/JEANNIN/DUBOIS-ARBER 2005.

86 Ces chiffres sont très inégalement répartis entre les sexes puisque les filles ne représentent que 22% des patients âgés de 5 à 25 ans: HUISSOUD/JEANNIN/DUBOIS-ARBER 2005, p. 25.

87 Ces chiffres concernent les prescriptions établies pour les patients de 5 à 14 ans. Notons encore que les internistes sont à l'origine d'1% des prescriptions, tout comme l'ensemble des autres spécialités médicales.

lui-même⁹⁰ ». Ces cas ont été sélectionnés parmi les quatre-vingt-sept cas d'enfants hospitalisés dans les années soixante que Bergier a utilisés pour mener une étude longitudinale sur la patientèle du Bercaïl⁹¹. Ces anciens patients ont donc été reçus par le psychiatre une vingtaine d'années après leur séjour dans l'institution. Bergier utilise également les témoignages du personnel de l'institution concernant des cas de violence. D'emblée, il est clair que pour le psychiatre, la violence ne se situe pas unilatéralement du côté du patient. Les membres du personnel sont ainsi invités à dire « comment ils vivaient l'agressivité à l'intérieur de la maison, celle des enfants, mais aussi la leur⁹² ». Il ressort de l'étude du psychiatre que près de la moitié des enfants dont la violence pose problème ont été en situation d'abandon ou de carences affectives. Pour ces enfants, c'est souvent le cercle vicieux: ils se retrouvent souvent ballottés entre les institutions, bénéficient rarement d'un placement familial, situation qui favorise vraisemblablement leurs écarts de comportement. Aussi, la pulsion agressive s'accompagne parfois d'« actes de destruction ou de délinquance, symptômes évidemment très mal supportés par les parents, l'environnement, la société mais aussi par les éducateurs⁹³ ».

Or, l'institution, au sens large du terme, participe à ces réactions en raison des transferts entre institutions et du roulement du personnel éducatif et thérapeutique, qui donnent lieu à de fréquentes ruptures affectives pour l'enfant. Plusieurs types de situation peuvent déboucher sur une crise violente

90 BERGIER 1984, p. 23.
91 Voir BERGIER 1984a et 1985.
92 BERGIER 1984a, p. 23.
93 Idem, p. 24.

de la part d'un enfant, et, parmi elles, certaines relèvent uniquement de la forme institutionnelle. La vie en institution, « la promiscuité » et « l'excitation dans un groupe trop nombreux⁹⁴ » en sont des exemples. Par ailleurs, la propre agressivité de l'éducateur joue un rôle non négligeable. Pour Bergier, il est clair que « l'agressivité fait aussi partie de leur patrimoine personnel⁹⁵ ». Dix des anciens patients dont le parcours a été particulièrement difficile n'ont pas caché au psychiatre leur rancœur vis-à-vis de l'institution lors de l'entretien :

Si je tiens surtout compte des sentiments de rancune exprimés par les intéressés eux-mêmes au sujet des soins reçus, je ne peux que condamner le placement institutionnel de l'enfant agressif. L'enfant qui passe d'une institution à l'autre ne devrait plus exister⁹⁶.

L'institution peut donc contribuer à susciter un mal-être chez l'enfant et, notamment lorsqu'elle est mise en échec, finit par engendrer elle-même de la violence. Bergier signale que pour les autres enfants de l'étude, la vie en institution a permis une évolution favorable. Toujours est-il qu'il préconise une réelle réflexion sur la violence au sein des institutions, notamment dans le cadre de la formation des éducateurs.

Même si Bergier énonce quelques pistes pour tenter de régler cette question, il faut admettre que la question de la violence demeure particulièrement prégnante, notamment dans les moments difficiles de l'institution. Ansermet se souvient d'un enfant particulièrement difficile qui, au milieu des années quatre-vingt-dix, mettait à mal l'institution⁹⁷. Le

94 Idem, p. 25.
95 Idem, p. 25.
96 Idem, p. 26.
97 Entretien avec François Ansermet, 6 décembre 2013.



Le Bercaïl, vers 1970. © Archives de l'Hôpital de l'Enfance, Lausanne

psychothérapeutique repose depuis sa création sur une prise en charge plurielle. L'enseignement spécialisé occupe une place importante, non seulement dans la vie de l'institution, mais également dans la prise en charge. Le Centre psychothérapeutique se veut être une « passerelle vers la réinsertion ». Aussi, l'action thérapeutique se conçoit à l'intersection des différentes approches disciplinaires :

L'objectif est d'offrir un traitement psychothérapeutique avec un dispositif pédagogique et éducatif spécialisé établi selon le projet de soins¹⁰⁰.

Si la volonté de recourir à plusieurs approches institutionnelles est claire, la collaboration entre les différents intervenants n'est pas pour autant aisée. Les difficultés rencontrées révèlent des tensions sous-jacentes aux différentes approches scientifiques ou pédagogiques.

En 1983, Graziella Fasciani, éducatrice, Marylise Fragnière, assistante sociale, Sigrun Mackeprang, éducatrice, et Christiane Wayss publient un article intitulé *Réflexion sur la collaboration entre éducateurs et assistantes sociales dans un centre de psychothérapie*. D'emblée, les auteures soulignent que l'exercice est un peu biaisé dans la mesure où, au Bercaïl, d'autres professions participent activement à la prise en charge des enfants. L'une des particularités du Bercaïl est que le travail avec l'entourage familial de l'enfant d'une part, et l'enfant lui-même d'autre part, n'est pas assumé par la même

personne. L'éducateur s'occupe de l'enfant, alors que l'assistante sociale se consacre à la famille¹⁰¹, puisque c'est elle qui assure le suivi des familles :

Elle poursuit une action psycho-sociale soutenue auprès des familles afin de tenter de mieux comprendre la personnalité de chacun et les relations interpersonnelles au sein de la famille [...] ¹⁰².

Pour étayer leur article, les auteures ont questionné des enseignants, des éducateurs, des psychothérapeutes, des assistantes-sociales ainsi que des enfants (âgés de 10 à 14 ans) du Bercaïl au sujet de la collaboration entre les deux professions. Les propos des enfants révèlent une division du travail relativement nette. Pour l'un d'entre eux, les assistantes sociales ne devraient pas parler aux enfants dans la cour, « parce qu'on dirait qu'elles se prennent pour des éducatrices¹⁰³ », mais uniquement dans un bureau. Un autre décrit la collaboration entre les deux professions de la manière suivante :

Les assistantes sociales amènent les demandes ou désirs des parents, et les éducateurs les désirs des enfants¹⁰⁴.

Du côté des éducateurs, on estime que ce type de collaboration demande une communication optimale pour être efficace, or cela ne semble pas toujours possible. L'une des personnes interrogées affirme même :

¹⁰⁰ «Le Centre psychothérapeutique de l'Hôpital de l'Enfance: passerelle vers la réinsertion», *Rapport de l'Hôpital de l'Enfance*, 2002, p. 20. Le travail pédagogique mené au sein de l'institution mériterait un plus ample développement, notamment au regard de l'évolution de l'enseignement spécialisé dans le Canton de Vaud.

¹⁰¹ FASCIANI/FRAGNIÈRE/MACKEPRANG/WAYSS 1983, p. 3. Dans cet article, la profession d'assistant social est systématiquement féminisée puisque seules des femmes occupent ces postes.

¹⁰² Idem, p. 3

¹⁰³ Idem, p. 7.

¹⁰⁴ Idem.

Je ne sens pas de collaboration du tout¹⁰⁵.

Pour d'autres, la collaboration est vraiment bénéfique et complète leur point de vue. Pour les assistantes sociales, l'apport des éducateurs semble apprécié :

Le fait de ne pas se sentir coincé entre l'enfant et ses parents crée un espace de rencontre¹⁰⁶.

Selon les opinions, cet espace de rencontre s'apparente à un travail d'intermédiaire parfois difficile à réaliser :

Je me sens assez seule sur le terrain avec les parents, le fait de me trouver face à quatre éducateurs qui défendent l'intérêt de l'enfant, qui ont tendance à le protéger de ses parents, me donne parfois l'impression d'être le tampon entre les parents et les éducateurs¹⁰⁷.

Enfin, l'une des autres personnes interrogées souligne que ce système est à double tranchant. Lorsque la collaboration fonctionne, elle peut être très efficace et agréable. En revanche, si le climat de confiance se détériore ou que des problèmes de « loyauté » et de « rivalité » surviennent, « les avantages du système actuel deviennent des inconvénients¹⁰⁸ ». La division du travail telle qu'elle est mise en place au Bercaïl répond donc à un besoin de gérer séparément les relations avec les enfants et les parents. Si elle offre un certain nombre d'avantages, elle implique également une collaboration extrêmement étroite entre éducateurs et assistantes sociales, et peut donc vite se révéler difficile lors de situations conflictuelles.

105 Idem, p. 8.
106 Idem, p. 8.
107 Idem, p. 8.
108 Idem, p. 9.

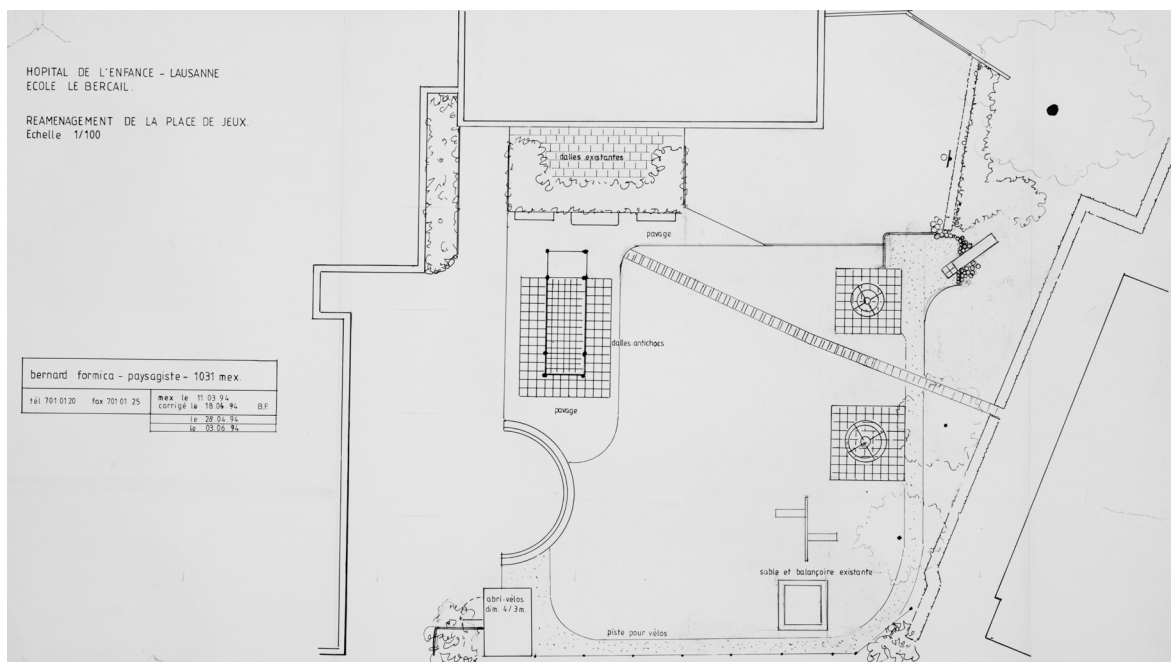
À la fin des années quatre-vingt-dix, le modèle sur lequel repose le fonctionnement du Bercaïl et de l'Hôpital de jour s'avère obsolète, et de nombreux dysfonctionnements se font jour, tels que conflits et rivalités entre équipes, absence de communication, divergences de stratégie thérapeutique ou éducative au sujet des enfants pris en charge. En 1998, l'équipe éducative demande collectivement à la direction du Bercaïl une médiation. La situation semble alors particulièrement tendue, puisque la moitié du personnel éducatif a donné sa démission ou est à la recherche d'un autre emploi¹⁰⁹. Les problèmes pointés par les éducateurs se situent à plusieurs niveaux : « Une ambiance généralisée de jugement réciproque » péjore grandement les relations de travail et rend la communication extrêmement difficile. De l'avis de l'équipe pédagogique, ce climat nuit à l'encadrement des enfants qui transgressent de plus en plus les règles de l'institution :

Leur manque de respect face aux adultes sans distinction de statut est devenu monnaie courante¹¹⁰.

Une telle remarque est susceptible de signaler un basculement dans l'ordre des causes. Il n'est pas certain que ce soit le comportement de plus en plus difficile des enfants qui ait ébranlé le fonctionnement de l'institution : et si l'inverse était vrai lui aussi ?

Un document intitulé « Fonction de l'éducateur », vraisemblablement écrit par l'équipe éducative à l'attention des autres membres du personnel, revient entre autres sur les attentes et les besoins des « éducateurs-soignants ». Manifestement, il

109 Lettre de l'équipe éducative à la direction du Bercaïl, 9 juin 1998, Archives du Centre psychothérapeutique, classeur Bercaïl-fonctionnement.
110 Idem.



Hôpital de l'Enfance, Lausanne. École Le Bercaïl. Rangement de la place de jeux, 1994. © Archives de l'Hôpital de l'Enfance Lausanne. Photo: CEMCAV-CHUV

« UN HÔPITAL POUR SOIGNER LES PROBLÈMES¹ »

Depuis près d'un siècle, le champ de l'enfance « difficile », qu'elle soit délinquante, « arriérée » ou « caractérielles » fait l'objet d'un vaste programme de médicalisation, lié au souci socio-éducatif de l'État social. Les avancées techniques et institutionnelles, conjuguées à l'affermissement des politiques éducatives d'une part, et sanitaires d'autre part, ont largement contribué au développement de la pédopsychiatrie. Son évolution traduit la perspective à partir de laquelle sont envisagés les problèmes des enfants.

D'abord résolument tournée vers les institutions judiciaires, il semble que l'activité des premiers pédopsychiatres relève plus de la sécurité que de la santé publique. La science doit alors prouver son utilité et asseoir son autorité scientifique. Dans un second temps, la pédopsychiatrie devient quasiment la sœur jumelle des institutions sociales du Canton en faveur de l'enfance, grâce au travail de Jacques Bergier qui porte la double casquette de directeur du Bercaïl et du Service de l'enfance. L'important développement qu'elle connaît alors est tributaire de l'expansion de l'État providence qui caractérise les Trente Glorieuses. À cette époque, éducateurs, assistants sociaux et enseignants spécialisés

fraîchement diplômés viennent grossir les rangs du personnel d'encadrement. C'est le temps de la formation d'un véritable secteur d'activité dans lequel la spécialisation structure les identités professionnelles. Dès la fin du 20^e siècle, le temps est plutôt aux économies budgétaires et la multiplication d'intervenants rend parfois difficile la collaboration, comme si, lors des moments de crise, chacun éprouvait la nécessité d'effectuer un mouvement de repli. Toutefois, l'histoire récente montre que la pédopsychiatrie se rapproche de la médecine somatique et diversifie son champ d'action. Intégrés aux structures de l'hôpital, les pédopsychiatres occupent dès lors plusieurs terrains.

L'histoire du Centre psychothérapeutique est intimement liée au développement de la discipline et des politiques publiques qui la sous-tendent. Ses perspectives d'avenir dépendent étroitement de son passé, riche, tumultueux parfois, au croisement des perspectives sanitaires, pédagogiques, éducatives, voire judiciaires. Cette transversalité, cette pluridisciplinarité en font la richesse: d'un centre d'observation accueillant notamment des délinquants à l'école spécialisée en passant par l'hôpital, le caractère hybride de l'institution l'a parfois placée dans une position délicate et l'a sans doute fragilisée, notamment face à d'autres services de l'État. Elle doit beaucoup à son histoire propre, à la

.....

¹ Définition que propose un enfant pour décrire l'hôpital de jour, *Rapport de l'Hôpital de l'Enfance*, 1982, p. 12.



personnalité de ses directeurs successifs, dont les orientations ont largement contribué à la façonner, à la composition et aux compétences du personnel soignant, enseignant et éducatif qui a marqué son développement, et aussi, *in fine*, à ceux qui sont au centre de tout cet effort pluridisciplinaire, les enfants, à qui se dédie depuis plus de 75 ans cet « hôpital pour soigner les problèmes ».

POSTFACE

C'est avec grand plaisir que nous rédigeons cette postface de l'ouvrage qui célèbre les 75 ans de pédopsychiatrie au Bercaïl, devenu aujourd'hui le Centre Psychothérapeutique pour enfants (CPT). Cette signature conjointe illustre symboliquement la collaboration exemplaire entre la pédopsychiatrie et la pédagogie spécialisée autour de l'enfant atteint de troubles envahissants du développement (TED) et montre l'extraordinaire évolution de sa prise en charge au CPT.

En effet, cette prise en charge nous préoccupe depuis plusieurs années, et plus généralement préoccupe la pédopsychiatrie institutionnelle et le Service d'enseignement spécialisé et de l'appui à la formation (SESAF). Il y a deux ans, le Service de la santé publique (SSP) et le SESA F ont mis sur pied un groupe de travail qui a pour mission de définir le rôle et les responsabilités des partenaires dans les réponses données aux enfants souffrant de TED. Ce groupe de travail est placé sous notre co-présidence. Les quelques remarques qui vont suivre en sont largement issues.

Le suivi pédopsychiatrique, la scolarisation et l'éducation de ces enfants ne prennent sens que lorsque les trois pôles de l'accompagnement œuvrent dans une perspective commune, que ce soit en situation de scolarisation régulière, de scolarisation en institution spécialisée ou lors d'une

mesure socio-éducative. Selon l'ampleur et la gravité des troubles, l'équilibre entre les soins, la pédagogie spécialisée et l'éducation est construit par une équipe pluridisciplinaire en associant l'enfant et ses parents.

Nous ne reviendrons pas sur l'histoire des prises en charge de type thérapeutique institutionnel concernant les enfants présentant des troubles graves et précoces de l'organisation de la personnalité et du développement, car elle a déjà été merveilleusement traitée dans cet ouvrage. Mais nous aimerions juste souligner que, dès l'origine, cette histoire associe l'hôpital et l'école: ainsi, la pédopsychiatrie a fait sa première apparition dans le canton de Vaud en 1938, au moment où, à l'Hôpital de l'Enfance de Lausanne (HEL), est créé «Le Bercaïl» (D^r Lucien Bovet). D'ailleurs, dès 1942, l'Office médico-pédagogique, comme son nom pourtant si évocateur ne l'indiquait pas aussi clairement à l'époque, implante les premières consultations pédopsychiatriques à Lausanne, Montreux et Yverdon. En 1969, pour la première fois et de nouveau à l'Hôpital de l'Enfance, s'ouvre le premier «Hôpital de jour» (Prof. Walter Bettschart), un externat qui prend en charge pendant toute la journée, institue un traitement, exerce une action éducative individualisée, assume la scolarité des élèves

et collabore étroitement avec les parents (D^r Jacques Bergier).

Récemment, en 2001, le Centre psychothérapeutique de Lausanne réorganise internat et externat dans des locaux rénovés, toujours sur le site de l'Hôpital de l'Enfance. Sa triple référence institutionnelle actuelle, SUPEA, SESAF, Fondation de l'HEL, témoigne des implications historiques fortes de ses trois parrains originaires. Cette forme de prise en charge apparaît si efficace qu'elle connaît un succès incontestable, en Suisse, mais aussi aux États-Unis, en Angleterre et en France où se développe dès 1950, sous l'égide de Roger Misès, le courant des soins institutionnels aux enfants et adolescents. L'introduction d'enseignants spécialisés est unanimement saluée comme un acte original et fondateur qui a contribué à révolutionner les services d'enfants des hôpitaux psychiatriques. Ainsi, dans un article paru en 1986 sur l'évolution de trente enfants « hospitalisés » au Bercaïl pour des troubles psychotiques et prépsychotiques, Jacques Bergier affirme :

L'acharnement à favoriser le développement intellectuel et l'élargissement du bagage scolaire sont particulièrement recommandables. En effet, l'investissement du travail scolaire représente un élément très important pour le pronostic, préfigure une possibilité d'adaptation ultérieure...

Ainsi, cette histoire s'inspire de façon vivante des courants, des modèles, des débats qui animent la pédopsychiatrie et les psychothérapies d'enfant d'une part, l'éducation et l'enseignement spécialisé d'autre part, depuis plusieurs décennies. Le CPT, mais aussi l'ensemble des Centres thérapeutiques de jour pour enfants et adolescents sont parties prenantes de cette histoire. Tous se réfèrent au courant

de la pédopsychiatrie institutionnelle et tous sont issus de l'association de la pédopsychiatrie et de l'enseignement spécialisé. L'approche pluridisciplinaire est aujourd'hui très clairement prédominante dans les quatre centres de jour du canton. La perspective principale demeure celle de prendre en compte, resituer et mobiliser l'enfant dans une dimension individuelle, que ce soit pour travailler spécifiquement ses relations à lui-même, à son corps et à son psychisme, à ses parents et au groupe.

Les Centres thérapeutiques de jour (CTJ) sont toujours conçus comme des lieux vivants, contenant, garants de continuité, d'ouverture et d'apprentissages, centrés sur les besoins de l'enfant, la compréhension de sa vie psychique et de ses relations. L'institution accompagne, soutient, associe aussi les parents à la prise en charge pluridisciplinaire: l'alliance avec les parents est l'un des facteurs primordiaux de progression de ces enfants. Lieux d'articulations des modèles et de pratiques pluridisciplinaires, les CTJ vivent aujourd'hui sous diverses pressions, notamment financières, et ils ont à se positionner face à la priorité bien légitime donnée à l'intégration scolaire. S'ils doivent continuer d'évoluer, ils n'en gardent pas moins leur place et leur fonction. C'est ainsi que les hôpitaux de jour tendent à développer des unités à temps très partiel qui proposent aux enfants et aux adolescents des programmes individualisés organisés en réseau avec les écoles et les autres institutions. Les soins individuels se sont multipliés et les relations avec les familles sont devenues plus étroites et confiantes. L'histoire plus récente des Centres thérapeutiques de jour du canton témoigne de ces évolutions avec des prestations à temps partiel: ateliers thérapeutiques du soir, accueil thérapeutique à temps

partiel au Centre d'interventions thérapeutiques pour enfants (CITE) de l'HEL, travail en réseau à l'Unité pédago-thérapeutique itinérante (UPTI) d'Yverdon.

Les hôpitaux et les CTJ ont été et continuent d'être aujourd'hui des « espaces-temps transitionnels où l'enfant psychotique peut apprendre à jouer et à symboliser [...]. C'est ainsi que la vie quotidienne, leur vie quotidienne, peut devenir l'occasion d'« une mise en histoire » qui aide l'enfant à se construire un récit intérieur et à investir sa pensée » (Jacques Hochmann), grâce et à condition de préserver « ce qui est thérapeutique » dans les Centres de jour, à savoir la prise en compte individuelle et le traitement des enfants les plus menacés de désorganisation de leur vie psychique, de leur développement cognitif, affectif et relationnel. Mais ces CTJ sont aussi les lieux de déploiement et d'intégration des connaissances les plus actuelles, des approches et des pratiques issues de la multidisciplinarité qui les définit tous : visant ainsi tous les aspects susceptibles d'interagir dans la psychopathologie comme dans la thérapie de l'enfant. Le but principal de la prise en charge est de favoriser une reprise évolutive, tant au plan cognitif qu'affectif, et ce dans une perspective à long terme. La mobilisation des ressources de l'enfant passe par l'ensemble des activités proposées, thérapeutiques, scolaires et éducatives. Le milieu thérapeutique sécurisant et l'accompagnement de la famille permettent une potentialisation des effets positifs. Au plan cognitif, l'objectif est d'éviter l'installation d'un déficit intellectuel, risque majeur dans ce type de problématique, le but ultime étant la réintégration dans la scolarité régulière. Au plan psychiatrique, l'objectif est d'amorcer durant le séjour en CTJ

un réaménagement de la structure psychique de l'enfant, le traitement ambulatoire se poursuivant idéalement pendant l'adolescence. Le séjour en CTJ doit être vu comme une étape dans le parcours scolaire de l'enfant. La collaboration avec la famille et les réseaux permet de préparer la sortie dans la continuité, au plus près des besoins de l'enfant.

Perspectives des Centres thérapeutiques de jour

Amélioration de l'efficacité de l'offre :

L'une des premières perspectives est l'amélioration de l'efficacité de l'offre des CTJ. En effet, le nombre limité de places en leur sein, les listes d'attente qui en découlent, l'importance des moyens mis à disposition de ces établissements ainsi que la hauteur du taux d'encadrement pédagogique posent la question de l'efficacité de l'offre. L'accompagnement pédagogique, pédopsychiatrique et psychothérapeutique de la population d'enfants et de jeunes concernés vise un double objectif de santé et de formation, et les indicateurs liés à ces objectifs doivent être définis et réalisés.

Cela passe par :

- l'amélioration des procédures d'admission dans les CTJ;
- l'amélioration de la circulation de l'information;
- l'amélioration de la durée de séjour et de scolarisation.

Une durée de séjour et de scolarisation de deux ans au maximum (trois années scolaires dans des situations exceptionnelles) devrait pouvoir et à la fois permettre aux enfants et aux jeunes d'avoir à

leur disposition suffisamment de temps pour une reprise évolutive et à la fois dynamiser le projet péda-go-thérapeutique dans la perspective d'une nouvelle forme de scolarisation, soit en école régulière, soit en école d'enseignement spécialisé hors CTJ:

- l'amélioration entre le domaine pédagogique et le domaine pédopsychiatrique;
- l'amélioration des procédures de sortie;
- une diversification des structures.

L'on constate que le dispositif cantonal souffre de faiblesses. Le nombre de places en CTJ n'est de loin pas suffisant, et cette situation a tendance à se péjorer. La population des 0-20 ans est en augmentation constante dans le canton de Vaud depuis une vingtaine d'années et l'incidence des TED, selon la littérature internationale, est également en forte augmentation. Par ailleurs, le fonctionnement des CTJ ne leur permet pas d'accueillir des enfants en urgence et de plus la prise en charge s'arrête à 12 ans, et il n'existe pas de structure spécifique pour les adolescents souffrant de TED, alors que certains d'entre eux ont encore besoin, dans cette période de grande vulnérabilité, de prise en charge globale.

Il est ainsi nécessaire de développer une offre complémentaire et de prévoir une diversification des structures d'accueil pour les enfants et adolescents atteints de TED. Le travail de réseau et la collaboration entre institutions psychiatriques, scolaires et éducatives doivent être renforcés. La création dans chaque secteur de Centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel (CATTP) doit permettre une meilleure adaptation de l'offre aux besoins, en traitant un plus grand nombre d'enfants de façon souple et individualisée, en garantissant le

maintien du jeune dans la scolarité ordinaire, ainsi que dans son réseau social.

Pour conclure, en 75 ans de pédopsychiatrie au Centre psychothérapeutique pour enfants, l'on est passé du champ de l'enfance difficile, délinquante, à un champ plus médical et scientifique, la psychiatrie se rapprochant de la médecine somatique. Le modèle qui prévaut actuellement dans les CTJ du canton est un modèle intégré, en particulier depuis la réorganisation de 1999, avec une équipe véritablement pluridisciplinaire tournée vers l'avenir et sous l'égide d'une collaboration et d'une complémentarité entre le pédagogique, l'éducatif et le pédopsychiatrique.

Olivier Halfon,

professeur en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à l'Université de Lausanne, chef du Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (SUPEA)

Philippe Nendaz,

chef de l'Office de l'enseignement spécialisé du Canton de Vaud (OES), Lausanne

SOURCES ET BIBLIOGRAPHIE

FONDS D'ARCHIVES CONSULTÉS

Archives cantonales vaudoises

- Annuaire officiel du Canton de Vaud
- Bulletins du Grand Conseil
- Fond K VII b Justice et police
- Fond K VIII b Service sanitaire
- Fond K VIII f Service sanitaire cantonal
- Fond K XIII Instruction publique
- Fond S 40 Secrétariat général du Département de la prévoyance sociale et des assurances
- Fond S 41 Service de la protection de la jeunesse
- Fond S 42 Service de l'enseignement spécialisé
- Fond S 52 Chef du Département de la prévoyance sociale et des assurances
- Fond S 82 Justice et police
- Fond S 186 Création du Service de l'enfance
- Fond S 218 Service de la protection de la jeunesse
- Fond S 255 Service de l'enseignement spécialisé
- Rapports du Conseil d'État

Archives du Centre psychothérapeutique

Archives de l'Hôpital de l'Enfance

Archives de l'Université de Lausanne

TRAVAUX ÉDITÉS

- François ANSERMET, « Psychiatrie, pédiatrie et clinique psychanalytique », Conférence donnée à l'occasion du 125^e anniversaire de l'Hôpital de l'Enfance qui marque également l'inauguration de l'Unité de pédopsychiatrie, le 23 octobre 1986, *Revue médicale de la Suisse romande*, 107, 1987
- François ANSERMET, Maria-Grazia SORRENTINO, *Malaise dans l'institution*, Paris, Anthropos, 1991
- François ANSERMET, Giorgio INNOCENTI, Andreas et Barbara Steck, « Épilogue », François Ansermet, Giorgio INNOCENTI, Andreas et Barbara STECK (éds), *Psyché et cerveau*, Lausanne, Éditions Payot, 1993
- François ANSERMET, « La clinique comme méthode. De la médecine à la psychanalyse », *Revue médicale de la Suisse romande*, 114, 1994
- François ANSERMET, « Psychanalyse et pédopsychiatrie de liaison en pédiatrie », *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 42, 1994b
- François ANSERMET *et al.* « Approche psychanalytique de l'autisme et échelle d'évaluation », *Annales médico-psychologiques*, 159, 2001
- François ANSERMET, Pierre MAGISTRETTI, *À chacun son cerveau. Plasticité neuronale et inconscient*, Paris, Odile Jacob, 2004

- François ANSERMET, « Postface », dans Caroline DOUCET (éd.), *Le psychologue en service de médecin : les mots du corps*, Issy-les-Moulineaux, Elsevier et Masson, 2011
- Mathieu ARMINJON, François ANSERMET, Pierre MAGISTRETTI, « The Homeostatic Psyche: Freudian Theory and Somatic Markers », *Journal of Physiology*, 104, 2010
- Pierre AVVANZINO, « Quelques considérations sur l'histoire de la profession d'éducateur spécialisé », *Travail social*, 14, 1982
- Norbert BÉNO, Henri BERSOT, Lucien BOVET, « Introduction », dans: Norbert BÉNO, Henri BERSOT, Lucien BOVET (éds), *Les enfants nerveux. Leur dépistage et leur traitement par les services médico-pédagogiques*, Neuchâtel, Delachaux & Niestlé, 1946
- Jacques BERGIER, *Contribution à l'étude des folies à deux. Répercussion d'une psychose collective familiale sur l'éducation d'un enfant*, Thèse de médecine, Université de Lausanne, 1954
- Jacques BERGIER, « Les besoins des offices de placement », Groupe romand de l'association suisse en faveur des enfants difficiles, *Le placement en établissements des enfants et adolescents inadaptés*, Congrès de Monthey, 1959
- Jacques BERGIER, « La carence maternelle et ses lointaines conséquences », *Praxis. Revue suisse de médecine*, 1961
- Jacques BERGIER, « L'enfant difficile est-il un malade? », *L'information au service du travail social*, 3-4, mars-avril 1962
- Jacques BERGIER, Jean-Paul PITTET (éds), *Enquête sur les besoins en éducateurs spécialisés dans les institutions vaudoises*, Département de l'intérieur du canton de Vaud, 1969
- Jacques BERGIER, « La psychiatrie infantile hospitalière. Évolution des enfants hospitalisés au Bercaïl pour des troubles névrotiques ou psychotiques », *Revue médicale de la Suisse romande*, 104, 1984
- Jacques BERGIER, « Agressivité et institution », *Travail social*, 16, 1984a
- Jacques BERGIER, « La psychiatrie infantile hospitalière. Évolution des enfants hospitalisés au Bercaïl pour des troubles névrotiques ou psychotiques », *Revue médicale de la Suisse romande*, 104, 1984b
- Jacques BERGIER, « Évolution des enfants hospitalisés au Bercaïl pour une structure caractérisée pathologique, conséquence d'un abandon ou d'une carence affective précoce », *Revue médicale de la Suisse romande*, 105, 1985
- Jacques BERGIER, *Le Bercaïl. 50 ans de psychiatrie infantile hospitalière*, Lausanne, Hôpital de l'Enfance, 1988
- Jacques BERGIER, *Traces de mémoires. Pédopsychiatrie et protection de l'enfance dans le canton de Vaud au XX^e siècle*, Lausanne, Cahier de l'EESP, 2003
- Henri BERSOT, « Rapport. Comité national suisse d'hygiène mentale. Séance tenue à Bâle, le samedi 15 novembre 1941 », *Journal de psychiatrie infantile*, 8, 1941
- Walter BETTSCHART, « La collaboration du pédopsychiatre dans les maisons pour arriérés », *L'information au service du travail social*, 7-8, Juillet-Août 1963
- Walter BETTSCHART, « La valeur du symptôme en psychiatrie infantile », *Revue médicale suisse*, 86, 1966

- Walter BETTSCHART *et al.*, « Approche épidémiologique de la névrose infantile », *Journal de psychiatrie infantile*, 38, 1971
- Walter BETTSCHART, « Quelques aspects actuels des psychoses infantiles », *Cours de perfectionnement*, Association suisse pour le Bon Départ, Lausanne, 1973
- Walter BETTSCHART *et al.*, « Premières expériences dans un hôpital de jour pour enfants », *Praxis, Revue suisse de médecine*, 65, 1976.
- Walter BETTSCHART, « Quelques réflexions sur la prise en charge des parents à l'Hôpital de jour pour enfants », *Acta paedopsychiatrica*, 43, 1977
- Walter BETTSCHART, Jean-Fred HOFFET, Sylvie GALLAND, « La relation des parents avec l'Hôpital de jour », *Revue médicale de la Suisse romande*, 100, 1980
- Walter BETTSCHART, « La santé mentale dans la perspective politique », *Acta paedopsychiatrica*, 48, 1982
- Walter BETTSCHART, « La psychiatrie d'enfants et d'adolescents : une spécialité médicale secrète ? Leçon inaugurale prononcée à l'Auditoire César-Roux le 15 novembre 1984 », *Revue médicale de la Suisse Romande*, 105, 1985
- Walter BETTSCHART, « La psychiatrie d'enfants et d'adolescents : une spécialité médicale secrète ? », *Revue médicale de la Suisse romande*, 105, 1985
- Lucien BOVET, « Procès-verbal de la commission de psychiatrie infantile de la Société suisse de psychiatrie », *Journal de psychiatrie infantile*, 6, 1939
- Lucien BOVET, « Le corps et l'esprit », dans : Lucien BOVET, Germaine GUEx, Madeleine RAMBERT, Gustave RICHARD, *Parent et enfants*, Lausanne, Groupe Esprit, 1943a
- Lucien BOVET, « Législation et hygiène mentale dans le canton de Vaud », *Revue suisse d'hygiène*, 23, 1943b
- Lucien BOVET, « Le point de vue du psychiatre dans l'application des mesures prévues par le droit pénal des mineurs », *Journal de psychiatrie infantile*, 11, 1944
- Lucien BOVET, *Les aspects psychiatriques de la délinquance juvénile*, Organisation mondiale de la santé, Genève, 1951
- Marco CICCHINI, Valérie LUSSI, « Lausanne : entre développement autonome et pressions locales », dans : Rita HOFSTETTER, Bernard SCHNEUWLY (éds), *Émergence des sciences de l'éducation en Suisse à la croisée de traditions académiques contrastées. Fin du XIX^e-première moitié du XX^e siècle*, Peter Lang, Berne, 2007
- Jean-Christophe COFFIN, « Les neurosciences vues par les « psychiatres d'en bas » autour des années 2000 », *Revue d'histoire des sciences humaines*, 25, 2011
- Adolphe COMBE, *La nervosité de l'enfant. Quatre conférences par le Dr A. Combe*, Lausanne, Henri Mignot éditeur et Paris, Librairie Fischbacher, 1903
- Gilbert COUTAZ, « Le centenaire du Service médical des écoles de la Ville de Lausanne (1883-1983) », *Médecine scolaire et service médical des écoles de la Ville de Lausanne : 1883-1983*, Lausanne, Service médical des écoles, 1983
- Jacques DONZELOT, *La police des familles*, Paris, Minuit, 2005 [1977]
- Marion DROZ-MENDELZWEIG, « La plasticité cérébrale de Cajal à Kandel : cheminement d'une notion constitutive du sujet cérébral », *Revue d'histoire des sciences*, 63, 2010

- Joëlle DROUX, Mariama KABA, «Le corps comme élément d'élaboration de nouveaux savoirs sur l'enfance délinquante», *Revue d'histoire de l'enfance «irrégulière»*, 8, 2006
- Jacques DUBOSSON, *Contribution à une orientation scolaire objective*, Neuchâtel et Paris, Delachaux et Niestlé, 1957
- Graziella FASCIANI, Marylise FRAGNIÈRE, Sigrun MACKEPRANG, Christiane WAYSS, «Réflexion sur la collaboration entre éducateurs et assistantes sociales dans un centre de psychothérapie», 1983
- Catherine FUSSINGER, «Une psychiatrie «nova-trice» et «progressiste» dans un canton pé-riphérique et conservateur: un réel paradoxe?», dans: Claudia HONEGGER, Brigitte LIEBIG, Regina WECKER (éds), *Wissen-Gender-Profes-sionalisierung, Historisch-soziologische Studien*, Zürich, Chronos, 2003
- Jacques GASSER, «Le cerveau à la fin du XIX^e siècle. Notes sur les localisations cérébrales», dans: François ANSERMET, Giorgio INNOCENTI, Andrea et Barbara STECK (éds), *Psyché et cerveau*, Lausanne, Éditions Payot, 1993
- Germaine GUËX, «À propos d'autorité», dans: Lucien BOVET, Germaine GUËX, Madeleine RAMBERT, Gustave RICHARD, *Parent et enfants*, Lausanne, Groupe Esprit, 1943a
- Germaine GUËX, «D'une génération à l'autre. Évo-lution des principes éducatifs», dans: Lucien BOVET, Germaine GUËX, Madeleine RAMBERT, Gustave RICHARD (éds), *Parent et enfants*, Lausanne, Groupe Esprit, 1943b
- André HAYNAL, «Psychanalyse et sciences *in statu nascendi*», dans: François ANSERMET, Giorgio INNOCENTI, Andrea et Barbara STECK (éds), *Psyché et cerveau*, Lausanne, Éditions Payot, 1993
- Geneviève HELLER, Claude PAHUD, Pierre BROSSY, Pierre AVVANZINO, *La passion d'éduquer: genèse de l'éducation spécialisée en Suisse romande*, Lausanne, Cahiers de l'EESP, 2004
- Geneviève HELLER, Pierre AVVANZINO, Cécile LACHARME, *Enfances sacrifiées: témoignages d'enfants placés entre 1930 et 1970*, Lausanne, Cahiers de l'EESP, 2005
- Geneviève HELLER, *Ceci n'est pas une prison: la maison d'éducation de Vennes: histoire d'une institution pour garçons délinquants en Suisse romande (1805-1846-1987)*, Lausanne, Éditions Antipodes, 2012
- René HENNY, «La conception des services mé-dico-pédagogiques en Suisse romande», dans: Jacques BERGIER *et al.* (éds), *Soucis d'enfants. Nouveau guide psychologique de l'Éducation*, Lausanne, Éditions Rencontre, 1957
- Edith HERZOG, «Histoires racontées par des enfants. Méthodes d'investigation et de trai-tement» dans: Norbert BÉNO, Henri BERSOT, Lucien BOVET (éds), *Les enfants nerveux. Leur dépistage et leur traitement par les services médico-pédagogiques*, Neuchâtel, Delachaux & Niestlé, 1946
- Georges HEUYER, Andrée DAUPHIN, Serge LEBOVICI, «La pratique de l'électrochoc chez l'enfant», *Journal de psychiatrie infantile*, 14, 1947
- Jacques HOCHMANN, «À la recherche d'un dialogue entre neurosciences et psychanalyse: l'exemple de l'autisme infantile», *Revue française de psychanalyse*, 71, 2007

- Jacques HOCHMANN, *Histoire de la psychiatrie*, Paris, Presses Universitaires de France, 2011
- Florian HOUSIER, « Un pionnier dans l'histoire de la psychanalyse: Auguste Aichhorn et le traitement de la délinquance dans la première moitié du XX^e siècle », *Revue d'histoire de l'enfance « irrégulière »*, 6, 2004
- Thérèse HUISSOUD, André JEANNIN, Françoise DUBOIS-ARBER, *Analyse de la prescription de ritaline® dans le canton de Vaud en 2002*, Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2005
- Jean-Pierre JURMAND, « De l'enfance irrégulière à l'enfance délinquante (1945-1950), itinéraire d'une pensée, naissance d'un modèle », *Revue d'histoire de l'enfance « irrégulière »*, 3, 2000
- Charles KLEIBER, (éd.), *La psychiatrie publique vaudoise: situation actuelle et évolutions possibles*, Lausanne, Service de la santé publique et de la planification sanitaire, 1984
- Robert LAFON, *Psycho-pédagogie médico-sociale*, Paris, PUF, 1950
- Anne MULLER, Christine RUDAZ, *Relations entre les parents et l'équipe du « Bercaïl » selon l'avis des parents, des enfants et des membres de l'équipe*, Travail de diplôme, Institution d'études sociales, Genève, et École d'études sociales et pédagogiques, Lausanne, 1983
- Annick OHAYON, *Psychologie et psychanalyse en France. L'impossible rencontre (1919-1969)*, Paris, La Découverte, 2006
- Annick OHAYON, « La psychologie clinique en France. Éléments d'histoire », *Connexions*, 85, 2006b
- Claude PAHUD, « Les problèmes de la rééducation », dans: Jacques BERGIER *et al.* (éds), *Soucis d'enfants. Nouveau guide psychologique de l'éducation*, Lausanne, Éditions Rencontre, 1957
- Vincent PIDOUX, « Expérimentation et clinique électroencéphalographique entre physiologie, neurologie et psychiatrie (Suisse, 1935-1965) », *Revue d'histoire des sciences*, 63, 2010
- André REPOND, « Freud et la psychiatrie infantile », *Journal de psychiatrie infantile*, 3, 1936a
- André REPOND, « Les tendances actuelles de la psychiatrie en Suisse », *Annales médico-psychologiques*, 94, 1936b
- André REPOND, « Les progrès du traitement des maladies nerveuses et mentales », *La gazette de Lausanne*, 15 juin 1938
- André REPOND, « L'hygiène mentale et l'application du Code pénal suisse, en particulier du Code des mineurs. Allocution présentée lors de la Réunion du comité national suisse d'hygiène mentale à Berne le 11 avril 1943 », *Revue suisse d'hygiène*, 23, 1943
- André REPOND, « Quelques remarques sur le développement de la psychothérapie infantile », *Journal de psychiatrie infantile*, 14, 1947
- Martine RUCHAT, *Inventer les arriérés pour créer l'intelligence: l'arriéré scolaire et la classe spéciale: histoire d'un concept et d'une innovation psychopédagogique, 1874-1914*, Berne, Peter Lang, 2003
- Martine RUCHAT, « Observer et mesurer: quelle place pour l'infans dans le diagnostic médico-pédagogique? 1912-1958 », *Revue d'histoire de l'enfance « irrégulière »*, 11, 2009
- Andrea STECK, « Avant-propos », François Ansermet, Giorgio INNOCENTI, Andreas et Barbara STECK (éds), *Psyché et cerveau*, Lausanne, Éditions Payot, 1993

Marie TAVERA, Vincent BARRAS, *L'Hôpital de l'Enfance. Histoire d'une institution pionnière de la pédiatrie en suisse*, Lausanne, Éditions BHMS, 2011

Moritz TRAMER, « Le premier congrès international de psychiatrie infantile », *Journal de psychiatrie infantile*, 4, 1937

Isabelle DE VARGAS, *Le placement familial des enfants difficiles*, mémoire de diplôme réalisé à l'École de travail social, Genève, 1956

Maurice VEILLARD, *Pourquoi a-t-on créé des tribunaux de l'enfance?*, Lausanne, 1949

Maurice VEILLARD, « La prévention de la délinquance juvénile », Extrait du *Bulletin de l'Union des sociétés de patronage de France*, Melun, 1954

Maurice VEILLARD, « L'enfant et la loi », dans: Jacques BERGIER *et al.* (éds), *Soucis d'enfants. Nouveau guide psychologique de l'éducation*, Lausanne, Éditions Rencontre, 1957

Maurice VEILLARD, « *Crapauds de gamins* »: notes d'un juge de l'enfance (1942–1977), Lausanne, Éditions d'En-Bas, 2007

« Vœux du 3^e congrès de l'Association internationale des juges d'enfants, à Liège, 1950 », dans: Maurice VEILLARD, *Les tribunaux de l'enfance et leurs services auxiliaires en Suisse*, Lausanne, 1951

Jean-Marie VEYA, *Lieux, art et procédés de l'enseignement aux élèves anormaux, dans les classes spéciales vaudoises (1865–1950)*, Thèse en sciences de l'éducation, Université de Genève, 1998

Jean WINTSCH, « Le dépistage précoce des oligophrènes », *Journal de psychiatrie infantile*, 1, 1934

Jean WINTSCH, « Le dessin comme témoin du développement mental », *Journal de psychiatrie infantile*, 2, 1935

Jean WINTSCH, « Les enfants instables », *Journal de psychiatrie infantile*, 8, 1941

Jean WINTSCH, « Les enfants inadaptés, insociables », *Revue suisse d'hygiène*, 9, 1942.

DOCUMENTS VIDÉO

André ANTONIADIS, Pierre-Alain BARBEZAT, André BÉDAY, *OMPV un nouveau regard sur l'enfance et ses problèmes*, n° 1, DVD, Lausanne, EESP et SPAV, 1997

Jean MAYERAT, Willy ROHRBACH, René Henny, VHS, Yverdon-les-Bains, Plans Fixes, 1991.

ANNEXES

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AI	Assurance invalidité
ACV	Archives cantonales vaudoises
AREJI	Association romande des éducateurs de jeunes inadaptés
AVOP	Association vaudoises des œuvres privées pour enfants et adolescents
CHUV	Centre hospitalier universitaire vaudois
CCN-P	Consultation commune neuropédiatrie-pédopsychiatrie
CIM	Classification internationale des maladies (élaborée par l'Organisation mondiale de la santé)
CPM	Chambre pénale des mineurs (devient chambre des mineurs: CM)
CPT	Centre psychothérapeutique pour enfants
CTJ	Centre thérapeutique de jour
DJP	Département de justice et police
DIP	Département de l'instruction publique
DPP	Département de pédopsychiatrie (Hôpital de l'Enfance)
DSM	Manuel diagnostique et statistique (publié par la Société américaine de psychiatrie)
EESP	École d'études sociales et pédagogiques de Lausanne

EPFL	École polytechnique fédérale de Lausanne.
ESSP	École des sciences sociales et politiques
FHEL	Fondation de l'Hôpital de l'Enfance de Lausanne
FMH	Fédération des médecins suisses
HEL	Hôpital de l'Enfance de Lausanne
OCM	Office cantonal des mineurs
OMPV	Office médico-pédagogique vaudois
SES	Service de l'enseignement spécialisé
SSP	Service de la santé publique
SESAP	Service de l'enseignement spécialisé et de l'appui à la formation
SPAV	Service pédagogique audiovisuel
SUPEA	Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent
TED	Troubles envahissants du développement
THADA	Troubles hyperactifs avec déficit de l'attention

CHRONOLOGIE

1861	Création de l'Hospice de l'Enfance.
1888	Le Grand Conseil vaudois vote la loi sur l'assistance publique et la protection de l'enfance qui régit la prise en charge

- | | | | |
|------|--|-----------|--|
| | et l'éventuel placement des enfants déshérités et qui prévoit la création de l'Institution cantonale en faveur de l'enfance malheureuse et abandonnée. | | |
| 1883 | La Municipalité de Lausanne crée un poste de médecin des écoles. | | |
| 1889 | Adolphe Combe est nommé médecin scolaire. | | |
| 1895 | La Municipalité de Lausanne ouvre les premières classes spéciales. | | |
| 1906 | La loi cantonale sur l'instruction publique prévoit un enseignement spécial pour les enfants « arriérés ». | | |
| 1911 | Le Grand Conseil adopte une loi sur l'éducation des enfants arriérés. | | |
| 1912 | Sœur Claire Frommel prend la direction de l'Hospice de l'Enfance. | | |
| 1930 | Création de l'Office médico-pédagogique valaisan à Malévoz. | | |
| 1931 | Jean Wintsch est nommé médecin scolaire. | | |
| 1934 | Parution du premier numéro du <i>Journal de psychiatrie infantile</i> . | | |
| 1934 | Création du Secrétariat pour la protection des mineurs au sein du DJP. | | |
| 1936 | Lucien Bovet est nommé sous-directeur de l'hôpital de Cery (il reste en poste jusqu'en 1942). | | |
| 1937 | Le premier congrès de psychiatrie infantile se tient à Paris. | | |
| 1938 | Antoine Vodoz, nommé Conseiller d'État, prend la direction du DJP. | | |
| 1938 | Le Bercaïl ouvre ses portes. | | |
| 1941 | Antoine Vodoz est appelé à siéger au sein du comité de l'Hospice de l'Enfance. | | |
| | | 1941-1942 | Entrée en vigueur de la nouvelle juridiction pénale des mineurs. |
| | | 1941-1942 | Création de l'Office cantonal des mineurs et de la Chambre pénale des mineurs dont Maurice Veillard prend la présidence. |
| | | 1942 | Lucien Bovet prend la direction de l'OMPV nouvellement créé. |
| | | 1945 | Décès d'Antoine Vodoz. |
| | | 1946 | Jacques Bergier est nommé médecin adjoint de l'OMPV. |
| | | 1949 | Georges Heuyer est nommé professeur de neuropsychiatrie infantile à Paris. |
| | | 1951 | Lucien Bovet décède dans un accident de voiture. |
| | | 1951 | Jacques Bergier est nommé directeur de l'OMPV tandis que René Henny devient médecin assistant. |
| | | 1954 | La pédopsychiatrie devient une spécialité FMH. |
| | | 1954 | Ouverture de l'école pour éducateurs spécialisés (École Pahud). |
| | | 1956 | René Henny est nommé médecin chef à l'OMPV. |
| | | 1957 | Création du Service de l'enfance au sein du Département de l'intérieur. |
| | | 1957 | Création de l'Association romande des éducateurs de jeunes inadaptés (AREJI). |
| | | 1960 | Mise en place de l'Assurance invalidité. |
| | | 1962 | Adoption d'une convention collective de travail pour le secteur de l'éducation spécialisée. |
| | | 1965 | L'Hospice de l'Enfance devient l'Hôpital de l'Enfance. |

- 1967 René Henny est nommé privat-docent à la Faculté de médecine de l'Université de Lausanne.
- 1968 Jacques Bergier quitte la direction du Service de l'enfance et commence à enseigner à l'École des sciences sociales et politiques.
- 1969 Le Bercaïl et l'OMPV intègrent leurs nouveaux locaux sur le site de l'Hôpital de l'Enfance.
- 1970 L'Hôpital de jour ouvre ses portes. La direction en est confiée à Walter Bettschart.
- 1970 L'OMPV rejoint le Service de la santé publique alors que le Service de l'enfance devient le Service de protection de la jeunesse et rejoint le Département de la prévoyance sociale et des assurances.
- 1971 À la suite du départ de Louise Wille, Christiane Wayss prend la direction du Bercaïl.
- 1973 René Henny est nommé professeur extraordinaire de pédopsychiatrie à la Faculté de médecine de l'Université de Lausanne.
- 1979 L'OMPV devient le SUPEA.
- 1983 Jacques Bergier quitte le Bercaïl et est remplacé par Catherine Ducommun.
- 1984 Walter Bettschart est nommé professeur ordinaire de psychiatrie infantile.
- 1985 Création de l'Unité de pédopsychiatrie dirigée par François Ansermet.
- 1986 Marian Janckech succède à Catherine Ducommun à la direction médicale du Bercaïl.
- 1987 Le Bercaïl, l'Hôpital de jour et l'Unité de pédopsychiatrie forment la Division de pédopsychiatrie (DPP), dirigée par François Ansermet.
- 1990 Inauguration de l'Unité de pédopsychiatrie et du Centre de soins.
- 1994 François Ansermet est nommé professeur associé à la Faculté de médecine de l'Université de Lausanne.
- 1999 La réorganisation des structures psychiatriques de l'Hôpital de l'Enfance donne naissance au Centre psychothérapeutique pour enfants (CPT).
- 2000 Olivier Halfon est nommé professeur de pédopsychiatrie à la Faculté de médecine de l'Université de Lausanne, et chef du Service universitaire de pédopsychiatrie du CHUV.
- 2010 Au CPT, l'on préfère, à une double direction (médicale et pédagogique), une direction institutionnelle unique confiée à Pierre-André Duc, puis, dès 2013, à Pierre Sterckx.

- *Les mots du corps. Expérience de la maladie dans des lettres de patients à un médecin du 18^e siècle: Samuel Auguste Tissot*
S. PILLOUD avec une préface d'O. FAURE, XVIII et 374 p., 2013
- *Le compas & le bistouri. Architectures de la médecine et du tourisme curatif: l'exemple vaudois (1760–1940)*
D. LÜTHI avec une préface d'A.-M. CHÂTELET, XXII et 548 p., 2012
- *Body, Disease and Treatment in a Changing World. Latin texts and contexts in ancient and medieval medicine (Proceedings of the ninth International Conference "Ancient Latin Medical Texts", Hulme Hall, University of Manchester, 5th–8th September 2007)*
D. LANGSLOW and B. MAIRE (eds), XVIII et 404 p., 2010
- *Anatomie d'une institution médicale. La Faculté de médecine de Genève (1876–1920)*
Ph. RIEDER, XII et 392 p., 2009
- *Le style des gestes. Corporéité et kinésie dans le récit littéraire*
G. BOLENS avec une préface d'A. BERTHOZ, XIV et 156 p., 2008
- *La médecine dans l'Antiquité grecque et romaine*
H. KING et V. DASEN, XII et 130 p., ill. et dessins n/b, 2008
- *L'ombre de César. Les chirurgiens et la construction du système hospitalier vaudois (1840–1960)*
P.-Y. DONZÉ avec un avant-propos de J. V. Pickstone, XX et 369 p., 2007
- *Medicina, soror philosophiae. Regards sur la littérature et les textes médicaux antiques (1975–2005)*
Textes réunis et édités par B. MAIRE, Préface de J. Pigeaud
Ph. MUDRY, XXIV et 545 p., 2006
- *Bâtir, gérer, soigner – Histoire des établissements hospitaliers de Suisse romande*
P.-Y. DONZÉ, 388 p., 33 ill. n/b, 2003
- *Visions du rêve*
Sous la direction de V. BARRAS, J. GASSER,
Ph. JUNOD, Ph. KAENEL et O. MOTTAZ, 288 p., 2002

- *Rejetées, rebelles, mal adaptées – Débat sur l'eugénisme – Pratique de la stérilisation non volontaire en Suisse romande au XX^e siècle*
G. HELLER, G. JEANMONOD et J. GASSER, 2002
- *Médecins voyageurs – Théorie et pratique du voyage médical au début du 19^e siècle*
D. VAJ, 348 p. 150 ill. n/b, 2002
- *La médecine à Genève jusqu'à la fin du 18^e siècle*
L. GAUTIER, 746 p., 11 ill., 2001
- *L'avènement de la médecine clinique moderne en Europe 1750–1815 – Politique, institutions et savoirs*
O. KEEL, 544 p., 2001
- *Soigner et consoler – La vie quotidienne dans un hôpital à la fin de l'Ancien Régime (Genève 1750–1820)*
M. LOUIS-COURVOISIER, 336 p., 2000
- Gabriel Tarde, « *Sur le sommeil ou plutôt sur les rêves* ». *Et autres textes inédits*
Édités par J. CARROY et L. SALMON, VIII et 228 p., index, 2009
- *Se soigner par les plantes. Les « Remèdes » de Gargile Martial*
B. MAIRE avec un avant-propos de K. Hostettmann et un dossier iconographique par M. FUCHS, XXXVI et 136 p., 2007
- *La formation des infirmiers en psychiatrie. Histoire de l'école cantonale vaudoise d'infirmières et d'infirmiers en psychiatrie 1961–1996 (ECVIP)*
J. PEDROLETTI, VIII et 231 p., 2004

**Hors
série**

**Sources
en perspective**

- *75 ans de pédopsychiatrie à Lausanne. Du Bercail au Centre psychothérapeutique*
T. GARIBIAN, avec un avant-propos de J.-M. HENNY, une préface de François ANSERMET et une postface d'Olivier HALFON et Philippe NENDAZ, XVIII et 130 p., 2015
- *L'usage du sexe. Lettres au D^r Tissot, auteur de « L'Onanisme » (1760)*
Essai historiographique et texte transcrit par P. SINGY, X et 278 p., glossaire, 2014
- *Migration et système de santé vaudois, du 19^e siècle à nos jours*
T. GARIBIAN & V. BARRAS, XVI et 72 p., 2012
- *Samuel Auguste Tissot, De la Médecine civile ou de la Police de la Médecine*
Édité par M. NICOLI avec une introduction de D. TOSATO-RIGO et M. NICOLI, LXX et 160 p., fac-similé, glosaire, index, 2009
- *L'Hôpital de l'Enfance de Lausanne. Histoire d'une institution pionnière de la pédiatrie suisse*
M. TAVERA & V. BARRAS, XII et 188 p., 2011

e-Book-BHMS et base de données

À paraître

- *L'imprimé scientifique. Enjeux matériels et intellectuels*
édité par M. NICOLI, x et 186 p., e-Book-BHMS_3, 2014
- *Archives du corps et de la santé au 18^e siècle: les lettres de patients au D^r Samuel Auguste Tissot (1728-1797)*
S. PILLOUD, M. LOUIS-COURVOISIER et V. BARRAS, 2013
Base de données en ligne: www.chuv.ch/iuhmsp/ihm_bhms
- *Documenter l'histoire de la santé et de la maladie au siècle des Lumières: les consultations épistolaires adressées au D^r Samuel Auguste Tissot (1728-1797)*
S. PILLOUD, 50 p., e-Book-BHMS_2, 2013
- *Maladies en lettres, 17^e-21^e siècles*
Sous la direction de V. BARRAS et M. DINGES, 266 p., e-Book-BHMS_1, 2013
Série *Bibliothèque d'histoire de la médecine et de la santé*
- *Entre neurosciences, médecine et culture: comment expliquer l'action humaine*
R. SMITH
Série *Bibliothèque d'histoire de la médecine et de la santé*
- *Genèse de la gymnastique. Usages médicaux du mouvement (1817-1847)*
G. QUIN
Série *Bibliothèque d'histoire de la médecine et de la santé*

bhms@chuv.ch

www.chuv.ch/iuhmsp/ihm_bhms

Cercle des lecteurs et des lectrices des Editions BHMS:

http://files.chuv.ch/internet-docs/ihm/ihm_cerclebhms.pdf

cartes_BHMS

- *Fleurs animées & Flore médicale*
Douze cartes A5 (15 x 21 cm), cartes_BHMS 1, 2012

Achevé d'imprimer en octobre 2015
Dépôt légal : octobre 2015

En 1938 s'ouvre à Lausanne une institution psychiatrique pionnière dévolue aux enfants : Le Bercail. Sa création témoigne de la volonté d'offrir une prise en charge spécifique en réunissant une multiplicité de professionnels : éducateur/trice, médecin, assistant-e social-e, psychologue... L'histoire de cette institution, devenue le Centre psychothérapeutique, témoigne non seulement de l'évolution de la pédopsychiatrie comme spécialité médicale, mais également de la complexité des liens entretenus entre les sphères pénale, éducative et médicale, du souci de l'enfance en difficulté au sein de notre société.



Taline Garibian, *historienne, titulaire d'une maîtrise de la Faculté des lettres de l'Université de Genève, est chargée de recherche et doctorante à l'Institut universitaire d'histoire de la médecine et de la santé publique, CHUV-Université de Lausanne.*



ISBN : 978-2-940527-01-4

26 €