

P. NOBÉCOURT & L. BABONNEIX

LES ENFANTS  
ET  
LES JEUNES GENS  
ANORMAUX

---

ASSISTANCE, HYGIÈNE  
ÉDUCATION

---

AVEC LA COLLABORATION DE MM.  
J. DUBLINEAU H. M. FAY R. LEVENT  
L. MICHAUX & J. SIGWALD

---

MASSON & Cie

LES ENFANTS  
ET  
LES JEUNES GENS  
- ANORMAUX -

---

F13I53

P. NOBÉCOURT ET L. BABONNEIX



DES MEMES AUTEURS  
A LA MEME LIBRAIRIE

# LES ENFANTS ET LES JEUNES GENS ANORMAUX

ASSISTANCE, HYGIÈNE,  
ÉDUCATION

AVEC LA COLLABORATION DE MM.  
J. DUBLINEAU H. M. FAY R. LEVENT  
L. MICHAUX & J. SIGWALD

- TRAITÉ DE MÉDECINE DES ENFANTS, publié sous la direction de P. NOBÉCOURT et L. BABONNEIX, 1934. Cinq volumes formant 4896 pages avec 1521 figures et 8 planches en couleurs.
- CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS, par P. NOBÉCOURT, 1927-1936. 11 volumes d'environ 400 pages chacun avec figures.
- PRÉCIS DE MÉDECINE DES ENFANTS, par P. NOBÉCOURT. Sixième édition refondue, 1939. (*Collection de Précis médicaux*).
- HYGIÈNE SOCIALE DE L'ENFANCE, par P. NOBÉCOURT et G. SCHREIBER, 1921. Un volume de 600 pages avec 129 figures.
- CONFÉRENCES PRATIQUES SUR L'ALIMENTATION DES NOURRISSONS, par P. NOBÉCOURT. 3<sup>e</sup> édition revue et augmentée, 1922. Un volume de 318 pages.
- THÉRAPEUTIQUE HYDRO-CLIMATOLOGIQUE EN PÉDIATRIE, par P. NOBÉCOURT et G. BOULANGER-PILET, 1933. Un volume de 195 pages.
- PRÉCIS DE THÉRAPEUTIQUE INFANTILE : *Médications, traitements, régimes*, par L. BABONNEIX, 1932. Un volume de 508 pages avec 56 figures. (*Collection de Précis médicaux*).
- LES RÉGIMES CHEZ L'ENFANT, par L. BABONNEIX, 1932. Un volume de 608 pages.
- ACTUALITÉS INFANTILES. *Leçons faites à l'hôpital Saint-Louis (Annexe Grancher)*, sous la direction de L. BABONNEIX, 1932. Un volume de 288 pages avec 53 figures.
- SYPHILIS HÉRÉDITAIRE DU SYSTÈME NERVEUX, par L. BABONNEIX, 1930. Un volume de 432 pages avec 54 figures.

MASSON & C<sup>IE</sup> EDITEURS  
LIBRAIRIES DE L'ACADEMIE DE MEDECINE  
120, Boulevard Saint-Germain, 120 — PARIS-VI<sup>e</sup>  
1939

Tous droits de reproduction,  
de traduction et d'adaptation réservés  
pour tous pays

---

(Printed in France)

*PREMIERE PARTIE*

ANORMAUX PSYCHIQUES  
HYGIÈNE ET ASSISTANCE

---

## LES ANOMALIES MENTALES CHEZ L'ENFANT HYGIÈNE ET ASSISTANCE

---

### INTRODUCTION

par L. BABONNEIX

Rien d'instructif comme l'étude de la manière dont, au cours des siècles, a été comprise la conduite à tenir envers les infirmes.

Jadis on les abandonnait à leur sort, quand on ne les faisait point périr, dès leur naissance, par le fer, par le feu ou par l'eau. Les Spartiates se sont acquis une triste réputation en jetant à l'Eurotas les nouveau-nés malingres dont on pouvait craindre que, devenus grands, ils ne fussent pas capables de porter les armes.

A ces temps barbares en ont succédé d'autres où, sous l'influence de l'Eglise, les mœurs se sont adoucies (1) : on a alors tenté de mettre en pratique « le plus grand Commandement de la Loi chrétienne », le *Commandement de charité* (2), que le Christ a formulé en ces termes : « Tu aimeras ton prochain comme toi-même », et les idées d'assistance ont commencé à pénétrer dans les esprits.

Assistance singulièrement rudimentaire au début ! Songez à quoi

---

(1) Cf. Albert MALET, *Le moyen âge et le commencement des temps modernes*, Paris, s. d., in-18, 15<sup>e</sup> édition, p. 54. — On trouve dans le *Dictionnaire Littré*, Paris, 1876, III, in-4<sup>o</sup>, p. 91, des exemples d'assistance datant des IX<sup>e</sup>, XII<sup>e</sup> et XIII<sup>e</sup> siècles.

Le premier est représenté par ce vers de Lemierre, relatif à Charlemagne :

« A l'indigence infirme ouvrir des hospices ».

Le second, par cette phrase de St-Alexis : « Tut soie anferm (bien que je sois infirme), si m' pais (nourris-moi) por sue amor (pour l'amour de Dieu) (XLIV).

Le troisième, par une citation de St-Bernard (526) : « Et si le Christ atempra sa clarteit als oylz (aux yeux) qui estoient enfarm ».

(2) *Evangile selon St-Mathieu*, XXII, 39. Cf. aussi *Evangile selon St-Jean*, XIII, 34. Les théologiens observent que ce Commandement se trouve déjà dans la Bible (*Lévitique* XIX, 18).

elle se bornait pour les infirmes de l'intelligence. Tant mieux pour ceux qui, en raison de leurs réparties piquantes, étaient attachés à quelque cour en qualité de *bouffons* ou de *fous du roi* ! Tant mieux pour ceux auxquels leur « brièveté de pensée » n'aurait jamais permis de se tirer d'affaire si leur bonne étoile ne les avait guidés vers une maison où, par leur seule présence, ils assuraient, ainsi qu'en témoigne la touchante légende de *l'Arlésienne*, le bonheur de leurs hôtes ! Pour les autres, lorsqu'on les avait hébergés et nourris, lorsqu'on les avait préservés de tous sévices, on se croyait quitte avec eux. Quant aux infirmes du caractère, ils étaient considérés comme des vicieux capables des pires forfaits et qu'il fallait, à tout prix, empêcher de nuire. Ce but était-il atteint à grand renfort de mesures punitives et coercitives : châtiments, prison, hard labour, la société s'estimait satisfaite. N'avait-elle pas le droit de se défendre aussi bien contre les *bêtes humaines* que contre les autres ?

Ce n'est plus ainsi que nous procédons. Les méthodes qui, tant d'années, ont prévalu, nous semblent aujourd'hui insuffisantes et inhumaines. *Insuffisantes*, parce qu'elles n'établissent aucune différence entre les arriérés *perfectibles* et les *imperfectibles* et que, si elles conviennent à ceux-ci, dont les jours se partagent entre le lit et la chaise percée, elles ne fournissent à ceux-là aucun moyen de s'évader du néant auquel elles les condamnent à perpétuité. Or nombre d'entre eux peuvent, si on sait les prendre, si, dans leur éducation, on fait preuve des qualités indispensables : douceur, dévouement, « longue patience », si on leur trouve une occupation appropriée, rendre des services à la communauté et à eux-mêmes. *Inhumaines*, parce qu'à les méditer, on s'explique mieux le fameux adage : *Summum jus, summa injuria*. Les délinquants n'étant responsables ni de leur hérédité, ni du milieu dans lequel ils ont vécu, il est criminel de les traiter en criminels. Ce sont des malades qu'il faut soigner et, si possible, guérir. Cessons donc d'employer la force avec eux. A la violence substituons la clémence, à la brutalité l'affabilité, à la contrainte des corps l'étreinte des cœurs. Ne manquons pas, toutes les fois que nous abordons ces infortunés, de

Repousser des autels, que leur pied déshonore,  
La vengeance et l'injure aux portes des enfers (1).

Efforçons-nous de leur apprendre un métier, de les diriger dans la voie du bien, de leur enseigner, par l'exemple encore plus que par la parole, les notions essentielles de morale. Ne voyons plus en eux une *enfance coupable*, mais une *enfance malheureuse* sur laquelle

(1) LAMARTINE, A Némésis, *Recueils poétiques*, Paris, s. d., in-18, p. 322.

doivent se pencher avec tendresse tous ceux qu'émeut le spectacle de la souffrance. Tâche grandiose que, la première, la France a entreprise dès le XVIII<sup>e</sup> siècle, avec l'Abbé de l'Épée, puis, au XIX<sup>e</sup>, avec Itard, Seguin, Bourneville, au commencement du XX<sup>e</sup>, avec Binet et Simon, P. Boncour, que la Belgique a continuée, en 1857, avec l'installation des Frères de la Charité, à l'hôpital Guislain, à Gand et qui, déjà, a donné, dans la majorité des pays, des résultats d'un intérêt capital. Les recherches combinées des médecins, des biologistes, des juristes et des administrateurs n'ont-elles pas contribué à créer une science qui, elle aussi, a ses spécialistes, ses périodiques, ses Congrès (1) ? N'ont-elles pas abouti à l'organisation de ces *Tribunaux pour enfants* dont les jugements s'inspirent de la belle image du poète anglais pour qui *la pitié est la vertu des lois* (2). Sans doute, s'est-on parfois demandé (3) s'il ne vaudrait pas mieux réserver aux enfants sains quelques-uns des millions qu'on dépense pour améliorer la condition de sujets dont le rendement social reste, malgré tout, médiocre. A l'époque où cette objection a été formulée, l'assistance à l'enfance malheureuse n'existait pour ainsi dire pas. A l'heure actuelle, elle est en plein essor. Ne serait-il pas imprudent de lui rogner les ailes sous prétexte qu'il y a, parmi ses ressortissants, des laissés pour compte de l'intelligence et quelques gredins ? Imprudent et peu généreux ! Ne priverait-on pas ainsi la plupart des autres des secours tout puissants qu'elle leur apporte ? Et n'est-ce pas l'occasion de répéter, avec Guermontprez : *Aux plus déshérités, le plus d'amour* ?

Dû à la précieuse collaboration de MM. J. Dublineau, M. H. Fay, R. Levent, L. Michaux et J. Sigwald, le présent article est divisé en quatre parties :

*Généralités ;*

*Troubles de l'intelligence ;*

*Troubles du caractère ;*

*Délinquance infantile et juvénile.*

Partout, nous avons réduit au minimum les notions cliniques et thérapeutiques, renvoyant aux articles de MM. G. Heuyer et Gilbert Robin (4) le lecteur qui désirerait en avoir l'exposé détaillé, pour nous occuper exclusivement d'hygiène et d'assistance.

(1) Le premier *Congrès de psychiatrie infantile* a tenu ses assises à Paris en juillet-août 1937, sous la présidence du Dr G. HEUYER.

(2) SHAKESPEARE, *Timon d'Athènes*, acte III, scène VII.

(3) Ph. CHASLIN et L. ROUSSEAU, *Idiotie, imbecillité, débilité mentale, Traité des maladies des enfants*, Paris, 1905, in-8°, IV, p. 240.

(4) G. HEUYER et Gilbert ROBIN, *Psychiatrie, Traité de médecine des enfants*, Paris, 1934, in-8°, IV, p. 839-954.

*PREMIERE SECTION*

ÉTIOLOGIE  
ET PROPHYLAXIE GÉNÉRALES

par L. BABONNEIX, R. LEVENT ET J. SIGWALD

CAUSES CAPABLES DE TROUBLER  
LE DEVELOPPEMENT DE L'INTELLIGENCE  
ET DU CARACTERE

Nous les classerons par ordre chronologique, non sans faire observer, une fois pour toutes, que :

1° elles peuvent associer leurs effets : alcoolisme et syphilis, tares héréditaires et tuberculose, par exemple;

2° leur action est d'autant plus considérable qu'elles interviennent plus tôt;

3° contrairement à ce que l'on pourrait croire, ce ne sont pas toujours les infections aiguës ou les intoxications sévères qui entrent en jeu, leur aboutissant habituel étant l'avortement. Beaucoup plus importantes sont les infections ou intoxications de gravité moyenne, et qui, de ce fait, durent assez pour permettre à la grossesse d'arriver à terme ou presque.

## CHAPITRE PREMIER

## CAUSES ANTERIEURES A LA CONCEPTION

par L. BABONNEIX, R. LEVENT et J. SIGWALD

- I. — *Infections chroniques*, par L. BABONNEIX et R. LEVENT.  
Relations de la *tuberculose* avec la *démence précoce*.  
*Syphilis*. Ses divers modes d'action. Ses conséquences : *encéphalopathies infantiles*; *syphilis larvée*; *syphilis ultra-tardive*.
- II. — *Intoxications chroniques*.  
Alcoolisme, cocaïne, opiacés, saturnisme.
- III. — *Troubles de la nutrition*, par L. BABONNEIX et R. LEVENT.  
Diabète, Arthritisme.
- IV. — *Carences diverses*, par L. BABONNEIX et R. LEVENT.
- V. — *Psychopathies*, par L. BABONNEIX et J. SIGWALD.  
*Le rôle de l'hérédité dans certaines psychopathies*.  
Débilité mentale avec idiotie.  
Démence précoce.  
Psychose maniaque dépressive.  
Chorée de Huntington.  
*La théorie de la dégénérescence de Morcl.*

« Les parents ont mangé des raisins verts et les dents des enfants en ont été agacées », disait la Bible, exprimant d'une manière imagée une théorie fondée sur l'observation commune et que les études biologiques les plus récentes n'ont pu que confirmer.

I. — INFECTIONS CHRONIQUES <sup>(1)</sup>

Ce sont la *blennorrhagie*, le *paludisme*, et, surtout, la *tuberculose* et la *syphilis*.

(1) Article rédigé par MM. L. BABONNEIX et R. LEVENT.

*La blennorrhagie chronique* semble agir par les lésions chroniques de l'appareil génital maternel : encore faut-il que ces lésions ne soient pas un empêchement à la fécondation : c'est dire que, somme toute, son influence est assez réduite.

Mêmes réflexions en ce qui concerne le *paludisme*, cause possible d'accouchements prématurés (Pasquali) et qui, par là même, pourrait entraver le développement du système nerveux.

*La tuberculose* peut intervenir de diverses façons.

Tantôt, un bacille de Koch virulent passe de la mère au fœtus, par l'intermédiaire du placenta.

Tantôt, ce sont, non le bacille, mais ses formes filtrantes (Fontès, 1910, Vaudremer, 1922, E. Sergent, H. Durand, Kourilsky, Benda, 1926 à 1928) qui sont les agents de l'infection.

Tantôt, il faut incriminer l'action dystrophifiante qu'exerce la tuberculose, et qui peut s'exercer sur le système nerveux comme sur tout autre appareil.

Tantôt, enfin, ce sont les toxines bacillaires qui semblent entrer en jeu.

De ces divers mécanismes, le premier est exceptionnel, les autres encore discutés. Et pourtant, la tuberculose joue sans doute un rôle dans le développement de certaines psychoses de l'adolescence. C'est ce que montre l'exemple de la *démence précoce*. Depuis longtemps, on savait que les déments précoces succombent habituellement à la tuberculose; on n'ignorait pas, non plus, l'alternance en vertu de laquelle ils font, au cours de leur maladie, des poussées évolutives pendant lesquelles s'améliorent leurs troubles psychiques, ceux-ci reprenant dès que celles-là sont terminées.

H. Claude, Dublineau, Borel et Rouard, reprenant, en 1934, cette question, qui, jadis, avait déjà retenu l'attention de plusieurs auteurs, (Privat de Fortuné et Gerner, Blumenfeld, etc.), se sont efforcés de préciser les rapports de la tuberculose avec diverses affections mentales, y compris la *démence précoce*. Parmi les 174 sujets de Privat de Fortuné et de Gerner, 126 avaient des antécédents bacillaires (soit 72,4 %), 50, dans leur passé personnel; 11, chez leurs parents; chez 65, existaient des antécédents personnels et héréditaires (soit 51,5 %). Chez l'homme, Claude, Dublineau, Borel et Rouard ont trouvé une tuberculose certaine dans les antécédents de 12 malades sur 54 atteints de *démence précoce* (17), de *délire chronique* (11), de *paralysie générale* (24), de *psychose maniaque dépressive* (2), soit dans 22,2 % des cas. Chez la femme, sur 6 *démences précoces* de types divers, ils ont trouvé la tuberculose 2 fois dans les antécédents héréditaires, 2 fois dans les antécédents héréditaires et personnels et

1 fois dans les antécédents personnels; dans des états morbides voisins de la schizophrénie, pour 6 cas, 2 fois dans les antécédents héréditaires et personnels à la fois, et 1 fois dans les antécédents héréditaires; dans 18 cas de schizophrénie, 4 fois dans les antécédents héréditaires, et 2 fois dans les antécédents à la fois héréditaires et personnels.

Les mêmes auteurs constatent que, lorsqu'il s'agit d'autres psychoses, la proportion des antécédents héréditaires tuberculeux s'abaisse très sensiblement. 39 cas de délires divers ne fournissent que 4 fois des antécédents héréditaires et 1 fois des antécédents personnels; la proportion est moindre encore dans la paralysie générale et dans d'autres affections mentales. Ils arrivent, au contraire, pour 30 sujets atteints d'états aigus ou subaigus récents paraissant évoluer vers la démence précoce, soit encore de schizophrénie, à trouver la tuberculose chez les sujets, chez leurs ascendants, chez leurs collatéraux, 5 fois sur 6 dans les états aigus ou subaigus comme dans l'hébéphrénie et dans l'hébéphrénocatatonie, 1 fois sur 2 dans la schizophrénie, 8 fois sur 39, dans d'autres affections mentales.

On peut donc admettre qu'il existe des relations étroites entre la tuberculose, tant héréditaire qu'acquise, et la démence précoce. Pourtant, comme l'a montré le regretté R. Mallet, la prédisposition familiale est indéniable, si bien que, dans le développement de cette affection, il faudrait faire intervenir et l'hérédité mentale et l'action prolongée d'une toxine bacillaire atténuée, choisissant, pour frapper l'organisme, l'époque de la puberté, où il est particulièrement vulnérable.

Plus important encore, peut-être, est le rôle de la *syphilis*. Entrevu par les vieux auteurs (Paracelse), il a été mis en évidence par l'école française : Fournier, Gaucher, Hutinel.

Que l'enfant soit contaminé par le père ou, plutôt, comme on tend à l'admettre aujourd'hui, uniquement par la mère, toutes les fois que l'infection est virulente et qu'elle n'a pas été traitée d'emblée, il y a bien des chances pour qu'elle trouble les fonctions des principaux appareils, et, en particulier, du système nerveux. Comment va-t-elle agir ?

De diverses manières.

Par l'intermédiaire de lésions spécifiques : artérites, gommés, etc., on en trouvera l'énumération dans le livre de l'un de nous (1) ;

Par la production de lésions banales, qui sont d'origine, mais non de nature syphilitique (parasyphilis d'A. Fournier);

Par l'apparition de malformations, celles-ci étant souvent dues au tréponème;

Par action dystrophique (V. Hutinel), la dystrophie pouvant porter, soit sur la totalité, soit seulement sur une partie du névraxe.

Quelles sont les conséquences cliniques de cette localisation du tréponème au système nerveux du fœtus ou du jeune enfant? Ici encore, plusieurs catégories de faits à envisager.

Le plus souvent, il s'agit d'*encéphalopathies infantiles*, caractérisées, ou par des syndromes moteurs, qu'ils soient représentés par des phénomènes spasmo-paralytiques : hémiparésie et diplégies infantiles, dont, surtout, la maladie de Little, par des mouvements involontaires : athétoso-chorée, convulsions, épilepsie, par des troubles du tonus : rigidité décérébrée, etc., ou par des syndromes sensoriels : atrophie optique, labyrinthite, soit par de l'hydrocéphalie, soit par des troubles portant sur l'intelligence et sur le caractère, soit, plus fréquemment encore, par des syndromes complexes, constitués, pour des parts inégales, par des perturbations à la fois psychiques et motrices. A l'origine de ces cas, sur lesquels a, depuis trente ans, insisté l'un de nous, il y a parfois, non seulement la syphilis congénitale, mais aussi les traumatismes subis par le crâne de l'enfant au moment de la naissance : il est vraisemblable, comme nous le dirons plus loin, que chacune de ces causes intervient en liaison avec l'autre : à celle-là, le rôle fragilisant, sensibilisant, à ceux-ci, le rôle occasionnel.

D'autres fois, la syphilis affecte, chez les parents et chez les enfants, le type *neurotrope*.

L'un de nous a vu, avec MM. J. Sigwald et Gisselbrecht, une petite fille atteinte, comme son père, de paralysie générale. Le Prof. P. Carnot et M. Dumont ont rapporté l'observation d'une famille où le père était mort, à 44 ans, de paralysie générale. Sept enfants : fille aînée tabétique; second enfant : cardiopathie congénitale; troisième et quatrième normaux; cinquième et sixième morts en bas âge; chez le dernier, hémiparésie infantile spécifique.

On trouvera, sur ce sujet, tous les détails voulus dans la thèse de M. Stérinos, inspirée par l'un de nous (Paris, 1929) et qu'il a consacrée à la descendance du tabétique.

D'autres fois encore, il s'agit de *syphilis larvée*, qui peut, elle-même, revêtir divers aspects.

Tantôt elle est précoce, ne se traduisant, en apparence, que par de la débilité congénitale ou par un état de prématurité (Ed. Lesné et Boutelier). Chez 49 % de ces sujets, on peut, dans les trois premiers mois, voir survenir des convulsions indépendantes de toute lésion spécifique appréciable (Heuyer et Longchamp); chez d'autres, ce qui domine, c'est un retard prolongé et manifeste du développe-

(1) L. BABONNETX, *Syphilis héréditaire du système nerveux*, Paris, 1929, in-8°, 432 p.

ment général, associé à un arrêt des fonctions psychiques et psychomotrices.

Tantôt, elle ne se manifeste qu'au cours de la seconde enfance : ce que l'on observe alors, ce sont des troubles purement fonctionnels : asthénie, débilité, anomalies intellectuelles ou caractérielles. Le Prof. Fournier a bien montré que « nombre d'états cérébraux de l'enfance » et de l'adolescence, vaguement rapportés à des méningites ou à des « encéphalites d'ordre commun, ressortissent en réalité à la syphilis » et ne sont rien autre que des manifestations plus ou moins tardives « d'une influence syphilitique héréditaire ». La conception de Fournier a été confirmée par tous ceux qui se sont occupés de la question et qui ont décrit, chez de tels sujets, tantôt une paraplégie spasmodique tardive (Marfan), tantôt de l'épilepsie, tantôt de l'atrophie optique (L. Babonneix, Hervaux), tantôt des manifestations de névrose ou de psychose (E. Apert).

Tantôt, enfin, les accidents sont plus tardifs encore (syphilis *ultra-tardive* de certains auteurs). Il est des cas où, faute d'un traitement effectué en temps opportun, ces accidents prennent les proportions de véritables calamités familiales. Parmi les nombreuses observations que l'un de nous a rassemblées sur le sujet, il en est une où, seul, le sixième enfant paraît à peu près normal, les cinq aînés ayant présenté, en plus des habituels stigmates, des troubles du développement et de graves anomalies, soit de l'intelligence, soit du caractère : paresse, bizarreries, instabilité, tendance aux violences, retard psychique. Dans un autre, 9 grossesses ont donné naissance à 6 fausses-couches : seuls, survivent un arriéré hydrocéphale, né avant terme, et deux autres enfants fugeurs ou épileptiques.

Il est des cas où la première génération qui naît d'un syphilitique paraît à peu près normale, mais, à la deuxième, apparaissent des tares qui font naître le soupçon et conduisent à dépister une spécificité méconnue. MM. H. Grenet et Pellissier, Mlle Laurent, entre autres, ont attiré l'attention sur ces faits et montré que les troubles observés dans ces cas sont purement d'ordre intellectuel ou caractériel. Nabarro signale des cas de neuro-syphilis de troisième génération. L'un de nous a eu, de même, l'occasion de voir deux enfants de 10 et de 11 ans, qui lui étaient amenés pour instabilité, paresse, inattention, tendance aux fugues, et dont la grand'mère paternelle avait, jadis, été soignée, par Charcot, pour syphilis héréditaire. Le père, examiné à diverses reprises, n'offrait aucun des signes cliniques, aucune des réactions sérologiques de la syphilis.

## II. — INTOXICATIONS CHRONIQUES

*L'alcoolisme* est, de toutes, la plus fréquente et l'opinion générale lui a toujours reconnu une influence néfaste.

Sollier, étudiant, en 1889, le rôle de l'hérédité dans l'apparition de l'alcoolisme, évaluait à 49,29 % les cas d'anomalies psychiques observées chez les descendants d'alcooliques; 24,30 % seulement, parmi les mêmes malades, pouvaient se réclamer d'une hérédité dissemblable. La disposition anormale est surtout nette à la première génération, mais peut, à son avis, se transmettre pendant plusieurs générations successives.

Bourneville, fouillant l'ascendance des idiots et des épileptiques, arrivait, en 1907, à trouver l'alcoolisme dans 40,1 % des cas, contre 43,5 % des cas pour toutes les autres causes possibles réunies. Tandis que l'alcoolisme paternel lui paraît jouer comme à Pohlisch (134), de beaucoup, le rôle principal puisqu'il représente, à lui seul, 35,3 % des cas, contre 3,2 % pour l'alcoolisme maternel et 1,6 % pour l'alcoolisme à la fois paternel et maternel, Sullivan met en cause l'alcoolisme maternel, facteur de lésions ovulaires (1900).

Dans des travaux expérimentaux qui font époque et qui confirment les idées de Dareste, Féré a montré que les produits d'œufs dans l'albume desquels a été introduite une faible quantité d'alcool sont le siège de malformations beaucoup plus fréquentes que celles que l'on observe chez les témoins. Il a constaté également qu'il suffit de maintenir sous cloche des œufs exposés à l'action d'essences diverses pendant un ou plusieurs jours avant l'incubation pour voir les produits présenter de fréquentes malformations des centres cérébrospinaux, ainsi qu'un ralentissement du développement.

Nicloux a montré, de son côté, la présence, à des taux sensiblement égaux, de l'alcool dans le sang de la mère et dans celui de l'enfant.

Il n'est donc pas étonnant qu'en de semblables conditions de milieu, les malformations soient fréquentes (Féré). Le même auteur rattache 22,70 % des convulsions du premier âge à l'influence de l'alcool, avec une mortalité de 6 %. Il admet aussi que 3,8 % des descendants d'alcooliques sont des débiles congénitaux. L'idiotie, la surdi-mutité, diverses vésanies relèvent, pour lui, de la même intoxication. Sur 21 descendants d'alcooliques, Bourneville comptait, au début de ce siècle, 24,18 % d'épileptiques et 7,40 % d'hystériques. Kolle, Ribemont-Dessaignes et Lepage arrivent à des conclusions analogues.

*L'influence de la cocaïne* est encore mal précisée. Un père cocaïnomanie a pu avoir un enfant bien portant d'une mère saine; la conception était consécutive à une période de sevrage. La tare paren-

tale n'est donc pas indélébile. L'influence du poison n'est cependant pas négligeable : dans ce cas, les enfants issus d'une mère cocaïnomanie étaient tous quatre tarés (tics, agitation choréiforme, énurésie nocturne, convulsions) (Apert). Marfan, sur 4 enfants nés d'un père cocaïnomanie, compte un enfant intellectuellement normal, mais physiquement chétif, et 2 idiots dont un microcéphale, tous deux conçus en plein cocaïnisme. Ainsi peut-on, jusqu'à plus ample informé, supposer que le rôle de la cocaïne et celui de la morphine sont assez comparables.

En ce qui concerne *les opiacés* et, en particulier *la morphine*, Pohlisch (1934) s'est attaché à confirmer et à préciser l'idée communément admise d'une influence de ces poisons sur la descendance de l'intoxiqué.

On connaît l'influence de l'opium sur l'organisme des fumeurs dans les pays où les fumeries sont répandues et celle qu'exerce la morphine sur l'état général des intoxiqués. Pour ce qui est de leur descendance, toujours assez réduite, les constatations sont moins précises et les effets neuro-psychiatriques, peu décrits. Souvent, les descendants de ces intoxiqués sont des psychopathes comme leurs parents, et Pohlisch a cherché à déterminer quelle était la part du toxique dans les anomalies observées.

Il a étudié la descendance de 132 pères morphinomanes, la conjointe étant normale; parmi ces géniteurs, la proportion des sujets psychiquement normaux ne dépassait pas 15,1 %; le reste présentait des tares neuro-psychiatriques, ce qui fait qu'on ne peut dire si la morphinomanie est elle-même la cause de psychopathie ou si elle en est l'effet. Les deux éventualités sont vraies selon les cas, sans qu'on puisse aisément découvrir les proportions.

Les 132 sujets étudiés ont eu 325 enfants, parmi lesquels 221 ont été, sans doute possible, conçus en période d'intoxication. Or, l'auteur trouve, parmi ceux qui ont survécu, 3,5 % de débiles mentaux et d'imbéciles contre 3,9 % chez les enfants conçus en dehors des périodes toxiques. Sur les 277 sujets formant les deux groupes, 10 étaient des débiles, mais, pour 6 d'entre eux, les parents l'étaient, eux aussi.

Le pourcentage des psychopathes était, pour chacun des lots, respectivement, de 22,25 % et 22,1 %; celui des épileptiques 1,5 % et 1,3 %, celui des sujets psychiquement normaux 72 % et 72,7 %. On ne peut donc, de chiffres aussi rapprochés, rien conclure quant à l'influence de la morphinomanie paternelle.

Lorsque c'est la mère qui est morphinomanie, on conçoit que l'influence toxique s'exercera beaucoup plus longtemps sur le fœtus. Il ne semble pas qu'il en résulte d'anomalies de la grossesse; l'enfant

naît, en général, chétif et, de plus, intoxiqué; il peut succomber peu après sa naissance du fait de la privation d'opium, si le médecin méconnaît certaines précautions nécessaires.

Le taux de mortalité au cours de la première année est à peu près double par rapport aux sujets témoins; le cap de la première année franchi, on trouve, sur 41 survivants conçus au cours d'intoxication, de 43,9 % de psychopathes et 2,43 % de débiles; sur 26 conçus en dehors de l'intoxication, 38,5 % de psychopathes et 3,85 % de débiles. Entre les deux catégories, les différences sont donc peu sensibles et il est d'autant plus difficile de leur attribuer de l'importance que la morphinomanie n'est souvent pas la seule tare présente dans l'hérédité des psychopathes.

L'influence de la morphinomanie de l'un ou l'autre des parents sur l'état neuropsychiatrique de la descendance doit donc être considérée comme douteuse. Si certains des enfants sont des psychopathes, c'est du fait de leur hérédité; la propension ultérieure à la morphinomanie d'autres tient, sans aucun doute, en partie, à l'ambiance spéciale dans laquelle ils vivent.

Ces conclusions ne doivent être accueillies que sous bénéfice de vérification. Il est parfois malaisé, en matière d'intoxication chronique, de faire le départ entre ce qui est pré-conceptionnel et ce qui est post-conceptionnel et contemporain de la période fœtale.

Ne faisons donc pas trop tôt bon marché de l'ensemble des conclusions auxquelles sont arrivées de leur côté, l'observation commune, d'une part, la clinique traditionnelle d'autre part.

Il y a de nombreuses années déjà, Hutinel résumait ces données en faisant ressortir l'influence des intoxications chroniques sur les diverses malformations du système nerveux, dont l'anencéphalie, incompatible avec la vie; sur l'hydrocéphalie; sur les scléroses cérébrales; sur l'état d'« avortonnisme » ou d'infantilisme persistant des produits; sur l'excitabilité exagérée du système nerveux apparaissant dès le premier âge, où l'organisme répond par des convulsions réflexes à des excitations minimes. D'une manière générale, l'intoxication maternelle, agissant plus à loisir, semble plus grave que l'intoxication paternelle seule, toutes les fois que l'impuissance ou la stérilité n'ont pas mis obstacle à la reproduction. L'intoxication paternelle n'est cependant pas négligeable, comme l'avait montré Féré avec divers toxiques expérimentés sur l'animal (v. p. 13).

*L'influence du saturnisme* a été depuis longtemps étudiée, en particulier par Bourneville. C'est, naturellement, l'intoxication chronique professionnelle qui présente ici le plus d'intérêt, et surtout si les deux parents sont atteints. Dans certains cas, cependant, le satur-

nisme du seul père suffit à troubler l'évolution de la grossesse. Chez l'animal, Balland a observé, dans ce cas, la fréquence excessive de la prématuration et de la chétivité. Féré, de son côté, a noté la débilité ou la monstruosité, selon l'époque où le toxique entre en action. Chez l'homme, l'action du plomb paraît assez comparable à celle de l'alcool et serait un facteur de débilité, de paralysies et de convulsions, de sclérose cérébrale et d'épilepsie.

Apert a compté, parmi les femmes saturnines, 22 % de sujets stériles; les grossesses se terminent 42,5 % fois par l'abortus et, dans 10 % des cas, par la prématuration; il y a seulement 18, 7% des enfants qui survivent plus d'un an.

Lorsque c'est le père qui est saturnin, Apert observe 61 % d'abortus, 14,2 % de chétifs et 10,6 % de morts pendant la première année.

Les dommages dus au plomb sont donc, le plus souvent, d'ordre général, sans affinité bien particulière pour le système nerveux.

Plusieurs autres intoxications chroniques ont, enfin, été incriminées. Ce sont, le plus souvent, des intoxications professionnelles (tabagisme des ouvrières des usines de tabac, sulfure de carbone, mercure, arsenic, caféine). Outre que ces causes sont d'observation assez rare en pratique, il ne semble pas qu'elles provoquent, de préférence à d'autres désordres, des troubles neuropsychiatriques. Lorsque ceux-ci existent, il semble qu'ils tiennent à des conditions d'hygiène générale défectueuse et de milieu, bien plutôt qu'aux toxiques eux-mêmes.

### III. — TROUBLES DE LA NUTRITION (1)

Quelle que soit leur nature, les troubles de la nutrition ont une action générale sur l'organisme. Ils peuvent, cependant, se manifester par des traits plus particuliers.

*Le diabète* est celui dont l'action paraît la plus considérable. Elle est d'ailleurs sensiblement diminuée du fait de l'impuissance, de la frigidity, des lésions génitales locales, qui sont autant d'entraves à la conception. La femme diabétique est stérile, le plus souvent, et inapte, lorsqu'elle conçoit, à mener la grossesse à son terme. Le diabète paternel est donc, peut-être, plus important, en pratique, que le diabète maternel lorsque l'enfant naît vivant.

Le fœtus a été souvent d'un volume exagéré (hydramnios dans 1/3 des cas); l'enfant à terme est, lui aussi, trop gros, d'où possibilité de dystocie et de traumatismes dont l'action sur son avenir neuro-

(1) Article rédigé par MM. L. BABONNEIX et R. LEVENT.

psychiatrique est loin d'être négligeable, nous le verrons. Il est lui-même peu viable, en général, et parfois hydrocéphale.

*L'arthritisme*, dans toutes ses manifestations, peut se transmettre, soit d'un façon similaire, soit par hérédité dissemblable, à l'enfant, qui pourra, selon les cas, être atteint de nervosisme, de céphalées, de migraines.

### IV. — CARENCES DIVERSES (1)

Elles ne sont pas sans pouvoir jouer un rôle, à la vérité, mal connu, d'autant qu'elles peuvent s'associer entre elles et à d'autres causes.

Tantôt, c'est une *carence alimentaire globale*; de l'insuffisance alimentaire générale résulte une combinaison ou une association de conséquences particulières, en plus même de l'inanition relative; il est clair que l'état général de la mère doit retentir sur celui de l'enfant et, par l'intermédiaire de l'hypotrophie ou de la prématuration, retarder le développement du système nerveux; d'où troubles neurologiques, retard de l'évolution mentale, au moins temporaire, mais sans cachet particulier. Parfois, cependant, c'est par le trouble de fonctions endocriniennes, thyroïdienne, en particulier, que se manifeste l'effet de la carence maternelle.

*La carence en iode* est celle dont les conséquences sont actuellement le moins indistinctes. Malgré les obscurités qui subsistent, on sait l'influence du défaut d'iode sur la genèse du goître, du myxoedème, et l'heureux effet, sur la fonction thyroïdienne de l'adulte et de l'enfant, des produits iodés de teneur appropriée (sels iodés, pain iodé, employés en certains pays, Suisse notamment). Qu'il y ait lésion endocrine seule ou associée à d'autres troubles, l'importance du défaut d'iode dans la pathogénie du goître endémique et du crétinisme est notion admise. Si la transmission du fait du père est exceptionnelle, la carence maternelle paraît de première importance dans la production de ce trouble thyroïdien précoce. Qu'il y ait ou non association avec d'autres troubles endocriniens, ils peuvent aussi être l'effet d'un allaitement par une nourrice carencée, d'où prolongation, après la naissance, des troubles apparus pendant la vie intra-utérine.

Il faut aussi tenir compte, ainsi que l'a noté Galli-Valerio, de l'hérédité, hérédité chargée parfois de consanguinité, et grâce à la-

(1) Article rédigé par MM. L. BABONNEIX et R. LEVENT.

quelle pourra se transmettre pendant plusieurs générations, et en l'absence des autres facteurs de goître, une fragilité thyroïdienne particulière capable de se manifester par un goître ou par un myxœdème congénitaux.

Bien que le manque d'iode ne soit pas l'unique facteur, il n'en reste pas moins que l'iodothérapie de l'enfant, et même de la mère pendant la grossesse, est une ressource précieuse.

Messerli, après d'autres auteurs, a décrit aussi des cas de surdité d'origine thyroïdienne que l'iode a pu améliorer. Hérité et consanguinité peuvent se retrouver ici avec leur influence accoutumée.

Plus étudiées sont les *carences vitaminiques*.

Les vitamines hydrosolubles ont, en général, une action eutrophique : la privation de ces substances à laquelle la mère a pu être soumise pendant la grossesse rend donc l'enfant, dès sa naissance, plus sensible à toute carence analogue éventuelle.

La carence en vitamine B peut produire des troubles nerveux très précoces chez un nourrisson, surtout s'il est au sein d'une nourrice carencée. Il en est de même pour la vitamine A.

Enfin, la carence en vitamine D produit un rachitisme précoce ou, plus rarement, congénital, compliqué de craniotabes et de convulsions.

Hutinel, d'autre part, a montré l'influence du rachitisme sur le développement du système nerveux : elle se traduit par le retard du développement intellectuel, retard de la parole en particulier, l'atonie musculaire, etc.

La notion de l'équilibre dans la ration alimentaire semble aussi devoir tenir une place d'importance croissante en physiologie, si même elle ne doit pas, dans l'avenir, primer bien d'autres considérations relatives à l'alimentation.

La loi des équilibres alimentaires de Mme Randoïn et Lecoq peut s'énoncer : le seul fait de fausser les rapports existant entre les divers constituants d'une ration par suppression ou diminution d'un des constituants suffit à gêner ou à entraver l'assimilation et l'utilisation des autres. Il est certain que de telles viciations de la nutrition générale, dont l'importance est dès maintenant reconnue, doivent avoir une action sur le système nerveux. Le clinique n'a guère fourni encore de documents sur ce point, mais l'expérimentation n'a pas été inutile. Au cours de leurs travaux, Mme Randoïn, MM. Simonnet et Lecoq ont constaté qu'un animal d'expérience mis à un régime pauvre en lipides, ou, au contraire, exagérément riche en lipides, ou exagérément riche en lévulose, en galactose, en lactose, en mannite, en sorbite, présente, au bout d'un temps suffisant, des signes de poly-névrite, même lorsque la vitamine B paraît en quantité suffisante.

Un excès compensateur des aliments d'autres groupes, rétablissant l'équilibre dans la ration, suffit à ramener l'état normal, même sans adjonction de vitamines proprement dites.

Toutes ces questions demeurent à l'étude. Un point est acquis, cependant, c'est que névropathes et arthritiques ont besoin d'une alimentation plus riche en vitamines que les sujets normaux, et réagissent plus rapidement qu'eux par des troubles carenciels frustes aux imperfections du régime. Certaines familles paraissent même faire preuve d'une prédisposition particulière aux carences.

## V. — LES PSYCHOPATHIES (1) et (2)

C'est une idée fort répandue dans le public que la « folie » se transmet aux descendants, et la tradition entretient cette croyance, qui, après s'être perpétuée de génération en génération, reste encore ancrée dans nombre d'esprits non avertis. Cette manière de voir est en partie liée à l'imprécision des termes et à l'insuffisance de nos connaissances. Nous verrons, en nous appuyant sur d'importants travaux et sur des statistiques récentes, qu'il s'agit d'une affirmation trop absolue et à laquelle de nombreuses restrictions méritent d'être apportées.

I. — Remarquons, tout d'abord, qu'on ne peut considérer de la même façon toutes les psychopathies et qu'il est impossible, du point de vue héréditaire, d'assimiler, par exemple, la débilité mentale à la paralysie générale; une confusion de ce genre a pu exister autrefois; aujourd'hui, on sait que, dans un certain nombre de cas, il n'y a pas transmission directe d'une maladie, mais développement d'un processus morbide donné sur un terrain identique, ce qui n'est plus la véritable transmission héréditaire. L'importance du mode récessif (2) doit aussi être connue. Il n'est pas scientifique d'admettre dans sa totalité la notion d'hérédité psychiatrique, car elle ne s'applique qu'à quelques types morbides bien définis, qui sont la débilité mentale, la démence précoce, la psychose maniaque dépressive, la chorée de Huntington.

1° La débilité mentale avec idiotie possède le triste privilège de se transmettre par hérédité. Certaines familles ont été suivies pen-

(1) Article rédigé par MM. I. BABONNEIX et J. SIGWALD.

(2) Cf. WALTER RIESE. Mariage et troubles mentaux, in *Médecine et mariage*, Lyon 1938.

(3) Cf. p. 28 et 32.

dant plusieurs générations, ce qui a permis de faire des statistiques instructives. Nous citerons quelques cas classiques.

Dans la famille Kallikak (Goddard, 1912), un ancêtre eut un fils illégitime atteint de débilité mentale ; après cinq générations, il y avait 480 descendants; 48 seulement, soit 10 %, étaient normaux; par ailleurs, le même ancêtre eut, de son mariage avec une femme normale, 490 descendants : un seul était anormal. On connaît d'autres exemples aussi nets; dans six générations de la famille Juke, il y avait 1.200 déficients ; dans la famille Nan, 90 % étaient débiles; dans une autre famille de 310 personnes, aucun n'était épargné; tous, à des degrés divers, étaient atteints de déficit intellectuel. Très souvent, dans ces cas, il y eut jumeaux, mais la proportion est différente pour les jumeaux uniovulaires ou biovulaires; sur 35 ménechmes, ou jumeaux uniovulaires, il y eut 33 débiles, alors que sur 60 jumeaux biovulaires, il n'y eut que 32 atteints (cf. aussi p. 47).

Retter et Osthoff (1921) trouvent, parmi les frères et sœurs d'enfants instruits dans une école d'arriérés, 51,2 % et, parmi leurs parents, 39,6 % d'oligophrènes. L'un des deux seulement est-il atteint de cette affection, les enfants sont faibles d'esprit dans 59,1 % des cas. Les deux le sont-ils, la proportion, pour leurs enfants s'élève à 90,7 %.

A. Lokay (1929), chez les frères et sœurs de sujets classés comme imbéciles, relève l'oligophrénie dans 12,6 % des cas chez les parents, dans 16 à 28 % chez les frères et sœurs.

Brugger (1930) arrive à des résultats analogues : 31,48 % d'oligophrènes chez les frères et sœurs des arriérés héréditaires, 27,2 % chez les parents, 7,77 % chez les oncles et tantes, 11,39 % chez les neveux et nièces.

Anna Jude (1936), observant des insuffisants mentaux vivant en liberté, estime que leurs frères et sœurs sont débiles dans des proportions variant de 23,61 à 27,88; leurs neveux et nièces, dans des proportions variant de 10,23 à 31,58 % des cas, leurs petits-neveux et nièces dans 6,43 % des cas.

On voit, par ces exemples, combien est importante la transmission héréditaire de la débilité mentale, en dehors de toute tare acquise, mais elle n'est pas absolue, et il faut tenir compte de la possibilité de récession. Pour fixer une moyenne, on peut admettre, d'après Bumke, un risque de 70 % si les deux procréateurs sont débiles mentaux, de 50 % si un seul l'est, d'après Brugger, de 92 %, dans le premier, de 41,6 %, dans le second. Aussi a-t-on pu dire que la stérilisation des oligophrènes est — médicalement parlant — celle qui se soutient le mieux (Mme Minkowska).

2° La proportion des transmissions héréditaires dans la démence précoce, pour être un peu moins accentuée, reste encore redoutable. D'après Rüdin (de Munich) et son école, 9 à 10 % des enfants d'un ménage dont l'un des conjoints est schizophrène et l'autre normal sont atteints de schizophrénie et 30 à 40 % ont une tendance schizoïde; cette proportion augmente lorsque les deux générateurs sont

schizophrènes, et, dans leur descendance, il y a 50 % de schizophrènes et 30 % de schizoïdes. Bumke donne des chiffres moins pessimistes; si les deux procréateurs sont schizophrènes, il y a transmission dans 50 % des cas; s'il n'y en a qu'un seul, la proportion tombe à 7 %. Une autre statistique d'Alvarez Nouvillas aboutit à des résultats très différents, car, sur 2600 schizophrènes, cet auteur n'a trouvé que 3 cas héréditaires. La consanguinité semble renforcer cette transmission, comme l'a constaté Shaw dans les communautés Parsies.

La variabilité des pourcentages rapportés montre le danger d'accorder une confiance absolue aux statistiques; elles n'ont qu'une valeur indicative, mais obligent à admettre l'importance du facteur héréditaire dans la schizophrénie.

3° La psychose maniaque dépressive comporte, elle aussi, une importante transmission héréditaire. En 1854, J. P. Falret avait déjà signalé que la folie circulaire est souvent liée à l'hérédité, et J. Falret, en 1878, citait l'observation de trois familles différentes où trois générations avaient été atteintes. En 1883, Mordret constatait cette transmission dans 62 % des cas, Mendel dans 53 %, Kraepelin dans 80 %, Langø dans 90 %.

Il y a hérédité similaire. Dans une étude portant sur vingt et une familles, Jolly constate que la similarité va jusqu'à reproduire héréditairement le même syndrome, certaines familles comportant une prédominance mélancolique, d'autres, une prédominance maniaque, les autres étant des circulaires. Rüdin donne les chiffres suivants : lorsque les deux procréateurs sont atteints, 62,5 % des descendants font une psychose maniaque dépressive et 37,5 % ont d'autres tares nerveuses, en particulier de petits signes de cyclothymie; lorsqu'un procréateur est indemne, la transmission similaire est de 30 %, et 15 % ont une tendance cyclothymique. Un travail récent de Boven confirme la notion d'hérédité similaire dans les états circulaires.

L'on discute encore sur le caractère dominant ou récessif de la transmission mendélienne (1). Ragnar Vogt conclut au caractère récessif; de même, Hoffmann, en se fondant sur l'observation de 124 enfants issus de 61 malades; à l'opposé, la majorité des auteurs, avec Medow, Lenz et Rüdin, admet plutôt le type dominant.

On possède moins de renseignements sur la transmission de la forme mineure de cette psychose qu'est la *cyclothymie*, mais l'hérédité est indiscutable; il est vrai que les cyclothymiques sont doués parfois d'une activité productive enviable et, comme le fait remarquer Laignel-Lavastine, nombreux sont ceux qui ont enrichi de leurs dé-

(2) Cf. p. 27 et 32.

couvertes les arts et les sciences. Pour Boven, l'hérédité de cette affection serait aussi bien dominante et similaire que récessive. Lorsqu'il y a gémellité, il y a souvent atteinte simultanée des jumeaux, avec manifestations parallèles.

5° Pour la chorée de Huntington, dont l'éclosion ne se fait pas au cours de l'enfance, mais que l'on peut rapprocher des psychoses, étant donné l'importance, dans sa symptomatologie, des troubles mentaux, la transmission héréditaire se fait dans 50 % des cas, suivant un mode dominant et similaire.

Les documents manquent pour d'autres groupes psychiatriques. On connaît la transmission de l'impulsion au suicide aux descendants; il s'agit là d'une tare mentale héréditaire; Logre et Heuyer ont décrit une hérédité assez particulière de cette impulsion, où le suicide de l'enfant déclenche, ultérieurement, le suicide d'un ascendant. Pour les obsessions, la paranoïa, la délinquance, la criminalité, la toxicomanie, on admet, sans en avoir la preuve, que l'hérédité est loin d'être constante.

Toute conclusion sur la transmission héréditaire des psychopathies appelle des réserves; à propos de la mise en application de la stérilisation eugénique (dont nous parlerons ultérieurement), on s'est demandé s'il fallait attribuer une valeur absolue aux statistiques dans un problème aussi complexe que celui de l'hérédité; on a fait remarquer qu'il est difficile d'aboutir à des résultats décisifs quand l'observation a porté sur un nombre restreint de générations. Vallaño Najera, entre autres, a soutenu que les principales affections mentales considérées comme héréditaires: débilité mentale, schizophrénie, cyclothymie, ne se transmettent pas suivant les lois de l'hérédité. Mme Minkowska, ayant observé une famille qui avait pu être suivie pendant six générations, a constaté l'importance du facteur récessif, car il se produit une régénérescence naturelle qui élimine la maladie chez les descendants. De tels arguments ne sont pas sans valeur et montrent qu'en pratique, il est impossible de calculer rigoureusement le pourcentage du risque; s'il est grand pour la débilité mentale, il est relativement plus réduit pour la schizophrénie et les états circulaires.

II. — Au facteur héréditaire, on associe habituellement, dans l'étude étiologique des psychopathies, le *facteur dégénérescence*. En 1859, A. Morel a publié un *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine et des causes qui produisent ces variétés maladives*; dans cet ouvrage, qui eut un grand retentissement, se trouve exposée sa théorie: tout sujet atteint d'affection mentale est le représentant d'une tare dégénérative qui se

retrouve universellement, mais qui, à un degré extrême, s'éteint par le fait de la stérilité. Morel considère cette dégradation progressive comme une loi évolutive inéluctable de l'espèce humaine, aboutissant à la déviation malade du type normal; les facteurs qui président à cette transformation sont nombreux: intoxications, insuffisance alimentaire, maladies infectieuses, mauvais climats, croisements de races, professions insalubres, misère physiologique et morale. Il s'étend longuement sur la description de toutes ces causes; certains de ses arguments paraissent désuets, car beaucoup de caractères donnés comme ceux de la dégénérescence ont été rattachés depuis à des affections organiques, somatiques et psychiques.

En voulant considérer la dégénérescence comme un fait universel, applicable à l'homme et aux animaux, Morel a construit une théorie trop dogmatique et trop étendue, qui n'a plus grand défenseur à l'heure actuelle; mais il a eu le mérite de créer un type morbide bien défini et dont l'existence n'est pas discutable, le dégénéré. La conception de la dégénérescence a été reprise et remaniée par d'autres psychiatres, son terrain a été limité, et il semble qu'on puisse, avec Magnan et Legrain, la considérer comme « l'état pathologique de l'être qui, comparativement à ses générateurs les plus immédiats, est constitutionnellement amoindri dans sa résistance psychologique et ne réalise qu'incomplètement les conditions biologiques de la lutte héréditaire pour la vie ».

Le dégénéré présente des caractères physiques et un état psychique spéciaux.

L'aspect physique est lié à des malformations du crâne et de la face: asymétrie, prognathisme, auxquelles se trouvent associés du strabisme et des malformations des oreilles, sessiles, mal ourlées, avec déformations de la conque et du pavillon; les cheveux sont implantés bas; les dents sont irrégulières et mal formées; la voûte palatine est ogivale. Il n'est pas exceptionnel de constater simultanément des anomalies des mains et des pieds, avec syndactylie.

Les caractères psychiques du dégénéré sont des plus variables; avec Magnan, on peut admettre qu'il est inapte à penser, à sentir, à réagir comme les autres, et même à délirer suivant le type habituel. Aussi présente-t-il tous les degrés du déficit intellectuel; il peut être idiot ou imbecile, débile mental ou arriéré. Parfois le déficit est minime, mais il existe une instabilité mentale qui, ultérieurement, favorise la délinquance (Claude).

A côté du type dégénéré total, il existe un type de dégénéré supérieur, chez qui s'observent tous les stigmates physiques de la dégénérescence, mais dont le niveau intellectuel est normal, voire même élevé; une analyse psychique minutieuse peut toutefois révéler l'existence d'anomalies de l'émotion et de la volonté.

Tel est l'état actuel de la question. Les modernes ne considèrent pas ces sujets comme fatalement voués à la dégénérescence; ils admettent que beaucoup d'entre eux ne sont pas atteints de dystrophie héréditaire, mais qu'ils ont subi, au cours de la vie embryonnaire ou dans le premier âge, une agression infectieuse, toxique ou traumatique, et qu'il s'agit de lésions acquises. Les formes purement héréditaires sont rares, et la conception actuelle de l'hérédité permet de comprendre, même dans ces cas, la possibilité de régénération.

Aussi ne conserve-t-on plus la théorie de Morel dans son intégralité et classe-t-on les sujets atteints des stigmates dits de dégénérescence en deux groupes; dans l'un, il y a le facteur héréditaire; dans l'autre, il s'agit de séquelles physiques et psychiques de maladies acquises au cours du développement.

## CHAPITRE II

## CAUSES AGISSANT AU MOMENT DE LA CONCEPTION

par L. BABONNEIX, R. LEVENT et J. SIGWALD

I. — *Alcoolisme aigu*, par L. BABONNEIX et J. SIGWALD.

II. — *Hérédité*, par L. BABONNEIX et J. SIGWALD.

1° Les lois de l'hérédité.

Hérédité mendélienne (1).

Théorie des chromosomes et des gènes.

2° Nature de l'hérédité psychique.

3° Hérédité similaire ou dissemblable. Les formes sporadiques. Les formes régressives.

4° Part réciproque des facteurs héréditaires et acquis dans la personnalité intellectuelle du malade.

III. — *Consanguinité*, par L. BABONNEIX et R. LEVENT.

IV. — *Influence des races. Métissage*, par L. BABONNEIX et R. LEVENT.

V. — *Disproportion d'âge entre les parents*, par L. BABONNEIX et R. LEVENT.

(1) BIBLIOGRAPHIE. — Eugène APERT, *L'hérédité morbide*, Paris, 1919, in-18, 306 p.; W. BATESON, *Mendel's Principles of Heredity*, Cambridge, 1909; BRACHET, *L'œuf et les facteurs de l'ontogénèse*, Paris, II<sup>e</sup> édition, 1931; CAULLERY, *Les conceptions modernes de l'hérédité*, Paris, 1934, in-18; O. CROUZON, *Recherches sur l'application des principes de Mendel dans l'hérédité de certaines maladies humaines et en particulier dans les maladies du système nerveux*, IV<sup>e</sup> Congrès international de génétique, Paris, 1911; L. CUENOT, *La genèse des espèces animales*, 3<sup>e</sup> édition, Paris, 1932; L. CUENOT et J. ROSTAND, *Introduction à la génétique*, Paris, 1936, in-18, 134 p.; HALDANE (J.-B.-S.), *The causes of Evolution*, Londres, 1932; MENDEL (Gregor), *Versuche über Pflanzenhybriden*, *Verhalte der Naturforschervereins in Brünn*, 1865, Bd. IV; MINO, *Minerva medica*, 15 février 1922; MORGAN, *The theory of the Gene*, New Haven, 1926, et *The scientific basis of Evolution*, Londres, s. d.; J. ROSTAND, *Les problèmes de l'hérédité et du sexe*, Paris, 1933, in-16, 92 p.; J. SCHILLER, *La génétique mendélienne*

et l'homme, *Presse médicale*, n° 22, 17 mars 1937, p. 425-426; R. TURPIN, La génétique appliquée à la prophylaxie des maladies humaines, *La Semaine des Hôpitaux de Paris*, 1<sup>er</sup> juillet 1936, p. 386-394, et 15 juillet 1936, p. 413-417; *Id.* De l'influence de la consanguinité sur la morbidité humaine, *La Semaine des Hôpitaux de Paris*, 1<sup>er</sup> juillet 1936, p. 386-394, et 15 juillet 1936, p. 413-417; lois de Mendel, *Presse médicale*, 15 janvier 1938, n° 5, p. 89-93; *Premier Congrès d'Eugénique*, Paris, le 3 août 1937.

## I. — ALCOOLISME AIGU (1)

La conception, alors que les conjoints sont en état d'*alcoolisme aigu*, est un indiscutable facteur de dystrophie. Cette cause est assez souvent retrouvée lorsqu'on la recherche systématiquement et lorsque l'anamnèse peut être explorée avec soin. Elle se constate surtout chez les hommes qui se livrent à de durs travaux manuels, dont le niveau moral et social est bas, qui s'adonnent sans retenue à la boisson, et dont l'ivresse éveille les instincts génésiques. Dans certains pays, on a créé un vocable pour désigner les enfants dystrophiques conçus dans ces conditions, un soir de paye : ce sont des « Samstagskinder ».

L'action est particulièrement fâcheuse lorsque les deux procréateurs sont en état d'*alcoolisme aigu*; elle n'en est pas moins nette lorsqu'un seul des deux s'est enivré, et, le plus habituellement, c'est l'homme.

Il faut ajouter au facteur toxique passager, qui agit sur la vitalité de la cellule fécondante, et qui, isolé, aurait peut-être une activité minime, le rôle de l'intoxication habituelle à laquelle s'adonnent de tels sujets (cf p. 13).

Pour éviter de telles catastrophes, il ne faut malheureusement compter ni sur la propagande, ni sur les bons conseils donnés à l'intéressé : il est difficile de transformer un alcoolique invétéré, de l'engager à réfréner ses instincts les plus violents. Peut-être vaudrait-il mieux prévenir sa femme des dangers auxquels elle expose sa descendance. En fait, il est à craindre que de telles suggestions ne soient pas écoutées et que les tentatives de moralisation, dans de tels milieux, ne restent sans effet.

## II. — HEREDITE (2) et (3)

Pour comprendre le mécanisme de la transmission héréditaire des maladies mentales, il faut savoir ce qu'est l'hérédité. Bien que cette

question ne soit pas entièrement résolue, elle n'en a pas moins été éclairée par certaines recherches récentes du plus haut intérêt, que nous allons exposer avant d'envisager leur application à la pathologie humaine et, en particulier, à la transmission des psychopathies.

1° *Les lois de l'hérédité.* - Le problème de l'hérédité est malaisé à résoudre, car il demande à l'observation de s'exercer sur un grand nombre de faits difficilement saisissables. Après avoir multiplié expériences et statistiques, les spécialistes de la génétique (1) ont réussi à élucider le mécanisme qui préside à la transmission héréditaire des caractères normaux ou anormaux.

Dans l'hérédité, il faut constater (Brachet) :

a) l'hérédité *raciale* ou *spéciale*, qui a été surtout étudiée et à laquelle s'appliquent les lois de Mendel : aussi l'appelle-t-on généralement *hérédité mendélienne*;

b) l'hérédité *générale* ou *spécifique*;

c) l'hérédité *des caractères acquis*, encore très discutée (Cuénot et J. Rostand).

Après avoir attribué la transmission héréditaire à des particules organiques contenues dans les cellules sexuelles (gamètes) : *molécules organiques* de Buffon, *gemmules de Darwin*, *unités physiologiques* de Spencer, *pangènes* de Hugo de Vries, *ides* de Weismann, on admet, actuellement, le rôle des *chromosomes* et de leurs éléments constitutifs, les *gènes*.

Les bases les plus sûres des lois de l'hérédité étant les lois de l'hérédité raciale (3) ou *mendélienne*, nous en ferons un rappel très schématique, pour parler ensuite des *chromosomes* et des *gènes*.

HERÉDITÉ MENDÉLIENNE. — Formulées par Sageret, Naudin (1854-1861) et Mendel (1865-1869) et de Vries (1900) pour le règne végétal, les lois de transmission héréditaire ont été étendues au règne animal par Cuénot. Elles sont au nombre de deux.

1° Loi de pureté des gamètes. — Lorsqu'on croise deux animaux de même espèce, mais de race différente, on obtient un *hybride*, de caractères intermédiaires à ceux des générateurs. Si on croise deux de ces hybrides, on obtient un retour partiel aux races pures d'origine. Prenons, pour illustrer la démonstration, un exemple. Soit, à l'origine, le croisement d'un animal noir, N, et d'un animal blanc, B, les produits de cette fécondation seront des animaux gris, G (dits

(1) et (2) Articles rédigés par MM. L. BABONNEIX et J. SIGWALD.

(3) Cf. Aussi l'article de MM. L. BABONNEIX et L. MICHAUX, p. 174 et 188.

(1) Le terme est dû à BATESON.

(2) Cf. aussi p. 38.

hybrides) (1). Mais si on unit deux animaux gris d'une telle provenance, on obtient, pour quatre produits, un type noir pur, un type blanc pur et deux animaux gris :

$$\begin{aligned} F &: N \times B = G. \\ F_1 &: G \times G. \\ F_2 &: G \times G = 1 N, 1 B, 2 G' (2 \text{ et } 3). \end{aligned}$$

Que s'est-il passé ? Dans les gonades de ces hybrides existaient, en nombre égal, des gamètes (spermatozoïdes et ovules) de deux sortes, les uns, de pure race blanche, les autres, de pure race noire. Lorsqu'on croise deux de ces hybrides, quatre éventualités possibles :

Un spermatozoïde blanc  $b$  du premier rencontre un ovule blanc  $b$  du second : le descendant, de type  $bb$ , sera blanc.

Un spermatozoïde noir  $n$  du premier rencontre un ovule noir  $n$  du second : le descendant, de type  $nn$  sera noir.

Un spermatozoïde blanc  $b$  du premier rencontre un ovule noir  $n$  du second : le descendant, de type  $bn$ , sera gris.

Un spermatozoïde noir  $n$  du premier rencontre un ovule blanc  $b$  du second : le descendant, de type  $nb$  sera gris.

2° Loi de dominance. — En réalité, cette transmission n'est jamais aussi absolue, car certains caractères transmis sont *dominants* et d'autres *récessifs*, les premiers persistant, les autres tendant à disparaître. Ainsi, lorsqu'on opère sur une souris blanche et une souris grise, au premier croisement, on a deux hybrides :

$$F_1 : B \times G = 2 G'$$

au second, on devrait avoir deux souris réalisant le type pur primitif et deux souris hybrides  $G'$  :

$$F_2 : G' \times G' = 1 B + 1 G + 2 G'$$

En fait, on trouve trois souris grises pour une blanche :

$$F_2 : G' \times G' = 3 G + 1 B.$$

Le blanc est donc un caractère *récessif*, et le gris, un caractère *dominant*; un examen attentif montre, d'ailleurs, que, pour les trois souris grises, il n'y en a qu'une qui soit d'un gris pur, les autres étant d'un gris mélangé. Certains de ces caractères récessifs comportent une impossibilité vitale; ce sont des caractères *léthals*, caracté-

(1) Jadis appelés *métisses*.

(2) P : parents.  $F_1$  : 1<sup>re</sup> génération filiale.  $F_2$  : 2<sup>o</sup> génération filiale.

(3) Si deux gamètes se fusionnant en un œuf (*zygote*), sont identiques, l'individu formé est *homozygote*. Dans le cas opposé, il est *hétérozygote*. N. et B. sont homozygotes, G, hétérozygote.

térisés par le fait qu'ils se trouvent dans l'œuf en double exemplaire, l'un fourni par le père et l'autre par la mère, qui font que certaines races sont peu viables.

Ces lois, l'une essentielle (loi de pureté des gamètes), l'autre contingente (loi de dominance), se compliquent lorsque chacun des animaux croisés présentent deux sortes de caractères opposés, c'est-à-dire de mêmes fonctions, mais d'effets dissemblables (*allélomorphes*). Au lieu d'avoir une combinaison réduite à quatre, comme dans l'exemple précédent, il y a, au deuxième croisement, seize combinaisons possibles, et ainsi de suite.

Tel est le schéma des lois de Mendel. S'appliquent-elles à l'homme ? Le fait a été contesté.

On a observé que l'expérimentation et la sélection sont impossibles à réaliser dans l'espèce humaine ; que les statistiques portent sur un trop petit nombre de cas pour être démonstratives; que, pour ce qui est des caractères différentiels, Mendel n'en considérait qu'un ou deux, et qu'à partir de quatre, les calculs deviennent malaisés ; que la loi de dominance « n'est pas l'essentiel des lois mendéliennes » ; que les lois de Mendel ne doivent pas faire table rase des causes externes, qui paraissent jouer un grand rôle dans l'hérédité. A la loi de pureté des gamètes, on a objecté l'exemple des croisements entre race blanche et race nègre : quand a-t-on vu, chez les descendants, un retour au type primitif ? N'apparaît-il pas, dès la première génération, un type intermédiaire qui se comporte à son tour comme une race stable ?

Que valent ces critiques, développées avec art, mais non sans quelque passion, par les adversaires du « dogme mendélien » (Rabaud) ? C'est ce qu'il ne nous appartient pas de dire. Notons, toutefois, que les lois de Mendel, avec leur corollaire, la théorie des chromosomes et des gènes, dont nous allons parler, ont réalisé, sur leurs devancières, un immense progrès, s'il est vrai (Cl. Bernard) que tout progrès, pour une théorie, consiste à expliquer un plus grand nombre de faits que celles qui l'ont précédée. Aussi conçoit-on que les généticiens fondent sur elles les plus grandes espérances et que nous ayons cru devoir lui donner quelque développement.

THÉORIE DES CHROMOSOMES ET DES GÈNES (Morgan 1910). — Elle suppose que les caractères héréditaires aboutissant au développement d'un être conforme à ses procréateurs se transmettent par les *chromosomes*, éléments histologiques à base de chromatine, qui ne sont visibles qu'au moment de la division cellulaire. Leur nombre est fixe pour une race donnée, mais, selon qu'ils appartiennent aux cellules somatiques et à l'œuf ou aux cellules reproductrices mûres, ou gamètes, leur disposition varie.

Dans les cellules somatiques, ils vont toujours par paire (2 N), l'un étant d'origine paternelle, et l'autre, d'origine maternelle.

Dans les cellules reproductrices mûres, ils vont toujours isolément (N) qu'ils soient d'origine paternelle ou d'origine maternelle, par suite d'un phénomène spécial, la *réduction des chromosomes*, ou *méiose*. Donnons, à ce sujet, quelques détails.

Soit une *cellule germinale primordiale femelle*, par exemple. Son évolution passe par trois phases :

I. — Une phase de *multiplication*, aboutissant à la production d'*oogonies* (1).

II. — Une phase d'*accroissement*, où l'oogonie, bourrée d'aliments nutritifs, augmente de volume et devient l'*oocyte* de premier ordre.

III. — Une phase de *maturation*, qui passe elle-même par deux périodes : une période de *division réductionnelle*. Les deux chromosomes d'une même paire s'accolent (synapsis), puis se séparent, chacun se portant aux pôles de la cellule. Lorsque la cellule se divise en deux, donnant un *globule polaire* et un *oocyte de deuxième ordre*, celui-ci ne contient plus, par définition, que la moitié des chromosomes de l'oocyte de premier ordre : de formule 2N, elle est devenue N ;

une période de *division équationnelle*, où l'oocyte de deuxième ordre se divise en deux : un deuxième globule polaire et l'*ovule*. Ici, les chromosomes se dédoublent comme d'habitude : une moitié passe dans le deuxième globule polaire, l'autre, dans l'ovule, qui garde donc la formule chromosomique N.

Lorsqu'ovule N et spermatozoïde N se fusionnent pour former un œuf, cet œuf aura donc la formule 2N.

Un gamète donné a donc toutes les chances de recevoir un mélange de chromosomes paternels et de chromosomes maternels, ceux-ci provenant de telle paire, et ceux-là de telle autre.

Chez l'homme, il y a vingt-quatre paires de chromosomes, dont une paire sexuelle, ou *hétérochromosomes*, de morphologie différente des autres, dit *autosomes*, et qui joue le rôle essentiel, non seulement dans le déterminisme sexuel, mais aussi dans la transmission de certains caractères.

Comment expliquer que 24 paires de petits bâtonnets puissent ainsi présider au développement normal de l'individu et comporter, en plus, la transmission de tendances variées ? C'est là que la théorie chromosomienne se double d'une théorie nouvelle, la théorie des *gènes* de Morgan. Chaque chromosome contiendrait un certain nombre de gènes, le gène étant un facteur présidant à l'apparition d'un ou de plusieurs caractères au cours de l'évolution. Ce serait, du reste, une erreur de croire que les gènes « limitent leur activité à l'apparition » de caractères morphologiques : ils participent à de nombreux pro-

(1) La même explication vaut, *mutatis mutandis*, pour les cellules de la série mâle.

« cessus vitaux; ils influencent, par leur action sur la physiologie de l'individu, le métabolisme, la croissance, la reproduction, la viabilité » même. Des gènes indépendants peuvent agir dans un sens cumulatif pour réaliser, par le processus qu'ils déclenchent chacun, un seul caractère, alors qu'un gène unique, dit pléiotrope, peut exercer des effets multiples. Enfin, l'activité de cette unité héréditaire, qui est sans doute de la grandeur d'une molécule protidique, dépend des autres gènes qui sont groupés avec elle dans le génome, de la position qu'elle occupe dans le chromosome et du milieu ambiant » (R. Turpin).

D'après la théorie chromosomique, les gènes sont rangés dans un ordre défini, ils se trouvent, en effet, le long d'un filament (*génonème*) qui forme l'axe du chromosome.

L'œuf et toutes les cellules somatiques, contenant deux chromosomes de même sorte, portent deux jeux complets de gènes, ou *génomes*, l'un d'origine paternelle, l'autre, d'origine maternelle.

Les gamètes, contenant un seul lot de chromosomes, portent un seul génome.

Au moment où les chromosomes s'accolent, il y aurait, entre eux, échange des gènes, qui se regroupent (*crossing over*, enjambement).

On conçoit aisément que les anomalies des gènes (1), qu'elles soient quantitatives, une cellule reproductrice recevant, en plus ou en moins, un chromosome ou un bout de chromosome, comme il résulte des recherches de Blakeslee sur le *Datura*, ou qualitatives, puissent aboutir à des *mutations*, dont le rôle, en pathologie humaine, semble devoir être considérable, encore que mal connu, et qu'a incriminé, en neuro-psychiatrie, M. Por' her.

Ces anomalies nous intéressent d'autant plus que les gènes agissent sans doute, au cours du développement, sur certains *centres organisateurs* (Spemann) : sont ainsi désignés les groupes cellulaires doués, grâce à la présence, à leur intérieur, de certains carbures, d'un pouvoir d'induction sur les tissus voisins et dirigeant ainsi une formation tissulaire ou organique; ce qui est très particulier, c'est que ces groupes cellulaires conservent leur potentialité, même si on les greffe en un point éloigné de leur lieu d'origine. Dans une expérience, un lambeau qui, normalement, dirige la formation du système nerveux, est prélevé et greffé sur le ventre : il conserve son pouvoir d'induction, et, là où allait se former le ventre, il se forme du cerveau.

Ce qui prouve encore que, dès le début, l'œuf est une « mosaïque de potentialités » contenant les diverses parties qui constitueront

(1) On a pu les reproduire expérimentalement en utilisant le radium ou les rayons X, chez la *Drosophile*, mais non chez les animaux supérieurs (Muller, 1928).

l'être adulte, c'est que la destruction de certaines de ses parties produit une agénésie ou une monstruosité.

Parmi ces expériences, rapportons, l'une d'entre elles, réalisée par Brachet : prenant un œuf de batracien arrivé au stade blastula, il pique, avec une fine aiguille légèrement chauffée, la partie moyenne du croissant gris : la larve aura un cerveau antérieur anormal et, suivant l'importance de la destruction obtenue, les hémisphères cérébraux seront rudimentaires ou absents.

2° *Nature de l'hérédité psychique.* - Nous venons d'exposer le problème de l'hérédité dans toute sa rigueur scientifique et de montrer par quel processus un caractère d'un des procréateurs peut être transmis à sa descendance de première et de deuxième générations. Voyons maintenant comment on peut comprendre la transmission d'une tare psychique.

Dans cette transmission interviennent trois facteurs.

Un PREMIER GROUPE est constitué (avec les réserves déjà faites) par toutes les *maladies véritablement héréditaires*, qui se transmettent dans leur intégralité et qui répondent aux lois mendéliennes; c'est ainsi que la chorée de Huntington, qui n'est pas, à proprement parler, une psychose, mais qui s'accompagne d'importantes perturbations mentales, se transmet aux descendants et réalise un type toujours identique à lui-même. Dans ce groupe, on est en droit de ranger la schizophrénie et la psychose maniaque dépressive. Il n'en est pas de même de la débilité mentale, pour laquelle d'autres facteurs interviennent.

On a essayé d'aller plus loin dans cette voie et de distinguer :

1° des maladies *dominantes*, parmi lesquelles rentrerait la chorée de Huntington;

2° des maladies *récessives*, liées

soit à un gène récessif *autosomique*, parmi lesquelles l'idiotie amaurotique familiale (T. Sjogren) infantile et juvénile et l'épilepsie myoclonique;

soit à un gène récessif *hétérochromosomique*, dont certaines myopathies.

Ces intéressantes recherches demandent à être confirmées et étendues. Dans quelle catégorie, par exemple, faire rentrer cette forme d'idiotie liée à l'inaptitude de l'organisme à oxyder l'acide phénylpyruvique ?

Dans un DEUXIÈME GROUPE, on range les affections dont la transmission se fait par une *hérédité de terrain*. Les ascendants sont tuberculeux, syphilitiques ou alcooliques, ou même présentent d'autres

tares moins graves. Les descendants subissent une fâcheuse influence héréditaire; il n'y a pas transmission directe d'affection, mais germination de tel ou tel trouble morbide sur un terrain prédisposé. En France, on a tendance à mettre au premier plan cette modalité héréditaire dans la transmission à l'enfant de tares psychiques. A côté des grandes infections comme la syphilis et la tuberculose, dont on connaît l'importance dans la production de dystrophies psychiques et physiques, il faut attacher une grande valeur aux infections neurotropes qui se produisent *in utero*; la transmission peut se faire par la mère qui est atteinte d'encéphalite aiguë ou subaiguë; n'oublions pas, non plus, la fréquence des infections inapparentes dont hérite l'enfant. Les troubles psychiques n'apparaissent que plus tard, mais ils sont une séquelle de l'infection fœtale.

Dans un TROISIÈME GROUPE, il y a *hérédité de structure psychologique*. On ne constate aucune tare apparente ni chez l'ascendant, ni chez l'enfant, et, pourtant, l'un et l'autre présentent la même instabilité intellectuelle, la même impulsivité, la même tendance à l'inquiétude, la même aboulie; à un degré de plus, il y a les mêmes obsessions, les mêmes perversions, la même passivité, la même amoralité, les mêmes impulsions au suicide, aux fugues, à la toxicomanie, à l'alcoolisme. L'hérédité est plus subtile que dans les groupes précédents, car elle ne laisse aucune trace organique; elle n'est pourtant pas niabile, puisqu'elle expose le descendant aux mêmes manifestations morbides que le procréateur.

Ces deux derniers facteurs sont souvent associés. C'est, en grande partie, le fait de la débilité mentale dans laquelle il y a souvent: 1° une hérédité de terrain : syphilis, tuberculose, alcoolisme ; 2° une hérédité de structure psychologique, un état dégénératif héréditaire, et dans lequel l'alcoolisme joue un grand rôle, même s'il n'a pas provoqué d'aliénation mentale chez les ascendants ; les descendants sont des débiles mentaux, des dégénérés, leur faiblesse de volonté les empêche de résister à leurs passions; aussi, comme leurs parents, se livrent-ils à l'alcoolisme ou à d'autres intoxications, ce qui ne tarde pas à produire des états délirants ; de tels sujets sont ainsi fatalement voués à l'asile.

L'hérédité peut donc agir de trois manières, soit directement en transmettant une affection mentale, soit indirectement en préparant le terrain, soit d'une manière plus complexe, en dotant les descendants d'une constitution psychologique qui les prédispose à l'écllosion de manifestations mentales. En pratique, c'est un problème difficile à élucider que de savoir lequel de ces trois facteurs intervient. Ainsi, pour le mongolisme, on invoque une hérédité de terrain où la syphilis paraît jouer un rôle, et aussi une hérédité mendélienne (Mac Klin,

Penrose), qui se manifeste soit d'une manière atténuée, par des tares physiques, telles que la brièveté et l'incurvation de l'annulaire, soit d'une manière complète par l'aspect si typique du mongolien ; certains auteurs invoquent une altération des gamètes par épuisement, sous l'influence d'infections, d'intoxications, de grossesses nombreuses, d'âge avancé ; une dernière théorie, soutenue par van der Scheer et récemment, par M. Péhu, soutient que le mongolisme a une origine obstétricale ; il se produirait une compression fœtale dans un sac amniotique trop étroit lié à une nidation défectueuse. La variété et le nombre des théories pathogéniques nécessaires à l'explication d'une affection définie comme le mongolisme, les difficultés que l'on rencontre à l'expliquer uniquement par les théories génétiques (R. Turpin et Caratzali) montrent combien il est difficile d'élucider le processus de la transmission héréditaire.

3° *Hérédité similaire ou dissemblable. Formes sporadiques. Formes régressives.* — Le caractère transmis héréditairement n'est pas univoque. Parfois l'hérédité est *similaire* : c'est le cas de la transmission mendélienne de la débilité mentale, des perturbations du caractère et de la volonté.

Dans d'autres cas, elle est *dissemblable*. On trouve chez les ascendants et chez les collatéraux une anomalie mentale ; chez les descendants, une autre. C'est ainsi qu'un dégénéré complet peut avoir comme ascendants des sujets qui ont des troubles du comportement ou qui ont commis quelques actes délictueux. Un débile doux peut être le descendant d'un dégénéré amoral. En fait, ces perturbations psychiques qui ne se ressemblent pas, font néanmoins partie du même type mental et les mêmes dystrophies physiques leur sont associées. Rien de plus net, à ce sujet, que l'étude du mongolisme, car, chez les collatéraux, il est rare de la retrouver alors qu'il y a des malformations. Sur 259 cas, van der Scheer a trouvé 25 anomalies, telles qu'anencéphalie, hydrocéphalie, spina bifida, pied bot, etc. Turpin retrouve aussi, chez les collatéraux, des anomalies psycho-sensorielles ou dystrophiques. Il est rare que d'autres enfants de la même famille soient atteints ; ils ont alors le même type ; ainsi, dans une famille observée par l'un de nous, sur 10 enfants, 6 étaient morts et les 4 autres étaient mongoliens (L. Babonneix et J. Villette).

Sous le nom de forme *sporadique*, nous envisageons les cas où l'ascendance paraît parfaite et indemne de troubles mentaux et où, pourtant un enfant est anormal, pervers, amoral, arriéré ; il constitue un type psychiatrique où l'on trouve habituellement la transmission héréditaire. Il n'est pas arbitraire d'invoquer, malgré tout, l'hérédité dans de tels cas, mais une hérédité dont les manifestations ont été discrètes, limitées, par exemple, à quelques troubles du caractère ou

de la volonté d'un ascendant, qui n'ont pas paru morbides à l'entourage et ont passé inaperçus.

Les formes *régressives* sont importantes à connaître ; il y a des sujets normaux issus d'une longue descendance de débiles mentaux et d'anormaux. Une hérédité schizophrénique ou circulaire peut s'atténuer et respecter un grand nombre de descendants. Cela tient au caractère récessif de la plupart des tares transmises.

Les lois de l'hérédité permettent d'expliquer l'existence de formes sporadiques et de formes régressives.

4° *Part réciproque des facteurs héréditaires et des facteurs acquis dans la personnalité intellectuelle du malade* — Il est bien difficile de déterminer, chez un sujet donné, la part qui revient à l'hérédité et celle qui est acquise au cours de son développement. Ce problème a toujours été l'objet de discussions passionnées. Pour les généticiens, le rôle de l'hérédité est absolu ; il pèse sur l'être humain une lourde prédestination dont il est impossible de modifier le cours. Pour les autres, le milieu et l'éducation sont seuls responsables du développement psychique. La vérité résulte d'un compromis variable avec chaque sujet ; chez les uns, le facteur héréditaire prédomine ; chez les autres, il est minime et se trouve limité à des potentialités qui, au cours du développement, se manifestent. Ainsi, certains sujets héritent des tares psychiques et physiques, ce sont des débiles, instables et impulsifs ; s'ils se développent dans un milieu familial harmonieux, leurs tendances peuvent se plier à la vie sociale. Si, au contraire, ils trouvent dans leur milieu les plus mauvais exemples quant au comportement moral et social, s'ils subissent de mauvais traitements, des privations, si leur hygiène est défectueuse, si l'éducation leur manque, leur anomalie mentale s'aggravera. Chez ces sujets qui ont un jugement, une volonté et un sens moral des plus débiles, le milieu a une influence pernicieuse et leur suggère des tentations auxquelles ils ne peuvent pas résister ; ils deviennent menteurs, dissimulés, pervers, méchants ; ils se laissent entraîner au vol, aux violences, aux perversions sexuelles et leurs réactions anti-sociales les poussent à la délinquance. D'autres exemples, faciles à trouver, pourraient montrer combien est individuel le rapport entre facteur héréditaire et facteur acquis dans les anomalies psychiques de l'enfance.

L'hérédité joue donc dans l'étiologie des perturbations mentales de l'enfance, un rôle important qui n'est jamais absolu, et il ne faut pas tout rapporter à la transmission de tares par les générateurs.

Cette étude est délicate chez l'homme et ce, pour deux raisons principales. D'une part, dans certaines conditions, l'hérédité peut

rester méconnue ou être mal interprétée, le père n'étant pas *is quem nuptiae demonstrant* ; de l'autre, « il y a vingt-quatre chromosomes dans le gamète, et, par suite, le nombre des combinaisons chromosomiques possibles entre deux parents donnés est de plusieurs centaines de trillions » (L. Cuénot et J. Rostand).

### III. — CONSANGUINITÉ (1) et (2)

On est unanime à lui reconnaître une influence néfaste. Les études faites en ces dernières années pour élucider son action, signalée dès 1856 par Menière, ont confirmé, dans l'ensemble, l'opinion commune. Il semble que demeurent valables les conceptions que, dès 1907, avait formulées Bourneville ; les conclusions auxquelles sont arrivées en 1935 les *Assises de la médecine française* ne changent rien aux résultats pratiques.

Il est, en effet, remarquable que les éleveurs (éleveurs de ruminants ou de chevaux, éleveurs avicoles), ont depuis longtemps recours à des unions consanguines systématiques pour obtenir l'amélioration des espèces animales. A condition d'opérer selon certains procédés et moyennant l'observation de certaines règles, on arrive, à coup sûr, à fixer certains caractères. La consanguinité n'a donc pas forcément, par elle-même, une influence délétère sur la race.

Par ailleurs, les documents ethnographiques et cliniques, fournis aux *Assises de la Médecine française*, ont montré que, pour des motifs divers, les unions consanguines ont été, à certaines époques et pendant de nombreuses générations successives, une tradition de certaines régions françaises, sans cependant que la dépopulation ou un amoindrissement de la race s'en soient forcément suivis. Des conséquences parfois déplorables ont été observées, mais, dans d'autres cas, elles ont été nulles, sauf en ce qui concerne la permanence, à travers les générations, de certains caractères physiques ou mentaux qu'on peut considérer comme normaux. L'observation humaine aboutit donc, somme toute, aux mêmes résultats que l'expérience des éleveurs.

Pour les classiques, la réalité semble, en définitive, pouvoir s'exprimer de la façon suivante.

La consanguinité ne semble exercer par elle-même aucune action, mais elle exalte les divers caractères, tant favorables que défavorables ; elle élève l'hérédité, saine ou pathologique, à sa plus haute puissance. Le descendant représente, en quelque sorte, la somme algébrique des qualités ou des défauts de ses ascendants ; défauts ou qualités diffé-

rents peuvent se transmettre sans s'additionner : défauts ou qualités homologues, au contraire, s'additionnent. Il n'en est pas autrement dans les unions non consanguines, mais il est clair que les probabilités sont beaucoup plus grandes, du fait d'unions consanguines, pour que les tares ou les qualités d'un des conjoints trouvent chez l'autre un homologue et que l'accentuation d'un certain nombre de caractéristiques puisse ainsi se réaliser. On s'explique de même que, selon les collectivités observées, l'influence de telles unions sur la descendance soit tantôt nulle, tantôt efficiente.

La question a été reprise, récemment, par M. R. Turpin.

Lorsque, dit-il, on assure expérimentalement la pérennité de la descendance de deux progéniteurs par des accouplements exclusifs entre mâles et femelles de même portée (autrement dit, lorsqu'on réalise des mariages consanguins), la proportion des homozygotes s'accroît à chaque génération, alors que celle des hétérozygotes diminue. Ce mode de sélection favorise la résurgence des états morbides liés à un gène dominant ou récessif. Il conviendrait donc, dans la race humaine, d'interdire les mariages consanguins, comme on le fait aux Etats-Unis, ce qui ramènerait à 75 pour cent du chiffre actuel les naissances d'individus atteints de tares récessives. Comme mesures complémentaires, on devrait déconseiller 1°) aux ascendants des malades d'accroître leur descendance, puisque les 3/4 de nouveaux enfants risqueraient de porter le gène indésirable dans un ou deux de leurs chromosomes ; 2°) aux oncles et tantes ; 3°) aux frères et sœurs des malades, d'avoir des enfants, les premiers appartenant à des fractions contenant 50 pour cent d'hétérozygotes porteurs du gène récessif, et que les seconds sont hétérozygotes dans les proportions des 2/3. (cf aussi p. 71).

Les unions consanguines constituent donc, pour lui, une sorte de défi à l'hérédité et doivent être déconseillées.

Il est, d'autre part, remarquable que, graves ou légères, les tares qui deviennent ainsi évidentes sont très souvent celles qui se traduisent par des troubles nerveux ou par un déficit mental. Lorsqu'elles existent chez les ascendants, elles se transmettent de façon quasi-assurée, qu'il s'agisse de simples anomalies psychiques ou de vices graves. Il est de fait que l'idiotie et la surdi-mutité, quelle qu'en soit la pathogénie, semblent, dans de nombreux cas, attribuables à la consanguinité. On a pu aussi lui attribuer diverses malformations squelettiques, la cécité, certains syndromes endocriniens.

Les autres tares toxiques ou infectieuses viennent naturellement, le cas échéant, ajouter leur action et imprimer leur cachet particulier aux manifestations morbides.

(1) Article rédigé par MM. L. BABONNEIX et R. LEVENT.

(2) Le mot a été créé, il y a un siècle, par Giron de Puzareignes (R. Turpin)

## IV. — INFLUENCE DES RACES. — MÉTISSAGE (1)

Dans sa thèse de 1918, Mlle Sériot a rassemblé et critiqué les opinions des divers auteurs qui, depuis un peu plus d'un demi-siècle, se sont efforcés d'expliquer les idées traditionnelles qui, dans certains pays tout au moins, ont force de loi. Il est certain que le Français, pour des raisons diverses et, sans doute, parce que, dans l'ensemble, sédentaire, il a peu d'occasions d'envisager les données du problème et ses résultats, considère volontiers comme un préjugé et une survivance les antagonismes de races qui, en milieu anglais ou yankee, sont beaucoup plus marqués. Il convient, cependant, de noter que, dans certaines colonies françaises et en particulier dans les vieilles colonies où a fait souche depuis longtemps une population française autochtone et stable, le même état d'esprit, sauf quelques nuances, que chez les anglo-saxons se manifeste. Il y a peu de sympathie entre créoles et mulâtres (2); si les unions irrégulières entre blancs et non blancs sont considérées comme sans importance, tout mariage entre un créole et une noire ou même une sang-mêlée a pour aboutissant habituel la mise au ban par les siens du blanc qui s'est mésallié.

Dès 1842, Nott, étudiant la descendance d'unions métisses, notait que la grossesse est souvent difficile et l'accouchement malaisé, que les mulâtres ont une longévité moindre que leurs parents de l'une et l'autre race pure, et que leur niveau intellectuel moyen marquait plutôt une tendance à l'abaissement.

En 1859, Broca (*Mémoire sur l'hybridité*) notait, à son tour, que les unions de Germains ou d'Anglo-saxons avec des noirs sont relativement infécondes; quant aux unions, d'ailleurs rares, entre Anglo-saxons et Mélanésiens, elles sont habituellement infécondes, soit immédiatement, soit dans les générations suivantes, à tel point qu'il était impossible d'en constater les résultats éloignés.

Périer, étudiant, entre 1860 et 1866, la question du métissage, de la fécondité des métisses et de la conservation d'un type racial, conclut à la nocivité des croisements en général. Il note, de façon accoutumée, chez les métis de blancs et de noirs, un mélange des caractères des deux parents dans le descendant, avec une tendance péjorative qui fait, chez lui, prédominer les caractères les moins favorables de chacun des auteurs. Pour lui, les défauts des deux races se totalisaient plutôt que leurs qualités : sensualité et puérilité du noir, indépendance et orgueil du blanc. Son enquête sur les métiages anglo-

hindou et hollando-malais ne donne pas de résultats plus favorables.

On s'explique donc la persistance, dans des milieux qu'on peut croire bien placés pour juger par eux-mêmes, de l'hostilité au métissage en général. Il semble y avoir, entre races humaines, des différences de degrés divers qui se répercutent sur le résultat des unions, et qu'expliquent sans doute les données généticiennes précédemment exposées.

Mlle Sériot cite, enfin, divers exemples de généalogies métissées, les unes dues aux travaux de Holbé (1916), les autres personnelles, où des parents, nullement tarés cependant en apparence, mais de races différentes, donnent des descendance tarées : métissage franco-annamite produisant deux enfants, l'un idiot, l'autre présentant de graves anomalies du caractère rendant à peu près impossible toute tentative d'éducation; métissage franco-sénégalais donnant sept enfants, tous anormaux à des degrés divers, et aboutissant, à la quatrième génération, à l'extinction de la souche, qui n'est plus représentée que par un seul descendant. Résultats également peu favorables d'unions, cependant moins disparates : franco-israélite, anglo-roumaine, donnant des descendants tarés alors que les deux parents semblaient normaux.

Certains auteurs (Martial (1) font, à ce sujet un rapprochement ingénieux. Etant hors de doute que la pureté des races telle que la conçoivent et prétendent la sauvegarder les théoriciens du racisme est une conception insoutenable et qu'incontestablement, à côté des bons métiages à qui le temps a permis de faire leurs preuves, il en existe de mauvais qu'il faut éviter et prévenir ; que, d'autre part, certains groupes sanguins prédominent dans certains groupements humains, ces auteurs rapprochent incompatibilités sanguines et incompatibilités de métissage, et admettent que le métissage équivaut à une transfusion sanguine médiate, mettant en présence des éléments inégalement compatibles. Les effets en seraient seulement retardés, comme le seraient ceux de caractères mendéliens récessifs ; le déséquilibre mental serait l'un d'eux. Ils notent que certains métiages, précisément connus dans certaines familles régnantes, se traduiraient à la longue par l'apparition des tares mentales. Ils notent aussi qu'en certains pays, les 3/5 des schizophrènes sont des métis chez qui les groupements B et A B sont particulièrement fréquents et concluent à un certain parallélisme entre caractères sanguins et prédisposition à la fragilité mentale.

De ces faits, on peut donc conclure que, si les unions métissées ne sont pas toujours l'origine de mécomptes aussi graves que ceux que

(1) Article rédigé par MM. L. BABONNEIX et R. LEVENT.

(2) Dans le vocabulaire des « Iles », le « créole » est le descendant de colons français né à la colonie et pur de race, qu'il ne faut pas confondre avec le « sang-mêlé » (mulâtres, quarterons, octavons, etc.), que le créole sait bien reconnaître, même après plusieurs générations.

(1) René MARTIAL. Race, hérédité, folie (*Mercur de France*, 1938).

produisent les unions consanguines, il existe cependant des affinités maxima entre individus, affinités maxima de chacun pour sa propre race, affinités progressivement et proportionnellement décroissantes pour les autres races, obéissant à des règles encore inconnues, mais sur lesquelles influent sans doute l'habitat, le genre de vie, les traditions physiques et morales, et qu'il existe un risque d'anomalies dans la descendance, au physique et au moral, d'autant plus grave que les deux géniteurs font partie de groupes ethnologiquement plus disparates.

#### V. — DISPROPORTION D'AGE ENTRE LES PARENTS (1)

C'est là une expression qu'il faut prendre dans son acception la plus large. Il peut y avoir simplement un écart excessif dans l'âge des parents sans qu'aucun d'eux soit en dehors de l'âge normal de l'activité génitale; il peut y avoir aussi, quel que soit cet écart, le fait aggravant que l'un des conjoints, par excès ou par défaut, est hors de la période normale de l'activité génitale. Il faut aussi considérer le cas où les deux parents, par excès ou par défaut, sont en dehors de cette période. Bien qu'il n'y ait pas forcément entre eux, dans ce cas, un écart anormal, il n'en reste pas moins qu'à certains égards, l'influence de l'âge, dans ce dernier cas, peut être rapprochée de ce qu'elle est dans les précédents.

De tout temps, l'opinion commune a attribué à l'âge des parents une influence certaine; on a reconnu aux enfants de parents âgés un habitus particulier (enfants de vieux); les enfants de parents trop jeunes ne sont pas, non plus, sans avoir des caractères particuliers. Encore s'agit-il souvent, dans ces cas, surtout de caractères physiques, et les particularités intellectuelles ou caractérielles n'ont pas, en général, assez d'accent pour être de véritables anomalies.

La différence d'âge a, à cet égard, une importance plus grande, si l'on accepte l'opinion commune. De nombreux auteurs ont tenté, en ces dernières années, de donner à cette notion des confirmations statistiques; on les voudrait souvent plus probantes; on désirerait qu'elles portent sur un plus grand nombre de faits; mais il est clair que les résultats sont d'autant plus volontiers pris en considération qu'ils sont plus en accord avec les idées reçues.

Une enquête de Ohmstede (1931) sur le sujet a montré à l'auteur que l'âge maternel semblait, des deux, le plus important pour la production des anomalies neuro-psychiatriques; sans que l'influence soit invariable, il lui a paru que l'âge maternel dépassant 30 ans pou-

vait, parfois, être défavorable. C'est là une opinion excessive; cependant, des travaux antérieurs étaient arrivés à des conclusions analogues (Kollaritz 1910, van der Velden, Reiter et Ihlefeldt), sur quarante-huit cas, l'auteur en a trouvé vingt-deux où l'âge de la mère était la seule cause à incriminer dans la genèse d'une anomalie neuro-psychiatrique. R. Turpin et Caratzali ont montré, de leur côté, que « le pourcentage du mongolisme croît rapidement à mesure que la mère, par son âge, s'éloigne de la période optima de reproduction. Les chiffres permettent ainsi de dire que si la procréation était limitée pour les femmes à une période de la vie étendue de 20 à 30 ans, cela réduirait des deux tiers au moins la fréquence du mongolisme ».

Le mode d'influence et la constance d'influence d'une différence d'âge sont souvent d'interprétation malaisée. Comme auparavant Kollaritz, Ohmstede arrive à des conclusions qui paraissent sévères; Kollaritz juge préjudiciable un écart de 9 ans entre les parents; Ohmstede tient même compte d'un écart de 6 ans: neuf fois sur vingt-sept cas observés d'anomalie mentale, la différence dépassait 6 ans, quatre fois elle dépassait 10 ans, deux fois elle dépassait 20 ans; huit fois sur vingt-sept, la mère était plus âgée que le père. Les chiffres précédents se rapportent, il est vrai, à des mères ayant dépassé 35 ans, mais, au-dessous de 35 ans, les chiffres semblent assez comparables.

Il semble en réalité que, dans certains cas d'anomalies où l'on ne trouve aucune autre cause valable, ce soit cette absence même qui fasse la plus grande valeur de la notion d'âge.

Notons aussi que, dans certains cas d'enfants nombreux, les derniers termes de la série sont frappés avec prédilection et aussi qu'il faut attribuer quelque importance au fait que la première grossesse a été tardive: 35 % des cas, pour Becker. De cet avis, sont également Krafft Ebing, Zieten, van der Velden.

(1) Article rédigé par MM. L. BABONNEIX et R. LEVENT.

## CHAPITRE III

## CAUSES AGISSANT PENDANT LA GROSSESSE

par L. BABONNEIX et R. LEVENT

- I. *Émotions.*
- II. *Traumatismes abdominaux et tentatives d'avortement.*
- III. *Infections aiguës, dont, surtout, les oreillons, la coqueluche et la fièvre typhoïde.*
- IV. *Infections chroniques.*
- V. *Intoxications aiguës et chroniques.*
- VI. *Processus congénitaux.*
- VII. *Grossesses univilellines.*

1° *Émotions.* — L'opinion commune leur a, de tout temps, attribué grande importance, à tel point qu'on les a rendues responsables de toutes les difficultés de la grossesse et de toutes les anomalies observées chez l'enfant. Sans aller si loin, il faut bien reconnaître que leur influence n'est pas niable. Bourneville a insisté, autrefois, sur le rôle qu'elles jouent dans l'apparition de troubles neuro-psychiatriques et, plus récemment, Hutinel a exprimé la même opinion.

Les émotions violentes sont particulièrement graves lorsqu'elles s'accompagnent de perte de connaissance et provoquent des convulsions du fœtus.

L'effet de préoccupations prolongées (contrariétés, idées noires, regret d'être enceinte, allant parfois jusqu'aux troubles mentaux) n'est pas moindre, à l'avis de Hutinel; elles sont parfois la seule cause identifiable de troubles soit bénins, comme un bégaiement, soit graves, et où les émotions peuvent jouer un rôle adjuvant: paralysie faciale congénitale, maladie de Thomsen, chorée congénitale, paramyoclonus multiplex, tremblements divers.

Ces causes morales peuvent agir, soit en favorisant l'apparition d'un tempérament névropathique, soit en facilitant la production d'hémorragies choriales et surrénales. Leur influence est d'autant plus considérable qu'elles ont agi plus près de la procréation.

2° *Traumatismes abdominaux et tentatives d'avortement.* — Les traumatismes atteignant l'abdomen ont, sur la grossesse, une influence indéniable, puisqu'ils sont parfois suivis, à bref délai, d'avortement. Lorsque l'abortus ne se produit pas, il peut y avoir, cependant, de graves lésions du fœtus, suivies d'arrêt de développement plus ou moins important selon l'âge de la grossesse et le volume de l'enfant, d'où dystrophies et malformations variées que vient encore aggraver, le cas échéant, l'état de prématuration.

Parmi les causes les plus patentes de détérioration neuro-psychiatrique, il convient de ranger l'hémorragie sous-arachnoïdienne, facteur d'asphyxie et de mort apparente au moment de la naissance, et qui peut laisser derrière elle diverses lésions cérébro-méningées. La syphilis peut jouer ici un rôle notable (cf. p. 10). Les traumatismes abdominaux peuvent, en effet, trouver en elle une cause d'aggravation pronostique, et, parfois même, la raison entière de leur gravité. L'un de nous a essayé de montrer ailleurs que, du fait de la présence du tréponème, les centres nerveux, en particulier, sont sensibilisés et fragilisés. La syphilis joue un rôle préparant, le traumatisme un rôle occasionnel et déterminant (syphilis nerveuses traumatiques, Marfan, Blocq).

À côté de ces traumatismes subis par l'enfant par l'intermédiaire des organes maternels, il faut ranger le traumatisme direct dû à une tentative infructueuse d'avortement. Le développement fœtal se poursuit jusqu'à terme, mais des malformations ou des dystrophies localisées témoignent, à la naissance, des violences endurées (Mme Nageotte). Dans certains cas, on peut aussi observer un état d'« avortonnisme » comportant à la fois chétivité physique et arriération mentale. Un enfant né malgré des tentatives répétées d'avortement est un débile physique et un arriéré mental, alors que ses nombreux frères et sœurs sont normaux et que, dans l'histoire familiale tout entière, rien ne peut être trouvé comme infection, intoxication ou autre tare qui explique un tel avortonnisme (H. Grenet, 1936).

3° Parmi les *infections aiguës*, nombreuses sont celles qui peuvent survenir pendant la grossesse, comme c'est le cas pour la grippe ou les pneumocoques.

La grossesse continue, mais peut être parfois interrompue au bout d'un certain délai; c'est ainsi que, pour Kelsch et Kiener, la scarlatine peut causer la prématuration avec toutes ses conséquences.

D'autres affections n'abrègent pas la grossesse, mais, parvenu à terme, l'enfant est malingre, aussi fragile dans son système nerveux que dans tout autre point de son organisme (diphthérie, rougeole). La blennorrhagie aiguë n'empêche pas forcément la grossesse et n'intervient pas non plus forcément en l'interrompant, bien que certains auteurs aient jugé que sa puissance abortigène était comparable à celle de la syphilis. Mais les lésions utérines sont une cause de débilité générale et de difficultés de l'accouchement qui tarent l'organisme infantile.

Autre cause importante de chétivité: les hépato-néphrites de la grossesse, lorsqu'elles ne tuent pas l'enfant; les colibacillooses peuvent aussi, dès la vie intra-utérine, provoquer, chez lui, des convulsions, dues vraisemblablement à des hémorragies méningées.

Trois affections méritent une place à part :

Les *oreillons* pendant la grossesse tarent assez gravement le système nerveux pour que les séquelles soient durables : mydriase, inégalité pupillaire, aphasie, hémiplégie; dans un cas, Hutinel et Babonneix ont, à la suite des oreillons, observé une maladie de Little.

La *coqueluche*, lorsqu'elle ne provoque pas d'avortus, peut se transmettre à l'enfant, qui est coquelucheux dès sa naissance, donc exposé aux complications convulsives de la maladie. Dans certains cas, elle semble la seule origine décelable d'une sclérose en plaques, d'une épilepsie, de psychoses infantiles de type divers : hypocondrie, mélancolie, délire hallucinatoire, démences.

La *fièvre typhoïde*, enfin, qui, chez l'adulte, peut laisser des séquelles mentales d'une certaine durée (troubles de la mémoire après guérison), tare souvent le système nerveux de l'enfant lorsque, par exception, elle n'a pas interrompu la grossesse. On a pu lui attribuer l'origine de la surdi-mutité.

Les fièvres éruptives (variolo, varicelle, scarlatine, rougeole), lorsque l'avortus ne s'en suit pas, sont responsables, dans certains cas, de diverses formes de surdité ou d'aphasie.

Il ne faut pas non plus, perdre de vue qu'une syphilis peut jouer, pour diverses infections aiguës, le même rôle de préparation du terrain que pour le traumatisme.

4° Il y a peu à ajouter, touchant les *infections chroniques* à ce que nous avons dit plus haut. Tuberculose, syphilis héréditaire de première et de deuxième génération, lèpre dans des cas exceptionnels, exercent, sur le système nerveux, leur action fragilisante, dystrophiant ou destructrice. De même, le paludisme et, pour Fuller, Beucke, Besnier, la maladie rhumatismale, affection que bien des traits de son évolution autorisent à ranger parmi les infections.

5° L'influence des *intoxications aiguës* paraît restreinte, les

unes étant bénignes, les autres, au contraire, trop graves pour permettre la continuation de la grossesse. Il faut, cependant, faire une place à part à l'alcoolisme aigu; l'alcool passe dans la circulation foetale et peut provoquer des lésions cytologiques du système nerveux; de même, l'éther et le chloroforme. Les conséquences de ces intoxications sont les mêmes que celles que nous avons déjà envisagées.

A citer aussi l'*intoxication par l'oxyde de carbone* qui semble à l'origine de certaines aphasies des entendants-muets, de certaines surdi-mutités, de cécités verbales ou de surdités verbales congénitales.

L'*éclampsie*, enfin, a été étudiée par Reuss, Pilcs et Esch. Le foetus est souvent tué *in utero*, et il est encore, après sa naissance, exposé à des crises souvent mortelles. Son taux de mortalité reste, par ailleurs, anormalement élevé, surtout en l'absence d'allaitement au sein. Pour Entres, sur deux cent vingt-sept enfants d'éclamptiques, cent cinquante seulement naissent vivants et quarante-sept parviennent à la puberté en santé satisfaisante. Il faut, dans l'avenir neurologique de ces sujets, tenir particulièrement compte de l'action défavorable de la tétanisation utérine qui traumatise l'encéphale de l'enfant, ses vaisseaux et ses enveloppes, d'où hémorragies cérébro-méningées, processus d'inflammation méningée avec les scléroses, les troubles de développement, les hémorragies qui en peuvent être la conséquence; il s'y joint des troubles de l'hématose, de l'irrigation sanguine des centres respiratoires, dangereux pour leur développement.

Nous n'ajouterons que peu de chose à ce qui a été dit plus haut des *intoxications chroniques*. Certains cas particuliers peuvent, toutefois, se présenter : intoxications professionnelles par le plomb, le cuivre, le mercure, l'arsenic; intoxications d'origine gastro-intestinale, helminthiases. Mais les causes importantes demeurent, ici encore, l'alcoolisme, la cocaïnomanie et la morphinomanie. Dans ces cas, c'est pendant un temps prolongé que, par l'intermédiaire de l'organisme maternel, le foetus demeure soumis à l'intoxication, et les effets de l'agent délétère sont souvent d'autant plus profonds qu'il s'y joint l'action de l'hérédité ou d'autres agents, syphilis en particulier.

Dans toutes les intoxications, le passage des poisons de la circulation maternelle dans celle du foetus (ou, plus tard, dans son tube digestif, du fait de l'allaitement) semble le facteur important. Bien qu'il y en ait d'autres, et, en particulier, les troubles de l'hématose (ligatures artérielles, anémie d'origine hémorragique, asphyxie), l'intoxication demeure le principal. Le passage d'une circulation à l'autre se produit aussi bien pour les poisons d'origine maternelle (poisons de l'éclampsie, plus tard, toxines de la menstruation, substances nuisibles dues à des affections digestives, cardiaques ou

rénales) que pour les poisons exogènes (toxines vermineuses, etc.). Les premiers semblent, de beaucoup, les plus importants.

Il se produit une imbibition des centres nerveux du fœtus et parfois même, à leur intérieur, une accumulation toxique plus ou moins durable.

Et c'est peut-être du fait de la plus grande diffusibilité et de l'élimination plus aisée du toxique que l'éthéromanie maternelle semble moins grave, pour l'enfant, que l'alcoolisme chronique.

6° *Processus congénitaux*. — Ils peuvent, comme l'a montré Apert (*Maladies familiales et maladies congénitales*, Paris, 1907, in-8°), être déjà entièrement constitués dès la naissance : ce sont les *affections congénitales* proprement dites; d'autres fois, ils n'existent, à ce moment, qu'en puissance, et ne se manifesteront qu'au cours de l'existence : ce sont les *affections d'origine congénitale*.

Il est de nombreux cas où la distinction est malaisée entre ces deux variétés. Parmi les anomalies neurologiques ou psychiatriques, en effet, il en est dont, seul, le caractère familial prouve l'origine congénitale, mais qui n'apparaissent que dans la seconde enfance, parfois même, plus tard encore.

Les plus intéressantes pour nous sont celles dont l'apparition est plus précoce. Certaines surviennent pendant la grande ou la moyenne enfance; d'autres, dès les premiers mois. Elles sont dues tantôt à un trouble fonctionnel, tantôt à une lésion. En réalité, un certain nombre des premières peut être rattaché à des lésions histologiques fines du système nerveux et forme transition entre les deux groupes.

Les unes sont dues à une altération du germe lui-même — structure anormale ou état morbide d'un des gamètes (affections germinales), d'autres, à l'action accidentelle d'un agent nocif ayant troublé l'évolution du germe de l'œuf ou de l'embryon durant la période intra-utérine.

Pour certaines, l'anomalie congénitale est assez aisée à reconnaître et les lois mendéliennes lui sont applicables; d'autres, en raison sans doute de la multiplicité des éléments transmissibles en cause et de la diversité des combinaisons possibles, sont moins aisées à classer.

Certaines se transmettent comme des caractères mendéliens dominants ou récessifs (cf. p. 28).

D'autres fois, cette origine est moins évidente, mais on n'en peut trouver aucune autre qui soit valable. D'une manière générale, là comme ailleurs, les troubles sont d'autant plus graves que l'action nocive s'est exercée de façon plus précoce.

A citer l'acrocéphalosyndactylie, décrite par Apert en 1908, et qui qui peut s'accompagner de déficit intellectuel; l'idiotie amaurotique familiale avec ses lésions histologiques particulières, et qui semble ne

débuter que 6 à 8 mois après la naissance, dans des conditions de races assez constantes (Israélites de l'Europe orientale) (cf. p. 32). Mais on peut observer des maladies familiales exclusivement mentales : psychoses systématisées, mélancolie, démence juvénile, folie périodique (cf. p. 19), et d'autres où les troubles mentaux se combinent à des troubles somatiques; c'est ainsi que l'idiotie amaurotique familiale peut se combiner avec la maladie de Friedreich (Nolan).

À ranger auprès des précédentes, les tares mentales de la dégénérescence, faiblesse d'esprit, absence de sens moral, obsessions, peurs et émotivité morbides, fugues, tendance à la boisson, au suicide.

On peut enfin, de l'examen des statistiques, conclure à une prédisposition, d'origine héréditaire, pour certaines affections non congénitales, hérédité tantôt similaire, tantôt, et plus souvent, à transformation, qui témoigne de l'anomalie du fonds primitif.

7° *Grossesses univitellines* (1). — Leur rôle dans le développement de certaines tares nerveuses et mentales a été surtout étudié par Verschuer et son école (Luxemburger, Lange) et par Jens Cr. Smith.

Lorsque l'OLIGOPHRÉNIE frappe un jumeau univitellin, il y a 98 pour cent de chances pour que l'autre soit atteint.

SCHIZOPHRÉNIE. — La concordance n'est plus que de 70 à 75 pour cent. 25 à 30 pour cent de ces jumeaux transmettront donc la maladie sans en présenter eux-mêmes aucun signe : aussi y a-t-il peu de chances pour que l'on puisse faire disparaître cette affection en recourant à des mesures eugéniques (Werthemann, de Bâle).

PSYCHOSE MANIAQUE-DÉPRESSIVE. — L'étude des jumeaux ne fournit ici aucun renseignement décisif, pas plus, d'ailleurs, que pour l'épilepsie.

Quant à Jens Cr. Smith, il a étudié, parmi les 6.700 insuffisants mentaux

(1) Rappelons la différence entre vrais et faux jumeaux.

Les faux jumeaux « proviennent chacun d'un œuf indépendant, deux ovules « ayant parallèlement mûri dans les glandes maternelles et échappé, presque « dans le même temps, à leurs follicules respectifs. Ce sont deux frères ou deux « sœurs, ou un frère et une sœur, qu'un accident a fait évoluer côte à côte et « naître le même jour ». Ils ont deux placentas, deux chorions.

« Les vrais, ou *ménechmes*, ont une parenté plus intime; ils proviennent d'un « œuf unique qui, à un certain stade de son développement, s'est partagé en « deux pour donner des embryons, puis des individus distincts » (L. CUENOT et J. ROSTAND) (2). On peut les reconnaître, à la naissance, parce qu'ils ont un seul placenta et une seule enveloppe chorale; ultérieurement, à ce fait qu'ils sont toujours de même sexe, et à leur ressemblance, qui va jusqu'à la presque identité et qui est due à ce que « nés d'un même œuf, ils ont reçu les mêmes chromosomes « lors des hasards de la distribution chromosomique ». (Id. 3).

(2) et (3) L. CUENOT et Jean ROSTAND, *Introduction à la génétique*, Paris, 1936, in-18, p. 95-100.

recensés dans tout le Danemark par les soins du *Comité anthropologique* de ce pays, le cas de 66 couples de jumeaux, dont 50 bivitellins, 3 vraisemblablement et 13 certainement univitellins. Voici (d'après M. Brousseau) les résultats auxquels l'ont conduit cette étude.

Sur les 50 couples de jumeaux bivitellins, 46 fois l'un des sujets seulement était oligophrène, 4 fois tous les deux étaient atteints, soit une proportion de 8 pour cent.

Pour les trois couples vraisemblablement univitellins, et cette vraisemblance était fondée particulièrement sur leur similitude à tous égards, tous les six étaient oligophrènes.

Parmi les treize couples de jumeaux certainement univitellins onze fois les deux sujets étaient frappés, deux fois un seul était atteint.

Pour ces deux derniers groupes, l'insuffisance mentale dépassait donc un taux de 80 pour cent.

Aussi, l'auteur paraît bien fondé à penser que, dans ces cas, l'hérédité, bien plus que l'action éventuelle de quelque circonstance pathogène, commande d'une manière prépondérante la production de l'oligophrénie.

Bien plus, il a constaté que chacun des sujets constituant le couple de jumeaux univitellins présente, malgré la possibilité de différences légères, le même niveau d'insuffisance intellectuelle.

Enfin, dans plusieurs cas, les deux jumeaux univitellins chez qui l'on n'a pu mettre en évidence ni traumatisme obstétrical, ni infection de la première enfance, présentaient les mêmes syndromes neurologiques associés, tels qu'une hémiplégie, trouble du langage ou un syndrome épileptique. Ce fait n'a été observé chez aucun des couples de jumeaux bivitellins et l'on est induit à supposer que ces déficits neurologiques peuvent être eux-mêmes et de la même manière, héréditaires. Pour l'un des couples de jumeaux univitellins, un syndrome de Friedreich s'associait à l'oligophrénie. Il s'est trouvé aussi que, dans les cas où l'oligophrénie, chez des jumeaux univitellins, parut acquise, il s'agissait du degré le plus profond, à savoir d'idiotie, c'est-à-dire, selon l'échelle de l'auteur, de sujets dont le quotient intellectuel s'établissait au-dessous de 30 pour cent.

#### CHAPITRE IV

### CAUSES AGISSANT A LA NAISSANCE

par L. BABONNEIX et J. SIGWALD

I. *Traumatismes obstétricaux.*

II. *Asphyxie.*

III. *Intoxication chloroformique.*

I. — On n'insiste généralement pas assez sur l'importance des *traumatsimes* que provoque l'accouchement. Or, il est certain que le passage de la tête de l'enfant à travers le détroit périnéal, ou son extraction par des moyens mécaniques, n'est pas sans intervenir sur l'encéphale sous-jacent.

Les statistiques faites sur les lésions cérébro-méningées des nouveaux-nés montrent que dans 41 % des cas, il y a accouchement par forceps et que l'extraction de la tête dernière est retrouvée dans 33 %. Les traumatismes peuvent provoquer une fissure ou un enfoncement osseux, produisant, soit une compression du parenchyme cérébral, soit une déchirure du sinus ou des veines qui en sont tributaires. Mais ces statistiques ne portent que sur les cas graves ; ne sont pas relevés ceux, assurément fréquents, où la lésion reste minime, inapparente, et consiste en œdème cérébral ou en suffusions sanguines cérébro-méningées.

II. — En dehors du traumatisme obstétrical net, l'enfant peut souffrir au cours d'un accouchement prolongé, qu'il y ait circulaire du cordon, ou qu'il survienne tel ou tel incident qui a pour conséquence l'amincissement, la compression et l'étirement de la tête fœtale. La gémellarité intervient dans ce sens ; à plus forte raison, les présentations anormales : lorsque, au cours d'un accouchement par le siège, l'extraction de la tête dernière est laborieuse, il peut y avoir simulta-

nément compression de l'extrémité céphalique et *asphyxie*, car la compression du cordon empêche la circulation de se faire, et le thorax s'anime de mouvements respiratoires automatiques lorsque, par mégarde, on saisit l'enfant par le tronc.

III. — A côté de ces causes obstétricales, qui aboutissent à l'écrasement de l'extrémité céphalique, à l'asphyxie de l'enfant, ou, à un moindre degré, à une gêne circulatoire passagère, il est un facteur toxique non négligeable: c'est *l'emploi d'anesthésiques pendant l'accouchement*. La parturiente est généralement endormie avec du chloroforme donné suivant la méthode dite « à la reine » ; c'est dire qu'elle n'absorbe l'anesthésique qu'en petites quantités, car elle ne perd que partiellement conscience ; la tolérance semble parfaite. Il n'en est pas de même lorsqu'au cours d'un accouchement laborieux, une manœuvre obstétricale est nécessaire ; l'anesthésie doit alors être plus complète, et une grande partie de l'anesthésique, passant dans la circulation de la mère, atteint ainsi le fœtus. Il n'est pas étonnant que ce toxique puisse produire des phénomènes d'inhibition sur des tissus nerveux fragilisés par des difficultés mécaniques de circulation et d'hématose.

On ne peut faire que des hypothèses sur la nature de la plupart des lésions nerveuses, survenues au cours de l'accouchement, restées inapparentes à ce stade, et qui ultérieurement seront la cause d'anomalies neuro-psychiques. Mais on connaît bien, surtout depuis les travaux de Couvelaire et de Waitz, la nature et la gravité des lésions cérébrales, trouvées à l'autopsie d'enfants morts-nés, ou décédés à la suite d'un accouchement laborieux. Elles sont souvent considérables : il peut y avoir des hémorragies extra-durales, des lésions méningées consistant en œdème, en congestion vasculaire, ou en hémorragie ; ces dernières peuvent consister en gros foyers hémorragiques siégeant en un point quelconque de l'hémisphère cérébral, ou autour du cervelet, ou à la base du cerveau ; au contraire, il peut y avoir aussi de petites hémorragies réalisant, lorsqu'elles s'associent à l'œdème, l'aspect du cerveau tigré et tacheté. Dans le parenchyme cérébral, il y a constamment un semis hémorragique accompagné d'ectasies vasculaires ; plus rarement, il s'agit de grosses hémorragies confluentes de la région des noyaux centraux (Couvelaire).

Lorsque les lésions sont trop légères pour entraîner la mort, on peut admettre qu'elles doivent réaliser en miniature l'aspect de celles qu'on trouve à l'autopsie des cas mortels. Sans faire d'hypothèses excessives, il est possible de penser que les traumatismes de l'accouchement provoquent, soit de l'œdème, soit de la congestion vasculaire, soit des hémorragies cérébro-méningées. Suivant leur importance et suivant leur siège, les symptômes apparaissent immédiatement ou ne surviennent que plus tardivement, après une longue évolution latente. C'est par

l'interrogatoire minutieux et précis des parents, par l'étude des commémoratifs de la naissance, que l'on peut reconstituer le stade du traumatisme cérébral, qui a trop souvent pour conséquence une dystrophie psychique tardive. Il serait à désirer que la liaison soit toujours établie entre l'accoucheur et le pédiatre et que, pour chaque enfant, soit établie une fiche sur laquelle seraient inscrites toutes les particularités de la grossesse et de l'accouchement (Stein).

---

(1) Cf. pour plus de détails : L. BABONNEIX et R. VOISIN, *Encéphalopathies infantiles. Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée*, Paris, 1936, in-8°, Pédiatrie, t. II, p. 598-600.

## CHAPITRE V

## CAUSES POSTERIEURES A LA NAISSANCE

par L. BABONNEIX et J. SIGWALD

- I. *Causes d'ordre médical.*  
Traumatismes. Byronisme.  
Encéphalites aiguës.
- II. *Causes d'ordre social.*
- III. *Causes d'ordre moral.*

Dès la première enfance, nombre de maladies peuvent intervenir pour troubler le développement du cerveau, qu'elles intéressent directement les centres nerveux ou que, plutôt, leur influence nocive soit indirecte. Les traumatismes crâniens sont rares, mais ils existent, et leurs séquelles peuvent être uniquement psychiques. De même, les carences ou les troubles digestifs ont une action défavorable certaine sur le développement intellectuel.

Pendant la seconde enfance, un autre grand facteur de maladies mentales vient s'ajouter aux précédents : ce sont les influences physiques et surtout morales dues à un mauvais entourage ; il en résulte des anomalies du caractère, des lacunes dans l'éducation, une mauvaise préparation au comportement social.

Pour analyser ces causes, il pourrait sembler naturel de les étudier à chaque âge ; en fait, il est plus clair de les envisager suivant le type médical, social ou moral auquel elles appartiennent.

## I. — CAUSES D'ORDRE MEDICAL

Un *traumatisme* brutal, en produisant des lésions de l'encéphale, peut atteindre les centres qui président au développement psychique

de l'enfant ; théoriquement, une telle éventualité devrait être impossible ; bien que rare, elle existe ; il n'est nullement exceptionnel qu'un jeune enfant fasse une chute sur la tête en tombant du haut de son berceau, du haut d'une chaise, de sa voiture ; il peut même échapper des bras de la personne qui le porte ; plus tard, lorsqu'il commence à marcher et à jouer, il lui arrive parfois de tomber sur la tête, de choir dans un escalier, de s'échapper à la surveillance de son entourage pour se pencher, perdre l'équilibre et tomber d'une certaine hauteur. Il n'est pas, non plus, à l'abri des accidents de la rue, et peut être, en compagnie de ses parents, victime de traumatisme violent, tel qu'un accident d'automobile.

Il faut distinguer deux variétés de lésions accidentelles. Le traumatisme grave provoque une fracture du crâne ou, plus souvent, un enfoncement des os de la voûte ; il en résulte une compression de l'encéphale, avec hémorragie méningée et contusion du tissu encéphalique. Le pronostic immédiat peut être sévère, si l'enfant résiste au shock initial et si, au cours de la convalescence, on fait le bilan psychique, on constate, chez lui, des troubles qui n'existaient pas auparavant ; chez le grand enfant, il n'est pas rare de trouver, dans les mois consécutifs, des troubles de la mémoire, des modifications du caractère avec de l'irritabilité, de l'asthénie, des céphalées : c'est le syndrome fonctionnel habituellement retrouvé dans les traumatismes crâniens, dont la durée n'excède pas une année ; dans quelques cas, le développement intellectuel se ralentit ou s'arrête, et l'enfant reste arriéré ou idiot. La possibilité de crises épileptiques doit aussi être retenue.

Il est plus fréquent d'observer des traumatismes moins graves. Parfois ils ont passé inaperçus ou ont été considérées comme insignifiants. Parfois, la personne responsable les a soigneusement cachés. Il y a eu chute sur la tête de faible hauteur ; l'enfant n'a pas perdu connaissance ou n'a perdu connaissance que pendant un court intervalle. Les suites sont insignifiantes et tout paraît rentrer dans l'ordre ; au cours des mois ou des années suivants, on voit apparaître une arriération mentale ; parfois il y a même épilepsie irréductible ou simplement des convulsions. La cause initiale a été minime et disproportionnée avec ses conséquences lointaines ; souvent, elle aura été oubliée lorsque le médecin interrogera l'entourage. Pourtant, c'est là que se trouve l'origine des troubles mentaux ultérieurs ; le traumatisme a provoqué une lésion cérébrale inapparente : petites hémorragies méningées sous-piales, suffusions parenchymateuses discrètes.

A côté de l'action directe du traumatisme sur le développement psychique de l'enfant, il faut réserver une place à un mode de retentissement indirect, dont le processus est plus subtil. Dans certains milieux, et sur un esprit d'enfant à intelligence et à sensibilité vives,

une anomalie de développement physique peut avoir une répercussion fâcheuse sur le psychisme, que cette anomalie soit spontanée ou qu'elle soit la conséquence d'un traumatisme mutilant. Connue sous le nom de *byronisme*, cette réaction mentale apparaît surtout au cours de l'adolescence. L'existence d'une tare physique évidente, telle qu'un pied bot chez Byron, une gibbosité, un strabisme, une perforation de la voûte palatine, un nævus inesthétique, ou toute autre tare visible, développe, chez l'enfant qui en est atteint, l'idée d'une infériorité contre laquelle il s'insurge, soit par l'isolement, soit par l'orgueil, soit par une sensibilité excessive, soit par une cruauté physique ou morale envers son entourage. Cette sensibilisation mentale à une infirmité sans importance vitale, qui prend, aux yeux de l'enfant, la valeur d'une tare désastreuse, n'existe que si son intelligence et sa sensibilité sont trop affinées ou s'il se trouve trop précocement en lutte avec d'autres sujets normaux. Elle peut aboutir à une exaltation de l'orgueil et favoriser, ultérieurement, l'éclosion d'un chef-d'œuvre ; en général, elle développe un complexe d'infériorité ; la crainte de se trouver inférieur aux autres déclenche des réactions de défense diverses, des phénomènes anxieux, une orientation psychique vers l'extériorisation ou vers l'isolement, suivant les tendances affectives du sujet. Une psychothérapie bien conduite par les parents et par les éducateurs évite et atténue cette déviation des facultés psychiques.

Les travaux récents sur les *encéphalites infectieuses de l'enfance* ont montré l'importance de ce facteur dans l'apparition des troubles psychopathiques.

La nature des encéphalites de la première enfance reste encore mystérieuse. Elles peuvent soit survenir à l'occasion de pyrexies : grippe, broncho-pneumonie, soit succéder à d'importants troubles gastro-intestinaux ; elles se manifestent par des convulsions, de l'agitation, parfois des réactions méningées, des troubles oculaires. Au bout d'un certain temps, tout paraît s'arranger, mais, dans les mois suivants, on constate un retard dans le développement ; la marche se fait tardivement ; la parole est longtemps imparfaite ; il faut attendre plusieurs années avant de faire le bilan définitif : d'emblée, le médecin doit prévenir les parents de la possibilité d'importantes séquelles.

Au cours de la deuxième enfance, l'encéphalite a une symptomatologie plus précise. Elle peut être secondaire à une maladie éruptive, rougeole, varicelle, scarlatine ; plus rarement, elle survient après une maladie générale, telle que grippe, infection typhoïde ; elle peut compliquer une vaccination jennérienne. L'encéphalite de la deuxième enfance peut être également primitive ; il s'agit rarement d'une encéphalite de type épidémique de von Oeconomo-Cruchet, plus souvent, d'encéphalite à virus indéterminé, dont les symptômes révélateurs sont

d'autant plus typiques qu'ils surviennent par épidémie. L'étude biologique et anatomique a permis d'isoler quelques types : encéphalite type Schilder, type Balô, virus japonais, virus australien, virus de Saint-Louis.

Bien qu'il s'agisse de questions nosologiques encore à l'étude, il faut connaître l'existence de ces encéphalites, les dépister lorsqu'elles surviennent, et savoir y rattacher une anomalie ultérieure de développement psychique. De manière plus banale, une otite, avec complications nerveuses, est responsable de symptômes psychiques.

## II. — CAUSES D'ORDRE SOCIAL

L'enfant ne reste pas insensible au milieu dans lequel il se développe et aux conditions physiques de son existence. Les facteurs économiques jouent un rôle fâcheux. Celui qui, au cours de sa jeunesse, a été mal nourri, a eu froid, a souffert de carences, qui, précocement, doit fournir un travail physique dur, ne trouve pas dans le milieu social un facteur propre au développement harmonieux des facultés mentales. Les statistiques montrent la plus grande fréquence des anomalies caractérielles et de la délinquance lorsque l'enfance n'a pas été protégée contre les agressions physiques ou morales qu'entraînent la misère et la sous-alimentation (1).

Des études sociologiques, parues il y a quelques années, ont montré combien ces facteurs avaient pu, dans certaines conditions, être rendus responsables de comportement délictueux, soit chez un individu isolé, soit dans un groupe d'individus ; il suffit de rappeler les faits bien connus de tous : bandes d'enfants abandonnés qui infestaient les villes de l'URSS quelques années après la révolution, ou certains groupes organisés des grandes villes américaines, pour comprendre l'influence véritablement expérimentale de ces facteurs.

## III. — CAUSES D'ORDRE MORAL

Les facteurs moraux ont une plus grande importance encore que les facteurs sociaux, auxquels ils sont souvent associés.

Comment ne pas insister, tout d'abord, sur le rôle capital de l'entourage familial ? Souvent, les anormaux du caractère ont passé leur jeunesse dans une famille désunie, que les parents, s'ils sont mariés, se soient séparés, que l'enfant vive, soit en dehors de toute autorité, soit sous une autorité d'emprunt contre laquelle il se révolte. Très

(1) Cf. aussi p. 17.

souvent, les parents vivent en dehors du mariage, ce qui crée autour de lui une atmosphère particulièrement nocive. Les exemples déplorables de conduite et de morale qu'il a constamment sous les yeux exagèrent, chez lui, les tendances morbides, contre lesquelles une bonne éducation aurait pu lutter.

L'immoralité des parents s'accompagne souvent d'alcoolisme, de mauvaise hygiène, de misère ; l'enfant vivant dans un tel milieu prend, peu à peu, les mêmes habitudes ; les exemples d'alcoolisme infantiles sont fréquents et particulièrement attristants. De bonne heure, un tel sujet est entraîné au mensonge, au vol, aux actes délictueux. Les perversions sexuelles apparaissent tôt et sont d'autant plus accentuées qu'il n'y a aucune contre-partie morale pour les combattre.

L'ambiance dans laquelle il se développe n'est pas toujours aussi pernicieuse ; malgré tout, la famille est imparfaite ; les parents sont souvent remariés, l'enfant est soumis à l'autorité d'une belle-mère ou d'un beau-père autoritaire et peu affectueux ; de bonne heure, il se laisse aller à la jalousie ou penche, peu à peu, vers l'insouciance, la colère, l'insoumission, les actes délictueux. Parfois, les parents ne s'occupent pas de leur foyer, car ils sont pris au dehors par leur travail ou éloignés par la maladie. Roubinovitch, étudiant la criminalité infantile, qui est l'aboutissant extrême des troubles du caractère et de l'intelligence de l'enfant, a constaté que dans 60 %, il s'agit de familles nombreuses et dont l'état social est irrégulier ; dans 80 pour cent, le milieu est malsain, que les parents soient divorcés ou alcooliques.

L'éducation négligée, heureusement rare, est une cause d'anomalies psychiques. Elle tient, en partie, à l'instabilité intellectuelle de tels enfants, qui ne peuvent fixer leur attention, en partie aussi, à la négligence des parents.

Un dernier facteur doit être connu ; s'il n'a pas toute l'importance qu'ont voulu lui donner les psychiatres autrichiens et allemands, il se retrouve dans certaines conditions. Le milieu social est tout à fait différent des précédents ; c'est, en effet, dans les familles à tendances artistiques et intellectuelles, que l'on voit se développer certaines déviations mentales, sous l'influence d'attractions affectives contre lesquelles il y a conflit selon la morale généralement admise. Freud a insisté particulièrement sur la nature de ce processus et a établi la théorie du refoulement. Par la psychanalyse, il extériorise le concept source du conflit, et, en même temps, fait disparaître la phobie, l'angoisse, l'état psychasthénique dont souffre le sujet. Il ne nous est pas loisible de nous étendre plus longuement sur cette théorie, mais il convient de retenir que, chez quelques enfants à sensibilité particulièrement éveillée, certaines impressions prennent une grande impor-

tance ; il s'agit souvent d'attractions affectives à tendance sexuelle, qui ne peuvent ultérieurement persister sans heurter les règles morales et sociales ; le conflit qui succède au refoulement progressif de ces tendances provoque, dans l'adolescence, l'éclosion de troubles mentaux (1).

(1) Cf. V. HUTINEL et L. BABONNEIX, *Les Maladies des enfants*, Paris, 1909. in-8°, t. V, p. 801, et même volume, article de MM. L. BABONNEIX et L. MICHAUX, *Les troubles du caractère*, et, particulièrement, les pages 190-193, pour *l'Enfance et la famille*, et p. 205-209, pour la *Psychanalyse*.

## PROPHYLAXIE GÉNÉRALE

### CHAPITRE II

#### PROPHYLAXIE INDIVIDUELLE

par L. BABONNEIX et R. LEVENT

Lutter contre :

- 1° *Les influences morbides d'origine héréditaire;*
- 2° *Les influences nocives congénitales (consanguinité);*
- 3° *Les hérédités toxi-infectieuses;*
- 4° *Les diathèses;*
- 5° *Les carences.*

Rôle respectif du médecin et des parents.

Il faut lutter contre :

1° Les influences morbides d'origine héréditaire. Que penser, à ce sujet, de la stérilisation des psychopathes? C'est ce que nous verrons plus loin (p. 64).

2° Contre les influences nocives congénitales.

Il est nécessaire, qu'en ces matières, l'éducation médicale soit aussi complète et aussi bien tenue à jour que possible. Le grand nombre de points encore obscurs ne rend que plus digne d'attention le peu que nous savons. C'est aussi la seule base possible pour l'éducation du grand public et des intéressés, à condition de la varier avec chaque cas d'espèce.

Le médecin doit se faire avocat, mettre en lumière les risques, trouver l'argument qui porte. Tâche faite tout entière de l'expérience médicale associée au sens psychologique et à l'ascendant personnel.

La cause est parfois aisée à gagner. L'existence de certaines tares transmissibles, la transmission constatée de certaines anomalies sont des arguments d'emploi facile pour déconseiller un mariage.

Mais le médecin n'est pas toujours au courant de l'ensemble des données nécessaires et les intéressés, de leur côté, n'en feront qu'à leur tête, la raison n'étant ce qui règle ces choses.

On devra déconseiller énergiquement les unions dans une parenté trop circonscrite en insistant sur le rôle de renforcement qu'exerce la consanguinité sur les tares connues. Il est moins aisé, — tout en respectant des amours-propres légitimes — de donner leur juste importance aux tares occultes, ignorées, lointaines, sur lesquelles la consanguinité exerce un rôle révélateur. Les descendants, pour n'être pas responsables des tares inconnues d'ascendants lointains, ne le paient pas moins du même prix que si elles étaient évidentes. De « petites » anomalies du caractère ne sont parfois petites qu'à distance; elles seront un lourd fardeau pour ceux qui en sont affectés et, dès auparavant, un souci quotidien pour des parents que soutient cependant leur affection, et une charge intolérable pour ceux qui les remplaceraient s'ils venaient à disparaître.

Il n'en est pas moins difficile d'obtenir, des intéressés, une conviction solide et efficace.

Les métissages, enfin, sont aussi à déconseiller dans une certaine mesure que l'étude plus poussée des groupes sanguins dans leurs rapports avec la fragilité mentale permettra peut-être de préciser. On en pourra alors tirer arguments à l'occasion de l'établissement éventuel d'un certificat prénuptial.

3° De même en ce qui touche les hérédités toxi-infectieuses. La difficulté, pour le médecin, pourra parfois être de concilier l'intérêt bien entendu de son patient et les exigences imprescriptibles du secret professionnel (cf. p. 70).

Ce pas franchi, demeure la mise en œuvre des moyens purement médicaux : traitement curatif ; traitement d'entretien surveillé lorsqu'il s'agit de syphilis ; surveillance et traitement spécifique systématique de la femme enceinte contaminée. Les médecins compétents ne manquent pas, ni, pour la classe nécessiteuse, les consultations et dispensaires spécialisés. Mêmes réflexions pour la blennorrhagie.

En ce qui concerne la tuberculose, on devra faire connaître à la future mère quels risques elle encourt, tant pour elle-même que pour

son enfant, au point de vue de la santé et de l'élevage de celui-ci, du fait d'une grossesse prématurément acceptée ou mal surveillée. Il ne suffit pas de mettre les enfants au monde; le devoir des parents se poursuit durant toute l'existence; la prudence préliminaire, fondée sur certaines considérations d'ordre médical, est et demeure une vertu.

Le rôle du médecin est plus aisé touchant les autres infections, mais il devient délicat concernant certaines *intoxications chroniques* (toxicomanies, alcoolisme). Une tare connue peut, cependant, être plus aisée à combattre et à surveiller chez les parents et l'enfant, et les précautions, plus faciles à faire accepter de l'entourage. A noter l'importance particulière de la surveillance du nouveau-né des morphinomanes et des cocaïnomanes et de la cure à conduire; la naissance équivaut, pour l'enfant, à un sevrage brusque de toxique, qui comporte des risques et un traitement médical approprié.

4° Il convient de surveiller et de traiter aussi, si besoin, la mère et l'enfant lorsqu'une diathèse, diabète surtout, est en cause.

5° La prophylaxie des troubles neuro-psychiâtriques d'origine carencielle est aisée, le diagnostic une fois fait. Tout dépend ici de l'enquête bien conduite qui amènera à établir facilement un régime équilibré par lequel la santé sera aisément rétablie, tant avant l'accouchement qu'après la naissance.

On ne saurait trop mettre les parents en garde contre une documentation de pacotille, ni combattre trop vigoureusement les affirmations publicitaires, si facilement acceptées par les intéressés, sur les enfants qui s'élèvent tout seuls. Rien ne vaut un allaitement maternel bien compris; la direction en est aisée et, même après la naissance, l'organisme de la mère et celui de l'enfant demeurent « accordés » l'un à l'autre. Il faudra donc guider l'alimentation de la mère.

Des raisons nombreuses font trop souvent, à l'heure actuelle, de cet allaitement, une forme de la magnificence et l'on doit s'en tenir à l'allaitement artificiel, à condition qu'il soit surveillé et guidé. Mais, sans vouloir nier les bienfaits d'une puériculture bien comprise, parents, ou même médecin, auraient tort de généraliser des observations particulières, de s'écarter trop volontiers du prototype donné par la nature, de faire, de certains régimes exceptionnels des procédés d'alimentation courants, de raffiner exagérément sur les détails pour édifier le « superbe bébé » ou réaliser la « belle courbe ». Le poids et l'aspect extérieur ne sont pas tout: ils ne doivent être que des conseillers parmi d'autres, jamais des guides uniques, moins encore, des maîtres. Ils ne valent que ce que vaut l'esprit qui les interprète, et

l'on ne fait, sur des symptômes isolés, ni de médecine, ni de puériculture.

Ces considérations ne font que souligner l'importance du rôle des parents dans la prophylaxie des anomalies neuropsychiâtriques de l'enfant.

Rien ne saurait remplacer, auprès des petits, leur vigilance, la vigilance maternelle, surtout. Il ne faudra jamais négliger de parti pris les remarques qu'une mère a pu faire sur son enfant. Les imperfections et les abdications des parents dans l'accomplissement de leur devoir, qu'on met trop volontiers en relief, dans certains milieux, pour prôner un élevage « industriel » extrafamilial, ne sauraient prévaloir contre les réalités. La compétence intellectuelle n'est pas tout.

Ces déficiences des parents sont, tout au contraire, un motif de plus pour les préparer à leur rôle et les y aider en dirigeant les affections peu clairvoyantes.

Leur devoir commence avant que l'enfant soit né et même, à certains égards, avant qu'il soit conçu. Education physique et éducation morale doivent tendre à la création d'une génération future de bon aloi. En matière d'hygiène de la famille et du mariage, avant et pendant la grossesse, tout ne tient pas dans les mesures sociales dont nous parlerons plus loin, car les mesures générales les plus minutieuses ne pourront jamais avoir sur l'individu qu'une emprise incomplète.

Hygiène et surveillance médicale de la femme enceinte, puis de la mère et de l'enfant, accouchement surveillé et convenablement facilité ont, au point de vue neuro-psychiâtrique, une importance parfois décisive. On veillera à épargner à la mère fatigues, souffrance, émotions, tout en lui conservant une activité suffisante. A signaler encore la nécessité d'une hygiène bien comprise pour la mère et pour l'enfant, comme l'abstention des mesures superflues qui ne pourraient qu'ancrer, dans certains psychismes fragiles, l'idée que la grossesse est une maladie.

L'hygiène du nouveau-né et du nourrisson doit, enfin, être envisagée. Il y a là, pour le médecin, un rôle éducateur de première importance et voici les têtes de chapitres. Ne pas exposer l'enfant à des lésions évitables; dépister, aux premiers indices, celles qui, malgré tout, existent, etc.

La surveillance des parents gagne en importance lorsque l'enfant grandit; celle des médecins et du personnel enseignant ne lui est qu'une aide. Eux seuls peuvent saisir les menus symptômes et les faibles dissonances qui témoignent d'une anomalie commençante. Si important que soit son rôle, le médecin passe alors au second plan, d'autant plus que la thérapeutique n'est que trop souvent sans action

sur des lésions depuis longtemps constituées, quoique récemment manifestées, quels qu'en soient le siège ou la nature.

Le rôle premier appartient aux parents, dont l'indépendance s'accroît de jour en jour. Encore faut-il qu'ils aient été préparés à en user par le médecin et que celui-ci soit mis à même de les aider de ses conseils.

CHAPITRE II

PROPHYLAXIE SOCIALE

par L. BABONNEIX et J. SIGWALD

I. AVANT LA NAISSANCE. Il faut intervenir, mais comment ?

1. Par la *stérilisation* ? son principe, sa technique. Les objections qu'elle soulève : morales, religieuses, médicales, s'opposent à ce qu'elle soit systématiquement pratiquée.

2. Par la *segrégation* ? Indispensable chez les psychopathes qui peuvent être dangereux pour la société ou pour eux-mêmes, elle est inapplicable dans la plupart des cas.

3. Par l'*éducation des familles* ? Mais est-elle toujours possible ?

4. Par le *certificat prénuptial*.

5. Par la *sélection génétique*.

II. APRÈS LA NAISSANCE, par une action *médicale et hygiénique*, d'une part, *sociale*, de l'autre.

I. — AVANT LA NAISSANCE

Ainsi que nous l'avons vu, certaines causes des psychopathies de l'enfance sont héréditaires, et d'autres sont postérieures à la naissance ; pour lutter contre les premières, il faut donc agir avant la conception.

La prévention sociale de ces psychopathies est un problème douloureux, qui oppose l'individu à la société. S'il conserve sa liberté d'action, il peut transmettre une tare héréditaire ; inversement, l'obligation de l'eugénisme limite sa liberté au profit de la collectivité et tend à assimiler la race humaine à une race animale dont il convient de développer et d'améliorer l'élevage.

Pour la réaliser, on a proposé diverses méthodes : *stérilisation, ségrégation, éducation des familles, établissement d'un certificat pré-nuptial.*

### 1° Stérilisation obligatoire des psychopathes (1)

Lorsqu'on envisage la question, on comprend la nécessité d'intervenir. Mais, nous l'avons vu, les lois de l'hérédité n'ont pas un caractère absolu et la classique notion de dégénérescence mentale mérite d'être révisée. Aussi faut-il s'opposer à la généralisation de toute mesure restrictive fondée sur une interprétation trop rigoureuse de ces lois et résolument prendre position contre la stérilisation obligatoire des psychopathes.

Telle est la conclusion à laquelle on aboutit lorsqu'on étudie, d'une part, les arguments donnés en faveur de cette méthode, de l'autre, les objections qui lui ont été faites. Nous envisagerons : a) son *historique* ; b) sa *législation* (contenant ses *indications*) ; c) sa *technique* ; d) ses *résultats* ; e) sa *valeur*.

*Historique.* — Bien que d'application récente, la stérilisation a été préconisée depuis longtemps.

Sémiramis, reine de Ninive, faisait castrer ses sujets mâles trop chétifs, afin d'éviter tout affaiblissement de son peuple. Dès le XVIII<sup>e</sup> siècle, un médecin allemand, Franck, préconisait le même procédé chez les faibles d'esprit, pour empêcher la transmission héréditaire de leurs tares psychiques. Au XIX<sup>e</sup> siècle, la stérilisation a été d'abord appliquée aux Etats-Unis. Dans le Kansas, 40 garçons et 14 filles subirent, de ce fait, une intervention mutilante. Dans l'Etat d'Indiana, Sharp, en 1897, pratiqua des vasectomies chez les sujets déficients. Tour à tour, divers Etats votèrent une loi consacrant cette pratique dont, en 1932, le principe fut admis par la Cour suprême : en 1937, 27 d'entre eux l'avaient adoptée, mais aucune n'est encore en vigueur (Ch. Wolf). Entre 1909 et 1929, pour la Californie seulement, il y eut 6.000 stérilisations, dont près de la moitié portant sur des femmes. Pour les Etats-Unis, il y en eut environ 16.000. D'importants articles de Gosney et Popenoe, de Vallajo Nagera, de Ch. Wolf ont été publiés sur cette question. Simultanément, la méthode était appliquée en Europe. La Suède, le Danemark l'ont faite leur. En Suisse, dans le canton de Vaud, une loi « prudente et libérale » (Ch. Wolf) a été votée, appliquant la stérilisation à toute personne atteinte de maladie mentale ou d'infirmité mentale incurable, ne pouvant avoir qu'une descendance tarée.

(1) Parmi les articles récents, cf. Ch. WOLF, Aspect habituel du problème de la stérilisation eugénique, *Presse médicale*, 29 juillet 1936, n° 61, p. 1228-1232.

C'est surtout l'application en Allemagne (1), à partir de 1933, de la loi de stérilisation, qui a renouvelé ce problème, à la fois par l'étendue de ses indications et par son caractère coercitif. « La stérilisation sort du domaine médical et scientifique pour entrer dans celui de la politique : en effet, c'est en vertu de la conception politique selon laquelle l'individu doit sacrifier ses intérêts à ceux de la communauté, et en vertu de la mystique raciste que la stérilisation devient, pour l'Allemagne, l'une des bases de la régénération nationale... elle est devenue (J. Bauer, de Vienne) une mesure légale dont la critique constitue un délit politique, un grand mot auquel s'attache une telle force de suggestion collective, que même des médecins, par ailleurs raisonnables, en abusent, et que les applications risquent d'être faussées. » (Ch. Wolf).

*Législation (d'après M. Ch. Wolf).* — Parmi les lois des *Etats-Unis d'Amérique*, nous ne citerons que celle de *Virginie*, qui constitue une sorte de prototype. Elle date de 1925, et sa légalité a été reconnue par la Cour suprême de l'Etat en 1927. Elle ne prévoit que la stérilisation eugénique et ne s'applique qu'à des malades hospitalisés. Les affections héréditaires pouvant justifier la stérilisation sont les maladies mentales, l'idiotie, l'imbécillité, l'épilepsie et la criminalité. La proposition doit émaner du directeur d'un des établissements hospitaliers désignés par la loi ; la décision est prise par le Comité de direction et notifiée à l'intéressé et son représentant légal ; il est possible à ceux-ci de faire appel devant les tribunaux ordinaires et la Cour suprême. La loi spécifie qu'elle ne vise pas les interventions pour motifs médicaux.

La plupart des lois des Etats de l'Union sont à tendance eugénique, une partie à tendance eugénique et thérapeutique. La majorité prévoit la contrainte avec possibilité d'appel, quelques-unes exigent le libre consentement. Les 2/3 ne sont applicables qu'aux internés ou détenus, 1/3 à d'autres personnes. Le type de l'opération n'est, le plus souvent pas prescrit, mais la vasectomie et la salpingectomie se sont généralisées. La castration n'a guère été pratiquée qu'en Californie, rarement au Kansas et en Orégon. Les autres Etats, même quand la loi prévoit la stérilisation thérapeutique des anormaux sexuels, n'en ont pas fait usage.

Les lois *canadiennes* exigent le consentement ou, si l'intéressé est incapable de le donner, celui du représentant légal.

EUROPE. — 1° *Allemagne.* — *Loi du 14 juillet 1933.* Indications : 1. faiblesse d'esprit congénitale (2) ; 2. schizophrénie ; 3. folie circulaire (psychose

(1) Cf. A. BROUSSEAU, Les conceptions allemandes modernes relatives à l'hérédité et à l'eugénique des insuffisances intellectuelles, *Revue médicale française*, 1936, p. 211.

(2) RUDIN, dans son commentaire de la loi, a écrit expressément que si le terme oligophrénie congénitale a été choisi, le législateur n'a pas cependant méconnu la possibilité d'états congénitaux dus à des causes exogènes telles que syphilis maternelle, lésions cérébrales ou complications de maladies infectieuses. Mais, dans la très grande majorité des cas, ajoute RUDIN, intervient une

maniaque-dépressive); 4. épilepsie héréditaire; 5. chorée de Huntington; 6. cécité congénitale; 7. surdité congénitale; 8. vices de conformation graves, éventuellement alcoolisme grave. La proposition peut être faite par le patient, son tuteur, le directeur d'un établissement hospitalier ou pénitentiaire, le médecin officiel. Elle est soumise à un tribunal spécial, composé d'un juge comme président, d'un médecin officiel et d'un médecin spécialisé dans les questions d'hérédité; le tribunal prend tous les renseignements nécessaires (expertises, témoignages, etc.). Un recours est possible devant une instance supérieure de composition analogue. Confirmée, la décision doit être exécutée, au besoin par contrainte, sauf si la demande n'émanait que du seul patient.

L'arrêté d'exécution du 5 décembre 1933 ajoute que toute personne intern e pour maladie héréditaire ne pourra être lib r e que si une proposition de stérilisation à son sujet a été jugée. Les médecins sont tenus de dénoncer tous les cas de maladies héréditaires de leur clientèle au médecin officiel. On ne peut se soustraire à une stérilisation décidée que par l'internement. Ajoutons, enfin, que la loi interdit toute stérilisation qui ne serait pas conforme à sa procédure, sauf celles entreprises pour des motifs médicaux et avec le consentement de l'intéressé.

La loi du 26 juin 1935, modifiant la précédente, réduit le délai de recours; en outre, elle autorise l'avortement si la femme est enceinte au moment où sa stérilisation est décidée, mais seulement avec son consentement, si le f etus n'est pas viable et s'il n'y a pas de danger pour elle.

La castration des délinquants de m eurs est réglée par la loi du 24 novembre 1933, et nettement distincte de tout ce qui touche à la stérilisation; aucune confusion n'est possible.

Les mesures eugéniques négatives, celles destinées à l'élimination des descendance tarées, ont été complétées par une série de mesures positives tendant à favoriser la fécondité des éléments sains de la population: centres de conseils et caisses de prêts aux fiancés et jeunes mariés, loi sur la transmission du patrimoine foncier, et, enfin, loi du 18 octobre 1935 sur la protection de la santé héréditaire, instituant le certificat officiel d'aptitude au mariage.

2° Danemark. — Première loi, du 1<sup>er</sup> juin 1929, abrogée. Actuellement en vigueur, loi du 2 mai 1934 sur la stérilisation des faibles d'esprit, que peut ordonner un jury de 3 membres dont un psychiatre, et loi du 1<sup>er</sup> juillet 1935, sur la stérilisation eugénique et la castration pour perversion sexuelle; si la demande émane des intéressés, la décision est prise par le ministre de la Justice. Pour les délinquants de m eurs récidivistes, la castration peut être décidée par un jury spécial et exécutée par contrainte.

cause héréditaire. Lors même que, dans un cas particulier, on se trouve dans l'impossibilité d'en apporter la preuve, le résultat négatif d'une enquête ne saurait infirmer la présomption légale d'étiologie héréditaire. Mais le tribunal apportera la plus grande attention aux preuves positives de causes exogènes qui seront soumises à son examen et appréciera si elles sont suffisantes ou non (BROUSSEAU).

3° Finlande. — La loi du 13 juin 1935 prévoit la stérilisation eugénique des aliénés et faibles d'esprit, et la castration des anormaux sexuels. Les deux opérations peuvent être faites à la demande de l'intéressé majeur et en possession de ses droits civiques, si l'autorité sanitaire accorde son autorisation. Pour les aliénés et les délinquants, la demande peut être faite par le directeur d'un établissement hospitalier ou pénitentiaire, ou par la police. Dans ce cas, l'autorité sanitaire décide après enquête. Recours devant la Cour suprême.

4° Norvège. — La loi du 1<sup>er</sup> juin 1934 permet, avec le consentement de l'intéressé majeur et capable de jugement, et l'autorisation du ministre de la Santé publique, la stérilisation eugénique ou sociale (impossibilité d'élever les enfants), et la castration thérapeutique pour anomalies sexuelles. Pour les mineurs et les personnes incapables de jugement, la décision est confiée à un jury de cinq membres, dont deux médecins et une femme.

5° Suède. — La loi du 18 mai 1934 est purement eugénique; pour les individus capables de jugement qui demandent la stérilisation, le Conseil sanitaire peut autoriser l'opération; il peut ordonner qu'elle soit faite par contrainte, si le malade, par suite de son état mental, est incapable de donner son assentiment. Pour les faibles d'esprit, la procédure est réduite à l'autorisation des ayants-droits et de deux médecins. Recours auprès du roi.

6° Vaud. — 3 septembre 1928. Stérilisation des aliénés reconnus incurables, si, selon toutes prévisions, ils ne peuvent avoir qu'une descendance tarée. Autorisation du Conseil de Santé, après préavis conforme de deux médecins.

Le développement de la législation ne s'arrêtera sans doute pas là. En effet, le *Congrès international de droit pénal* de Berlin (1935), dans sa résolution prise à la presque unanimité, invite tous les Etats à compléter leur législation afin de rendre possible la stérilisation eugénique librement consentie. Il constate, en outre, que la stérilisation eugénique par contrainte est une mesure recommandable, parce qu'elle pourrait diminuer, pour l'avenir, le nombre des être tarés, parmi lesquels se recrutent de nombreux criminels. Mais le Congrès exige aussi les garanties les plus sérieuses pour éviter tout abus de la stérilisation et de la castration par contrainte; il réclame la prudence et une procédure bien établie, comportant l'examen individuel approfondi de chaque cas par un collège de médecins et de juristes.

Cette adaptation législatrice ne sera nécessaire que dans les pays tels que l'Autriche, quelques cantons suisses, catholiques notamment, où la faculté de procréer est expressément protégée par le Code pénal, sa perte étant assimilée aux caractères d'une lésion corporelle grave. Dans les autres Etats, la stérilisation consentie serait identifiée à une lésion corporelle légère, au même titre que toutes les opérations chirurgicales. C'est le cas de la majorité des cantons suisses, où la stérilisation n'est pas tolérée par les autorités, comme on le croit quelquefois, mais permise par la loi.

Lorsqu'il s'agit d'aliénés ou de faibles d'esprit incapables de donner leur assentiment en connaissance de cause, l'autorisation du tuteur remplace légalement celle du malade, mais, pour éviter tout abus, l'usage s'est établi en Suisse de faire confirmer l'avis du tuteur par l'administration de l'Assistance publique ou par l'Autorité tutélaire locale qui en dépend.

**Technique.** — L'intervention a consisté d'abord en une castration totale, opération à laquelle on préfère aujourd'hui la ligature du déférent ou des trompes ; les promoteurs de la méthode la jugent bénigne et l'estiment préférable à la ségrégation.

**Résultats.** — Nous les empruntons encore à M. Ch. Wolf, en nous bornant à l'Allemagne, où les statistiques officielles mentionnent, pour 1934, de 180 à 200.000 stérilisations. « Le chiffre est imposant : pourtant, il reste en dessous des prévisions des eugénistes intégraux, qui envisageaient 400.000 stérilisations par an pendant dix ans pour réaliser l'épuration héréditaire. « Le germe de la schizophrénie pouvant être transmis par les membres apparemment sains des familles atteintes, il faudrait stériliser 20 % de la population pour avoir quelques chances d'éliminer les maladies mentales. Pour Steck, « ce serait alors plutôt une contribution au désarmement qu'une mesure d'hygiène ».

La tendance actuelle en Allemagne est d'aller au plus pressé : on considère comme cas urgents les débiles de toutes sortes, les schizophrènes et les maniaques-dépressifs sains de corps entre 16 et 40 ans. Mais on a aussi demandé la stérilisation de femmes après la ménopause, d'alcooliques de plus de 60 ans et d'idiots de 10 ans : un arrêté du Ministère de l'Intérieur du Grand-Duché de Bade a dû attirer l'attention sur l'absurdité de pareilles demandes et exiger qu'on établisse si la faculté de procréer existe, avant d'en exiger la suppression. D'autre part, il n'est pas prouvé que l'on doive attendre des résultats immédiats de cette législation eugénique. Interrogés sur la question de savoir pour quand ils escomptaient une diminution des admissions, les directeurs d'asiles ont répondu à Breslau : pas avant de nombreuses années, et même avant plusieurs générations. Gülte, porte-parole officiel, a exprimé l'espoir que les lois de stérilisation contribueraient, par la menace qu'elles font planer sur tous, à l'éducation du peuple. *Desinit in piscem...*

**Valeur de la méthode.** — A son principe même, on a fait de nombreuses objections. Du point de vue moral, des abus individuels sont toujours à craindre. Du point de vue religieux, comment admettre une intervention qui, sans motif impérieux pour la santé du sujet, supprime, chez lui, la faculté de se reproduire ? Aussi l'Eglise catho-

lique, dont l'immuable doctrine s'est exprimée, une fois de plus, dans l'Encyclique : *Casti connubii*, la condamne-t-elle formellement. Du point de vue social, ne risque-t-elle pas, si elle est pratiquée sur une large échelle, d'aboutir au dépeuplement (Ch. Wolf) ? Du point de vue médical, les critiques ne sont pas moindres :

1° La stérilisation se fonde sur un postulat qu'il faudrait démontrer, car les lois de l'hérédité ne sont pas suffisamment établies, sauf pour l'oligophrénie, et certaines statistiques, sur lesquelles elles se fondent, sont peu démonstratives (Mme Minkowska); la possibilité de récession, dans la plupart des maladies héréditaires, s'oppose au rigorisme légal, puisque la régénérescence naturelle tend à éliminer la maladie chez les descendants;

2° Il existe nombre de porteurs sains de maladies héréditaires latentes auxquels il est impossible d'appliquer la loi (Hultkrantz et Dahlberg) : si l'on considère l'ensemble des sujets porteurs de tares récessives non extériorisées, il faudrait plus de 600 ans pour réduire, par la stérilisation, leur taux de 1 % à 0,1 %. Il y a plus. Des affections héréditaires peuvent toujours réapparaître dans les générations futures, bien que tous les porteurs actuels de ces affections aient été castrés. Boven pense, de même, que la génétique n'est pas une science exacte ; il estime que le bon sens et l'humanité demeurent, dans ces cas, de meilleurs juges que la génétique à mystique raciale. Brousseau défend une conception identique et cite l'opinion de Morgan, pour qui l'homme, en prétendant diriger l'évolution de sa race, a bien des chances d'errer gravement.

3° Totale, la castration est loin d'être toujours bénigne. L'intervention s'est-elle effectuée sans incidents, il y a toujours à compter avec les désordres endocriniens et psychiques qu'elle peut déclencher. Partielle, elle n'est pas sans faire courir quelques risques à l'opéré : Gosney, sur 2.500 stérilisations féminines, ne mentionne-t-il pas 3 cas de mort ? Totale ou partielle, elle peut, chez les névropathes, avoir des résultats désastreux.

Il faut donc s'opposer à ce que cette méthode soit appliquée ; d'ailleurs, elle est contraire à l'esprit de la loi française, qui prévoit de graves sanctions contre de telles pratiques.

## 2° La ségrégation

La ségrégation ne peut s'appliquer qu'aux psychopathes qui, laissés en liberté, peuvent être dangereux pour la société ou pour eux-mêmes. En aucun cas, elle n'est applicable aux états psychiques légers ou latents, même s'ils comportent une possibilité de transmission.

### 3<sup>o</sup> L'Éducation des familles

C'est plutôt dans l'éducation des familles, par des conseils donnés au malade et à l'entourage, que l'on pourra lutter efficacement, en s'opposant au mariage et en déconseillant la conception. Cette mesure est certainement moins efficace qu'elle ne devrait l'être, mais elle constitue la meilleure protection applicable, puisqu'elle tient compte du libre arbitre de l'individu et qu'elle respecte son intégrité corporelle. En avertissant les intéressés des dangers auxquels ils exposent leur descendance, on est bien souvent écouté, et on évite la transmission de tares importantes.

Pour les mariages consanguins, v. p. 59 et 72.

### 4<sup>o</sup> Certificat prénuptial

Depuis de nombreuses années, certains hygiénistes et démographes ont pensé qu'il était facile de pallier à la transmission de tares héréditaires ou acquises en imposant à chaque individu un livret de santé et en n'autorisant le mariage qu'après avoir pris connaissance du certificat prénuptial. Cette mesure a été préconisée pour la lutte contre les maladies vénériennes ; appliquée dans divers pays, en particulier en Allemagne depuis 1933, elle impose des délais, allant de quelques mois à quatre ans, aux sujets atteints de maladies vénériennes et qui veulent contracter mariage.

N'est-il pas tentant, en effet, de n'autoriser le mariage que si les deux candidats fournissent un pedigree indemne de toute tare ? Grâce à cette précaution, leurs descendants doivent tendre au type humain idéal et, peu à peu, les anomalies physiques et psychiques doivent disparaître. Une telle méthode réalise un eugénisme auquel il est séduisant de souscrire.

Le certificat prénuptial n'est pourtant pas appliqué et les eugénistes les plus convaincus, qui substituent, dans leurs préoccupations, la race à l'individu, hésitent à en exiger l'application. C'est que de nombreuses objections s'opposent à cette méthode, parfaite du seul point de vue théorique, mais qui ne tient aucun compte de la structure psychologique de l'homme. Pour être opérante, il faut qu'elle s'appuie sur des lois stables et indiscutables de l'hérédité humaine ; or, ces lois nous n'en connaissons que des ébauches.

Sur le certificat prénuptial, devraient figurer des maladies des ascendants et des collatéraux de plusieurs générations ; si une tare est constatée, l'interdiction du mariage s'impose. Appliquée avec rigueur, une telle méthode ne rendrait possible qu'un nombre infime de mariages ; elle ne protégerait même pas efficacement contre la transmission de tares récessives inapparentes. Elle serait efficace pour

améliorer une race animale, mais, appliquée à l'homme, elle manquerait son but. Malgré les sanctions prévues, elle ne pourrait pas empêcher les conceptions hors mariage, qui, plus que toutes autres, sont grevées d'une lourde charge héréditaire ; elle aboutirait à l'union libre d'un certain nombre de sujets à qui le mariage serait interdit du fait du certificat prénuptial. Ainsi ses résultats seraient bien éloignés du but qu'elle se propose.

Le certificat prénuptial n'aurait-il qu'un caractère indicatif, se contentant de prévenir les intéressés du risque, qu'il soulèverait une bien grave objection à son application ; ne constitue-t-il pas une violation grave du secret professionnel, sans lequel la confiance du malade en son médecin n'existe pas ?

Trop d'objections et de critiques sont faites au certificat prénuptial ; un statisticien peut trouver séduisante son application, le médecin ne peut y souscrire, car il y trouve trop d'inconvénients, sans avantage en contre-partie.

### 5<sup>o</sup> Sélection génétique

Appliquant à ces sujets les données de la génétique, M. R. Turpin envisage les méthodes de sélection auxquelles on pourrait s'adresser pour la prévention des maladies héréditaires, telles qu'elles résultent des calculs statistiques de Lancelot Hogben et de J. B. S. Haldane.

Pour lui, ces actions sélectives génétiques se divisent en deux catégories.

Les premières (*sélection génétique coactive*) dépendent d'une intervention humaine : elles font jouer les mesures qui contraignent la volonté. Elles agissent sur le libre arbitre, soit en sélectionnant les individus, soit en dirigeant les unions.

Les secondes (*sélection génétique intrinsèque*) ne dépendent pas d'une intervention humaine directe. Elles agissent par l'intermédiaire de causes qui favorisent ou non la fécondation et la viabilité des divers génotypes à l'intérieur de la collectivité.

La *sélection génétique coactive* peut, elle-même, agir par :

a) Contrainte directe. — Contraception, stérilisation eugénique, prohibition légale du mariage. Appliquée aux anormaux atteints de tares *dominantes*, elle permet, en une seule génération, d'enrayer la transmission de leurs caractères morbides.

S'agit-il de *maladies récessives autosomiques* (cf. p. 32), le rendement de ces mesures est très faible, et pratiquement nul.

En cas de *maladies récessives liées au sexe*, au contraire, l'élimination des sujets féminins pourrait être réalisée en une seule génération, alors que celle des sujets masculins serait beaucoup plus lente.

b) Unions dirigées. — En interdisant les mariages consanguins, on compléterait heureusement les mesures de sélection coactives envisagées contre les tares récessives.

Quant à la *sélection génétique intrinsèque*, elle exerce ses effets lentement : elle nous intéresse donc beaucoup moins.

En *résumé*, la prophylaxie avant la conception doit être une prophylaxie individuelle; il ne faut pas qu'elle soit imposée par la collectivité. S'il est justifié d'isoler les psychopathes dangereux et les criminels, il faut, dans tous les autres cas, intervenir par des conseils. C'est ce que se propose, en grande partie, l'eugénique; en dépistant les tares transmissibles, on peut donner d'utiles conseils. Il est également indispensable de traiter les maladies capables d'atteindre l'œuf dans son développement et, en particulier, la syphilis, qu'il faut soigner avec une attention toute particulière lorsque le sujet veut assurer sa descendance; au traitement fait avant la conception, il faudra associer un traitement de la mère pendant la grossesse.

## II. — APRES LA NAISSANCE

Il s'agit alors de réaliser la prévention des tares psychiques par une action médicale et hygiénique, d'une part, sociale, de l'autre. L'action *médicale et hygiénique* se proposera de prévenir les maladies qui pourraient déclencher une encéphalite; aussi la nourriture de l'enfant sera-t-elle surveillée et réglée, les troubles digestifs, immédiatement combattus, les maladies infectieuses, isolées et traitées.

Du point de vue *social*, il faudra éviter les traumatismes et, surtout, lutter contre la misère, la promiscuité, les mauvais exemples, les sévices. C'est à quoi tend l'éducation des parents, que pourront parfaire les moyens actuels de propagande, souvent inefficaces, d'ailleurs : conférences diffusées par T.S.F., distribution de brochures, articles dans la grande presse.

L'idéal serait de former un grand nombre d'infirmières visiteuses, qui, sur place, feraient l'éducation de l'entourage, constateraient les dangers de tel ou tel milieu : négligence, alcoolisme, immoralité, et pourraient intervenir, par des conseils d'abord, et, en cas d'échec, en obligeant les parents indignes à confier leurs enfants à des institutions d'éducation. Là, il serait possible de redresser les déviations psychiques et de récupérer ainsi des sujets voués, sans cela, à la délinquance et à la criminalité.

### DEUXIEME SECTION

## LES TROUBLES DE L'INTELLIGENCE

par L. BABONNEIX et H. M. FAY

Les anomalies de l'intelligence, chez les jeunes sujets, soulèvent nombre de questions du plus vif intérêt. Réduisant au minimum toutes celles qui ont trait à l'étiologie, à la pathogénie et à la clinique, nous nous occuperons surtout, conformément à l'esprit de ce *Traité*, d'hygiène et d'assistance. D'où les quatre paragraphes suivants :

- I. — *Définitions;*
- II. — *Hygiène de l'intelligence chez les arriérés;*
- III. — *Education de tels sujets;*
- IV. — *Mesures d'assistance qui doivent leur être appliquées.*

## DÉFINITIONS

L'hygiène de l'intelligence normale se limite à l'observation des règles générales qui favorisent l'évolution d'un organisme bien portant et bien équilibré.

Il n'en va pas de même quand il s'agit d'anormaux et, particulièrement, d'arriérés. La complexité du problème nous oblige à en définir soigneusement les termes.

Tandis que, chez l'enfant normal, existe une curiosité naturelle qui le pousse à apprendre, du seul fait du jeu de ses aptitudes, il n'en est pas ainsi de l'arriéré, auquel ne s'appliquent pas les disciplines classiques qui ont su former des Montaigne, des Descartes, des Claude Bernard ou des Pasteur. Et, cependant, ces disciplines avaient fait leurs preuves et elles gardent une valeur incontestable pour les enfants répondant au type normal d'autrefois. Si, aujourd'hui, elles demandent à être révisées, c'est, soit que la normale s'est déplacée (ce déplacement tenant à l'abaissement du niveau intellectuel moyen ou à des causes sociales qu'il ne nous appartient ni de critiquer ni de louer, mais seulement de constater), soit que l'attention des médecins et des pédagogues a dû s'arrêter sur la masse, toujours croissante, des enfants qui se montrent incapables de progresser avec les vieilles méthodes.

*Qu'est-ce donc que l'intelligence normale ?* — C'est celle qui, pour chaque âge, correspond au plus grand nombre. Ce qui est normal, n'est pas ce que nous estimons parfait, mais ce qu'expérimentalement nous constatons être moyen.

Il est plus difficile de la définir que d'observer les phases de son évolution. Si, en effet, ses manifestations sont du domaine de l'observation, sa véritable nature nous échappe. Bien plus, il est certains phénomènes, tels que l'intuition et l'inspiration, qui ne sont pas

niables, et dont bien des auteurs ne savent s'ils doivent ou non les faire entrer dans le cadre de l'intelligence.

L'intelligence est, pour les anciens et pour la psychologie traditionnelle, « la puissance qui, passant à l'acte, donne à l'âme l'intuition des choses intelligibles ». (Foucault). Depuis Descartes jusqu'à nous, cette doctrine n'a que peu évolué; la seule idée quelque peu nouvelle est que l'intelligence est l'aptitude à juger. Plus nombreux seront les jugements justes, plus elle sera grande et juste. Le jugement porte toujours sur les rapports existant entre deux concepts (cf. p. 101). Les concepts élémentaires sont eux-mêmes le résultat d'un jugement simple ou primaire. La mémoire brute ne suffit pas à en fournir la matière puisqu'ils la dépassent en ce qu'ils ont un caractère abstrait et universel. Le plus humble d'entre eux suppose au moins une comparaison entre deux faits, un rapprochement, en un mot, une opération intellectuelle.

Impossible, pour le médecin, d'aller plus loin sans empiéter sur le domaine du philosophe.

L'intelligence ne peut se localiser à aucun centre. « Comme la « lumière blanche dans le spectre, comme la symphonie dans un « orchestre, elle a, dans l'encéphale, ses origines et son siège partout, « son centre, nulle part ». (E. Dupré).

Elle apparaît au médecin comme la somme des aptitudes intellectuelles et non comme une fonction appartenant à un groupe plus ou moins étendu de cellules nerveuses. On ne peut la mesurer, mais seulement en étudier les manifestations, grâce à l'observation directe ou à l'expérimentation.

Pour la facilité de l'étude, on distingue diverses aptitudes intellectuelles (d'autres disent des facultés), mais il faut bien reconnaître que cette distinction est toute schématique et qu'elle ne constitue qu'une hypothèse, d'ailleurs féconde. Nous savons que l'intelligence réclame, pour s'exercer, un aliment, une matière qu'elle ne trouve pas en elle-même, mais qui lui vient du dehors : ce sont les sensations.

D'autre part, elle se manifeste par du mouvement, de l'activité. Les opérations idéatives qui ne s'expriment pas sous forme d'émotion ou d'action sont pratiquement inexistantes.

Ainsi, l'étudier chez les sujets normaux ou anormaux revient, en somme, à étudier chez eux les fonctions réceptrices et expressives. C'est là que le physiologiste reprend tous ses droits et que son domaine s'élargit.

Elle sera d'autant plus développée que la masse des sensations reçues et conservées sera plus grande et mieux coordonnée du fait

du jugement ou de l'éducation (1), peut-être aussi d'autres facteurs encore insuffisamment mis en valeur.

Cela ne suffit pas. Les matériaux accumulés doivent être digérés, assimilés, regroupés, analysés et synthétisés de manière à devenir des concepts, qui ne vaudront qu'autant qu'ils seront justes et que nous aurons la conscience qu'ils sont justes.

La notion de concept juste est, elle-même, relative. C'est celui qui, pour son auteur, répond au plus grand nombre possible de faits semblables. Il n'est juste qu'autant que rien n'y contredit encore. Comme le caractère, l'intelligence se manifeste dans l'aptitude à se plier, à s'adapter aux circonstances nouvelles et à reconnaître ce qui peut être bien fondé dans les faits contradictoires. Elle ne s'entête pas à maintenir des cadres rigides et à y faire entrer de force toute acquisition nouvelle : elle cherche, au contraire, à les élargir et à les modifier sans cesse.

Nous pouvons maintenant arriver à donner une définition plus précise de l'enfant d'*intelligence normale*. C'est celui qui possède une aptitude à juger moyenne et qui en use comme la moyenne des enfants de même âge que lui.

Est *intellectuellement anormal* l'enfant dont l'intelligence n'est pas égale, dans tous les domaines, à celle que possède la moyenne des sujets de son âge, qu'elle pèche par excès, par défaut ou par déséquilibre. En pratique, une seule de ces variétés est à retenir, la seconde: est arriéré, celui qui n'atteint pas le niveau moyen et qui en demeure assez éloigné pour que cet éloignement même lui soit une gêne sociale. Ainsi l'anormal intellectuel est-il, avant tout, un déficient, un arriéré. Dans les pages qui suivent, ces deux termes seront donc considérés comme synonymes et pris indifféremment l'un pour l'autre.

On a coutume de diviser les arriérés, ou anormaux de l'intelligence, en catégories fondées sur le degré de leur déficience.

Est idiot tout enfant qui n'arrive pas à communiquer par la parole avec ses semblables, c'est-à-dire qui ne peut pas exprimer verbalement sa pensée, ni comprendre la pensée exprimée par d'autres, alors que ni un trouble de l'audition, ni un trouble des organes phonateurs n'expliquent cette pseudo-aphasie, qui est due à une déficience mentale (Binet et Simon).

Est imbécile tout enfant qui n'arrive pas à communiquer par

(1) L'éducation a, entre autres, pour fin d'introduire dans l'évolution d'une intelligence l'expérience acquise par l'éducateur. Ce dernier s'efforce de faire adopter des manières de juger qu'il estime bonnes, ou qui sont conformes à l'idéal moral, social et scientifique du milieu où son élève est appelé à vivre.

écrit avec ses semblables, c'est-à-dire qui ne peut pas exprimer sa pensée par l'écriture, ni lire l'écriture ou l'imprimé, ou plus exactement comprendre ce qu'il lit, alors qu'aucun trouble de la vision ou aucune paralysie motrice des centres n'expliquent la non-acquisition de cette forme du langage, défaut d'acquisition qui est dû à une déficience intellectuelle (Binet et Simon).

Cette conception pédagogique est commode, mais ne satisfait pas pleinement l'esprit. Sous l'influence de Binet, « génial inventeur » (1), on lui en a substitué une plus expérimentale, dont le principe est l'échelle métrique de l'intelligence, imaginée par cet auteur. Est *idiot*, celui dont l'âge mental ne dépasse pas quatre ans; *l'imbécile* atteint un niveau de 4 à 7 ans; le niveau de *l'arriéré mental* va de 7 à 12 ans, l'âge de 12 ans marquant la limite au-dessus de laquelle le sujet peut être considéré comme normal.

On peut encore, avec Termann, remplacer l'évaluation en années par le *quotient intellectuel*, Q. I., obtenu en divisant l'âge mental par l'âge chronologique ou réel :

$$QI = \frac{A M}{A C}$$

A l'état normal, il est égal à l'unité. Pour tout enfant arriéré, il est inférieur à l'unité. Ainsi, chez un déficient âgé de 12 ans et dont l'âge mental est de 9 ans, il est de  $\frac{9}{12} = 0,75$ . Soumis à cette méthode,

l'idiot a un Q. I. compris entre 0 et 0,20, l'imbécile va de 0,20 à 0,40, l'arriéré, selon qu'il atteint un degré profond ou léger, est compris entre 0,40 et 0,70 ou entre 0,70 et 0,85. On peut encore, en simplifiant ces chiffres, dire que l'inéducabilité correspond à un Q. I. inférieur à 0,50 et que l'éducabilité est très satisfaisante au-dessus de 0,75.

Simon a utilement précisé que l'adulte normal moyen a un âge mental de 13 ans, et que celui dont l'âge mental dépasse 10 ans possède une intelligence lui permettant de gagner sa vie au dehors et de rester indépendant.

On peut s'étonner qu'aucun pays n'ait songé à priver de ses droits d'électeur les sujets d'un âge mental inférieur à 10 ans, et qu'ils soient partout éligibles.

Si tout le monde s'entend sur la signification des mots *idiot* et *imbécile*, il n'en va plus de même des *arriérés* qui s'échelonnent entre l'imbécillité et l'état normal, et pour lesquels les auteurs n'emploient

(1) L'expression est de M. Ed. CLAPARÈDE. *Comment diagnostiquer les aptitudes chez les écoliers ?* Paris, 1929, in-18, p. 6.

pas tous le même vocabulaire, ce qui ne va pas sans créer quelque confusion. C'est ainsi que beaucoup appliquent la dénomination de *débiles mentaux* à tous ceux qui présentent un état de faiblesse évolutive des facultés mentales, quelqu'en soit le degré; c'est dire que, pour eux, les expressions d'*arriération* et de *débilité mentale* désignent un seul et même état morbide. M. Heuyer préfère à l'expression *débilité mentale* celle de *débilité intellectuelle*.

D'autres, avec nous, préfèrent parler d'arriération mentale en prenant soin de spécifier le nombre d'années de retard, ou mieux, l'âge mental atteint par le sujet. Ils divisent les arriérés en légers et profonds. Ici encore, tous ne sont pas d'accord. Pour les auteurs belges, l'arriéré léger, seul vraiment éduicable, n'a pas plus de trois ans de retard. Pour la plupart des auteurs français, en raison de l'attitude prise par la Direction de l'enseignement dans le recrutement des élèves des classes de perfectionnement, sont éliminés du cadre des arriérés les enfants n'ayant qu'un ou même deux ans de retard mental.

Des arriérés, il faut, selon nous, distinguer : 1° Les débiles; 2° Les sujets atteints de retard simple.

Chaslin employait déjà le mot de *débilité mentale* pour désigner « ce genre de pauvreté d'esprit qui se rencontre souvent avec l'arriération intellectuelle tout en en étant distinct ». J. Philippe et Paul Boncour, Gilbert Robin, André Collin, Fay, distinguent de la même manière l'arriération et la débilité mentale. Comme les arriérés, ils peuvent même, parfois, donner l'impression d'avoir un âge mental normal avec les tests B-S, ils possèdent souvent une mémoire remarquable qui donne le change aux observateurs superficiels, mais, au fond, ce sont des sots chez lesquels on constate une absence d'élaboration intellectuelle, à qui il manque la faculté de concentrer leurs efforts et qui croient suppléer à tout par leur faconde, par leurs propos grandiloquents, par leur vanité, par leur narcissisme. Incapables de devenir des hommes politiques, ils se contentent de rester, tout leur vie, des politiciens. Ils sont aussi capables de faire de brillantes études qu'incapables de diriger leur maison, leur vie pratique, ou de discerner ce qu'ils ont avantage à faire. Ils ont coutume de voir échouer presque toutes leurs entreprises et se plaignent toujours du sort contraire, quand la cause de leurs malheurs réside dans l'infirmité de leur jugement.

On appelle, avec Vermeylen, *débiles dysharmoniques* ceux qui, outre l'arriération mentale, présentent des anomalies de l'émotivité ou de la psychomotricité.

Nous préférons donner le nom de *débiles complets* à ceux qui présentent, comme il est de règle, outre un retard mental, un retard évolutif de l'émotivité et de la psychomotricité. Dans tous les cas

où un ou deux de ces éléments font défaut, la débilité est incomplète pouvant même n'être que mentale, émotive ou psycho-motrice (Fay).

A. Collin et Grimbert séparent de l'arriération le *retard simple*, qui est aux aptitudes intellectuelles et à la parole ce que le retard simple de la croissance est au corps. Il y a alors un simple retard dans le temps, fréquemment partiel, intéressant de préférence l'évolution de la parole, qui, à la longue, se rattrape, et dont il faut rapprocher l'*audi-mutité par agnosie verbale pure*, l'*audi-mutité par retard de développement des fonctions praxiques* (Ley), le *retard de la parole par ralentissement de l'évolution de la mémoire d'évocation des mots* (Fay), et l'*audi-mutité avec retard simple*.

A l'arriération mentale se rattachent, au contraire, 1° Les autres formes d'audi-mutité qui s'associent à des troubles variés du caractère et des degrés variables d'arriération, pouvant aller jusqu'à l'idiotie; 2° L'*idiotie amaurotique de Tay-Sachs*; 3° L'*idiotie myxoédémateuse*, connue sous le nom de *crétinisme* quand elle s'accompagne de goitre, et les différentes formes d'*arriération par insuffisance thyroïdienne*; enfin, 4° Le *mongolisme*, qui peut s'accompagner de tous les degrés d'arriération.

L'hygiène mentale est la même pour tous ces types d'arriération, ainsi que leur pédagogie; seul, le mongolisme a besoin de soins spéciaux.

(1) H. M. FAY. *L'intelligence et le caractère. Leurs anomalies chez l'enfant*, Paris 1934, in-16.

## L'HYGIENE DE L'INTELLIGENCE CHEZ LES ARRIERES

La complexité des éléments qui concourent à faire ce qu'on appelle l'intelligence est telle qu'elle nous oblige à étudier d'une manière schématique, par conséquent un peu artificielle, les principaux d'entre eux et à distinguer, dans leur évolution, plusieurs périodes.

On sait que toute opération intellectuelle passe par les phases suivantes. De par le jeu normal des sens, naissent des *sensations*, que les psychologues contemporains définissent un certain retentissement dans la conscience d'une impression faite sur le corps, et qui sont elles-mêmes à l'origine de phénomènes beaucoup plus complexes, les *perceptions*, véritables constructions mentales qui nous permettent de localiser, dans l'espace un objet déterminé, de nous le représenter et d'acquérir la notion de sa réalité. Ces sensations et perceptions, la *mémoire* les emmagasine, puis l'*imagination* les groupe de diverses manières » ; le *jugement*, enfin, s'en empare, les analyse, en fait la synthèse et en tire des concepts.

L'intelligence de l'enfant, au cours de son évolution, se comporte d'une manière analogue. La vue, l'ouïe, le toucher, etc., fournissent des sensations qui, transformées en perceptions, s'accumulent dans la mémoire. C'est l'époque de la connaissance globale, et, par là même, quelque peu confuse, la *période sensorielle*, de réceptivité, l'ère de la *mémoire*. Elle s'étend jusqu'à l'âge de trois ans.

Vient ensuite une *période* où l'*imagination* groupe et regroupe les éléments ainsi accumulés et contribue largement à l'acquisition des premiers concepts. Elle permet aussi l'éclosion d'émotions dont l'origine, demeurant en dehors de la conscience, explique l'apparition ultérieure de diverses phobies et de certains états anxieux. C'est l'époque de la fabulation, qui s'atténue vers l'âge de sept ans.

Puis le *jugement*, qui jusqu'alors ne jouait qu'un rôle effacé, prend

une place de plus en plus importante, utilisant tous les matériaux à sa disposition, commençant à s'en servir de façon logique et finissant par donner à l'enfant la notion de sa personnalité intellectuelle et, par conséquent, de sa responsabilité. C'est à sept ans qu'est atteint l'âge de raison, c'est-à-dire l'âge du jugement personnel, l'âge de l'élaboration. Ce n'est que plus tard, aux confins de l'adolescence, que l'homme prend la notion de sa place dans la Société, et atteint l'âge des intérêts sociaux.

Nous étudierons donc, pour commencer, *l'hygiène chez l'arriéré, des trois composantes essentielles de l'intelligence : mémoire, imagination et jugement.*

Nous examinerons ensuite *l'hygiène, chez ces sujets, de l'intelligence en général.*

CHAPITRE PREMIER

HYGIENE, CHEZ L'ARRIERE,  
DES TROIS COMPOSANTES  
ESSENTIELLES DE L'INTELLIGENCE

- I. HYGIENE DE LA MEMOIRE. — *Rappel des notions physiologiques.*
- Education sensorielle chez l'arriéré.*
  - Education de la mémoire globale.*
  - Education des mémoires de fixation et de reconnaissance.* — L'ouïe, la vision. Perfectionnement de la mémoire de fixation chez l'arriéré. Perfectionnement de la mémoire de reconnaissance chez l'arriéré.
  - Education chez l'arriéré, de la mémoire d'évocation.*
- II. HYGIENE DE L'IMAGINATION. — *Rappel des notions physiologiques.* — L'imagination créatrice. — L'imagination reproductrice. — *L'hygiène de l'imagination chez les arriérés.*
- III. HYGIENE DU JUGEMENT. — *Rappel des notions physiologiques.* — *Mesure du jugement chez l'arriéré; les divers tests utilisés pour cela.* — Les tests de Binet et Simon. — Test du miroir. — *L'hygiène du jugement chez les arriérés.*

I. — HYGIENE DE LA MEMOIRE

*Rappel des notions physiologiques nécessaires* (1).

« La mémoire est nécessaire pour toutes les opérations de l'esprit » (Pascal). Mais comment la définir ?

(1) Cf. A. CUVILLIER, *Cours de philosophie*, Paris, 1935, in-8°, I, p. 381-412.

Jadis on voyait en elle l'aptitude à retenir certains états de notre vie antérieure, à pouvoir les retenir à volonté et à les localiser dans le passé, ce dernier élément constituant la *reconnaissance* (Th. Ribot). Aujourd'hui on en fait moins une faculté qu'un ensemble de fonctions dont les principales sont :

1° LA FIXATION DU SOUVENIR, autrement dit, l'activité grâce à laquelle les images peuvent, dans certaines conditions, s'imprimer en nous. Ici, deux questions se posent.

Qu'est-ce qu'une *image* ? Sous ce nom, les philosophes distinguent deux phénomènes différents : les *sensations*, d'origine périphérique, les *images* proprement dites, d'origine centrale.

C'est une notion classique depuis Aristote et saint Thomas, que la mémoire s'exerce d'abord sur les données des sens (1). Ils nous fournissent longtemps toute notre matière à penser. Nous n'arriverions même pas à la notion du moi, si nous ne conservions pas le souvenir de nos sensations. La mémoire, disait Condillac, n'est « que la sensation transformée ».

Quelles sont les conditions favorables à la fixation des sensations ?

Les unes sont communes avec l'habitude : répétition, maturation, etc... (Th. Ribot).

Les autres sont plus spécialement d'ordre psychologique (*mémoration*) : attention volontaire et réflexion : facteurs affectifs, la mémoire étant toujours aux ordres du cœur (Rivarol).

La fixation nécessite donc l'intervention de l'intelligence, de la volonté et de l'affectivité; elle suppose un choix en « faisant la toilette » du souvenir.

et H. PIÉRON, L'habitude et la mémoire, *Nouveau traité de psychologie* de DUMAS, Paris, 1934, in-8°, t. IV, p. 67-137.

(1) Les Thomistes et, en général, les Scolastiques, ont coutume de résumer la doctrine de saint Thomas et celle d'Aristote, dans la formule : « Nihil est in intellectu quod non prius fuerit in sensu ».

Le P. de SERTILLANGES (*Saint Thomas d'Aquin*, Paris, II, in-8°), dit, (p. 140) : « Il n'y a d'essences accessibles à nous que celles qui viennent à nous par le chemin des sens : « Nil in intellectu quod non prius fuerit in sensu », et (p. 157) : « Saint Thomas ne pense point qu'aucun phénomène spirituel puisse se produire naturellement en nous, sans la participation du sensible ».

Si la formule n'est pas textuellement dans Aristote ou dans saint Thomas, elle exprime donc incontestablement leur pensée; dans leurs œuvres, on trouve des formules équivalentes.

Saint Thomas : « Est autem naturale homini ut per sensibilia ad intelligibilia veniat : quia omnis nostra cognitio a sensu initium sumit ». (*Summa*, Ia 9.1.a.9).

« Anima humana... non habet naturaliter sibi inditam notitiam veritatis... sed oportet ut eam colligat ex rebus visibilibus per viam sensus ». (*Summa*, I.9.76.a.5 c.).

Cette doctrine est empruntée tant à l'expérience propre de saint Thomas qu'à Aristote. Il suffit de relire le *De Anima*, art. 15, et surtout « Aristote et le commentaire de saint Thomas », *Métaphysique*, Livre I, lectio I.

La formule approchante d'Aristote serait :  $\Psi\psi$  τὰς εἰδησι τοῖς αἰσθητικῶν τὰ νοητὰ ἔστιν. *De anima* III, 8. édit. Didot. p. 470.

2° Son ÉVOCATION, exigeant un effort volontaire de *remémoration*, de reconstruction plutôt que de reproduction. Les modernes n'admettent plus, on le voit, la mémoire de conservation : ce terme, dit M. Larguier des Bancel, « n'a de sens que par rapport à celui de rappel. Conserver un « souvenir, c'est demeurer capable de le reproduire, et voilà tout ».

3° Sa RECONNAISSANCE, qui, en allant des états les plus simples aux plus complexes, peut être :

Agie : « reconnaître un objet usuel, c'est savoir s'en servir; c'est esquisser déjà les mouvements qui s'y adaptent » (H. Bergson);

Sentie, le rappel d'un événement antérieurement vécu créant un état de conscience spécial (*sentiment du déjà vu*);

Pensée, ce sentiment se transformant en un *jugement d'antériorité* qui permet à son auteur de rattacher à son moi passé un état présent : « ce phénomène *présent* et *mien* est mien, mais n'est pas un présent, ou bien ce phénomène présent est passé » (Goblot).

La reconnaissance du souvenir se complète par sa *localisation précise dans le passé*.

Renvoyant aux ouvrages classiques pour tout ce qui a trait au problème de la mémoire, nous rappellerons seulement que le concept, un peu puéril, qui faisait du cerveau un magasin à images n'est plus admis, tandis que la théorie du *frayage*, soutenue par M. H. Piéron, satisfait actuellement le plus grand nombre des physiologistes et des psychologues.

CHEZ L'ENFANT, il faut distinguer les phases suivantes :

1° *Mémoire globale*, vague, confuse, ne permettant pas l'analyse d'un souvenir, ou, si l'on préfère, sa décomposition en ses éléments principaux. Elle est la première à apparaître;

2° *Mémoires de fixation et de reconnaissance*, qui la suivent de près et qui lui doivent beaucoup, l'analyse précédant, comme toujours, la synthèse.

3° *Mémoire d'évocation*, plus tardive.

Nous étudierons successivement, chez les arriérés :

A. — *L'éducation sensorielle*;

B. — *L'éducation de la mémoire globale*;

C. — *L'éducation de la mémoire de fixation et de reconnaissance* ;

D. — *L'éducation de la mémoire d'évocation*.

#### A. — L'ÉDUCATION SENSORIELLE CHEZ L'ARRIÈRE

Le monde extérieur ne nous est connu que par l'intermédiaire des appareils sensoriels. C'est là la source principale à laquelle puisera la mémoire. Leur intégrité est indispensable à la correcte transmission, aux centres nerveux, des excitations venues du dehors. Plus ils sont

nombreux, plus leur délicatesse est grande, et plus s'accroissent les possibilités d'acquisition. C'est une des raisons pour lesquelles les poussées de développement intellectuel sont toujours précédées par une vague de croissance somatique (Fay).

« Qui entend mal, enregistre mal les sons et s'en souvient malaisément. Par le jeu naturel de la loi du moindre effort, la somme des connaissances atteintes par un sens déficient tend à être de moins en moins grande. Ceux dont l'utilité paraît moindre (comme l'olfaction) ou que l'éducation néglige (sens tactile) tendent à réduire leur activité au minimum » (1).

Chez l'enfant mentalement déficient, on doit veiller à ce que la mémoire ne retienne que des sensations aussi correctement enregistrées et transmises que possible. Mais comme il arrive très souvent que, chez lui, quelque appareil sensoriel soit insuffisant, on veillera à y suppléer, au moins en partie, en cultivant simultanément les autres sens. De la sorte, il pourra atteindre à une somme d'acquisitions mnémoniques suffisante pour qu'imagination et jugement y trouvent une matière abondante.

Ainsi l'éducation sensorielle apparaît comme le premier élément de l'hygiène de la mémoire. Chez tout enfant, mais spécialement chez le déficient, il conviendra donc :

1° De s'assurer de l'intégrité fonctionnelle des organes des sens, sans omettre les sens tactile, musculaire, stéréognosique et olfactif;

2° De développer au maximum leurs capacités réceptives, afin d'utiliser toutes les voies d'apport possibles et d'accumuler les matériaux que pourra garder la mémoire; mais ce travail devra être d'autant plus guidé, systématique et soumis à une progression plus lente que le déficit mental sera plus grand.

Comment vérifier leur intégrité et leur valeur fonctionnelle ?

VUE. — Quand l'ophtalmologiste aura conclu à une vision normale, on s'assurera, par des méthodes simples, de la capacité de l'enfant à reconnaître les couleurs. Normalement, à 4 ans, il en reconnaît et il en nomme au moins quatre : le rouge, le vert, le bleu et le jaune. Le violet et l'orange ne se reconnaissent qu'un peu plus tard. Vers 6 ans, il peut classer par ordre des fiches de couleur allant du clair au foncé, à la condition de ne pas dépasser six nuances.

Dans les examens, on ne devra utiliser que la *mémoire d'évocation*. Ainsi, on demandera : « Dis-moi comment s'appelle cette couleur ? » et non : « Montre-moi le rouge ». La question posée sous cette dernière

(1) H.-M. FAY, *L'intelligence et le caractère*, Paris, 1934, in-16, p. 23.

forme peut, en effet, recevoir une réponse satisfaisante dès 3 et même quelquefois 2 ans.

L'examen par le chromatophanomètre de Henri Piéron n'est applicable qu'à des sujets voisins de la normale, et ayant atteint l'âge de l'orientation professionnelle, ou tout au moins ayant dépassé l'âge de raison.

OUÏE. — Il est très difficile, chez les jeunes enfants, de déterminer l'acuité auditive. Les procédés courants de la voix chuchotée ou de la montre manquent de précision et sont l'origine d'erreurs dues, soit à une compréhension insuffisante, soit à la suggestibilité. Il n'est même pas toujours aisé de savoir si ces sujets entendent ou non; n'a-t-on pas, de temps à autre, l'occasion d'en observer chez qui le mutisme persistant est attribué à un simple retard, à un déficit intellectuel, alors qu'une surdité plus ou moins complète est seule en cause ?

Chez tout arriéré, on devra donc examiner soigneusement l'audition, surtout quand on constate un retard de l'évolution de la parole ou des anomalies de la prononciation.

Il ne nous appartient pas de décrire ici les méthodes auxquelles recourt, pour mener à bien cet examen, médecins et pédagogues. Qu'il nous suffise d'indiquer les résultats remarquablement précis obtenus avec l'audiomètre électrique 5 A, de la Western C°. Cet appareil a donné en particulier à Mlle D. Weinberg, des résultats utiles en matière d'orientation professionnelle. Il semble moins pratique pour l'étude des arriérés, en raison des conditions et de la longueur de l'examen.

OLFACTION ET GUSTATION. — On s'assurera que l'enfant distingue suffisamment les bonnes des mauvaises odeurs, et qu'il ne présente ni indifférence gustative ni perversions du goût.

STÉRÉOGNOSIE. — Après avoir constaté qu'il reconnaît par la vue et qu'il est capable de nommer sans hésitation quelques menus objets familiers, on lui demande de les reconnaître par le seul palper.

Ces examens constituent le minimum nécessaire pour dépister les déficiences sensorielles les plus importantes et nous permettre ainsi d'y porter remède par des moyens à la fois médicaux et pédagogiques.

La déficience notable d'un sens implique la nécessité de procéder à sa rééducation et, en même temps, de porter son effort sur le développement du sens le plus favorisé, sans, pour cela, négliger les autres.

Sans remonter aux premiers rudiments d'*Education sensorielle*, dus à l'Abbé de L'Épée, ni aux précurseurs, dont les essais sont demeurés partiels, il faut arriver jusqu'à 1857 pour la voir érigée en méthode et systématiquement appliquée, à l'hospice Guislain de Gand. La Congrégation des Frères de la Charité, qui le desservait, devait, en 1877, fonder, à Rooigem (Gand), le premier établissement belge pour arriérés et anormaux de la classe aisée, où l'éducation se faisait par la culture et le développement des sens, et, ultérieurement, un grand

nombre d'autres établissements analogues, où toutes les classes de la société étaient reçues, et dont le plus important et le plus moderne de conception est situé à Swijnaerde, près Gand.

De leur méthode dérive celle à laquelle Mme Montessori a justement attaché son nom (1). Decroly s'en est aussi inspiré pour ses jeux éducatifs (2).

L'éducation sensorielle donnée aux anormaux ne se propose ni de créer des facultés qui faisaient défaut, ni de les amener toutes, quel que soit leur déficit intellectuel, à un point de développement qui les rende capables d'entretenir de façon convenable les relations de la vie morale et sociale. Son but est de réveiller des facultés encore endormies et de leur donner le plus grand développement possible. Sauf en ce qui concerne les idiots, on peut dire qu'il n'est pas de cas où quelque aptitude intellectuelle soit absente. Même chez l'imbécile, elles existent, imparfaites, non développées encore; c'est l'éducation sensorielle qui les tirera de leur sommeil et qui assurera leur développement, au moins partiel, avec l'aide de la thérapeutique médicale.

Elle repose sur le vieux principe thomiste, déjà cité, qu'il n'est rien dans l'intelligence qui n'ait été d'abord dans les sens, et utilise comme moyens :

1° L'entraînement méthodique, graduel et continu des organes des sens les moins parfaits;

2° L'éducation soignée et la sage direction des fonctions sensorielles. Les sens tactile et musculaire joueront un rôle prépondérant. L'enfant doit, en quelque sorte, *apprendre des mains*. Il faut lui trouver des occupations qui l'intéressent, qui lui permettent d'innombrables expériences et de réaliser ainsi quelque chose (c'est ce que M. Boulenger, de Bruxelles, appelait le *miracle de la brouette*) (3).

3° La poursuite du développement harmonieux, judicieux et intégral des sens, grâce à l'emploi de moyens ingénieux, dont le nombre est assez grand pour qu'on puisse les varier selon les cas;

4° On tiendra compte, dans le choix des moyens didactiques, du caractère de chaque enfant;

5° On saura que l'inattention et la distraction sont des défauts communs à tous les arriérés, et, par conséquent, changer sans cesse d'exercice, afin de raviver constamment l'intérêt. L'œil qui ne regarde pas ne voit pas, l'oreille qui n'écoute pas n'entend pas (4).

(1) et (2) Cf. p. 130 et 131.

(3) Le regretté D<sup>r</sup> BOULENGER, qui dirigeait la Ferme école de Waterloo, aimait à répéter que quand l'enfant a transporté avec la brouette la terre nécessaire à faire une petite plate-bande, qu'ensuite le jardinier garnira de fleurs, il se prend d'amour pour le travail parce qu'il a la joie de parler de sa plate-bande. C'est là le miracle accompli par la brouette.

(4) D'après « *L'éducation sensorielle chez les anormaux* », par Fr. E. D. D., des Frères de la Charité, Gand, 1922.

B. — L'EDUCATION DE LA MEMOIRE GLOBALE  
CHEZ L'ARRIERE

Mis en présence d'un fait quelconque (vue d'un objet, audition d'une phrase, etc.), le jeune enfant en a tout d'abord une connaissance globale, vague, confuse, dont il est incapable d'analyser les composantes. Voit-il une femme vêtue de vert et de noir, il n'enregistre, le plus souvent, que la vision d'un être humain, en vert et noir, sans pouvoir affirmer s'il s'agit d'un homme ou d'une femme, ni si c'est la jupe ou le corsage qui était noir ou vert. S'agit-il d'une phrase? Il en saisit le sens général, mais non les éléments, qui lui échappent. Aussi n'utilise-t-il, au début, que des *mots-phrases*, comme les appelle Decroly.

Puisque la mémoire globale est la première à apparaître, il est naturel de penser qu'il en est de même pour la connaissance globale. C'est ce que confirme l'expérience. Faut-il en déduire que les méthodes d'enseignement global, en particulier pour la lecture, sont les meilleures et surtout les premières à mettre en œuvre? Sur ce point, la pratique ne semble pas donner raison à la théorie.

En effet, les enfants normaux qui apprennent à lire, et même à écrire par ces méthodes, après avoir fait de rapides progrès, marquent un temps d'arrêt au moment où ils doivent passer à l'analyse des lettres, des sons et des mots. L'explication en est que la mémoire globale a quelque chose de primitif, de rudimentaire, qu'ils tendent à l'abandonner dès qu'ils accèdent aux concepts. A ce moment, il leur faut un mot pour une idée. Leurs premières idées, se rapportant à des choses concrètes, à des actes bien définis, prennent bientôt un contour assez net pour réclamer des mots distincts, et non plus des mots-phrases. Le mot lui-même étant un ensemble de sons, auxquels, lorsqu'il est écrit, correspondent certains signes graphiques, leur donne l'occasion d'exercer de plus en plus leurs facultés d'analyse et à se familiariser avec la notion de symbole.

La lecture globale pourra donc être utilisée, chez eux, d'une façon transitoire, le temps juste suffisant pour permettre d'arriver à la lecture analytique. Exiger la globalisation pendant une ou deux années, c'est leur rendre un mauvais service, en les empêchant, dans une certaine mesure d'évoluer. Cependant, chez le petit déficient, la lenteur de l'évolution justifiera l'usage de cette méthode pendant un temps d'autant plus long que son retard sera plus grand.

*Le perfectionnement de la mémoire globale chez l'arriéré.* — Chez l'arriéré qui n'a pas atteint l'âge de 7 ans, l'effort éducatif porte presque exclusivement sur la mémoire, qu'il s'agisse

d'opérations purement intellectuelles, du comportement ou de la psycho-motricité. Il faut, dans tous les domaines, lui faire acquérir des habitudes; il n'y a pas d'habitudes possibles si le souvenir des premiers actes n'est pas fixé.

Son développement mental est à celui du normal ce qu'est la projection d'un film au ralenti à celle qui se déroule à une vitesse normale. S'il est possible, chez celui-ci, de négliger certaines phases très brèves de l'évolution intellectuelle, il n'en est pas de même chez celui-là. C'est pourquoi les méthodes éducatives qui suivent de plus près l'évolution psychologique sont celles auxquelles il conviendra, chez lui, de donner la préférence.

L'enfant intelligent, même instruit par des méthodes empiriques, fait de rapides progrès, parce que sa curiosité d'apprendre et l'éveil de son jugement, qui sert de guide à son imagination, lui font accepter les disciplines classiques et qu'il peut brûler les étapes. Il n'en est pas de même pour l'arriéré, dont le jugement défaillant dès la première heure ne sait pas tirer bénéfice des mêmes disciplines, et qui demeure longtemps incapable d'analyser le contenu des faits dont il a une connaissance incomplète et vague. Ces deux caractères tiennent à ce que sa sensibilité demeure longtemps obtuse. L'éducation sensorielle tend à affiner ses sens. Cet affinement, progressif et lent, doit marcher de pair avec l'éducation de la mémoire globale. Il y aurait, en effet, danger à ne porter notre effort que sur la globalisation des souvenirs, et à négliger l'analyse. Satisfait de ses souvenirs globaux, qui lui paraissent suffisants, l'enfant risquerait de s'y complaire à l'excès et d'entraver ainsi notre effort pédagogique.

C'est donc avec un souci constant d'amorcer les débuts de l'analyse que nous chercherons à perfectionner, chez l'arriéré, la mémoire globale.

La technique de l'enseignement global n'a guère été déterminée qu'en ce qui concerne la *lecture* et le *dessin* (1).

Quand l'imagination commence à se développer, on remarque que l'arriéré, comme le jeune enfant, utilise ses souvenirs globaux pour fixer des images nouvelles. Ses comparaisons revêtent un caractère global. Il voit, dans un cobaye qui avance, une auto; dans un dessin carré aux bords festonnés, un petit beurre, etc. La richesse de ces comparaisons, dont nous avons parfois quelque peine à découvrir la justification, n'est pas la preuve d'une imagination puissante, mais prouve plutôt l'état élémentaire des facultés d'analyse. Il peut être utile de se servir de cette propension de l'arriéré à faire des rapprochements entre des choses connues de lui et des choses nouvelles, car, à tout

(1) Cf., p. 136, p. 138.

prendre, n'est-ce pas là une utilisation pratique des idées apercevantes ?

A cette même époque de l'évolution intellectuelle, il est bon de l'inciter à dessiner, non pas dans l'espoir de lui voir représenter les choses comme il les voit, mais afin de lui fournir des symboles schématiques représentatifs d'objets complexes. Ces symboles ont une valeur indéniable de représentation globale (1). On y ajoutera, au fur et à mesure que les facultés analytiques se développeront, des détails spécifiques nouveaux.

Que conclure de ces quelques données, sinon que l'usage des méthodes globales dans l'enseignement des déficients n'est recommandable qu'à la condition d'être résolument temporaire, et de ne servir que comme un moyen de transition qui aboutira à l'analyse sensorielle des objets et à leur mémorisation dans le cadre créé par la globalisation ? Ce qui revient à dire que l'enfant classe d'abord les objets de sa connaissance dans de grandes catégories, et nous veillerons à ce que cette catégorisation ne soit pas erronée. Ensuite, mettant en valeur un caractère important, nous découperons la catégorie en un certain nombre de morceaux constituant les espèces particulières. Ainsi, de proche en proche, l'analyse deviendra de plus en plus fine, au fur et à mesure que l'esprit d'observation se développera.

### C. — L'EDUCATION, CHEZ L'ARRIERE, DES MEMOIRES DE FIXATION ET DE RECONNAISSANCE

En ce qui concerne l'OUÏE, c'est le *bruit*, forme la moins différenciée des perceptions auditives, qui est le premier retenu et reconnu. L'enfant prend un réel plaisir à écouter la reproduction de certains bruits qu'il sait reconnaître, comme il en est d'autres qui produisent en lui des impressions pénibles, qu'il reconnaît également. La reconnaissance du *bruit rythmé* n'apparaît qu'un peu plus tard et précède celle du *bruit modulé*, qui est plus complexe.

La musique primitive tire son caractère enfantin de ce qu'elle répond aux sensations auditives les plus simples et ne se sert que d'instruments à percussion qui rythment ou modulent du bruit.

La reconnaissance du bruit rythmé apparaît généralement entre le premier et le sixième mois de la vie.

(1) D'accord avec M. Robert LAMBRY (*Le dessin chez les petits* \ Les Sciences et l'Art de l'éducation, Juvisy, 1933), nous ne sommes aucunement partisans de l'emploi de ces schémas chez l'enfant normal. Celui-ci ne devrait jamais dessiner que d'après nature, et cela dès qu'il peut tenir un crayon. C'est un des rares points où nous estimons qu'une méthode bonne pour l'enfant normal soit mauvaise pour l'arriéré.

Par d'insensibles transitions, l'enfant passe de la reconnaissance de la modulation du bruit à celle de la *courbe sonore*, qui est une sorte de mémoire globale de la phrase musicale. Son époque d'apparition nous paraît difficile à fixer; on peut la placer vers un an.

La reconnaissance de sons vocaux est placée par Izard et Simon au quinzième mois. C'est une étape importante de l'intelligence, car il ne suffit pas de reconnaître un simple bruit, mais d'identifier un bruit qui possède un sens, une signification, et qui suppose une connaissance suffisante de l'objet que désigne le son vocal.

La reconnaissance du ton n'est guère antérieure à la cinquième année.

En ce qui concerne la VISION, on sait que la reconnaissance de la lumière apparaît vers le huitième jour, celle des aliments vers le douzième mois, celle des couleurs entre la deuxième et la troisième année. Ces deux dernières reconnaissances supposent la connaissance des objets et, par conséquent, l'intervention d'un jugement au moins élémentaire.

Ces données doivent être familières à tous ceux qui ont à s'occuper de l'instruction et de l'éducation des petits déficients.

*Perfectionnement de la mémoire de fixation chez l'arriéré.* — Chez l'arriéré, comme chez l'enfant normal, ce sont les mêmes méthodes qui servent à développer la mémoire de fixation. Elles utilisent des exercices destinés à fixer l'attention perceptive et le procédé de la répétition.

<sup>10</sup> Exercices d'attention perceptive. — Le test de pointage de Rosso-limo, modifié par Vermeylen, consiste à présenter des damiers de 9 et de 16 cases, sur lesquels sont dessinés de 1 à 7 points noirs, dont il faudra désigner la place sur un damier non ponctué après avoir vu le modèle pendant deux secondes.

M. Rouvroy propose un test analogue. Le labyrinthe manuel de Rey, modifié par Fay, permet également de juger de la qualité de l'attention.

Dans ces diverses épreuves, c'est beaucoup plus l'aptitude à percevoir vite et correctement qui est étudiée, que l'attention proprement dite. Nous considérons que la perceptivité ne doit être confondue ni avec le temps de réaction ni avec l'attention. L'attention varie surtout avec l'émotivité, le temps de réaction, avec l'activité, et le temps de perception est une manifestation fonctionnelle du système nerveux. Il n'y a pas de technique éducative qui puisse améliorer actuellement le temps de perception; il n'en est pas de même de l'attention ni du temps de réaction.

<sup>20</sup> Procédé de la répétition. — On retient mieux une chose répétée dix jours de suite que dix fois de suite. D'où la nécessité, en pédagogie normale, et plus encore quand l'élève est déficient, de revenir constamment sur le même objet.

Le jeu de Kim, qui consiste à se souvenir, après un temps d'examen assez court, d'une série d'objets exposés sur une table, est un excellent exercice de mémoire immédiate. Parfois on demande à l'enfant de dire quel est l'objet que l'on vient de retirer de la table; on s'aperçoit alors que, souvent, il n'a fait appel qu'à la mémoire globale, car il lui est facile d'indiquer l'emplacement occupé préalablement par l'objet retiré, alors qu'il ne peut évoquer son souvenir.

*Perfectionnement de la mémoire de reconnaissance chez l'arriéré.* — Toutes les méthodes pédagogiques rationnelles utilisées chez les arriérés, qu'il s'agisse de méthodes sensorielles, Montessorienne, Frœbelienne, Decrolyenne, ou de toute autre propre à s'adapter à l'évolution ralentie des facultés intellectuelles, commencent par s'adresser à la mémoire de reconnaissance.

L'erreur des pédagogues non avertis est de vouloir franchir trop vite les étapes et de ne pas savoir suffisamment distinguer mémoires de reconnaissance et d'évocation.

Souffler le début d'un mot ou d'une phrase, c'est faire appel, à contre-temps, à la mémoire de reconnaissance, c'est souvent, pour les parents, masquer inconsciemment, chez leurs enfants déficients, l'insuffisance de la mémoire d'évocation. En éducation, il ne s'agit jamais de masquer les déficiences, mais bien de les corriger. Cette correction n'est pas possible n'importe quand ni pour n'importe quoi.

Les jeux éducatifs sont certainement un des meilleurs moyens de développer la mémoire de reconnaissance. Ils seront d'autant plus gradués que l'enfant est plus arriéré. Ils s'adresseront à tous les sens, d'abord à plusieurs à la fois, parce que la globalisation des souvenirs rendra l'exercice plus facile, ensuite à un seul, en limitant le travail à un seul caractère (par exemple : séparer des billes noires d'avec des billes blanches ou, par le toucher seul, séparer des jetons ronds d'avec des jetons carrés). Le jeu gagnera peu à peu en difficulté, quand la somme d'attention exigée sera plus grande. Plus l'attention nécessaire sera grande, plus nous devons veiller à la soutenir en augmentant son intérêt, d'où la nécessité d'un enseignement actif.

La mémoire de reconnaissance se développera donc d'autant mieux qu'on appliquera avec discernement et progression une méthode d'éducation sensorielle sous la forme de jeu. Elle ne doit pas utiliser exclusivement la mémoire visuelle, mais s'adresser aussi au sens musculaire, à l'audition, au toucher, au goût et à l'olfaction; ainsi comprise, elle n'en sera que plus attrayante pour l'enfant et plus riche en résultats pratiques.

#### D. — L'EDUCATION, CHEZ LE DEFICIENT, DE LA MEMOIRE D'EVOCATION

Elle est forcément plus tardive que la mémoire de reconnaissance et de fixation, l'évocation supposant déjà un acte d'élaboration assez avancé.

En ce qui concerne les phénomènes auditifs, l'évocation du *bruit* et du *rythme* ne se manifeste qu'entre le sixième et le douzième mois, celle de la *courbe sonore*, au cours de la deuxième année, l'évocation du ton est très tardive et manque souvent pendant toute la vie. Tout le monde reconnaît le ton de la sonnette de son appartement, bien peu sont capables de l'évoquer.

En ce qui concerne les *couleurs*, l'évocation du jaune, du bleu, du rouge et du vert est normale à 6 ans; celle de l'orange et du violet est plus tardive (1).

Chez le débile intellectuel, la mémoire d'évocation se développe, en général, avec un retard sensible. Dans quelques cas, on observe, et cela presque exclusivement chez de légers débilés, des faits surprenants de mémoire spécialisée : celui-ci a la mémoire des chiffres, cet autre pourra vous dire, pour les 30 dernières années, au seul énoncé d'une date, le jour de la semaine auquel elle correspond et le temps qu'il faisait ce jour-là; un autre vous dira ce qu'il a fait chaque dimanche depuis son enfance, un autre récitera la page du Bottin qu'il vous plaira de lui désigner, ou le nom de tous les officiers français avec leur affectation actuelle. La débilité mentale, chez ces sujets, apparaît dans la parfaite inutilité des choses retenues et évoquées, et l'incapacité où ils se trouvent d'en tirer avantage. L'homme qui récite le Bottin, par exemple, n'est pas apte à vous dire l'adresse de quelqu'un, à moins que vous ne déclanchiez son souvenir par l'énoncé du numéro de la page.

*Le perfectionnement de la mémoire d'évocation.* — On utilisera pour développer cette mémoire, certains jeux, tel celui de Kim (cf. p. 92), que connaissent tous les scouts et presque tous les garçons, et dont il existe des variantes très simplifiées.

Le premier effort éducatif portera sur la mémoire immédiate de faits, d'objets, ou de qualités ayant un caractère attrayant; puis on cherchera, par la répétition du même exercice, à diverses reprises au cours de la journée et des journées ultérieures, à fixer de plus en plus son souvenir. Dès qu'on aura remarqué une réduction du temps nécessaire à la fixation du souvenir, on espacera et on abrègera les

(1) Cf. H.-M. FAY, *loc. cit.*, p. 26 et suivantes.

exercices. On s'assurera, enfin, de la solidité de celui-ci en le faisant évoquer, d'abord tous les jours, puis de moins en moins souvent.

Cette méthode progressive permettra de trouver aisément si le déficient a quelque propension à systématiser sa mémoire sur un ordre de faits (chiffres, noms propres, adresses) et permettra de tirer ultérieurement parti de cette particularité.

La difficulté pour beaucoup d'arriérés d'acquérir une orthographe d'usage satisfaisante, tient à ce que celle-ci est trop souvent l'objet d'un enseignement fondé sur la mémoire d'évocation, alors qu'elle devrait se fixer surtout grâce à la mémoire de reconnaissance, ainsi qu'il arrive quand l'enfant a débuté par la lecture globale (cf. p. 88).

## II. — HYGIENE DE L'IMAGINATION

### *Rappel des notions physiologiques nécessaires.* (1)

« Il y a deux sortes d'imagination: l'une qui consiste à retenir une simple « impression des objets, l'autre, qui arrange ces images reçues et les combine en toutes matières. » (VOLTAIRE, *Dictionnaire physiologique*, art. *Imagination*).

Cette définition vaut encore aujourd'hui. Les classiques distinguent, en effet, deux variétés d'imagination: *créatrice* et *reproductrice*.

**1<sup>o</sup> Imagination créatrice.** — C'est « la faculté d'inventer, de concevoir, jointe au talent de rendre vivement des conceptions » (Littré) (2). Aussi, au terme d'*imagination* les philosophes actuels substituent-ils celui d'*invention*, dont il convient d'étudier :

LES FACTEURS BIOLOGIQUES. — Ce sont, par ordre d'importance :

la *sensibilité*, sur laquelle insistent justement psychologues et littérateurs, non sans en signaler les dangers. Si Malebranche se contente d'observer que les artistes et les poètes sont souvent un peu « visionnaires », Pascal, dans ses *Pensées*, croit l'imagination « maîtresse d'erreur et de fausseté », tandis que Madame de Staël, dans *Corinne*, parle de la « funeste imagination des âmes sensibles » ;

l'*affectivité* : Ribot a formulé, à ce sujet, deux lois : 1<sup>o</sup> Toutes les formes de l'invention impliquent des éléments affectifs. 2<sup>o</sup> Toutes les dispositions affectives, quelles qu'elles soient, peuvent influer sur elle. N'existe-t-il pas, en effet, à son origine, un besoin de créer, un « état de gestation plein de malaise » ? « L'homme aussi », a dit Anatole France, « enfante dans la douleur ». Inversement, l'histoire des lettres ne montre-t-elle pas que toutes

les émotions, de tonalité joyeuse ou triste, stimulent l'imagination et peuvent — dans certaines conditions — créer des chefs-d'œuvre ?

la *race*, comme en témoignent les dynasties d'artistes dans lesquelles les aptitudes esthétiques semblent s'être transmises par l'hérédité.

LES FACTEURS SOCIAUX. — Il faut qu'une question soit mûre pour que certaines aptitudes particulières permettent de la résoudre, toujours plus ou moins aidées (Taine, Durckheim) par une sorte de « collaboration anonyme » (Ribot).

LES FACTEURS PUREMENT PSYCHOLOGIQUES. — Avec M. Cuvillier, distinguons :

*L'invention spontanée*, favorisée par l'inconscient, et surtout, par l'intuition, qu'ont préparée et rendue possible les efforts de travail conscient : « Si l'on trouve sans chercher, c'est qu'on avait cherché sans trouver » (Egger). Cette activité, nullement automatique, choisit : « Les règles qui doivent guider son choix sont extrêmement fines et délicates : elles se sentent plutôt qu'elles ne se forment » (H. Poincaré).

*Quels sont les rapports de l'invention et des associations d'idées ?* Pour Ribot, l'élément essentiel de l'imagination est « la faculté de penser par analogie », cette faculté se ramenant à l'association par ressemblance, et ces ressemblances étant perçues par la conscience (Ribot, Rabier, W. James).

Quant au *mécanisme intime de l'invention*, il reste encore mystérieux. Consiste-t-elle à convertir en images une solution qu'on n'entrevoit encore que sous forme abstraite (Bergson) ? A réaliser une synthèse ? A procéder, au contraire, par dissociation et par analyse (Le Roy), en brisant les associations habituelles ? C'est ce dont discutent les spécialistes.

A l'invention *collaborent* tous les éléments de la personnalité psychique : intelligence, raison et, surtout, travail, l'intuition ne fournissant (P. Valéry), qu'un instantané, qu'il faut ensuite développer à la chambre noire, qu'une matière qui ne se transforme et ne s'embellit qu'au prix de mille efforts. Aussi toute création est-elle un drame (P. Valéry).

**2<sup>o</sup> Imagination reproductrice.** — « C'est la faculté que nous avons de « nous rappeler vivement et de voir en quelque sorte les objets qui ne sont « plus sous nos yeux » (E. Littré). Ces images, étudions leurs principales variétés.

Il est classique de distinguer :

des *images immédiates*, des *sensations rémanentes et consécutives*, qui ne sont que « des sensations continuées » (Bossuet, *Connaissance*, V. 8) ;

des *images eidétiques*, surtout visuelles. Ce sont des photographies mentales en couleurs et en relief, très nettes, auxquelles le sujet se reporte comme aux objets eux-mêmes (H. Cuvillier) ;

des *images mentales*, consistant en la réapparition de sensations déjà éprouvées, en l'absence de l'objet qui leur a donné naissance (Id.). Ce sont des *états réviscents*, *secondaires de représentation*, d'origine purement cérébrale. Les unes sont en rapport avec les divers sens : images *auditives*, *visuelles*, etc. (Charcot), les autres résultent de la fusion des images parti-

(1) H. CUVILLIER, *Manuel de Philosophie*, Paris, 1935, in-8°, I, p. 189 et 579.

(2) E. LITTRÉ, *Dictionnaire de la langue française*, Paris, 1878, in-4°, III, p. 16.

culières provenant de la répétition d'un même événement (id. *génériques, schémas*).

Ces différentes variétés d'images affectent, avec les sensations, les plus étroits rapports.

CHEZ L'ENFANT NORMAL, l'imagination, tant reproductrice que créatrice, mais plus développées chez certains, dit *imaginatifs*, que chez d'autres, dits *observateurs* (Binet), prend rapidement son essor, pour atteindre toute son intensité de 3 à 7 ans. Elle joue, dans le développement de son intelligence, un rôle considérable et qui consiste à :

1° combiner des images ou des concepts ;

2° combler les lacunes de la mémoire ou de la connaissance ;

3° suppléer à son ignorance des choses, et lui faire réaliser ainsi, dans une sorte de rêve, ses aspirations les plus chères (*fabulation*).

L'éveil de l'imagination est grandement facilité par l'usage des jouets. Sans eux, « pas d'invention, pas de sens créateur, pas de poésie au sens étymologique du mot... Voyez le *Petit Pierre*. A cinq ans, il reçoit un tambour, avec lequel il bat la charge, ce qui lui donne mille idées guerrières :

«... J'étais moi-même tout cela, les hommes, les chevaux, les canons, les poudrières, et le ciel embrasé et la terre ensanglantée ».

« Il y avait aussi, rappelle le *Livre de mon ami*, dans la chambre des dames, un tapis à fleurs, sur lequel je me roulais avec délices, et un petit canapé doux et profond, dont je faisais tantôt un bateau, tantôt un cheval ou une voiture ».

Une autre fois, il joue au cocher. Sans doute est-il seul. Qu'importe !

« J'attelai. C'est moi que j'attelai à moi-même, car j'étais tout ensemble le postillon, les chevaux et la voiture... J'étais alors un grand magicien. J'évoquais pour mon amusement des êtres aimables et je disposais à souhait de la nature. J'ai eu, depuis, le malheur de perdre ce don précieux ».

Après le petit Pierre, le petit Jean.

« Il a ressaisi son fouet et le voilà qui tire de l'ornière les six chevaux de ses rêves. Les petits enfants imaginent avec facilité les choses qu'ils désirent et qu'ils n'ont pas. Quand ils gardent dans l'âge mûr cette faculté merveilleuse, on dit qu'ils sont des poètes ou des fous. Le petit Jean crie, frappe et se démène ». (Anatole France).

« Cette même puissance d'invention, l'enfant ne cesse d'en donner des preuves dans le moindre jeu. Il excelle à élever n'importe quel objet à la dignité de jouet. Voyez ces gamins qui s'amuse, sur la berge du canal, avec un bout de bois qu'ils ont retiré de l'eau. Quel cheval mécanique, quel chemin de fer électrique a, pour eux, la valeur de ce soliveau, dont ils se disputent la possession ? Souvenez-vous aussi de Suzanne :

« Suzanne, dit le *Livre de mon ami*, a une grande corbeille pleine de joujoux dont quelques-uns seulement sont des joujoux par nature et par destination, tels animaux de bois blanc et bébés de caoutchouc. Les autres sont devenus des jouets que par un tour particulier de leur fortune : ce sont de vieux porte-monnaie, des chiffons, des fonds de boîte, un mètre, un étui à cigares, une bouillotte, un indicateur de chemin de fer et un caillou. Ils sont, les uns et les autres, pitoyablement avariés. »

Le polichinelle et le mouton du petit Pierre ne représentent-ils pas pour lui « les personnages de mille drames curieux » ? La petite fille ne communique-t-elle pas à la poupée « ses gestes et ses attitudes ? Elle la fait agir, elle parle pour elle et voilà, observe le « père » du petit Pierre, le théâtre créé ».

Pierre Loti conte, dans le *Roman d'un enfant*, qu'avec une fillette de son âge, ils conçurent l'idée de monter, sur un théâtre qui lui appartenait, la féerie de *Peau d'Ane* :

« Et peu à peu, ce projet atteignit dans nos têtes des proportions gigantesques ; il grandit, grandit pendant des mois et des mois, nous amusant toujours plus, à mesure que nos moyens d'exécution se perfectionnaient. Nous broSSIONS de fantastiques décors ; nous habillions, pour les défilés, d'innombrables petites poupées. » (1)

CHEZ L'ARRIÉRÉ, l'imagination présente quelques caractères spéciaux.

Par définition, elle est d'apparition plus tardive que chez le sujet normal, ne se manifestant qu'à partir de la troisième année ;

Dans une certaine mesure, elle semble suppléer au jugement bien longtemps après l'âge dit de raison ;

Plus encore que chez les individus dont l'intelligence se développe régulièrement, elle tend sans cesse à combler les lacunes de la mémoire et de la connaissance ;

La fabulation est toujours anormale. Parfois extrêmement pauvre, elle est, plus souvent, floride, mais de qualité inférieure, aucune des facultés critiques : jugement, raisonnement, ne venant la contrôler ni freiner ses excès. S'exprimant dans un langage pauvre, sans ampleur ni systématisation, elle est, d'habitude, dépourvue de tout agrément. Dans quelques cas, elle est d'une étrangeté qui a pu être prise, dans la littérature et dans l'art, pour un semblant de génie, quand, d'aventure, elle s'associe à un certain sentiment du beau ou de l'harmonie.

#### *L'hygiène de l'imagination chez les arriérés*

Comment, chez l'arriéré, favoriser l'essor de l'imagination, comment régler son hygiène ? En appliquant certaines méthodes, fondées sur l'usage des tests. Aucune ne se montre malheureusement capable de nous donner une idée suffisante, chez l'enfant examiné, du développement d'une faculté qui, chez tout sujet, quelle que soit son intelligence, intervient à tout instant et qui, lorsqu'elle est mise en jeu maladroitement, par exemple, en usant, lorsqu'on leur parle, d'un langage riche en formules imagées, accroît encore leur émotivité : c'est ainsi qu'en croyant faciliter, chez eux, la compréhension, on

(1) Cf. L. BABONNEIX. Ballade au pays des jouets, *Revue internationale de l'Enfant*, vol. X, n° 59, novembre 1930.

leur fournit surtout matière à réflexes conditionnels et on déclenche des troubles divers : terreurs irraisonnées, obsessions, impulsions.

S'il nous est impossible de mesurer la quantité d'imagination que possède un sujet donné, on peut assez aisément en apprécier la qualité, à l'aide de divers moyens :

1° *Par l'observation des inventions spontanées*, jeux, dessins, langues secrètes, rêves et rêveries. Leur richesse ou leur pauvreté permettront une appréciation empirique, mais non exempte de valeur.

2° *Par des tests d'invention mécanique*, tels les jeux de patience et certains puzzles simples.

Ces tests ne valent pas seulement pour l'imagination. Les belles recherches d'André Rey (1) sur l'intelligence pratique chez l'enfant, montrent bien que la solution de tels problèmes est du ressort du jugement.

3° *Par des tests d'invention intellectuelle*, tel le problème de l'épouvantail : Un paysan veut protéger ses cerises contre les oiseaux, comment fera-t-il s'il ne veut pas toujours rester auprès de ses cerisiers ? On propose aussi des histoires dont il faut imaginer soit le début soit la fin.

Binet et Simon font appel à l'imagination pour la solution de plusieurs de leurs épreuves. Celles-ci sont précieuses parce qu'étalonnées et correspondant à des âges déterminés. Tels sont les tests n°s 21, 28, 34, 46, 48, 55, 56, 57, 58.

L'hygiène éducative de l'imagination, chez l'anormal, doit s'inspirer des principes formulés par le P. J. de la Vaissière (2) et qui concernent l'enfant normal :

1° L'éducateur doit se préoccuper d'*enrichir de données exactes le vocabulaire* de l'enfant. L'intelligence ne s'exerce pas avec force sans l'intervention très active de l'imagination créatrice et cette dernière requiert des matériaux pour construire ses synthèses. Or c'est principalement le mot qui est utile pour ces constructions. Pauvreté de vocabulaire n'est pas seulement absence de style, mais aussi quasi-impossibilité d'inventer, de voir les choses et les situations sous un aspect compréhensif.

2° Tout prouve que le développement du régime des images, abandonné à lui-même, se fait comme au hasard; l'éducateur doit donc intervenir pour en *diriger l'évolution*.

3° C'est un *inconvenient d'user des métaphores* et d'images trop concrètes dans l'enseignement des jeunes : on risque d'en être aucunement compris. L'intelligence des métaphores suppose une connaissance déjà assez parfaite du vocabulaire.

(1) André REY. *L'intelligence pratique chez l'enfant*, Paris, 1935, 235 pp.

(2) J. de la VAISSIÈRE, *Psychologie pédagogique*, Paris, 1916, in-18, 478 pp.

L'arriéré ne peut imaginer correctement que s'il possède déjà des matériaux suffisants. L'éducation sensorielle bien conduite lui est donc indispensable. Mais, comme nous venons de le voir, il ne peut faire usage de tous les matériaux accumulés s'il ne possède pas les symboles qui lui permettront de les exprimer.

D'où trois règles essentielles :

1° Lui constituer un matériel suffisant d'images, grâce à l'éducation sensorielle.

2° Elargir son vocabulaire; citons encore le P. de la Vaissière, qui donne, à ce sujet (p. 148), quelques indications intéressantes :

a) Autant que possible, *la mère est le modèle que l'enfant doit chercher à imiter*.

« Si on considère les différents instincts en jeu dans l'exercice de la parole, on trouve la tendance à l'expression extérieure, le besoin de se manifester au dehors, l'instinct d'imitation, le besoin de sympathie, d'aide pour les maux et les nécessités de la vie, le désir d'approbation pour les jugements personnels. C'est surtout par la mère que l'enfant trouve à satisfaire tous ces instincts et c'est tout particulièrement par le langage qu'il entre en communication avec elle. L'enfant écoute la voix de sa mère qui lui donne la certitude de sa présence, qui lui est un moyen de l'avoir à lui; ses essais incertains de parole vont à elle pour lui dire ses désirs, ses peines et ses joies; par sympathie pour elle, il imite ses chants, ses discours, son rire. La langue de l'enfant est la *langue maternelle*. La mère ne doit donc pas oublier que pendant la première période d'acquisition du langage, elle est l'idéal que l'enfant imite avec beaucoup d'efforts; elle aurait entièrement tort, sous prétexte de mieux se faire à son enfant, d'imiter le langage imparfait et hésitant du bébé. Celui-ci a besoin de trouver en sa mère un modèle de parole et n'est nullement fait pour être imité; d'ailleurs il n'y tient pas, car s'il a au plus haut degré l'instinct d'imitation, il n'a pas la tendance à poser ».

b) *Ne jamais faire connaître à l'enfant les mots spécifiques avant les termes les plus universels*,

« Par exemple, une poule avant un oiseau. Toute une didactique pratique a été fondée sur un principe diamétralement opposé par suite d'une méconnaissance des lois fondamentales de l'évolution de la pensée logique. L'enfant comprend ce qu'est une poule en usant à l'intuition sensible d'un individu de cette espèce les notes universelles; or ces notes universelles se commandent les unes les autres de telle sorte que les notes spécifiques supposent la connaissance des notes génériques, les notes génériques, la connaissance des notes plus universelles, et ainsi de suite jusqu'aux notes transcendantales. Sans doute ce résultat pourrait être établi a priori, mais en tout cas il est solidement posé par l'expérience.

c) Ne jamais le laisser apprendre des mots avant qu'il en ait parfaitement compris le sens. « Si l'idée de l'enfant ne trouve pas dans son petit trésor de mots un signe pour exprimer un objet, il emploiera infailliblement le signe trop général ou le signe réservé à un autre objet plus ou moins semblable au premier. Rien ne serait plus fait pour maintenir le langage de l'enfant dans l'imprécision et l'inexactitude. Mieux vaut encore qu'il adopte à tort un signe pour la désignation exclusive d'un objet : il y aura simple erreur de mot facile à rectifier, mais on n'aura pas à compter avec le défaut beaucoup plus grave de l'imprécision de la pensée.

3° Diriger son imagination vers des fins pratiques, l'endiguer, la canaliser, l'empêcher de s'égarer dans la rêverie;

4° Eviter ce qui excite l'imagination purement fabulante, en particulier chez les arriérés à imagination infantile. Il y a lieu, à ce sujet, de réprimer la tendance au mensonge, si fréquente chez eux.

« Cet idéal n'est réalisable que par l'usage de mesures prophylactiques, dont le fondement est l'éducateur lui-même. Ce dernier doit être un modèle d'absolue véracité. Il se gardera de semer dans l'âme enfantine la méfiance à l'égard des affirmations d'autrui en promettant et en ne tenant pas ce qu'il a promis. Il évitera également de punir l'enfant avec une excessive sévérité et de le pousser ainsi au mensonge; enfin il ne le forcera pas, en le questionnant à tort et à travers, à répondre quand il ne sait rien. En revanche c'est aller trop loin que de vouloir avec Rousseau isoler artificiellement l'enfant de manière à supprimer pour lui la possibilité même de choisir entre la vérité et le mensonge. Rousseau pouvait combattre les excès d'une discipline imposée; il a le tort d'affaiblir la discipline personnelle, alors que l'éducation de la discipline personnelle est, plus que tout autre moyen, propre à mettre entre les mains de l'enfant une arme efficace contre le mensonge. L'autorité doit rigoureusement punir le mensonge chez le jeune enfant, il ne faut avoir aucune complaisance pour ses faiblesses même involontaires en cette matière; l'habitude de parler sans exactitude se prend facilement et se perd très difficilement. Sans doute la prudence et la discrétion oblige parfois à ne pas dire tout ce que l'on sait, mais prudence et discrétion ne sont pas des vertus à développer chez le tout jeune enfant; elles demandent une appréhension compréhensive des situations dont il est totalement incapable. »

(P. DE LA VAISSIERE).

De son côté, Maurice de Fleury a écrit, sur le même sujet, des pages qui s'appliquent aussi bien aux anormaux qu'aux enfants normaux (1) :

(1) Maurice de FLEURY. *Le corps et l'âme de l'enfant*, Paris, 1907, in-18, p. 259.

« Oui, chassons le mensonge du cerveau de nos fils. Donnons d'abord à ce cerveau une haute vitalité, afin que le terrain soit rebelle à la mauvaise herbe.

« Et procédons d'emblée par l'extirpation radicale. Prenons la peine de surveiller étroitement la sincérité de nos petits; l'épreuve ne sera pas longue. Appliquons-nous à dénicher leurs tromperies, étalons leur honte en famille; sachons trouver des mots qui, sans les ulcérer à vif, les confondent et leur ôtent l'envie de retomber dans ce vilan péché. Surtout ne cessons pas un jour de leur donner le bon exemple. Il faut que, tout de suite, l'enfant sache que mentir est inutile, ridicule, un peu dangereux et parfaitement bas, qu'on dit « mentir comme un laquais » et que le mépris est au bout. Quand ils auront l'âge de la raison, menons-les voir la pièce si honnête, si saine et si jolie du vieux Corneille.

« Sachons persuader nos fils par la tendresse. Je me suis toujours trouvé bien, le soir, quand l'enfant est couché, quand le sommeil tarde à venir, de m'approcher du lit et d'appuyer aussi ma tête à l'oreiller pour une causerie bien intime et bien douce. La bonne heure pour la morale ! Las du travail du jour, rasséréiné par le repas, par la calme lueur des lampes, par l'intimité du foyer, le père parle sans colère et sans énervement, avec autorité et pourtant comme un camarade; la tête blonde est toute recueillie, confiante profondément, pleine de bon vouloir, et dans le sommeil mûrira la sagesse qu'on y dépose. C'est le moment délicieux pour nous faire aimer et comprendre, pour faire entrevoir à nos fils ce que nous sommes réellement pour eux, ce que vaut notre expérience, pourquoi nous leur donnons des maîtres et nous les plions au travail, pourquoi nous prétendons leur interdire les moyens vils de se tirer d'ennuis. Ne laissons pas tout le beau rôle au gracieux fantôme de l'ange gardien; sachons communier avec ces âmes neuves, y déposer pour l'avenir des souvenirs aux racines profondes, et tâcher de dompter, dans la douceur d'une caresse, les impulsions mauvaises et les tares, qu'après tout ils tiennent de nous. »

### III. — HYGIENE DU JUGEMENT

#### *Rappel des notions physiologiques indispensables (1)*

Du point de vue *logique*, le jugement peut se définir l'affirmation ou la négation d'un rapport entre deux idées (A. Cuvillier). Juger, écrit de son côté M. H. Delacroix, c'est « affirmer un rapport entre deux concepts ».

Du point de vue *psychologique*, tout jugement est une assertion dont l'étude pose deux problèmes, relatifs, l'un à cette assertion elle-même

(1) Cf. A. CUVILLIER. *Le Jugement, Manuel de Psychologie*, Paris, 1935, in-8°, I, p. 454-477; H. DELACROIX. *Les opérations intellectuelles. Le jugement, Traité de psychologie*, Paris, 1936, in-8°, V, p. 120-125.

(problème de la croyance), l'autre, aux termes du rapport (problème du contenu du jugement).

LA CROYANCE, que réalise l'adhésion de l'esprit à une assertion donnée, dépend de *facteurs* divers, agissant tous en étroite collaboration : intelligence (Descartes, Spinoza); volonté (Descartes, Brochard), soutenue par des mobiles affectifs; facteurs biologiques et sociaux. Quant à sa *genèse*, on admet qu'elle passe par deux phases : une première, où l'idée est acceptée sans discussion (*assertion implicite et attitude précritique*); une seconde, où l'esprit prend conscience de ce qu'il croit, après discussion qui a éliminé l'hypothèse contraire, souvent suggérée par autrui, et où il échafaude un système, grâce à un effort de synthèse (*assertion explicite et attitude critique*).

Examinons maintenant comment se détermine le CONTENU DU JUGEMENT, autrement dit, les termes du rapport et la nature de celui-ci.

Les uns voient dans le jugement une *synthèse* : comparaison de deux idées (*théorie sensualiste* de Condillac); association des idées (*théorie associationniste* de Stuart Mill); opération *sui generis* (*théorie rationaliste*).

Pour les autres, il doit être considéré à la fois comme *analyse et synthèse*. Il y a d'abord confusion du sujet et de l'attribut et ce n'est qu'au bout d'un temps assez long que se produit un travail d'analyse dissociant, dans ce tout complexe, deux termes distincts : le sujet — constitué au début par le moi — et l'attribut. Ce tout ainsi dissocié, l'intelligence le reconstruit par un travail réfléchi de synthèse. Dans la pensée, le jugement joue donc un rôle capital : « Penser, c'est juger. » (Kant).

CHEZ L'ENFANT NORMAL, le jugement offre plusieurs particularités :

1° *Il est souvent exprimé, au début, par une certaine attitude corporelle* : « Le bébé qui tend également les bras vers la montre et la pendule, qui porte la main vers tous les liquides blancs, affirme à sa manière, d'une façon purement musculaire, une ressemblance. » (Ruyssen) (1).

2° *Il reste longtemps médiocre*, et ce n'est pas sans raison que l'on a pu parler, chez les jeunes sujets, de la « brièveté de la pensée » (Anatole France). Pourquoi cette longue période de médiocrité ? Pour plusieurs raisons :

a) Chez eux, *la distinction du sujet et de l'attribut est tardive*, comme le montre l'examen de leur langage; à l'origine, chacune de leurs pensées ne s'exprime-t-elle pas par un mot unique, un *mot-phrase* ?

b) *Leurs premiers jugements sont des jugements à terme unique, constitués par un attribut* (A. Cuvillier);

c) Etant *prodigieusement crédules*, ils ne savent se placer à un point de vue différent du leur; ils ne peuvent, de longtemps, exercer ce contrôle qui, ainsi que nous l'avons vu, est la condition même de l'affirmation; il leur faut des années pour qu'ils éprouvent le besoin de vérification et qu'ils cessent de « croire immédiatement à leurs propres idées » (Piaget) (2).

(1) RUYSSSEN, *Evolution psychique du jugement*, p. 143-144.

(2) PIAGET, *Le jugement et le raisonnement chez l'enfant*, p. 260-261.

d) *Ils sont incapables de comparaison et, encore plus, d'abstraction.*

3° *Chez certains enfants bien doués, il se développe pourtant de façon très rapide.* La petite fille d'Anatole France sait bien que Gringalet n'a pas tué le diable. Elle n'est pas dupe de cette fiction. Elle sait bien qu'« il ne l'a pas tué pour de bon ».

Comment, CHEZ LES TOUT JEUNES ENFANTS, fonctionne le jugement devant un problème à résoudre ?

Dans une première période, ils agissent comme si ce problème n'existait pas, d'où tentatives naïves et vaines pour la préhension et la manipulation des objets.

Plus tard, la répétition des échecs les incite à chercher auprès des grandes personnes l'aide efficace pour rendre efficaces ces mêmes actions. C'est la *phase préinstrumentale*.

Ensuite, ils saisissent la nécessité d'un instrument dont le rôle leur échappe jusqu'à 4 ans passés, pour peu qu'il soit de manipulation difficile. Ce n'est que beaucoup plus tard qu'ils pourront se demander pourquoi tel instrument leur apporte une aide efficace et percevoir que, dans certaines conditions, tel autre pourrait mieux convenir.

La *phase instrumentale* est ainsi divisée en stade de substitution aveugle et de *substitution dirigée*.

La moindre modification apportée au problème à résoudre peut tout remettre en question, surtout s'il ne s'agit plus seulement d'utilisation immédiate, mais de préparation d'instruments et de montage d'appareils.

La solution n'est possible (A. Rey) que lorsque le rapport du comportement à la situation est conçu en fonction d'une ligne de force ordonnatrice de tout le système, ce qui ne commence à se produire que lorsque peuvent être formulés des *jugements de valeur*, c'est-à-dire après 7 ans.

#### *Mesure du jugement chez l'arriéré. Les divers tests utilisés pour cela (1)*

Pas d'arriération ni de débilité mentale sans trouble du jugement. Aussi, pour soigner utilement les sujets atteints de ces affections, doit-on chercher à déterminer l'état de cette fonction psychique. Les moyens propres à faciliter cette opération appartiennent sans exception à la méthode des tests, qui prennent toute leur valeur chez les anormaux, soit qu'on cherche à estimer l'importance du déficit mental en vue de sa correction pédagogique, soit qu'ayant reconnu l'existence d'un jugement normal, on se demande pourquoi leurs acquisitions scolaires sont déficitaires, ou, inversement, pourquoi, les résultats scolaires étant satisfaisants, ils présentent une inaptitude absolue à se plier aux nécessités de la vie pratique.

1) Cf. aussi p. 185.

*Tests de Binet et Simon.* — Pour résoudre cette question, chercherons-nous à préciser l'intelligence *normale*, c'est-à-dire celle que possèdent la plupart des individus de même âge, vivant à la même époque, dans des conditions identiques? Non, parce que cette recherche n'offrirait qu'un intérêt théorique. Infiniment plus importante est celle que Binet et Simon ont appelée l'intelligence *générale*. C'est elle que ces auteurs proposent de mesurer grâce à leur *échelle métrique*, instrument empirique d'une valeur incontestable, et qui donne des indications précieuses sur le stade atteint par l'évolution des facultés intellectuelles. Ce n'est pas aux médecins, qui doivent tant à l'empirisme, à critiquer une méthode qui a fait ses preuves et qu'emploient à l'envi, dans le monde entier, psychologues, psychiatres, instituteurs et magistrats.

Binet attachait plus d'importance à la maturité de l'intelligence qu'à sa rectitude, ce qui impliquait, chez lui, la préoccupation du développement mental. Il la considérait comme une faculté de connaissance tournée vers le monde extérieur. Toute connaissance impliquant la compréhension, une direction stable de la pensée, la recherche des solutions possibles, avec leur censure, il estimait que la plupart de ses tests, mettant en œuvre ces aptitudes, permettent d'en apprécier le degré d'évolution (1). La définition de Claparède : « L'intelligence est l'aptitude à résoudre des problèmes nouveaux », ne diffère donc pas de celle de Binet (2). Elle revient encore à dire que l'intelligence est l'aptitude, de la part de la pensée, à établir des rapports. Or, établir des rapports, c'est porter un jugement (cf. p 101). Binet a donc le droit de dire que *l'organe fondamental de l'intelligence, c'est le jugement*. C'est ainsi que, la considérant dans ses effets, lorsqu'elle s'exerce en collaboration avec d'autres aptitudes (motricité, mémoire, imagination, perception, sens esthétique, connaissance scolaires, etc.), il met en évidence le déficit du jugement, qui se retrouve dans toutes ses épreuves, et qui est seul à se retrouver dans toutes.

Quand bien même aucune justification théorique satisfaisante ne pourrait être donnée du bien fondé des tests de Binet et Simon, ils porteraient la preuve de leur valeur dans l'essor qu'ils ont donné à la psychologie de l'enfant.

*Test du miroir* (H. M. Fay). — Si l'on considère que les arriérés n'atteignent jamais le stade des intérêts objectifs ou stade d'*élabo-*

*ration* (1), qui fait suite au stade des intérêts subjectifs ou stade d'*acquisitions*, il importe de savoir où ils en sont, intellectuellement parlant. L'expérience prouve que, même quand leur âge mental est de 10 ans, ils peuvent n'avoir pas atteint ce stade, où le jugement commence à prévaloir sur l'imagination et qui mérite bien le nom d'*âge de raison*.

Le test du miroir, dans lequel le sujet doit reproduire *en miroir* diverses figures et lettres, permet de fixer le moment de cette première maturation du jugement, aucun arriéré n'atteignant quinze réussites sur les trente épreuves du test, du moins avant l'âge de 16 ans (âge limite étudié), tandis que tout enfant normal donne plus de quinze réussites dès l'âge de 7 ans (2).

Ce test démontrerait que le trouble fondamental de l'arriération mentale porte essentiellement sur l'élaboration des idées et indiquerait, par suite, un retard dans l'évolution du jugement, seule donnée mesurable, et, par suite, seule intéressante pour le médecin.

#### *L'hygiène du jugement chez l'arriéré*

Elle doit, avant tout, se garder de lui faire faire ce à quoi son évolution mentale ne lui permet pas encore d'accéder.

Pour chaque phase de l'évolution du jugement, il faut considérer, chez lui, le comportement devant les problèmes concrets et les problèmes de plus en plus abstraits.

La première période de la *phase préinstrumentale* n'est jamais dépassée par l'idiot, alors que l'imbécile atteint la seconde, celle où il invoque l'aide d'autrui pour l'utilisation de l'instrumentation devant une situation nouvelle. Dans la pratique, c'est le moment où l'enfant cherche à s'habiller, à se servir du verre, de la cuillère, de la fourchette, mais se montre inhabile à le faire, sans se demander encore pourquoi il échoue. La nécessité de l'interposition d'un instrument lui apparaît d'abord pour la consommation des liquides, encore que, livré à lui-même, l'imbécile profond n'hésite pas à recourir à la préhension directe par les lèvres ou par la main.

L'éducateur doit, pendant cette phase, mettre à la disposition de l'arriéré certains objets indispensables, sans se préoccuper de le faire résonner sur leur utilisation, mais en s'adressant uniquement à sa mémoire concrète, afin que la relation qui existe entre l'instrument et ses effets puisse se fixer par un mécanisme simple où n'intervienne pas le jugement. On lui fera ensuite imiter les gestes de la

(1) BINET, *Idées modernes sur les enfants*, pp. 117, 130 et 108.

(2) CLAPARÈDE, *Comment diagnostiquer les aptitudes chez les écoliers?* Paris, 1929, in-8°.

(1) Les simples débiles peuvent l'atteindre.

(2) H.-M. FAY, Le test du miroir. Un test du jugement, *Annales de l'Enfance*, octobre 1936.

manipulation de l'instrument. Enfin on lui laissera exécuter seul l'acte. Evidemment, cette façon de procéder ne fait appel, pendant longtemps, qu'à la mémoire, dont elle respecte les phases évolutives, mais la multiplication des habitudes ainsi acquises ne doit viser qu'à placer un jour l'enfant devant un problème instrumental nouveau à résoudre, qui nous permettra de découvrir s'il est enfin apte à faire un jugement élémentaire et s'il peut faire servir l'instrument à une fin nouvelle (1).

A. Rey, à qui nous devons de si belles recherches sur les premières phases évolutives de l'intelligence pratique, utilise (2) l'expérience suivante :

Un bonbon est fixé à la paroi, à une hauteur d'environ deux mètres du sol. Dans la pièce, divers meubles légers, chaises, tables, caisses, et quelques bâtons de 60 centimètres. L'enfant doit s'emparer du bonbon en se servant des moyens mis à sa portée. On lui dit : « Vois-tu ce bonbon là-haut ? Il sera à toi si tu peux l'attraper. » On l'encourage jusqu'à ce qu'il commence à agir.

Les moins débrouillards se contentent de lever les bras ou de se hausser sur la pointe des pieds. Quand l'âge de 3 ans 1/2 est atteint, l'enfant demande l'aide de l'expérimentateur. Ce n'est que vers l'âge mental de 4 ans qu'il songe à utiliser les meubles ou les bâtons, soit spontanément, soit qu'on lui en ait suggéré l'emploi en les lui montrant en silence.

La période préinstrumentale est, dans le domaine de l'abstrait, celle pendant laquelle l'enfant est incapable de concevoir la solution d'un problème simple. Beaucoup d'arriérés ne la dépassent jamais, ou, s'ils semblent la franchir, c'est par le jeu d'un pur phénomène de mémorisation, par habitude, sans participation directe du jugement. La chose apparaît à l'évidence quand on leur propose un problème d'arithmétique facile, qu'ils cherchent à résoudre au hasard, additionnant ou multipliant sans raison les chiffres donnés. Une étape de plus est franchie quand ils font appel à l'aide de la personne présente : « Faut-il additionner ? Faut-il multiplier ? »

Si l'on se rappelle que, chez l'enfant normal, l'addition simple ne se fait spontanément que vers 6 ans, et la soustraction par manipulation qu'à 9 ans (rendre la monnaie sur 1 franc pour un achat de 4 sous), on saisit toute l'importance qu'il y a à n'aborder que très tard, et après vérification de l'âge mental, les diverses opérations arithmétiques, et encore de ne le faire qu'au moyen de méthodes concrètes impliquant la manipulation d'objets familiers. La grande

majorité des arriérés ne franchit jamais la limite supérieure de la phase préinstrumentale dans le domaine de l'abstrait, tandis que, dans le domaine du concret, les imbéciles les moins touchés peuvent la franchir.

S'il ne s'agit que d'aider à l'évolution intellectuelle d'un sujet normal, il n'y a pas grand intérêt à connaître le détail des phases qu'elle traverse, parce qu'elle se fait vite et sans effort. Il n'en est plus de même chez l'arriéré, à propos duquel l'éducateur est constamment tiraillé entre l'enfant, dont le jugement ne s'ébauche qu'avec une lenteur désespérante, et la famille, qui est comme hypnotisée par le désir de le voir lire, écrire et calculer; tout enseignement qui ne semble pas viser ce triple but lui paraît mal compris. Il faut donc que l'éducateur sache faire comprendre qu'en matière d'éducation, l'âge mental et le stade du jugement comptent seuls.

Pendant la phase préinstrumentale, il y a peu de chose à attendre de la lecture (1), puisqu'elle se sert d'un instrument interposé entre la pensée de l'auteur et l'idée éveillée chez le lecteur : les lettres. L'écriture (2) est encore plus difficile, puisqu'il y a entre la pensée de l'enfant et le mot écrit l'instrument avec lequel il tracera ses lettres. Plus complexe encore est le calcul.

Quand la *phase instrumentale* est atteinte, quelle doit être l'attitude des éducateurs ?

Ils doivent s'efforcer de faire sortir leur élève du stade de substitution aveugle, en l'appliquant à l'analyse. Qu'ils lui mettent dans les mains un trousseau de clefs et qu'ils le conduisent devant une porte fermée à clef. Selon les cas, il essaiera au hasard quelques clefs, ou les essaiera toutes sans ordre, ou les essaiera successivement ou dans un ordre déterminé. A un degré de plus, il éliminera, sans en faire l'essai, celles dont les dimensions ou la construction ne conviennent pas. Certaines réactions, telle que l'obstination à vouloir faire entrer de force une clef qui ne va pas, la violence qui irait jusqu'à briser la serrure, la colère, la lassitude devant quelques essais malheureux, éclaireront, en outre, sur les causes psychologiques de certaines infériorités intellectuelles.

Presque toujours, la lenteur des progrès à cette période de l'évolution tient a) à l'absence de l'esprit de méthode; b) à l'insuffisance de la faculté d'analyse et, plus tard, de synthèse; c) à des anomalies du caractère.

1° *L'esprit de méthode* est à la base de l'éducabilité, comme nous le verrons pages 117 et 127.

2° *La faculté d'analyse* dépend de l'esprit d'observation. Elle doit

(1) Cf. p. 130 pour la méthode de MONTESSORI.

(2) André REY, *L'intelligence pratique chez l'enfant*, Paris, 1935.

(1) et (2) Cf. p. 136.

être cultivée en même temps que se fait l'éducation sensorielle. Quand un objet est offert à l'étude de l'enfant, celui-ci doit en dégager les caractères divers qui tombent sous chacun de ses sens. Le maître s'efforcera de classer les caractères divers qui tombent sous chacun de ses sens. Le maître s'efforcera de classer les caractères de l'objet par ordre d'importance, selon qu'ils sont primordiaux ou secondaires, ou accidentels; ainsi utilisera-t-il, dès le début, l'esprit de méthode et de critique. A côté de l'observation, le jugement tendra aussi à prendre sa place.

L'observation de deux objets voisins de même espèce permettra de dégager les caractères communs à l'espèce d'où sortira une première synthèse.

Analyse et synthèse sont fruits de l'observation et utilisent d'abord la mémoire. L'arriéré mal dirigé au début est celui chez lequel on a négligé de développer le sens d'observation.

3° Pour les *anomalies du caractère*, cf. p. 173.

## CHAPITRE II

HYGIENE DE L'INTELLIGENCE  
CHEZ L'ARRIEREI. LES FACTEURS DONT DOIT TENIR COMPTE CHEZ L'ARRIERE,  
L'HYGIENE DE L'INTELLIGENCE.

a) *L'âge mental*. — On le fixe au moyen de tests, que l'on divise en :

1°) tests d'*intelligence générale*, qui se présentent eux-mêmes sous deux formes :

épreuves où n'interviennent ni la lecture ni l'écriture ;

épreuves où interviennent lecture et écriture.

On les divise aussi en *collectifs* et *individuels* : les plus anciens comme les plus connus ; parmi ces derniers sont les tests de Binet et Simon ;

2°) tests d'*intelligence proprement dite* ;

3°) tests *moteurs*.

b) *Le phénomène de décalage* (Stern). Prié de décrire de mémoire une image qu'il vient de voir, un enfant de 9 ans redescend du *stade de relation*, où il peut interpréter les rapports entre les personnes et les choses figurant sur l'image, au *stade génétiquement inférieur de l'action*, où il ne peut que noter ce que font ces personnes.

Très marqué chez l'arriéré, il implique l'emploi, chez lui, de règles pédagogiques strictes.

c) *Le degré d'éducabilité*. — Celle-ci dépendant, avant tout, de l'esprit de méthode, c'est celui-ci qu'il faut développer, tâche qu'on ne peut réaliser que dans les internats spécialisés.

## II. HYGIENE DE L'ACTIVITE. — Elle varie selon que l'on a affaire

à des *débiles passifs* ;

à des *débiles pondérés* ;

à des *débiles excités* ;

à des *débiles déprimés-excitables*.

## III. HYGIENE DE LA PSYCHO-MOTRICITE :

1° *Rééducation de l'activité tonique* ;

2° *Rééducation de l'activité de relation* ;

3° *Développement de la maîtrise de soi*.

## IV. HYGIENE DE L'ATTENTION.

## V. HYGIENE DE L'INTELLIGENCE DES ARRIERES ET CINEMATOGRAPHE.

Il ne suffit pas de veiller au développement des aptitudes intellectuelles pour obtenir, chez l'arriéré, des résultats heureux. L'intelligence s'exprime par des actes qui demandent la collaboration de l'activité, de la motricité, de l'émotivité, de l'attention. De cette collaboration naît une série de situations auxquelles s'appliquent des règles d'hygiène mentale spéciales et que nous étudierons après avoir, au préalable, déterminé le rôle de certains facteurs sans la connaissance desquels il est impossible de faire de bonne besogne.

#### .. — LES FACTEURS DONT DOIT TENIR COMPTE, CHEZ L'ARRIERE, L'HYGIENE DE L'INTELLIGENCE

Ce sont surtout :

- 1° L'âge mental;
- 2° Le phénomène de décalage ;
- 3° Le degré d'éducabilité.

##### A. — L'AGE MENTAL

De même que, chez les enfants normaux, il est indispensable de tenir compte de l'âge réel, parce qu'il correspond à leur âge mental, de même, chez l'arriéré, toute tentative d'ordre pédagogique est, d'avance, frappée de stérilité si elle ne prend pas pour base l'âge mental.

Pour le déterminer, on se sert de *tests*, dont la première idée revient à Binet et Simon, dont la technique doit être impeccable, et qui, pour être valables, doivent être étalonnés : un bon étalonnement suppose une expérience portant sur plusieurs centaines et, mieux encore, sur des milliers d'expériences.

Nous étudierons successivement :

- 1° Les *tests d'intelligence générale globale* ;
- 2° Les *tests d'intelligence proprement dite, intégrale*, de M. Claparède;
- 3° Les *tests moteurs*.

##### 1° *Tests d'intelligence générale.* (1)

Ils se présentent sous deux formes principales:

(1) Cf. R. NIHARD, *La méthode des tests*. Les sciences et l'art de l'éducation, Juvisy, s. d. (1932).

##### 1° *Epreuves où n'interviennent ni la lecture ni l'écriture.*

Ces tests peuvent être moteurs, consistant en actes à exécuter : tests des trois commissions, d'enfilage de perles, du saut; visuels; auditifs; d'autres comportent un graphisme qui n'est pas de l'écriture (soulignement ou barrage de dessins); d'autres, enfin, sont verbaux.

2° *Epreuves où interviennent la lecture ou l'écriture.* — C'est le cas d'un grand nombre de tests américains.

On divise encore les tests en collectifs et individuels.

Les tests *collectifs* ont l'avantage de pouvoir être appliqués en même temps à un grand nombre d'enfants; l'exécution de l'épreuve ne demande qu'un temps relativement court et sa correction peut être faite à tête reposée. D'une façon générale, ils sont loin de valoir les tests individuels. Les meilleurs sont, peut-être, les tests B.-D. (Bou-langer-Decroly), encore que ceux-ci paraissent donner des résultats trop défavorables et ne concordent pas avec ceux qu'ont proposés Binet et Simon.

Le *test du dessin* (Fay), couramment employé à l'étranger comme test collectif, paraît cependant être préféré comme test individuel en raison de la richesse des renseignements qu'il peut donner sur la personnalité de l'enfant.

Les tests *individuels* sont les plus couramment utilisés. Tous les médecins devraient savoir s'en servir. Bien peu nombreux, à vrai dire, sont ceux qui sont capables d'appliquer avec rigueur une méthode qui ne laisse nulle place à la fantaisie.

Voici, à titre d'aide-mémoire, les plus utilisés :

##### I. — TESTS DE IZARD ET SIMON (publiés vers 1930) (1)

###### *Premiers jours*

Regard vague.  
Convergence des yeux sur un objet brillant.  
Tête ballante au hasard.  
Mouvements incoordonnés.

###### *30 jours.*

Immobilisation au son.  
Tressaillement à un bruit soudain.  
Regard volontaire (suivre une allumette).  
Sourire au sourire de sa mère.

(1) On les trouve, sous forme de feuilles d'examen, à la Société Alfred Binet, 6, rue Belzunce, à Paris.

## 3 mois.

Préhension au hasard, au contact.  
Commencer à porter un objet à la bouche.  
Commencer à détacher la tête de l'oreiller.  
Accueil spécial au visage de sa mère.  
Suivre des yeux une personne dans la pièce.  
Gazouillement.

## 6 mois.

Attention au son.  
Tête bien maintenue.  
Commencer à détacher le tronc du berceau.  
Montée sur poitrine.  
Efforts répétés de préhension à vue.  
Reconnaître l'expression grondeuse du visage.  
Reconnaître les préparatifs de sortie.  
Coassement.

## 9 mois.

Clignement des yeux à un bruit soudain.  
Examen, bouche serrée, d'un objet nouveau.  
Station assise avec coussin.  
Préhension d'objet et support de cet objet.  
Découverte et préhension d'un petit objet.  
Adieu du bras ou de la main.  
Connaissance de la boîte à gâteaux.  
Se tourner vers la porte qui s'ouvre.  
Etonnement, bouche bée, devant un inconnu.  
Suivre des yeux un objet tombé.  
S'amuser à frapper deux objets l'un contre l'autre.

## 12 mois.

Station assise sans soutien.  
Equilibre, sans bouger, pendant quelques secondes.  
Premiers pas, tenu par la main.  
Préhension sûre.  
Préhension entre le pouce et l'index.  
Connaissance des aliments.  
Ne plus faire tomber ses jouets.  
Retirer un objet de sa bouche.  
Reconnaître un parent sur une photographie.

## 15 mois.

Marche seul.

Début de compréhension.  
Premiers mots adaptés à un objet vu ou désiré.  
Premiers jeux.  
Imitation de gestes simples (poignée de mains, etc...)

## 18 mois

Se dresser en s'aidant.  
Monter une marche en s'aidant.  
Se servir d'une cuiller, d'un verre.  
Premières phrases pour exprimer un désir, un jugement.  
Demander pour ses besoins naturels.

## 2 ans

Se dresser seul.  
Monter une marche seul.  
Exécuter un ordre simple.  
Dépapillotage d'un bonbon.  
Montrer une partie d'une gravure.  
Efforts pour s'habiller seul.

## ÉCHELLE MÉTRIQUE DE BINET ET SIMON (1)

## 3 ans

- 1 — Montrer son nez, ses yeux, sa bouche.
- 2 — Répéter 2 chiffres.
- 3 — Enumérer une gravure.
- 4 — Donner son nom de famille.
- 5 — Répéter une phrase de six syllabes.

## 4 ans

- 6 — Donner son sexe.
- 7 — Nommer trois objets familiers : clé, couteau, sou, crayon, etc.
- 8 — Répéter 5 chiffres.
- 9 — Comparer deux lignes de longueur différente.

## 5 ans

- 10 — Comparer deux poids.
- 11 — Copier un carré.

(1) A. BINET et Th. SIMON, Méthodes nouvelles pour le diagnostic du niveau intellectuel des anormaux, *Annales médico-psychologiques*, XL, 1905. Voir également : A. BINET et Th. SIMON, *La mesure du développement de l'intelligence chez les jeunes enfants*, Paris, 1929, in-8°, 67, XXVIIIpp.

- 12 — Répéter une phrase de 10 syllabes.  
 13 — Compter 4 sous simples.  
 14 — Jeu de patience.

6 ans

- 15 — Distinguer le matin du soir.  
 16 — Définir par l'usage : fourchette, table, chaise, cheval, maman.  
 17 — Copier un losange.  
 18 — Compter 13 sous simples.  
 19 — Comparaisons esthétiques.

7 ans

- 20 — Désigner sa main droite, son oreille gauche.  
 21 — Décrire une gravure.  
 22 — Exécuter trois commissions.  
 23 — Compter 9 sous : 3 simples, plus 3 doubles.  
 24 — Nommer 4 couleurs : « Quelle est cette couleur, et celle-ci ? etc. ».

8 ans

- 25 — Comparer deux objets de souvenir : papillon et mouche, bois et verre, papier et carton.  
 26 — Compter à rebours de 20 à 0.  
 27 — Indiquer les lacunes de dessin dans 4 figures.  
 28 — Donner la date complète du jour.  
 29 — Répéter 5 chiffres.

9 ans

- 30 — Rendre la monnaie sur 1 franc pour un achat de 4 sous.  
 31 — Définir supérieurement à l'usage.  
 32 — Reconnaître toutes les pièces de notre monnaie.  
 33 — Enumérer les mois.  
 34 — Questions faciles. (Lorsqu'on a manqué le train que faut-il faire ?  
 Lorsqu'on a été frappé par un camarade, qui ne l'a pas fait exprès... ?  
 Lorsqu'on a cassé un objet qui ne vous appartient pas ?).

10 ans

- 35 — Ordonner 5 poids.  
 36 — Reproduire de mémoire deux dessins géométriques.  
 37 — Critiquer des phrases absurdes.  
 38 — Questions difficiles. (Quand on est en retard pour arriver à l'école, que faut-il faire ? — Avant de prendre parti dans une affaire importante. — Pourquoi pardonne-t-on plutôt une mauvaise action exécutée avec colère qu'une mauvaise action exécutée sans colère ?).  
 39 — Loger trois mots dans une phrase. (Correspond à 10 ans quand il y a deux idées exprimées, à 12 ans quand il n'y en a qu'une seule).

12 ans

- 40 — Résister à une suggestion de lignes.  
 41 — Loger 3 mots dans une phrase. (Idée unique)  
 42 — Citer plus de 60 mots (noms communs) en 3 minutes.  
 43 — Définir des mots abstraits (charité, justice, bonté).  
 44 — Deviner le sens de phrases en désordre.

15 ans

- 45 — Répéter 7 chiffres.  
 46 — Trouver 3 rimes (à obéissance).  
 47 — Répéter une phrase de 26 syllabes.  
 48 — Interpréter une gravure.  
 49 — Problème de faits divers.

Adultes

- 50 — Expérience de découpage.  
 52 — Reconstruire un triangle.  
 53 — Différence de sens entre des mots abstraits.  
 54 — Question du président.  
 55 — Pensée de Hervieu.

Il est indispensable de se reporter à *La mesure du développement de l'intelligence chez les enfants*, d'A. Binet et Th. Simon pour connaître la technique, l'application et l'interprétation des résultats de ces tests (1).

On peut se servir également des tests de Terman, qui ne sont qu'une révision des tests de B.-S. (2).

### 2<sup>o</sup> Tests d'intelligence proprement dite

On a reproché aux tests précédents de faire intervenir des conditions qui ne sont pas proprement intellectuelles : état organique mal défini, développement des organes des sens, émotivité, etc.

C'est pour ces raisons qu'on a cherché des méthodes portant sur l'intelligence proprement dite (*intelligence intégrale* d'Ed. Claparède), « qui se présente à nous, sinon dans sa nature propre, du moins dans ses manifestations empiriques, comme une aptitude spéciale »

(1) Pour la technique et l'interprétation du test du dessin, on se reportera à *La médecine scolaire* du 1<sup>er</sup> décembre 1924, ou à H.-M. FAY. *L'intelligence et le caractère*, Paris, 1934, in-16°, p. 69.

(2) Ed. CLAPARÈDE, *Comment diagnostiquer les aptitudes chez les écoliers ?* Paris, 1929, in-18°, p. 112-154.

(Id.) (1) et qui sont applicables à tous les âges, depuis le début de l'âge pré-scolaire jusqu'à l'âge adulte (en fait de 3 à 20 ans). Cet éminent psychologue appelle ainsi tout acte complet d'intelligence, impliquant trois opérations : une *question*, une *hypothèse* et une *vérification*. Un vol a été commis. On se demande qui est le voleur (question), on soupçonne tel individu (hypothèse), et on recherche si cette hypothèse est confirmée par les faits (vérification).

Mlle Descœudres a proposé dans ce sens des tests de langage qui, par l'étude de l'étendue du vocabulaire, permettent de fixer l'âge mental avec une exactitude comparable aux tests de B.-S.

M. M. Foucault, dans un système de cinq épreuves, qui sont, elles aussi, de vocabulaire, arrive à des résultats analogues, que l'on peut appliquer à l'orientation professionnelle (2).

### 3<sup>o</sup> Tests moteurs

Les tests précédents ne fournissent, pour l'hygiène de l'intelligence, aucune indication pratique. Il n'en est pas de même des tests moteurs, qui, en nous renseignant sur l'étape psycho-motrice atteinte, fournissent les éléments d'une thérapeutique éducative spéciale.

Les meilleurs sont ceux d'E. Guilmain (3), qui éclairent sur le caractère et l'intelligence en même temps que sur la psycho-motricité et qui ont le mérite d'être parfaitement étalonnés. L'épreuve du saut (Fay), qui consiste à faire exécuter un saut à pieds joints, permet seulement de déceler l'existence de troubles moteurs ou psychomoteurs, sans les analyser.

Ces tests mettent en valeur la débilité motrice ou les désordres moteurs conditionnés par *des causes psychiques* (émotion, tendances perverses, dépression ou excitation, instabilité, etc...), qui accompagnent de façon presque constante la débilité mentale (Dupré, Nau-dascher).

## B. — LE PHENOMENE DE DECALAGE

### SON IMPORTANCE DANS LA PEDAGOGIE DES ARRIERES

Mis en présence d'une image, l'enfant la décrit d'une façon différente suivant son âge mental. Stern admet que cette description

(1) Id, id, p. 219.

(2) Pour la technique de ces tests, voir DESCŒUDRES, *Le développement de l'enfant de 2 à 7 ans*, Paris, s. d., in-8°, 335 pp. et Marcel FOUCAULT, *La mesure de l'intelligence chez les écoliers*, Paris, 1933, in-8°, 136 pp.

(3) E. GUILMAIN, *Fonctions psychomotrices et troubles du comportement*, Au Foyer Central d'Hygiène, Paris, 1935, in-8°, 225 pp.

passé par quatre stades : *stade de substance* (énumération simple); *stade d'action* (notation de ce que font les personnes); *stade de relation* (interprétation des rapports existant entre les personnes et les choses); *stade de qualité* (détermination analytique des caractères des objets, en fonction des relations qui les unissent).

« Si nous demandons à un sujet âgé d'environ 9 ans, et qui a atteint le stade de la relation dans la description de l'image..., lorsque cette image est sous ses yeux, de décrire cette même image de mémoire, nous constatons qu'il redescend au stade, génétiquement inférieur, de l'action ». (J. BOURJADE, *L'intelligence et la pensée de l'enfant*, Paris, 1937, p. 77).

C'est là le *phénomène de décalage*, comme l'a appelé Stern, ou de *chute de niveau*.

Chez l'arriéré, le temps pendant lequel se produit ce phénomène est infiniment plus long que chez le sujet normal. Chez ce dernier, les éducateurs peuvent, dans une certaine mesure, négliger d'en tenir compte. Il n'en est pas de même pour le déficient.

Combien de fois ne nous a-t-il pas été donné de noter l'impatience ou le découragement des éducateurs qui, après avoir, à plusieurs reprises, constaté que tel enfant arriéré avait bien compris une démonstration simple, ne saisissaient pas pourquoi il était incapable de la répéter ! Nous en trouvons l'explication dans la loi du décalage, dont la connaissance impose, chez l'arriéré, l'application stricte des règles pédagogiques suivantes : 1° Exercer la mémoire en tenant compte de son développement physiologique (cf. p. 90); 2° Conduire l'enseignement d'autant plus lentement que le degré d'arriération est plus grand; 3° Chaque fois que, pour un de ses appareils sensoriels, l'enfant atteint un degré nouveau de mémorisation, aborder les exercices propres à éveiller l'opération intellectuelle immédiatement supérieure; 4° Savoir attendre le temps qu'il faut pour que ce qui a été compris soit retenu; 5° Se rappeler que toute activité de manipulation ne vaut qu'autant qu'elle vise à une activité de conception (Bourjade). Laisser l'enfant se complaire dans une activité de manipulation stérile, c'est favoriser la paresse mentale et compromettre le progrès.

## C. — LE DEGRE D'EDUCABILITE

La perfectibilité n'est pas fonction du seul quotient intellectuel, mais encore de ce qu'on peut appeler *l'éducabilité*.

L'éducabilité dépend surtout de l'esprit de méthode. Cette constatation a été faite par Mme Kaczinska et par M. A. Rey. La première, étudiant les relations du succès scolaire et de l'intelligence, constate

que l'intelligence ne suffit pas au succès, qu'il lui faut être servie par l'esprit de méthode, que l'enfant acquiert d'autant plus facilement que l'ordre, la régularité, le sens éthique sont plus en honneur au foyer familial. Il est, en outre, quelques sujets chez lesquels l'esprit de méthode est spontané. M. Rey, étudiant les conditions de l'adaptation à un travail manuel nouveau, insiste, lui aussi, sur la valeur de la méthode et propose, pour l'apprécier, une épreuve ingénieuse que l'un de nous (H. M. Fay) a reprise, en en modifiant l'instrumentation et en l'appliquant à l'orientation professionnelle ainsi qu'à l'étude des arriérés et des causes de l'insuccès scolaire.

Comment faire acquérir l'esprit de méthode à un arriéré ? Rien de plus difficile si tous ceux qui vivent autour de lui ne collaborent pas à la tâche ! Il est constant que sa mère le décharge du soin de ranger quoi que ce soit, bien souvent parce qu'il est lent et inhabile. D'autres fois, les parents, légers déficients eux-mêmes, vivent dans le désordre matériel et moral. Ce que l'enfant apprend en matière d'ordre et de méthode à l'école n'est alors qu'une sorte de dressage qui ne porte ses effets que sur les matériaux scolaires. On ne gagne vraiment des résultats sérieux que dans les internats adaptés aux arriérés. Ici, du matin au soir, tous les actes de l'enfant se développent dans une atmosphère d'ordre qui finit par lui donner le goût de la méthode. Il est malheureusement bien rare que ce goût résiste à l'influence néfaste des périodes de vacances pendant lesquelles, replongé dans un milieu familial déficient, l'enfant perd immédiatement les bénéfices encore mal fixés de son dressage. La méthode ne tient que lorsqu'elle est devenue une habitude de l'esprit.

\*  
\*\*

Le rôle de ces facteurs une fois précisé, nous pouvons étudier, chez l'arriéré :

- II. — *L'hygiène de l'activité;*
- III. — *L'hygiène de la psycho-motricité;*
- IV. — *L'hygiène de l'attention.*

## II. — HYGIENE DE L'ACTIVITE

Elle varie avec les cas.

Aux *débiles passifs* de Vermeylen, déprimés, incapables de percevoir la moindre émotion, doivent être appliquées les règles d'hygiène mentale qui conviennent aux déprimés constitutionnels.

Les *débiles pondérés*, du même auteur, ayant une activité normale, sont, de ce fait, particulièrement faciles à instruire et à former.

Les *débiles excités* bénéficient de la gymnastique proprement dite, de l'activité au grand air, des sports, de l'apprentissage des métiers ou des travaux de la terre, qui constituent pour eux un dérivatif nécessaire à leur besoin anormal d'activité.

Les *déprimés-excitables* de Delmas qui, souvent, sont aussi des débiles, doivent être soumis au régime des déprimés et des hyper-émotifs. On leur interdira les toxiques (alcool, café, tabac, vin), les excitants de tout ordre, qui les conduisent rapidement à la toxicomanie et apportent à leurs instincts, sexuel surtout, de profondes perturbations. Il faut savoir, à l'occasion, se rappeler que, plus que tous autres, ils offrent un terrain favorable au développement des réflexes conditionnels. Tout l'art du médecin consistera donc à éviter ceux de ces réflexes qui pourraient produire des effets nuisibles et, au contraire, à favoriser ceux qui pourraient être utiles.

## III. — HYGIENE DE LA PSYCHO-MOTRICITE (1)

Pour M. H. Wallon, dont la théorie dérive, à certains égards, de la doctrine Bergsonnienne de l'*élan vital*, toute excitation, libérant en nous de l'énergie, nous charge en tonus qu'il va falloir utiliser. Le tout jeune enfant n'utilisant pas ce tonus, ne l'absorbant pas dans ses centres supérieurs, demeure presque constamment hypertonique. Aussi, le moindre besoin moteur, comme la moindre émotion, se manifesteront-ils, chez lui, par une exubérance motrice qui ne peut être qualifiée que d'instabilité ou par toute la gamme des réactions émotives depuis le sourire jusqu'aux convulsions, en passant par l'inquiétude, les larmes et les diverses manifestations plus ou moins spasmodiques.

L'arriéré psycho-moteur est comparable au jeune enfant qui n'est pas encore arrivé à l'époque où, les centres supérieurs s'étant développés, il peut absorber tout l'excès de tonus libéré en lui, le plus haut stade d'évolution consistant en l'absorption totale du tonus par les centres supérieurs et, par conséquent, dans le développement parfait du pouvoir inhibiteur de ceux-ci, mis au service du jugement et, par extension, de l'intelligence.

L'hygiène de l'intelligence doit donc veiller à permettre et à favoriser l'évolution des fonctions psycho-motrices. Elle y parvient par l'utilisation rationnelle de l'éducation physique.

(1) Cf. en particulier : H. WALLON, *Les origines du caractère chez l'enfant*, Paris, 1934, in-8°, 267 pp.

Depuis longtemps, les éducateurs d'anormaux, et spécialement de déficients, ont insisté sur l'heureuse influence de la gymnastique sur le développement intellectuel. Pour les uns, le mouvement est un excitant qui favorise le développement régulier du neurone et son achèvement morphologique normal (Demoor); pour d'autres, les fonctions mentales sont intimement liées aux fonctions motrices, si bien que le développement de celles-ci favorise l'évolution de celles-là; d'autres, enfin, voient dans l'éducation physique un moyen propre à faire acquérir des disciplines (attention, imitation, réaction dirigée, maîtrise de soi, mémoire, etc...) dont l'intelligence bénéficie par contre-coup (Fay), autant que le caractère (Descœudres, Guilmain).

Quelque soit le mécanisme invoqué, il n'en reste pas moins que la rééducation psycho-motrice est un instrument précieux pour l'hygiène mentale des déficients et qu'elle est aujourd'hui utilisée presque partout.

L'hygiène de la psycho-motricité a été parfaitement exposée par M. Ed. Guilmain (1).

On donnera, selon les troubles à corriger, plus d'importance à certains exercices qu'à d'autres, en se proposant toujours: 1° la rééducation de l'activité tonique et de l'activité de relation; 2° le développement de la maîtrise de soi.

La rééducation de l'activité tonique, destinée surtout aux instables, comporte :

1° des exercices d'attitude : immobilité en attitudes variées, avec ou sans haltères en mains, ces dernières favorisant la notion de résistance et renforçant la sensation de position des membres;

2° des exercices d'équilibre statique et dynamique : marche sur un trait, saut à cloche-pied, en poussant un palet, ascension ou descente d'un escalier sans tenir la rampe;

3° des exercices de mimique;

4° une leçon de silence.

La rééducation de l'activité de relation fait appel :

1° à des exercices propres à diminuer les syncinésies : a) travail avec un seul membre ou, alternativement, avec les bras et les jambes ; b) exercices de coordination motrice, s'inspirant de la méthode de Demény, ou faits avec la barre d'entraînement pour les plus débiles, ainsi que le conseille M. Paul Boncour (2).

2° Exercices visant à l'acquisition d'automatismes corrects, qui s'inspireront des exercices les plus simples de la méthode d'Hébert.

(1) Ed. GUILMAIN, *Fonctions psycho-motrices et troubles de comportement*, Paris, 1935.

(2) Dr PAUL-BONCOUR, *Les bases et la pratique de la gymnastique orthophrénique dans la cure de l'instabilité motrice. Progrès médical*, n° 36, 1911.

3° Jeux et exercices libres, tels que Colin-Maillard, le furet, le chat et la souris, les quatre coins, le chat coupé, etc.

4° Exercices et jeux d'adresse : triage, constructions, course au bouchons, anneaux, balle, balle au mur, pelote à main nue, etc.

Le développement de la maîtrise de soi. C'est la méthode rythmique qui en est l'élément principal. G. Paul-Boncour (1911), puis Ley, de Bruxelles, ont scientifiquement prouvé que l'adjonction de la musique aux mouvements facilite leur exécution. On s'en doutait bien un peu, puisque, de tout temps, la musique a accompagné les marches militaires et les manifestations chorégraphiques. Elle ajoute un plaisir à l'activité motrice, mais augmente la fatigue par l'attention plus grande qu'elle exige. Mlle Descœudres a exposé dans « *l'Education des enfants arriérés* » tous les avantages de la méthode de Jacques Dalcroze. M. Guilmain a donné les règles d'application de la rythmique aux arriérés qui ne peuvent d'emblée s'adapter à celle-ci. Il faudra successivement :

a) améliorer leur sensibilité rythmique, qui est la première à apparaître parmi les sensibilités musicales (Fay);

b) les habituer à mouvoir les membres à intervalles réguliers;

c) les habituer à les mouvoir à intervalles irréguliers;

d) combiner des mouvements et des attitudes;

e) dissocier la cadence des membres supérieurs et inférieurs;

f) harmoniser le geste avec le caractère de la phrase musicale.

Il faudra aussi, faire exécuter des mouvements dyssymétriques, asymétriques et contrariés.

#### IV. — HYGIENE DE L'ATTENTION

Le rôle de l'attention dans l'éducation de l'intelligence est énorme : aussi sa déficience rend-elle particulièrement laborieuse l'éducation des arriérés.

Tout l'effort du maître consiste à leur faire acquérir des connaissances et des habitudes nécessaires ou simplement utiles. Pour ces acquisitions, il faut qu'ils soient attentifs. C'est en ce sens qu'on a pu dire qu'on n'entend que ce qu'on écoute, et qu'on ne voit que ce qu'on regarde.

Paul Bernard a formulé les règles qui permettent de réaliser les conditions les plus favorables à l'éveil, à la fixation et au maintien de l'attention.

*Conditions objectives de l'attention.* — Les premières connaissances de l'enfant étant concrètes, parce que sensorielles, il faudra

donc commencer par lui présenter des choses. Celles-ci devront être isolées, mises en évidence, de façon à être bien vues, touchées, manipulées. Ainsi, ont-elles laissé des impressions durables et bien distinctes, d'où la préférence donnée aux tableaux muraux et aux photographies, plutôt qu'au cinéma dont les images fuient aussitôt qu'aperçues. Tout le matériel de la classe de perfectionnement doit être simple, enluminé et constamment à la portée de l'enfant qui restera libre de s'en servir autant qu'il lui plaira.

Le cadre de la salle de classe doit être simple et de bon goût. Sa décoration doit la rendre attrayante sans pour cela la transformer en bric-à-brac qui serait plus propre à distraire l'enfant qu'à le rendre attentif. Elle ne comportera aucune gravure pouvant créer des états émotifs.

Dans les classes d'arriérés, il est bon de faire collaborer les enfants à l'exécution de la décoration et de la varier fréquemment.

L'objet proposé à l'attention doit présenter des qualités propres à faire naître l'intérêt, et qui, toutes, ont trait à l'intensité de l'excitant.

Le changement de cette même intensité retient l'attention, autant que le mouvement, si celui-ci est variable. Il en est de même des variations qui portent sur la durée, l'étendue et les autres qualités du stimulus. Si pour l'adulte, l'ennui naquit un jour de l'uniformité, la chose est encore plus marquée chez l'arriéré. Pas d'attention, pour lui, sans intérêt !

*Conditions subjectives de l'attention.* — Elles sont de deux sortes.

1° CONDITIONS PHYSIOLOGIQUES (1). — L'intégrité fonctionnelle des organes des sens, l'état de la santé générale, l'équilibre moral, affectif et intellectuel du milieu social et scolaire où vit l'enfant sont des conditions favorisantes importantes. Il en est de même de tout ce qui se rapporte à l'hygiène physique et scolaire de l'écolier, et au sujet de quoi nous renvoyons le lecteur aux Traités spéciaux. Signalons à ce sujet que certaines écoles d'un luxe inouï, installées dans les quartiers les plus déshérités, sont impropres à abriter des classes de perfectionnement, parce que l'arriéré doit, moins que tout autre, être dépaysé. Sa classe doit être simple, claire, propre, comporter un mobilier pratique, avec des étagères en nombre suffisant pour ranger le matériel scolaire.

Leibnitz a dit que « s'il nous est possible de nous former des idées intérieures des choses qui ne tombent pas sous le sens, nous ne pou-

vons cependant ni fixer sur elles notre attention, ni les graver dans notre esprit sans y joindre quelques secours extérieurs ».

Ce sont ces secours extérieurs que nous venons d'indiquer et auxquels il faut joindre en particulier :

a) *La suppression des causes qui peuvent entraver la respiration*, que cette insuffisance respiratoire soit due à des végétations adénoïdes, à l'hypertrophie des amygdales, aux déformations du palais, de la cloison du nez, ou des cornets, aux infections chroniques de la muqueuse pituitaire, à la glossoptose (Pierre Robin), etc... L'art de l'orthopédie odonto-faciale est trop riche en méthodes variées et en types d'appareillages à la fois discrets et pratiquement inamovibles pour que nous négligions de les utiliser, toutes les fois qu'il sera possible d'y recourir (1).

b) *L'attitude attentive.* — Celle-ci n'implique pas, au moins chez la plupart des arriérés, une immobilité quasi absolue qui suffirait à accaparer toute leur attention (2), mais l'attitude, la tenue, le geste qui marque l'attention et suffit le plus souvent à la soutenir.

c) *La parole articulée*, le dessin, fixent l'attention et favorisent le souvenir. C'est pourquoi le dessin doit illustrer, chez l'arriéré, toutes les matières de l'enseignement.

La pédagogie expérimentale a montré que, plus l'élève est passif, plus l'attention lui est difficile, d'où les méthodes de l'école active, constamment utilisées chez les déficients et qui se résument ainsi : Ecouter la leçon du maître; y collaborer par des manipulations diverses; la reproduire sous la forme d'une œuvre personnelle; c'est encore la même science qui a étudié les variations de l'attention et de la fatigue suivant

a) *Le rôle joué par l'enfant.*

b) *La matière enseignée.* Voici, classées d'après la masse d'attention qu'elles réclament et la fatigue qu'elles provoquent, les principales matières de l'enseignement primaire : Dessin, Histoire naturelle, Langue maternelle, Histoire et Géographie, Gymnastique, Mathématiques. Cette dernière réclame le maximum d'attention (3).

Chez l'arriéré, si aisément fatigable, il faudra se souvenir de ce classement et donner plus de place aux matières les moins fatigantes.

c) *L'heure de la journée.* En réservant au travail intellectuel les heures de la matinée et en gardant l'après-midi à l'éducation physique

(1) Cf. GILBERT-ROBIN, Les insuffisances respiratoires chez l'enfant. Leurs conséquences au point de vue du retard scolaire, *Journal des Praticiens*, 9 mai 1936.

(2) C'est elle qu'on utilise dans la rééducation psychomotrice : l'attention appliquée à l'immobilité.

(3) Les leçons de chose rentrent dans le cadre de l'histoire naturelle.

(1) D'après Paul BERNARD, *L'école attentive*, Paris, 1935, in-16°, p. 132 et sq.

et aux jeux, les écoles nouvelles mettent en pratique l'enseignement de la pédagogie expérimentale. On pourra s'inspirer de la même règle pour les arriérés, mais à la condition de ne l'appliquer qu'aux élèves les plus proches de la normale.

d) *Le jour de la semaine.* Les moins bons jours sont ceux qui suivent les jours de congé. Les meilleurs sont le mardi et le samedi.

e) *La saison et le temps.* L'hiver est favorable, ainsi que les jours clairs et sans nuages, l'été et les jours brumeux, défavorables, et bons, tout juste, à laisser les enfants se livrer à des activités de jeu.

2° CONDITIONS PSYCHOLOGIQUES. — L'enseignement doit être attrayant. « L'art d'enseigner, a dit Anatole France, n'est que l'art d'éveiller la curiosité des jeunes âmes pour la satisfaire ensuite ». Ceci est particulièrement vrai pour les déficients. L'enseignement concret est le seul qui éveille en eux la curiosité, et cette curiosité ne se maintient qu'à la condition que l'on mette en œuvre les moyens propres à éviter la fatigue. En premier lieu, l'enseignement sera varié. Les matières enseignées pourront ne pas changer tous les quart d'heure, mais la manière dont on les exposera, et surtout dont on en demandera l'élaboration, sera aussi diverse que possible et se renouvellera toutes les fois que l'attention paraîtra faiblir.

Pour que les enfants soient satisfaits de leur travail d'élaboration, il doit produire quelque chose de durable, qui sera conservé, exposé, montré à l'entourage, ou dont ils pourront garder l'usage. C'est pourquoi le travail manuel doit être à l'honneur dans l'enseignement des déficients.

Il ne suffit pas d'avoir réuni toutes les conditions favorisantes de l'attention; il faut en outre savoir la cultiver.

MM. Belot, Binet et Vaney ont combiné des exercices d'orthopédie mentale, à l'usage d'une classe de perfectionnement (1). On pourra également se servir des jeux et exercices libres ou d'adresse indiqués par M. Guilmain pour la rééducation de l'activité tonique des arriérés (2). Les exercices variés exécutés avec le matériel de Mme Montessori seront aussi d'un précieux secours (3).

#### ANNEXE. — HYGIENE DE L'INTELLIGENCE DES ARRIÉRÉS ET CINÉMATOGRAPHE

Les arriérés ont un goût très marqué pour le cinématographe, sans

(1) On les trouvera exposés dans *l'École attentive*, de Paul BERNARD, p. 217 à 225.

(2) Voir p. 120.

(3) MONTESSORI, *Pédagogie scientifique*, Paris, 1919 I.; Paris 1922, II.

doute parce qu'il est (et surtout il a été) trop souvent un « spectacle indigent pour illettrés », comme l'a appelé R. Doumic (1), et, dès lors, à la portée de leur intelligence. Il ne peut pas, dans la plupart de ses manifestations, élever l'esprit (G. Duhamel) (2).

*Il nuit à l'imagination.* Il produit une sorte d'anesthésie de la fabulation normale en imposant à l'esprit un mode de fabulation artificiel ou erroné, qui n'est pas sans danger.

« En présentant des scènes en mouvement avec une rapidité qui dépasse le rythme normal de la vie et même du geste, en faisant se succéder sans repos des scènes qui supposent entre elles un éloignement sensible dans le temps et dans l'espace, il fausse la notion du temps, de l'équilibre, que la durée donne aux phénomènes de la nature autant qu'aux réactions psychiques et psycho-motrices » (3). Il conduit l'arriéré à des notions fausses, outrageusement superficielles et primaires, mais qui, laissant en lui une vision globale des faits, trop confuse pour qu'il puisse même songer à l'analyser, lui donnent l'impression qu'il sait quelque chose alors qu'il ne sait rien et augmentent la suffisance et les prétentions qui sont l'apanage habituel des débiles.

*Il augmente leur suggestibilité, déjà grande,* en exerçant sur eux sa fascination. « Ce décor nouveau pour lui, vu de l'ombre vers la lumière, dans le silence impressionnant de cette salle où l'obscurité l'isole, cette révélation de scènes qui devaient satisfaire ses instincts latents et obscurs et, à son insu, nourrir et développer la morbidesse d'un cerveau déjà victime de ses tares congénitales, de son atavisme, de son milieu familial et social, devaient l'attirer vers l'écran comme la phalène va vers le centre lumineux qui l'éblouit et la brûle : en bien ou en mal, la suggestion produit ses effets. » (Wets, de Bruxelles).

*Loin de développer l'attention et la faculté d'observation, il semble leur porter préjudice.* L'arriéré qui a été si facilement fasciné au cinéma ne trouve, dans aucune des circonstances de la vie des conditions comparables pour immobiliser, en quelque sorte, l'exercice de ses facultés par l'intermédiaire du seul sens de la vue et, par comparaison, éprouve plus de peine à fixer son attention quand mille choses qui évoluent lentement frappent et sollicitent tous ses sens à la fois.

Par sa nature même, *il ne favorise pas le développement des connaissances abstraites.*

Dans des cas bien limités, s'il paraît avoir quelques avantages

(1) René DOUMIC, *L'art du cinéma*, *Revue des Deux-Mondes*, 1913.

(2) Georges DUHAMEL, *Radiophonie et culture intellectuelle*, Institut de France, séance du 25 octobre 1938.

(3) H.-M. FAY, *Le cinématographe et l'enfant*, *L'Education*, juillet 1933.

comme moyen éducatif, il a l'inconvénient de ne pas tenir compte de l'aptitude différente des élèves aux perceptions visuelles.

Il est, enfin, à l'opposé des préoccupations actuelles de la pédagogie des arriérés, car il n'améliore pas la qualité de l'attention, ne favorise nullement le développement normal de l'imagination, ne profite ni aux sujets faiblement visuels, ni à ceux dont la perception est lente ; chez les fortement visuels, il ne peut qu'hypertrophier le sens de la vue, au détriment des autres modes sensoriels, dont la collaboration est indispensable pour la connaissance des choses et l'individualisation des concepts.

Enfin, par sa puissance de suggestion, il a une répercussion défavorable sur la moralité, le sens social et, surtout, sur la criminalité juvénile. Est-il besoin de rappeler ici les travaux de MM. Heuyer et Roubinovitch, d'où il ressort que la jeunesse criminelle est presque entièrement recrutée parmi les débiles, ces débiles qui sont les clients les plus fervents du cinéma ? Son action sur la criminalité est suffisamment attestée en France par la proposition de loi Fernand Rabier, déposée le 28 juin 1918, par les interventions remarquablement documentées, au Sénat, de MM. de Lamarzelle et Steeg (10 juin 1920). Malheureusement presque rien n'a été fait, en France, dans le sens qu'on eût souhaité ; on continue à donner des films policiers, des scènes de crimes, de vol, de rapt, et le film immoral est à la portée des enfants dans des établissements ouverts à tous. Notons cependant que, d'une manière générale, les mauvais films, où les gangsters tenaient les premiers rôles, sont beaucoup moins à la mode, le public ayant fait son éducation et manifestant violemment sa réprobation devant ces scènes que l'on croirait tournées dans quelque bouge... Rappelons aussi, d'une part, qu'il existe des films adaptés à la jeunesse et qui, très souvent, sont excellents ; de l'autre, que l'on trouve dans certains périodiques à tendances confessionnelles, une analyse critique des films de la semaine, avec l'indication de ceux qui offensent la morale (1).

(1) Cf. aussi C. R. du Congrès International de la Protection de l'Enfance, Francfort, 1938.

## L'EDUCATION DES ARRIERES

### CHAPITRE PREMIER

#### MÉTHODES GÉNÉRALES

Etant donné qu'il faut leur donner, non des notions théoriques dont ils n'ont que faire, mais les connaissances pratiques nécessaires à l'apprentissage d'un métier, il est indispensable de les grouper dans des classes spéciales et de les soumettre à des méthodes appropriées.

LES CLASSES ? Ce sont des classes de perfectionnement, qui doivent ne recevoir que des arriérés éducatifs ; être assez nombreuses pour constituer des groupements homogènes ; assurer un enseignement individuel dans un cadre collectif ; ne comporter qu'un petit nombre d'élèves ; développer surtout les aptitudes manuelles, en réduisant au minimum indispensable les notions relatives à l'écriture, à la lecture et au calcul ; faire la plus grande place au concret, au détriment de l'abstrait ; lier morale et discipline ; procéder sans hâte ; être en possession d'un matériel considérable.

LES MÉTHODES APPROPRIÉES. — Elles sont au nombre de deux principales : méthode d'éducation sensorielle des Frères de la Charité de Gand ; méthode des centres d'intérêt (Decroly) ; qui se proposent, la première, de développer tous les sens, la seconde, de prendre pour base de l'enseignement une donnée intéressante, autour de laquelle viendront se grouper toutes les données qui s'y rattachent.

Il ne peut s'agir de faire, chez les anormaux, de la culture intégrale, de solliciter toutes les aptitudes qui pourraient sommeiller chez un individu normal (Auguste Ley) ; il n'y a pas place, dans l'enseignement habituel, pour le verbalisme et pour le fatras scolaire habituel. *L'orientation de tels sujets doit être nettement manuelle et professionnelle.* Ce serait une grave erreur que de chercher à les gaver d'un savoir livresque dont l'ombre de Montaigne s'effaroucherait à bon droit (1). Ce qu'il faut, c'est leur donner les notions qui leur seront indispensables dans la vie, en se gardant, toutefois, de les diriger vers un métier auquel rien ne les appelle. *Le citadin doit rester citadin, le rural, rester rural.* Gardons-nous de vouloir faire de tous nos arriérés des ruraux ! Il ne faut sans doute pas une intelligence supérieure pour garder le bétail, ou même pour mener une charrue, mais en faut-il davantage pour faire du travail à la chaîne ou de la manutention ? Le vœu de M. Queuille, qui voudrait organiser dans les Ecoles autonomes et dans les classes annexes un enseignement professionnel, principalement agricole, paraît excellent si la France était encore en majorité rurale. Or, il n'en est plus rien, puisque, sur les 135.036 instituteurs et institutrices de 1936, il n'y en a que 56.434 pour les écoles rurales. C'est une erreur de répéter, après tel ministre, que « l'enseignement, en France, est rural, parce que la France est rurale » (Débats parlementaires de la loi du 9 août 1936).

Etant donné, par suite, que la majorité des arriérés se trouve actuellement dans les villes, et qu'on aurait grand tort à vouloir déraciner des sujets dont les facultés d'adaptation sont toujours des plus restreintes, nous ne saurions conseiller pour eux une orientation agricole, qui, d'ailleurs, ne pourrait être précédée de la moindre période d'adaptation, les écoles urbaines n'étant pas outillées pour cela. Il n'en serait évidemment plus de même le jour où nous posséderions des Internats autonomes agricoles conçus sur le type de la Ferme-Ecole provinciale, pour enfants anormaux, de Waterloo.

Pour accomplir le programme que nous avons indiqué, un seul moyen : grouper les enfants arriérés dans des classes spéciales, dites *classes de perfectionnement*, et les y soumettre à des méthodes appropriées.

#### a) La classe de perfectionnement

*Elle ne doit recevoir que des arriérés éducatibles.* En Belgique, on

(1) D'après Jean FRICKX, *Etude sur l'organisation de l'enseignement spécial à Bruxelles*, 1934, in-16°, de 176 p., p. 119.

considère comme tels ceux qui n'ont pas plus de trois ans de retard mental. En France, on admet qu'un retard mental de deux ans reste compatible avec la fréquentation d'une classe normale.

Présentée sous cette forme, l'appréciation est erronée dans les deux cas. L'enfant de 6 ans qui a un âge mental de 3 ans est un imbécile, tandis que celui qui, à 14 ans, a 11 ans d'âge mental, est un arriéré très léger. Il faut donc ne se fonder que sur le quotient intellectuel. Toutes les fois qu'il ne dépasse pas 0,5, l'enfant doit être impitoyablement écarté, comme pratiquement inéducable. Mais ce serait une erreur de se contenter toujours de la seule recherche de ce quotient, car il est des cas, rares il est vrai, où la recherche de l'éducabilité nous réserve des surprises dont l'intéressé doit bénéficier largement (1).

La classe, *uniquement composée d'éducatibles*, ne devra recevoir ni instables, ni pervers, en raison des perturbations qu'ils apportent presque toujours.

On donnera la préférence à la formule des *écoles autonomes*, qui, grâce à la multiplicité des classes, permet de constituer des groupements homogènes et, par conséquent, de favoriser les conditions de l'enseignement.

Celui-ci doit être *individuel dans un cadre collectif*. Nécessairement individuel dans les premiers temps, il devra ne pas perdre de vue que son but final est l'adaptation à la vie collective, et, par conséquent, devenir de plus en plus collectif à mesure que l'enfant grandit.

Une classe où les niveaux mentaux les plus divers se coudoient ne peut permettre qu'un semblant d'enseignement collectif.

*Elle doit, enfin, ne comporter que 15 élèves au plus.* Seules, les classes du degré le plus élevé pourraient tolérer quelques unités de supplément.

Ce serait faire fausse route que de vouloir établir un programme réduit, calqué sur celui de l'école primaire. L'observation des adultes qui sont passés par l'école spéciale prouve que, dans la vie courante, ce sont les aptitudes manuelles qui leur ont permis de se tirer d'affaire et que les notions intellectuelles scolaires ont, pour eux, une importance secondaire ou même nulle (Decraene, de Bruxelles (2)).

On devra, toutefois, enseigner l'écriture, la lecture et le calcul, en veillant à ne pas dépasser les éléments indispensables à la vie pratique.

(1) Dans ces cas, les tests du miroir et du dessin donnent toujours des résultats favorables.

(2) Cité par FRICKX, (v. p. 140), *loc. cit.*, p. 121.

L'enseignement doit être concret. Les notions abstraites doivent en être bannies, au moins pendant la moitié du cycle des études, et n'y jamais pénétrer que sous la forme d'une généralisation à propos d'une série de faits concrets.

La morale et la discipline seront enseignées conjointement, selon les règles suivantes :

1. Faire porter l'attention de l'enfant sur ce qui doit être fait et sur ce qui ne doit pas être fait, en d'autres termes, sur la notion de bien et de mal. On veillera à ce qu'il tire bénéfice ou désavantage des conséquences de ses actes, selon qu'ils seront bons ou mauvais.

Lui faire constamment sentir, de façon pratique, intellectuelle et affective, que ses intérêts et son bien-être sont liés à la prospérité du milieu. Les actes mauvais, l'indiscipline, l'incurie, le désordre nuisent à cette prospérité.

3. Donner aux élèves comme un self-government, en confiant chaque jour à l'un d'eux le soin de veiller à l'ordre et à la discipline. La collaboration et l'entr'aide y gagneront.

4. Utiliser la matière même que l'on étudie pour l'enseignement de quel point de morale pratique.

5. Exercer une surveillance incessante et se rappeler que le maître doit donner en tout l'exemple de la moralité, de l'exactitude, de la justice, de la bonté et de l'égalité d'humeur.

L'enseignement de l'arriéré doit se faire sans hâte. Nous en avons indiqué plus haut la raison (cf. le phénomène du décalage, p. 116).

Il réclame, enfin, un matériel considérable, que les maîtres sauront constamment augmenter grâce à leur ingéniosité. Quand on a vu l'immensité et la variété du matériel pédagogique des Frères de la Charité de Gand, ou celui que possédait O. Decroly, on comprend mieux qu'il est impossible de s'improviser professeur d'arriérés.

#### b) Les méthodes

Nous donnerons un aperçu sommaire des principales méthodes dans lesquelles les pédagogues français ont coutume de puiser avec élection.

<sup>1</sup>o *Jardins d'enfants*. — Ils ont pour but de placer les enfants dans un milieu se rapprochant le plus possible d'un bon milieu familial, avec ses occupations diverses et ses réactions. La jardinière y joue le rôle de la mère de famille sachant observer chacun de ses enfants et l'aider à extérioriser sa personnalité. Elle doit respirer l'amour maternel, la franchise, la gaieté.

Ces jardins n'ont pas été conçus pour les arriérés, qui n'y sont pas à leur place, parce qu'ils ne sont pas aptes à profiter de ce qui y est fait. Cependant, les moins touchés parmi eux peuvent y trouver, quand leur quotient intellectuel n'est pas inférieur à 0,75, à partir de l'âge de 4 ans, quelques avantages.

<sup>2</sup>o *Méthodes d'éducation sensorielle*. — Si la méthode de Montessori s'applique avant tout aux normaux, la méthode d'éducation sensorielle des Frères de la Charité a été conçue uniquement pour les arriérés. Elle comprend toute une série de jeux destinés à l'étude des couleurs (bâtons à boules, perles, triage de couleurs, dominos chromatiques, etc.). Ces jeux sont, aussi souvent que possible, collectifs, afin de susciter, par l'émulation, un plus grand intérêt. Ils sont contrôlés par toute une suite de méthodes chromatométriques et se complètent par des jeux de discernement des nuances. Viennent ensuite les jeux pour l'enseignement des formes, tant par le moyen de la vue que du toucher (c'est ici que s'intercalent les formes diverses par lesquelles l'enfant accède à la lecture, à l'écriture et au calcul).

L'étude des longueurs se fait à l'aide de planches à longueurs, de réglettes graduées, plaques, tableaux de dimensions, etc.

La détermination des épaisseurs, des distances, des directions, des objets usuels, comporte un matériel aussi ingénieux que varié.

Les sens stéréognosique, tactile, thermique, barique, musculaire, sont développés de la même façon.

Pour affiner le sens de l'ouïe et la voix, on s'applique à la rééducation de la parole, à la correction de l'articulation, à l'éducation de l'ouïe.

Pour exercer le sens olfactif, on tâchera de faire connaître à l'élève certains produits chimiques d'un usage ménager courant.

Seul, un Institut important et outillé peut aborder l'enseignement des arriérés par cette méthode, dont on pourra toutefois s'inspirer en maintes circonstances (1).

<sup>3</sup>o *Méthode des centres d'intérêt*. — Afin de faire naître et de soutenir, chez les arriérés, l'intérêt et l'attention, de les faire s'intégrer à la vie de la société et de leur permettre d'y exercer, plus tard, un métier, O. Decroly a créé une méthode qui est utilisée de nos jours par la presque totalité des éducateurs d'anormaux, et dont

(1) On trouvera la description d'une partie importante de ce matériel, avec des indications substantielles sur l'art de s'en servir, dans *L'Éducation sensorielle chez les enfants anormaux*, par Fr. E.-D. D., à la procure des Frères de la Charité, Gand, 1922.

il aurait découvert les principes dans Rabelais, Montaigne, Fénelon et Rousseau.

Il cherche, par un système d'idées associées, à développer la culture de l'enfant à l'aide d'un programme fondé, d'une part, sur la biologie, de l'autre, sur le milieu. C'est ainsi que le cycle des études a pour centres les points suivants :

1°) *Besoins de l'enfant* : Besoin de se nourrir.

Besoin de se défendre contre les intempéries.

Besoin de se défendre contre des ennemis divers : animaux, plantes, minéraux et autres dangers.

Besoin d'agir et de travailler, tant seul que solidairement, pour avoir à manger, avoir chaud, pour s'éclairer, pour se déplacer etc...

2° *L'enfant et son milieu*. L'enfant et les animaux.

— et les plantes.

— et les éléments.

— et le soleil, la lune, les étoiles.

— et la famille.

— et l'école.

— et la société.

Reste à mettre en pratique les notions théoriques précédentes.

Soit le centre d'intérêt : *Je vais à l'école*. Il comprend comme sujets subsidiaires : l'enfant à la maison, dans la famille, ses devoirs envers celle-ci; la maison et ses parties constituantes; je me lave pour aller à l'école (les parties du corps, notions d'hygiène); de la maison à l'école : la rue, façon de s'y comporter, respect de la propriété d'autrui; à l'école : les bâtiments, le mobilier, les condisciples, etc.

*Observations*. — Visite détaillée de l'école et de la classe, à la description desquelles tous les enfants doivent participer. Utiliser constamment les notions de forme, de couleur, de contact, de chaleur, de poids, de ressemblance, de différence, de rapport, de volume, etc.

*Orientation dans le temps et l'espace*. — Ce qui se fait à chaque heure du jour, et le temps nécessaire aux diverses actions. Ce qu'on faisait avant et ce qu'on fera après. Hier. Aujourd'hui. Demain.

Je vais à l'école par tel chemin. Le sous-sol, le rez-de-chaussée, les étages. En avant, en arrière, à droite, à gauche.

*Education des sens*. *Vue* : tous les exercices d'observation visuelle. *Ouïe* : les bruits de la maison, de la rue, de l'école. On fera identifier quelques bruits, reconnaître les camarades à la voix, etc. *Odorat et goût* : La soupe, le café, etc. Les odeurs des boutiques : le boulanger, la friture, le

peintre. Sucré, salé, acide, amer. *Toucher* : reconnaissance au contact des matériaux, d'étoffes, d'objets. *Musculaire* : marcher, courir, monter, descendre, se diriger droit les yeux ouverts, puis fermés, ouvrir, fermer, laver, frotter, déplacer, porter, etc.

*Lecture*. — Ne faire lire que de courtes phrases se rapportant au centre d'intérêt, d'abord par la méthode globale (Voir plus loin).

*Écriture et dessin*. — Ces deux techniques doivent être inséparables. On fait écrire de petites phrases qu'on illustre, ou des noms d'objets à côté de la représentation de l'objet.

*Calcul*. — Ne s'exercera que d'une façon concrète et orale sur les objets qui font partie du centre d'intérêt.

*Dessin*. — Il doit illustrer non seulement le cahier d'écriture et celui de calculs (car les premiers calculs écrits doivent être seulement effectués grâce à des images), mais encore il servira à évoquer tous les sujets qui seront étudiés.

*Modelage et travail manuel*. — Cf. p. 138, 139 et 140.

*Éducation affective*. — Les devoirs envers les parents (politesse, obéissance, services à rendre); propreté du corps; manière de se tenir à table, à l'école, dans la rue, les dangers à éviter, la camaraderie, le respect du bien d'autrui et du bien collectif.

*Jeux dramatiques*. — Je m'habille, je me lave, je dresse la table, je traverse la rue, je salue le professeur (tous ces jeux devront se faire uniquement par mimique, autant que possible, sans se servir d'objet ou d'ustensiles).

## CHAPITRE II

## METHODES SPECIALES

A. — *Apprentissage du langage.* — Chez l'arriéré, il faut suivre, pour l'éducation du langage, les mêmes règles que chez l'enfant normal, et, en plus, procéder avec lenteur, dépister et soigner les causes qui l'empêchent de prononcer correctement.

B. — *Apprentissage de la lecture et de l'écriture.* — Pour la lecture, on utilise aujourd'hui une méthode (Guilmain, 1927) qui, empruntant à chacune des autres : *globale* et *syllabique*, ce qu'elles ont de bien, est dite *mixte*, ou encore *active*, parce qu'elle exige la participation de l'intéressé.

A l'écriture courante on substituera, chez l'arriéré, divers types de lettres dont on a supprimé les formes arrondies pour les remplacer par des formes angulaires, et dont l'écriture *script* est le plus répandu. On n'oubliera pas, non plus, de remédier à sa maladresse, et on l'empêchera d'écrire des mots dont l'image graphique n'est pas solidement ancrée dans sa mémoire.

C. — *Enseignement du dessin et du modelage.* — Le dessin développe, chez l'arriéré, l'esprit d'observation, l'attention, la mémoire et l'habileté manuelle : aussi ne faut-il pas négliger de le lui enseigner.

De même, le *modelage*.

D. — *Apprentissage du travail manuel.* — Les travaux manuels, orientés, le plus tôt possible, vers un métier, se feront en deux étapes :

1° *Travaux pour les plus jeunes ou les plus retardés* : modelage, pliage, découpage, enfilage de perles, technique des nœuds ;

2° *Travaux en rapport avec le préapprentissage*, la leçon étant présentée sur trois modes (Dr Boulanger) : observation, association, expression.

E. — *Jeux dramatiques.* — Ils donnent aux arriérés le moyen d'extérioriser, par le mouvement et par la voix, leurs sentiments profonds et leurs observations personnelles (L. Chancerel).

a) *Apprentissage du langage*

Renvoyant, pour le développement du langage, au beau livre de

Decroly (1), nous nous contenterons d'indiquer les règles essentielles à suivre pour l'apprentissage du langage chez l'arriéré.

Chez l'arriéré, comme chez l'enfant normal, il faut :

1° S'efforcer d'obtenir une prononciation correcte des sons élémentaires, en empêchant toute imitation du langage bébé, si riche en fautes d'articulation ;

2° Favoriser, au début, l'emploi du mot-phrase, mais aussi rapidement que possible, y faire adjoindre quelques verbes d'action ;

3° Donner, pendant les deux premières années, la première place aux substantifs désignant les personnes et les choses les plus usuelles, parce qu'ils répondent aux besoins de la période, toute proche, des intérêts subjectifs ;

4° Eviter l'emploi des mots abstraits, qu'on ne devra aborder, par l'intermédiaire du concret, qu'au cours de la troisième année. Ainsi, la notion des nombres devra-t-elle être enseignée avant les mots qui servent à les désigner, selon la technique si remarquable des Frères de la Charité de Gand et celle de Mlle Descœudres. De même, la couleur devra d'abord être inséparable des objets qui lui servent de support.

5° Utiliser la mémoire de reconnaissance, et non la mémoire d'évocation, pour fixer les mots nouveaux. Dire, par exemple, devant des fiches de couleur : *Montre-moi le rouge*, et non : *Comment s'appelle cette couleur ?*

Si nous avons insisté sur ces règles, dont l'exacte observation est utile, mais non indispensable, chez les enfants normaux, c'est que, chez les anormaux, dont le développement verbal se fait au ralenti, le mode de l'enseignement du langage doit, lui aussi, suivre un rythme ralenti et ne comporter aucune erreur de technique.

Chez l'arriéré, l'âge des intérêts subjectifs est tardif, d'où la nécessité de lui faire acquérir de nombreuses connaissances sensorielles en même temps que le vocabulaire qui désigne les objets. Ce n'est qu'au moment où il s'intéressera à l'action qu'interviendront les verbes ; presque aussitôt suivront les adjectifs de qualité que l'éducation sensorielle s'applique à faire reconnaître de façon concrète avant de fournir à l'intéressé les mots propres à les exprimer.

Les règles générales que nous venons d'indiquer ne suffisent pas en cas d'anomalies du parler, dont l'hygiène varie selon leur cause. On peut, à ce sujet, les diviser en trois catégories :

a) *Troubles de l'élocution* (bégaiement, bredouillement, balbutiement, échappement) ;

b) *Troubles de l'articulation et de la prononciation* (omissions, altérations, substitutions).

Ces deux sortes de troubles sont justiciables de la rééducation

motrice auditive, pour l'étude desquelles nous renvoyons aux ouvrages spéciaux.

c) *Troubles d'origine centrale :*

Audi-mutité par agnosie auditive verbale pure.

Audi-mutité avec retard mental.

Audi-mutité avec retard mental et troubles graves du caractère et de l'humeur.

Audi-mutité par retard du développement des fonctions praxiques (Ley).

Retard de la parole par ralentissement de l'évolution de l'évocation de la mémoire des mots (Fay).

Retard de la parole symptomatique du retard simple.

Retard de la parole chez les arriérés proprement dits.

Retard de la parole et anomalies de l'élocution chez les mongoliens.

Certains de ces troubles guérissent spontanément, d'autres réclament une thérapeutique médicale, d'autres, un traitement pédagogique, mais tous réclament, pour s'améliorer rapidement, une stricte hygiène de la parole.

b) *Apprentissage de la lecture et de l'écriture*

I. — Pour apprendre à lire, l'éducateur a à sa disposition trois méthodes.

La méthode *globale* part du principe que toute nouvelle acquisition de notre esprit est d'abord globale, plus ou moins confuse. Ce n'est qu'ultérieurement que cette acquisition est l'objet d'une analyse dont, dans une dernière phase, les éléments vont servir de base à une synthèse. Cette loi s'applique à la lecture : c'est de phrases courtes qu'il faut partir pour amener l'enfant à découvrir la signification des lettres et des combinaisons de sons.

Au lieu d'être idéo-visuelle, comme la précédente, la méthode *syllabique* est une méthode logique presque entièrement phonétique. Ce n'est qu'après s'être approprié la technique de l'expression graphique que l'enfant s'entraînera à composer avec les voyelles et les consonnes des syllabes, avec ces syllabes, des mots capables, par leur association, d'exprimer des idées.

Avec la première, il arrive très vite à reconnaître des mots et même de courtes phrases; ainsi est atteint le but de la lecture, qui est de comprendre ce qui est lu, mais l'expérience montre que, seuls, les sujets intelligents passent facilement de ce stade sensoriel au stade intellectuel d'analyse des mots écrits.

Avec la seconde, tous les enfants, même peu intelligents, arrivent plus ou moins rapidement à acquérir la technique de la lecture, mais seuls ceux qui sont intellectuellement normaux parviennent à découvrir, derrière les sons, l'idée qui se cache. Les débiles, par la lenteur de leur débit, arrivent difficilement à la compréhension du texte lu, surtout si leur mémoire auditive est faible.

Il convient, chez les arriérés, de concilier les avantages et d'éviter les inconvénients des deux méthodes.

C'est donc d'un souci pédagogique qu'est née la méthode *mixte*, réalisée, pour la première fois, en 1927, par M. Guilmain, et adoptée depuis lors par la majorité des pédagogues. Elle consiste à faire acquérir d'abord à l'enfant, comme dans la méthode globale, l'expression graphique de phrases courtes et simples, décrivant des images familières et expressives qui se rapportent à sa vie courante, et composées de telle sorte que les mots de chacune d'elles ne comportent, pour chaque leçon, qu'une lettre ou un son nouveau. S'il doit, par exemple, aborder la phrase : « *Toto a été sot, il a cassé une tasse à sa mère* », c'est que les voyelles et les consonnes *t-c-m-r* ont été déjà étudiées dans les phrases précédentes; le seul élément nouveau de la phrase est : *s*, présenté dans ses association avec : *o-è-e-a*, ce qui permet, dès le début, d'analyser les mots à l'aide de lettres mobiles et d'isoler la difficulté que présente la lettre nouvelle. Autrement dit, les phrases présentent une progression comme dans les méthodes syllabiques. L'élève acquiert ainsi, peu à peu, la technique de la lecture, tout en lisant les mots globalement sans syllaber et sans perdre de vue l'idée qu'ils expriment.

A l'expérience, cette méthode est apparue capable de permettre aux débiles d'arriver à la lecture compréhensive. C'est pour cette raison qu'elle a été adoptée dans un grand nombre d'écoles primaires.

Pour aider l'enfant à fixer facilement la forme des mots et canaliser son attention, un matériel, reproduisant sur de petits cartons tous les mots des 27 premières phrases de la méthode, permet la reconstitution de celles-ci, un peu comme dans la méthode globale. L'usage de ces mots et des lettres mobiles l'initie au travail de synthèse et, non seulement le rend *actif* (d'où le nom de la méthode), mais encore supprime le danger de la lecture « *par cœur* », cause, pour les familles, de tant d'illusions...

Ainsi, grâce à la méthode mixte, l'enfant apprend à lire par le procédé à la fois le plus psychologique et le plus logique et trouve, dans son travail, l'intérêt inséparable de toutes les méthodes attrayantes.

(1) O. DECROLY, revu et complété par J. DECROLY et J.-E. SOGERS, *Comment l'enfant arrive à parler ?* Bruxelles, s. d., 2 vol., in-16° de 306 pp.

(1) E. GUILMAIN, *La lecture par la méthode active*, Paris, 1928, 48 p.p.

Jusqu'ici, nous ne nous sommes pas préoccupés de savoir dans quel ordre il convient d'apprendre ses lettres. La question mérite d'être examinée quand il s'agit d'arriérés. Autrefois, l'ordre alphabétique était de rigueur; tout au plus se permettait-on d'enseigner les voyelles avant les consonnes. C'était la méthode du B-A BA des abécédaires. Elle est abandonnée aujourd'hui. On lui préfère les méthodes non alphabétiques excellentes chez les sujets d'intelligence médiocre, et qui permettent à tous d'accéder plus vite à la lecture et surtout à l'écriture. Ici, on commence à lire et écrire à la fois des lettres de cursive anglaise, dont la première est toujours l'I, la seconde l'U, puis viennent, selon les méthodes, l'N, l'M, ou l'O, puis l'A et le D, à cause des similitudes de ces lettres en cursive.

II. — Les caractères utilisés dans l'écriture ont beaucoup retenu les pédagogues. Ils considèrent, avec raison, que l'écriture penchée ou droite, couramment en usage, est très malaisée à reproduire par les arriérés. Aussi a-t-on imaginé divers types d'écriture dont on a supprimé autant que possible les formes arrondies pour les remplacer par des formes angulaires. L'écriture *script* est, de beaucoup, la plus connue dans le genre.

La plus grande difficulté à laquelle se heurte l'enseignement de l'écriture est l'inhabileté motrice des déficients. Pour la vaincre, on a imaginé, d'une part, les écritures angulaires, d'autre part, la méthode qui met en usage de grandes lettres du type cursive anglaise, découpées dans du papier de verre et dont l'enfant suit la forme avec l'index, dans un sens correct. Du jour où il sait tracer sans hésitation la forme avec son doigt, il n'a plus qu'à saisir le crayon pour reproduire la lettre.

Les difficultés orthographiques sont d'un ordre très spécial. Dans les cas de persistance exagérée de l'anorthographie, on peut invoquer, avec Chavigny, une véritable cécité orthographique. Dans la plupart des autres, ainsi que les recherches de l'un de nous (H.-M. Fay), paraissent l'établir, l'image de l'erreur orthographique originelle persiste indéfiniment et empêche la perception de l'image correcte du mot. Aussi convient-il d'interdire à l'enfant d'écrire un mot tant que l'image graphique de ce mot n'est pas solidement acquise; c'est ce qui est réalisé dans les dictées préparées, à la condition qu'elles soient lentement progressives.

#### c) Enseignement du dessin et du modelage

L'enseignement du *dessin* mérite une place importante dans l'éducation de l'arriéré, car il développe l'observation, l'attention, la mémoi-

re, facilite l'analyse et la synthèse, augmente l'habileté manuelle. Il doit être l'occasion de travaux préparatoires à l'écriture. Il rend attrayant le travail, parce qu'il fait partie des méthodes actives et qu'il aboutit à des réalisations dont l'enfant est toujours fier.

On ne saurait qu'approuver la méthode de dessin bimanuelle, faite au tableau noir, ainsi que le dessin au pinceau et la peinture à la gouache faits à grande échelle (Martenot), qui est de plus en plus utilisée chez les arriérés.

Le modelage se fait de préférence avec des pâtes plastiques, soit de couleur neutre, soit diversement colorées. Beaucoup préfèrent l'emploi de la terre à modeler, qui, lorsqu'elle est sèche, peut être peinte. Le modelage permet à l'enfant la reproduction d'objets usuels. Il facilite l'observation et l'analyse des parties qui composent ces objets.

#### d) Apprentissage du travail manuel

Le travail manuel de l'arriéré doit être, le plus tôt possible, orienté vers le métier. Il appartiendra aux familles d'indiquer, de bonne heure, les préférences de l'enfant, et au maître autant qu'au médecin de dire si le désir des familles se heurte à des impossibilités, soit mentales, soit organiques.

Ainsi se conformera-t-on à l'esprit de l'arrêté du 18 août 1909, qui dit que « l'enseignement du travail manuel qui leur (aux enfants arriérés) sera donné devra être nettement orienté vers l'apprentissage et ses applications concrètes. Dans les milieux ruraux, c'est vers l'enseignement agricole qu'il convient de les diriger ».

Dans les villes, les ateliers de préapprentissage devraient, dans leur organisation, s'inspirer de l'industrie la plus importante de la région ou du quartier : meuble, papeterie, cordonnerie, cartonnage, reliure, poterie, etc... Le métier familial ou régional devient, de la sorte, un centre d'intérêt pour l'enfant.

Les travaux manuels se feront en deux étapes : 1° Travaux pour les plus jeunes, se rattachant autant que possible à un centre d'intérêt; 2° Travaux rattachés au préapprentissage.

1° Travaux pour les plus jeunes ou les plus retardés. — Ils se résument en modelage et pliage ou découpage, pour les garçons, auxquels on ajoute, pour les filles, quelques travaux de tapisserie. L'enfilage de perles et la technique des nœuds ne doivent pas être négligés.

Nous empruntons à l'ouvrage de M. Frickx (*Etude sur l'organisation*

de l'enseignement spécial à Bruxelles), quelques types de programme se rapportant à des centres d'intérêt :

Centre : Je vais à l'école.

Modelage : le seau, la cruche, le bassin, la tasse, le couteau à pain (lame : morceau de carton), le calepin, la maison.

Pliage-découpage : le cadran horaire, la maison, le lit, la table de nuit, le lavabo, la table, la chaise, le banc-pupitre, le calepin. Travail collectif : la place du Grand-Sablon. (Il s'agit d'une place de Bruxelles, que les enfants chercheront à reproduire en rappelant par des pliages-découpages la disposition des monuments, maisons et rues).

Faire découper journalièrement dans des catalogues, journaux, vieux livres, des clichés et gravures se rapportant au sujet étudié ; les faire coller au cahier ; légende.

Centre : Les fruits.

Modelage : les différents fruits étudiés ; travail collectif : la coupe aux fruits ; le pot de confitures ; la bouteille de vin. — Mise en couleurs des modèles terminés.

Pliage-découpage : faire découper dans du papier glacé, de couleur appropriée, les différents fruits étudiés ; (dessin à l'aide d'un gabarit) ; l'échoppe du maraîcher ; la caisse d'oranges ; le pot de confitures (bande de papier collée en forme de cylindre ; couvercle en papier froissé ; faire dessiner une étiquette avec deux ou trois fruits) ; tissage : la corbeille de la colporteuse. Travail collectif : compléter celui du mois précédent : « La place du Grand-Sablon » par la mise en place du marché.

Découpage de gravures et clichés.

2<sup>o</sup> *Travaux manuels en rapport avec le préapprentissage.* — Ici, la technique est différente. Elle nécessite un enseignement théorique et une réalisation pratique. Le Docteur Boulenger recommandait que la leçon théorique fut présentée sous trois modes : *Observation, Association, Expression.*

Voici, à titre d'exemple, le schéma d'une leçon ayant pour sujet le travail des chemins, (elle s'adresse aux élèves de la ferme-école de Waterloo), dont l'objet d'activité est l'amélioration des chemins par l'emploi de cendrées dans les allées.

A. *Observation.* — Examen des cendres provenant d'une usine qui a brûlé du charbon : elles sont fines, mais contiennent parfois une petite pierre qui n'a pas brûlé. Fabrication d'un peu de cendres. Propriétés. Dureté. Poids.

Jugement, comparaison, mesure : longueur, périmètre et surface d'une allée, volume et poids d'une brouette, d'un tas, prix divers.

B. *Association.* — Centres de production. Voyage en chemin de fer, en bateau. La houille et le chauffage dans l'histoire. Utilité. Morale : respect du houilleur (le grisou).

C. *Expression.* — Expression parlée. Rédaction. Lecture d'un texte. Orthophonie.

Croquis d'une pelle, d'une brouette, d'une allée à l'échelle.

Gymnastique utilitaire. Chant.

La leçon pratique doit transporter dans le domaine de la réalité la matière principale de la leçon théorique.

L'atelier, le jardin, le champ, l'étable, et non la salle de classe, sont les locaux où la réalisation doit se faire.

Chacun doit avoir ses outils, savoir où les ranger et comment les entretenir, posséder un vocabulaire technique indispensable, revêtir la tenue adaptée.

L'utilité immédiate des travaux d'atelier ou de ferme est de provoquer les activités physiques, intellectuelles et morales des enfants arriérés ou anormaux, tout en leur donnant la compréhension aisée de la valeur du travail productif et le moyen de s'y initier peu à peu.

« En ce qui concerne la méthode active, il est évident qu'il ne peut être question d'actions ou de procédés uniformes, car les enfants sont d'un âge mental très différent, certains sont en état d'inattention permanente, d'autres sont des agités, d'autres encore sont incapables de comprendre la parole, de s'exprimer ou d'écrire. A vrai dire, il faudrait une éducation et un enseignement individuels, mais on ne peut songer à assurer un professeur par élève ! Il faut chercher autre chose. Le but est atteint par la formation d'équipes de travail. L'équipe est conçue comme unité pour l'enseignement du métier. Le maître enseigne à des degrés mentaux différents, mais formant une unité au jeu et au travail... Il apporte des réalités et des notions de valeur immédiate, qui importent, qui donnent des résultats tangibles, qui apparaissent vivantes » (1).

L'enseignement manuel ainsi compris est propre à faire naître l'intérêt. « Pour l'anormal, l'étincelle, c'est l'intérêt qui dépend d'un filon resté intact dans le cerveau plus ou moins indigent. Que ce filon soit découvert, qu'il soit stimulé, le moteur s'ébranlera et la force de l'habitude ne tardera pas à en augmenter le rendement ».

#### e) *Les jeux dramatiques*

Il ne s'agit pas de faire parcourir aux arriérés tout le cycle des

(1) *Notice sur la ferme-école provinciale pour enfants anormaux, établie à Waterloo, Bruxelles, 1936, in-8° de 48 pages, Sans nom d'auteur. Elle a été rédigée par le Dr BOULANGER.*

connaissances que nécessitent les jeux dramatiques. Il ne s'agit pas non plus de confondre ces jeux avec le théâtre, ni même avec les comédies que l'on joue dans certaines fêtes scolaires. Ce sont des jeux qui donnent aux enfants le moyen d'extérioriser, par le mouvement et la voix, leurs sentiments profonds et leurs observations personnelles (L. Chancerel) (1). Ils sont couramment employés par les éducateurs d'anormaux auxquels ils rendent les plus grands services. Presqu'ignorés par les maîtres qui s'occupent d'enfants normaux, ils ont été introduits chez nous, semble-t-il, avec le Scoutisme.

Ils mettent en œuvre tous les moyens que réclame l'éducation des arriérés; ils développent le sens de l'observation, l'imagination, l'imitation, l'affectivité, l'expression mimique volontaire, la psycho-motricité, le jugement. Ils se présentent sous la forme d'un jeu collectif, donc dirigé, ce qui implique la nécessité d'une discipline. Enfin, sous une forme agréable et active, ils permettent l'éducation du caractère et du sens moral et social.

Il faut écarter résolument les pièces toutes faites qui sont incompatibles avec la mémoire infidèle des arriérés, et qui « tendent à faire de l'enfant une mécanique tenant à la fois du singe et du perroquet ». Donc, pas de textes à apprendre par cœur, pas de mise en scène serinée ! Il faut aussi éviter de donner les enfants en spectacle à leurs familles. Le jeu dramatique doit se passer entre enfants, dans le cadre de sa classe. Il ne doit pas viser à une exhibition (2).

On se prépare aux jeux dramatiques en acquérant de l'habileté corporelle, de la souplesse et le sens du rythme, en un mot par l'éducation psycho-motrice, telle que nous en avons déjà indiqué les règles. Il est utile que la leçon soit dramatisée, afin de la rendre attrayante. C'est ainsi que L. Chancerel indique :

« Un mouvement de respiration deviendra, par exemple : « Je cueille la fleur, je la respire. »

« Un mouvement d'extension représentera un peuplier, qui pousse, qui grandit et qui se tend le plus possible vers le soleil.

« Les mouvements de souplesse du tronc seront ce même peuplier que le vent agite.

« Certains exercices d'équilibre deviendront : « faire l'oiseau ou l'avion ».

« Les petits sauts sur place d'un pied sur l'autre seront transformés en une promenade à bicyclette, dont on vivra les divers épisodes : départ, montée, descente, fatigue, etc...

(1) Léon CHANCEREL, *Les jeux dramatiques*. Les sciences et l'art de l'éducation, Juvisy, s. d. (1936), petit in-8° de 182 pages.

(2) La pédagogie soviétique se préoccupe beaucoup des jeux dramatiques; une série de circulaires, dès 1921, ont imposé les deux règles générales que nous avons indiquées ici.

« D'autres mouvements seront encore : faire le moulin, les rameurs, etc...

« De même pour les marches : on sera tantôt le chat qui marche légèrement, tantôt l'ours qui est très lourd ; on imitera les pas des différents soldats : pas de l'oie, chasseurs alpins, grenadiers anglais, etc... ; ou encore l'on vivra de véritables histoires : des promenades dans la forêt, des chasses, des conquêtes il y aura des rivières à passer, des animaux à poursuivre et à guetter, des ennemis à éviter, des souterrains à suivre...

« Le moindre détail vivant « lancera » l'imagination et l'ardeur des enfants vers ces exercices ; l'intérêt une fois éveillé, vivra facilement de lui-même. Les cheftaines savent bien par exemple que leurs garçons sont pris d'une grande ardeur pour apprendre à sauter à la corde, lorsqu'on leur a fait remarquer que les boxeurs ou les coureurs cyclistes en font un entraînement régulier. Il suffit donc de s'imaginer qu'on est Carnera ou Pélissier et le saut à la corde devient un sport passionnant » (1).

Ces jeux préparatoires doivent aboutir à une activité collective pour laquelle les enfants ont un goût très marqué. Elle se manifestera sous la forme de courtes scènes, dont le thème aura été fourni par une lecture, ou la proche venue de quelque fête : Noël, Saint-Nicolas. Le rôle du maître ne sera pas de composer le scénario, mais de guider les idées des enfants qui seront les auteurs. Il faut que le thème soit rigoureusement déterminé, mais les enfants composeront le dialogue au fur et à mesure du jeu.

Les chansons enfantines ou populaires fourniront des sujets plaisants dont les divers épisodes seront précédés par le chant, en chœur, des couplets.

Décors, costumes et mise en scène seront improvisés, ce qui sera l'occasion d'une excellente séance de travail manuel.

Ainsi conçus et exécutés, les jeux dramatiques apporteront aux arriérés de la joie, de l'entrain, développeront chez eux la discipline, leur esprit de collaboration, en même temps qu'ils aideront leur intelligence à se développer.

(1) CHANCEREL, *loc. cit.*, p. 39.

## ORIENTATION DES ARRIÉRÉS

## I. ORIENTATION SCOLAIRE.

Arriérés *inéducables*. Selon les cas :

Ou placement, soit dans un asile spécial public, soit dans un établissement privé ;

Ou, s'il ne présentent pas de graves troubles du caractère, maintien au sein de la famille.

Arriérés *éducables*.

Si leur retard mental ne dépasse pas un an, leur faire suivre une *classe primaire normale*, de leur âge mental ou inférieure d'une année à cet âge ;

Si leur retard mental est supérieur à un an, les diriger sur une *classe de perfectionnement* ;

S'ils présentent des tares graves du caractère, les envoyer à un *internat pour arriérés* ;

S'ils souffrent de lésions organiques, ils relèvent de l'*Institut médico-pédagogique ou de maisons de santé spéciales* ;

Pour les enfants de famille aisée, s'adresser aux *institutions spéciales avec internat*.

II. ORIENTATION HUMAINE. — Indispensable encore plus à l'arriéré qu'au sujet normal, elle doit développer chez lui l'amour du métier et le souci de la morale.

III. ORIENTATION PROFESSIONNELLE. — Elle pose, avant tout, un problème économique (E. Fontaigne), mais aussi moral, en mettant l'arriéré à même de tenir son rôle, si modeste soit-il, dans la société.

## IV. ORGANISATION DE L'ORIENTATION PROFESSIONNELLE EN FRANCE.

Pour les filles, dès l'école, éducation ménagère.

Pour les garçons, apprentissage.

## 1° Vers quels métiers convient-il d'orienter les arriérés ?

Il faut choisir, pour eux, un métier facile à apprendre, où la part de l'initiative personnelle soit faible, les responsabilités réduites, où il n'y ait pas de chômage, et sur lequel l'employeur puisse exercer un contrôle.

Petits emplois dans la famille ou chez un ami de la famille.

Métiers. Ils varient selon les cas ; il faut éviter l'usine.

## 2° De quels éléments tenir compte pour faire le choix ?

Des goûts et des tendances.

Des nécessités économiques.

De l'avis des familles.

Des aptitudes de l'enfant.

## 3° A quels organismes s'adresser pour être aidé dans l'O. P. des arriérés ?

Aux Laboratoires d'O. P.

Aux Offices d'O. P., publics ou privés ;

Aux Services Sociaux.

L'orientation des arriérés doit être : *scolaire, humaine et professionnelle*.

## 1° Orientation scolaire

Nous n'avons guère à ajouter à ce que nous avons déjà dit.

Les arriérés *inéducables* ne sont pas soumis à l'obligation scolaire, étant assimilés à des malades que leur infirmité met dans l'impossibilité de se livrer à un travail intellectuel. Il conviendra de prendre, à leur égard, des dispositions particulières, selon les cas.

Lorsque leur présence au foyer familial constitue un danger pour les leurs, lorsque la situation de la famille ne permet ni la surveillance, ni les soins indispensables, lorsque, enfin, ils sont maltraités ou systématiquement négligés, il est indispensable de les placer dans des établissements spéciaux régis par la loi sur les aliénés, ou dans des œuvres et établissements privés destinés à leur faire acquérir des habitudes de propreté ou les éléments d'éducation qu'ils sont capables d'acquérir chez eux.

S'ils ne présentent pas de graves troubles du caractère, la famille pourra les garder. Il n'est pas admissible qu'ils fréquentent la classe. Ils pourront, dans les cas les plus légers, recevoir chez eux, ou dans des petits cours privés, les premières notions de lecture, d'écriture et de calcul, sans que nous ayons à attendre de ces leçons grand bénéfice pratique.

Les arriérés *éducables* seront orientés selon le degré de leur retard et l'importance des anomalies du caractère.

Les plus faiblement atteints pourront, dans l'état actuel de l'enseignement, suivre une classe primaire normale, mais du degré égal ou d'une année inférieure à leur âge mental.

Quand leur retard mental (qu'il ne faudra jamais confondre avec le retard scolaire), est supérieur à un an, il faut les diriger sur une classe de perfectionnement.

Sans doute, les classes de perfectionnement sont en bien petit nombre : à peine un peu plus de 17 pour Paris. Nous nous excusons de n'en pas donner ici la liste, qui risquerait d'être incomplète. Le médecin désireux d'être renseigné sur ce sujet pourra toujours s'adresser à la Direction de l'enseignement du département auquel il appartient, qui lui fournira toutes les données nécessaires. Les Internats pour arriérés, que possèdent quelques Instituts départementaux et communaux, conviennent à des enfants un peu plus touchés ou présentant des tares graves du caractère.

Ceux dont l'état organique, cause de l'arriération, doit être d'abord et avant tout traité médicalement, seront dirigés de préférence sur des Instituts médico-pédagogiques ou des maisons de santé spécialement

outillées, telles que celle récemment ouverte par les Frères de Saint-Jean-de-Dieu.

Pour les enfants de familles un peu aisées, il existe un grand nombre d'institutions spéciales avec internat; les unes, médicalement contrôlées, s'occupent surtout de la rééducation de la parole et de l'ouïe, d'autres sont purement pédagogiques. Un petit nombre s'occupent d'orientation professionnelle.

### 2<sup>o</sup> Orientation humaine

L'arriéré possède suffisamment de dons pour pouvoir exercer convenablement certains métiers. Ce sont ces métiers à sa mesure que recherchera l'Orientation professionnelle. Presque rien n'est fait pourtant, si nous nous occupons seulement de le former, sans lui donner l'amour de son métier et le souci moral de le faire de son mieux.

A côté de l'orientation professionnelle, il y a, en effet, une *orientation humaine*, pour reprendre une expression de M. de Selam-Voize. Nous possédons corps, âme et esprit, ou, si quelques-uns préfèrent, un corps, une sensibilité et une intelligence, et nous ne pouvons pleinement réaliser notre vie que si nous y trouvons ce qu'il faut pour cultiver ces trois composantes et pour garder notre équilibre.

L'orientation professionnelle de l'arriéré doit s'efforcer de lui donner un métier où il trouvera ce qu'il faut pour atteindre ou maintenir le meilleur équilibre humain possible.

Évitons, pour la culture du corps, les professions trop sédentaires, celles où l'activité psychomotrice n'a pas lieu de s'exercer, pour la culture intellectuelle, les métiers où l'homme est ravalé au-dessous de la machine, puisqu'il en est l'esclave. En ce qui concerne la culture morale, veillons au placement des arriérés dans des places où les patrons et les contremaîtres sauront, par la correction de leur vie et de leurs conseils, par leur impeccable moralité professionnelle, par leur amour de l'ouvrage soigné, par l'atmosphère de collaboration qui existe entre chefs et ouvriers, leur donner l'exemple, gagner leur confiance et les protéger.

Cette orientation humaine, dont les déficients peuvent se passer moins encore que les autres, a été gravement négligée depuis un siècle. Nous ne pouvons expliquer autrement comment l'homme qui n'a jamais possédé plus de moyens matériels d'être heureux (progrès techniques, médicaux, scientifiques, hygiéniques, sociaux), ne s'est jamais senti plus mécontent et plus misérable. Nous devons donc saluer avec joie ces mouvements puissants de jeunesse ouvrière qui, en dehors de toute préoccupation politique, s'appliquent à la régéné-

ration de la famille, de l'amour du métier, de la moralité individuelle et professionnelle.

La moralité la plus stricte doit régner dans les ateliers ou dans les exploitations rurales auxquels est affecté l'arriéré. C'est ce que M. Carité exprime en ces termes (1) :

« Arriérés ou anormaux, les enfants déficients ont besoin d'être suivis toute leur vie. Véritables mineurs incapables de gérer et de défendre leurs intérêts, ils deviendraient rapidement la proie de malhonnêtes gens qui sont tout disposés à profiter, même sous couleur de philanthropie, de leur faiblesse.

« Et les suivre, ce n'est pas seulement savoir où ils sont, c'est se rendre compte de leur évolution, de leurs progrès et, parfois, de leur régression ; c'est rechercher et mettre en œuvre leurs aptitudes en vue de leur orientation professionnelle. Et encore, cela n'est-il qu'un minimum en deçà duquel la plus élémentaire équité se trouve lésée. »

### 3<sup>o</sup> Orientation professionnelle. Son organisation en France

Le problème de l'Orientation professionnelle, dit M. Fontègne, dont l'autorité en cette matière est incontestée, est un problème économique.

« Ce que nous voulons, c'est fournir au commerce et à l'industrie, à l'agriculture comme aux administrations publiques et privées, des hommes qualifiés. Et nous entendons par là des hommes qui, grâce à leurs aptitudes physiques, morales, intellectuelles, sociales, physiologiques, artistiques, occuperont l'emploi qui répond à leurs goûts, à leurs *tendances*, aux *nécessités économiques* présentes et futures. Or, l'homme qualifié n'est possible que s'il succède à l'apprenti. » (2)

Cette excellente définition nous satisfait-elle quand il s'agit d'arriérés ? Oui, car elle a pour corollaire que tout homme doit s'efforcer de réaliser pleinement la collaboration qu'il doit à son pays et au monde, en utilisant et en cultivant les dons qu'il possède (3). Ne considérer le métier que comme une nécessité alimentaire met l'homme au niveau de l'animal. L'arriéré ne doit pas être considéré comme un animal, c'est pour nous un frère moins doué, plus faible, à qui nous devons une protection et une affection généreuses (4).

L'organisation professionnelle étant donc indispensable aux arriérés, voyons comment elle est organisée en France.

La place importante qu'a prise depuis peu d'années la question de

(1) M. CARITÉ, *loc. cit.*, p. 30.

(2) Julien FONTÈGNE, *L'orientation professionnelle et la détermination des aptitudes*, Paris, 1921.

(3) et (4) Cf. J. PERRÉ, P. MAZEL et Boris NOYER, *L'orientation professionnelle*, Paris, 1926, *Bibliothèque de Philosophie scientifique*, Paris, 1926, in-18, p. 10-20.

l'orientation professionnelle (O. P.) tient en partie au nombre croissant de ceux qui ne possèdent aucun métier et parmi lesquels les déficients de l'intelligence représentent un chiffre élevé.

On ne s'en préoccupait pas sérieusement avant la guerre de 1914. Il était autrefois facile à l'enfant de connaître les métiers, grâce à l'artisanat, qui était prospère, et à l'apprentissage qui lui permettait de les approcher. Dans les premières années d'après guerre, la facilité avec laquelle on trouvait des emplois n'incita plus les jeunes gens à préparer une spécialité; on se ruait, dès la sortie de l'école, sur tous les emplois, même modestes, qui jadis suffisaient aux médiocrement doués, mais qui paraissaient tentants à une masse d'enfants pressés de jouir de la liberté que donne le travail aux usines, et dont ils avaient déjà eu l'avant-goût de 1914 à 1918.

Quand vint la crise que nous subissons encore, on s'aperçut enfin des faits suivants : 1° N'importe qui n'est pas bon à faire n'importe quoi; 2° Le manque de plus en plus grand de travailleurs qualifiés a hâté la tendance à remplacer l'homme par la machine; 3° Les progrès du machinisme ont marché plus vite que l'évolution de l'homme, si bien que celui-ci est devenu le serviteur de celle-là, comme c'est le cas pour le travail à la chaîne, qui, psychologiquement, est condamnable; 4° Les travailleurs qualifiés souffrent beaucoup moins du chômage que les autres; 5° Quand le chômage est grand, on manque pourtant de travailleurs qualifiés dans un grand nombre de métiers, d'où appel à la main-d'œuvre étrangère.

On comprend que, dans ces conditions, les industries et les métiers qui ont le choix en raison de l'abondance de l'offre évitent d'embaucher les faibles d'esprit. Pour remédier à une situation qui pèse lourdement sur le budget de l'Etat, rien n'a encore été prévu. Il serait pourtant bon, pour faciliter l'apprentissage, de favoriser l'artisanat qui se meurt, de ressusciter les corporations, de favoriser le maintien et quelquefois le retour à *la terre qui meurt*, d'encourager le retour de la femme au foyer.

Comment les arriérés profiteront-ils de ces réformes qui se dessinent déjà ?

Aux filles, il faut donner, dès l'école, une éducation ménagère, afin qu'elles aient le goût de la vie à la maison, où il leur sera possible d'apporter l'appoint d'un travail simple, soit de femme de ménage, soit de couturière.

Les garçons devront faire un apprentissage.

Il y a en France quelques importantes écoles agricoles où les légers arriérés sont acceptés. Ils s'y prépareront à l'agriculture, à l'élevage, à l'horticulture et à l'arboriculture. Pour les métiers urbains, il y a beaucoup d'écoles d'apprentissage et d'ateliers-écoles où, il y a quelques années à peine, on pouvait être inscrit sans posséder le

certificat d'études primaires. Maintenant, ce certificat est presque partout exigé, en raison de l'affluence croissante des demandes. Les artisans ont trop de peine à vivre pour songer à prendre un apprenti dont l'adaptation sera difficile. Seuls, quelques petits patrons consentiront à le prendre, mais rares sont ceux qui consentiront à leur signer un contrat d'apprentissage qui garantirait sa formation.

Il est donc nécessaire que l'arriéré, en sortant de l'école, possède déjà des notions suffisantes du métier auquel il se destine. C'est à cette fin que la multiplication des ateliers annexés aux classes et établissements divers de perfectionnement doit être poussée de plus en plus, puisque, grâce à ces divers moyens, une adaptation sociale suffisante est acquise par 80 % des élèves.

*1° Vers quels métiers convient-il de les orienter ?* (1) -- Il faut les orienter vers des métiers faciles à apprendre, dans lesquels l'initiative personnelle est réduite, où les responsabilités sont faibles, pour lesquels la demande et l'offre se maintiennent dans un équilibre stable, où, enfin, l'ouvrier puisse être assez suivi par son employeur.

Les plus heureux trouveront un emploi dans leur famille, les filles aidant leur mère dans les soins du ménage, les garçons faisant leur apprentissage chez leur père artisan, commerçant ou petit patron. La situation est semblable quand l'employeur est un ami personnel de la famille.

Viennent ensuite les métiers proprement dits : manutentionnaires, livreurs, menuisiers, charpentiers, cordonniers, matelassiers, vanniers, rempailleurs et canneurs de chaises, brossiers, imprimeurs, relieurs, raccommodeurs de parapluies, employés de bureau, quelques situations de fonctionnaires (balayeurs, cantonniers communaux), cartonnières, ouvriers peintres en bâtiment, ouvriers agricoles, commis jardiniers, auxquels on peut en ajouter bien d'autres, sont des emplois auxquels les garçons pourront parvenir sans trop de peine. Les débouchés sont moins nombreux dans les métiers du fer et des métaux, la mécanique, l'habillement. Les arriérés pourront aspirer à quelques fonctions de vendeur, dans le commerce de l'alimentation surtout, si leurs relations de famille leur en rendent l'accès facile. Nous déconseillons les places de garçon boucher, épicier, charcutier et quelques autres de même ordre, parce que ces garçons sont habituellement logés chez

(1) On trouvera, dans le livre, déjà cité de MM. J. PERRET, P. MAZEL, et Boris NOYER, (*L'orientation professionnelle*, Paris, 1926, in-18°), un Tableau des possibilités et conditions d'apprentissage dû à l'Office d'orientation professionnelle de Lyon. Malheureusement, ce tableau ne s'applique qu'à la région lyonnaise et date déjà de onze ans.

l'employeur, en dortoir, et qu'ils peuvent y être trop facilement entraînés, par leurs camarades, à l'immoralité.

Les filles seront dirigées, de préférence, vers la couture, le blanchissage, la fabrication des couronnes artificielles et tous travaux de perles; le ménage leur offre des possibilités comme femmes de ménage, domestiques, bonnes d'enfant, etc.; quelques-unes, après sérieux apprentissage, pourront être mises à la vente dans des métiers faciles, en particulier dans l'alimentation.

Pour tous, on s'efforcera d'éviter l'usine. Il y a bien quelques arriérés qui ont recherché, par goût, le travail à la chaîne et y gagnent leur vie. De nombreuses raisons plaident contre ce genre de travail.

Il faut écarter les occupations qui ne sont pas des métiers et conduisent trop souvent à la misère et à l'immoralité : manœuvres, camelots, vendeurs à la sauvette, commissionnaires, etc.

*2<sup>o</sup> De quels éléments faut-il tenir compte pour faire le choix?* — M. Fontègne répond : Il faut tenir compte des goûts et des tendances, des nécessités économiques.

Nous oserons ajouter : de l'avis des familles et des aptitudes.

a) Les goûts et les tendances. — Il est évident que l'arriéré qui se verrait contraint à faire ce pourquoi il n'a ni goût ni tendance, serait moins capable que tout autre à accomplir correctement sa tâche.

b) Les nécessités économiques. — Seuls, les organismes bien documentés sur les variations du marché du travail, et ceux qui savent prévoir dans quel délai probable un métier sera encombré ou, au contraire, dépourvu de main-d'œuvre, pourront nous renseigner sur ces sujets.

Voilà un des rôles des Offices d'Orientation professionnelle.

c) L'avis des familles. — Tant que la famille existera, il est impossible de se passer de son avis. Seule, elle sait à quel métier l'atavisme peut attacher l'enfant, par ailleurs trop jeune et trop suggestible pour qu'on puisse tenir compte de son opinion; seule, elle sait les ressources qu'elle peut tirer de ses relations; seule, elle a pu valablement observer ses tendances. Il est juste de tenir grand compte de son avis, quitte à le guider.

d) Les aptitudes de l'enfant. — Leur détermination intéresse à la fois l'instituteur et le médecin.

A l'instituteur de dire quelles sont les aptitudes intellectuelles du sujet.

Au médecin de dire si quelque infirmité s'oppose radicalement au choix de certains métiers (1) et, aussi (G. Heuyer) (2), d'apprécier le degré de débilité motrice qui accompagne presque toujours l'arriération intellectuelle, en utilisant des tests d'habileté manuelle étalonnés, analogues à ceux qu'a mis au point l'habile et obligeant M. Baille (3).

Il ne faut pas laisser les arriérés prendre au hasard un métier. Parmi les enfants normaux, le hasard décide du métier dans près de la moitié des cas (4).

Que serait-ce chez les déficients ?

S'ils ne savent pas sur quoi fixer leur choix, les *Laboratoires d'orientation professionnelle*, dont le modèle est fourni par celui qui fonctionne au Conservatoire des Arts et Métiers, sous la direction du P<sup>r</sup> Laugier, et où est étudiée, avec une méthode rigoureuse, la biotypologie, éclairés par leurs services sociaux, leur apporteront des suggestions. Il en sera de même des différents offices.

Ces centres ou organismes existant en France s'inspirent de méthodes très diverses. Les uns sont dominés par la préoccupation de la psychologie expérimentale et font des enfants une observation purement scientifique et théorique. Malgré le grand intérêt scientifique qu'ils présentent, ils sont loin de réunir les suffrages de la majorité des orienteurs, en raison de leur caractère trop théorique et de l'absolutisme de leurs décisions, que l'expérience a trop souvent montrées mal fondées; d'autres, répudiant avec force toute conception théorique, se limitent à l'orientation par l'expérience pratique; d'autres encore sont plutôt des bureaux de placement et ne tiennent guère compte de du marché du travail.

Au premier type se rattache l'*Office d'O. P. de la Caisse de Compensation de la Région parisienne*, réservé aux familles des allocataires, qui corrige par son admirable service social ce qu'il y aurait de trop théorique dans ses recherches de laboratoire.

Au second appartiennent les *classes de préapprentissage des Ateliers-Ecoles de la Chambre de Commerce de Paris*. Il y a lieu de regretter qu'en raison de l'affluence des candidats, due à l'excellence de ces ateliers, on se soit trouvé dans l'obligation, depuis peu, d'en refuser l'entrée aux candidats non munis du certificat d'études primaires. Les classes de perfectionnement avec préapprentissage des

(1) LAUFER et P. BONCOUR, L'adaptation sociale des anormaux psychiques, *Revue anthropologique*, 1923, et *Progrès médical*, 5 septembre 1923.

(2) G. HEUYER, Le rôle du médecin dans l'orientation professionnelle, *Revue médico-sociale de l'enfance*, n<sup>o</sup> 5, 1936.

(3) BAILLE, Tests moteurs d'O. P. en psychiatrie infantile, 1<sup>er</sup> Congrès international de psychiatrie infantile, Paris, 24 juillet-1<sup>er</sup> août 1937.

(4) FAY, Les conditions du travail chez les jeunes, *Médecine et adolescence*, Lyon, 1936, p. 176.

Instituts départementaux, tels que ceux d'Asnières et d'Yvetot, sont du même type. Dans le troisième, on range presque tous les Offices d'O. P. qui fonctionnent dans les mairies.

A la fin de 1936, il existait à Paris 10 établissements officiellement reconnus :

*L'Institut National d'O. P.*, 292, faubourg Saint-Martin.

*L'Office d'O. P. des mairies des 13<sup>e</sup>, 14<sup>e</sup> et 15<sup>e</sup> arrondissements.*

*Le Service d'Orientation professionnelle des Ateliers-Ecoles de la Chambre de Commerce de Paris*, 2, Place de la Bourse.

*Le Centre d'O. P. de la Ligue de l'Enseignement*, 3, rue Récamier.

*Le Centre d'O. P. de l'Ecole des Hautes Etudes*, 1, rue Cabanis.

*L'Office de renseignements pour les carrières féminines*, 214, Boulevard Raspail.

*L'Office d'O. P. de la Caisse de Compensation de la Région Parisienne*, 10-12, rue Viala.

*Le Comité des Ecoles à l'Atelier*, 11, rue de Lesseps.

Il en existe 9 autres dans la Région parisienne et 36 dans les Départements.

Parmi les offices non officiellement reconnus, il convient de donner une place à part au *Bureau d'Orientation professionnelle de la Jeunesse ouvrière chrétienne*, 14, avenue Sœur-Rosalie, qui allie l'examen psycho-physiologique expérimental et médical, à la connaissance sociale et à l'étude de la valeur ouvrière des sujets, et dont les diverses publications sont remarquables. Citons encore le *service de Consultation et d'Orientation intellectuelle, professionnelle et psychologique* de M. Voize, 28, quai de Béthune (payant), et *l'Office de la Chambre des métiers de la Seine*, 178, quai de Jemmapes (gratuit).

Les légers arriérés ou débiles qui se rencontrent dans le secondaire, et échouent presque fatalement au baccalauréat, peuvent être utilement dirigés sur des organismes destinés à l'orientation des élèves du Secondaire. Ces centres, encore peu nombreux, sont destinés à rendre d'importants services.

M. Mercier, inspecteur d'Académie de l'Ain, dans un rapport sur l'Orientation professionnelle dans l'Enseignement secondaire, (5 décembre 1935) dit : « Les tests n'atteignent que des formes assez superficielles de la vie mentale et leurs résultats sont bien difficiles à interpréter. A part certaines professions rares où il peut être nécessaire de mesurer avec précision les réactions d'un candidat à des excitations déterminées, la plupart de celles auxquelles aspirent nos élèves, ne comportent pas un examen aussi rigoureux ». « Le gros défaut de notre système actuel de sélection (et j'ajoute d'orientation) est d'opérer uniquement sur des épreuves d'intelligence pure, négli-

geant systématiquement les qualités de caractère, dont on peut se demander si elles n'ont pas au moins la même importance ».

Nous ne saurions donc pas nous étonner de la position prise par les Centres qui fonctionnent actuellement et qui sont :

*Le Centre familial de consultation et de documentation professionnelle*, 31, rue Guyot, à Paris, remarquablement documenté, et qui donne à l'examen médical et psychiatrique la place qu'il mérite, toutes les fois que la consultation demandée le réclame.

*Le Centre familial d'orientation de Dijon*, 3, rue Docteur-Marey, auquel l'intervention médicale paraît inopportune, qui écarte la psychotechnique dont le rendement lui paraît loin d'être démontré quant à présent, mais qui, en revanche, est remarquablement organisé du point de vue social.

*Le Bureau d'information et d'orientation scolaire à Bordeaux*, fondé en février 1925, dont l'action s'étend à tout le ressort de l'Académie de Bordeaux ;

*Le Comité familial de documentation et d'orientation professionnelle*, qui a un caractère régional (Région du Nord) et a été fondé en avril 1936, 72, rue Gay-Lussac, à La Madeleine-lez-Lille.

De ce qui précède, quelles conclusions tirer ?

D'une façon générale, l'orientation professionnelle des déficients doit être à base d'apprentissage expérimental. Il faut, après avoir éliminé les professions ou les métiers pour lesquels l'enfant n'éprouve aucun goût ou n'a manifestement aucune aptitude, déterminer les métiers qui lui permettront de fournir un rendement acceptable, sans avoir à prendre des initiatives dont il est incapable; puis lui faire faire un apprentissage d'essai ou expérimental, dans le genre de ce que mettent en pratique les *Ateliers-Ecoles de la Chambre de Commerce de Paris*. La vie à la campagne, les métiers si divers de la terre, l'artisanat rural, peuvent leur convenir à merveille, si leur goût ne s'y oppose pas.

On peut souhaiter que des dispositions législatives viennent protéger les débiles et les arriérés, non pas avec un esprit de nivellement par en bas, ni en les mettant au rang des interdits. Il faudrait, tout en reconnaissant leur incapacité partielle, leur assurer, dans les métiers où, de l'avis des orienteurs, ils sont aptes à fournir un travail satisfaisant, un salaire honorable et une protection morale, par exemple, en prévoyant pour eux des contrats comparables, par certains côtés, aux contrats d'apprentissage.

Quant à l'interdiction de certaines carrières aux déficients et aux débiles mentaux, il suffira de rappeler ce que le chroniqueur médical du *Journal des Débats* avait, en 1935, souhaité, à savoir que nul ne

puisse solliciter les suffrages des électeurs sans un certificat dûment signé d'un psychiatre, attestant l'intégrité mentale et l'équilibre normal de ses facultés. Les décisions des Conseils de révision ou de réforme pourraient suffire en cette matière.

## L'ASSISTANCE AUX ARRIERES

### CHAPITRE PREMIER

#### L'ASSISTANCE AUX ARRIERES EN FRANCE

I. HISTORIQUE. — Au XVIII<sup>e</sup> siècle, l'abbé de l'Épée montre que les sourds-muets sont, en général, des arriérés éducatibles.

Au XIX<sup>e</sup>, travaux d'Itard et de Seguin (1842-1844), de Bourneville, pour la France; des Frères de la Charité, à l'hospice Guislain, de Gand, pour la Belgique (1857); création en Allemagne, dès 1867, d'une classe pour arriérés.

En France, grâce aux efforts de Bourneville, puis d'une Commission formée de Directeurs et de Directrices d'Écoles, et dont les travaux furent condensés dans le rapport de M. Levistre, fut promulguée, après d'interminables retards, le 15 avril 1909, une loi tendant à la création de classes de perfectionnement et d'écoles autonomes pour 1<sup>o</sup>) les débiles mentaux perfectibles; 2<sup>o</sup>) les instables.

Cette loi, facultative, n'a donné que des résultats médiocres. Aussi a-t-on,

d'une part, cherché à la compléter : projets de loi Strauss (1929) et Queuille (1932), projets de MM. Th. Simon et Lévêque (1932), Heuyer (1935), rapport de l'Académie de Médecine (1937);

de l'autre, recouru à l'initiative privée : consultations médico-pédagogiques et neuro-psychiatriques infantiles et médico-sociales; organisation du *Service social des enfants anormaux* (1922) et du *Service social de l'annexe de la Clinique des maladies mentales*; Comité français d'éducation et d'assistance de l'enfance déficiente; œuvres et institutions diverses, etc.

II. LÉGISLATION. — a) *Loi du 15 avril 1909, relative à la création de classes de perfectionnement annexées aux écoles élémentaires publiques et d'écoles autonomes de perfectionnement pour les enfants arriérés.*

b) *Décret du 14 août 1909, concernant le certificat d'aptitude à l'enseignement des enfants arriérés, modifié par les arrêtés des 21 et 28 janvier 1910, par la circulaire du 25 novembre 1921, par le décret du 7 février 1935.*

c) *Arrêté du 17 août 1909, relatif à l'organisation intérieure des classes d'arriérés.*

d) *Arrêté du 18 août 1909, relatif au programme de l'enseignement des enfants arriérés.*

e) Décret du 18 juin 1935, rendant applicables à l'Algérie les dispositions de la loi du 15 avril 1909.

### III. COMMENTAIRES DE LA LOI. CRITIQUES QU'ELLE SUSCITE.

A. — On peut adresser à la loi du 5 avril 1909, trois ordres de critiques :

I. — Elle est facultative : aussi n'a-t-elle pas été appliquée dans quelques-unes de ses dispositions essentielles.

II. — Elle est incomplète. En effet :

a) Elle ne s'occupe ni des pervers ni des épileptiques, ni des encéphaliques, ni des délinquants ;

b) Elle néglige d'inscrire au programme des écoles normales des notions relatives à la pédagogie des anormaux.

c) Elle ne prévoit pas d'inspection médicale spéciale pour les classes de perfectionnement.

III. — Elle fait dépendre les classes de perfectionnement et les écoles autonomes de plusieurs administrations au lieu de les rattacher à un organisme unique.

B. — Pour remédier à ces inconvénients, il faudrait que :

1) de facultative, cette loi devienne obligatoire ;

2) que soient remaniées, en ce qui concerne les arriérés, les attributions du Ministère ;

3) que puisse leur être appliquée la loi du 9 août 1936 sur la prolongation de la scolarité, non pas seulement jusqu'à 14 ans, fait aujourd'hui accompli, mais jusqu'à 17.

## I. — HISTORIQUE

La France a été la première nation à se préoccuper de l'éducation des anormaux. Dès le XVII<sup>e</sup> siècle, l'abbé de l'Épée montre que les sourds-muets sont, en général, des arriérés éducatifs. Au XIX<sup>e</sup>, Itard, puis Seguin s'intéressent au sort des arriérés les plus touchés. C'est en 1842 que ce dernier fait paraître la « *Théorie et pratique de l'éducation des enfants arriérés et idiots* », et, en 1846, le « *Traitement moral des idiots et autres enfants arriérés* ».

En 1857, les Frères de la Charité, à l'hospice Guislain de Gand (Belgique), commencent à établir leur méthode d'éducation sensorielle, dont devaient, plus tard, s'inspirer Mme Montessori et O. Decroly.

En 1867, l'Allemagne, s'inspirant des idées de Seguin, crée une classe pour arriérés.

Les idées d'Itard et de Seguin devaient être reprises, chez nous, à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, par Bourneville. Ayant prouvé qu'on peut tirer quelque chose des arriérés profonds en les soumettant à une sorte de dressage, le médecin de Bicêtre demande, en 1891, la création d'établissements spéciaux pour l'éducation des anormaux. Après qu'il eût exposé à la Délégation cantonale du V<sup>e</sup> arrondissement ce qui se

faisait à l'étranger, une enquête fut décidée, qui montra le bien fondé de ses allégations. La Délégation mit quatre ans avant d'émettre un vœu tendant à la création de classes spéciales. En 1895, puis en 1896, la Commission de surveillance des Asiles devait reprendre ce vœu. En 1899, Bourneville s'adresse directement à Ch. Dupuy, président du Conseil. En vain lui écrit-il : « En cette affaire, comme en bien d'autres, nous aurions pu être des initiateurs, et nous ne sommes que des suivants » ; rien n'y fit ; l'indifférence des législateurs eut, comme conséquence, l'inaction administrative.

Dans les milieux de l'enseignement, on commençait pourtant à s'émeouvoir. Le 15 janvier 1904, la Société pédagogique des Directeurs et Directrices d'écoles, à Paris, discuta de la création d'écoles spéciales. Une Commission fut nommée, qui chargea M. Levistre de faire un rapport. Celui-ci détermina le ministre de l'Instruction publique à instituer une Commission pour étudier les conditions dans lesquelles la loi du 28 mars 1882, sur l'enseignement obligatoire, pourrait être appliquée aux aveugles, sourds-muets et arriérés.

Le 13 juin 1907, Briand, ministre de l'Instruction publique, déposait un projet de loi, inspiré du rapport Levistre, tendant à la création de classes de perfectionnement et d'écoles autonomes, 1<sup>o</sup> pour les débiles mentaux perfectibles, afin que, par suite de l'éducation spéciale qui leur serait donnée, ils ne risquent pas de devenir, plus tard, une charge pour la Société ; 2<sup>o</sup> pour les instables, dont le manque d'équilibre rend insupportable la discipline générale et nécessite leur éloignement de l'école publique.

Ce projet aboutit, au bout de deux ans, à la loi du 15 avril 1909.

Cependant, dès le 4 février 1907, s'était ouverte, à Paris, la première classe de perfectionnement (garçons), dans une école primaire de la rue Leconte, et, quelques mois plus tard, une classe de filles, rue de Belzunce, puis une autre de garçons, rue des Ecluses-St-Martin. Levallois-Perret, Lyon, Bordeaux faisaient bientôt de même.

La loi du 15 avril 1909, quoique assez bien conçue dans son ensemble, n'est, hélas, qu'une loi facultative qui, de ce fait, est demeurée presque inappliquée.

Au bout de vingt-sept ans, voici tout ce qui a été fait dans ce sens avant juillet 1937.

Neuf établissements départementaux d'aveugles et de sourds-muets se sont annexés des sections d'arriérés perfectibles : Asnières, Bordeaux, Châlons-sur-Marne, Clermont-Ferrand, Dinan, Fleury-les-Aubrais, Toulouse, Villeurbanne, Yvetot. Les autres écoles autonomes avec internat que nous possédons sont celles d'Alsace et de Lorraine, créées par l'Allemagne avant 1914.

Nos Ecoles de perfectionnement autonomes (externat) sont : Le Mans, Poitiers, Tours, Bordeaux. Il faut y ajouter cinq écoles : à Strasbourg,

avec 15 classes, l'école de Colmar, avec 5 classes, celle de Metz, avec 3 classes et celle de Mulhouse, avec 13 classes.

Il y avait, en juin 1937, 70 classes de perfectionnement annexées à des écoles publiques, dont 33 à Paris, 15 à Marseille et 6 à Bordeaux. Fin 1938, Paris en compte 70.

Pendant l'année scolaire 1937-1938, le nombre des classes de perfectionnement pour Paris et sa banlieue est passé à 82. L'augmentation en province a été proportionnellement plus faible.

La médiocrité de ces résultats tient au caractère facultatif de la loi, absence de tout enseignement officiel en vue de la formation des maîtres spécialisés à l'inorganisation du dépistage des arriérés, à l'arbitraire qui préside au recrutement des élèves.

M. Strauss, rapporteur de la loi de 1909 devant le Sénat, avait prévu les conséquences de textes insuffisants. Il déposait, le 21 février 1929, un nouveau projet qui fit l'objet d'un rapport de M. Cuminal, le 9 juillet 1930 qui visait à rendre obligatoire la création d'une classe de perfectionnement « toutes les fois qu'au moins 15 enfants d'âge scolaire pourraient facilement être réunis dans une même école pour suivre ces classes et, pour les écoles autonomes, toutes les fois qu'elles pourraient grouper 45 enfants d'âge scolaire ».

En ce qui concerne l'enseignement professionnel, le projet souhaite la collaboration de l'enseignement technique et, dans les milieux agricoles, celle du Ministère de l'Agriculture.

En 1932, M. Queuille (1) déposait un projet de loi supprimant l'application de la loi de 1838 aux enfants anormaux, créant des établissements destinés aux incurables et rendant obligatoire la création des classes spéciales. Il demandait, en outre, une inspection psychiatrique médicale pour ces classes et un enseignement professionnel applicable aux élèves de 13 à 18 ans. Une tendance nouvelle se fait jour dans ce projet, c'est la prévalence du médecin sur l'instituteur; ne va-t-il pas jusqu'à désirer que les instituteurs se préparent à leur tâche nouvelle en suivant des cours théoriques dans les Facultés de médecine ?

La question en est là devant le Parlement.

D'autres projets, d'un intérêt exceptionnel, ont été élaborés par M. Th. Simon (dans l'*Aliéniste Français*, mai 1932) et à la même époque par M. Levêque, au Conseil supérieur de l'Assistance publique. En 1935, après discussion et au nom de la troisième commission des Journées médico-sociales de l'enfance d'âge scolaire, M. Heuyer proposa un plan pour l'assistance des enfants anormaux d'âge scolaire (publié par la *Revue médico-sociale de l'enfance*, 3<sup>e</sup> année, n° 3, 1935). Ce plan vise à l'organisation du dépistage des arriérés, à la multiplication des classes de perfectionnement, des

(1) *Journal officiel* du 11 février 1933, annexe 6.001, Documents parlementaires, p. 505.

internats autonomes de perfectionnement, de classes pour les diminués de la vue et de l'ouïe, et d'instituts médico-pédagogiques sous surveillance médicale non soumis à la loi de 1838. Il y ajoute des classes pour instables, des maisons de rééducation pour anormaux de caractère, des services spéciaux pour épileptiques, encéphaliques et délinquants anormaux.

Enfin, l'Académie de médecine, dans sa séance du 4 mai 1937, fit un rapport (Claude, Dumas, Laignel-Lavastine, Loir) pour insister auprès de la Commission interministérielle (Santé publique et Education nationale) sur la nécessité de faire aboutir des réformes, dont la principale serait l'obligation de créer des classes de perfectionnement, et dont les autres reviennent à mettre en vigueur les dispositions contenues dans la loi de 1909 et demeurées, jusqu'à ce jour, lettre morte.

D'intéressantes initiatives privées n'avaient pas attendu, heureusement, pour intervenir de façon efficace.

Ce sont, d'abord, les *consultations médico-pédagogiques et neuropsychiatriques infantiles* et *médico-sociales*, dont la liste serait difficile à établir, en raison d'incessantes modifications et créations nouvelles.

La loi de 1909 prévoyait un certificat d'aptitude à l'enseignement des anormaux (C.A.E.A.). Mais aucun enseignement n'avait été prévu pour le préparer. En 1921, Mlle Munié, directrice des Cours normaux d'hygiène de l'Association Léopold-Bellan, entreprit d'organiser un cours à cette fin. C'est à M. H.-M. Fay qu'en fut confiée la direction médico-pédagogique. En 1925, sous l'impulsion de M. Guilmain, secrétaire général du Foyer Central d'Hygiène, cet enseignement prit un développement rapide, et Mme Nouca, qui avait fondé, en 1922, le *Service social des Enfants anormaux*, y fut appelée à faire, à côté des conférences du Dr Fay, un enseignement pratique avec la collaboration de MM. Gauthier et Debray (tous deux professeurs d'arriérés). En 1930, la collaboration du Dr Simon et de la Société A. Binet, s'ajoutait à celle de nombreux psychiatres venus peu à peu au Foyer Central d'Hygiène. L'œuvre, encouragée par la Direction de l'Enseignement parce qu'elle répondait à ses desiderata, a obtenu que soit reconnu comme diplôme d'Etat, le diplôme qui couronne les études de ses élèves.

Mme Brunschwig, sous-secrétaire d'Etat à l'Education nationale, a organisé, au début de 1937, un stage pour les membres de l'enseignement public s'étant occupés d'enfants anormaux et ne possédant pas le certificat d'aptitude. Cette heureuse initiative a été continuée.

Il existe actuellement, en France, un grand nombre d'œuvres s'occupant d'anormaux et d'arriérés; bien plus nombreuses encore sont les institutions payantes, plus ou moins contrôlées par les médecins. Nous n'en citerons que deux : le *Service social des enfants anormaux*, qui est le plus ancien centre de renseignements parfaitement organisé et

dont la création, due à Mme Nouca, remonte à 1922, et le *Service social de l'annexe de la Clinique des Maladies mentales*.

Il convient également de ne pas passer sous silence une entreprise qui a, quelque temps, bénéficié des concours scientifiques et financiers, c'est le *Comité Français d'éducation et d'assistance de l'enfance déficiente*, fondée vers 1930, et qui, alors qu'il se nommait Comité National, a eu le mérite d'attirer l'attention du grand public sur la situation lamentable où se débattait l'enfance déficiente.

Quant aux institutions, s'il en existe un très petit nombre qui présentent des garanties tant pédagogiques que médicales (1), il en est trop qui échappent à tout contrôle, comme il existe trop de professeurs, ou soi-disant tels, qui s'imaginent qu'il suffit, pour éduquer les anormaux, d'y mettre tout son cœur (2).

## II. — LÉGISLATION

### LA LOI DU 15 AVRIL 1909

LOI RELATIVE A LA CRÉATION DE CLASSES DE PERFECTIONNEMENT ANNEXÉES AUX ÉCOLES ÉLÉMENTAIRES PUBLIQUES ET D'ÉCOLES AUTONOMES DE PERFECTIONNEMENT POUR LES ENFANTS ARRIÉRÉS.

(J. O. du 27 avril 1909)

ART. 1. — Sur la demande des communes et des départements peuvent être créées pour les enfants arriérés des deux sexes :

1° des classes de perfectionnement annexées aux écoles élémentaires publiques.

2° Des écoles autonomes de perfectionnement qui pourront comprendre un demi-pensionnat et un internat.

Les classes annexées et les classes autonomes sont mises au nombre des établissements primaires publics.

ART. 2. — Les classes annexées recevront les enfants de six à treize ans.

Les écoles pourront, en outre, continuer la scolarité jusqu'à seize ans, donnant à la fois l'instruction primaire et l'enseignement professionnel.

Les élèves des classes annexées qui, vers treize ans, seront reconnus incapables d'apprendre une profession au dehors pourront être reçus dans les écoles autonomes.

(1) Cf. p. 145 et 195.

(2) Pour tous les détails complémentaires sur le sujet traité dans ce chapitre, consulter : GAUTIER, *Bull. du Foyer d'Hygiène*, mars-avril 1929, et Maurice CARITÉ, *Le sort de l'enfance anormale*, Paris, 1937.

Les enfants trop gravement atteints pour que leur éducation puisse se faire dans la famille suivront de préférence le régime de l'internat.

ART. 3. — Dans aucune classe de perfectionnement ne seront admis des enfants de sexes différents.

Les écoles autonomes pourront grouper sous une même direction deux sections différentes, l'une garçons, l'autre filles.

ART. 4. — La subvention accordée par l'Etat pour les dépenses de première installation, d'appropriation et d'agrandissement sera fixée dans les proportions déterminées par l'art. 7 de la loi du 20 juin 1885.

Les travaux devront être exécutés conformément aux plans approuvés par le Ministre de l'Instruction publique et régulièrement reçus.

ART. 5. — Les dépenses ordinaires des écoles de perfectionnement et des classes annexées sont supportées par les communes et départements fondateurs, sous déduction des subventions accordées par d'autres départements et communes.

Les dépenses de l'enseignement sont à la charge de l'Etat dans les conditions prévues pour les écoles primaires élémentaires et supérieures.

ART. 6. — Une école de perfectionnement peut être fondée par une commune sur le territoire d'une autre commune après accord des communes intéressées.

Dans le cas où l'école autonome de perfectionnement n'est pas située dans le même département ou la même commune que l'administration départementale ou communale qui l'a fondée, les autorités compétentes pour exercer les attributions leur appartenant en exécution des lois sont (sous réserve de l'article 11 ci-après) les autorités du département ou de la commune où siège ladite administration.

ART. 7. — Les directeurs et directrices, maîtres et maîtresses appelés à exercer dans les écoles de perfectionnement et dans les classes annexées, jouissent des mêmes droits et avantages que les fonctionnaires des écoles élémentaires publiques.

Les fonctions de surveillant et de surveillante dans les internats peuvent leur être confiées.

Les directeurs et directrices sont nommés par le ministre.

Les instituteurs et institutrices chargés de classe sont proposés par l'inspecteur d'académie et nommés par le préfet; ils doivent être choisis de préférence parmi les candidats pourvus du diplôme spécial créé pour l'enseignement des arriérés.

Les surveillants et surveillantes des internats départementaux sont proposés par le chef de l'établissement et nommés par le préfet.

ART. 8. — En sus des émoluments légaux, le personnel des écoles de perfectionnement et des classes annexées recevra des indemnités ou des avantages en nature, en raison du service supplémentaire qui lui sera imparté.

Ceux qui justifieront du diplôme spécial créé pour l'enseignement des arriérés recevront un supplément de traitement de trois cent francs soumis à retenue pour la retraite, pendant qu'ils exerceront dans les écoles de perfectionnement et les classes annexées.

ART. 9. — La décision ministérielle portant création de la classe annexe ou de l'école autonome déterminera pour chacune d'elles les conditions spéciales de son organisation et de son fonctionnement, notamment :

1° Le nombre maximum d'élèves à admettre dans chaque division;

2° Le nombre hebdomadaire de jours d'enseignement, la durée des classes et des exercices quotidiens;

3° Les conditions dans lesquelles les institutrices pourront être attachées aux diverses classes et sections de l'établissement.

ART. 10. — (A trait à l'administration des internats et des demi-pensionnats).

ART. 11. — Les classes et écoles de perfectionnement seront soumises :

1° A l'inspection exercée dans les conditions prévues par l'art. 9 de la loi du 30 octobre 1886;

2° A une inspection médicale organisée par les communes fondatrices ou les départements fondateurs. Elle portera sur chacun des enfants qui seront examinés au moins chaque semestre. Les observations seront consignées sur un livret scolaire et sanitaire individuel.

ART. 12. — Une commission, composée de l'inspecteur primaire, d'un directeur ou maître d'école de perfectionnement et d'un médecin, déterminera quels sont les enfants qui ne peuvent être admis ou maintenus dans les écoles primaires publiques et pourra autoriser leur admission dans une classe annexée ou dans une école de perfectionnement, si l'enseignement ne doit pas leur être donné dans la famille.

Un représentant de la famille sera toujours invité à assister à l'examen de l'enfant.

ART. 13. — Relatif à la constitution d'un Comité de patronage, destiné à suivre l'enfant au sortir de l'école, et d'un Conseil d'administration.

ART. 14. — Des décrets et arrêtés, rendus après avis du conseil supérieur de l'Instruction publique, détermineront la nature du programme et les conditions d'obtention du certificat spécial.

ART. 15. — Relatif à la rétribution des maîtres et des employés.

#### DÉCRET DU 14 AOUT 1909

(J. O. n° 229, du 25 août 1909, p. 8955).

ART. 1. — Les candidats au certificat d'aptitude à l'enseignement des enfants arriérés devront être âgés de 21 ans au moins au moment de leur inscriptions et être munis du certificat d'aptitude pédagogique.

Ils doivent justifier d'un stage d'un an dans un établissement spécial désigné par le Ministre de l'Instruction publique où ils auront pu étudier sur place les moyens qui réussissent le mieux à fixer l'attention des arriérés et à solliciter leur intelligence.

Aucune dispense d'âge ou de stage ne sera accordée.

ART. 2. — (Relatif aux formalités d'inscriptions des candidats).

ART. 3. — L'épreuve écrite a lieu au chef-lieu du département.....; elle porte sur les notions de physiologie, d'hygiène scolaire, de psychologie et de pédagogie des arriérés. Elle dure trois heures. La note 10 sur 20 est exigée pour l'admissibilité.

ART. 4. — La commission d'examen est nommée par le ministre de l'Instruction publique; elle siège à Paris.

Elle prononce l'admission aux épreuves orales et pratiques.

L'épreuve orale porte sur les questions du programme : le sujet en est tiré au sort; une demi-heure est laissée au candidat pour la préparation de de l'épreuve; l'exposition ne peut excéder une demi-heure.

L'épreuve pratique est subie dans une classe ou une école de perfectionnement désignée par le Ministre.

Ces deux épreuves sont cotées de 0 à 20.

La moyenne totale de 30 points est nécessaire pour que l'admission soit prononcée.

Diverses modifications de détail ont été apportées à ce décret.

C'est ainsi que le stage peut être maintenant accompli soit dans les classes ou écoles publiques de perfectionnement, soit dans les classes ou écoles privées de perfectionnement agréées par décision ministérielle, soit dans les institutions d'aveugles ou de sourds-muets entretenues par l'Etat, les départements ou les communes. (Arrêtés du 21 janvier 1910, J. O. du 23 janvier 1910, p. 604 et du 28 janvier 1910, p. 801).

Depuis 1921, le stage peut être accompli dans une classe d'entraînement. (Circulaire du 25 novembre 1921, Bull. admin. de l'Instr. publique, n° 2477, p. 485.)

Un décret du 7 février ne permet l'admission du candidat que s'il a obtenu 10 points au moins pour l'épreuve pratique et, pour l'ensemble des épreuves, un total de 30 points.

A la fin du décret du 14 août 1909, figure le programme de l'examen pour l'obtention du certificat d'aptitude à l'enseignement des enfants arriérés. Il est regrettable qu'aucune épreuve n'y soit prévue pour montrer l'aptitude du maître pour le chant, le dessin et le travail manuel, et qu'une place insignifiante soit donnée à l'éducation psychomotrice.

#### ARRÊTÉ DU 17 AOUT 1909 RELATIF A L'ORGANISATION INTÉRIEURE DES CLASSES D'ARRIÉRÉS

ART. 1. — Dans les classes de perfectionnement annexées aux écoles

élémentaires publiques et dans les classes des écoles spéciales, le nombre des élèves réunis dans une même division est normalement de quinze.

Il peut exceptionnellement être porté à vingt, sans jamais être dépassé.

ART. 2. — Pour certains exercices pratiques et travaux manuels, des groupements plus nombreux pourront être autorisés.

ART. 3. — Dans les classes de perfectionnement annexées aux écoles élémentaires publiques et dans les écoles spéciales de perfectionnement, l'enseignement est donné tous les jours, sauf le dimanche et la demi-journée du jeudi.

Dans les classes annexées et dans les écoles avec internat, où n'est pas organisé un service d'aumônerie, les classes vaquent une demi-journée par semaine pour les enfants auxquels les parents veulent faire donner l'instruction religieuse.

ART. 4. — Les classes et les écoles sont ouvertes pendant une durée de trois heures et demie le matin et pendant une durée de trois heures et demie dans l'après-midi.

Les heures d'entrée et de sortie sont fixées dans chaque établissement suivant les convenances locales, sur la demande du maire, par l'inspecteur d'académie.

ART. 5. — L'emploi du temps est ainsi distribué :

De 8 heures à 9 h. 1/2 : classe.

De 9 h. 1/2 à 10 heures : récréation.

De 10 h. à 11 h. 1/2 : classe.

De 1 h. 1/2 à 3 heures : classe.

De 3 heures à 4 heures : récréation.

De 4 heures à 5 heures : classe.

Les heures de classe sont remplies soit par des exercices de travail intellectuel, soit par des exercices de travail manuel.

Chaque classe est coupée par un court repos.

#### ARRÊTÉ DU 18 AOUT 1909 RELATIF AU PROGRAMME DE L'ENSEIGNEMENT DES ENFANTS ARRIÉRÉS

Nous estimons inutile de donner ici le texte du programme, qui n'est fait que d'indications générales, et à propos duquel il est précisé que les maîtres ne le suivront que dans la mesure où le comporteront les aptitudes des élèves.

Nous nous contenterons de reproduire quelques-unes des instructions générales concernant les classes de perfectionnement.

On donnera un développement particulier aux exercices suivants :

1° Le *chant* et la *musique*, particulièrement bien goûtés par les enfants anormaux;

2° Les *exercices de langage et d'articulation* pour corriger les vices de prononciation, généralement fréquents chez cette catégorie d'enfants;

3° La *gymnastique rationnelle*, expurgée de tout exercice d'athlétisme, avec, s'il se peut, accompagnement de musique pour rythmer les mouvements;

4° Les *jeux scolaires de course et d'adresse*, organisés et dirigés par des maîtres, qui veilleront à ce que les élèves apathiques et rétifs ne s'isolent pas de leurs camarades;

5° Des *leçons de vie pratique*, afin de mettre les anormaux en mesure de se suffire et de s'adapter à leur milieu. Aux enfants les plus petits on apprendra à se laver, à s'habiller, à manger proprement. Aux plus âgés on apprendra à se présenter, à écrire une lettre, à compter son argent, à voyager; aux plus intelligents, on enseignera les notions élémentaires d'hygiène, et surtout les règles de morale, particulièrement précieuses à de jeunes filles d'intelligence débile, partant plus exposées;

6° Le *travail manuel*. — Le but des écoles de perfectionnement n'est pas seulement d'assurer aux enfants arriérés l'instruction à laquelle ils ont droit, mais encore d'éviter qu'ils ne tombent à la charge de la société. Aussi l'enseignement du travail manuel qui leur sera donné devra-t-il être nettement orienté vers l'apprentissage et ses applications concrètes. C'est surtout dans les internats de perfectionnement qui gardent les enfants jusqu'à seize ans et même à dix-huit ans que le travail manuel devra être développé. Dans les milieux ruraux, c'est vers l'enseignement agricole qu'il convient de les diriger. C'est pourquoi il est désirable qu'un jardin scolaire d'enseignement fasse partie de chaque école de perfectionnement. Dans les milieux urbains des ateliers seront aménagés pour un apprentissage rationnel et complet répondant à des besoins locaux ou régionaux. Ce qui convient le mieux ce sont les métiers simples pouvant s'exercer partout, le travail du bois, du fer, les confections, la cordonnerie, etc., à condition d'apprendre entièrement la profession choisie.

DÉCRET DU 18 JUIN 1935

Il rend applicable à l'Algérie les dispositions de la loi du 15 avril 1909.

#### III. — COMMENTAIRES DE LA LOI CRITIQUES QU'ELLE SUSCITE

La loi du 5 avril 1909 présente trois inconvénients principaux :

I. — Elle est *facultative*. Aussi n'a-t-elle pas été appliquée dans quelques-unes de ses dispositions essentielles.

L'admission des élèves dans les classes de perfectionnement devait

dépendre d'une commission médico-pédagogique. Nulle part, cette commission n'a fonctionné, le seul essai que nous connaissions n'a aucun caractère officiel.

On n'a pas non plus, créé de Comité de patronage, dont le rôle eût été de suivre les arriérés après leur sortie de l'école.

L'inobservation de la loi sur ces points a eu pour conséquence la non-organisation du dépistage des anormaux. Elle a entraîné, dans la composition des effectifs des classes, des erreurs qui ont été très préjudiciables au fonctionnement de plusieurs d'entre elles. C'est ainsi que, dans certaines, on compte des inéducables ou trop faiblement éduqués (mongoliens ou imbéciles), des retardés scolaires, et des instables ou pervers dont aucun maître ne veut, quoiqu'ils soient d'âge mental normal.

Le trop petit nombre de classes a fait, en outre, que le groupe des élèves ne présente pas la moindre homogénéité, ce qui rend l'enseignement particulièrement difficile.

Enfin, il a fallu attendre jusqu'à 1936 pour voir s'ouvrir à Paris, pour un groupe de deux classes, un atelier de travail manuel où l'on se préoccupe de la préorientation professionnelle.

## II. — Elle est incomplète.

Nulle part, en effet, elle n'a pris en considération le sort des pervers, des épileptiques et des délinquants, auxquels il faut, aujourd'hui, ajouter les encéphalitiques. Question d'actualité et qui ne peut trouver de solution que dans un remaniement profond de la loi sur les aliénés et des lois touchant la protection de l'enfance, avec, comme corollaire, la création d'établissements *up to date*, ce qui implique nécessairement, des dépenses élevées que, dans les circonstances actuelles, nos finances sont bien incapables d'envisager !

Autres lacunes : la loi de 1909 n'a ni prévu d'enseignement spécial destiné à la formation des maîtres ni songé à faire inscrire au programme des écoles normales les notions pédagogiques élémentaires concernant les anormaux. Elle a ainsi, pendant près de quinze ans, rendu extrêmement difficile la création de classes de perfectionnement, faute de personnel. Il faut donc rendre grâce à M. Jean Zay et à Mme Brunschwig pour la circulaire du 6 mars 1937 et, pour le décret du 17 mars 1937 organisant, d'une façon au moins temporaire, l'enseignement des maîtres et simplifiant les conditions du stage. Nous avons aujourd'hui en nombre suffisant des maîtres qui attendent l'ouverture des classes nouvelles dont on parle depuis si longtemps.

De même, la loi n'ayant pas prévu d'inspection médicale spéciale pour les classes de perfectionnement, la collaboration du maître et du médecin n'y est pas réalisée. La situation est telle que, dans la

plupart des classes de perfectionnement, la moitié des enfants n'a jamais été vue par un neuro-psychiatre et ne suit aucun traitement. L'autorité du médecin-inspecteur des écoles ne suffit pas à convaincre les familles de la nécessité de ces soins. Quelques directeurs ont bien, de leur propre initiative, établi la liaison de leur classe de perfectionnement avec certaines consultations gratuites ; leur initiative, chose triste à dire, n'a pas toujours été approuvée. La création de consultations spéciales dans des dispensaires scolaires pourrait faciliter la solution du problème, mais elle se heurte à des difficultés provenant de la légitime méfiance du corps médical qu'irritent, non sans raison, les abus des dispensaires et des consultations gratuites des hôpitaux. Ces considérations ne sont pas étrangères au désir exprimé par beaucoup de voir rattacher au ministère de la Santé publique, toutes les classes d'anormaux, quitte à en faire de véritables maisons de santé avec externat.

L'exemple de la Belgique, qui a su organiser son inspection psychiatrique dans les classes spéciales et en tirer des résultats satisfaisants, mériterait, à ce sujet, d'être pris en considération.

## III. — Au lieu de viser à l'autarchie, ainsi que ce serait son droit et son devoir, on croirait qu'elle s'est donné pour but d'organiser l'anarchie administrative.

Les établissements départementaux qui ont réalisé les écoles autonomes avec internat, dépendent du ministère de la Santé publique, direction des asiles, les établissements créés par fondation d'une ville ou d'un département, comme la fondation Vallée (Seine), sont rattachés à l'Assistance publique; les classes de perfectionnement des établissements de sourds et muets, tels Yvetot, Asnières ou Villeurbanne, dépendent du ministère de l'Intérieur, tandis que les classes de perfectionnement des écoles publiques dépendent du ministère de l'Education nationale; enfin, les Maisons d'éducation surveillée relèvent du ministère de la Justice.

Pour remédier à ces inconvénients, il suffirait de quelques mesures.

La première, ce serait de rendre *obligatoire* ce qui, jusqu'à aujourd'hui, n'est que facultatif.

La seconde consisterait à *remanier, en ce qui concerne les arriérés, les attributions des divers organismes administratifs qui s'occupent d'eux*, qu'on rattachât tous ces organismes à la Santé publique ou à l'Education nationale. Tout au plus pourrait-on admettre que les enfants nettement éduqués restent dans les écoles de perfectionnement comportant une inspection médicale spéciale. Tous ceux qui s'écartent trop de la normale ou qui relèvent nettement de la médecine d'abord (faiblement éduqués, inéducables, enfant présentant des

troubles graves du caractère, épileptiques (1), étant des malades, devraient dépendre du ministère de la Santé publique, qui ferait détacher dans ses établissements des maîtres spécialisés pris dans l'enseignement public ou privé.

Dernière mesure : *prolonger jusqu'à 17 ans la scolarité des arriérés.*

Jusqu'ici, il était possible, encore que difficile, d'obtenir le maintien d'un arriéré dans la classe de perfectionnement passé l'âge scolaire.

En réalité, tous auraient dû y demeurer au moins jusqu'à 14 ans. C'est maintenant un fait accompli. Cette réforme, dont nous sommes redevables aux conventions internationales auxquelles la France a pris part, était depuis longtemps réclamée chez nous (2), parce qu'on y voyait le moyen d'organiser, dès l'école, la préorientation professionnelle, seul moyen efficace de relever la qualité de notre main-d'œuvre nationale.

On a vu que la loi de 1909 autorisait les élèves des écoles autonomes à poursuivre leur scolarité jusqu'à 16 ans. Aucune disposition nouvelle n'est intervenue depuis 1936 pour la prolonger un an de plus.

Dans l'esprit du législateur, il semble bien que l'année supplémentaire d'études ait pour fin de préparer l'enfant à la vie de travail. Ceci est vrai pour les enfants normaux. Quand il s'agit d'arriérés, il ne faut pas oublier que l'arrêté du 18 août 1909 a précisé que, dans les classes de perfectionnement, l'enseignement du travail manuel devra être nettement orienté vers l'apprentissage et ses applications concrètes. L'année supplémentaire d'études rendra plus facile l'exécution de ce programme, demeuré lettre morte. Elle a, nous n'en doutons pas, facilité la création de l'atelier de préparation aux métiers ouvert, en fin 1936, en annexe aux classes de perfectionnement de la rue des Poissonniers, à Paris.

(1) Pour les délinquants, cf., p. 219.

(2) Elle avait été adoptée le 18 décembre 1922 par le Sénat, et le 30 mai 1933 par la Chambre, mais aucune suite n'a été donnée à ces votes.

## CHAPITRE II

### L'ASSISTANCE AUX ARRIERES DANS LES PAYS AUTRES QUE LA FRANCE

*Allemagne.* — Classes de perfectionnement, datant de 1867; classes autonomes; écoles post-scolaires; classes enfantines et ateliers post-scolaires pour arriérés.

*Suisse.* — Institut J.-J. Rousseau. Travaux de M. Claparède et de Mlle Descœudres.

*Hollande.*

*Tchécoslovaquie.*

*Autriche.*

*Russie.*

*Belgique.* — Qualité remarquable de ses œuvres d'assistance aux arriérés. Etablissements des Frères de la Charité; recherches de Decroly, de MM. Ley, Demoor.

*Etats-Unis.*

Nous comptons chez nous environ 2.000 arriérés en cours de rééducation, avec un peu moins de 200 maîtres spécialisés.

Cette situation est précaire si nous la comparons à ce qui existe à l'étranger.

En *Allemagne*, on a mis très tôt à profit les idées de Séguin. La première classe de perfectionnement y fut créée en 1867, à Dresde; d'autres à Géra, en 1874, à Apolda, en 1877, à Eberfeld, en 1879, à Brunswick, en 1880, et à Leipzig, en 1881. Ces classes, annexées à des écoles primaires, furent vite délaissées pour des écoles autonomes. L'école de Francfort (1888), avec ses six classes, offrit une organisation qui servit de modèle à l'Allemagne tout entière. Les pro-

grès furent si rapides qu'en 1903, il y avait, dans ce pays, 918 classes pour 12.000 élèves arriérés. En 1929, 699 villes comptaient 1.009 écoles pour 72.299 élèves, avec 4.066 classes et un personnel spécialisé de 4.710 éducateurs. De plus, 147 villes avaient des classes ou écoles post-scolaires avec 9.568 élèves. On doit y ajouter des classes enfantines et des ateliers post-scolaires pour arriérés (1).

Dans les écoles autonomes allemandes, le médecin-inspecteur remplit le même rôle qu'auprès des écoles de normaux. Après l'école, un Comité de patronage s'occupe de l'orientation professionnelle et de la surveillance des anormaux au travail.

L'Autriche était également très riche en établissements spéciaux.

La Suisse possède 36 internats et 200 classes spéciales. Les noms de Mlle Descœudres et de M. Claparède, ainsi que les travaux et l'enseignement de l'Institut J.-J. Rousseau, donnent un éclat particulier à l'œuvre pédagogique de la Suisse.

La Hollande, compte 67 écoles spéciales, dont 54 internats, avec 424 professeurs pour 6.400 élèves.

Les territoires devenus la Tchécoslovaquie comptaient, en 1907, 4 classes spéciales. Il y en avait 160 avant les récents événements

La Russie, avec ses 300.000 arriérés, est moins favorisée, puisque ses 1.200 maîtres spécialisés se répartissent dans 400 classes annexées et 200 groupes libres (2).

La Belgique mérite une mention spéciale. Les premiers essais d'enseignement spécial furent tentés dans un hospice, c'est-à-dire dans un cadre sous surveillance médicale. Depuis lors, la médecine a toujours conservé, dans l'œuvre pédagogique des anormaux, sa place de premier plan.

C'est en 1857 que, s'inspirant des travaux de Seguin, les Frères de la Charité commencèrent à mettre sur pied leur méthode d'éducation sensorielle, à l'hospice Guislain. En 1877, les mêmes Frères ouvraient l'établissement de Rooigem destiné aux arriérés et anormaux de la classe aisée.

Depuis le début du XX<sup>e</sup> siècle, les fortes personnalités de Decroly, de M. M. Ley, M. Demoor, etc., ont entraîné le mouvement, fixé les méthodes nouvelles et les programmes, surveillé, grâce à une inspection médicale distincte de celle des écoles, tous les enfants déficients,

les dépistant dès l'âge de 6 à 7 ans, au moment de leur inscription dans les écoles, les orientant, enfin, vers diverses consultations médicales. Ils ne s'immiscent sans doute pas directement dans ce qui est de la compétence des maîtres, mais ils leur fournissent des indications propres à modifier et à orienter leur enseignement individuel.

C'est incontestablement la Belgique qui, avec ses méthodes, la remarquable formation de ses maîtres, l'importance et la variété de ses classes spéciales, de ses écoles et de ses pensionnats autonomes, tant publics que privés, sa préparation professionnelle des arriérés, le système très libéral de son fonds commun, qui subvient aux frais d'enseignement des indigents quel que soit l'établissement d'enseignement où ils sont inscrits, son organisation d'ensemble de la protection de l'enfance, a atteint le plus haut degré de perfection dans le domaine qui nous occupe.

Sur le *Nouveau Continent*, nous nous contenterons de citer les Etats-Unis, qui n'ont pas moins de 47 internats recevant 26.000 élèves, des externats autonomes et des classes annexées aux écoles publiques pour 70.000 arriérés.

(1) Ces chiffres ont été donnés par M. GAUTIER, d'après une enquête faite par Mlle HAUDENSCHILD, professeur d'arriérés à Strasbourg, in *Bulletin du Foyer central d'hygiène*, mars-avril 1929. Ils diffèrent de quelques unités en plus de ceux publiés par MM. HEUYER et Gilbert ROBIN, in *Revue d'Allemagne*, mai 1928.

(2) Nous empruntons ces chiffres au travail suivant : Le sort de l'enfance anormale, de M. Maurice CARITÉ, Paris, 1937, p. 138-139.

TROISIÈME SECTION

LES TROUBLES DU CARACTÈRE  
CHEZ L'ENFANT  
HYGIÈNE ET ASSISTANCE

par L. BABONNEIX et L. MICHAUX

1

LE PROBLÈME DES TROUBLES DU  
CARACTÈRE TEL QU'IL SE POSE  
EN PRATIQUE

On étudiera successivement :

*la genèse du caractère,*

*les anomalies de l'affectivité infantile, quantitatives et qualitatives.*

*les réactions affectives chez l'enfant, banales ou médico-légales.*

*l'évaluation pratique des troubles du caractère.*

admettant l'immutabilité à peu près absolue des constitutions, limite beaucoup, de prime abord, l'influence de l'éducation.

A cette conception un peu stérile, s'en oppose une autre qui met en évidence la PLASTICITÉ DU CARACTÈRE. Cette plasticité ressortit tant à la nature des facteurs innés qu'à la prépondérance, sur ceux-ci, des facteurs exogènes du milieu.

Les facteurs innés d'abord. Ils ne consistent pas en *une* constitution, mais en *des* tendances caractérielles associées à proportions diverses, normalement équilibrées, encore que, souvent, il y en ait une prédominante qui dépend d'une hérédité similaire. Un tel point de vue rend compte de l'influence considérable du milieu, des chocs moraux, des traumatismes psychologiques de l'enfance, sur lesquels la psychanalyse freudienne a projeté une si vive lumière, et qui peuvent arriver à désorganiser un système de tendances innées primitivement équilibrées.

Il laisse prévoir l'importance de l'éducation, qui peut, dans bien des cas, enkyster la tendance centrale dans une ou plusieurs tendances collatérales par le jeu des réactions d'imitation et d'opposition sur lesquelles nous aurons à revenir. Il explique enfin que les types cliniques de la psychologie infantile, jadis condensés en quelques formes bien tranchées parce que constitutionnelles et irréductibles, se combinent et s'intriquent, au gré des tendances innées et des influences extérieures, en des associations dont le polymorphisme, presque illimité, rend artificielle une schématisation par ailleurs utile. Chaque cas réalise un aspect nouveau. Tel est bien « l'enfant problème » des auteurs américains : problème psychiatrique ici, psychologique là, car la pathologie infantile éclaire bien souvent la physiologie du caractère.

Force est, pour poser les règles de l'hygiène morale infantile, d'établir les divers types de prédominance caractérielle, puis d'envisager les modalités réactionnelles de l'enfant devant le milieu extérieur.

## CHAPITRE PREMIER

### GENESE DU CARACTERE

THÉORIE CONSTITUTIONNELLE. — Le caractère est un ensemble immuable de dispositions innées.

THÉORIE PLASTIQUE. — Le caractère dépend 1°) de facteurs innés, qui consistent, non en *une* constitution, mais en *des* tendances associées à proportions diverses, normalement équilibrées; 2°) de nombreuses causes extérieures agissant sur elles. D'où deux conséquences : a) l'éducation doit, en développant une ou plusieurs tendances collatérales, empêcher la tendance principale d'acquérir une importance excessive; b) les types cliniques de la psychologie infantile, au lieu d'être bien tranchés, ne peuvent que varier d'un cas à l'autre, d'où leur polymorphisme illimité (enfant-problème des Américains).

Diriger la formation du caractère; en corriger les imperfections : tel est le double but, préventif et curatif, auquel se ramène l'étude essentiellement pratique que nous entreprenons. Encore les modalités éducatives, considérées dans toute leur ampleur, sont-elles étroitement subordonnées à la conception du caractère : aussi nous permettra-t-on de rappeler quelques données élémentaires sur sa nature et sa genèse.

A ce sujet, deux grandes théories qui s'opposent l'une à l'autre. La première, CONSTITUTIONNELLE, fait du caractère un ensemble de dispositions innées qui commande les réactions de l'enfant devant le milieu extérieur; ce dernier n'a qu'une action restreinte sur la personnalité morale. L'analyse psychologique permet, dès l'âge scolaire, de tirer l'horoscope caractériel du sujet dont le type moral ne fera que s'affirmer après la puberté. Telle est la conception qui,

## CHAPITRE II

LES ANOMALIES  
DE L'AFFECTIVITE INFANTILE

QUANTITATIVES : *arriération affective*.

QUALITATIVES. Les principales sont :

*l'émotivité*;

le caractère *cyclothymique* : importance pratique de ses formes atténuées;

*l'instabilité*;

le caractère *paranoïaque*;

le caractère *épileptique*;

les *perversions instinctives*, constitutionnelles et acquises (encéphalite épidémique);

*l'hystérie infantile*.

Elles peuvent être *quantitatives*, globales, consistant en une véritable *arriération affective*; nous reviendrons plus loin sur ce point important.

Plus souvent, les anomalies, *qualitatives*, résident dans le développement exagéré d'une tendance constitutionnelle.

*L'émotivité*, habituelle chez le jeune enfant, s'atténue normalement à l'âge scolaire. Elle persiste chez l'hyperémotif que sa timidité, entrecoupée de colères, son anxiété paralysante, ses phobies, ses obsessions, son reploiement ou ses fugues paniques font souvent considérer, à l'école, comme un élève paresseux, fraudeur et sournois : erreur grave qui conduit à des brimades et exagère ainsi les troubles. L'examen permet de déceler les stigmates de l'émotivité : troubles vaso-moteurs, agitation musculaire, tremblement, parfois tics ou bégaiement. L'exploration du système neuro-végétatif montre fréquemment une dystonie vago-sympathique. L'interrogatoire apprend que le sommeil est irrégulier, troublé par des terreurs nocturnes.

Le caractère *cyclothymique* peut s'individualiser dès l'enfance et pose, devant le pédagogue, des problèmes particulièrement délicats (1)

Il peut être évident lorsque l'enfant est examiné lors d'un accès *hypomaniaque* et qu'il présente au maximum la turbulence, l'agitation motrice, la logorrhée, l'inattention, la gaieté anormale, les plaisanteries que comporte cet état. Il apparaît aussi flagrant lors des *phases dépressives*, que caractérisent la tristesse, l'apathie, la lenteur idéique, l'ennui entraînant l'incapacité à l'effort physique ou intellectuel, au jeu ou au travail.

Mais la psychose périodique comporte de formes dégradées que révèlent les fluctuations irrégulières de l'activité scolaire. Tel enfant dont la conduite et le travail sont habituellement satisfaisants, devient, à certaines phases, indiscipliné, inattentif; à d'autres, il est inactif, indifférent, et il est qualifié inévitablement de mauvais sujet dans le premier cas, de paresseux, dans le second. Sanctions comme encouragements sont vains et la situation se redresse au bout d'un certain temps, sans que l'influence des maîtres ait paru opérante.

A un degré plus fruste encore, les accidents de la courbe *cyclothymique* ne s'extériorisent que sous l'effet d'un facteur psychique qui les légitime apparemment : réprimande, brimade. La notion de la circonstance déclanchante fait méconnaître le terrain psychologique et celui-ci n'est tout au plus incriminé que sous le vocable de susceptibilité anormale. Il importe de reconnaître la tendance *cyclothymique* pour éviter des erreurs pédagogiques néfastes. On s'enquerra de l'antécédent éventuel de *cyclothymie* familiale. On recherchera une affection organique du système nerveux — telle l'encéphalite épidémique, — qui peut conditionner des *cyclothymies* épisodiques, contemporaines de la période aiguë de la maladie, mais pouvant lui survivre de nombreux mois.

*L'instabilité infantile* pose des problèmes importants qui intéressent autant la pédagogie que l'orientation professionnelle. On la reconnaît aisément à son double aspect moteur et mental. L'enfant est sans cesse en mouvement, incapable d'immobilité comme d'attention et d'esprit de suite, tant dans le travail que dans le jeu.

L'adolescent participe de la même mobilité d'esprit. Il change interminablement de situation et de places. Souvent il échoue dans les professions de camelot, de groom, sombre dans l'alcoolisme et dans les mauvaises fréquentations. Finalement, autant par goût du voyage, qui lui apparaît comme un perpétuel changement, que par défaut d'autre débouché, il s'engagera dans la marine et ne tardera pas à se livrer à quelque éclat qui le conduira devant le conseil de

(1) G. HEUYER. *Enfants anormaux et délinquants juvéniles*, Thèse, Paris 1914.

guerre : autant d'éventualités et de périls que doit connaître le pédagogue.

Le *caractère paranoïaque* se manifeste souvent dans l'enfance. Il est rare qu'il atteigne à un degré tel qu'il s'accompagne de conceptions mégalomaniaques confinant au délire; il se borne, habituellement, à des manifestations plus atténuées où l'on retrouve les traits habituels de la tendance : égocentrisme, surestimation du moi, susceptibilité ombrageuse, jalousie, insociabilité.

Semblable tendance constitutionnelle peut être d'autant mieux méconnue que l'enfant, souvent intelligent et ambitieux, parfois entaché de mythomanie, fait souvent admettre par ses parents la légitimité de ses griefs.

Le *caractère épileptique* est fait de l'ensemble des troubles de l'intelligence et du caractère des comitiaux, mis à part les équivalents psychiques de la maladie.

Ce sont la bradypsychie, l'impulsivité coléreuse qui conduit à des réactions antisociales, et des troubles du sens moral consistant en hypocrisie, malignité, mythomanie, parfois tendance à la simulation.

Ces anomalies psychiques coexistent avec les crises convulsives et les équivalents. Elles peuvent leur survivre. Pour Madame Minkowska, on peut les retrouver chez les descendants des épileptiques, à l'état isolé : il existerait ainsi une véritable *constitution épileptoïde* héréditaire dont la réalité est loin d'être admise par tous.

Ces troubles du caractère sont plus difficilement influencés que les crises convulsives et les équivalents par les médications neuro-sédatives, qui, dans certains cas, peuvent même les exacerber : tous faits importants du point de vue pratique.

L'impulsivité coléreuse : tel est le facteur essentiel que nous retrouverons lorsque nous étudierons les réactions de l'enfant anormal. Il y faut joindre le légitime désarroi de sujets que leurs crises font écarter de l'école, puis de l'atelier, rejettent vers le vagabondage avec toutes ses conséquences antisociales. C'est ici que l'assistance trouvera toutes ses indications; nous aurons à en dire toutes les lacunes en ce qui concerne les épileptiques.

Les *perversions instinctives*, exprimées dans la « folie morale » de Trélat, doivent être reconnues d'emblée parce qu'elles dressent des obstacles pédagogiques importants et peuvent nécessiter, de bonne heure, des mesures de protection sociale. L'inaffectivité et la malignité en sont la base psychologique.

Les pervers ressortissent à deux groupes disparates. Dans le premier prennent place les pervers intelligents, souvent paranoïaques; toutes leurs facultés mentales sont tendues vers le mal, dont l'exécution comporte un véritable raffinement. Le second répond aux per-

vers entachés de débilité mentale : leurs réactions antisociales sont brutales et grossières.

Pratiquement, les perversions instinctives peuvent réaliser plusieurs formes qui correspondent à des degrés différents. Parfois, elles se bornent à une inadaptabilité au milieu entraînant des fugues, le plus souvent accompagnées de délits. Dans d'autres cas, existent des tendances à la violence, allant de la brutalité envers des êtres faibles, de la cruauté à l'égard des animaux jusqu'au meurtre. D'autres pervers, plus raffinés, font appel à la calomnie sournoise dont la lettre anonyme est le type le plus subtil. L'intimidation par la menace est une arme d'élection pour de tels sujets. Paresseux, sales, vindicatifs, hypocrites, préméditants et utilitaires, ces malades présentent constamment des perversions génitales souvent aggravées de prosélytisme.

L'évolution des perversions instinctives est irréductible. La prison, la prostitution sont l'aboutissant habituel de ces états. S'il faut les déceler de manière précoce, ce n'est pas tant en vue d'un traitement bien aléatoire que des mesures sociales : il faut, en effet, diriger ces sujets vers des écoles de réforme, pour endiguer leur nocivité et préserver les débiles suggestibles de leur dangereuse influence.

À côté de ces perversions instinctives, vraiment constitutionnelles, il faut faire une place à *celles qui font suite à l'encéphalite épidémique*. Si celle-ci réalise souvent chez l'enfant un état hypomaniaque, à exacerbation nocturne, si elle peut s'accompagner d'impulsions épileptoïdes conscientes et amnésiques, elle entraîne parfois de véritables perversions dont on retrouve les diverses manifestations (surtout vol et anomalies sexuelles), les caractères habituels de malignité, d'organisation, de sournoiserie et d'utilitarisme, à une différence près : la conservation de l'affectivité.

L'*hystérie infantile* suppose un terrain mental de suggestibilité imitative, dans laquelle la sincérité entre pour une part si variable que tous les intermédiaires existent entre l'hystérie et la simulation (1). Sur cette base psychique, se développe un complexe variable qui pousse l'enfant dans la voie de la morbidité prétendue : égocentrisme, vanité, appel morbide à la pitié, à l'affection; désir d'inquiéter, de faire souffrir l'entourage. Il faut faire la part, enfin, en la genèse des manifestations pithiatiques, des circonstances exogènes inhérentes à l'attitude familiale, et aux exemples pathologiques où la psychoplasticité de l'enfant a pu puiser ses thèmes d'imitation. Souvent, la tendance hystérique est atténuée et se dégrade progressivement jusqu'à la suggestibilité normale de l'enfant.

(1) Cf. V. HUTINEL et L. BABONNEIX, Hystérie, in V. HUTINEL, *Les maladies des enfants*, Paris, 1909, in-8°, V. p. 805.

## CHAPITRE III

LES REACTIONS AFFECTIVES  
CHEZ L'ENFANT

## I. RÉACTIONS BANALES.

- a) Réactions *purement affectives* : positives : colère, jalousie, ou négatives : mutisme, repliement, etc.
- b) Réactions *psycho-affectives* : paresse, rêverie imaginative, mensonge.
- c) Réactions *psycho-motrices*.
- d) Réactions *psycho-psychiques*.

## II. RÉACTIONS MÉDICO-LÉGALES. Fugue, vols, coups et blessures, incendies volontaires, suicide, délits sexuels, prostitution.

Les diverses modalités caractérielles que nous avons passées en revue nous ont laissé entrevoir les réactions possibles de l'enfant devant le milieu social. Ces réactions nécessitent souvent l'intervention du médecin habituel, spécialiste ou expert. Elles méritent donc que nous nous y arrêtions un peu. On peut les diviser en deux groupes, selon qu'elles sont : 1° banales ou 2° médico-légales et anti-sociales.

*I. - Réactions banales.* — Elles se classent en quatre groupes : réactions purement affectives, psycho-affectives, psycho-motrices et neuro-psychiques.

a) Réactions purement affectives. — Il en est d'agressives : la colère et la jalousie.

La *colère* apparaît tôt chez l'enfant : on peut l'observer à deux

mois. Elle se traduit par une excitation psycho-motrice avec cris, bris d'objets, violences et phénomènes vaso-moteurs de congestion et de pâleur. Dans sa genèse interviennent l'imitation et l'entraînement : il est des colères véritablement familiales et héréditaires. C'est là une notion importante en pédagogie : il faut opposer le calme à l'enfant coléreux.

La colère se manifeste sous des formes différentes. Celles-ci correspondent aux types de dominance caractérielle que nous avons envisagés et qui n'impriment pas seulement un aspect particulier à la crise coléreuse mais en déterminent la cause déclanchante.

Une contrariété en est le point de départ chez l'émotif. Elle est un épiphénomène chez l'excité hypomaniaque; le plus souvent préméditée chez l'hystérique, elle s'accompagne toujours d'une mise en scène tapageuse. Elle est particulièrement fréquente et redoutable chez l'épileptique, se singularisant par l'insignifiance du prétexte et par l'intensité de l'impulsion. Une blessure d'amour-propre en est, chez le paranoïaque, le facteur occasionnel. Chez le pervers, elle s'accompagne de cruauté et porte le cachet essentiel de la malignité.

La *jalousie infantile* n'est pas rare chez le paranoïaque, prenant chez lui un caractère d'hostilité sournoise. Elle est souvent dangereuse chez le pervers instinctif par les réactions violentes qu'elle peut entraîner.

Les réactions affectives affectent, dans d'autres cas, un aspect passif, voire négatif : tels le *mutisme* de l'hypomaniaque, le *repliement*, apeuré chez l'émotif, hargneux chez le paranoïaque.

b) Réactions psycho-affectives. — Leurs manifestations sont très variées. Elles comprennent l'agitation, l'indiscipline, et la mobilité psycho-motrice de l'instable.

La *paresse* en est une modalité. Habituelle chez le pervers, elle est épisodique chez le déprimé cyclothymique. Chez le paranoïaque, elle peut être simulée par l'abandon d'un travail où ses mérites ne sont pas suffisamment reconnus. Autant de formes disparates conduisant à des mesures pédagogiques différentes.

La *rêverie imaginative* est le fait de certains enfants émotifs qui ressortissent au type *schizoïde*. Fuyant le contact de la réalité parce qu'entachés d'un complexe d'infériorité, ils se réfugient dans une rêverie compensatrice de thème ambitieux ou érotique qui les console des déceptions de la vie et centre toute leur existence (1).

(1) G. HEUYER et A. BOREL. Le délire de rêverie, *Société de Psychiatrie*, 19 juin 1922. Cf. aussi André MAUROIS, *Meïpe ou la délivrance*, Paris, 1926, in-18, p. VII-XII.

Le mensonge est si habituel chez l'enfant qu'il faut, pour en affirmer le caractère pathologique, tenir compte de nombreux facteurs : fréquence, préméditation, sévérité des parents et des maîtres.

Il n'est pas indifférent, du point de vue pratique, de considérer les diverses formes du mensonge.

Il y a un mensonge banal qui est le plus souvent au service de la vantardise. Il y a un mensonge utilitaire à fins de dissimulation de délits ou d'invention d'actes louables et méritant une récompense. Il est un mensonge par fabulation, véritable mensonge de jeu, qui peut atteindre au délire imaginatif (1). Il est, enfin, un mensonge par plaisir, dépendant d'une perversion imaginative et marqué de malignité calomnieuse.

Le mensonge infantile peut poser des problèmes médico-légaux. Ceux-ci interviennent dans trois circonstances possibles (Dupré) : la hâblerie romanesque; l'auto-accusation calomnieuse, qui peut relever de dépression mélancolique, de suggestibilité ou de vanité, la simulation de maladies ou d'attentats.

Il faut surtout connaître le mensonge du débile intellectuel, indigent et obstiné, et celui du pervers, utilitaire, sournois et fréquemment calomnieux.

c) Réactions psycho-motrices. — Signalant seulement les troubles psycho-moteurs du cyclothymique, nous soulignerons surtout le refus d'alimentation. *L'anorexie mentale* fut souvent rattachée à l'hystérie dont la sépara Babinski; on sait que dans sa genèse, certains accordent actuellement un rôle capital aux troubles endocriniens tandis que les psychanalystes invoquent une psychopathogenèse érogène. Le refus d'aliments, chez l'adolescent, peut prendre la valeur de négativisme et faire suspecter une démence précoce (J. Siglas, Babonneix).

d) Réactions neuro-psychiques. — On a pu rattacher certaines énu-résies à un trouble psycho-affectif.

II. - Réactions médico-légales. — Celles-ci seront envisagées plus loin du point de vue juridique. Voyons seulement les données qu'elles apportent à l'étude de l'enfant problème.

La fugue est fréquente : fugue par excitation psycho-motrice de l'hypomaniaque; fugue par terreur du châtiement de l'hyperémotif; fugue de l'instable par aspiration au nouveau; fugue par impulsion immotivée de l'épileptique; fugue utilitaire, *par* délit ou *pour* délit du pervers; fugue par révolte du paranoïaque pouvant, par la répé-

tion, atteindre à la *paranoïa ambulatoire* de Joffroy et Dupouy; fugue absurde du débile mental.

Le vol peut être la conséquence d'une impulsion chez le débile et l'épileptique; il peut avoir pour mobile la satisfaction de dons généreux; il peut ressortir à des perversités instinctives; celles-ci constituent, lorsqu'elles sont électives pour le vol, la « kleptomanie ». Celle-ci se singularise par la répétition et souvent par le caractère absurdement paradoxal, désintéressé, des vols. Mais la notion de kleptomanie doit être strictement limitée en droit, sous peine de couvrir des délits parfaitement caractérisés. Il peut enfin s'agir du « vol de jouissance » (Cellier), dont le but se borne à l'utilisation immédiate : tels les vols de bicyclettes, d'automobiles abandonnées après une courte promenade.

Impulsions de débiles ou d'épileptiques, malignité de pervers se retrouvent encore à l'origine des *coups et blessures*, des *incendies volontaires*.

Le suicide n'est pas exceptionnel chez l'enfant déprimé et émotif. Deux notions sont à souligner du point de vue pratique qui nous intéressent : la fréquence de l'hérédité similaire, raison de craindre le suicide; la soudaineté de la décision, raison de prudence dans les observations à adresser à de tels enfants et dans les sanctions à prendre lorsqu'ils ont commis quelque faute.

La débilité mentale et la perversité sont le fond psychologique essentiel des *délits sexuels* et de la *prostitution*.

(1) G. HEUYER et DUBLINEAU, Délire de rêverie. *Société médico-psychologique*, mars 1932.

## CHAPITRE IV

EVALUATION PRATIQUE  
DES TROUBLES DU CARACTÈRE

- I. ANALYSE PSYCHOLOGIQUE. Réactions d'imitation et d'opposition.
- II. LES TESTS DE CARACTÈRE : questionnaire Wood-Worth-Mathews; tests de barrage de Pressay; tests de sens éthique de May et Hartshome; feuille d'analyse de caractère de G. Heuyer.
- III. LA PSYCHANALYSE.
- IV. LA CONDUITE A ADOPTER avec les anormaux de caractère. Elle doit tenir compte des cinq éléments suivants : niveau intellectuel connexe; réductibilité des troubles affectifs; âge du sujet; nature de ses réactions; milieu.

Tels étant les types caractériels et leurs réactions sociales subséquentes, il importe, du point de vue pratique, de jauger l'affectivité de l'enfant. Semblable tentative peut mettre en œuvre l'analyse psychologique, l'étude des tests de caractère et la psychanalyse.

*I. - Analyse psychologique.* — Elle utilise les renseignements fournis par les parents, par les maîtres, par les assistantes sociales, et les résultats de l'interrogatoire de l'enfant.

Elle s'attachera à dépister les complexes de refoulement et d'infériorité.

Elle recherchera, dans la genèse des traits caractériels, deux réactions au milieu extérieur de sens opposé, qui peuvent coexister chez le même enfant : l'une, d'imitation, l'autre, d'opposition.

La réaction d'imitation fut seule connue jusqu'à ces dernières années. La réaction d'opposition semble avoir une importance égale en psycho-pédagogie (1). Elle se manifeste chez des enfants d'intelligence normale ou supérieure à la moyenne, d'affectivité intense qui se dissimule souvent sous une attitude boudeuse chez le schizoïde, agressive chez le paranoïaque. Elle apparaît ou s'accroît à l'occasion d'un épisode déterminé, remariage du père ou de la mère, par exemple, ou d'un choc émotif oublié que peut parfois exhumer la psychanalyse. Elle évolue sur un fond affectif spécial, véritable esprit d'opposition, qui peut se présenter sous la forme de paranoïa d'opposition, ou d'attitudes schizoïdes, les deux types précédents pouvant s'associer. Les réactions peuvent consister en paresse, fugues, vols, suicide. La connaissance de ces faits est capitale en hygiène mentale affective : elle rend compte d'attitudes et d'actes délictueux en contradiction avec le milieu de l'enfant; elle démontre que l'exemple peut avoir, selon les dispositions affectives de l'enfant, une action positive ou négative.

*II. - Les tests de caractère.* — L'introduction, dans la pratique, des tests de Binet et Simon destinés à établir le niveau intellectuel de l'enfant (cf. p. 113) a orienté l'examen mental vers la psychométrie. Il était logique de rechercher des voies analogues pour l'évaluation du niveau affectif. Telle est l'origine des tests de caractère.

Utilisant des interrogatoires écrits, cette méthode ne s'adresse qu'à des enfants d'âge pré-pubère ou pubère et de niveau intellectuel suffisant. Nous résumons seulement les techniques employées (2).

a) Questionnaire Woodworth-Mathews. — L'enfant répond par oui ou non à de nombreuses questions qui explorent ses tendances émotives, psychasthéniques, schizoïdes, paranoïaques, dépressives, impulsives, instables, perverses. Le total des réponses permet d'établir un coefficient numérique de chacune de ces tendances.

b) Tests de barrage Pressay. — Dans trois épreuves successives, on présente à l'enfant des lignes constituées par cinq mots. Il doit rayer les mots correspondant à des actes ou à des pensées désagréables dans la première épreuve, répréhensibles dans la deuxième, agréables dans la troisième.

c) Tests de sens éthique de May et Hartshome. — L'épreuve précé-

(1) G. HEUYER et J. DUBLINEAU. La réaction d'opposition chez l'enfant, *Revue médico-sociale de l'enfance*, 1934, n° 3.

(2) G. HEUYER, Mlle COURTHIAL, DUBLINEAU et NERON. Tests de caractères en neuro-psychiâtrie infantile, *Annales médico-psychologiques*, juillet 1934.

dente fait connaître les conceptions morales de l'enfant sur le plan général et théorique. Ces dernières sont ici interrogées sur des cas plus concrets. Le sujet doit répondre par oui ou par non à des questions telles que celle-ci : « Un garçon honnête volerait-il s'il savait ne pas être pris... S'il ne prenait que de petits objets sans importance ? »

d) Feuille d'analyse du caractère. — L'enfant doit lui-même rayer les qualités qu'il ne s'accorde pas et marquer d'une croix les défauts qu'il se reconnaît et vice-versa.

Les tests de caractère n'ont pas une valeur absolue. Leurs résultats doivent être confrontés avec ceux de l'analyse psychologique et avec les renseignements de l'assistante sociale, mais l'habitude concorde de ces divers éléments prouve tout l'intérêt qu'ils présentent.

**III. - La psychanalyse** — La psychanalyse est une méthode d'exploration du caractère qui, dans certains cas limités, peut rendre des services notables. Nous envisagerons ses indications et décrirons sommairement sa technique lorsque nous aurons exposé, à propos de la sexualité infantile, la base essentielle de la doctrine freudienne.

**IV. - La conduite à adopter avec les anormaux du caractère.** — Elle doit tenir compte des éléments suivants :

1° Le niveau intellectuel connexe. — Un point de pratique capital intervient ici. L'appréciation du niveau mental est souvent faussée par un trouble de l'affectivité : intimidabilité de l'émotif, disposition schizoïde. Il y a aussi de pseudo-arriérations intellectuelles par perturbation affective, voire par *arriération affective* globale. Cette cause d'erreur écartée, si la débilité intellectuelle vraie semble associée aux anomalies affectives, il faut préciser la prépondérance respective des deux troubles, en se rappelant que, même dans le cas où domine la débilité mentale, c'est la nuance caractérielle qui règle les réactions de l'enfant et dirige les indications de l'assistante.

2° La réductibilité des troubles affectifs. — Elle est de détermination délicate. Il faut tenir le plus grand compte de l'émotivité qui amplifie les perturbations affectives et en fait exagérer l'importance lors des premiers examens.

3° L'âge du sujet. — On peut espérer une plus grande récupération avant qu'après la puberté. Durant celle-ci, nous avons dit la fréquence des troubles explosifs ou d'autismes épisodiques dont le pronostic ne doit pas être systématiquement assombri.

4° La nature des réactions, ressortissant ou non à la médecine légale, est un facteur primordial pour l'orientation.

5° Le milieu enfin, son niveau social, la classe ouvrière ou rurale, ses facultés de compréhension, ont une grande importance pratique.

Tels sont les éléments psychologiques, si variés que chaque cas réalise de nouveaux complexes. Il reste à établir sur ces bases les règles d'une *hygiène mentale préventive et d'une assistance*.

Celle-ci doit se proposer un triple but ; but pédagogique, d'adaptation plus que de redressement, d'enkystement de la tendance caractérielle dominante par l'encouragement des tendances collatérales ; but moral ; but social.

On connaît (cf. p. 10) l'importance de l'héredo-syphilis. Soulignons seulement que la transmission héréditaire des troubles caractériels — peut-être explicable par la théorie des gènes (cf. p. 29) — n'est pas la moindre des raisons qui ont été invoquées en faveur des mesures prophylactiques de l'eugénie : certificat prénuptial et stérilisation des anormaux (cf. p. 64).

## HYGIÈNE MENTALE INFANTILE

### CHAPITRE PREMIER

#### TROUBLES DU CARACTERE EN RAPPORT AVEC LE DEVELOPPEMENT PROPRE DE L'ENFANT TROUBLES DU CARACTERE ET HEREDITE

I. — Nous n'insisterons pas sur les facteurs *innés* (traumatismes obstétricaux) (cf. p. 49). Parmi les facteurs *acquis*, soulignons les traumatismes occultes, dissimulés par la nourrice (cf. p. 53), et l'importance des formes larvées, souvent méconnues, des encéphalopathies infantiles et de l'encéphalite épidémique (cf. p. 54). Il faut insister, de plus, sur l'influence des disgrâces physiques (cf. p. 54), et sur les complexes d'infériorité qui peuvent en résulter, conditionnant parfois des reploiements schizoïdes.

II. — Quelle que soit la part respective que l'on accorde, dans la genèse des troubles du caractère, aux influences de l'hérédité et du milieu, il y a souvent similitude ou identité entre les caractères des parents et des enfants. L'hérédité similaire intervient plus particulièrement pour les caractères paranoïaque et cyclothymique : d'où la possibilité de suicides héréditaires. Nous avons vu que l'hérédité du caractère épileptoïde, transmis isolément, sans crises convulsives et sans équivalents, est l'objet de controverses.

## CHAPITRE II

## TROUBLES DU CARACTERE ET MILIEU

- I. *Famille.* — Hygiène préventive.  
Indications pédagogiques, variables selon qu'il s'agit d'hyperémotifs, de paranoïaques, de mythomanes, de pervers.
- II. *Ecole.* — Ecole maternelle et jardin d'enfants.  
Ecole primaire.  
Hygiène préventive ou de redressement; ses agents selon l'âge et selon les tendances caractérielles.  
Lycée.  
Pensionnat.
- III. *Milieu social.*
- IV. *Milieu professionnel.*
- V. *Milieu militaire.*

Le caractère de l'enfant, essentiellement plastique, est un incessant remaniement du fait des influences du milieu et des circonstances auxquelles il réagit selon son type propre. Nous retrouvons ici l'antinomie et la combinaison des deux grandes modalités réceptives de l'enfant : la réaction d'imitation et la réaction d'opposition.

## I. — L'ENFANT ET LA FAMILLE

Dans l'ensemble et contrairement à ce qu'on pourrait croire de prime abord, la réaction d'opposition prime, le plus souvent, ici, la réaction d'imitation.

*La famille.* — Tous les éléments constitutifs de la famille interviennent dans la formation du caractère infantile.

Des *parents*, il faut prendre l'âge en considération : on sait les dispositions tyranniques des « enfants de vieux ». La situation sociale est à envisager : non seulement les moyens pécuniaires entrent en jeu, mais encore le travail de la mère hors de son intérieur désorganise souvent le foyer familial.

La mésentente conjugale importe d'autant plus que l'enfant sait la percevoir même lorsqu'elle est atténuée, souvent il en joue pour accentuer les discordances et en tirer avantage ; il sait mettre à profit la lassitude du père qui désire trouver le calme à la maison pour lui arracher telles autorisations refusées par la mère. Il sait flatter, aduler et parfois créer entre les parents une véritable émulation dans la gâterie.

La séparation, le divorce ne font qu'accuser cette politique ; l'enfant exploite le désir de chacun des parents d'obtenir sa préférence, il la négocie contre des cadeaux, des autorisations de sortir. Le remariage du père ou de la mère a souvent des effets profonds sur sa psychologie : il prend parfois en véritable haine son beau-père ou sa belle-mère et réagit, selon son tempérament, par un repliement schizoïde, par une révolte paranoïaque ou par une dépression qui peut aboutir au suicide.

Le veuvage est générateur de troubles profonds : tel enfant dont le père était autoritaire va se substituer à lui et tyranniser sa mère.

L'éducation donnée par les *grands-parents* a les mêmes effets que celle qui est confiée à des parents âgés.

A toutes ces éventualités, chaque enfant réagit selon son mode propre et on ne peut qu'indiquer les possibilités le plus souvent observées en pratique.

Il faut envisager le degré de sévérité des parents. Fait curieux, les mauvais traitements de bourreaux d'enfants et l'excessive tendresse de parents débonnaires peuvent aboutir à un effet univoque de révolte ou de repliement.

L'enfant est l'observateur secret et souvent sournois de ses parents. Généralement, il en est d'abord l'admirateur ; mais il ne tarde pas à les épier, à saisir leurs mensonges, parfois à les espionner en lisant leur correspondance, en fouillant dans leurs tiroirs. Le fait de les surprendre en faute peut déclencher une grande crise dans son esprit, dérouter par cet écroulement des idoles.

Ses relations avec ses *frères et sœurs* sont également à rendre en considération. On sait la jalousie, atteignant parfois à la haine, de l'enfant pour son frère ou sa sœur « tard venu » qu'il craint de voir accaparer la tendresse de ses parents. Les familles les plus paisibles

apparemment se scindent parfois en groupes antinomiques, dans lesquels se rapprochent généralement le père et la fille ou la mère et le fils : entre ces groupements existe une antipathie sourde, qui se mue épisodiquement en hostilité ouverte. Il peut même se constituer, au sein de la famille, des coalitions, le plus souvent dirigées contre le père.

Les préférences des parents pour tel de leurs enfants sont à l'origine de troubles d'autant plus profonds qu'ils sont parfois camouflés sous des apparences de désinvolture ou masqués par un reploiement de l'intéressé.

On pourrait multiplier à l'infini la description des circonstances, des incidences parfois futiles, dont l'âme enfantine amplifie l'écho. Nous n'insisterons pas sur la situation des cadets, habituellement préférés, parfois abhorrés des parents, lorsque leur naissance, inattendue, a été un accident importun. On sait l'égoïsme fréquent de l'enfant unique et de l'enfant adoptif, trop cajolés par les parents. Evoquons encore la jalousie fréquente de l'orphelin, élevé par un oncle et une tante, à l'égard de ses cousins.

Le pédagogue doit encore tenir compte de l'attitude de l'enfant envers les domestiques, ses camarades ; s'informer de son ardeur au jeu ou de sa tendance à s'isoler, de ses rêveries ; de ses mensonges, de ses larcins éventuels, de sa cruauté possible pour ses animaux familiers.

*Hygiène préventive.* — Chaque enfant constituant un problème effectif spécial, il faut faire état, pour lui, des diverses circonstances familiales que nous avons étudiées et y parer dans la mesure du possible.

Son système nerveux se développe précocement et la psychanalyse a eu le mérite de montrer l'importance des traumatismes affectifs de la prime enfance. Aussi l'hygiène mentale doit-elle commencer avec la vie.

Dès les premières années, la vie sera disciplinée : régularité horaire de l'alimentation et du sommeil, cures de silence et d'aération, sieste seront fixés méticuleusement. Le « dressage » sera poursuivi avec une souple fermeté, également distante de la faiblesse débonnaire et de l'autoritarisme brutal.

Plus tard, on observera les réactions de l'enfant dans le milieu familial. On s'inspirera d'un principe éducatif capital : la primauté de l'affectivité sur l'intellectualité. On ménagera sa sensibilité. Loin d'exploiter son émotivité en le menaçant de dangers fabuleux (loups, etc.) qui ne font qu'exagérer ses aspirations naturelles à un monde irréel de fantômes et de monstres, on raisonnera et rassurera doucement ses craintes anormales de l'obscurité, des animaux, etc. On s'attachera avant tout à gagner sa confiance.

Lorsque survient la *crise pubérale*, l'éducateur devra faire un grand effort d'indulgente compréhension pour juger sainement et endiguer les éclats de l'« âge ingrat ». Ici surtout, énergie et diplomatie doivent s'allier. Ici aussi, se poseraient les questions ardues de l'initiation sexuelle ; nous les envisagerons plus loin. Disons seulement dès maintenant qu'il faudra surveiller l'hygiène des organes génitaux et parer aux causes locales qui peuvent être une cause d'onanisme : phimosis, oxyures. On assurera par le sport, modérément dosé, un exutoire à l'activité physique débordante qui caractérise cette période de la vie.

Réservant pour plus tard le problème des sanctions, nous évoquerons ici les indications pédagogiques des divers types caractériels que nous avons envisagés.

L'enfant *hyperémotif* sera rassuré, encouragé, relevé à ses propres yeux. On se gardera de toute brimade, de toute ironie à son endroit. On lui épargnera, dans la mesure du possible, les émotions, qui, au même titre qu'une infection ou qu'une intoxication, peuvent, chez lui, déclencher les terreurs nocturnes.

Le *paranoïaque* sera dirigé avec fermeté, mais sans recourir à la brutalité, devant laquelle il ne manquerait pas de se cabrer.

On l'entourera de camarades plus âgés et intelligents, afin de ne pas favoriser ses tendances dominatrices. On utilisera son orgueil à des fins d'ambition légitime, mais on évitera de l'exalter en affichant à son endroit une admiration exagérée.

S'agit-il d'un *mythomane*, on limitera le dérèglement de son imagination en ne prêtant pas attention à ses mises en scène, à ses bouderies, en punissant ses mensonges, en surveillant tout particulièrement ses lectures : on ne méconnaîtra pas le danger que font courir les romans sentimentaux ou policiers à ces êtres suggestibles que leur imagination transporte volontiers dans le rôle du héros. Est-on en présence d'accidents pithiatiques ? On mettra en œuvre la persuasion.

Chez le *schizoïde*, on combattra l'oisiveté rêveuse, on fixera un emploi du temps ne laissant pas place à l'inaction ; on favorisera le jeu ; on développera les dispositions artistiques si fréquemment aiguës chez eux.

Des *pervers*, la direction pédagogique sera bien décevante. Leur tendance foncière de malignité est le plus souvent irréductible. Il en faut limiter les manifestations en excluant avec un soin particulier la fréquentation de camarades amoraux.

## II. — L'ENFANT ET L'ECOLE

L'affectivité joue, dans l'adaptation scolaire, un rôle au moins égal

à celui de l'intelligence. C'est en effet, en se fondant sur le type caractériel que l'on déterminera efficacement pour chaque élève le facteur psychologique adéquat : contrainte par des sanctions variées, émulation, exemples mettant en œuvre, selon les cas, l'imitation ou l'opposition, sympathie pour les maîtres.

Dès l'école maternelle et le jardin d'enfants, le dépistage des troubles du caractère doit être effectué par les institutrices et les jardinières.

A l'école primaire, cette tâche sera poursuivie par l'incessante collaboration de l'instituteur, du médecin inspecteur et de l'assistante scolaire.

Les mauvais élèves, les « queues de classe » ne ressortissent pas toujours, loin de là, à la débilité intellectuelle. Les troubles affectifs ont, chez eux, une importance supérieure. Il y a le cancre émotif, timide, bloqué, inhibé par les moqueries, les sobriquets. Il y a le cancre paranoïaque, souvent intelligent et brillant, qui se retranche dans l'inaction soit par protestation contre de prétendues injustices, soit par orgueil dévié, mettant sa vanité à ne pas travailler et méprisant les « forts en thème » : modalité importante parce qu'elle cristallise autour d'elle le snobisme contagieux d'une émulation inversée, où entrent en lice les élèves débiles ou influençables. L'enfant paranoïaque soulève d'autres difficultés à l'école : ses récriminations incessantes finissent par sembler légitimes aux parents, qui se répandent en plaintes contre les maîtres.

On saura dépister de bonne heure les alternances d'ardeur et d'apathie du cyclothymique, l'indiscipline de l'instable. On se préoccupera surtout des pervers, qui sont un sujet de trouble, démoralisent de nombreux élèves et pratiquent un redoutable prosélytisme sexuel.

Chez les enfants qui désertent les cours, « font l'école buissonnière », il sera important du point de vue pratique, de discerner les facteurs psychologiques en cause : véritable panique de l'émotif désin de repliement solitaire du schizoïde, aspiration au changement de l'instable, révolte du paranoïaque, fugue impulsive de l'épileptoïde. On conçoit les déductions pédagogiques de semblable discrimination : elle conduira à rassurer les uns, en évitant de les brimer, de les tourner en ridicules, à punir les autres, à les adapter tous dans la mesure du possible.

Il est très important d'observer l'enfant durant les récréations, de surveiller les camaraderies, de les diriger. L'influence des camarades est, en effet, capitale : dans leur choix d'abord, désignant des élèves brillants ou des champions de la turbulence; dans leur sens ensuite, l'exemple pouvant jouer par opposition ou, ce qui est plus fréquent, par imitation.

Toutes ces données permettront d'établir une *hygiène préventive ou de redressement*.

Le directeur de l'école y jouera son rôle : chez tel enfant mal adapté, le changement de classe peut avoir une influence bienfaisante

Les instituteurs surveilleront, pour les favoriser ou les contrarier, selon les cas, la formation des groupes de camarades.

Les médecins inspecteurs des écoles dirigeront les enfants sur des centres spécialisés (cf. p. 155), pour les dispensaires d'hygiène scolaire. Les anormaux du caractère bénéficient souvent des écoles de plein air. Ils peuvent être orientés vers les classes de perfectionnement (1). Créées par la loi du 15 avril 1909, celles-ci sont malheureusement peu nombreuses : à Paris, il n'en existe que cinq pour les garçons (X<sup>e</sup>, XVIII<sup>e</sup>, XIV<sup>e</sup>, XIX<sup>e</sup> et XX<sup>e</sup> arr.) et quatre pour les filles (X<sup>e</sup>, XIV<sup>e</sup>, XIX<sup>e</sup> arr.) ; en banlieue, on n'en trouve qu'à Montrouge et à Levallois-Perret. Il y a là une grosse lacune à combler.

Les assistantes scolaires ont un rôle très important. Il est à la fois de surveillance et de cohésion : surveillance de la cantine, des récréations ; liaison entre les maîtres, le directeur, le médecin, les dispensaires d'hygiène scolaire, les familles.

Enfin, les parents doivent surveiller les entrées et les sorties et se concerter éventuellement avec le directeur et avec les maîtres.

Au lycée, d'autres problèmes se posent. Le niveau social des élèves, à peu près homogène à l'école primaire, est ici très disparate ; la brutale spontanéité de l'enfant n'est pas pour atténuer ces inégalités. Il en résulte souvent, de la part des boursiers, une animosité sournoise ou ouverte à l'endroit des « gosses de riches ». Autant de sources de conflits affectifs, que l'influence des professeurs et des surveillants d'études peut parfois éviter.

Au lycée se pose, en sixième puis en quatrième, la question de l'orientation vers les études classiques ou scientifiques. Trop souvent, cette détermination, capitale pour l'avenir, n'est pas réglée par des motifs judicieux, fondés sur les dispositions intellectuelles et affectives de l'élève, mais elle lui est imposée par les parents, au nom d'on ne sait quelle tradition familiale. L'enfant est-il consulté, il se laisse guider par des raisons futiles — désir de rester dans la classe de certains camarades — plus que par une inclination vraie ou par des projets déjà précis d'orientation professionnelle future. Il est souhaitable que les parents se concertent avec les professeurs avant d'engager l'avenir.

Dans les pensionnats, l'absence de surveillance familiale crée aux

(1) Cf. aussi l'article de MM. L. BABONNEIX et H. M. FAY, p. 127 et 155.

maîtres d'internat des devoirs nouveaux. Il leur faut avant tout dépister les pervers, surveiller les amitiés suspectes pour éviter l'interaction sexuelle, si fréquente, qui peut conduire à l'homosexualité.

Si les enfants sont loin des parents, ceux-ci doivent se préoccuper de choisir des correspondants afin d'organiser les sorties.

### III. — L'ENFANT ET LE MILIEU SOCIAL

Il nous reste à évoquer certaines situations spéciales, génératrices de troubles du caractère.

Tel fut le cas des *enfants de guerre*, délaissés par le départ du père pour les armées et le travail de la mère en usine, privés du même coup de l'autorité paternelle et de la tendresse maternelle, livrés aux mauvaises fréquentations de la rue.

Tel est actuellement le cas des *adolescents chômeurs* qui, entre la fin de leur scolarité et leur service militaire, prennent des habitudes d'oisiveté et font des excès alcooliques.

Par là s'explique en partie la fréquence croissante des attentats contre la vie ou la propriété dont les auteurs sont des adolescents.

Le *cinématographe*, plus encore que la lecture de romans policiers, peut avoir une influence néfaste sur l'enfant et l'adolescent, dont l'imagination exubérante fait siens les exploits des malfaiteurs au point de s'identifier avec les tristes héros de semblables films : de là à imiter, il n'y a qu'un pas. Il serait souhaitable qu'une censure plus vigilante protège l'adolescence contre les suggestions désastreuses de certaines publications et de trop nombreux films (1).

### IV. — L'ENFANT ET LE MILIEU PROFESSIONNEL

Le caractère est plus important encore à considérer que l'intelligence et la motricité dans l'orientation professionnelle. Il est d'ailleurs remarquable que les facteurs affectifs priment les autres dans la détermination de l'enfant qui se dirige, sans conseil, vers une profession.

L'exemple familial, la profession du père, interviennent dans son choix ; mais il réagit à cet exemple par opposition plus souvent que par imitation.

Parmi les enfants atteints de troubles du caractère, il faut distin-

(1) Cf. aussi, p. 124.

guer ceux qui ne présentent que des anomalies atténuées et ceux dont l'affectivité est profondément altérée : grands instables et pervers.

Pour les premiers, on tiendra compte de leurs goûts, de leurs aptitudes réglées par leur niveau mental, l'état de leur motricité et leur type caractériel consignés dans la fiche psychotechnique. On fera état aussi de considérations économiques, du rendement matériel de la profession.

L'enfant est-il dirigé sur une usine ? L'apprentissage n'ira pas, parfois, sans incidents. Il faudra prévoir, en particulier, chez certains sujets, la contamination par l'esprit de révolte qui règne souvent à l'atelier. La *surintendante d'usine* a un rôle social important pour dépister les troubles caractériels et assurer la liaison avec les familles.

Le travail des champs convient mieux aux anormaux affectifs. Mais on se heurte souvent, en pratique, à la faible constitution physique de beaucoup de ces enfants et à leur répugnance pour le retour à la terre.

Aux pervers et aux grands instables, aux épileptiques, que leurs crises font renvoyer de l'atelier, le travail agricole est seul possible. Mais il n'est souvent que de peu de durée. Beaucoup d'entre eux sont des inadaptables, et nous envisagerons plus loin ce que l'assistance peut tenter pour eux.

### V. — L'ADOLESCENT ET LE MILIEU MILITAIRE

Beaucoup de sujets atteints de troubles frustes du caractère ont pu, sans gros incidents, passer l'épreuve scolaire. Ils ont pu paraître normaux ; c'est à l'occasion du service militaire que vont se révéler les troubles. Le paranoïaque ne se soumet pas à la discipline. L'émotif est effrayé par le ton impératif des ordres, impressionné par la hiérarchie, bouleversé par les punitions. L'instable, qui a souvent devancé l'appel et opté pour les troupes coloniales, ne tarde pas à se lasser de la régularité d'une existence militaire : la désertion, le conseil de guerre, l'envoi aux bataillons d'Afrique en sont la conséquence habituelle.

Aussi faut-il dénoncer le danger et l'absurdité du préjugé selon lequel l'engagement est la solution de choix pour les jeunes gens désaxés par un déséquilibre affectif. S'il est consulté, le médecin doit s'opposer formellement à semblable expédient. L'autorité militaire a pris, de son côté, toutes les dispositions nécessaires pour éliminer ces sujets dès leur arrivée au corps. Voici les mesures telles qu'a bien voulu nous les exposer M. le Dr Fribourg-Blanc, médecin lieutenant-colonel, que nous remercions vivement de son amabilité :

1° POUR LES APPELÉS AVEC LEUR CLASSE D'ÂGE : Le Conseil de révision procède à l'élimination des grands tarés évidents : crétins, idiots, imbéciles, qui sont facilement dépistés. L'article 20 de la loi de recrutement prescrit leur exemption définitive.

La *Commission médicale*, adjointe au Conseil de révision, composée de 3 médecins dont un médecin civil, fonctionnant dans le calme, en dehors des séances du Conseil, et chargée d'examiner les cas litigieux, a pour mission d'étudier les sujets douteux en s'appuyant sur les documents médicaux qui peuvent lui être fournis par la famille du conscrit. En cas d'hésitation, la Commission médicale propose au Conseil de révision de classer la recrue dans la catégorie des « *Bons en observation* ». Ces sujets, avant de rejoindre leur corps d'affectation, sont dirigés sur le centre de neuro-psychiatrie le plus proche de leur domicile. Là, les médecins militaires spécialisés procèdent à un examen complet en gardant l'intéressé le temps nécessaire à l'hôpital et en s'entourant de tous renseignements possibles auprès de la famille, du médecin traitant, des dispensaires d'hygiène mentale et au moyen d'enquêtes de gendarmerie (ces enquêtes, si elles sont bien menées, peuvent être précieuses). Si la recrue est reconnue inapte au service, sa réforme est aussitôt prononcée.

La *visite d'incorporation*, qui est passée dans les 3 premiers mois du service, permet de parfaire l'examen de tous les douteux qui sont passés à travers les mailles trop larges du filtre dégrossisseur du Conseil de révision.

L'instruction des recrues sert de test d'épreuve très utile pour le dépistage des anormaux psychiques. Le rôle des officiers et des sous-officiers instructeurs, s'ils sont avertis de cette question, est une aide précieuse pour le médecin du corps. Celui-ci, s'il n'est pas spécialisé en psychiatrie, envoie le sujet au centre de neuro-psychiatrie du ressort, qui décide de l'aptitude.

2° POUR LES ENGAGÉS VOLONTAIRES, parmi lesquels se trouve la plus forte proportion de tarés psychiques, une sélection plus rigoureuse s'impose. Le nombre des militaires de carrière, qui a été porté à plus de 78.000, et des gardes républicains mobiles, qui dépasse 15.000, appelle à lui seul l'attention, car, parmi ces engagés, se rencontrent de nombreux « laissés pour compte » de la vie civile.

C'est pourquoi l'article 5 de la loi de recrutement de 1928 prévoit, pour les engagés, des dispositions spéciales d'ordre médico-légal. Cet article interdit l'engagement à tous les sujets ayant subi une condamnation civile à une peine d'au moins 1 mois pour vol ou recel, ou de 3 mois pour filouterie d'aliments ou vagabondage, et à toute peine, si courte soit-elle, pour « métier de souteneur », sauf sursis.

En outre, le décret du 9 juillet 1932 prescrit, au Commandant du Bureau de recrutement d'adresser au Commissaire spécial du secteur dans le territoire duquel se trouve l'intéressé, une demande assez détaillée portant sur la conduite, les antécédents familiaux, scolaires, professionnels du candidat à l'engagement. Lors des premières formalités d'engagement, le candidat a subi un examen médical d'aptitude physique, et un certificat médical lui

a été délivré. Son dossier est alors constitué, qui comprend : le certificat d'aptitude physique, l'extrait du casier judiciaire et l'enquête de la sûreté demandée par le recrutement. Lorsque cette enquête est parvenue, le dossier est complet. Il est alors envoyé au chef du corps dans lequel le candidat désire servir. Cet officier, après examen du dossier, statue. Il peut accepter la candidature, la refuser ou réduire la durée de l'engagement. L'avis du médecin de l'unité, conseiller technique du commandement, peut servir à ce dernier dans l'appréciation sur pièces d'une condamnation avec sursis ou des diverses réponses à l'enquête. Cet avis n'est pas obligatoirement demandé par le chef de corps. Il serait désirable qu'il devint réglementaire. Mais, en fait, il est souvent sollicité et suivi.

De plus, le décret du 16 avril 1934 prévoit, pour les engagements d'au moins de 4 ans, des examens médicaux spéciaux. L'engagement souscrit n'est alors que provisoire. Il ne devient définitif qu'à la suite de la visite médicale d'incorporation. Le chef de corps indique alors à l'Intendant qui a reçu l'engagement si le contrat doit être ratifié ou annulé. Il est prévu un délai de 6 semaines à partir de l'arrivée au corps pour cette visite d'incorporation. Pendant ce délai, l'expertise psychique doit être faite minutieusement. Il faut noter que ce type « d'engagement provisoire », qui favorise une expertise psychique plus rigoureuse, devrait être étendu aux engagements à court terme (de moins de 4 ans).

L'armée prévoit enfin, pour les recrues et surtout pour les engagés reconnus aptes au service, une sélection destinée à répartir les sujets dans les différents corps, les différentes armes et leurs spécialisations. A cet effet, les méthodes psycho-techniques sont mises en application dans la marine et dans l'armée de l'air.

Voilà donc, écrit M. Fribourg-Blanc, l'état actuel des choses. Mais il reste encore beaucoup à faire. Il faudrait, en particulier, qu'une liaison plus étroite s'établisse entre les centres de dépistage civil des enfants anormaux et les autorités médicales militaires. Il faudrait surtout que certains juges de Tribunaux pour enfants cessent de préconiser l'engagement comme remède à tout faire.

## CHAPITRE III

## DE QUELQUES PROBLEMES SPECIAUX

- I. *Education et instruction.*  
Education morale.  
Education religieuse.
- II. *Le problème des sanctions.*
- III. *La sexualité infantile.*
  - a) Evolution de la sexualité infantile d'après Freud.
  - b) L'onanisme.
  - c) Le problème de l'éducation sexuelle.

## EDUCATION ET INSTRUCTION

L'avenir des individus, leurs aptitudes professionnelles, leur potentiel social dépendent plus de leurs dispositions affectives que du degré de leur savoir. L'intelligence, même étayée par la connaissance, est une force inutilisable si le caractère ne lui confère pas l'adaptabilité. Cette notion rend compte de la primauté de l'éducation sur l'instruction.

L'éducation morale doit être poursuivie dans la famille et à l'école. Elle peut être puissamment aidée dans le choix judicieux des lectures.

Nous n'envisagerons pas ici le côté philosophique de l'éducation religieuse, nous limitant à l'examen psychologique de ses avantages lorsqu'elle est bien dirigée, de ses dangers, dans le cas contraire.

La religion apporte à l'éthique un symbolisme la rendant plus accessible à l'âme de l'enfant, qui accepte mal l'abstraction. Ses rites, sa pompe, sont autant de facteurs qui impressionnent son imagination et objectivent ses aspirations confuses. La prière, la confession,

les sacrements sont de puissants agents psychothérapeutiques. Tels en sont les avantages incontestables; mais, ainsi que toute méthode qui met en œuvre des influences spirituelles considérables, l'éducation religieuse mal comprise peut comporter de fâcheuses conséquences. Chez certains, le sentiment religieux s'exacerbe : loin de diriger l'affectivité dans un sens humain, il la sublime jusqu'au mysticisme et entraîne le détachement des contingences sociales. Dans d'autres cas, il n'endigie pas l'orgueil et la sensualité, mais les masque au sujet lui-même sous les traits d'un faux mysticisme qui les porte à un degré extrême. Enfin, la rigidité implacable de certaines religions qui ne laissent place à aucune indulgence, l'inexorable sévérité de certains directeurs de conscience, déjà critiqués par Bossuet (1) et pour qui l'effroi est une arme perpétuellement brandie, peuvent, chez des enfants hyperémotifs, susciter des scrupules allant parfois à l'auto-accusation. Ceux qui donnent l'éducation religieuse doivent donc être doués d'un certain « esprit de finesse ».

## LE PROBLEME DES SANCTIONS

Le but idéal de l'éducation morale serait d'élever la conscience à un degré qui rende inutiles les sanctions; mais il est bien exceptionnellement atteint, et la contrainte reste un moyen pédagogique capital. On doit s'attacher à ne pas le rendre exclusif, à ne pas ancrer dans l'esprit de l'enfant la notion du devoir imposé ou intéressé.

Qu'il s'agisse de récompenses ou de punitions, on tiendra compte de son caractère. Il faudra prévoir, devant la brimade, l'inhibition de l'émotif, la révolte du paranoïaque, la soumission sournoise du pervers, le repliement du schizoïde.

La décision et le dosage des sanctions devront prendre en considération la réalité de la faute, sa gravité réglée par les circonstances et par la psychologie de l'enfant. On évitera, à cet égard, toute erreur, toute sévérité excessive qui découragerait le sujet. Avant tout, la sanction devra apparaître comme l'expression d'une justice compréhensive et non comme des sautes d'humeur des parents ou des maîtres.

Leur choix même sera dicté par les goûts de l'enfant, s'adressant chez l'un à l'orgueil, chez l'autre à la gourmandise ou à la paresse.

Quant aux châtiments corporels, tout en ne contestant pas leur utilité, nous pensons qu'ils doivent, de tout nécessité, être rares et modérés.

(1) BOSSUET, *Oraison funèbre de Nicolas Cornet*, Edition Armand GASTÉ, Paris, s. d., in-18, p. XIV et XV.

## LA SEXUALITE INFANTILE

La sexualité infantile pose des problèmes physiologiques, psychologiques et pédagogiques importants.

On considérait jadis que l'instinct sexuel ne se développait qu'à la puberté et que ses manifestations étaient anormales lorsqu'elles la précédaient. Les conceptions de Freud ont bouleversé, sur ce point, les idées. Aboutissant d'une théorie pansexuelle, si elles n'ont pas rallié l'unanimité, elles ont du moins souligné l'importance de la sexualité chez l'enfant. Nous les exposerons brièvement.

a) *Évolution de la sexualité infantile d'après Freud.* —

L'instinct sexuel ne se limite pas à l'instinct de reproduction. Il apparaît avec la vie. De la naissance à trois ans, il se caractérise déjà par le besoin, l'excitation et même le plaisir dans la satisfaction; mais cette phase est d'*auto-érotisme*. Les zones érogènes s'étendent progressivement. La première en date est la muqueuse buccale : stade buccal, représenté par la succion du sein maternel, véritable plaisir sexuel; la succion du pouce en est un succédané. Plus tard, se différencie la zone ano-vésicale : elle trouve sa satisfaction dans la rétention volontaire des matières et de l'urine, dans l'énurésie et la coprophilie. Ce deuxième stade s'accompagne de tendances sadiques, masochistes et exhibitionnistes. Plus tard encore, de nouvelles zones érogènes s'individualisent : zone génitale (onanisme), zones cutanées variées, que l'enfant excite par chatouillement ou par pincement.

À trois ans, débute la *stade hétéro-érotique*, qui n'est pas, d'emblée, hétéro-sexuel. Il passe par une phase indifférenciée où l'enfant subit, selon le cas, une attirance homosexuelle ou hétérosexuelle pour l'un de ses parents.

Lorsque survient la phase hétéro-sexuelle, la fille élit son père, le garçonnet sa mère; ce dernier hait son père et désire sa mort : tel est le complexe d'Œdipe, qui plus tard, laisse parfois place au complexe familial : rapprochement d'un frère et d'une sœur, haine des sœurs entre elles et des frères entre eux.

De six à huit ans, se place un stade de latence : l'éducation intervient et conditionne des *refoulements* : les premières manifestations de l'instinct sexuel sont en quelque sorte enterrées dans l'oubli et l'investigation psychanalytique aura, plus tard, beaucoup de mal à les y découvrir dans l'analyse des rêves. De plus, les traumatismes affectifs peuvent perturber profondément la sexualité durant toute l'enfance.

La puberté, qui marquait pour les classiques l'éveil de l'instinct sexuel, est en réalité la période où il prend sa forme définitive. Nor-

malement, la primauté de la zone génitale s'affirme, et la sexualité s'oriente vers l'aspiration hétéro-sexuelle. Mais l'évolution a pu subir une *fixation prématurée* à l'un des stades précédents; elle peut connaître une *régression* vers l'un de ceux-ci : là serait l'origine des anomalies et des perversions sexuelles de l'adulte : narcissisme, masochisme, sadisme, exhibitionnisme, homosexualité, impuissance; là aussi, la source de psycho-névroses.

Pour n'envisager que l'évolution normale, quelles seront les manifestations de la sexualité après la puberté ? Parfois, l'individu va connaître une satisfaction hétéro-sexuelle précoce : mais l'organisation sociale et morale actuelle la rendent pratiquement délictueuse (inceste, viols, etc...), éventualité qui sera étudiée au chapitre de l'enfant délinquant. Souvent, la sexualité va se masquer, se transformer, se *sublimier* : elle trouve sa dérivation dans des excitations intellectuelles ou corporelles (danse, sports). Enfin l'*onanisme* est sa conséquence fréquente.

b) *L'onanisme* (1) — Ce que nous venons de voir conduit à penser que l'onanisme, manifestation banale de la période pubère, n'est pas rare avant elle et même dès la phase d'auto-érotisme. Avant d'être génital, l'enfant connaît des équivalents répondant à l'excitation des zones érogènes précocement différenciées : anale (rétention de matières); buccale (succion du pouce); cutanée générale (onychophagie).

On soupçonnera l'onanisme aux signes suivants : fatigue, abattement, pâleur, cerne des yeux, somnolence diurne, agitation nocturne, apathie, pudeur excessive. Ces troubles doivent faire surveiller discrètement l'enfant afin de surprendre les manœuvres auto-érotiques. Mais on se gardera bien de le torturer de questions, de lui arracher les aveux injustifiés de cet « onanisme fantôme » sur lequel Dereum a attiré l'attention; onanisme que la crainte des parents finit par faire passer de l'imagination dans la réalité au moyen d'une suggestion maladroite.

Une forme particulière est l'onanisme mutuel qui sévit dans les internats.

L'*étiologie* doit distinguer des causes occasionnelles et des causes prédisposantes.

Les *causes occasionnelles* sont de deux ordres : morales ou physiques.

Parmi les premières, prennent place l'imitation, le prosélytisme des camarades, des frères et sœurs, des domestiques, la promiscuité des familles miséreuses.

(1) Cf. V. HUTINEL et L. BABONNEIX, Onanisme, *Les Maladies des enfants*. Paris, 1909, in-8°, V. p. 957.

Les secondes comprennent les causes d'irritation locale : oxyures, infection du sillon balano-préputial en rapport avec un phimosis, herpès, eczéma, acidité urinaire excessive, toutes causes de prurit génital qui occasionnent le grattage qui, lui-même, fait découvrir le plaisir.

Les causes *prédisposantes* consistent en anomalies intellectuelles ou affectives.

Chez les enfants atteints de troubles de l'intelligence, l'onanisme est banal. Chez les grands arriérés, les idiots et les imbéciles, il a la signification d'un de ces tics moteurs qui sont d'une si grande fréquence : c'est une « péotillomanie » (Cruchet). La masturbation est fréquente au début de la démence précoce et de la paralysie générale infantile.

Chez les anormaux caractériels, l'onanisme se rencontre fréquemment.

Chez l'épileptique, il peut ressortir à trois processus selon qu'il relève d'équivalent amnésique, d'arriération intellectuelle ou de perversité associée.

Il ne manque guère dans les séquelles de l'encéphalite épidémique.

Il est un élément quasi-constant des perversions instinctives : fait important au point de vue pédagogique, il s'accompagne plus particulièrement alors de prosélytisme.

Chez l'émotif et chez le schizoïde, c'est un plaisir compensateur auquel l'enfant s'adonne souvent avec frénésie, l'associant habituellement à une rêverie érotique et y recherchant la consolation d'un complexe d'Œdipe ou d'infériorité. La psychanalyse peut ici déceler des traumatismes affectifs dont l'importance pathogénique est réelle, sans qu'on puisse incriminer des complexes aussi subtils que le voudraient certains auteurs.

Quelles sont les conséquences de l'onanisme habituel ? On l'incriminait jadis dans la genèse des pires accidents ; on lui attribuait un rôle dans l'étiologie des maladies nerveuses et mentales, confondant ainsi cause et conséquence. Tels furent les excès de ce réquisitoire qu'ils appelaient une réaction ; mais celle-ci, ainsi qu'il est fatal, dépassa la mesure et de véritables plaidoyers pour l'onanisme virent le jour. Une saine vision des choses doit éviter les abus dans un sens comme dans l'autre.

La masturbation fatigue l'enfant, le rend apathique et incapable de tout travail. Si, dans la plupart des cas, elle fait place, chez le jeune homme, à des rapports sexuels normaux, elle peut persister et s'accompagner d'impuissance et de perversions sexuelles variées. Encore n'en est-elle pas ici la cause, mais la première manifestation apparente d'un auto-érotisme de fixation ou de régression.

L'onanisme peut être cause de scrupules excessifs et conduire l'enfant déprimé au suicide : mais la sévérité et le manque de compréhension des éducateurs ont ici leurs responsabilités.

Le *traitement* est préventif ou curatif.

Préventif, il consiste dans l'hygiène locale et la prophylaxie de causes d'irritation génitale. Il réside aussi dans la surveillance des fréquentations de camarades amoraux. Enfin il comporte des directives négatives : nous avons dit les dangers des craintes injustifiées des parents, de leurs interrogatoires intempestifs. Ajoutons certaines prescriptions hygiéniques générales : l'opportunité du lever dès le réveil, la pratique des sports.

Le traitement doit-il être curatif, la même modération s'impose qu'en thérapeutique préventive. Une trop grande sévérité, des menaces de sanctions morales, voire divines, peuvent créer l'onanisme : elles peuvent, par un processus psychique identique, pérenniser des pratiques accidentelles ; elles peuvent surtout engendrer des remords, des scrupules, conditionner un complexe d'infériorité générateur de troubles sexuels durables. On évitera les heures d'oisiveté, de solitude. On recommandera la culture physique, l'hydrothérapie, les médications sédatives.

Mais on ne perdra pas de vue que l'onanisme est un eret. On s'attachera à traiter le fond mental, à extirper les complexes : une psychanalyse prudente pourra ici trouver, parfois, son indication.

## LE PROBLEME DE L'EDUCATION SEXUELLE

Dans la plupart des familles, l'éducation sexuelle apparaît si difficile aux parents qu'ils résolvent la question par l'abstention. Cette attitude négative ne va pas sans de graves inconvénients : elle livre une révélation particulièrement délicate aux hasards des confidences de camarades souvent pervers ou de lectures pornographiques. Elle entoure la sexualité d'un mystère de pudeur, à la façon de choses coupables et abjectes ; elle favorise par là les scrupules, les attitudes de repliement, et prédispose aux anomalies génitales de l'adulte.

L'éducation sexuelle doit être faite dans le milieu familial, par les parents ou par le médecin de famille. Elle n'est pas souhaitable à l'école, parce qu'elle doit intervenir à un âge et avec des formes variables, selon le caractère de chaque enfant.

## MÉTHODES THÉRAPEUTIQUES NOUVELLES

### CHAPITRE PREMIER

### LA PSYCHANALYSE

*Indications* : obsessions, phobies, états anxieux, troubles de la sexualité, accidents hystériques.

*Technique* :

1° *L'enquête psychogénique*, pratiquant l'analyse :

- a) des rêves ;
- b) des associations d'idées ;
- c) des actes manqués.

2° *La thérapeutique psychanalytique*.

Condamnation.  
Sublimation.  
Transfert.

Il serait aussi erroné de se priver des bienfaits de cette méthode nouvelle que d'en faire la panacée universelle que voudraient certains auteurs, pour qui elle a le caractère universel et indiscutable d'une religion.

*Indications.* — Il en faut limiter étroitement les indications. Les obsessions, les phobies, les états anxieux, les troubles de la sexualité

(onanisme), dans les cas où ils relèvent d'hyperémotivité et de traumatismes affectifs, les *accidents hystériques* : tels sont les cas qui peuvent bénéficier de la psychanalyse.

La psychanalyse ne doit pas être envisagée comme une science autonome ; elle fait partie de la médecine, elle doit être employée par un médecin et menée de pair avec les autres méthodes d'investigation et de traitement psychiatriques.

*Technique.* — Nous ne l'exposerons que sommairement. Nous distinguerons l'enquête psychanalytique et le traitement psychanalytique, tout en soulignant que ces deux processus ne sont pas successifs, mais parallèles, la thérapeutique se développant au fur et à mesure des investigations psychogéniques.

1° L'ENQUÊTE PSYCHOGÉNIQUE. — Elle met en œuvre trois méthodes : l'analyse des rêves ; celle des associations d'idées libres ou expérimentales ; celle des « actes manqués ».

a) Rêves — Le rêve, pour Freud, est la réalisation imaginative inavouée d'un désir caché parce que refoulé. Il est donc une fenêtre ouverte sur le subconscient. Mais son langage n'est pas direct. Il procède par *condensation*, fusionnant, dans un même personnage, plusieurs personnes dont l'impression, sur le sujet, a été identique ; il procède aussi par *déplacement*, « détachant le sentiment ou l'émotion de son objet principal pour les attacher à des objets accessoires » (Baudouin) : telle la prédilection pour certaine couleur associée, dans la mémoire affective, à une personne aimée. Si la condensation entraîne des crases, le déplacement conditionne des élisions. Aussi le rêve, essentiellement *symbolique*, est-il un véritable rébus. De son contenu réel et inconscient à son expression symbolique, le rapport n'est souvent pas évident, parce que son langage est fait d'allusions dont certaines sont d'analogies, d'autres de contraste, tandis que d'autres encore sont de mécanisme inintelligible. La plupart des symboles se rapportent à la vie sexuelle. Fait remarquable, beaucoup de symboles sont identiques chez des individus de nation, de religion et de culture différentes, comme s'ils représentaient les résidus d'une langue élémentaire actuellement disparue. Nous ne nous étendrons pas ici sur les divers thèmes de rêves dont Freud a pu déterminer la signification, renvoyant le lecteur aux ouvrages consacrés à la psychanalyse (1).

b) Associations d'idées. — Elles sont plus importantes encore

(1) Cf., en particulier, l'article de G. HEUYER. *Traité de Pathologie et de Thérapeutique appliquée*, Paris, 1926, in-18, t. VI, p. 35.

que les rêves (1). Les processus associatifs apparaissent, en effet, à Freud comme une transition entre l'inconscient et le conscient. Comme les rêves, ils sont régis par les lois affectives de condensation et de déplacement; mais c'est un rêve éveillé que le psychanalyste pourra pénétrer ici.

On peut explorer les associations libres, dirigées ou expérimentales.

*Associations libres.* Dans le calme, la demi-obscurité, le malade est invité à laisser flotter sa pensée, sans affectation comme sans réticence, et à en exprimer le cours, aussi désordonné soit-il. Le médecin observe de près les réactions émotives, les résistances surmontées par le sujet lorsque sa pensée aborde les complexes recherchés. On conçoit les difficultés et les dangers de cette analyse chez l'enfant.

*Associations dirigées.* — La pensée du malade est dirigée vers tel rêve, telles circonstances capables d'éclairer la genèse d'une phobie. Mais le psychanalyste, une fois l'orientation mentale imprimée, doit rester aussi passif que possible, pour éviter de suggestionner le sujet en expérience.

*Associations expérimentales.* — Leur recherche est plus facilement réalisable chez l'enfant, devant qui on prononce un mot « inducteur », évocateur possible du complexe recherché, mais dont le rapport avec celui-ci n'apparaît pas évident. Le malade doit dire le mot qu'évoque en lui le mot inducteur. On note, non seulement l'association de mots, mais encore la rapidité de la réponse mesurée au chronomètre et les réactions émotives du sujet (hésitation, bégaiement, répétition du mot inducteur), voire les réactions psycho-électriques, le malade étant placé dans un circuit électrique ou entre les deux pôles de l'électromètre de Lippmann.

c) Actes manqués — Les actes manqués — lapsus, omissions, pertes d'objets, etc., — relèvent, pour Freud, de l'interférence de plusieurs tendances antagonistes et permettent de remonter aux complexes.

Au cours des investigations, une grande circonspection est de règle : il ne faut pas influencer le malade, il faut éviter les interprétations fantaisistes; il faut, enfin, ne révéler qu'avec précaution les complexes, sous peine de déclencher un paroxysme anxieux chez l'émotif.

2° LA THÉRAPEUTIQUE PSYCHANALYTIQUE. — Une fois les complexes

(1) Cf. à ce sujet André MAUROIS. Le cheval et le faune. *Les discours du docteur O'GRADY*, Paris, 1929, in-18, p. 116.

mis à jour, le médecin doit intervenir avec délicatesse. La *condamnation* ne doit pas être une brimade autoritaire, nouvelle censure qui aboutirait à des refoulements, mais une amicale persuasion à des fins de redressement ou de sublimation.

La *sublimation* consiste en le report de l'affectivité sur une activité supérieure : travail, développement artistique ou sportif.

Toute l'influence du médecin réside dans le *transfert* affectif qui porte vers lui la confiance et la sympathie du jeune malade. C'est assez dire que de hautes garanties morales sont aussi nécessaires à exiger du psychanalyste que d'incontestables dons psychologiques. Faute de ceux-ci comme de celles-là, la méthode peut aboutir à des désastres.

## CHAPITRE II

## LES REFLEXES CONDITIONNELS

La conception des réflexes conditionnels a une base physiologique. Elle réside dans les travaux remarquables de l'éminent physiologiste Pavlov. Cet auteur oppose aux réflexes innés, absolus, les réflexes acquis, conditionnels. Ceux-ci ont pour siège la corticalité cérébrale « impressionnée » par les empreintes sensitives, sensorielles et intellectuelles. Ils sont le matériel de l'expérience inconsciente du sujet, le substratum physiologique des connexions intersensitives, intersensorielles et sensitivo-sensorielles. La vue de la viande détermine, chez le chien, une sécrétion salivaire importante; si, à plusieurs reprises, on associe à l'excitant absolu (vue de la viande) un ou plusieurs excitants conditionnels (lumière rouge, sonnerie), une corrélation ne tarde pas à s'établir entre l'excitant absolu et les excitants conditionnels : la sonnerie ou la lumière rouge suffisent isolément à provoquer le flux salivaire.

Mais un processus analogue s'observe à un degré supérieur des fonctions corticales sous forme de connexions inter-idéiques qui sont l'explication physiologique de ce que les psychologues dénomment associations d'idées. Les réflexes conditionnels sont assimilables les uns à des processus d'excitation, les autres à des processus d'inhibition cérébrale. Ils sont épuisables et doivent être entretenus par la répétition simultanée des impressions associées.

L'intérêt des réflexes conditionnels en psychiatrie infantile est capital à plusieurs points de vue.

Par leurs modalités diverses, par la facilité **variable** de leur production et de leur persistance, ils permettent d'explorer la dynamique

corticale de l'enfant normal et pathologique, oligophrène ou atteint de troubles caractériels divers.

Des réflexes conditionnels déterminés par une cause pathologique peuvent être à l'origine de troubles morbides : pollakiurie durable après cystite, tics coqueluchoïdes après laryngite, etc.

Enfin, la production de réflexes conditionnels pouvant être « dirigée » constitue un procédé d'éducation de l'inconscient que le pédagogue a de tout temps mis en œuvre sans le savoir et qu'une connaissance physiologique précise permettra de développer. Quant à leurs applications actuelles, leur portée est diversement appréciée par les auteurs dont les vues se sont confrontées au Premier Congrès international de Psychiatrie infantile tenu à Paris en 1937 (1).

L'avenir dira ce qu'il faut attendre en pratique psychiatrique et pédagogique de la conception si féconde de Pavlov. Il est permis, dès maintenant, d'y voir la base physiologique de la doctrine psychanalytique de Freud.

(1) Premier Congrès International de Psychiatrie infantile. Section de Psychiatrie générale : *Les réflexes conditionnels en psychiatrie infantile*. Rapports de MM. DUBLINEAU, P. MEIGNANT, ISCHLONDSKY (France) ; des Prof. MARINESCO, JONESCO SISESTI et de M. KREINDLER (Roumanie); du Recteur GEMELLI et du Prof. de SANCTIS (Italie); du Prof. IBRAHIM, de M. PEIPER (Allemagne); de M. GESELL (U.S.A.); de M. de JONG (Hollande); du Prof. WINTSCH (Suisse).

Bien qu'encore insuffisante, l'assistance aux enfants atteints de troubles du caractère est en voie d'organisation.

#### CENTRES DE SELECTION ET D'ORIENTATION DISPENSAIRES D'HYGIENE MENTALE

Les consultations de neuro-psychiatrie infantile sont alimentées par les écoles (directeurs, instituteurs, médecins inspecteurs, assistantes scolaires), qui adressent les enfants leur paraissant anormaux, et aussi par les parents eux-mêmes, amenant leurs enfants spontanément ou à l'instigation d'une assistante sociale.

Elles doivent comprendre, au minimum : 1° un médecin spécialisé; 2° une assistante sociale, qui recueille les renseignements familiaux, fait des enquêtes à domicile, assure la liaison avec les assistantes scolaires et les assistantes des autres œuvres sociales, et se charge des démarches afférentes aux placements; 3° une infirmière ou une assistante spécialisée, qui aide le médecin dans l'établissement des fiches et exécute les injections.

De plus, ces centres sont en liaison avec des consultations spécialisées, des laboratoires biologiques et radiologiques.

De telles organisations existent à Paris : à l'hôpital Henri Rousselle et à l'hôpital de Vaugirard (Clinique neuro-psychiatrique infantile, 379, rue de Vaugirard), rue d'Alésia; Assistance aux enfants nerveux, retardés et instables, 35, avenue de Saint-Ouen; dans quelques hôpitaux (Lariboisière, Saint-Louis, etc.). Elles sont rares en banlieue (Vincennes) et dans la région parisienne (Perray-Vaucluse).

Il en existe dans quelques grandes villes : Marseille, Lyon, Bordeaux, Toulouse, Lille, Armentière.

La Suisse, la Belgique, l'Espagne (Barcelone), les Etats-Unis en sont munis.

#### MESURES A PRENDRE

Ici, plusieurs éventualités.

*I. Enfants non assistés.* — a. Devant des troubles affectifs légers, si la famille est suffisamment intelligente, il suffira souvent d'une séparation temporaire du milieu familial : vacances loin des parents, internat, changement de ville universitaire.

On n'accordera pas trop d'importance à certains éclats, à certains repliements d'autisme de la puberté; on se souviendra qu'à cet âge,

#### IV

### ASSISTANCE, ETABLISSEMENTS, LEGISLATION

L'organisation d'assistance en faveur des enfants atteints de troubles du caractère doit envisager :

- I. Des Centres d'orientation et de sélection, constitués par les consultations de neuro-psychiatrie infantile.
  - II. Les mesures à prendre. Elles varient avec les cas.
    - I. Enfants non assistés.
      - A. — S'agit-il de troubles affectifs légers, on proposera la séparation temporaire du milieu familial.
      - B. — Les troubles sont-ils plus accentués ? Les instables ou pervers atténués de la Seine seront dirigés sur l'Ecole Théophile Roussel. Les grands pervers seront l'objet d'une mesure de placement.
    - II. Enfants assistés.
 

Indisciplinés, ils seront placés dans un Institut professionnel.

Sujets à l'immoralité, ils seront placés dans un établissement qualifié, et, à son défaut, remis à l'Administration pénitentiaire.

Présentant de gros troubles du caractère, ils seront internés.
- III. Enfants présentant des troubles affectifs associés à l'arriération mentale. — Ils seront envoyés aux Ecoles autonomes de perfectionnement.
- IV. Epileptiques. — Il y a peu d'établissements qui leur soient ouverts.
- V. Encéphalitiques. — Le plus souvent, ils sont justiciables de l'internement.
- Annexe. — Organisation des Centres médico-pédagogiques.

s'il faut tout prendre au sérieux, il ne faut rien prendre au tragique.

b. Les troubles affectifs sont-ils plus accentués - S'il s'agit d'un enfant renvoyé de l'école pour sa turbulence, on se demandera si l'on a affaire à un instable ou à un pervers atténué, d'une part, ou à un grand pervers, d'autre part.

Dans le cas d'*instabilité* ou de *perversion atténuée*, l'école Théophile Roussel, de Montesson, sera indiquée.

C'est le seul établissement, en France, consacré par une collectivité (le Département de la Seine) à l'enfance difficile. Il comprend actuellement plus de 300 pensionnaires, qui sont examinés avant l'entrée, à l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, par le Dr Paul Boncour. Ils sont répartis en pavillons et reçoivent un enseignement scolaire et pratique. Dans ces dernières années, l'effort de l'Administration s'est porté sur l'organisation de la gymnastique (création d'un stade avec piscine, etc.). L'Ecole obtient environ 80 pour cent de bons résultats.

Les *pervers dangereux* pourront être dirigés sur des *Maisons de rééducation et de sûreté*.

Les *mesures de correction paternelle* étaient prévues par les articles 376 à 382 du Code civil. Ces articles ont été notablement modifiés par un décret-loi du 30 octobre 1935.

Aux termes de ces articles, les parents avaient le droit, dans certains cas, de solliciter, dans d'autres, d'exiger l'incarcération de leurs enfants. Celle-ci ne pouvait dépasser un mois pour les mineurs de 16 ans, six pour les mineurs de 16 à 20 ans.

Cet emprisonnement n'aboutissait, le plus souvent, qu'à aigrir le caractère de l'enfant en provoquant des réactions fâcheuses. D'autre part, il était trop court pour avoir un effet éducatif.

La peine d'emprisonnement est actuellement supprimée. Le père ayant à se plaindre de son enfant peut demander qu'une garde plus étroite soit assurée.

ART. 376 (*modifié*). — Si l'enfant est âgé de moins de 16 ans commencés, le père pourra faire ordonner son placement par autorité de justice. A cet effet, le Président du tribunal civil devra, sur sa demande, délivrer un ordre d'arrestation. Le Président du tribunal civil désignera, en outre, pour une période qu'il déterminera, mais qui ne pourra excéder l'époque de la majorité, soit une maison d'éducation surveillée, soit une institution charitable, soit toute personne agréée par l'autorité administrative ou les tribunaux et qui sera chargée d'assurer la garde de l'enfant.

ART. 377 (*modifié*). — Depuis l'âge de 16 ans commencés jusqu'à la majorité ou l'émancipation, le père pourra requérir le placement de son enfant. Il s'adressera au Président du tribunal qui, sur conclusion de Procureur de la République, pourra ordonner l'arrestation de l'enfant et assurer sa garde dans des conditions prévues à l'article précédent.

ART. 378 (*non modifié*). — Il n'y aura, dans l'un et l'autre cas, aucune écriture ni formalité judiciaire, si ce n'est l'ordre même d'arrestation, dans lequel les motifs ne seront pas énoncés. Le père sera seulement tenu de souscrire une soumission, de payer les frais et de fournir les aliments convenables.

ART. 379 (*modifié*). — Les mesures de garde ordonnées peuvent toujours être révoquées ou modifiées par le Président du tribunal à la requête du Procureur de la République ou à la demande du père ou de toute autre personne qui les a sollicitées.

ART. 380 (*modifié*). — Si le père est remarié, il sera tenu, pour obtenir le placement de son enfant du premier lit, lors même qu'il serait âgé de moins de 16 ans, de se conformer à l'article 377.

ART. 381 (*modifié*). — La mère survivante et non remariée ne pourra obtenir le placement de son enfant qu'avec le concours des deux plus proches parents paternels et qu'en se conformant aux dispositions de l'article 377. La mère survivante et remariée ne pourra obtenir le placement de son enfant qu'en se conformant aux dispositions de l'article 463 du Code Civil et suivant les formes et conditions de l'article 377.

ART. 382 (*modifié*). — Lorsque l'enfant aura des biens personnels ou lorsqu'il aura un état, son placement ne pourra, même au-dessous de 16 ans, être ordonné que dans les conditions de formes prévues par l'article 377.

L'enfant placé pourra s'adresser au Procureur général près de la Cour d'appel qui, après avis du Procureur de la République, fera son rapport au Premier Président de ladite Cour et, après en avoir donné avis au père, à la mère ou au tuteur et après s'être entouré de tous renseignements utiles, pourra révoquer ou modifier les mesures prises par le Président du tribunal civil.

ART. 463 (*modifié*). — Le tuteur qui aura des sujets de mécontentement graves sur la conduite du mineur, pourra, s'il y est autorisé par une décision du Conseil de famille, prise à l'unanimité, solliciter le placement du mineur dans les formes et conditions prévues par l'article 377, même si le mineur est âgé de moins de 16 ans.

Dans tous les cas, le tribunal ne prend aucune décision sans avoir fait procéder à une enquête sociale. Il est démontré, en effet, que nombre de demandes de correction paternelle émanent de parents égoïstes qui cherchent à se débarrasser de leur enfant. De même, autant que possible, un examen médico-psychiatrique de l'enfant est ordonné. Quant au placement, il sera effectué par les soins des Services sociaux. Le placement en maison d'éducation surveillée, ne doit être, dans l'esprit de la plupart, qu'une mesure d'exception.

II. — *Les enfants assistés difficiles ou vicieux* relèvent de la loi du 28 Juin 1904, modifiée par un décret-loi du 30 octobre 1935.

Pour les *pupilles indisciplinés*, la loi prévoit leur placement dans

un Institut professionnel, par décision du Préfet, sur le rapport de l'inspecteur départemental (art. 1).

L'article 2 (modifié le 30 octobre 1935) prévoit l'intervention du tribunal pour les *pupilles donnant « par des actes d'immoralité, de violence ou de cruauté... des sujets de mécontentement très graves »*.

Dans ces cas :

...« Le tribunal civil, statuant en Chambre du Conseil, peut, sur le rapport de l'inspecteur des Enfants assistés et sur la demande du Préfet, dans le département, ou du Directeur de l'Assistance publique de Paris, dans la Seine, décider, sans frais, qu'il sera confié pour une durée de six mois à une œuvre ou à un établissement qualifié pour le recevoir, ou, à défaut, à l'Administration pénitentiaire.

Si, à l'expiration du délai de six mois, le pupille ne s'est pas amendé, il pourra rester confié à l'œuvre, à l'Etablissement ou à l'Administration pénitentiaire par une nouvelle décision du tribunal prise en la même forme ».

Si les troubles du caractère sont très graves, force sera de recourir à l'internement dans un *asile*.

S'il s'agit d'un adolescent renvoyé du milieu professionnel, on pourra envisager, par les soins d'un Patronage, son envoi dans un établissement agricole ou, après recherches de ses capacités professionnelles, son orientation vers un centre de pré-apprentissage ou d'apprentissage tel qu'il en existe un dépendant de la Ville de Paris.

III. — *Si l'on est en présence de troubles affectifs associés à de l'arriération mentale*, on pourra diriger l'enfant sur un *Internat autonome de perfectionnement*, qui est un centre essentiellement d'orientation et d'apprentissage professionnels. On s'adressera à l'un des établissements suivants (1) :

*Institut Clamageran, à Limours (Seine-et-Oise)*. Il est destiné aux enfants de 3 à 15 ans, *garçons seulement*. Les admissions sont faites par l'Assistance aux Enfants nerveux, retardés et instables, 35, Avenue de Saint-Ouen. A partir de 15 ans, les malades sont dirigés sur le Centre agricole du Château d'Arnouville, pour apprentissage d'agriculture ou d'atelier.

Les établissements du *Bon Pasteur*, au nombre de 35 en France, ne reçoivent que les filles.

Les établissements suivants reçoivent des enfants des deux sexes :

*Asile Jean Bost, à la Force (Dordogne)*. Ne prend théoriquement que des enfants de religion protestante.

*Institut médico-pédagogique de Saint-André, près Cernay (Haut-Rhin)*.

*Etablissement psychothérapique de Fleury-les-Aubray (Loiret)*, (par internat seulement).

*Institut médico-pédagogique de Dury-lès-Amiens (Somme)*.

*Asile de Bischwiller (Bas-Rhin)*.

*Institut médico-pédagogique de Châlons-sur-Marne* (annexé à l'asile; admission par internement).

*Institut médico-pédagogique d'Armentières (Nord)* (annexé à l'asile). Admission libre, sans internement.

Pour les *arriérés adolescents atteints de troubles du caractère*, citons : *Château d'Arnouville* (Seine-et-Oise), qui reçoit les adolescents à partir de 15 ans, et dépend de l'Assistance aux enfants nerveux, retardés et instables.

*Colonie d'enfants de l'Asile de Perray-Vaucluse (Seine-et-Oise)*. (Nécessité d'un certificat d'internement).

Et les établissements suivants, déjà cités : de *Cernay*, de *Bischwiller*, d'*Yvetot* (où l'on ne laisse pas entrer les enfants après 13 ans et où on les garde jusqu'à 16 ans).

Il nous reste à envisager deux éventualités spéciales.

IV. — Les *épileptiques* présentant des crises peuvent être adressés à *Saint-André près Cernay* ou à *La Teppe* (Drôme).

V. — Les *pervers post-encéphalitiques*, particulièrement redoutables mériteraient une organisation spéciale. En son absence, c'est à l'internement que l'on doit se résoudre le plus souvent.

#### ORGANISATION DES INSTITUTS MEDICO-PEDAGOGIQUES

L'Institut médico-pédagogique comporte une école, un centre de travail agricole (ferme) et de travail industriel élémentaire (atelier). L'orientation des enfants vers celui-ci ou celui-là se fait selon diverses données : les goûts du sujet, tout d'abord, en se rappelant cependant la répugnance habituelle de l'enfant des villes pour les travaux des champs, alors même qu'ils lui seraient plus adéquats. L'avis des parents sera pris en considération. Il serait souhaitable que des orienteurs examinent ces faits et prennent la décision, après consultation du médecin, en tenant compte de l'âge où l'enfant a été admis, de sa résistance physique et du degré de ses troubles mentaux et affectifs.

La culture physique, la gymnastique ont une large place dans la formation de tels enfants.

Les sorties sont organisées selon les cas. Il faut éviter les dangers d'une liberté excessive, mais ne pas priver les enfants des bienfaits incontestables du contact des adultes (Simon).

L'âge de la sortie de l'Institut ne peut pas, administrativement, dépasser 21 ans; une sortie plus précoce est défectueuse. Certains médecins considèrent comme souhaitable une prolongation, jusqu'à 30 ans, du séjour à l'Institut médico-pédagogique.

Un comité de patronage doit suivre les enfants après leur sortie. Il existe à Yvetot et il est désirable qu'il soit prévu dans les autres instituts.

(1) Cf. aussi l'article de MM. L. BABONNEIX et H. M. FAY, p. 144.

QUATRIÈME SECTION

## MINEURS DÉLINQUANTS (1)

par MM. L. BABONNEIX et J. DUBLINEAU

Longtemps la délinquance n'a été envisagée que sous l'angle du préjudice. Elle était sanctionnée par une « peine », c'est-à-dire, selon la définition même du *Dictionnaire Littré*, par un châtiment « qu'on fait subir pour quelque chose jugé répréhensible ou coupable ».

Actuellement, le délit est considéré moins en lui-même qu'en fonction de son auteur. En analysant la personnalité du délinquant, on peut, dans une certaine mesure, apprécier les raisons qui l'ont poussé à agir et prévoir jusqu'à quel point la récidive est à craindre : « L'étude de la délinquance montre que certains enfants commettent des fautes isolées, tandis que d'autres recommencent indéfiniment à commettre des fautes ; c'est là, à notre avis, le côté le plus intéressant de la question au point de vue pratique. Tous les efforts doivent tendre à diagnostiquer, à l'occasion de sa première faute, le récidiviste de demain et à faire prendre sans tarder toutes mesures utiles à son égard, quelque longues que puissent paraître les années durant lesquelles il faudra le traiter et le soigner pour tâcher de l'amender (2). Il s'agit donc moins d'un *jugement* que d'une *mesure éducative à prendre*, en tenant compte du degré d'amendabilité et d'intimidabilité du sujet.

Une telle mesure engage son avenir pour un temps qui peut aller jusqu'à la majorité : elle ne saurait donc être prise à la légère. Elle nécessite un examen approfondi de l'intéressé, dont l'« *observation* » doit être prise par des personnalités qualifiées et com-

(1) *Délinquant*, de *delinquere* : celui qui a commis un délit.

(2) A. COLLIN et H. ROLLET. *Traité de médecine légale infantile*. Paris. 1920, 372 p. Delagrave. 1 vol.

plétée par des épreuves psychologiques de laboratoire : d'où l'utilité des *Centres dits d'observation*, où il peut séjourner avant jugement.

La diversité des cas, l'importance croissante de la jurisprudence et, pour tout dire, le caractère particulier du problème font comprendre, d'autre part, la nécessité d'une juridiction spécialisée. Aussi a-t-on été amené à créer des *tribunaux d'enfants*, dont la compétence a été peu à peu élargie et qui connaissent aujourd'hui de tout ce qui a trait à l'enfance malheureuse ou coupable.

En aucun cas, leur œuvre ne peut s'arrêter au jugement. Le magistrat a le devoir de continuer, personnellement ou par l'intermédiaire de ses délégués, à suivre les mineurs pour lesquels une décision a été prise. De même, il sera trouvé dans l'obligation, pour parfaire les éléments de son enquête, de solliciter le concours de rapporteurs spéciaux. Délégués et rapporteurs constituent d'indispensables *auxiliaires du tribunal pour enfants et adolescents*.

Une fois arrêtée la mesure à prendre, reste à l'appliquer. C'est alors que se pose la question des *établissements de rééducation*, dont les régimes différeront selon la nature des troubles observés. Question complexe, délicate et que, comme on le verra, les efforts de tous : administrateurs, magistrats et médecins, n'ont pas encore complètement résolue !

Cette étude comportera donc les chapitres suivants : *observation du mineur délinquant, organisation du tribunal pour enfants, des services auxiliaires, exposé des mesures de rééducation*, telles que les comprend l'organisation française actuelle.

Elle sera précédée d'un paragraphe où seront sommairement rappelées les données concernant la délinquance des mineurs en général (étiologie, pathogénie, classification, description des diverses variétés de délits, énoncé des lois et règlements en vigueur), et sans la connaissance desquelles on ne peut comprendre comment se pose le problème de l'assistance à de tels malades, et suivie d'un *exposé comparatif des principales organisations étrangères* et des *réformes proposées ou envisagées* pour l'amélioration des méthodes en cours.

L'action du tribunal s'étend aussi, nous l'avons vu, à la surveillance des mineurs en état de prédélinquance : (enfants difficiles ou dévoyés, mineurs en danger moral). Elle s'intéresse encore aux enfants malheureux, victimes de mauvais traitements, qu'il faut soustraire à leur milieu, aux enfants naturels, dont il faut surveiller l'éducation. Nous serons donc amenés à énumérer et à discuter les mesures prévues en pareil cas, bien qu'il ne s'agisse plus, à proprement parler, d'enfance délinquante (1).

(1) Cf. les articles *Troubles de l'intelligence*, p. 73 et *Troubles du caractère*, p. 173) auxquels nous renvoyons une fois pour toutes.

## PRINCIPES GENERAUX DE L'ASSISTANCE AUX MINEURS DELINQUANTS

### CHAPITRE PREMIER

#### DEFINITION DE LA DELINQUANCE

Difficulté de la donner et nécessité de discriminations selon l'âge. Aussi la loi admet-elle des mesures différentes selon qu'il s'agit des mineurs de moins de 13 ans considérés comme irresponsables, de 16 ou de 18 ans, pose-t-elle pour les mineurs de plus de 13, la question de discernement et fixe-t-elle, pour eux, un « plafond » variable selon la faute : 18 ans pour les délits, 16 pour les délits et pour les crimes.

Définir les limites de la délinquance est chose théoriquement impossible : « La *délinquance*, écrit Simon, *n'est après tout qu'un degré et qu'un hasard* et non pas un fait à part et pathologique dans notre vie toute semée de menues indécidables ». Pour beaucoup, la traduction en justice ne représente que le point de départ *apparent* du comportement antisocial : le vagabond, instable de toujours, faisait jadis l'école buissonnière ; avant le vol à l'étalage, il a souvent commis des larcins familiaux, etc. L'information fixe *un point de la courbe* de délinquance. Mais l'étude du seul délit ne renseigne qu'imparfaitement sur le délinquant.

Par ailleurs, la notion de délit n'a rien d'absolu : le vagabondage,

considéré comme tel par la loi du 24 mars 1921, a cessé de l'être avec le décret-loi du 30 octobre 1935. La prostitution des mineurs a prêté à des discussions du même genre.

L'attitude du mineur à l'égard de son délit est également variable. Elle est fonction de son sens moral, lié lui-même, pour une grande part, aux principes de l'exemple et de l'éducation (Simon).

Même chez l'enfant normalement élevé, l'importance attachée à l'acte n'est pas celle de l'adulte. La notion de la propriété personnelle est souvent imprécise : « chiper n'est pas voler ». C'est la bicyclette qu'on prend « pour faire un petit tour » et qu'on abandonne ensuite, etc. Cette attitude évolue avec l'âge, le mineur de 13 ans n'ayant pas du mal la même notion que celui de 18. Entre 13 et 18 ans, la notion de délinquance est donc des plus polymorphes.

La loi sanctionne d'ailleurs ces discriminations. Elle pose en effet trois données fondamentales :

1° L'étude de la délinquance infantile englobe tous les actes antisociaux des mineurs, de l'infraction *au crime inclusivement*.

2° La juridiction des mineurs fixe les limites suivantes : 18 ans pour les délits, 16 pour les délits et les crimes.

3° Les mesures législatives prévues pour tous ces cas diffèrent selon que le sujet a moins de 13, de 16 ou de 18 ans, ou, selon l'expression juridique, qu'il s'agit *d'un mineur de 13, de 16 ou de 18 ans*.

En réalité, dans ces limites, la loi admet tous les intermédiaires. L'évolution pubérale diffère en effet selon les adolescents. Aussi les mesures prises tiendront-elles compte moins de l'âge réel que de l'âge physiologique (et, bien entendu, de l'âge mental). Ainsi, en ce qui concerne tout sujet de plus de 13 ans, se pose pour le tribunal la question du *discernement*. Est-il reconnu comme ayant agi sans discernement, seule, se pose une question éducative. Dans le cas contraire, il est passible de sanctions pénales. Mais d'une part, ces sanctions progressives sont moins sévères que chez l'adulte ; d'autre part, le tribunal a de plus en plus tendance, quel que soit le cas, à préférer les mesures éducatives aux mesures pénales.

## CHAPITRE II

### ETIOLOGIE DE LA DELINQUANCE

Hérédité. — Antécédents personnels. — Le milieu. — Rôle de la dissociation familiale, de la classe sociale, des zones urbaines de délinquance, de la compagnie, des mauvais garçons (gangs) ; de divers facteurs sociaux : absence de préapprentissage, chômage, lectures malsaines, cinéma. Bien que, le plus souvent, ces diverses causes : hérédité, toxi-infections, tares sociales, s'associent à parts inégales, il faut, avant tout, tenir compte du milieu.

L'étude étiologique met en lumière le rôle de l'association : facteurs personnels — facteurs sociaux (1). De leur importance respective sur laquelle ont encore insisté récemment G. Heuyer et Mme Horinson, dépendra la solution sociale.

La justice ne connaît que d'une infime partie de la délinquance juvénile. Les délits dans la famille, début fréquent des réactions antisociales ultérieures, restent méconnus. Pour les autres, nombre d'enfants sont rendus à leurs familles après simple admonestation du commissaire. Il faut une ou plusieurs récidives pour qu'une information soit ouverte. Avec un tribunal ayant réellement perdu tout caractère répressif, on a pu demander non seulement l'observation médicale systématique des délinquants, mais encore des informations plus fréquentes en matière de délits des mineurs. Ainsi pourraient être établies des statistiques moins approximatives de la délinquance infantile.

Le nombre des mineurs jugés en France, soit par la Chambre du Conseil, soit par les tribunaux pour enfants, soit par le tribunal

(1) Cf. aussi p. 190.

correctionnel, était de 14.407 en 1927 ; 12.825 en 1928 ; 11.882 en 1929 ; 12.234 en 1930 ; 11.598 en 1931 ; 10.034 en 1932 (1).

On discute encore sur la nature et l'importance respective des facteurs de délinquance. Ces faits ont été récemment étudiés par MM. Heuyer et P. Vervaeck (*Congrès des Aliénistes* de Bruxelles de 1935) ainsi qu'au *Premier Congrès international de Psychiatrie infantile* (Paris, 1937) et au Congrès international de Criminologie de Rome (octobre 1938).

**Hérédité** — « L'hérédité ne détermine pas une impulsion fatale au crime ; la théorie lombrosienne du criminel-né n'a plus de partisans. Mais, si les prédispositions héréditaires au crime ne sont pas absolues, il est incontestable qu'un certain nombre de tendances nocives de l'enfant trouvent leur explication dans l'état physique et mental des parents au moment de la conception » (Heuyer) (2).

L'hérédité criminelle peut être *similaire* : le fait n'est pas exceptionnel (familles de délinquants). Le plus souvent, elle est *dissemblable* : parents psychopathes, enfants délinquants ou vice versa.

Alcoolisme, syphilis, tuberculose se retrouvent souvent dans l'ascendance : (le dépistage des deux dernières affections constitue donc un des temps indispensables de l'examen médical des mineurs délinquants (3).

**Antécédents personnels.** - Rappelons ici les traumatismes obstétricaux, pouvant entraîner des convulsions et, plus tard, des troubles caractériels de type épileptoïde ; les maladies infectieuses et contagieuses de l'enfance, les traumatismes (accidents, chutes) à la suite desquels peuvent apparaître des modifications profondes du caractère et du comportement (4).

**Le milieu** — L'importance du milieu social a été souvent soulignée. La *dissociation familiale* est fréquente.

Cette dissociation a été invoqué à l'origine des classiques complexes d'infériorité (Adler, Freud). L'importance de ceux-ci dans l'enfance et l'adolescence donne à la délinquance de cet âge un aspect particulier. Il y a des pays où l'on est tellement pénétré de ces idées qu'on y a créé des services de psychothérapie pour redresser les tendances des enfants nerveux sur la voie de la délinquance (*Individual Psychology*).

Le milieu est le plus souvent celui des classes pauvres. Sur 660

(1) *Journal Officiel* du 4 oct. 1934.

(2) Cf. p. 26.

(3) Cf. 8 et s. q. q.

(4) Cf. p. 48 et 53.

mineurs examinés à Paris en 1933, Roubinovitch signale 80 % d'enfants appartenant à la classe ouvrière. Fréquence plus absolue que relative, d'ailleurs, nombre de mineurs des classes bourgeoises se dévoyant pour des motifs obscurs, parmi lesquels des réactions d'opposition à un milieu apparemment normal et à une éducation morale satisfaisante paraissent seules pouvoir être invoquées.

Dans les maisons d'éducation de l'administration pénitentiaire, la répartition est la suivante, d'après Heuyer : elle montre la prééminence du milieu urbain :

Milieu rural : 20,63 %.

Milieu urbain :

a) Professions libérales : 2,37 %.

b) Métiers manuels et services : 61,92 %.

Enfants orphelins et abandonnés : 15,09 %.

Pour Postma (1), les sujets antisociaux se recruteraient plus volontiers dans les familles nombreuses, et de préférence chez les aînés.

Dans les villes existeraient des *zones de délinquance*. A Chicago, le taux de délinquance juvénile décroît à mesure que l'on s'éloigne du centre de la ville, par zones centrifuges (P. Vervaeck).

L'insuffisance de l'éducation résultant de la dissociation familiale, la contagion de l'exemple, l'influence néfaste du *compagnonnage* en bandes (*gangs*) peuvent aussi être invoquées.

Dans nombre de cas, la délinquance paraît se cantonner à certaines familles. Successivement ou simultanément, les membres d'une même famille sont atteints de débilité mentale, de folie, de maladies sociales, dont la misère : toutes tares héréditaires qui les empêchent de s'élever dans le milieu social.

Signalons enfin les facteurs sociaux : Paul Boncour insiste sur l'absence de pré-apprentissage. Sur 100 mineurs observés par lui et son élève Colette Hallu, 70 « n'ont pas reçu de formation professionnelle, ou n'ont reçu qu'une formation faite sans méthode. Dans 11 % des cas, les mineurs avaient été dirigés vers une occupation au-dessus de leurs possibilités psychiques.

Sur 19 % de mineurs de 18 ans ayant exercé un métier avec méthode, 5 auraient pu, en raison de leur niveau mental élevé, se livrer à des tâches supérieures aux leurs. »

Autres facteurs sociaux : le chômage, favorisant l'instabilité ; la fréquentation des lieux de plaisir ; les lectures malsaines (journaux

(1) Rép. au 1<sup>er</sup> Congrès international de Psychiatrie infantile. Paris, 1937.

licencieux, romans policiers). L'influence du cinéma est généralement considérée comme malsaine (Rouvroy) (1).

*Troubles psycho-caractériels.* - Tout le monde admet que les troubles caractériels constituent un facteur primordial de délinquance. Les avis sont plus partagés pour ce qui est du rôle de la débilité mentale : cette question sera discutée plus loin.

*Au total.* - Milieu misérable, troubles caractériels et probablement déficience intellectuelle : autant de facteurs mêlés en proportions variables et aggravés, (sinon conditionnés) par une hérédité plus ou moins psychopathique. Presque jamais *n'intervient un facteur unique*. Elevé dans un milieu, tel enfant deviendra délinquant, tandis que ses frères et sœurs resteront honnêtes. Prudence et éclectisme s'imposent donc dans l'interprétation d'un cas de délinquance. Celle-ci est un *phénomène biológico-social* (Paul Boncour).

Ces faits entraînent deux conséquences :

1° Pour discutée qu'ait pu être l'influence du milieu, c'est, en pratique, sa connaissance qui dictera la mesure la plus adéquate : liberté surveillée, placement familial ou internat, etc.

2° Un très grand nombre de délinquants relèvent du médecin. Le rôle de celui-ci est un des éléments essentiels de la rééducation.

Aux termes d'une enquête, menée avec toutes les conditions de rigueur désirable, simultanément dans trois villes américaines, Healy et Bronner ont récemment cherché à réviser la plupart des notions actuellement en cours sur la délinquance infantile.

Pour ces auteurs, la délinquance serait particulièrement le fait de sujets « hyperactifs », « dynamiques », moins conformistes que les non-délinquants de même famille, mais non forcément, comme la plupart tendent à le croire, dégénérés ou malades. Des conflits émotionnels se retrouveraient, d'autre part, fréquemment à l'origine de la délinquance, ainsi que le montrent des études comparatives effectuées sur des jumeaux. Il existerait également, chez nombre d'entre eux, un sens personnel de valeur morale. Ces particularités expliqueraient que, dans une même famille, certains enfants soient délinquants, à l'exclusion des autres.

En ce qui concerne le pronostic, les cas les plus curables seraient ceux où il est possible de remédier aux « causes émotionnelles de l'inconduite ».

(1) Cf. p. 124, 126 et 196.

(2) Cette question a fait l'objet d'une série de rapport au Congrès international de Protection de l'Enfance, Francfort 1938.

### CHAPITRE III

## TYPES PSYCHO-CLINIQUES DE DELINQUANTS CLASSIFICATIONS

Les unes sont fondées sur la psychologie, les autres, sur des constatations biologiques et sociales. On peut distinguer ainsi divers types :

I. INTELLECTUELS : débilité mentale légère ou intelligence normale, mais alors troublée par des anomalies caractérielles : débilité scolaire ;

II. CARACTÉRIELS. Importance des facultés d'adaptation et d'intimidabilité, toutes deux resumées dans la notion d'amendabilité ;

III. SOMATO-MORPHIQUES. Importance des tares somatiques : tuberculose, syphilis, maladies de carence ; des données anthropologiques ou, mieux, biotypologiques ; des types physiologiques, selon l'évolution pubérale ;

IV. SOCIAUX.

Toute classification doit donc tenir compte du fonds mental, du constitutionnel ou de l'acquis, de l'état somatique et, surtout, du fonds caractériel.

Nous envisagerons successivement les types intellectuels, caractériels, somatomorphiques et sociaux. Tous sont plus ou moins modifiés par : 1° l'évolution pubérale ; 2° le traitement ; 3° la rééducation.

### *Les types intellectuels*

1° *Niveau mental* — 80 % des délinquants sont des anormaux (Paul Boncour, Roubinovitch, Heuyer et Mlle Serin). Sur ce chiffre, on compte environ 30 % de déficients intellectuels.

Le niveau de l'arriération est variable. Exceptionnellement, il s'agit d'idiots ou d'imbéciles complets. Le plus souvent, on se trouve en présence de sujets subnormaux, à la limite de la débilité. Celle-ci est d'ailleurs difficile à définir d'une façon précise au-delà de la dixième année. *Il existe plusieurs types de débilités*, que révèle la diversité des réponses aux tests d'intelligence (dispersion, groupements homogènes, meilleures réponses de jugement ou de mémoire, etc.). Etant donné le milieu, souvent très fruste, des mineurs jugés (dans les campagnes ou petites villes, en particulier), l'appréciation du niveau mental ne peut guère faire parler de débilité qu'au-dessous de 9 ans et demi environ (aux tests de Binet-Simon). Au-delà, si peu que ce soit, les notions pédagogiques et les acquisitions de milieu interviennent plus ou moins, même avec les tests de Terman. Nombre de sujets se comportent convenablement dans l'existence avec un niveau mental assez bas (1).

L'importance du niveau mental impose, en complément des tests intellectuels classiques, le recours aux épreuves fractionnées (Vermeulen, Rossolimo, Mlle Abramson) pour un bilan précis des différentes facultés et l'établissement d'un « profil mental ».

Le rôle de la débilité mentale comme facteur de délinquance a été longuement étudié au *Premier Congrès international de Psychiatrie infantile*. Macé de Lépinay, Postma, Goanga, Corberi, etc., admettent chez les délinquants une proportion de 26 à 35 % de débiles, au lieu de 5 % environ chez les enfants des écoles. Healy insiste sur la diversité du problème selon les pays et la conception qu'on peut se faire de la débilité. Pour lui, le pourcentage élevé de délinquants débiles tient à ce que le « débile mental ne sait échapper aux poursuites, et du fait aussi que les tribunaux ont tendance à ne pas les laisser en liberté surveillée ». De même, di Tullio, S. de Sanctis, Ferrari restreignent l'importance étiologique de la débilité. Earl pense que celle-ci agit plutôt indirectement en favorisant les échecs du mineur dans son milieu et en faisant naître ainsi les occasions de révolte et les réactions antisociales. Dans l'ensemble, les auteurs insistent : 1° sur la fréquence de l'intrication déficience-anomalies du caractère ; 2° sur la nécessité de discriminer les diverses formes de débilité. Luria parle d'« *oligophrénies partielles* », Vermeulen différencie les arriérés mentaux (niveau mental de 9 à 10 ans) et les débiles mentaux (niveau mental de 6 à 9 ans). Il faut insister également sur le caractère essentiellement relatif des réponses aux tests d'intelligence. Pour Vermeulen, il s'agit surtout de dysharmoniques de l'intelligence : 60 à 70 % ont une intelligence qui, sans être toujours anormale, est pourtant nettement médiocre, ce qui n'est pas le cas dans la population infantile ordinaire. »

2° *Le niveau scolaire* — doit également intervenir, l'illettré de

(1) Cf. p. 77.

débilité moyenne ayant avantage à être placé en Internat pour y apprendre au moins les rudiments de l'instruction.

### *Les types caractériels*

La répartition des mineurs doit tenir compte en principe des tendances caractérielles manifestées, telles qu'elles ont été isolées précédemment. Mais ces tendances ne sont jamais pures. Chaque sujet est porteur d'une « mosaïque » dont l'ensemble détermine le comportement social. Ce comportement se jugera aux facultés d'*adaptation* et d'*intimidabilité*, que résume la notion d'*amendabilité*.

Le pouvoir d'adaptation n'est donc pas la résultante automatique de telle ou telle tendance. Il constitue presque une nouvelle faculté du sujet, qu'on ne peut toujours prévoir au premier examen : l'expérience seule la met en évidence.

La même remarque, quoique à un moindre degré, s'applique à l'intimidabilité. Celle-ci relève en grande partie de l'émotivité, levier important de la rééducation. Absente chez le pervers inintimidable, elle n'est qu'émoussée chez d'autres sujets. Cette atténuation elle-même peut n'être que superficielle et seulement liée à l'esprit de révolte. A l'éducateur de la retrouver sous la carapace d'indifférence. L'émotivité permet *une prise* sur le sujet, à la fois sensible à l'intérêt qu'on lui porte et respectueux par crainte de l'autorité des chefs. Mais elle ne peut intervenir favorablement que si elle-même n'est pas exagérée ou contrariée par une trop grande impulsivité.

On tiendra donc le plus grand compte : 1° des tendances connexes : psychorigidité ou esprit de révolte du paranoïaque, malfaisance ou malignité du pervers, impulsivité de l'épileptoïde, égoïsme de l'hypochondriaque anxieux. Chaque tendance présente ses bons et ses mauvais côtés, modifiant les bienfaits que l'on peut attendre de l'appoint émotif ; 2° de l'évolution de ces tendances dans un milieu donné. C'est donc l'observation *prolongée* et de préférence en internat, qui, corrigeant l'impression première, atténue les rigueurs de la catégorisation théorique. Elle seule permet, en se dégageant d'une formule trop étroite, d'envisager le point de vue plus large de l'amendabilité.

### *Les types somato-morphiques*

a) *Etat somatique*. — Nous avons déjà insisté sur l'intérêt du bilan somatique dans la famille du délinquant. Ce dernier lui-même peut présenter des troubles somatiques gênants pour son placement. C'est le cas des sujets suspects de tuberculose qui ont pu séjourner

déjà en préventorium ou en sanatorium, et en ont été renvoyés pour troubles du caractère.

L'absence d'établissements pour tuberculeux anormaux caractériels, rend difficile leur placement.

Le développement somatique des jeunes délinquants est souvent médiocre, avec retard staturo-pondéral. Il s'agit d'enfants sous-alimentés, qu'il n'est pas rare de voir s'améliorer dès les premières semaines de leur admission en Internat. Le redressement de l'état somatique constitue le premier temps fondamental de la rééducation morale.

*b. Anthropologie.* — L'étude anthropologique des mineurs délinquants, qui s'est poursuivie jusqu'à notre époque, ne paraissait pas jusqu'à ce jour avoir donné de résultats précis (1). Un travail déjà ancien de Maupaté (2) avait abouti à des conclusions négatives; de même, on ne croit plus guère à la théorie du *criminel-né* de Lombroso, au moins sous sa forme initiale.

Il nous suffira d'ailleurs de rappeler combien il est difficile de délimiter la délinquance dans l'activité sociale d'un individu.

Plus récemment cependant, de nouveaux efforts ont été tentés, sur d'autres bases. L'école italienne avec Pende, en particulier a étudié les rapports morpho-endocrinologiques des sujets. Di Tullio arrive par d'autres méthodes à différencier une véritable *constitution délinquante*.

Les données de Kretschmer ont été appliquées par Patridge et Korganoff (Schiff, cité par P. Varvaeck) à l'étude de 304 délinquants infantiles. Chez ces derniers dominaient les types dysplasiques et asthéniques.

Plus récemment, Boven a insisté sur la difficulté d'isoler un type *statique* de délinquants, et sur la nécessité de suivre les modifications *dynamiques* de la morphologie humaine en suivant parallèlement la courbe caractérielle du sujet. Ce qui importe actuellement, c'est moins l'examen somatique ou anthropologique isolé que l'étude complète du sujet, sur le plan *biotypologique* (Toulouse, Laugier, Weinberg).

*c. Types physiologiques.* — D'une façon générale, il convient de séparer les enfants selon leur âge, en tenant compte de leur évolution pubérale. Trois catégories peuvent être individualisées : *prépubères*, *pubères évoluant*, *pubères acquis*. Cette classification est préférable

(1) Pour les stigmates de dégénérescence, cf. p. 22.

(2) МАУРАТЪ. *Recherches d'anthropologie criminelle chez l'enfant. Criminalité et dégénérescence.* Paris-Lyon, 1893, 1 vol., 228 p.

à la notion trop rigoureuse d'âge réel encore en usage dans certains établissements.

### *Les types sociaux*

Existe-t-il un type social pur ? C'est certain. L'action du milieu est trop importante pour qu'il en soit autrement. En fait, le facteur social intervient surtout comme cause de déclenchement ou d'aggravation de tendances constitutionnelles.

Quoi qu'il en soit, le type est à retenir du point de vue pratique, car il dictera la mesure à prendre. Il interviendra également quand se posera pour le garçon amendé la question du retour dans le milieu social (nécessité pour le sujet d'une tutelle efficace, etc.).

### *Classification*

La classification des anormaux inspire l'organisation des établissements de rééducation.

*1° Diverses classifications proposées.* — En Belgique, Rouvroy distingue au Centre d'observation de Moll : les irréguliers psychiques, moraux, sociaux physiques.

Le Congrès de la protection de l'Enfance de Bruxelles, de 1921, distingue les irréguliers pour causes : 1° sociale; 2° biologique ou physique; 3° psychique ou neuro-psychique.

En Italie, di Tullio distingue : 1° les *occasionnels* (ou d'ambiance) qui se subdivisent en deux sous-groupes : mineurs en état d'abandon moral et mineurs dévoyés ; 2° les *constitutionnels* comprenant : « mineurs aux maux psychiques avec dispositions criminelles et mineurs prédisposés de constitution à la criminalité avec symptômes neuro-psychopathiques » (constitution délinquante).

Pende utilise une classification d'ordre endocrinologique.

En France, la tendance est de classer les anormaux selon les constitutions psychopathiques.

Collin et Rollet distinguent : le type *social* (éducation passivement ou activement mauvaise) et le type *pathologique* (porteurs d'une tare mentale). Ce dernier comprend : les débiles intellectuels (éparpillés, apathiques ou raisonneurs); les pervers instinctifs; les déséquilibrés (mythomanes); les hystériques, les épileptiques, les intermittents, les malheureux et les infirmes; les déments (dont la médecine légale infantile a peu à s'occuper).

Heuyer distingue : 1° les normaux; 2° les débiles intellectuels (apathiques ou excités); 3° les déséquilibrés du caractère : émotifs, cyclothymiques, instables, paranoïaques, épileptiques et épileptoïdes, hystériques, pervers, (dont il faut séparer les pervers post-encéphaliques et les perversions du début de la démence précoce).

Au *Congrès international de Criminologie* (Rome 1938), MM. de Casabianca, de Marsico et Pisani distinguent :

1°) *Les mineurs malades qui présentent des réactions antisociales* qu'il est nécessaire de sélectionner tout d'abord, et d'interner.

2°) *Les mineurs anormaux de l'intelligence et du caractère qui présentent des réactions antisociales*, groupe hétérogène et mal limité qui a fait l'objet d'un important rapport de M. Heuyer et de Mlle Badonnel;

3°) *Les mineurs antisociaux constitutionnels*, qui présentent une véritable diathèse amoral-antisociale;

4°) *Les mineurs antisociaux occasionnels*, enfants normaux mal surveillés, mal éduqués;

5°) *Les dévoyés, mineurs susceptibles de devenir des criminels, précriminels*, sujets pour lesquels on peut développer une œuvre de prophylaxie profondément efficace.

2° *Classification générale.* — De ce qui précède, on peut conclure que toute classification devra tenir compte de plusieurs facteurs :

a) *fonds mental* (déficients inéducables ou éducatibles, sujets à niveau mental normal).

b) *fonds caractériel* (sujets avec ou sans troubles du caractère).

c) *pathogénie des troubles* (constitutionnels ou acquis).

d) *âge physiologique* (prépubères, pubères évoluant, pubères acquis).

e) *état somatique* (enfants sains, enfants malades).

f) *degré d'amendabilité* (sujets amendables, douteux, peu amendables).

D'autre part, le vœu suivant a été approuvé :

Le Congrès :

1° Affirme la nécessité, pour les recherches futures sur l'étiologie de la criminalité infantile, d'arriver à l'unification internationale des méthodes de recherche et de procéder, d'après un critérium de classification commun, tant à ces recherches qu'à l'étude du traitement juridique des mineurs antisociaux, et de distinguer : a) les mineurs en état de danger moral; b) les mineurs dévoyés; c) les mineurs coupables d'infractions, normaux au point de vue bio-psychique; d) les mineurs coupables d'infractions, anormaux au point de vue bio-psychique.

2°) Signale, comme condition préalable nécessaire pour la solution des problèmes aboutissant à la lutte contre la criminalité infantile, le diagnostic précoce fondé sur les données anamnestiques et individuelles nécessaires et, en conséquence, l'organisation d'un recensement biologique de la population;

3°) Reconnaît la nécessité de l'institution d'un juge des mineurs compétent pour toutes les infractions commises par des mineurs;

4°) Appelle l'attention sur l'opportunité d'étudier l'extension de la compétence du juge des mineurs aux jugements visant certaines infractions commises par les mineurs, ainsi qu'à la décision de certaines mesures non pénales intéressant les mineurs.

Du point de vue pratique, la destination particulière des Internats permet une première sélection : Instituts médico-pédagogiques pour les déficients; Instituts professionnels pour les sujets somatiquement et psychologiquement normaux; maisons d'éducation surveillée pour les pervers ou les sujets profondément pervers; éventuellement, preventoria ou sanatoria, etc.

Dans l'Internat lui-même, deux notions interviendront pour la classification : 1° l'*âge physiologique*, imposant les trois sections d'usage; 2° le *degré d'amendabilité* et les chances de récupération sociale (sujets amendables ou récupérables, douteux, amendables).

Voici, d'après Rouvroy, les proportions de mineurs observées à Moll dans les diverses catégories isolées selon cet auteur :

— irréguliers pour cause : 1° sociale ; 2° biologique ou physique ; 3° psychique ou neuro-psychique.

I. — <i>Irréguliers médicaux.</i> .....	3,94 %
Infirmes profonds .....	1,19 %
Malades curables .....	2,33 %
Malades incurables .....	0,42 %
II. — <i>Irréguliers psychiques</i> .....	31,64 %
Arriérés profonds .....	1,13 %
Anormaux éducatibles .....	28,12 %
Anormaux à placer .....	2,39 %
III. — <i>Irréguliers moraux</i> .....	5,30 %
Indécis moraux après l'observation et le premier traitement .....	30,48 %
Amendables affirmés .....	20,19 %
Dégénération vers la perversité nette .....	4,63 %
IV. — <i>Irréguliers sociaux purs, c'est-à-dire sans faute morale à leur charge, sans famille et sans métier, n'ayant fait au plus que la mendicité par ordre, du vagabondage de nécessité, de la rapine de consommation immédiate</i> ..	9,12 %

## CHAPITRE IV

## LES DELITS DE MINEURS

- I. VAGABONDAGE. — Il n'est plus aujourd'hui considéré comme un délit, mais comme un état que l'on retrouve à l'origine de la plupart des délits et qui est sujet aux récidives : aussi doit-il faire l'objet de mesures spéciales de préservation, qu'il se produise à l'école, à la maison ou à l'atelier.
- II. VOL. — Ses innombrables mobiles. Ses modalités. Les objets volés sont, selon les cas, diversement utilisés : pour la satisfaction d'un besoin immédiat, d'un plaisir, d'une vengeance, d'un « raptus » vaniteux, etc. Ils peuvent aussi ne servir de rien au délinquant.
- III. DÉNONCIATION CALOMNIEUSE.
- IV. HOMICIDE effectué par l'enfant ou par l'adolescent. Ses motifs : futiles pour celui-là, sérieux (perversité, vengeance) pour celui-ci.
- V. AUTRES DÉLITS : voyage sans billet, au cours d'une fugue. Coups et blessures; incendies volontaires; mendicité.
- VI. SEXUALITÉ. Attentats à la pudeur. Prostitution. Homosexualité. Vagabondage spécial.

Nous engloberons sous ce titre l'ensemble des actes dont un mineur peut avoir à répondre en justice.

*Vagabondage*

Sont considérés comme vagabonds les mineurs de 18 ans qui, ayant, sans cause légitime, quitté, soit le domicile de leurs parents ou

tuteurs, soit les lieux où ils étaient placés par eux, à l'autorité desquels ils étaient soumis ou confiés, ont été trouvés soit errants, soit logeant en garni et n'exerçant régulièrement aucune profession, soit tirant leurs ressources de la débauche ou de métiers prohibés ».

Telle était la définition de la loi du 24 mars 1921, qui a été en vigueur jusqu'au décret-loi du 30 octobre 1935. Les enfants qu'abandonnent leurs parents parce qu'ils subissent de mauvais traitements n'étaient pas en état de vagabondage.

L'article de ladite loi prévoyait qu'ils devaient être « poursuivis et jugés dans les conditions prévues par la loi du 21 juillet 1912 sur les tribunaux pour enfants ».

On a longuement épilogué sur cette loi qui faisait du vagabondage un délit (1). Actuellement, l'enfant en état de vagabondage n'est plus un délinquant, mais il y a lieu de prendre à son endroit des mesures de préservation sur lesquelles nous reviendrons plus loin.

Quoi qu'il en soit, le vagabondage constitue l'une des causes les plus fréquentes d'arrestation des mineurs.

Il est souvent déclenché par des motifs extérieurs, qu'on recherchera avec soin.

A l'école, l'enfant qui a traîné un peu en route et trouve la porte de l'école fermée n'ose pas rentrer chez lui; il prend l'habitude de vagabonder en attendant l'heure du retour.

Nous pourrions citer telle école où l'accueil systématique des élèves en retard a pratiquement supprimé l'école buissonnière.

A la maison, les réprimandes et les coups constituent les motifs le plus fréquemment invoqués; souvent de bonne foi, l'enfant, dans sa logique personnelle, oublie que la correction avait été motivée par un autre méfait (notion importante à retenir, étant donné les exagérations propres à l'âge). Il cherche ainsi à diminuer sa faute, et peut attirer des ennuis de police à ses parents, — surtout à l'époque actuelle, où l'opinion prend parti d'une façon louable, mais quelquefois peu mesurée, en faveur des « enfants martyrs ».

A l'atelier, le renvoi, inattendu à la suite d'une faute, constitue également un fréquent motif de vagabondage, l'enfant n'osant rentrer, par crainte de réprimande.

Ce sont là des fugues d'émotifs, plus ou moins paranoïaques. Certaines fugues sont le fruit d'une détermination soudaine; fugue impulsive de l'instable ou de l'épileptoïde, parfois elle-même véritable équivalent épileptique : un rien la provoque : discussion, dispute. Parfois, le seul désir de « changer », subitement apparu, est à invoquer.

(1) La législation sur le vagabondage des mineurs. Rapport de Mme Hélène CAMPINCHI. Bull. de l'Union des Sociétés de Patronage, 1935, p. 195.

Certaines autres sont plus ou moins préméditées : fugues de l'imaginaire qui veut « vivre sa vie » et qui s'en va à la recherche de l'aventure.

Il est rare qu'une fugue soit unique. La première fois, l'enfant rentre souvent spontanément. A la première occasion, il repart. Cette deuxième fugue s'accompagne souvent d'un vol. Il est alors arrêté par la police. Les fugues seront de plus en plus longues. Dans certains cas, il ne revient pas au domicile paternel.

Son comportement pendant la durée de la fugue est variable, et il est impossible d'en reconstituer les phases, la notion de temps étant en effet très fruste chez la plupart de ces sujets. Seuls, quelques faits peuvent être retrouvés. Il a couché dans les salles d'attente des gares, ou, à la campagne, dans les granges. Parfois, il ne s'est guère éloigné de la maison, ou s'en est rapproché le soir, sans oser ou sans vouloir rentrer. Il a même pu entendre de son abri de fortune, tout en restant caché, les gens partis à sa recherche.

Durant son absence, il fait preuve d'une résistance étonnante, marchant des heures entières, s'alimentant à peine; il aborde rarement les gens. Assez fréquemment cependant, il demandera sur la route à un conducteur de camion de le prendre. Là où le conducteur le descend, recommence l'aventure. Interrogé, il se plaint le plus souvent à tort d'avoir été maltraité chez lui.

Vol, voyage sans billet, mendicité, sans parler des risques sexuels, sont les conséquences habituelles du vagabondage.

Nombre de vagabonds sont ramenés directement à leurs familles. Or, chaque fait de vagabondage impose une enquête sociale portant à la fois sur les parents et le mineur. D'autre part, l'enfant prend rapidement l'habitude de repartir de chez lui. Il est de toute nécessité de prévenir ces récidives et les risques qui s'y attachent. Si, légalement, le vagabondage n'est plus un délit, c'est du moins un état qui conditionne la plupart des délits; c'est, a-t-on pu dire, « l'école primaire du délit » (Lépine).

#### *Le vol*

Ses mobiles innombrables : vol machinal de l'idiot ou de l'imbécile ; vol du débile, sans motif bien net, fruit d'une impulsion que le sujet est incapable de freiner (amoralité, absence d'éducation, impulsivité pathologique). Ces vols sont généralement simples : vol à l'étalage, vol d'une bicyclette, vol de vêtements dans une voiture arrêtée, etc.

D'autres sont accomplis intelligemment : il s'agit assez souvent d'un vol combiné (surtout en cas de récidive) ou d'un vol avec effraction (armoire, tiroirs, pénétration dans une boutique, etc.).

Le vol peut être scolaire, familial, professionnel.

Il peut être effectué *seul* ou en *bande*, le complice étant généralement un débile suggestible, se faisant arrêter, se défendant mal, et, en cas d'arrestation de la bande, se laissant charger par le véritable instigateur.

Il n'est pas rare qu'il ait été accompli par besoin : vol d'une bicyclette au cours d'une fugue, pour s'éloigner plus rapidement, vol d'argent pour se procurer un viatique avant de quitter sa famille ou les nourriciers du patronage, vol d'aliments par un vagabond affamé.

*L'utilisation* du produit des vols est variable. On distingue :

1° La satisfaction d'un besoin immédiat ou l'absence d'utilisation du débile ou du vagabond, qui abandonnent la voiture volée au coin d'une rue; l'inutilisation pathologique du kleptomane : dans sa chambre, caché dans une valise, se retrouvera le produit de vols effectués en série pour satisfaire des besoins plus ou moins obsédants.

2° L'utilisation dans une intention de plaisir : *digestif* (bonbons, gâteaux, friandises); *ludique* (cirque, et surtout attractions, près desquelles l'enfant passe des journées entières; cinéma, où il trouve à la fois un refuge (cinéma permanent) et un plaisir; *achats d'objets tentateurs*, plus ou moins scientifiques, mais d'utilité lointaine : jumelles, appareils photographiques, bicyclettes, montres ou réveils.

Dans tous les cas, l'enfant est le plus souvent incapable de rendre un compte exact de ses dépenses. Il y a toujours des « trous » impressionnants, des différences mystérieuses entre ce qu'il a dépensé et ce qui lui reste. Très souvent, il avoue ne pas avoir compté la monnaie, et l'on en vient à se demander dans quelle mesure la situation n'a pas été exploitée par des gens indécents.

3° Parfois, l'utilisation est faite en groupe : le sujet régale ses camarades, tout en participant lui-même largement aux plaisirs qu'il leur procure.

Dans quelques cas, cette distribution du produit des vols prend un caractère particulier : le sujet distribue sans profiter lui-même du produit des vols, soit qu'il cherche à se débarrasser d'un objet qui risque de le compromettre et dont il ne sait que faire : (vol par vengeance, ou défi, du paranoïaque, dont la vindicte tombe, une fois l'acte accompli), — soit qu'il cherche à tirer vanité de sa générosité. Ce « vol généreux » (Heuyer et Dublineau) est généralement révélateur d'un syndrome de compensation (vanité compensatrice d'une infériorité physique ou psychique, familiale ou sociale). Le pronostic est alors relativement favorable.

#### *La dénonciation calomnieuse*

Elle peut être soit le fait du pervers ou du mythomane, — elle est alors accomplie de sang-froid, — soit une réaction de défense de

l'émotif contre les conséquences redoutées d'une fugue (allégation de mauvais traitements), dans ce dernier cas, elle est généralement formulée avec beaucoup moins d'assurance et d'adresse que dans les premiers.

### *L'homicide*

Il est rare chez l'enfant, plus fréquent chez l'adolescent (16 à 20 ans). Il peut être la conséquence d'un motif futile, qui dans son âme, peut prendre figure de punition infligée à la future victime, l'acte apparaissant alors « comme la seule solution possible » (Collin et Rollet).

Le crime des adolescents peut être une manifestation de vengeance. C'est parfois le forfait du pervers accompli de sang-froid. Plus souvent, une fois le crime accompli, certains arrivent à peine à se rendre compte de l'énormité de leur forfait. (Cas, en particulier, des enfants en bande qui, s'excitant mutuellement, ont, par leurs brimades, provoqué la mort d'un camarade ou de ceux qui détermineraient une catastrophe de chemin de fer ou d'auto à l'aide d'un obstacle). « Pour les enfants assassins, plus que pour tous autres, il faut tenir compte de leur âge et de la nature des mobiles, grossis et déformés par leur imagination ». (A. Collin).

### *Autres délits*

Ce peuvent être :

- 1° Le *voyage sans billet*, au cours d'une fugue;
- 2° Les *coups et blessures*, délit fréquent, mais très souvent involontaire, résultat d'une maladresse (jet de pierre) ou d'une espièglerie. Dans d'autres cas, il s'agit d'un enfant brutal et batailleur, plus ou moins épileptoïde, et déjà redouté de ses camarades;
- 3° L'*incendie volontaire*; de fréquence non négligeable, surtout à la campagne (meules de paille), souvent simple jeu de l'enfant, avide de voir « ce qui se passera », assez souvent associé soit aux perversions sexuelles, soit à la mythomanie calomnieuse, l'enfant se déchargeant sur un tiers;
- 4° La *mendicité* est également un des corollaires du vagabondage; elle peut être imposée par certains parents dénués de sens moral.

### *Sexualité et délinquance*

*L'attentat à la pudeur*. — Ici encore, le degré de perversion du mineur se déduit plus de l'étude du délinquant que des circonstances de l'acte. Celles-ci sont, en effet, souvent difficiles à démêler

(débile impuissant à se maîtriser, pervers constitutionnel ou enfant pervers par des promiscuités de taudis, etc...). Il n'est pas rare que l'acte soit commis par un sujet apparemment normal, dans des conditions qui ne lui donnent que très obscurément la notion de ce qui est défendu. Le rôle de la partenaire, souvent une enfant précoce, est parfois important, la fillette étant successivement provocatrice, puis dénonciatrice.

*La question de la prostitution* — La prostitution ne constitue pas un délit. Elle est néanmoins justiciable de mesures de police dans l'intérêt de la société.

Paul Boncour insiste sur la nécessité de l'association de deux facteurs : « les causes économiques directes ou indirectes, les mauvais exemples incitant à la prostitution, mais les filles qui succombent et ne peuvent se relever sont ainsi par suite d'une prédisposition biologique anormale ».

Pour Lombroso, la prostitution serait la forme féminine de la criminalité congénitale, thèse actuellement peu acceptée.

Elle est très souvent la conséquence soit de la misère (moralité réduite des familles des classes inférieures, liée en partie aux difficultés du logement), soit du vagabondage chez des instables constitutionnelles, paresseuses plus ou moins mythomanes et gloutonnes, toutes manifestations habituelles de la perversion (18 % des prostituées, d'après Paul Boncour).

La prostitution est réglementée en théorie par la loi du 11 avril 1908 qui instituait un régime particulier, distinct de celui des pupilles de l'Assistance publique et de celui des pupilles de l'Administration pénitentiaire. En fait, cette loi est tombée en désuétude. C'est le plus souvent par une extension de la loi de 1921 sur le vagabondage des mineurs que jusqu'à ces derniers mois les prostituées mineures étaient, pour la plupart, prévenues et condamnées. Actuellement, leur régime est loin d'être théoriquement et pratiquement défini.

D'ailleurs, la quasi impossibilité pour elles de consentir à leur relèvement rend le problème très difficile. Leur niveau mental est généralement assez bas.

Sont considérées comme seules amendables les subnormales et les débiles non perverses.

La constatation de troubles du caractère rend tout de suite le pronostic très douteux. Enfin, la notion d'âge intervient au maximum dans les chances de récupération. Au delà de 15 à 16 ans (Etienne Martin et Mourat, Faivre, de Casablanca), tout espoir de retour à la vie sociale normale paraît illusoire.

Il faudra compter aussi, dans les questions d'assistance aux pros-

tituées mineures, avec les maladies vénériennes dont 75 % seraient atteintes (Paul Boncour). On trouve la blennorrhagie dans 60 %, la syphilis dans 21 % des cas. Examen microscopique des sécrétions, examen de sang s'imposent donc comme premier temps de la mise en observation.

*Homosexualité.* — Bien que n'étant pas un délit à proprement parler, elle doit être redoutée et systématiquement recherchée chez les jeunes garçons en état de vagabondage. Le plus souvent, elle est accidentelle, résultant de rencontres fortuites pendant la période d'errance; constitutionnelle, elle est beaucoup plus rare. Dans quelques cas, elle est pratiquée avec une simplicité stupéfiante par des adolescents de 16 à 18 ans, à l'occasion de conversations scabreuses, voire de défis. Bien qu'il s'agisse seulement de perversions acquises, elle n'en est pas moins très dangereuse du point de vue de la contagion morale. Mais on ne rejettera pas définitivement du cadre des rééducables tous les mineurs qui auront été entraînés à ces pratiques au hasard de leurs pérégrinations. Pour un certain nombre en effet (seule une période tant soit peu prolongée d'observation permet de s'en assurer), il ne s'agit que d'expériences occasionnelles qui ne se renouvelleront pas s'ils sont soustraits au milieu.

*Vagabondage spécial.* — Fréquent dans les grandes villes (854 arrestations en 10 ans de mineurs de 16 à 18 ans). (Heuyer et G. Robin).

#### Conclusion

Au total, le délit porte souvent la marque de son auteur. C'est donc celui-ci qu'il faut connaître. Tel est le but que visent la juridiction et l'organisation actuelles de l'assistance aux mineurs délinquants.

## LÉGISLATION ET ORGANISATION FRANÇAISE DE L'ASSISTANCE AUX DÉLINQUANTS MINEURS

### CHAPITRE PREMIER

#### LOIS ET REGLEMENTS EN VIGUEUR

La délinquance des mineurs est régie par :

- 1° La *Loi du 5 août 1850* sur l'éducation et les patronages des jeunes détenus;
- 2° La *Loi du 28 juin 1904* sur l'éducation des pupilles de l'Assistance publique difficiles ou vicieux;
- 3° La *Loi du 11 avril 1908* concernant la prostitution des mineures;
- 4° La *Loi du 22 juillet 1912* sur les tribunaux pour enfants et adolescents et sur la liberté surveillée;
- 5° Le *Décret du 1<sup>er</sup> mars 1924* fixant les indemnités de transport et de déplacement à allouer aux Juges de paix;

(1) Nous ne citerons pas ici tous les textes de lois et de règlements qui règlent la délinquance infantile et juvénile. Ceux que la question intéresse les trouveront dans le *Nouveau guide pour la protection de l'enfance traduite en justice*, publié par le *Comité de défense des enfants traduits en justice de Paris*; 1 vol.; 1934; 552 p. *Au Siège de l'Union des Patronages*, 14, place Dauphine, Paris (1<sup>er</sup>) : 15 fr.

- 6° Le *Décret du 15 janvier 1929* portant règlement d'administration publique et réglant les rapports de l'autorité judiciaire et administrative avec les personnes, institutions charitables et œuvres d'assistance, recevant des mineurs de 18 ans;
- 7° La *Loi du 14 janvier 1933*, complétée par les décrets du 16 mars 1934 et la Circulaire du 22 mars 1934, sur la surveillance des Etablissements de bienfaisance privés;
- 8° La *Loi du 12 avril 1934*, étendant aux Antilles et à la Réunion l'application des lois sur les tribunaux pour enfants et adolescents et la liberté surveillée;
- 9° L'*Arrêté ministériel du 12 mai 1934*. (Déclaration d'ouverture des Etablissements d'hospitalisation privée);
- 10° La *Circulaire du Garde des Sceaux du 29 octobre 1934* aux Directeurs des Maisons d'éducation surveillée, Ecoles de réforme et de préservation;
- 11° Les *Décrets-Lois du 30 octobre 1935* relatifs à la protection de l'enfance;
- 12° L'*arrêté du 14 juin 1938* relatif aux œuvres ou établissements qui sollicitent l'autorisation de recevoir des enfants vicieux (*J. O.* 16 juin 1938, p. 6830).
- 13° Divers lois, décrets ou décrets-lois complémentaires.

Les textes officiels ou les parties principales de certains d'entre eux seront reproduits ou commentés à l'occasion de chacun des chapitres qu'ils concernent.

## CHAPITRE II

## TRIBUNAUX POUR ENFANTS ET SERVICES AUXILIAIRES PRES LE TRIBUNAL

Ils sont régis par la loi du 22 juillet 1912, qui a été remaniée à diverses reprises.

I. LA LOI DU 22 JUILLET, SON TEXTE.

II. LE TRIBUNAL POUR ENFANTS ET ADOLESCENTS.

Depuis la promulgation de la loi, son rôle s'est élargi, et, sans avoir encore atteint sa forme définitive, il tend à devenir un centre autonome, médico-social, chargé de la protection de l'enfance et de la rééducation des mineurs délinquants.

*Sa composition.* Celle des tribunaux ordinaires.

*Sa compétence.* Elle s'étend à tous les crimes et délits des mineurs : seules lui échappent les contraventions relevant du tribunal de simple de police.

Attributions particulières du président.

Les séances ont lieu à huis-clos. Les mesures ordonnées peuvent être rendues immédiatement exécutoires, nonobstant appel.

Les mesures varient selon les cas.

*Crimes et délits.* Les mineurs de 13 ans, irresponsables, sont, avant le jugement, confiés à une institution charitable, et, après enquête, traduits en chambre du conseil devant le président du tribunal, qui prend une décision motivée.

Les mineurs de 13 à 18 ans, ayant fait l'objet d'une information régulière, avec, autant que possible, examen médico-psychologique et enquête sociale, passent devant le tribunal pour enfants et adolescents.

Mineurs de 13 à 16 ans : le tribunal est compétent pour les délits et pour les crimes. Sont-ils reconnus coupables, ils sont passibles de peines abaissées de plusieurs degrés par rapport au droit commun. Sont-ils considérés comme ayant agi sans discernement, ils peuvent l'objet de mesures éducatives.

Mineurs de 16 à 18 ans : Le tribunal juge correctionnellement : il ne s'occupe donc que des délits, renvoyant pour les crimes, devant la Cour d'assises.

Mineurs de 18 à 21 ans. Ils sont justiciables des tribunaux de droit commun.

*Mesures éducatives.*

*Enfants difficiles ou vicieux.* Elles varient selon que ces enfants sont : 1°) chez eux, et que les parents sollicitent leur placement par autorité de justice ;

2°) Assistés.

Dans le premier cas, le tribunal ne statue qu'après enquête sociale et examen médico-psychiatrique. Quant au placement, il est effectué par les soins des services sociaux.

Dans le second, on applique la loi du 28 juin 1904, modifiée par un décret-loi du 30 octobre 1935, et l'enfant est envoyé, pour six mois, dans un établissement qualifié, et, à défaut, à l'Administration pénitentiaire.

(Voir suite au verso)

TITRE PREMIER

*Des infractions à la loi pénale imputables aux enfants  
au-dessous de treize ans*

§ 1<sup>er</sup>. — *Dispositions générales.*

ARTICLE PREMIER. — Le mineur de l'un ou de l'autre sexe de moins de treize ans, auquel est imputée une infraction à la loi pénale, qualifiée crime ou délit, n'est pas déféré à la juridiction répressive.

Il pourra être soumis, suivant les cas, à des mesures de tutelle, de surveillance, d'éducation, de réforme et d'assistance qui seront ordonnées par le tribunal civil statuant en chambre du conseil.

Sont compétents : le tribunal du lieu de l'infraction, celui de la résidence des parents ou tuteur, et celui du lieu où l'enfant a été trouvé.

Si le tribunal saisi est celui du lieu de l'infraction ou celui du lieu où l'enfant a été trouvé, il peut, le cas échéant, renvoyer l'affaire devant le tribunal de la résidence des parents ou du tuteur.

Dans les tribunaux où existent plusieurs chambres, le président désigne celle de ces chambres qui statuera sur les affaires relatives aux mineurs de treize ans.

Les décisions les concernant ne seront pas inscrites au casier judiciaire.

§ 2. — *Mesures préliminaires.*

ART. 2. — Le Procureur de la République, informé qu'un fait qualifié crime ou délit a été commis par un mineur de treize ans, en saisit le juge d'instruction. L'action civile ne peut être exercée que devant les tribunaux civils.

ART. 3. — Le juge d'instruction, désigné par le premier président dans les termes de l'art. 17, pourra s'assurer de l'enfant, soit en le remettant à une personne digne de confiance, à une institution charitable reconnue d'utilité publique ou désignée par arrêté préfectoral, ou à l'Assistance publique, soit en le faisant retenir dans un hôpital ou hospice, ou dans tel autre local qu'il désignera, au siège du tribunal compétent. Il préviendra sans retard les parents, tuteur ou gardien connus.

Il donnera avis de l'ouverture de l'instruction au président du comité de défense des enfants traduits en justice. Il désignera ou fera désigner par le bâtonnier un défenseur d'office.

Toutefois, s'il y a prévention de crime, le juge d'instruction pourra par ordonnance motivée, décider que l'enfant sera retenu dans la maison d'arrêt et séparément des autres détenus.

§ 3. — *Informations et décisions.*

ART. 4. — Le juge d'instruction recherche, en se conformant aux règles générales du Code d'instruction criminelle et de la loi du 8 décembre 1897, si le mineur est l'auteur de l'infraction qui lui est reprochée. S'il n'y a pas de charges contre l'enfant, ou si le fait qu'on lui impute ne constitue

*Enfants en danger moral.* — En principe, on leur applique les dispositions du décret-loi du 30 octobre 1935, et, après enquête sociale et examen médico-psychiatrique, ils sont ou confiés soit un Etablissement spécialement habilité à cet effet, soit à l'Assistance publique, ou placés sous le régime de la liberté surveillée.

*Mesures protectrices.*

a) Mesures de *préservation* pour les enfants en état de danger moral, pour les pupilles de la Nation, pour les enfants naturels : organisation d'une tutelle.

b) Mesures de *protection* pour les enfants victimes de mauvais traitements : déchéance paternelle.

III. LES SERVICES AUXILIAIRES PRÈS LE TRIBUNAL POUR ENFANTS.

*Leur organisation théorique.* Recrutement des *rapporteurs* et des *délégués*. Conditions légales qu'ils doivent remplir. Qualités requises, les responsabilités à prendre étant plus grandes pour ceux-là que pour ceux-ci. Leur formation technique, comportant l'acquisition de connaissances juridiques, psychologiques, médicales et sociales, et qu'on acquiert qu'au cours d'un apprentissage. Rôle, dans cette formation, des Ecoles de service social. En principe, aux professionnels rétribués devraient être réservées les enquêtes, aux bénévoles, la liberté surveillée. Leur statut juridique : les pouvoirs des uns et des autres étant pratiquement, très limité.

*Organisation pratique.* Liste des Œuvres qui, tant à Paris qu'en province, acceptent d'effectuer les enquêtes au nom du tribunal.

*Œuvres connexes.* Leur liste.

IV. LIAISONS DU TRIBUNAL POUR ENFANTS.

Elles se font avec 1<sup>o</sup>) un grand nombre d'organismes, dont, surtout, les Offices d'orientation professionnelles et par les soins des Œuvres rapporteuses et des délégués d'une part, d'un service spécial de l'Administration pénitentiaire ; 2<sup>o</sup>) avec les services médicaux spécialisés.

Ils sont régis par la *Loi du 22 juillet 1912*, laquelle a été complétée ou remaniée à plusieurs reprises. (Lois des 22 février 1921, 26 mars 1927 et 30 mars 1928. Décret du 31 août 1913, abrogé par le décret du 15 janvier 1929, etc.).

LOI DU 22 JUILLET 1912

Sur les tribunaux pour enfants et adolescents et la liberté surveillée complétée par les lois des 2 février 1921, 26 mars 1927, (*Journal Officiel* des 25 juillet 1912, 24 février 1921, 23, 24, 25 mai 1927) et 30 mars 1928 (*Journal Officiel* du 1<sup>er</sup> avril 1928 (1)).

(1) Texte emprunté au *Nouveau guide pour la protection de l'enfance traduite en justice* par P. de CASABLANCA DE MONTVALON et R. PASCALIS. (Union des Sociétés de Patronage de France), Paris, 1934.

ni crime ni délit prévus par la loi, le juge, après les réquisitions du ministère public, rendra une ordonnance de non-lieu.

S'il paraît, au contraire, que l'enfant est l'auteur d'un fait qualifié crime ou délit, il devra être procédé à une enquête sur la situation matérielle et morale de la famille, sur le caractère et les antécédents de l'enfant, sur les conditions dans lesquelles celui-ci a vécu et a été élevé, et sur les mesures propres à assurer son amendement. Cette enquête sera complétée, s'il y a lieu, par examen médical. Le juge d'instruction pourra charger de cette enquête supplémentaire un rapporteur figurant dans une liste établie par la chambre du conseil au commencement de l'année judiciaire, et choisi de préférence parmi les catégories suivantes : magistrats ou anciens magistrats, avocats de l'un ou de l'autre sexe, avoués ou avoués honoraires, membres de l'un ou l'autre sexe des sociétés de patronage reconnus d'utilité publique ou désigné par un arrêté préfectoral et membres de l'un ou l'autre sexe des comités de défense des enfants traduits en justice.

Ce rapporteur entend l'enfant, recueille près de toute personne tous renseignements, et procède à toutes vérifications qui lui paraîtront nécessaires dans l'intérêt du mineur, il en réfère immédiatement au juge d'instruction. Il adresse à ce magistrat un rapport écrit constatant les résultats de ses investigations, que celui-ci complète, s'il y a lieu.

Lorsque l'instruction est achevée, le juge d'instruction la communique au Procureur de la République, et renvoie, s'il y a lieu, le mineur devant la chambre du conseil.

(Addition de la loi du 22 février 1921)

Il sera procédé dans les mêmes formes, sur la plainte préalable des administrations publiques, s'il s'agit d'infractions pour lesquelles le droit de poursuite appartient exclusivement à ces administrations.

ART. 5. — La chambre du conseil statue, après avoir entendu l'enfant, les témoins, les parents, le tuteur, ou le gardien, le rapporteur, s'il en a été commis, ainsi que le ministère public et le défenseur.

Elle constate, dans sa décision, la présence des personnes ci-dessus énumérées.

ART. 6. — Si la prévention est établie, la chambre du conseil prend, par décision motivée, une des mesures suivantes :

1°) remise de l'enfant à sa famille;

2°) placement jusqu'à la majorité soit chez une personne de confiance soit dans un asile ou internat approprié, soit dans un établissement d'anormaux, soit dans une institution charitable reconnue d'utilité publique, ou désignée par arrêté préfectoral ;

3°) remise à l'assistance publique.

Lorsque la chambre du conseil aura ordonné que le mineur sera remis à sa famille, à une personne ou à une institution charitable, elle pourra, en outre, charger un délégué d'assurer, sous sa direction la surveillance du mineur dans les conditions prévues au titre de la présente loi.

La chambre du conseil détermine le montant des frais judiciaires, des frais d'entretien et de placement à mettre, s'il y a lieu, à la charge de la famille.

Ces frais sont recouverts comme frais de justice criminelle.

Les audiences de la chambre du conseil ne sont pas publiques; peuvent néanmoins y assister les membres des comités de défense des enfants traduits en justice, les membres agréés par le tribunal, les sociétés de patronage et autres institutions charitables, s'occupant des enfants, ainsi que les personnes ayant reçu une délégation du tribunal. La décision motivée est lue en audience publique.

ART. 7. — Dans le délai de 10 jours toutes les décisions de la chambre du conseil sont notifiées à personne ou à domicile, par lettre recommandée du greffier au mineur et à son défenseur, aux père et mère, tuteur ou gardien, et au Procureur de la République.

ART. 8. — Lorsque le mineur de 13 ans est impliqué dans la même cause qu'un ou plusieurs inculpés, plus âgés et présents, l'instruction est faite suivant les règles du droit commun. Néanmoins les dispositions des articles 3 et 4 ci-dessus devront être appliquées au mineur de 13 ans. Si celui-ci ne bénéficie pas d'une ordonnance de non-lieu, il comparaitra devant le tribunal civil compétent, même dans le cas où les inculpés plus âgés seront l'objet d'une ordonnance de renvoi.

§ 4. — *Recours contre les décisions de la chambre du conseil.*

ART. 9. — La faculté d'appeler du jugement de la chambre du conseil appartiendra au mineur, à son père, à sa mère, à son tuteur, à son gardien et au ministère public.

Cet appel sera fait au greffe du tribunal qui aura rendu le jugement dans un délai de 10 jours, qui commencera à courir le lendemain du jour de ce jugement pour ceux qui ont assisté à l'audience où il a été prononcé et le lendemain du jour où la lettre recommandée leur est parvenue pour le père, la mère, le tuteur ou le gardien qui n'étaient pas présents à cette audience.

Dans les Cours où existent plusieurs chambres, le Premier Président désigne celle de ces chambres qui statuera en chambre du conseil, le ministère public et les intéressés entendus ou appelés. Le recours est suspensif, sauf exécution provisoire expressément ordonnée.

Peuvent assister aux audiences les personnes désignées au dernier paragraphe (il faut lire à l'avant-dernier paragraphe) de l'art. 6.

ART. 10. — Lorsqu'une année au moins se sera écoulée depuis l'exécution d'une décision plaçant l'enfant hors de sa famille, les parents ou tuteur pourront demander à la chambre du conseil que l'enfant leur soit rendu en justifiant de son amendement et de leur aptitude à l'élever. En cas de refus, ils pourront saisir la chambre du conseil de la Cour d'appel dans le délai prévu à l'art. 9 et suivant la forme qui y est indiquée.

En cas de rejet définitif, une semblable demande ne pourra être représentée qu'après un nouveau délai d'un an.

ART. 11. — La Chambre du conseil du tribunal peut toujours, d'office à la requête du ministère public, ou à la demande de l'enfant, soit le rendre à sa famille, soit modifier son placement, par une décision motivée, sauf recours devant la chambre du conseil de la Cour d'appel. Ce recours est suspensif, sauf exécution provisoire expressément ordonnée par la chambre du conseil du tribunal.

Si la demande émane du mineur, et si elle est rejetée, elle ne pourra être renouvelée qu'après un délai d'un an.

#### § 5. — *Dispositions diverses.*

ART. 12. — Le ministère public est chargé d'assurer l'exécution des décisions de la chambre du conseil.

ART. 13. — Les actes de procédure, les décisions, ainsi que les contrats de placement prévus aux articles précédents, sont exempts de tous droits de timbre et enregistrement.

#### § 6. — *Contraventions commises par les mineurs de 13 ans.*

ART. 14. — Les contraventions commises par les mineurs de 13 ans seront déférées au tribunal de simple police siégeant dans le cabinet du juge de paix, hors la présence du public et en présence des parents, gardien ou tuteur.

Si la contravention est établie, le juge adresse une réprimande au mineur ou aux parents, et les avertit des conséquences de la récidive. Cette réprimande est inscrite sur un registre spécial.

Au cas où le mineur se trouvera en état de récidive, aux termes de l'art. 483 du Code pénal, il sera traduit devant le tribunal civil statuant en chambre du conseil, et soumis aux prescriptions des articles qui précèdent.

### TITRE II

#### *De l'instruction et du jugement des infractions à la loi pénale, imputables aux mineurs de treize à dix-huit ans, des tribunaux pour enfants et adolescents*

ART. 15. — Les tribunaux correctionnels seront saisis des délits, emportant peine d'emprisonnement, commis par les mineurs de 13 à 18 ans, par renvoi du juge d'instruction ou de la chambre des mises en accusation. Ils ne le seront, en aucun cas, par voie de citation directe.

(Addition de la loi du 22 février 1921) .

S'il s'agit d'instructions dont la poursuite est réservée d'après les lois en vigueur aux administrations publiques, le Procureur de la République aura seul qualité pour exercer la poursuite dans les conditions prévues à l'alinéa précédent, sur la plainte préalable de l'administration intéressée.

ART. 16. — Les dispositions de l'art. 4 de la loi du 19 avril 1898 continueront à être appliquées dans tous les cas de crimes ou de délits imputables à des mineurs de 13 à 18 ans, le juge d'instruction peut, en tout état de cause, ordonner, le ministère public entendu, que la garde du mineur sera confiée à sa famille, à un parent, à une personne digne de confiance, à une institution charitable reconnue d'utilité publique ou désignée par arrêté préfectoral ou à l'Assistance Publique.

Cette mesure est toujours révocable : elle reste en vigueur jusqu'à l'ordonnance de non-lieu qui clôturera l'instruction, et, s'il y a renvoi jusqu'au jugement définitif.

Si la garde provisoire est laissée à la famille du mineur, à un parent ou à un particulier, le juge d'instruction peut ordonner qu'elle sera exercée sous la surveillance d'une personne digne de confiance désignée par lui.

Toutefois les parents du mineur, jusqu'au troisième degré inclusivement, son tuteur ou son subrogé tuteur, ou le ministère public, peuvent former opposition contre l'ordonnance du juge d'instruction. L'opposition est portée dans les trois jours, devant le tribunal en chambre du conseil, par voie de simple requête.

ART. 17. — Dans les tribunaux où il existe plusieurs juges d'instruction un ou plusieurs de ces magistrats, désignés par le premier président sur la proposition du procureur général, seront chargés spécialement de l'instruction des inculpations dont sont l'objet les mineurs de 18 ans. Le magistrat instructeur fait porter son enquête, en même temps que sur les faits incriminés, sur la situation matérielle et morale du mineur et de sa famille. Il donne avis de l'ouverture de l'instruction au Président du Comité de défense des enfants traduits en justice. Il désigne ou fait désigner par le bâtonnier un défenseur d'office. Il soumet le mineur, s'il y a lieu, à un examen médical.

ART. 18. — Dans chaque arrondissement, le tribunal de première instance se forme en tribunal pour enfants et adolescents, pour juger, dans une audience spéciale, les mineurs de 13 à 16 ans auxquels sont imputés des crimes ou des délits, et les mineurs de 16 à 18 ans qui ne sont inculpés que de délits.

Au tribunal de la Seine et dans les tribunaux composés de plusieurs chambres, il est formé, dans le tribunal de première instance, une chambre spéciale, dite tribunal pour enfants et adolescents, chargés de juger les mineurs de 13 à 16 et de 16 à 18 ans visés au paragraphe précédent. Les appels seront jugés par la Cour dans une audience spéciale et dans les mêmes conditions que devant les premiers juges. Les magistrats désignés pour composer les tribunaux pour enfants et adolescents peuvent faire partie d'autres chambres.

Lorsqu'un mineur de 13 à 18 ans est impliqué comme auteur principal co-auteur ou complice dans la même cause que les inculpés présents plus âgés, l'affaire est portée devant la juridiction de droit commun. Il en est de même en matière de crimes, lorsqu'un mineur de 13 à 16 ans est impliqué comme auteur principal, co-auteur ou complice dans la même cause que des inculpés plus âgés.

ART. 19. — Chaque affaire est jugée séparément, en l'absence de tous autres prévenus.

Sont seuls admis à assister aux débats les témoins de l'affaire, les proches parents du mineur, les tuteur et subrogé-tuteur du mineur, les membres du barreau, les représentants de l'Assistance publique, les membres agréés par le tribunal, des sociétés de patronage, des comités de défense des enfants traduits en justice et des autres institutions charitables s'occupant des enfants, les délégués du tribunal et les représentants de la presse.

La publication du compte rendu des débats des tribunaux pour enfants et adolescents est interdite. Il en est de même de la reproduction de tout portrait des mineurs poursuivis, de toute illustration les concernant, les actes à eux imputés. Les infractions à ces deux dispositions seront déférées aux tribunaux correctionnels et seront punies d'une amende de cent à deux mille francs (100 à 2.000).

Ces dispositions sont également applicables aux débats devant la chambre du conseil prévue au titre 1<sup>er</sup>.

Le jugement ou l'arrêt sera rendu en audience publique et pourra être publié, mais sans que le nom du mineur puisse être indiqué autrement que par une initiale.

Lorsque le mineur a été renvoyé devant la juridiction de droit commun avec des inculpés présents plus âgés, l'audience est publique.

### TITRE III

#### *De la liberté surveillée*

ART. 20. — Le tribunal peut prononcer provisoirement la mise en liberté surveillée d'un mineur de 13 à 18 ans sous la garde d'une personne ou d'une institution charitable qu'il désigne et dont il dirige l'action. Le Président explique au mineur, ainsi qu'à ses parents, gardien ou tuteur, le caractère et l'objet de la mesure prononcée.

ART. 21. — L'article 66 du Code pénal est modifié ainsi qu'il suit :

Lorsque le prévenu ou l'accusé aura plus de 13 ans et moins de 18 ans s'il est décidé qu'il a agi sans discernement, il sera acquitté, mais il sera, selon les circonstances, remis à ses parents, à une personne ou à une institution charitable ou conduit dans une colonie pénitentiaire pour y être élevé et détenu pendant le nombre d'années que le jugement déterminera, et qui ne pourra excéder l'époque où il aura atteint l'âge de 21 ans.

Dans le cas où le tribunal aura ordonné que le mineur sera remis à ses parents, à une personne ou à une institution charitable, il pourra décider, en outre, que ce mineur sera placé jusqu'à l'âge de 21 ans au plus, sous le régime de la liberté surveillée.

A l'expiration de la période fixée par le tribunal, celui-ci statuera à nouveau à la requête du Procureur de la République.

(Addition de la loi du 22 février 1921)

Les recours contre les décisions ordonnant le placement d'un mineur ou son envoi en colonie pénitentiaire sont suspensifs, sauf exécution provisoire expressément ordonnée.

(Art. 86 loi du 26 mars 1927). — Lorsque le mineur de 13 à 18 ans aura été remis à une personne ou à une institution charitable ou conduit dans une colonie pénitentiaire, cette décision pourra être modifiée dans les conditions fixées par les art. 10 et 11 de la présente loi, le tribunal ou la Cour statuant au lieu et place de la chambre du conseil du tribunal ou de celle de la Cour d'appel.

ART. 22. — Le tribunal peut désigner, en qualité de délégués, un certain nombre de personnes de l'un ou de l'autre sexe, chargées, sous sa direction, d'assurer et de contrôler la mise en liberté surveillée prononcée en vertu des articles 20 et 21.

Ces délégués sont choisis de préférence parmi les membres des Sociétés de patronage, des Comités de défense des enfants traduits en justice, des institutions charitables agréées par le tribunal : ils peuvent être des particuliers choisis directement par lui.

ART. 23. — Pendant la période fixée, les délégués visitent les mineurs en liberté surveillée aussi souvent qu'il est nécessaire et fournissent des rapports sur leur conduite au président du tribunal. En cas de mauvaise conduite ou de péril moral d'un mineur en liberté surveillée ainsi que dans le cas où des entraves systématiques seraient apportées à la surveillance, le président toutes les fois qu'il le jugera nécessaire pourra soit d'office, soit sur simple requête du délégué ordonner de citer le mineur et les personnes chargées de sa garde à une prochaine audience pour qu'il soit statué à nouveau.

ART. 87 de la loi du 26 mars 1927. — Lorsque le mineur aura donné des gages suffisants d'amendement, le président pourra user de la même faculté, soit d'office, soit à la requête du ministère public, soit à la demande de la famille, ou du délégué.

En cas de décès ou d'empêchement du délégué son remplaçant sera désigné par ordonnance du président du tribunal pour enfants et adolescents.

Dispositions additionnelles de la loi du 22 février 1921 :

Le Président soit agissant d'office, soit saisi d'une requête à fin de décharge de garde ou de surveillance, pourra, s'il y a lieu, ordonner toutes mesures nécessaires à l'effet de s'assurer de la personne du mineur.

Il pourra par ordonnance motivée, décider que le mineur sera conduit et retenu à la maison d'arrêt, séparément des autres détenus. Ensuite le mineur sera interrogé dans les 24 heures par le Président, et le tribunal devra examiner l'affaire à la plus prochaine audience. Le tribunal pourra ordonner l'exécution provisoire de sa décision immédiatement et nonobstant appel ou opposition.

Tous incidents, toutes instances modificatives concernant les décisions rendues par application de la loi du 22 juillet 1912 seront soumis au tribunal ayant primitivement statué à moins que celui-ci n'ait délégué ses pouvoirs et attributions soit au tribunal du domicile des parents, ou de la personne, ou de l'institution charitable à qui le mineur aura été judiciairement confié, soit au tribunal de l'arrondissement où le mineur se trouvera placé.

Si l'affaire requiert célérité, toutes mesures provisoires urgentes pourront toujours être ordonnées par le tribunal de l'arrondissement où le mineur se trouvera placé.

Ce tribunal aura également compétence pour statuer sur tous incidents et toutes instances modificatives aux mesures ordonnées en vertu des articles 20, 21, 22, et 23 si, en l'absence de la délégation expresse prévue à l'alinéa 5 du présent article la mise en liberté surveillée a été ordonnée par une juridiction n'ayant pas un caractère permanent ou par l'arrêt infirmatif d'une Cour d'appel.

ART. 24. — En cas de décès, de maladie grave, de changement de résidence ou d'absence non autorisée du mineur en liberté surveillée, les parents, tuteur, gardien ou patron doivent prévenir sans retard le délégué qui en informe le président du tribunal pour enfants et adolescents.

ART. 25. — La mise en liberté surveillée des mineurs de 13 ans, qui peut être ordonnée par la chambre du conseil, conformément à l'art. 6, sera régie par les dispositions des articles précédents.

(Addition de la loi du 22 février 1921). — L'instance modificative concernant un mineur âgé de moins de 13 ans au moment où il aura été remis en liberté surveillée, ou au moment où il aura été l'objet de l'un des placements énumérés à l'art. 6, sera portée devant le tribunal pour enfants et adolescents, lorsque les faits la motivant se seront produits, après que le mineur aura dépassé l'âge de 13 ans. Ce tribunal prendra les mesures d'éducation prévues à l'art. 21.

ART. 26. — Les art. 67, 68 et 69 du Code pénal sont modifiés ainsi qu'il suit :

ART. 67. — S'il est décidé qu'un mineur de plus de 13 et moins de 16 ans a agi avec discernement, les peines seront prononcées ainsi qu'il suit :

S'il a encouru la peine de mort, des travaux forcés à perpétuité, de la déportation, il sera condamné à la peine de 10 à 20 ans d'emprisonnement dans une colonie correctionnelle, pour un temps égal au 1/3 au moins et à la moitié au plus de celui pour lequel il aurait pu être condamné à l'une de ces deux peines.

Dans tous les cas il pourra lui être fait défense de paraître, pendant cinq ans au moins et dix au plus, dans les lieux dont l'interdiction lui sera signifiée par le Gouvernement.

S'il a encouru la peine de la dégradation civique ou du bannissement il sera condamné à être enfermé d'un an à 5 ans, dans une colonie pénitentiaire ou une colonie correctionnelle.

ART. 68. — Le mineur âgé de plus de 13 ans et de moins de 16 ans, qui n'aura pas de complices présents au-dessus de cet âge et qui sera prévenu de crimes, sera jugé par les tribunaux correctionnels qui se conformeront aux deux articles ci-dessus.

ART. 69. — Dans tous les cas où le mineur âgé de plus de 13 ans et de moins de 16 ans n'aura commis qu'un simple délit, la peine qui sera prononcée contre lui ne pourra s'élever au-dessus de la moitié de celle à laquelle il aurait pu être condamné s'il avait eu seize ans.

ART. 27. — Dans chaque tribunal, le greffier tiendra un registre spécial, non public, sur lequel seront inscrites toutes les décisions concernant les mineurs de moins de 18 ans.

ART. 28. — Un règlement d'administration publique rendu sur la proposition des Ministres de la Justice et de l'Intérieur après avis du Comité national pour la protection des enfants traduits en justice (Loi du 30 mars 1928) (Journal officiel du 1<sup>er</sup> avril 1928) déterminera les mesures d'application de la présente loi.

Ce règlement fixera notamment le taux et les conditions des allocations qui pourront être accordées aux personnes, hôpitaux ou hospices et institutions charitables auxquels des mineurs auront été confiés par l'application d'application de la présente loi.

La loi sera mise en vigueur six mois après l'insertion au Journal officiel du règlement d'administration publique.

## LE TRIBUNAL POUR ENFANTS ET ADOLESCENTS

Créé en principe par la loi du 22 juillet 1912 pour les mineurs de 13 à 18 ans, il s'est progressivement modifié. Son fonctionnement est devenu plus complexe. Son organisation est d'ailleurs en pleine évolution : en effet, à côté des questions juridiques, il étend son rôle à tous les problèmes de l'assistance aux mineurs. Encore incomplètement spécialisé, sauf dans quelques grandes villes, il tend à devenir par lui-même un centre autonome, médico-social, fonctionnant selon des principes particuliers, véritable « juridiction d'exception » chargée de la protection de l'enfance et de la rééducation des mineurs délinquants. Les derniers décrets-lois sur la protection de l'enfance ont nettement accru cette tendance, en confiant aux tribunaux le droit d'intervenir même pour les mineurs non délin-

quants, simplement « en danger moral », et d'agir ainsi préventivement.

**Composition.** — Elle est établie sur le modèle des Tribunaux ordinaires : le Président, ses deux assesseurs, le Substitut du Procureur.

Dans la Seine, le tribunal est spécialisé : la même Chambre est désignée pour statuer :

1° Soit en *chambre du conseil*, pour les crimes et délits des enfants de moins de 13 ans;

2° Soit comme *tribunal pour enfants et adolescents*, aux termes de la loi de 1912, pour les mineurs de 13 à 18 ans;

3° Soit comme *tribunal correctionnel* pour les sujets de plus de 18 ans, co-auteurs ou complices de mineurs de 18 ans.

En province, la spécialisation est confiée à une chambre dans les tribunaux qui en possèdent plusieurs. A Lille, par exemple, cette chambre fonctionne toutes les quatre semaines comme tribunal pour Enfants.

Dans chaque tribunal, un magistrat est désigné pour s'occuper des fonctions de juge des enfants.

« Dans chaque Cour d'appel est désigné un magistrat chargé de coordonner, sous le contrôle du premier Président et du Procureur général, l'action des magistrats spécialisés, d'assurer la bonne marche du service, de faciliter les échanges de vues, d'éviter les divergences et de centraliser les résultats ».

Le Juge d'instruction est également spécialisé : il est désigné par le premier Président, sur la proposition du Procureur général.

**Compétence.** — Elle est étendue à tous les crimes et délits des mineurs. Seules, les contraventions relèvent du tribunal de simple police siégeant dans le Cabinet du juge de paix.

Le tribunal des enfants s'occupe également, dans le département de la Seine :

a) De la poursuite des auteurs de délits et crimes commis sur des enfants par d'autres personnes que les parents, ainsi que des tiers ayant employé des mineurs de 16 ans à la mendicité habituelle.

b) En cas de mauvaise conduite du mineur, des mesures de correction paternelle (articles 376 et suivants du Code civil, modifiés par le décret-loi du 30 octobre 1935).

c) Enfin, au point de vue civil (statuant en chambre du conseil) de la déchéance de la puissance paternelle. (Loi du 24 juillet 1839 modifiée par le décret-loi du 30 octobre 1935), ainsi que de la déchéance du droit de garde pour les parents indignes (mauvais traitements, excitation à la débauche).

**Le président** a des attributions particulières : a) Il statue en matière de correction paternelle; b) Il reçoit la requête motivée des institutions demandant à être relevées de la garde de certains mineurs; c) Il reçoit les rapports des délégués et des Etablissements de son ressort; d) Il provoque les décisions nouvelles du tribunal, d'office, ou sur requête des délégués, ou en cas de mort ou d'empêchement de ces derniers; e) Il donne des conseils officieux aux parents à la recherche d'une mesure à prendre (enfants difficiles, etc.).

**Fonctionnement.** — Les audiences de la Chambre du conseil ou du tribunal pour enfants ont lieu à huis-clos. Seuls y assistent les parents de l'enfant, les représentants de la presse (sauf pour les mineurs de 13 ans), les représentants des œuvres rapporteuses ou habilitées à recevoir des mineurs. Seule, la lecture de la décision ou du jugement a lieu en séance publique. Les comptes rendus des débats sont interdits. Le jugement ne peut être publié qu'avec les initiales du mineur.

Les mesures ordonnées sont susceptibles d'appel, mais elles peuvent, si le tribunal ou la Chambre du conseil en décide ainsi, dans l'intérêt du mineur, être rendues immédiatement « exécutoires — nonobstant appel ».

#### Mesures prises

**Crimes et délits des mineurs.** — Les mineurs de 13 ans sont irresponsables d'office. Ils sont, en cas de délit ou de crime, confiés à une institution charitable en attendant leur comparution devant les juges; une information est ouverte, selon le code de justice criminelle. Un défenseur est désigné. Après une enquête, autant que possible confiée à un rapporteur ou à un service social spécialisé, l'enfant est traduit en Chambre du conseil devant le Président du tribunal, en présence de ses parents. Le tribunal prend une *décision motivée* : acquittement pur et simple, mise sous le régime de la liberté surveillée, envoi à un Institut de rééducation ou encore à un établissement pénitentiaire. L'incarcération préventive n'est prévue qu'en cas de crime et sous conditions d'ordonnance motivée.

L'action civile est irrecevable par la Chambre du conseil et doit être intentée devant le tribunal civil. Les parents sont tenus des frais personnellement et directement (justice, entretien, placement, etc.). En cas de complices majeurs, les poursuites sont disjointes.

Les mineurs de 13 à 18 ans passent devant les magistrats constitués en tribunal des enfants et adolescents. Ils font au préalable l'objet d'une information régulière avec, au besoin, mandat d'amener. Ils sont soumis à un examen médico-psychologique et à une enquête sociale.

A la suite d'une expérience instituée sur les enfants de la Petite-Roquette, en 1927, par les Docteurs Roubinovitch, Paul-Boncour et Heuyer, cet examen a été méthodiquement organisé pour tous les mineurs faisant l'objet d'une information, et il tend de plus en plus à se généraliser.

S'agit-il de *mineurs de 13 à 16 ans* ? Le tribunal est compétent pour les délits et pour les crimes. S'ils sont reconnus coupables, les mineurs sont passibles de peines abaissées de plusieurs degrés par rapport au droit commun. S'ils sont reconnus comme ayant agi sans discernement, ils peuvent faire l'objet d'une des mesures éducatives prévues pour les mineurs de 13 ans (cf. p. 269).

S'agit-il de *mineurs de 16 à 18 ans*, le tribunal juge correctionnellement, donc seulement pour les délits et selon le droit commun. Les crimes sont jugés par la Cour d'assises selon le droit commun.

A partir de la 18<sup>e</sup> année, les mineurs sont justiciables des tribunaux de droit commun.

Dans tous ces cas, la décision est susceptible d'appel. Elle est sujette à révision. Elle peut faire l'objet d'une remise : il y a alors *sursis à statuer*, afin, éventuellement, d'éprouver le degré d'amendabilité du mineur laissé en liberté et de rendre un jugement aussi adéquat que possible au cas.

*Autres mesures relevant du tribunal pour enfants.* — Le tribunal pour enfants, au moins dans la Seine, a qualité, en outre, pour statuer au sujet de certaines mesures éducatives (enfants difficiles ou en danger moral) ou protectrices (enfants malheureux ou abandonnés).

MESURES ÉDUCATIVES. — a. Enfants difficiles ou vicieux — Ces mesures visent : 1°) Les enfants pour lesquels est demandée une mesure de correction paternelle; 2°) Les enfants difficiles ou vicieux. (Voir Chapitre des *Troubles du caractère* p. 212).

b. Enfants en danger moral. — Ces mesures ont trait surtout au *vagabondage des mineurs*, tel qu'il est entendu depuis le décret-loi du 30 octobre 1935 relatif à la protection de l'Enfance. Voici le texte de ce décret-loi :

ARTICLE PREMIER. — Les dispositions des articles 270, alinéas 2 et 271, alinéas 2, 3 et 4 du Code pénal, relatives au vagabondage des mineurs de 18 ans, sont abrogées.

ART. 2. — Les mineurs de 18 ans, qu'ils aient quitté leurs parents, qu'ils aient été abandonnés par eux, ou qu'ils soient orphelins, n'ayant d'autre part ni travail, ni domicile, ou tirant leurs ressources de la débauche ou

des métiers prohibés, seront, soit sur leur demande, soit d'office, confiés préventivement à un établissement spécialement habilité à cet effet, ou à l'Assistance publique. Le placement pourra être fait par le Préfet du département et à Paris par le Préfet de Police, soit par le Procureur de la République, soit par le Président du tribunal pour Enfants.

ART. 3. — Après une enquête sur l'enfant, la famille, le milieu, et après examen médical du mineur, le Président du tribunal pour Enfants, prendra, en Chambre du Conseil, le Ministère public, le mineur et son défenseur entendus, toutes les mesures appropriées pour la protection du mineur. Suivant les circonstances, il pourra le remettre, soit à ses parents, soit à un particulier, soit à une Institution charitable, ou le confier à l'Assistance publique. Il pourra encore décider de son envoi dans tel ou tel établissement susceptible de lui donner les soins réclamés par son état. Il pourra décider aussi que l'enfant sera placé sous le régime de la liberté surveillée. La décision ne sera pas inscrite au casier judiciaire du mineur; elle sera susceptible d'appel devant les Chambres du Conseil de la Cour d'appel. Elle pourra être rapportée chaque fois que l'intérêt de l'enfant le réclamera.

ART. 4. — Si le mineur enfreint la décision prise à son égard, il pourrait être placé préventivement dans un dépôt spécial et sera renvoyé devant le Président du tribunal pour enfants, qui prendra telles mesures qui lui paraîtront les plus conformes à l'intérêt du mineur dans les termes de l'article précédent, ou transmettra le dossier au Procureur de la République, pour que l'enfant soit déféré au tribunal pour enfants, et soit jugé conformément aux dispositions de la loi du 22 juillet 1912 et en application des articles 66 et 69 du Code pénal.

ART. 5. — Le Parquet et l'Inspection des enfants assistés devront être immédiatement informés du placement provisoire des mineurs et toutes les enquêtes devront lui être communiquées à toutes fins utiles.

[L'article 6 prévoit un règlement d'administration publique pour déterminer les conditions d'application du décret et fixer les rémunérations du travail imposé aux mineurs.

Le décret est applicable à l'Algérie et aux colonies].

Les Sociétés de Patronage et l'Assistance publique ont accepté la charge de ces mineurs du 30 octobre, mais les nombreuses difficultés liées à son application persisteront tant que n'aura pas paru le règlement d'administration publique actuellement en préparation.

MESURES PROTECTRICES. — Le tribunal peut être amené à prendre : 1°) Des mesures de préservation pour les *enfants naturels* (mesures de tutelle); 2°) Des mesures de protection en faveur des *enfants malheureux ou victimes de mauvais traitements* (déchéance paternelle).

a. Organisation de la tutelle. — Bien que cette question déborde le cadre de l'Enfance délinquante, on peut admettre que l'enfant dont, faute d'une organisation satisfaisante de la tutelle, les intérêts matériels ou moraux ne sont pas sauvegardés, se trouve de ce fait en état de danger moral. Le tribunal aura à s'occuper en particulier des Pupilles de la Nation et des enfants naturels sans ressources.

*Pupilles de la Nation.* — Le tribunal a charge de statuer sur la remise de la tutelle des mineurs à l'Office départemental des pupilles de la Nation (Loi du 27 juillet 1917). Nous y reviendrons plus loin.

*Tutelle des enfants naturels.* — Elle a été instituée par la loi du 2 juillet 1907, modifiée par un décret-loi spécial du 30 octobre 1935. L'enfant non reconnu reçoit du tribunal, faisant office de Conseil de famille, un tuteur ou un subrogé tuteur chargés de veiller à ses intérêts. Le décret du 30 octobre prévoit, dans les cas où l'enfant n'a été reconnu ni par son père, ni par sa mère, une surveillance des biens matériels et moraux du mineur par l'intermédiaire d'un délégué du tribunal. Cette nomination a lieu même si la tutelle a été régulièrement organisée. Le tribunal peut choisir ce délégué « soit dans les services d'Assistance sociale, soit dans les Œuvres privées, soit dans l'entourage de l'enfant » (en pratique sur la liste des délégués accrédités auprès du tribunal des Enfants).

« Si l'enfant naturel est reconnu par l'un de ses parents, postérieurement à la nomination du délégué, ce dernier cessera d'exercer ses fonctions ».

b. Protection des enfants victimes de mauvais traitements. — Déchéance paternelle. — La loi du 24 juillet 1889 qui réglait la question de la déchéance paternelle a été modifiée par deux décrets-lois du 30 octobre 1935. Le premier supprime l'obligation alimentaire à laquelle étaient tenus les enfants dont les parents avaient été déclarés déchus. L'autre concerne le champ d'application de la loi en la rendant plus souple.

Primitivement, le tribunal statuait en bloc sur la déchéance paternelle, en déclarant les parents déchus de leurs droits. Actuellement, il est admis que nombre de parents pèchent plus par ignorance que par indignité proprement dite. Aussi les mesures de déchéance paternelle sont-elles prises plus rarement. Les droits de la puissance paternelle peuvent être fractionnés : la déchéance n'est prononcée que pour quelques-uns d'entre eux, les parents en conservant d'autres. De même, la déchéance peut ne viser les droits des parents que sur un enfant, la puissance paternelle étant maintenue pour les autres (cas des parents qui brutalisent un seul de leurs enfants et élèvent normalement les autres). Enfin, très souvent, la déchéance n'est pas prononcée. Mais, « lorsque la santé, la sécurité, la moralité ou l'éducation

de l'enfant sont compromis ou insuffisamment sauvegardés par le fait des père et mère, une mesure de surveillance ou d'assistance éducative peut être prise par le tribunal, sur requête du Ministère public ».

C'est après enquête sociale et le plus souvent par entente amiable que le placement de l'enfant peut être effectué (généralement par les soins du service social près le tribunal).

## LES SERVICES AUXILIAIRES PRES LE TRIBUNAL POUR ENFANTS

« Les Services auxiliaires sont tous ceux qui aident le tribunal pour enfants à préparer sa décision, ou à modifier, dans l'intérêt des mineurs, une première décision » (1).

La loi de 1912 prévoit auprès du tribunal pour enfants des *rapporteurs* bénévoles chargés d'enquêtes sur le mineur objet d'une information, et de *délégués*, chargés de surveiller au nom du tribunal les enfants de justice laissés en liberté surveillée et de voir ce qu'ils deviennent. Ces mesures ont été étendues en 1929 par circulaire du Garde des Sceaux à tous les mineurs de 18 ans.

L'organisation de ces services auxiliaires se poursuit activement sur l'étendue du territoire.

### Organisation théorique

*Recrutement.* — Les *rapporteurs* sont nommés par le juge d'instruction (art. 4, § 4), absolument libre de sa décision. Une liste officielle en est dressée par la Chambre du conseil, au début de l'année judiciaire. Ils sont choisis de préférence parmi « des magistrats, ou anciens magistrats, des avocats, avoués ou avoués honoraires, membres de l'un ou l'autre sexe, des Sociétés de patronage reconnues d'utilité publique ou désignés par arrêté préfectoral et membres des Comités de défense des enfants traduits en justice ». En pratique, c'est de plus en plus dans le cadre des Services d'Assistance sociale qu'ils se recrutent.

Les *délégués* ont moins un rôle d'enquête que de surveillance éducative. Le recrutement prévu par la Loi est beaucoup plus large que pour les rapporteurs. De simples particuliers s'intéressant à l'enfance, pourvu qu'ils présentent les garanties de délicatesse et d'honorabilité désirables, pourront remplir ces fonctions.

Très souvent, les mêmes personnes sont désignées à la fois comme

(1) *Société des Nations.* « Sté auxiliaire des Tribunaux pour enfants » Genève 1931.

délégués et rapporteurs près le tribunal des enfants. Les listes seront assez riches en noms pour suffire aux innombrables cas d'espèce que pose la délinquance infantie.

**Conditions légales.** — (Circulaire du 30 janvier 1914). Passé irréprochable, nationalité française, majorité légale (18 ans en Alsace pour les délégués). Délégués et rapporteurs peuvent être pris dans l'un et l'autre sexe. Les nominations se feront : pour les rapporteurs, parmi ceux du lieu du tribunal; pour les délégués, parmi ceux du tribunal le plus voisin de la résidence du mineur, les délégués changeant si le mineur change de résidence.

**Formation technique.** — Elle suppose théoriquement des connaissances *juridiques* (organisation française et étrangère des tribunaux pour enfants; situation et fonctionnement des principaux Centres de placement, lois sur la famille, éléments de procédure pénale, réglementation des fonctions de délégué et de rapporteur), — *psychologiques* (psychologie de l'enfance anormale, notions de neuro-psychiatrie infantile permettant le dépistage des troubles), — *médicales* (notions sur les maladies infantiles et sociales), — *sociales* (appréciation des conditions économiques, notions sur les métiers et l'orientation professionnelle, organisation sociale du territoire : O.P.H.S.; ligue antivénéérienne, etc.).

Surtout, sera indispensable un *apprentissage* (enquêtes sous la direction d'un délégué ou d'un rapporteur plus ancien, — assistance aux consultations de neuro-psychiatrie infantile, aux audiences du tribunal pour enfants, contact étroit avec les magistrats du tribunal pour enfants). Enfin, il existe un « Guide du délégué et du rapporteur » qui donne toutes indications utiles à ces derniers, lors de leur rentrée en fonction.

Ces connaissances et cet apprentissage s'acquièrent actuellement dans les « Ecoles de Service Social », on a demandé qu'auprès du tribunal figurent à la fois professionnels et bénévoles, les professionnels étant, ainsi que le réclame M. Lévy, chargés des enquêtes et les bénévoles, de la liberté surveillée.

**Statut juridique.** — Mandataires du juge, les auxiliaires du tribunal pour enfants sont chargés d'un ministère de service public. Néanmoins, ils n'ont que des pouvoirs pratiquement limités, et ne peuvent qu'en référer aux magistrats s'ils rencontrent des difficultés dans l'accomplissement de leur mission. Ils ne peuvent en aucun cas user de la force pour obtenir les renseignements désirés.

Ils ont droit :

1° Au titre de délégué ou de rapporteur, qu'ils peuvent porter en dehors du Palais.

2° A une carte d'identité délivrée à leur nom par le tribunal.

3° De former une association.

4° A une indemnité, qui, à Paris, est de 20 francs par rapport. S'y ajoutent les indemnités de transport et de déplacement. Elle n'est pas allouée

d'office; elle doit être demandée. Elle ne doit pas dépasser l'indemnité accordée aux juges de paix en matière civile. La demande doit faire l'objet d'un mémoire spécial, visant explicitement la loi de 1912.

### Organisation pratique

Un certain nombre d'Œuvres acceptent d'effectuer les enquêtes au nom du Tribunal.

#### 1 A PARIS existent :

a. Le Service social de l'enfance en danger moral, 19, rue du Pot-de-Fer (6<sup>e</sup>), fondé en 1923 par Mme Spitzer et Mlle Vieillot et qui s'occupe des mineurs de 13 ans, inculpés, et d'un certain nombre de prévenus libres de 13 à 18 ans. L'œuvre a créé une consultation médico-psychiatrique dirigée par le D<sup>r</sup> Simon et Mlle Bonnesis.

b. La Sauvegarde de l'Adolescence, 21, rue Jacob (6<sup>e</sup>), filiale du *Comité pour la diminution du crime*, créée pour s'occuper des enquêtes concernant les mineurs de 13 à 18 ans, fournit aux magistrats des assistantes sociales professionnelles.

c. Les marraines sociales, œuvre d'aide aux petites mineures, fondée en 1929 par Mlle Zwiller, effectuent toutes les enquêtes sociales concernant les jeunes vagabondes mineures passant devant le T. E. A. de la Seine. L'œuvre, qui possède un Dispensaire, forme des enquêteuses et travailleuses sociales.

d. La section de protection des Mineurs de la Préfecture de Police.

e) Depuis 1935, existent enfin des Assistances de Police, plus spécialement chargées de la surveillance de la rue. Leur statut a été fixé par arrêté du 12 mai 1938.

2° EN PROVINCE, l'organisation des services sociaux est plus ou moins avancée selon les régions.

Auprès de la plupart des tribunaux, a été créée depuis 1926, parallèlement aux œuvres sociales plus haut citées, une *Association des délégués et rapporteurs de la région*. Dans le département de la Seine, elle groupe environ 300 délégués des deux sexes, assurant la surveillance d'environ 1.500 mineurs. Le Secrétariat est situé 36, Quai des Orfèvres. Y sont donnés tous renseignements aux personnes qui sollicitent le concours de l'Association.

Des associations analogues existent dans certaines villes de province.

### Œuvres connexes

Comité d'étude et d'action pour la diminution du crime. 12, rue Guy de la Brosse, Paris (V<sup>e</sup>).

Comité de défense des enfants traduits en justice de Paris. Son siège est au Palais de Justice (Secrétariat de l'œuvre des avocats).

Comités de défense de l'enfance en danger moral. Un certain nombre ont été créés en province, et s'attachant au dépistage de l'enfance malheureuse ou pré-délinquante.

### LIAISONS DU TRIBUNAL POUR ENFANTS

L'importance sociale croissante du tribunal pour enfants impose sa liaison avec un grand nombre d'organismes : membres de l'enseignement, mairies, polices, directeurs d'établissements pour anormaux, services sociaux. Parmi ces derniers, une place à part doit être réservée aux « *Offices d'orientation professionnelle* ». Une circulaire du 26 mars 1931 prévoit d'ailleurs que les mineurs délinquants doivent être examinés systématiquement par ces Offices. Depuis 1936 existe un « *Camion-laboratoire* » qui se transporte successivement dans les différents Etablissements de rééducation, aux fins d'orientation professionnelle (Laugier et Mlle Weinberg).

Mais c'est surtout avec les services médicaux spécialisés que doit s'effectuer la liaison du tribunal. La mesure de redressement devant être essentiellement médico-sociale, l'importance des services médicaux augmente de plus en plus. Actuellement, il n'est plus possible de concevoir un tribunal des enfants sans une organisation médicale parallèle connexe. C'est elle que nous allons étudier maintenant.

### CHAPITRE III

## L'OBSERVATION MEDICO-PSYCHOLOGIQUE DES MINEURS PRECEDANT LEUR PASSAGE DEVANT LE TRIBUNAL

#### I. OBSERVATIONS DES MINEURS DÉTENUS.

- a) *Les Centres.* Leur fonctionnement.
- b) *L'enquête sociale,* portant sur les ascendants, les collatéraux, le mineur lui-même, et se terminant par une proposition.
- c) *L'examen médico-psychologique* des détenus.

#### II. MINEURS EN LIBERTÉ SURVEILLÉE PROVISOIRE.

Bien qu'elle comporte certains avantages, elle soulève une grosse objection : l'impossibilité de toute observation précise.

#### III. CENTRES D'OBSERVATION ET DE TRIAGE.

Très supérieurs aux maisons de détention préventive et au maintien des mineurs dans la famille, ils sont malheureusement à peu près inexistantes en France.

Elle constitue une étape : elle permet de dicter une mesure ; elle se fait en France, sauf de rares exceptions, dans le cadre de l'Administration pénitentiaire.

#### *Observation des mineurs détenus*

a) *Les centres.* - Dans le département de la *Seine*, les mineurs de 13 ans sont le plus souvent, sauf en cas de crime, laissés en liberté provisoire.

Les mineurs de 16 ans sont détenus préventivement au Pavillon

spécial des enfants de la prison de Fresnes. Cet Etablissement fait partie des maisons d'éducation surveillée. Les mineurs logent en cellule, mais reçoivent les leçons d'un instituteur et sont groupés dans la journée pour des jeux de plein air. Ils font l'objet :

- 1° Des notes de l'instituteur;
- 2° Du cahier remis à l'intéressé, et dans lequel il a consigné le récit de sa vie;
- 3° D'une enquête sociale systématique;
- 4° Du protocole d'examen général et spécial (syphilis, tuberculose, examen gynécologique avec frottis); au besoin, d'un examen radiologique et du liquide céphalo-rachidien;

5° D'un rapport médico-légal de quelques lignes où sont résumées les constatations précédentes. Une proposition y est formulée. Le rapport est transmis au juge d'instruction par le Directeur de la prison.

Dans le courant de 1936, une annexe médico-psychiatrique, sous la surveillance de Mlle le Docteur Badonnel, a été créée, permettant un examen plus systématique des enfants. Les principaux avantages de cette nouvelle création sont de permettre, entre autres : 1°) La prise d'une mesure d'urgence au cas d'incidents survenant avant l'examen médico-psychiatrique habituel; 2°) La mise en observation des cas difficiles. En outre, le service s'occupe de la répartition, en fonction des aptitudes des mineurs confiés à l'Administration pénitentiaire.

A LILLE, tous les délinquants sont soumis avant leur passage au tribunal à l'examen médico-psychiatrique, installé à l'Institut de Médecine légale et sociale. Y passent également les mineurs faisant l'objet d'un incident à la liberté surveillée. L'examen est complété par des épreuves d'orientation professionnelle.

A LYON fonctionne un service de triage, rattaché à l'Institut de Médecine du travail, dans les deux prisons préventives. L'enfant y est l'objet d'un examen et d'une enquête sociale transmise directement au médecin-enquêteur.

Dans nombre de départements a été institué un examen systématique des mineurs traduits devant les tribunaux. Dans beaucoup d'autres, il n'est que facultatif.

b) *L'enquête sociale* — Elle est effectuée, nous l'avons vu, soit par des rapporteurs, soit, plus souvent, au moins dans les grands centres, par des assistantes sociales spécialisées, dont un certain nombre appartiennent à des œuvres rapporteuses. L'enquête portera sur le milieu familial au point de vue : 1° *Ascendance* (professions, maladies, moralité, logement); 2° *Collatéral* (maladies, enfance, moralité, etc.); 3° Sur le *mineur* (premier développement, scolarité, métiers, maladies, nature et circonstances des délits antérieurs, délit actuel,

conditions d'existence, impression produite par l'enfant au point de vue intellectuel, moral, physique). Elle se terminera par une proposition.

Pour son enquête, le rapporteur utilise le dossier du mineur, mais il doit surtout s'entretenir sur place avec la famille et l'entourage. Il s'informerait également dans les écoles et lieux d'emploi. Au besoin, les renseignements seront demandés par correspondance.

Le modèle suivant a été adopté par la « Sauvegarde de l'Adolescence » (1) :

## I

Nom et prénoms du mineur, libre ou détenu.  
Date et lieu de naissance.  
Est-il pupille de la Nation ?  
Religion ?  
Inculpation (indiquer brièvement ce qu'est le délit suivant le procès-verbal du dossier).  
Délits précédents.  
Complices : noms et âges : primaires ou récidivants; libres ou détenus.  
Juge d'instruction.  
Situation de la famille. Etat-civil.

*Parents.* — Nom et prénoms des père et mère, leur âge, leur profession.  
Autres unions.  
Adresses actuelle et anciennes.  
Grands-parents vivants et adresses.  
Adresses utiles (c'est-à-dire de personnes ayant été en relations avec la famille ou l'enfant).

*Enfants.* — Combien d'enfants ? Vivants ? Décédés ?  
Prénoms et âges.  
Sont-ils mariés ? Leurs adresses, leurs professions.  
Ont-ils des enfants ?

*Situation matérielle.* — Recettes. Gains des père et mère, des enfants à la maison.  
Noms et adresses des employeurs.  
Secours et allocations, pensions.  
Charges. Loyer. Enfants en bas âge. Grands-parents à la maison.

*Ecoles.* — Noms, adresses et temps passé. Indiquer toutes les écoles fréquentées et, s'il y a lieu, le certificat d'études obtenu.

*Employeurs.* — Noms, professions et adresses. Temps passé (autant que possible, indiquer les dates d'entrée et de sortie, le gain).

(1) Extrait de *L'enfance coupable*, 1935, n° 3, p. 6 (Cf. p. 305).

*Hérédité.* — *Ligne paternelle :* Père. Age. Est-il bien portant ? N'a-t-il pas fait de maladies graves ? Tuberculose, syphilis ? A-t-il une peusion ? Est-il sobre ?

Grand-père. S'il est vivant, son âge, ses maladies, infirmités.

S'il est décédé, de quoi ? à quel âge ?

Grand' mère : Mêmes renseignements à fournir.

Collatéraux. Y a-t-il des anomalies ?

*Ligne maternelle.* Mère. Age, santé actuelle, maladies, infirmités.

Nombre de grossesses normales, de fausses couches, d'enfants vivants.

Grand-père, grand'mère, collatéraux, mêmes renseignements que dans la ligne paternelle.

Collatéraux de l'inculpé. Nombre d'enfants ? Combien d'enfants décédés ? Causes des décès ?

Maladies, infirmités, anomalies des enfants vivants.

## II

MINEUR. *Santé.* — Né à terme ? Accouchement normal ? Premiers pas à... ? Premiers mots à... ? Premières dents à... ? Allaitement au sein ou artificiel ? A-t-il eu des convulsions ? A-t-il été propre de bonne heure ? Incontinence d'urine ? Maladies d'enfants ? Sommeil calme ou agité ? Cauchemars ? Somnambulisme ? Santé actuelle ? A-t-il été soigné dans des dispensaires ? (Dans l'affirmative, s'informer auprès de ces dispensaires).

*Scolarité.* — Voir tous les directeurs d'écoles fréquentées. Demander appréciations sur l'élève et notes du registre matricule. Si possible, obtenir l'impression sur la famille. Pouvoir définir les tendances du caractère de l'enfant et aussi son orientation professionnelle par l'attitude de l'école.

*Travail.* — Voir les employeurs. Renseignements sur le travail, capacités caractère, moralité. Le reprendrait-on le cas échéant ?

*Caractère, conduite, faits reprochés.* — Faire un tableau du caractère de l'enfant à l'école, au travail et dans la famille. Noter son attitude et ses sentiments envers ses parents, ses frères et sœurs, ses camarades. Retrouver par quelle évolution il a passé. Ne jamais oublier de signaler les fugues, les vols domestiques et la tendance au mensonge, ainsi que ses instincts envers les animaux.

Consacrer quelques lignes à l'impression de l'entrevue avec le délinquant lors de sa détention.

En dernier lieu, tracer la personnalité de l'enfant telle qu'elle vous est apparue (lectures, distractions, tendances, insister sur la précocité sexuelle). Retracer la façon dont a été accompli le délit en donnant tous les détails capables d'éclairer sur l'état d'esprit de l'enfant au moment même et de déterminer s'il y a eu préméditation ou non. Essayer de retrouver également son état d'esprit lors des délits précédents, s'il y en a eu.

PARENTS. *Milieu familial.* — Situation sociale des parents. Impression sur leur logement, leur situation matérielle, leur manière de vivre. Sont-ils capa-

bles d'élever leurs enfants ? Leur donnent-ils de bons conseils ? et exemples ? Réputation dans le voisinage ? Appréciation des employeurs. Désirent-ils que leur enfant leur soit rendu ? Quelle est leur opinion sur lui, leurs projets à son égard ? Impression sur les membres de la famille : frères, sœurs, oncles, tantes, grands-parents.

*Proposition.* — D'après tous les renseignements recueillis, se faire une opinion et tirer une conclusion sous forme de proposition. Les solutions prises par le tribunal sont les suivantes :

1° Rendre l'enfant à sa famille sous le régime de la liberté surveillée (c'est-à-dire rendu libre, mais sous la surveillance d'un « Délégué à la Liberté surveillée près le tribunal pour Enfants et Adolescents », qui se charge de doubler la surveillance exercée par la famille et de rendre compte de sa conduite au tribunal);

2° le confier à une œuvre : Patronage, Œuvre de relèvement ou de protection;

3° le placer dans une « Maison d'éducation surveillée » (Colonie pénitentiaire de l'Etat).

*c) L'examen médico-psychologique des mineurs* fait l'objet en définitive d'une note où le médecin mentionne le niveau mental; le niveau scolaire; la tendance caractérielle prédominante (qui déterminera la mesure à prendre en pratique); les tendances associées avec les principales réactions médico-psychologiques observées; la nature du délit, avec, si possible, l'exposé de ses mobiles affectifs; le type de délinquant (primaire, récidiviste, etc.); le résultat de l'examen somatique, et, le cas échéant, biologique; le degré d'amendabilité et d'intimidabilité; le pronostic; une proposition de mesure à prendre ou de traitement.

### *Mineurs en liberté provisoire*

Le juge peut, le ministère public entendu, laisser les mineurs en liberté provisoire. Si la garde est laissée à la famille du mineur, à un parent ou un particulier, il peut ordonner qu'elle soit exercée sous surveillance d'une personne digne de confiance désignée par lui. C'est donc là une « liberté surveillée provisoire ».

Bénéficient de la liberté surveillée provisoire les délinquants à délits minimes ou ceux dont la famille donne des garanties suffisantes. Durant leur séjour dans leur famille, il sont en pratique sous la surveillance du rapporteur chargé de l'enquête sociale.

### *Centres d'observation et de triage*

L'unanimité s'est faite aujourd'hui sur la nécessité de l'observation

des jeunes délinquants dans un Centre d'accueil, en vue d'un triage rigoureux. Malheureusement, de tels Centres sont encore en France pratiquement inexistant.

Pour les mineurs de 13 ans, le Service social de l'enfance en danger moral a créé à Brunoy un foyer mixte où sont examinés certains enfants difficiles dans un but d'observation et de rééducation. (Foyer de Soullins) (1).

Ce foyer est prévu pour les mineurs difficiles de 6 à 13 ans (garçons et filles) dont la présence simultanée s'est révélée sans inconvénient. Il contient donc à la fois des délinquants et des non-délinquants. Garçons et filles ont des dortoirs et réfectoires séparés, mais se retrouvent en classe, au jeu ou à la gymnastique. Il y a une cinquantaine de places.

En fait, le triage s'opère déjà avant l'entrée : sont éliminés les débiles, les psychopathes; pour les autres, une enquête sociale a précisé le genre de vie de l'enfant.

Les mineurs sont répartis en groupes.

Le personnel comprend la directrice, qui fait en même temps la classe dans le groupe d'observation; une économiste; une institutrice chargée de l'enseignement dans le groupe de rééducation en vue de la préparation au certificat d'études; une monitrice de gymnastique et de danse rythmique, qui, en plus, s'occupe des petits. Enfin, chaque groupe comprend une mère de famille éducatrice, qui participe entièrement à la vie des enfants de son groupe, tout en s'acquittant de fonctions déterminées (enseignement ménager, travaux manuels, psychologie, dactylographie). Des stagiaires secondent les éducatrices dans leur travail. Des groupes d'éclaireurs et d'éclaireuses ont été constitués.

La création de maisons d'accueil a été envisagée d'une façon plus directe depuis que le décret-loi du 30 octobre 1935 a soustrait à l'administration pénitentiaire, les vagabonds mineurs arrêtés, l'Assistance publique ou les Patronages locaux acceptent ces mineurs en attendant leur comparution devant le tribunal. De même, l'Ecole de Montesson a organisé un Pavillon d'accueil pour les jeunes vagabonds. D'autres formations du même ordre sont prévues dans différentes villes de province. Un plan d'ensemble pour le territoire sur lequel nous reviendrons, est actuellement en voie d'élaboration.

(1) MINKOWSKI et Mlle SILZ. Le Foyer de Soullins. *Ann. méd. psychol.* 1936.

## CHAPITRE IV

## MESURES EDUCATIVES

I. ACQUITTEMENT PUR ET SIMPLE. Soit immédiat, soit précédé d'une période que s'accorde le Tribunal, désireux de « surseoir à statuer » (*liberté surveillée préjudicielle*) il offre des avantages : le caractère bienveillant de la sanction, et un inconvénient : l'impossibilité, jusqu'à un nouveau délit, d'une mise en tutelle prolongée. Il ne peut être prononcé que si le caractère est à peu près normal.

La question des fugues.

II. REMISE EN LIBERTÉ SURVEILLÉE DANS LA FAMILLE. — Elle ne s'applique qu'aux mineurs ayant commis un délit les ayant amenés devant le tribunal pour enfants. En sont exclus les fugueurs, les grands déficients mentaux, les sujets non susceptibles de s'amender et non accessibles à l'intimidation. Elle suppose un milieu familial convenable.

Rôle éducatif du délégué.

La surveillance qui, en principe, dure jusqu'à la majorité, peut être levée en cas d'amélioration. En cas d'aggravation de la conduite du mineur ou d'opposition à l'action du délégué, il y a *incident à la liberté surveillée*, d'où nouvelle décision du tribunal.

La liberté surveillée a de gros avantages, mais facilite les risques de récidive.

III. REMISE A UNE INSTITUTION CHARITABLE.

Plusieurs solutions, selon qu'elle est faite :

A l'Assistance publique ;

Aux Pupilles de la Nation ;

Au Patronage, qui, après avoir fait faire aux mineurs un stage au Centre d'accueil, les répartit, soit en placement individuel, soit chez des fermiers à la campagne. Liste des patronages actuellement existant en France. Quels que soient ses avantages, le placement en patronage comporte des inconvénients : difficulté d'adaptation aux capacités professionnelles, échecs dans les essais d'adaptation des instables. Il convient surtout aux débiles légers, sans gros troubles caractériels, et aux sujets normaux devenus pervers sous l'influence des circonstances ;

A un homme de semi-liberté.

A des internats de rééducation, établissements fermés où la surveillance est continue, et qui, malheureusement, sont trop peu nombreux. Ils varient selon que l'on a affaire à des mineurs :

physiquement et intellectuellement normaux, mais présentant des troubles caractériels : instabilité, impulsivité coléreuse ;

présentant des troubles somatiques : tuberculose, syphilis ;

déficients. On les place, le plus souvent, dans les Instituts médico-pédagogiques annexés aux Asiles : solution qui offre un double inconvénient : mélange de délin-

(Voir suite au verso)

quants et de non-délinquants, proximité de l'Asile, qu'on est obligé d'accepter faute de mieux, et qui convient surtout aux instables.

Méthodes générales de rééducation.

IV. *Surveillance des Etablissements de bienfaisance privée.*

LES INSTITUTIONS D'ÉDUCATION CORRECTIVE. Ce sont des établissements d'Etat, dépendant de l'Administration pénitentiaire, et qui tendent, eux aussi, vers un but d'éducation beaucoup plus que de coercition.

Leur liste.

Leur organisation générale.

### ACQUITTEMENT PUR ET SIMPLE

En cas de non-lieu, ou si le mineur est jugé amendable et si la famille présente des garanties suffisantes, la remise pure et simple peut être prononcée, même si le délit est patent. Cette possibilité est spéciale aux tribunaux pour enfants. Cette mesure a cependant un inconvénient : le tribunal n'a plus, une fois rendu le verdict, la surveillance du mineur. Celui-ci ne pourra reparaitre devant lui que s'il commet un nouveau délit. L'acquittement ne permet donc pas une tutelle prolongée du tuteur.

Si le tribunal ne s'estime pas suffisamment éclairé par les résultats de l'enquête, il peut « surseoir à statuer ». Ce sursis peut être de plusieurs semaines. Durant ce temps, le mineur reste en liberté sous la garde d'une personne ou d'une institution charitable, et même pratiquement (la loi est muette à cet égard) dans sa famille, et sous la surveillance d'un auxiliaire du tribunal. C'est la *liberté surveillée préjudicielle* (Loi de 1912, art. 20). Si, pendant cette période, il a fait la preuve d'une parfaite conduite, il peut faire l'objet d'une mesure de remise pure et simple. Ainsi, il aura été en surveillance un certain temps sans toutefois qu'une mesure judiciaire quelconque soit prise à son endroit.

La remise pure et simple ne peut guère se concevoir que pour un enfant entièrement normal en milieu sain : il s'agira de préférence d'un délinquant primaire.

L'arrestation en état de fugue peut-elle autoriser le retour dans la famille ? Tout dépend du mobile de l'acte ; il est rare qu'il soit isolé. Est-ce la première ? L'enfant n'était-il pas jadis un habitué de l'école buissonnière, etc... ?

Même récente, d'ailleurs, la fugue peut relever de certaines condi-

tions familiales (mésentente, sévérité, alcoolisme parental ou enfin dissociation) imposant un changement de milieu.

### REMISE EN LIBERTÉ SURVEILLÉE DANS LA FAMILLE

Le régime de la liberté surveillée a été institué par la Loi de 1911 (art. 66 pour les mineurs de 18 ans, article 6 (§ 5) pour les mineurs de 13 ans). On la qualifie encore de liberté surveillée *accessoire*, parce qu'elle n'est que l'accessoire de la remise à la famille, à un tiers ou à une institution charitable.

Elle ne vise que le mineur ayant commis un délit, pour lequel il aura été traduit devant le tribunal pour enfants, c'est-à-dire n'ayant bénéficié ni d'un non-lieu, ni d'une amnistie. Simplement « criminalisable », en danger moral, il ne pourra être soumis à une surveillance que dans les cas prévus par les décrets-lois du 30 octobre 1935. (V. plus haut : *Tutelle des enfants naturels*, etc. p. 258).

Le nombre et l'importance des délits comptent moins pour la décision de liberté surveillée que le type du délinquant en cause. Les rugeurs, en particulier, ainsi que nous venons de le voir, devront être soigneusement discriminés.

Les déficients mentaux ne pourront être laissés en liberté surveillée que s'ils peuvent s'adapter au milieu social. Une grosse débilité s'oppose à cette mesure.

En matière de troubles du caractère, ce sera ici encore le degré d'amendabilité et d'intimidabilité qui permettra le choix de cette mesure.

Enfin, celle-ci suppose, comme la précédente, un milieu familial suffisamment intelligent, sachant tolérer l'ingérence du délégué et sa surveillance : famille non dissociée, moyennement nombreuse, avec ressources suffisantes, logement convenable, etc.

L'application du régime de la liberté surveillée commence à l'audience, lors de la lecture du jugement définitif. Elle est, répétons-le, le fait des délégués, dont l'action s'exerce dans le cadre cantonal, par l'intermédiaire des juges de paix d'arrondissements.

Le délégué doit agir dans un sens éducatif, en s'informant de la santé physique, des conditions matérielles, du travail du mineur, en s'occupant au besoin de son placement, en lui procurant des loisirs. Bien souvent, la famille elle-même bénéficiera de la surveillance, qui s'exerce par des visites chez elle ou au domicile du délégué. Dans ce dernier cas, le mineur fournit un *rapport* sur sa conduite, d'où le nom du système (Reporting). Les contacts du délégué et de son mineur seront mensuels ou trimestriels. Il est utile que le premier n'ait la charge que d'un petit nombre de « pupilles ».

Le délégué rédige des rapports écrits pour le Président du tribunal. La liberté surveillée cesse : 1° par *la majorité* du mineur; 2° par l'arrivée du *terme fixé*, lorsque le tribunal a assigné une durée au régime de la surveillance; 3° par *l'engagement militaire*. (Néanmoins les mineurs qui s'engagent sont signalés à la *Société des Engagés volontaires*, 67, rue d'Amsterdam, Paris, 8°, qui se charge de les surveiller; 4° par le *mariage du mineur* (sauf délits commis après le mariage); 5° par son *décès*, dont le délégué informe le tribunal.

D'une façon générale, la surveillance dure jusqu'à la majorité, ce qui permet de conserver les mineurs de 18 ans sous la juridiction du tribunal pour enfants. Elle peut être levée s'ils ont fait la preuve d'amélioration. Au cas d'aggravation dans leur conduite, ou d'opposition persistante à l'action du délégué, la mesure pourra être aggravée. Il y a alors, aux termes de l'article 23 de la Loi de 1912, *incident à la liberté surveillée*. L'incident n'est donc pas forcément la conséquence d'un nouveau délit. Il peut être provoqué : 1° d'office, par le Président du tribunal qui a ordonné la mise en liberté surveillée et, plus généralement, du tribunal de l'arrondissement où se trouve le mineur; 2° à la requête du délégué; 3° à la requête des parents. Le mineur qui peut, en cas d'incident, être détenu préventivement, la famille et le délégué sont cités pour une prochaine audience.

Le tribunal prend une nouvelle décision, qui peut n'être pas forcément aggravante, s'il ne juge pas les faits assez sérieux, ou s'il désire temporiser. Il peut ordonner l'exécution provisoire de sa nouvelle décision, nonobstant appel. Quand le mineur, du fait de la nouvelle décision, quitte l'arrondissement, le tribunal délègue ses pouvoirs et attributions au tribunal du domicile de la personne ou de l'œuvre à qui il a été confié.

La liberté surveillée a de gros avantages chez les enfants facilement réadaptables : elle les soustrait au régime forcément artificiel de l'internat, et, pour les sujets intelligents, aux limitations professionnelles du placement familial; elle permet, beaucoup mieux que l'internat, de savoir quelles sont leurs réactions en présence du milieu social. Mais avec elle les chances de récidive sont évidemment plus nombreuses. Quoi qu'il en soit, cette mesure sera appliquée aussi largement que possible, sous réserve de provoquer un incident dès que la formule s'avèrera trop généreuse pour le cas considéré.

Par un euphémisme contre lequel d'aucuns ont protesté, les placements qui font l'objet de ce qui suit sont considérés comme effectués sous le régime de la liberté surveillée. Les mineurs sont en effet confiés d'autorité à une œuvre ou une institution déterminée, et le terme de *liberté surveillée* n'a, en ce qui les concerne, qu'une valeur d'ordre juridique.

## REMISE A UNE INSTITUTION CHARITABLE

De tout temps, des administrations hospitalières ont recueilli des enfants dans l'intention de corriger, si possible, leurs défauts d'intelligence ou de caractère. De plus, surtout à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, se sont multipliés les Patronages, plus spécialement destinés aux Enfants des tribunaux; depuis la guerre, enfin, l'institution de l'Office des pupilles de la Nation a nécessité, d'une part, l'établissement de règles concernant les pupilles difficiles, d'autre part, la détermination systématique, pour tout mineur délinquant, de sa situation par rapport à cette institution, la mesure de garde en dépendant pour une large part.

*Remise à l'Assistance publique* — Elle a fait l'objet de discussions nombreuses, l'Assistance publique se refusant souvent à admettre parmi ses pupilles des mineurs difficiles ou vicieux. Dans ces derniers mois, la mise en vigueur du décret du 30 octobre sur les enfants vagabonds l'a amenée à modifier cette manière de voir et à accepter nombre d'enfants de cette catégorie, au moins à titre provisoire.

*Remise aux pupilles de la Nation* — Le mineur qui fait l'objet d'une information s'il est dans le cas d'être admis aux pupilles de la Nation a, comme tuteur désigné, le Président de l'Office départemental des pupilles. Celui-ci peut se charger lui-même du placement, en tenant compte des capacités du pupille, connues ou mises en évidence par l'expertise médico-légale.

*Remise à un Patronage* — Ce sont des institutions charitables s'occupant du relèvement moral des mineurs délinquants ou en danger moral, en leur procurant l'instruction nécessaire, soit directement, soit, le plus souvent, à l'aide du placement familial.

Le noyau est constitué par un Centre d'accueil où arrivent les mineurs après jugement. Là existent également les services généraux de l'œuvre et les archives.

Répartis sur le territoire, des délégués du Patronage s'occupent de la surveillance des mineurs envoyés dans leur région.

Nous n'étudierons ici que quelques-unes des principales œuvres de ce genre.

Dans certaines régions se sont créés de véritables Centres permettant une surveillance plus facile, tels les Centres d'horticulture de la région de Toulouse, créés par le patronage Rollet.

Les pupilles font l'objet de visites d'Inspecteurs qui établissent la liaison avec le Centre.

La plupart des enfants, après un stage de durée variable au Centre

d'accueil, sont répartis selon les possibilités de l'œuvre, soit en placement individuel, chez des industriels ou commerçants (pour ceux qui présentent des capacités intellectuelles ou manuelles particulières), soit chez des fermiers à la campagne. Ce dernier genre de placement est d'ailleurs, — surtout actuellement, — le plus fréquent, à cause d'une part des capacités réduites de nombre de mineurs (débilité, instabilité, etc.), d'autre part, de leur origine souvent paysanne, enfin, du fait des difficultés de placement dans les centres industriels et urbains.

Le recrutement des employeurs soulève des problèmes particuliers. Sans parler de la moralité exigible de la famille, le placement d'un pupille ne doit pas être prétexte à abus de la part des employeurs, parfois enclins à l'utiliser à toutes les basses besognes. Il est bien entendu qu'il doit trouver dans son nouveau milieu des éléments affectifs suffisants pour qu'il n'ait pas à regretter l'ancien. D'autre part, mineurs difficiles, ces enfants ont besoin de sentir à leur endroit une discipline stricte, mais libérale, ce qui suppose de l'intelligence et de la souplesse. Il faut que ces qualités se retrouvent chez les divers membres de la famille nourricière. Il est assez fréquent que l'enfant quitte le domicile parce qu'il ne s'est pas entendu avec l'un des conjoints seulement. Les employeurs sont d'ailleurs de leur côté l'objet d'une surveillance aussi active que nécessaire.

L'Union des Sociétés de Patronage de France, 4, place Dauphine, Paris, fondée en 1893 pour aider les Sociétés de Patronage qui se créaient à ce moment, a pour triple but de « grouper, tout en respectant leur autonomie, les Sociétés françaises de Patronage des prisonniers libérés, et les Comités de défense des enfants traduits en justice..., de provoquer et guider la création d'œuvres nouvelles, dans les diverses régions où leur nécessité se fait sentir... de représenter enfin, les intérêts généraux du Patronage devant l'opinion et les pouvoirs publics. »

L'Union comprend plus de 120 œuvres. Elle organise des Congrès du Patronage.

Le Patronage de l'enfance et de l'Adolescence, (Fondation Henri Rollet), 379, rue de Vaugirard, Paris (XV<sup>e</sup>), fondé en 1890, avait en 1933 la charge de 1.022 enfants provenant de divers départements. Pendant la seule année 1933, 247 pupilles lui furent confiés en vertu de la loi de 1912 (128 par le tribunal pour enfants de la Seine, 30, par ordonnance des juges d'instruction, tant parisiens que provinciaux, 89 pupilles par les juridictions de province).

Au siège du Patronage existe un Centre d'accueil et d'observation, où sont pratiqués tous les examens médicaux et psychologiques nécessaires, ainsi que les épreuves d'orientation professionnelle. Il lui est annexé une Clinique neuro-psychiatrique infantile sous la direction du Dr Heuyer, médecin des hôpitaux.

Le Patronage des Enfants moralement abandonnés du Nord (55, rue Léonard Danel, Lille) fondé en 1895, étend son action à toute la région du Nord de la France. Il possède deux *maisons familiales* pour garçons, à Marq-lès-Lille et à Bouvines (Nord) et une *Maison familiale* pour les filles à Canteleu-Lambersart près Lille.

En 6 ans, 429 mineurs ont été placés ainsi sous la surveillance de la Société.

La Société Dauphinoise de Sauvetage de l'Enfance et de Patronage des libérés, 19, rue du Docteur Mazet, Grenoble, fondée en 1894, a deux modes de placement : l'internat, le placement familial.

L'œuvre comptait en décembre 1934, 327 garçons et 46 filles en placement.

La Société lyonnaise pour le Sauvetage de l'Enfance, à Lyon, 16, rue du Plat, pratique pour les filles le Placement Familial. Pour les garçons existe à Sacuny-Brignais une école professionnelle sur laquelle nous reviendrons plus loin.

Un certain nombre d'autres Centres s'occupent du Placement familial. Nous ne pouvons les citer ici. Leur liste est tenue à jour par le Ministère de la Justice. (Direction de l'Administration pénitentiaire, 11, rue Cambacérès, Paris (8<sup>e</sup>).

Le placement en Patronage permet surtout pour les mineurs issus des régions agricoles, une réadaptation sociale : enfants soustraits à un milieu familial défavorable, à des fréquentations fâcheuses, quoique demeurant en liberté et soumis par conséquent à toutes les exigences de la vie libre en milieu social. Pourtant, il n'est pas sans inconvénients : difficulté d'adaptation aux capacités professionnelles du mineur, échec dans les essais d'adaptation des instables.

En sont justiciables nombre de délinquants primaires, surtout les débiles légers sans tendances caractérielles trop fortement accusées, à plus forte raison les sujets normaux, mais devenus pervers sous l'influence des circonstances et pour lesquels le changement de milieu suffit au relèvement.

#### *Homes de semi-liberté*

Un certain nombre d'œuvres pratiquent le demi-internat; l'enfant travaille chez les employeurs des environs, mais rentre le soir au foyer. Assez souvent, cette organisation n'a rien de systématique. Elle est le fait des circonstances. Une œuvre au moins en France à notre connaissance, y a recours d'une façon systématique, à savoir la " Société Marseillaise de Patronage contre le danger moral " : 42, rue des Vertus, Marseille. Nous reviendrons plus loin sur les homes de semi-liberté et leur utilité comme étape transitoire avant la libération définitive du mineur.

En présence de troubles du comportement graves et répétés, l'Œuvre demande selon la Loi, à être relevée de la garde du mineur en provoquant un incident. Le tribunal peut se montrer plus sévère. Il peut au contraire demander à l'Œuvre de reprendre l'enfant en modifiant seulement les conditions de placement (nouvel employeur, changement de région, etc.). Les motifs d'incident sont très divers et leur gravité souvent très difficile à apprécier : l'enfant a ses raisons : « c'est la faute de l'employeur », « on l'avait battu », « on voulait lui faire faire des travaux qui ne lui plaisaient pas ». Parfois c'est une impulsion affectueuse qui le fait s'enfuir : « pour revoir sa mère », etc. Mais l'Œuvre, de son côté, ne manque pas de griefs; elle a patienté; elle a accordé deux, trois, quatre changements de place. Elle avait averti le pupille. Alors se pose la question de l'établissement fermé.

### *Placement en Internat de rééducation*

Ce n'est pas forcément une mesure aggravante dans l'échelle des mesures prévues. Certains mineurs à délits minimes pourront y être soumis. Son avantage est de lutter de façon plus directe contre les vices d'éducation ou les tares mentales grâce à une surveillance continue, à des éducateurs spécialisés, et parfois à une surveillance médicale ou médico-psychiatrique. Enfin, elle permet plus facilement une instruction professionnelle.

Ces établissements diffèrent selon 1° le niveau mental, 2° l'état physique, 3° le degré d'amendabilité du sujet. En France, ils sont en nombre restreint. Aussi les difficultés de placement y sont-elles considérables.

#### ENFANTS D'INTELLIGENCE NORMALE OU SUBNORMALE, PHYSIQUEMENT NORMAUX, MAIS PRÉSENTANT DES TROUBLES DU CARACTÈRE

Ces troubles sont en général à type d'instabilité, d'impulsivité plus ou moins coléreuse. Les mineurs peuvent être proposés pour l'un des établissements suivants :

*Garçons.* — Si l'enfant a moins de 14 ans, et qu'il appartienne au département de la Seine, il peut être adressé à l'école Théophile Roussel, de Montesson, dont nous avons déjà parlé à l'occasion des troubles du caractère en général.

Si l'enfant a moins de 15 ans, on pourra l'adresser à l'École libre Saint-Joseph, de Frasnelle-le-Château.

Le personnel comprend une religieuse supérieure, une religieuse direc-

trice agréées par le gouvernement, deux religieuses secrétaires, des religieuses institutrices et surveillantes, un aumônier, une religieuse infirmière. Un médecin consultant est attaché à l'École.

L'Etablissement comporte quatre classes : élèves du certificat d'études, classe préparatoire, classe élémentaire, classe d'emploi des travailleurs.

Les travaux sont surtout agricoles.

Les enfants qui se conduisent bien sont placés chez des cultivateurs ou artisans.

Si l'enfant a moins de 16 ans, il pourra être envoyé à l'École libre de l'œuvre des orphelins apprentis de Guéranze (Moselle), créée en 1892, dirigée par les Frères.

N'y sont admis que les petits délinquants de 8 à 16 ans, ainsi que les mineurs difficiles confiés par les Offices, tribunaux ou même par leurs familles.

L'Etablissement comprend une centaine d'enfants de moins de 14 ans, répartis en 3 classes, avec un chef de division. Au-delà de la quatorzième année, les mineurs sont répartis dans des ateliers (imprimerie, reliure, tailleur, serrurerie, menuiserie, cordonnerie) ou affectés au jardinage.

Les plus difficiles sont mis de préférence aux travaux des champs.

L'enseignement et la surveillance sont assurés par 20 religieux et 22 laïcs.

Les pensionnaires touchent un pécule dans les conditions prévues par la loi. A la fin de leur apprentissage, ils sont présentés aux examens de la Chambre des métiers de Metz.

La maison possède différents moyens d'émulation (groupements spéciaux des meilleurs élèves, abonnements à des périodiques, etc.). Le pourcentage des bons résultats oscille entre 80 et 90 pour cent des cas.

Rappelons enfin que certaines œuvres ont réalisé des Internats professionnels qui s'apparentent aux précédents.

L'Asile du Chavallon, créé par la « Société Dauphinoise de Sauvetage », 19, rue du Docteur Mazet, Grenoble, abritait 156 pupilles au 31 décembre 1934. Leur âge varie de 8 à 21 ans. Ils sont répartis en groupes scolaires, d'apprentissage et d'enseignement agricole, plus quelques services divers, et présentés en fin d'apprentissage aux examens d'aptitude prévus par la loi du 25 juillet 1929.

L'École professionnelle de Sacuny à Brignais (Rhône), créée par la Société lyonnaise pour le sauvetage de l'Enfance, 16, rue du Plat, Lyon, reçoit les pupilles de 9 à 14 ans.

L'éducation morale est donnée par l'aumônier et par les sœurs de Saint-Vincent-de-Paul, assistées du personnel enseignant et professionnel. L'instruction primaire est assurée de 9 à 14 ans avec cours complémentaires (1 heure et demie par jour pour les apprentis).

Les ateliers sont l'imprimerie, la cordonnerie, la lingerie, la menuiserie, etc.

Les services agricoles du domaine occupent 73 hectares et préparent au Brevet officiel d'apprentissage agricole prévu par la loi du 18 janvier 1929. Les élèves sont à l'entrée, l'objet d'une sélection sévère (conditions d'âge, de niveau mental, de comportement, etc.). Ils sont répartis en trois sections suivant l'âge. Ils touchent un pécule. A 18 ans, ils sont, ou rendus à leurs familles, ou envoyés en Placement par l'œuvre, qui signe un contrat d'apprentissage; en aucun cas, ils ne sont conservés en Internat au delà de la dix-huitième année.

L'École subordonne la durée du séjour à celle de l'apprentissage dans la région, soit 3 ou 4 ans.

Il existe un certain nombre d'œuvres, dont la liste est tenue à jour annuellement par les soins de l'Administration pénitentiaire.

Il existe un certain nombre d'autres œuvres, dont la liste est tenue à jour annuellement par les soins de l'Administration pénitentiaire.

*Filles.* — Le placement en Internat des mineures délinquantes n'est pas moins difficile. Il n'existe en France, en dehors du Foyer de Soullins, cité plus haut, aucun institut spécialisé, mais on trouve dans toute la France, des Internats religieux, succursales de l'Œuvre du Bon Pasteur d'Angers, et qui acceptent de telles sujettes. Les Bons Pasteurs possèdent trente-cinq maisons en France. Chaque établissement possède une classe de réforme et une classe de préservation. La Maison-mère est située à Angers, 3, rue Brault.

Comme pour les garçons, existe une liste d'œuvres habilitées à recevoir des mineures, établie par les soins de l'Administration pénitentiaire.

#### ENFANTS PRÉSENTANT DES TROUBLES SOMATIQUES

Les cas de *tuberculose* sont, comme il a été dit, des cas difficiles; le placement en préventorium peut quelquefois être proposé, mais bien souvent, on se trouve précisément en présence d'anciens sujets de sanatoria, porteurs de troubles importants du caractère.

Le placement en Internat serait par ailleurs défavorable à leur santé. En dehors de la Maison d'éducation surveillée de Saint-Hilaire, on manque en France d'établissements de cure pour de tels sujets.

Certaines œuvres reçoivent plus spécialement les mineurs contaminés par la *syphilis* : ce sont, à Paris, l'Œuvre libératrice, 54, rue Boileau et l'Œuvre de Préservation et de Sauvetage de la femme 14, place Dauphine; à Montpellier, la Solitude de Nazareth à Alençon, la Solitude du petit-Châtelet.

#### ENFANTS DÉFICIENTS

Certains placements peuvent être effectués pour les déficients sim-

ples à *Limours (Institut Clamageran)*, à l'Institut départemental d'Yvetot, l'École d'horticulture d'Arnouville-Gonesse, l'École d'Asnières et l'Asile protestant de Bischwiller (Bas-Rhin), ainsi que dans divers *Instituts médico-pédagogiques* annexés aux hôpitaux psychiatriques.

*1<sup>o</sup> Etat de la question.* — La situation des mineurs délinquants envoyés dans les établissements médico-pédagogiques est assez confuse. Rappelons que près de 80 % d'entre eux sont des anormaux. Mais ce total englobe à la fois des arriérés et des anormaux du caractère. Si l'on ajoute que toutes les possibilités de déficience associées aux troubles du caractère peuvent s'observer, on voit que l'Institut médico-pédagogique est appelé à recevoir des catégories très diverses d'enfants allant de l'arriéré pervers, peu intimidables, au sujet chez qui troubles du caractère et déficience sont peu marqués. Cette marge étendue de recrutement impose la création de sections spéciales pour les sujets peu atteints.

En l'absence d'autres établissements spécialisés, force est d'utiliser les Instituts médico-pédagogiques existants. Certains d'entre eux présentent à ce point de vue l'inconvénient d'être (pour un temps indéterminé) annexés aux Hôpitaux psychiatriques. Certes, même dans cette situation, ils peuvent fonctionner en dehors de la loi de 1838. Néanmoins, la promiscuité des aliénés constitue un inconvénient réel. Il convient donc de ne les utiliser qu'à défaut d'autres établissements, et *de préférence* pour les grands déficients ou les anormaux graves du caractère.

On a proposé également, à titre transitoire, en attendant la création d'établissements indépendants, la constitution de pavillons entièrement autonomes, séparés de l'hôpital psychiatrique, mais fonctionnant dans le cadre déjà existant de l'administration asilaire. Le prix de journée pourrait, dans ces cas, être établi sur une base relativement réduite, les services généraux étant communs aux deux genres d'établissements.

On a soutenu également qu'il pourrait y avoir des inconvénients, en utilisant les Instituts médico-pédagogiques existants, à mélanger des mineurs délinquants et des non-délinquants. En fait, c'est surtout là une question de sélection, la question du délit s'effaçant, comme nous y avons insisté, derrière la personnalité du délinquant.

*2<sup>o</sup> Le recrutement* dans l'ensemble sera assez large, au moins en l'état actuel des choses. Trois principes y présideront :

a) refuser les sujets normaux, qui relèvent d'un établissement professionnel ne recrutant pas de déficients.

b) laisser aux Patronages les sujets calmes, pouvant se satisfaire d'un placement familial à la campagne.

c) refuser les pervers inamendables qui ne peuvent exercer qu'une influence néfaste sur les débiles simples ou subnormaux suggestibles, nombreux dans les établissements médico-pédagogiques.

En pratique, il s'agira donc surtout d'instables sociaux, anciens pupilles de patronage ayant fait de par leurs troubles du caractère, l'objet d'un ou plusieurs incidents.

#### MÉTHODES GÉNÉRALES DE RÉÉDUCATION

Le but de l'internat de rééducation est de redonner des cadres à l'anormal caractériel plus ou moins dissocié dans son psychisme et son milieu. La formation de nouvelles habitudes, fondée sur le principe des réflexes conditionnels (1), doit être l'élément essentiel de la rééducation. Pour atteindre ce but, l'unification et la simplification des méthodes, à l'échelle du degré d'adaptabilité de ces mineurs, seront rigoureusement recherchées. Elles seront facilitées par l'étude des *rythmes d'excitabilité* tels que les peuvent montrer les graphiques de conduite, ainsi que par les essais de régularisation thérapeutique de ces rythmes. Les méthodes seront donc *à la fois* pédagogiques et médicales. L'une ne saurait se concevoir sans l'autre. Une attention particulière sera portée aux *réactions d'opposition* qui font du garçon un révolté à son entrée. On arrive en général à les amenuiser rapidement par des conversations psychothérapiques immédiates et répétées. On s'efforcera en même temps de n'en pas susciter d'autres. C'est parfois difficile à concilier avec les nécessités d'une stricte observation. Le pupille doit être mis à même, sous l'influence du cadre, des éducateurs et du médecin d'accepter les règles de vie imposées avec le sentiment qu'« on veut son bien ».

L'Institut médico-pédagogique d'Armentières (Nord), annexé à l'Hôpital psychiatrique de cette ville, possède lui-même un pavillon (annexe Henri Rollet, réservée aux mineurs délinquants de la région du Nord).

A son entrée, l'enfant est soumis à une observation de quelques jours sous la surveillance d'un éducateur. Le soir, il couche en chambrette. Une fois testé, et examiné au point de vue somato-biologique, il fait l'objet d'un compte rendu médical détaillé étayé sur l'ensemble des constatations effectuées et des renseignements obtenus du tribunal et de la famille. Dans l'établissement, les mineurs sont classés selon :

(1) DUBLINEAU (J). Réflexes conditionnels en psychiatrie infantile. 1<sup>er</sup> Congrès Intern. de Psychiatrie infantile, Paris, 1937.

1° leur niveau mental; 2° leur âge physiologique. L'école est faite par un instituteur dépendant du Ministère de l'Education nationale. Le maître établit pour les enfants une fiche mensuelle où sont notés les troubles du comportement et les résultats du travail scolaire. Le travail manuel est assuré par des équipes agricoles et horticoles et dirigé par des chefs d'ateliers généraux et des chefs d'atelier spéciaux pour le travail du bois, du fer, du cuir et de la vannerie. Des fiches mensuelles au dossier professionnel du mineur indiquent les progrès et les appréciations du chef d'atelier. Un aumônier assure l'instruction religieuse.

Les enfants sont régulièrement suivis au point de vue thérapeutique : traitements généraux du terrain, traitements spéciaux de la turbulence et de l'impulsivité.

La rééducation est assurée par des éducateurs et un Chef de Pavillon. Les sanctions ont dans la mesure du possible un caractère médical. Par ailleurs sont réalisés pour chaque section trois groupes (honneur, amendement, attente) auxquels sont attachés ou non des avantages déterminés. Des graphiques individuels permettent de suivre la conduite des enfants. La durée du séjour dépend naturellement des résultats obtenus. Les mineurs amendés sont remis, (quand ils peuvent faire l'objet d'un placement à la campagne) à un patronage local et même, si les résultats ont été favorables, sont rendus à leurs familles; cette mesure suppose des garanties parentales suffisantes, malheureusement rares.

De toutes façons, les enfants sortis restent sous la surveillance de l'établissement, ce qui permet de réaliser une « liberté surveillée médicale ».

#### SURVEILLANCE

##### DES ÉTABLISSEMENTS DE BIENFAISANCE PRIVÉS

Une loi, votée le 14 janvier 1935, complétée par un règlement d'administration publique du 16 mars 1934 et par l'arrêté ministériel du 12 mai 1934, a réglé les questions de la surveillance des établissements de bienfaisance privés, et précisé les conditions requises tant pour leur ouverture que pour leur fonctionnement.

Le Directeur tient « un registre coté et paraphé par le juge de paix, sur lequel sont consignées les indications relatives à l'identité des assistés ainsi que la date de leur entrée et de leur sortie » (article IV).

Les assistés de moins de 13 ans doivent recevoir l'enseignement primaire et « ne peuvent être employés, en dehors des heures de classe consacrées à l'enseignement et à l'éducation morale et physique, qu'à des travaux domestiques ou d'enseignement professionnel » (article VI).

Le pécule est obligatoire pour les mineurs hospitalisés comptant au moins une année de présence dans l'établissement. Il est prélevé sur un fonds constitué par l'établissement et qui est proportionnel au nom-

bre de journées de présence des Pupilles en âge et en état de travailler (articles VII - VIII - IX). Il est pour une part distribué par semaine ou bien gardé, pour une autre part porté au compte de l'assisté sous forme de prime d'épargne portant intérêt. Un séjour de deux ans après la fin de l'apprentissage, donne droit pour le mineur à l'octroi d'un trousseau (article XVII).

Il est constitué, sous la présidence du Préfet, un Conseil départemental d'assistance qui peut prononcer, le cas échéant, la fermeture de l'Établissement.

### LES INSTITUTIONS D'EDUCATION CORRECTIVE

Ce sont des Etablissements d'Etat, dépendant de l'Administration pénitentiaire. Ils ont été longtemps, sous le nom de *Colonies pénitentiaires et correctionnelles, d'Ecoles de préservation, d'Ecoles de réforme*, les seuls établissements de rééducation. Ils sont régis par la loi du 5 août 1850 sur « l'éducation et le patronage des jeunes détenus ». D'abord conçus sous le régime pénitentiaire, ils ont de plus en plus tendu à suivre l'évolution générale et accroître leur caractère éducatif. Le terme de *Maison d'éducation surveillée* a été substitué le 31 décembre 1927 à celui de *Colonia pénitentiaire*.

L'affectation est effectuée soit par le tribunal, soit de préférence, par l'administration après sélection. L'administration a, en effet, essayé de spécialiser les centres.

Le séjour dans ces centres n'est pas mentionné sur le casier judiciaire. Il n'entraîne pas l'envoi aux bataillons d'Afrique.

#### Garçons

A. — *Internat approprié de Chanteloup* par Fontevrault (Maine-et-Loire), reçoit les enfants de moins de 13 ans.

B. — *Maisons d'éducation surveillée et École de Réforme*. — Elles sont destinées aux catégories suivantes de mineurs de 13 à 21 ans : 1° Mineurs de 13 à 18 ans conduits en colonie pénitentiaire par application de l'Article 66 du Code pénal (acquiescement comme ayant agi sans discernement). Envoi en colonie.

2° Mineurs de 16 ans condamnés à plus de 6 mois d'emprisonnement.

3° Mineurs relégués.

4° Mineurs de 13 à 21 ans ayant fait l'objet d'un incident à la liberté surveillée et pour lesquels s'impose une mesure de rigueur plus stricte que le placement familial ou l'Internat professionnel.

5° Pupilles de l'Assistance publique, difficiles ou vicieux, confiés par le tribunal civil à l'Administration pénitentiaire (loi du 20 juin 1904).

a) *les mineurs de 13 à 16 ans* sont dirigés sur l'École de réforme de Saint-Hilaire, par Fontevrault (Maine-et-Loire). Cet établissement, qui date de 1840, est voisin de l'Internat approprié cité plus haut. Son effectif est de 220 pupilles environ (1).

L'emploi du temps est réparti entre les heures de classe et le travail manuel. Celui-ci a surtout en vue l'artisanat rural et les professions agricoles.

45 pupilles sont placés dans un rayon de 40 kilomètres autour de la Colonie. Le placement ne peut avoir lieu qu'après un an de bonne conduite à la colonie.

b) *les mineurs de 16 à 18 ans* sont envoyés à la Maison d'éducation surveillée de Saint-Maurice, Lamotte-Beuvron (Loir-et-Cher). L'établissement, situé à 500 mètres de la gare, comprend 250 garçons plus 70 garçons environ placés dans un rayon de 20 kilomètres.

Récemment réorganisé, il constitue un établissement-type, avec éducateurs spécialisés, et méthodes modernes de rééducation.

Artisanat rural. Plusieurs ateliers (menuiserie, scierie, charronnage, tonnerie, forge, cordonnerie, etc.).

c) *les mineurs de 16 à 21 ans* sont envoyés à Aniane ou Belle-Isle. La maison d'Aniane (Hérault), oriente vers l'apprentissage des métiers urbains : mécanique (ajustage, tournage, serrurerie, électricité), forge et taillanderie, chaudronnerie, tôlerie, ferblanterie, plomberie, zinguerie, charronnage, ébénisterie.

Deux équipes agricoles s'occupent en outre de jardinage et viticulture.

La maison de Belle-Isle-sur-Mer (Morbihan) a un effectif d'environ 200 garçons, répartis en trois sections : maritime, industrielle et agricole. Cette dernière, prévue pour 80 pupilles, est située à 3 kilomètres de la colonie maritime. Atelier de corderie, ferblanterie, menuiserie, cordonnerie. Atelier-école de matelotage (fabrication de filets, signaux, navigation). Atelier de ravotage où sont mis, ainsi qu'à la cuisine et à la buanderie, les garçons à leur arrivée, pendant la période d'observation, qui dure de 2 à 3 mois. L'établissement possède des bateaux de pêche à voiles et à moteur.

3 classes dans des salles spéciales (cours préparatoire, élémentaire et moyen). Une dizaine de jeunes gens sont reçus chaque année au Certificat d'études. Une conférence éducative par semaine. Musique. Bibliothèque. Cantine.

d) *Mineurs condamnés à plus de deux ans de prison ou insubordonnés* sont envoyés à Eysses (Lot-et-Garonne). Cette dernière maison contient donc des mineurs particulièrement difficiles, d'où certaines mesures particulières de surveillance et de sévérité.

La section de correction (mineurs difficiles) comprend une sélection, avec une catégorie dépreuve, une catégorie d'amendement. Enseignement scolaire et professionnel.

e) *Cas particuliers* : pour les cas pathologiques, l'administration a prévu un certain nombre de services spécialisés :

(1) H. VAN ETTER. *Encéphale*.

1° *les tuberculeux curables ou pré-tuberculeux* sont envoyés de préférence au Sanatorium de Bellevue. Celui-ci, situé à 3 kilomètres de l'Ecole de Saint-Hilaire, est pourvu d'un service médical. Les mineurs y sont soumis à un régime particulier.

2° *les tuberculeux osseux et ganglionnaires* sont dirigés sur un quartier approprié à Belle-Isle-en-Mer.

3° *les mineurs syphilitiques* sont envoyés au quartier spécial prévu à Eysses.

### Filles

Elles sont dirigées sur les « Centres de Préservation » au nombre de trois :

Les mineures de 13 à 16 ans vont à Cadillac (Gironde) : celles de 16 à 18 ans à Doullens (Somme). L'Ecole de Clermont (Oise) reçoit les mineures de 18 à 21 ans et les insubordonnées des autres établissements.

A la maison de Doullens sont annexés un *Dispensaire prophylactique* pour les mineures atteintes de maladies vénériennes, et une *maternité ou pouponnière* pour les mineures enceintes ou ayant un enfant. Dans ces établissements, elles reçoivent l'enseignement ménager et agricole. Elles peuvent ultérieurement, en cas de bonne conduite, bénéficier du Placement familial ou de la libération provisoire.

### Organisation générale

Le règlement pour les institutions publiques d'éducation surveillée a été modifié en 1930 et en 1934.

Chaque établissement est sous la surveillance du Premier Président et du Procureur général du ressort. Il a à sa tête un Directeur et un sous-directeur et comprend un personnel administratif (économe-greffier-comptables), éducateur (instituteur), des surveillants (premiers maîtres-maîtres-moniteurs), des agents techniques (ingénieurs-chefs et sous-chefs d'atelier).

L'entrant est mis en observation, puis placé selon les cas en section d'épreuve ou de mérite. Le règlement prévoit toute une gamme de récompenses et de punitions. Un Comité de Patronage est prévu auprès de chaque établissement.

Les mineurs touchent un pécule dont une partie est versée à la Caisse d'Epargne. Un certain nombre font l'objet de « placements familiaux », avec contrats d'apprentissage professionnels approuvés par le Ministre.

La libération peut être accordée par anticipation par l'administration. Le mineur est le plus souvent alors mis sous le régime de la liberté surveillée.

Le service médical est assuré par un médecin chargé de la visite des entrants et des malades. De plus, les établissements sont l'objet d'une consultation psychiatrique trimestrielle. Depuis août 1936, les médecins des hôpitaux psychiatriques peuvent être préposés sur leur demande à la sous-direction ou à la direction de ces établissements.

Tous les sujets ne relèvent pas des mêmes méthodes de rééducation. Pour certains émotifs, les peines devraient être adoucies. Pour les moins intimidables au contraire, certaines peines, telle que l'encellulement, sont insuffisantes. La solution dans ces cas est difficile. Faut-il, comme certains l'ont conseillé, aller à défaut de traitement médical jusqu'au rétablissement des punitions corporelles, les seules redoutées ? Une rigoureuse sélection s'impose dans tous les cas.

Elle ne sera possible que si le mineur arrive après avoir fait l'objet d'une observation rigoureuse dans un centre spécialisé.

Enfin il faut signaler que les Colonies sont, dans l'ensemble, agricoles. Les Centres urbains n'ont pas une importance proportionnée à celle du recrutement. Ici encore, si désirable que soit le retour à la terre, les répugnances du mineur pour le travail agricole s'opposent à une formation professionnelle suivie; d'où le grand nombre d'années perdues pour lui.

Un recensement afférent à la période allant de 1924 à 1926 indique une proportion de récidives de 40 % pour les garçons et 20 % pour les filles.

Le principe des maisons d'éducation surveillée a été très attaqué au cours de ces dernières années. Il ne faut pas oublier qu'il s'agit de mineurs réellement très difficiles, peu intimidables.

Il faut espérer que les efforts de l'Administration pénitentiaire parviendront à doter le pays des établissements qui s'imposent.

## LEGISLATION ET ORGANISATION A L'ETRANGER DE L'ASSISTANCE AUX MINEURS DELINQUANTS

**BELGIQUE.** — Tribunal pour enfants. Tous les magistrats sont spécialisés, et les pouvoirs du juge, très étendus. L'examen médico-psychologique n'est pas obligatoire. Les délégués sont bénévoles.

Centres d'observation et de triage. Grâce à leur organisation très étudiée, ils peuvent servir de modèles.

La liberté surveillée. Elle est soumise au contrôle de délégués bénévoles.

La rééducation. Elle se fait dans des établissements spéciaux.

Résultats très favorables.

**ALLEMAGNE.** — Tendance générale à considérer les délinquants comme des malades à soigner et à guérir, et non comme des malfaiteurs à châtier.

**ANGLETERRE.** — Il y a irresponsabilité au-dessous de 8 ans, et une échelle de responsabilité graduée de 8 à 14 et de 14 à 17. L'organisation, avec ses traits principaux : Juvenile Courts, Reformatory Schools, Probation officers, Probation Committee, est analogue à l'organisation française.

**ETATS-UNIS.** — L'organisation dépend des autorités locales : aussi varie-t-elle d'un Etat à l'autre.

**ITALIE.** — Tribunal pour mineurs, à compétence administrative et civile, et qui peut prendre diverses décisions, parmi lesquelles le pardon judiciaire.

**U.R.S.S.** — Organisations particulières.

Dans l'ensemble, toutes les organisations étrangères s'inspirent des principes énoncés plus haut. Les particularités portent sur :

1° *la composition du tribunal* : juge unique, collège de magistrats ou constitué, au moins en partie, en dehors de la magistrature.

2° *l'observation des mineurs* : plus ou moins grande utilisation des tests ou du laboratoire, caractère plus ou moins médical de l'observation.

3° *l'organisation des Centres de triage* : Centres d'Etat, Centres régionaux, etc.

4° *la variété des œuvres de rééducation.*

### A. — BELGIQUE

L'organisation belge a pour point de départ la loi du 15 mai 1912. Celle-ci comporte trois parties :

1° protection de l'enfant contre les abus de l'autorité paternelle (déchéance paternelle);

2° principes d'éducation et de préservation de l'enfance délinquante et organisation de la liberté surveillée;

3° répression des crimes et délits contre la moralité et la faiblesse des enfants.

L'Etat a pris en charge l'orientation et la sélection des mineurs par la création de Centres qui ont été le point de départ de nombreuses imitations.

*Le tribunal pour enfants.* — Le juge des enfants (juge unique) est un magistrat spécialisé, nommé pour trois ans, auquel ressortit tout ce qui concerne l'enfance délinquante ou malheureuse. En matière de délinquance, il s'occupe :

de la mendicité et du vagabondage des mineurs de 18 ans;

des infractions commises par les mineurs de 16 ans;

des mineurs de 16 ans se livrant à la débauche ou à la prostitution ou tirant leurs ressources de métiers prohibés;

des mineurs pour lesquels est demandée une mesure de correction paternelle.

Sa compétence a été étendue, depuis la création, en 1919, de l'*Œuvre nationale de l'enfance*, à la protection des enfants placés en garde ou en nourrice. La loi scolaire l'a également étendue à la surveillance de l'instruction obligatoire. Le tribunal donne ses audiences dans un décor sommaire, en présence des parents ou des Œuvres d'assis-

(1) Les caractéristiques des efforts tentés dans chaque pays sont connues grâce aux comptes-rendus publiés par les soins de la Société des Nations, où le lecteur pourra se documenter plus complètement.

tance, l'enfant étant lui-même assisté d'un avocat, qui cherche, d'accord avec le juge, la mesure la plus favorable.

Le ministère public et le magistrat instructeur sont également spécialisés, ainsi qu'un magistrat de la Cour d'appel, également nommé pour trois ans, et chargé de juger les appels contre les décisions des juges des enfants. Le jugement est toujours modifiable.

Le juge continue à suivre les enfants dans la maison où ils ont été placés. Il doit procéder à une révision triennale de ses décisions et les modifier le cas échéant.

La procédure se fait selon les règles de la procédure pénale, le juge pouvant prendre des mesures de garde provisoire en dehors de la Maison d'arrêt.

2<sup>o</sup> Examen médico-psychologique. Il n'est pas obligatoire. Cependant, à Bruxelles, le juge Wets a organisé une consultation avec le concours du D<sup>r</sup> Alexandre. Tous les délits font l'objet d'une enquête sociale. En cas d'information insuffisante, le mineur est envoyé aux centres d'observation de Moll, Namur ou Kiel.

3<sup>o</sup> Les délégués à la protection de l'enfance prévus par la loi sont bénévoles, en dehors de quelques délégués permanents rétribués, provenant des Ecoles de Service Social. Ils peuvent surveiller le mineur, même placé dans une institution charitable, et s'occupent de son placement à sa sortie. Il n'y a pas d'incompatibilité entre les fonctions de délégué et celles de rapporteur.

**Centres d'observation et de triage.** — Leur organisation, particulièrement soignée, a servi de modèle à nombre d'institutions d'autres pays.

Pour les garçons, existe l'établissement de Moll, créé le 31 décembre 1913, dirigé par M. Rouvroy. Il abrite 120 à 140 sujets de 6 à 21 ans. Tout y est prévu en vue de l'observation minutieuse, dans un milieu actif et aussi proche que possible de la vie normale. Dès son arrivée, le mineur est reçu par un éducateur qui s'entretient avec lui et le soumet à un isolement de trois jours. Un inspecteur de l'établissement prend l'histoire détaillée de la famille.

Installé le jour dans une bibliothèque, le mineur peut choisir les livres qui lui plaisent, et écrire aussi longuement qu'il le désire. Il fait, durant ces trois jours, l'objet d'une analyse rigoureuse et objective de son comportement et de ses écrits. La nuit, il est isolé en chambrette.

Au bout de ce temps, il est placé dans une des sections (petits, moyens, grands, classés d'après leur âge physiologique). Les groupes sont eux-mêmes répartis dans un total de 8 pavillons, dont chacun contient en principe de 20 à 24 enfants, avec un chef de pavillon, (instituteur) et deux éducateurs, et comprend une salle d'études, un atelier pour travaux manuels simples, une salle de réunion réfectoire, un dortoir avec chambrettes, un jardin.

Au bout de deux à trois mois d'études et de culture de son *sens social*, l'enfant qui, autant que possible, a été associé à la vie et à l'administration du pavillon, est dirigé vers le laboratoire (tests biophysiques, psychosensoriels, psychologiques, d'orthophonie et d'orientation professionnelle).

Finalement, un rapport est rédigé, où sont consignées les observations pédagogiques, psychologiques, médicales, avec une proposition de traitement. Les mesures proposées peuvent être l'envoi en colonie familiale ou dans un centre de rééducation.

72 pour cent des sujets âgés de 21 à 26 ans, qui avaient passé par le centre, n'ont pas reparu devant le tribunal entre 21 et 26 ans.

Pour les filles, un établissement du même genre existe à Saint-Servais près Namur. Il possède quatre pavillons dirigés par des religieuses. L'observation est surtout fondée sur le comportement de l'enfant dans le pavillon et sur les résultats de certains exercices gradués dans les classes dites « *de sondage* », sans grande utilisation de tests. Signalons également l'établissement Sainte-Marguerite de Cortone à Anvers (Kiel) et le poste d'observation du Bon Pasteur à Evere (Bruxelles) pour 20 jeunes filles.

**La liberté surveillée.** — Elle est soumise, comme en France, au contrôle des délégués dont la mission est gratuite. Elle est appliquée d'office après réprimande du juge. Elle n'est pas admise en cas de mendicité ou de vagabondage habituel, ou quand l'intervention du juge est sollicitée à cause de graves fautes contre la discipline.

**La rééducation.** — Elle se fait dans 275 établissements (205 privés, 55 spéciaux, 15 de l'Etat) comprenant : écoles, orphelinats, cliniques, sanatoria, refuges, asiles pour anormaux éducatibles et non éducatibles, internats, instituts professionnels, foyers, etc. Il existe enfin des sociétés de patronages s'occupant du placement familial.

Le choix des établissements est laissé au magistrat. Ils se classent, par ordre de sévérité progressive, suivant des degrés allant jusqu'à « la mise à la disposition du gouvernement dans les maisons dites de bienfaisance » équivalents de l'envoi en maison d'éducation surveillée.

La réadaptation progressive se fait selon le principe de la « mise en série » des élèves qui passent successivement d'un régime à l'autre par ordre de sévérité décroissante.

Il faut signaler l'existence à Uccle d'un asile-maternité pour les mineures délinquantes enceintes. Enfin existent des *homes de semi-liberté*, avec possibilité, pour le mineur, de travailler le jour dans des ateliers, des magasins ou des bureaux en rentrant le soir à la section, jusqu'à complète émancipation. Le personnel de ces établissements est formé grâce au cours théoriques et pratiques organisés à Moll.

*Resultats.* — La courbe de la criminalité infantile de 17.931 mineurs signalés au Parquet en 1913, est montée à 18.893 en 1919 pour décroître ensuite progressivement jusqu'à atteindre en 1930 le chiffre de 9.735.

## AUTRES PAYS

### Allemagne

Il existe en Allemagne une « organisation pour la protection de la jeunesse » (*Jugendwohlfahrtsgesetz*), révisé par la loi du 9 juillet 1922. Les tribunaux pour mineurs sont régis par la loi du 16 juillet 1923, qui doit être révisée prochainement.

Les mineurs sont jugés par une section du tribunal du district désignée pour un an avec soit un juge unique, soit une cour de plusieurs juges selon la gravité de l'infraction ; en cas de haute trahison, ils relèvent, comme les adultes, de la nouvelle Cour de justice populaire.

Ces tribunaux sont compétents pour les mineurs de 14 à 18 ans. Au-dessous de 14 ans, ils relèvent des tribunaux de tutelle et des offices de protection de la jeunesse, qui prennent les mesures nécessaires.

Il existe des Centres d'observation (6 semaines d'observation en général, prescrites par le tribunal) et des *Jugendbeisitzer* (personnes s'occupant de la jeunesse). Ce sont en général des assistantes sociales qui, soit à titre individuel, soit plus souvent pour le compte d'associations privées, font des enquêtes dont le résultat est transmis au *Jugendamt* (bureau de la jeunesse), c'est un organe de liaison qui s'occupe des transmissions nécessaires. Le tribunal peut prendre des mesures pénales à échelle réduite (mais subies en prison), ou éducatives. Parmi ces dernières, signalons les « règles spéciales de conduite » (abstention d'alcool et de tabac, obligation d'avoir une occupation fixe, réparation du dommage causé, remise d'une partie du salaire aux parents, etc.). Les établissements sont publics et privés. Les mineurs sont groupés d'après le sexe, l'âge, les aptitudes. Les mesures éducatives cessent à 19 ans. La tendance est d'ailleurs de réduire le séjour en institution. « Les enfants dévoyés sont traités de plus en plus comme des malades, c'est-à-dire que leur éducation est dirigée par des psychiatres et qu'elle est aussi individualisée que possible ». L'enseignement professionnel est industriel ou agricole : nombre de jeunes gens retournant ensuite à la ville, ce dernier tend à perdre l'importance qui lui avait jadis été attribuée. On développe

au contraire le placement précoce dans les établissements industriels pour faciliter une réadaptation rapide à la vie sociale.

### Angleterre

Le *Children's Act* de 1908 a été remplacé par la loi de 1933 sur les enfants et adolescents qui établit un régime spécial pour le jugement des mineurs de 17 ans.

Il y a irresponsabilité au-dessous de 8 ans et une échelle de responsabilité graduée de 8 à 14 ans et de 14 à 17 ans.

Au-dessous de 14 ans, l'enfant relève des tribunaux pour enfants (*juvenile courts*) (sauf cas d'homicide). Cette juridiction est facultative de 14 à 17 ans. De 17 à 21 ans, la juridiction est tantôt particulière, tantôt de droit commun.

L'observation se fait dans les *Remand Schools*.

Les auxiliaires du tribunal ou *Probation officers* sont soit des professionnels recrutés au choix, soit des bénévoles travaillant pour des Œuvres et combinant leur travail avec les précédents : ils surveillent les délinquants jugés susceptibles d'amendement. Dans certains districts, l'organisation de la liberté surveillée est soumise au contrôle d'un Comité de magistrats (*Probation Committee*) dépendant de l'Administration centrale. Les peines de prison sont subies dans des centres particuliers ou dans des quartiers spéciaux des prisons d'adultes.

Les établissements de rééducation sont :

a) les écoles agréées, pour les mineurs de 10 à 17 ans, dirigées par des particuliers ou des autorités locales;

b) les foyers et « hostels » agréés, qui accueillent les adolescents contraints à une résidence de quelques mois en liberté surveillée. Le foyer les accueille complètement; l'« hostel » ne les reçoit que pour le loger et le couvert;

c) les foyers privés;

d) les *Institutions Borstal*; destinées aux mineurs de 16 à 21 ans. Les mineurs y sont envoyés pour 2 ans au moins, 3 au plus. Il existe 6 écoles de ce genre pour les garçons et une pour les filles. Chacun reçoit des mineurs d'un type particulier (arriérés difficiles, amendables, etc.). L'envoi n'est fait qu'après observation, médico-sociale et psychologique, dans un Centre adéquat de Londres.

Au bout de 2 ans environ, le mineur peut être l'objet d'une proposition de libération conditionnelle. Il est alors soumis à la surveillance de l'*Association Borstal* pour les garçons, de « l'*Aylesbourg After-Care Association* » pour les filles. En cas de récidive, il est renvoyé à l'*Institution Borstal* spéciale de Wandsworth.

*Etats-Unis*

Il existe une législation spéciale pour chaque Etat, sauf pour le Maine et pour le Wyoming. Dans le district de Columbia et sur tout ou partie du territoire de 19 Etats, existent des tribunaux pour enfants indépendants ne faisant pas partie d'autres systèmes judiciaires. Dans quelques-uns, existent des tribunaux familiaux (family courts) connaissant à la fois des causes intéressant les mineurs et des affaires de relations domestiques, et auxquels siègent assez souvent des femmes.

Une organisation particulière policière existe dans certaines agglomérations. Les délégués sont en petit nombre, mais ont un traitement. Un système spécial de contrôle officiel surveille l'activité des tribunaux pour enfants et des délégués.

Les données relatives à l'âge des mineurs relevant du tribunal varient selon les Etats. Les mineurs de 7 ans sont irresponsables. De 7 à 14 ans, ils sont présumés responsables. Mais la preuve de l'irresponsabilité peut être apportée. A plus de 14 ans ils sont responsables, sous la même réserve. La limite d'âge supérieure varie entre 16 et 18 ans.

Des internats familiaux, des asiles de détention assurent l'hébergement des prévenus. Nombre d'affaires sont réglées sans information. L'organisation médicopsychiatrique n'est pas systématique. Les institutions peuvent être des écoles industrielles, d'instruction générale ou professionnelle pour enfants de 10 à 17 ans, entretenues par des communautés publiques ou privées, ou des maisons de réforme pour mineurs de 18 à 21 ans. (Dans les maisons de réforme sont également admis des adultes jeunes, délinquants primaires). Enfin, la prison est aussi utilisée dans certains cas. Il existe quelques établissements spéciaux pour anormaux. Le plus souvent, les anormaux délinquants sont répartis dans les Instituts médico-pédagogiques ne recevant pas d'emblée des mineurs de la loi de 1912. La surveillance psychiatrique est en voie d'organisation. Elle est déjà complétée dans certains établissements.

*Italie*

La législation italienne de l'enfance délinquante a été promulguée en 1934 et n'est devenue loi que le 27 mai 1935. Elle fait partie de l'organisation générale d'Etat prévue par les lois de 1925 et 1928 de la protection de la Maternité et de l'Enfance. Elle s'inspire des législations étrangères modernes auxquelles elle apporte des éléments originaux. La loi institue un *tribunal pour mineurs* au siège de cha-

que Cour d'appel. Au total, il y a 24 tribunaux d'enfants (Sardaigne et nouvelles provinces comprises). Le tribunal est présidé par un Conseil de Cour d'appel, assisté d'un juge et d'un expert, étranger à la magistrature, mais « s'occupant depuis longtemps d'assistance sociale et expert en matière de biologie, de psychiatrie, d'anthropologie criminelle, de pédagogie ». L'assesseur est nommé pour 3 ans au titre de Juge du tribunal des mineurs. Il y a des juges titulaires et des juges suppléants : fonctions purement honorifiques, mais recherchées.

Le ministère public est représenté par un Substitut du Procureur général ou du Procureur du Roi, mais autonome et qui fait fonction de Juge d'Instruction.

Il existe une juridiction d'appel. La section de la Cour d'appel est désignée chaque année avec, ici aussi, un Président, des Conseillers, un expert.

Un des magistrats du tribunal pour mineurs remplit les fonctions de juge de surveillance ou de juge de tutelle des Orphelins de guerre.

Auprès du tribunal se trouve un Conseil de Patronage dont font partie le Président et le Procureur. La compétence est étendue à toutes les infractions des mineurs de 18 ans (sauf si celui-ci est impliqué dans la même procédure que des majeurs. Encore le Procureur général a-t-il le droit de disjoindre l'affaire). Seules les infractions minimales peuvent exceptionnellement rester du ressort du juge de paix (*pretore*) jugeant sans appel.

En outre, et c'est une des originalités de la loi, le tribunal a une compétence :

- a) *administrative* s'exerçant sur les mineurs de 18 ans dévoyés ayant besoin d'un redressement moral.
- b) *civile* se proposant la sauvegarde des mineurs.

La *procédure* est réduite. La défense ne peut être assurée que par des avocats spécialisés. Des *Centres spéciaux de rééducation des mineurs* sont organisés auprès de chaque Cour d'appel. Chaque Centre comporte lui-même : un Centre d'observation, une prison pour la détention préventive éventuelle, un quartier de correction pour mineurs dévoyés et un quartier de correction judiciaire. Cette organisation s'appuie sur des bases médico-psychiatriques.

Pour les mesures administratives, la procédure se fait en Chambre du Conseil, sans intervention des défenseurs. La Chambre du Conseil provoque tous déplacements en maison de correction jugés nécessaires, *en dehors de toute infraction* caractérisée, et ce, jusqu'à preuve d'amendement, jusqu'à 21 ans *et plus*. La demande peut être faite par les personnes les plus diverses : parents, certaines Œuvres sociales,

police, ministère public. La décision, peut même, dans certains cas, être prise d'office.

En matière pénale, le pouvoir d'appréciation est considérable. Les décisions diffèrent selon que les mineurs ont moins ou plus de 14 ans. Le tribunal peut décider la mise en liberté surveillée (sous le contrôle de délégués ou d'associations charitables). Les peines de prison sont subies dans des établissements distincts. La loi prévoit en cas d'amendement certain, une *réhabilitation* très libérale qui efface la peine du casier judiciaire, (même si l'extrait en est demandé par une Administration publique). Par ailleurs, le tribunal peut ordonner des suspensions conditionnelles de peine. Enfin, — mesure très particulière — il peut accorder le *pardon judiciaire* (qui abolit l'infraction) pour toutes peines non supérieures à deux ans de privation de liberté ou à 15.000 liras d'amende, — même si ces deux peines sont conjointes —. Bien entendu, la libération conditionnelle est prévue, sans limitation de durée.

Les mineurs dévoyés ou délinquants, confiés par le tribunal aux Œuvres de rééducation (maisons de réforme) sont étroitement suivis par le tribunal qui statue. Les Institutions sont publiques et privées. Certaines sont organisées selon le système familial. Diverses catégories sont prévues.

Après la libération, l'Œuvre nationale de l'Enfance prévoit toute une série de mesures d'Assistance morale et sociale.

#### U. R. S. S.

L'assistance aux mineurs délinquants, aux termes de publications récentes, paraît avoir été comprise selon une formule particulière (1). D'après Mme Bardet, les établissements de rééducation seraient conçus sur le modèle du Self-Government, « les détenus prenant une grande part à la direction et à l'organisation de leur maison ». Existente ainsi les communes de Bolchévo et de Loubertsi, près de Moscou, avec, dans la seconde, (créée en 1927), un enseignement professionnel, la Commune de Djerzinski, près de Kharkov, où vivent près de 850 enfants et jeunes gens des deux sexes, etc. Dans certaines de ces organisations, est prévu pendant la belle saison, l'envoi général en maisons de repos ou en camps de vacances.

La législation soviétique de l'enfance délinquante semble avoir varié au cours des dernières années. Aux *Commissions pour les affaires des mineurs*, créées en 1918, aurait été substituée en 1935 une orga-

(1) Mme BARDET. Établissements de rééducation en U.R.S.S. *L'enfance coupable*, janvier-février 1938, n° 22, p. 1.

nisation remettant à partir de l'âge de 13 ans, les mineurs coupables de certains délits ou crimes à la juridiction des Tribunaux répressifs ordinaires.

#### Autres pays

Nous ne décrivons pas les mesures prises par les autres pays, encore que certaines d'entre elles aient été élaborées avec soin et soient des plus récentes (Pologne, Portugal, Tchéco-Slovaquie, etc.). Toutes s'inspirent des mêmes mesures que celles plus haut rapportées. Mais les lois n'ont encoé abouti, semble-t-il, que dans quelques pays, à la création d'Œuvres en nombre suffisant pour satisfaire à toutes les exigences actuelles.

IV

## RÉSULTATS GÉNÉRAUX AMÉLIORATIONS A ENVISAGER

CHAPITRE PREMIER

### QUELQUES CHIFFRES

La législation des mineurs délinquants a-t-elle donné des résultats importants ? Malgré la difficulté que l'on éprouve à résoudre cette question, il faut avouer que, dans les services les mieux organisés, les échecs ne sont pas rares : 1/3 de récidives dans les cinq années suivant la libération.

La législation des mineurs délinquants est-elle arrivée à diminuer la délinquance ? C'est une question à laquelle il est difficile de répondre, pour deux raisons : 1° Les statistiques des tribunaux n'ont qu'une valeur très partielle d'indication, actuellement, les délits des mineurs sont plus volontiers que jadis déférés aux tribunaux, qui perdent de plus en plus leur caractère répressif, au profit de leur rôle éducatif et social, d'où accroissement du nombre des affaires; 2° Inversement, le développement considérable des mesures éducatives tend à réduire, dans le total des affaires jugées, le nombre des mineurs condamnés; 3° Les statistiques des divers pays ne peuvent être comparées utilement, étant donné la diversité des mesures prises.

Pourtant, au tribunal des enfants de la Seine, l'accroissement des affaires est actuellement considérable, ainsi qu'en témoignent les chiffres suivants (1) :

(1) *L'enfance coupable*, avril 1936, p. 12.

Années	Nombre		Proportion de délinquants primaires
	d'affaires	d'enfants intéressés dans ces affaires	
1928	»	»	1.943
1929	»	»	1.879
1930	7.000	9.880	1.914
1931	8.000	11.600	1.506
1932	9.500	14.300	1.281
1933	9.700	16.000	1.133
1934	11.000	17.500	1.598
1935	13.900	25.400	1.650

L'appréciation des résultats obtenus par les méthodes de rééducation a aussi donné lieu à discussion. Il faudrait pouvoir ne tenir compte que des cas pour lesquels a été suivie la mesure préconisée par le service médico-psychologique.

Or il est loin d'en être toujours ainsi, d'où des échecs qui ont pu atteindre dans une statistique américaine le chiffre de 88 %. Dans l'ensemble cependant, avec des services bien organisés, il faut s'attendre à 20 ou 30 % de récidives dans les années qui suivent la libération.

Ce chiffre doit pouvoir être réduit par une meilleure appropriation des mesures. Tel qu'il est, le nombre des récupérations sociales obtenues suffirait à lui seul à justifier les efforts en faveur de l'enfance délinquante, à la double condition, toutefois 1°) que les efforts s'intègrent dans une politique générale de l'enfance; 2°) que le sort des enfants délinquants ne fasse pas perdre de vue l'enfant normal. La délinquance infantile doit être envisagée à la fois dans un esprit de rééducation et d'expérimentation. Elle offre un champ d'observations très riche et révèle une foule d'anomalies caractérielles. La masse des observations doit servir l'étude psychologique de l'enfant en général et dicter les méthodes de rééducation appropriées à chaque type. De ces types, l'anormal caractériel, le mineur délinquant offrent, le plus souvent, une image schématique. Telle ou telle tendance y prédomine sous une forme excessive, presque caricaturale. A nous d'en profiter pour appliquer les enseignements qu'elle nous offre à la compréhension générale de l'enfance.

*Le tribunal pour enfants*

## CHAPITRE II

## AMELIORATIONS A ENVISAGER

I. *Le tribunal pour enfants.* Il doit être spécialisé d'autant que sa compétence s'étend chaque jour, devenir une clinique pour enfants malheureux ou coupables, ce qui n'est possible que si on groupe les affaires correspondantes dans un petit nombre de villes.

II. *L'organisation générale de l'Assistance sociale.* Il faudrait qu'à chaque tribunal pour enfants soient attachés une ou plusieurs Assistances sociales.

III. *L'observation médico-psychologique et le triage.* De facultatif, l'examen médico-psychologique du mineur devrait devenir obligatoire avec :

dans le plus grand nombre possible de Centres, auprès des tribunaux de première instance, des consultations *neuro-psychiatriques*.

au siège des Cours d'appel de certaines régions, les *Centres d'observation et de triage*, auxquels seraient envoyés les cas nécessitant un examen particulier.

IV. *La rééducation.*

*Organisation de la liberté surveillée.* Elle n'est possible que si l'on augmente le nombre des délégués.

*Les Sociétés de patronage.* Leur organisation gagnerait à être unifiée.

*Les foyers de semi-liberté*, soit conçus dans le cadre familial, soit rattachés à un patronage ou à un Centre de rééducation.

*Les établissements de rééducation* qui, actuellement, ne sont pas assez nombreux, dont l'organisation est trop peu variée, et où la surveillance psychiatrique doit jouer un rôle essentiel.

*Les établissements pour enfants anormaux* réservés aux seuls délinquants.

L'inspection des établissements de rééducation devrait être obligatoire (Vervaeck),

V. *La tutelle après libération* : Comités de patronages trouvant du travail aux mineurs libérés et s'occupant d'eux.

VI. *L'enfance malheureuse et prédélinquante.* Prophylaxie de la délinquance dans le cadre de la famille, de l'école, du milieu professionnel, dans les *Offices autonomes* spéciaux à la jeunesse.

Comme on l'a vu, la législation de l'enfance délinquante est loin d'être unifiée. De son étude comparative se dégagent néanmoins un certain nombre de notions essentielles.

Il doit être « spécialisé ». Cette spécialisation, qui existe dans la Seine, n'est encore qu'imparfaitement organisée en province. Elle est d'autant plus nécessaire que *la compétence* s'étend chaque jour. Le jugement des infractions proprement dites n'est plus qu'une des fonctions du tribunal dont le rôle social va grandissant. Il statue, nous l'avons dit, en matière de correction paternelle, comme de déchéance. L'une et l'autre supposent, comme le jugement des infractions, une liaison étroite avec les Œuvres chargées des enquêtes sociales. De plus, depuis le 3 octobre 1935, son rôle débordé encore plus largement le cadre étroit de la délinquance. Il a droit de regard sur des enfants simplement en danger moral qui ont été abandonnés par leurs parents. De même pour les enfants maltraités ou mal élevés par des parents coupables ou indignes.

Enfin sera de son ressort l'organisation systématique de la tutelle des enfants naturels, selon les mesures prévues par un décret du 30 octobre 1935. Cette tutelle, jusqu'alors, n'était nécessaire que lorsque le mineur avait des biens personnels. Ces mesures, sans parler de celles qui concernent déjà l'admission des mineurs au titre de Pupilles de la Nation, constituent autant d'extensions de la compétence du tribunal. La similitude des mesures à prendre, le caractère d'interdépendance étroit qu'elles supposent avec les divers organismes sociaux de l'enfance nécessitent un groupement de toutes ces questions sous la responsabilité d'une juridiction unique et spécialisée, seule capable de prendre telles mesures éducatives jugées convenables.

Il connaîtra également de toute affaires d'adoption ainsi que de l'organisation du droit de visite des enfants après divorce et des incidents se référant à leur sort.

Enfin la liaison nécessaire avec les délégués, la nécessité pour le tribunal de suivre l'avenir des mineurs pour lesquels il a statué accroissent considérablement le travail des magistrats et rendent absolument indispensable la spécialisation.

Cette spécialisation, pour les magistrats du siège ou du Parquet, a fait demander, dans la mesure du possible, le *maintien en fonction* et l'avancement sur place.

*La composition* du tribunal a prêté à critique. On lui a reproché son caractère solennel, les analogies qu'il présente avec le tribunal d'adultes. On a recommandé le juge unique comme en Belgique, ou, comme en Italie, l'adjonction au collège de magistrats, de spécialistes de l'enfance choisis en dehors de la magistrature. Ces mesures confèrent une véritable autonomie au tribunal des enfants qui devrait constituer une sorte de « clinique pour enfants malheureux ou coupables », réunissant, comme cela se fait en Italie, sous le même toit,

les services judiciaires, sociaux et médicaux, les bureaux d'orientation professionnelle, les délégués, la section de police judiciaire.

Une telle organisation ne serait possible qu'à condition de grouper un centre par Cour d'appel, comme en Italie, ou encore, un centre des affaires de mineurs dans un petit nombre de villes (par exemple par région, comme le suggérait M. Louis Rollin, dans un récent rapport, sur lequel nous revenons plus loin). Il faut prévoir cependant des difficultés liées au transfert des mineurs dans ces centres. Par la force des choses, il ne pourra se concevoir que pour les infractions d'une certaine gravité. Les contraventions devront rester du ressort de la juridiction locale; c'est, en particulier, ce qui se fait en Italie. Cette nécessité n'en est pas moins regrettable, car elle s'oppose à toute étude médicopsychologique systématique de la délinquance des mineurs, nombre d'infractions vénielles traduisant autant que les délits proprement dits, des tendances caractérielles qui gagneraient à être redressées dès le début.

#### *L'organisation générale de l'assistance sociale*

Encore fragmentaire, aujourd'hui elle doit être prévue de façon à faciliter la tâche des tribunaux et de leurs auxiliaires dans l'élaboration des enquêtes sociales : actuellement, à nombre d'entre eux sont attachées une ou plusieurs Assistantes sociales. Il serait aisé de généraliser cette mesure, de l'étendre même aux petits Centres. Il suffirait que dans ces derniers, l'Assistante s'occupât à la fois des mineurs de justice, de l'hygiène scolaire et des diverses maladies sociales (aliénation mentale, syphilis, tuberculose).

Dans les grands Centres, l'Assistance spécialisée du tribunal, ou les assistantes des Œuvres rapporteuses, seraient en contact, par l'intermédiaire d'un organisme central, avec les assistantes de divers services publics ou privés, les assistantes scolaires, les surintendantes d'usine, les infirmières visiteuses, les assistantes de police, les assistantes des services de prophylaxie mentale, des asiles d'aliénés, des établissements de rééducation.

Les Assistantes sociales paraissent les plus propres en effet à la réalisation d'enquêtes concernant toutes affaires soumises au tribunal pour enfants.

#### *L'observation médico-psychologique et le triage*

Parmi les réformes les plus urgentes, figure l'organisation systématique de l'examen médico-psychologique des mineurs, il n'est actuellement, que facultatif, ce n'est que dans quelques centres qu'il

a été organisé. Cette organisation devrait être rendue obligatoire. Nous savons actuellement peu de choses des limites pathologiques de la délinquance. Le rôle du milieu lui-même, s'il est important, n'est pas, nous l'avons vu, le seul en cause. Le passage systématique de tout délinquant mineur devant un médecin spécialisé apporterait des éléments qui font encore défaut.

De même que pour l'organisation des tribunaux régionaux pour enfants, l'organisation médico-psychologique est soumise à certaines nécessités liées à l'étendue du territoire et à la difficulté pratique des transferts. Il faudrait donc prévoir, comme en Belgique, un double échelon constitué :

A. Dans le plus grand nombre possible de centres, en liaison avec les tribunaux de première instance, par *des consultations neuropsychiatriques* auxquelles seraient amenés :

1° les mineurs en danger moral;

2° les mineurs délinquants et, selon des modalités à prévoir, les enfants de la région, laissés par le tribunal sous le régime de la liberté surveillée ;

3° les enfants signalés pour leur fréquentation scolaire irrégulière (école buissonnière, etc.) ou ayant attiré l'attention des maîtres, des médecins ou des assistantes scolaires pour de petits délits ou troubles du caractère.

Le plus souvent, cet examen n'aura pas d'autres conséquences que de contribuer à l'élaboration d'une statistique d'ensemble de la délinquance. Mais, précisément, étant donné le nombre considérable de petits délinquants qui deviendront d'honnêtes gens, il est essentiel de connaître et d'étudier les mécanismes qui ont abouti à ce redressement spontané (modifications biologiques de l'individu, crises pubertaires, perturbations dans le domaine de l'affectivité, conditions de milieu, etc.). Il s'agit là d'un des éléments de l'hygiène mentale quotidienne avec tout ce qu'elle comporte d'enseignements pour l'étude et la prévention de la délinquance proprement dite.

B. Au siège des Cours d'appel de certaines régions, l'organisation systématique de *Centres d'observation et de triage* où seraient envoyés les cas nécessitant un examen particulier. Un projet de loi Louis Rollin, député, ancien ministre, remis au Garde des sceaux en janvier 1935, en prévoyait 8, avec chambrettes, à Paris, Lille, Nancy, Nantes, Bordeaux, Toulouse, Marseille, Lyon avec un tribunal d'enfants correspondant.

#### *La rééducation*

1° Organisation de la liberté surveillée. - Elle suppose une augmentation du nombre des délégués. Nul ne devrait avoir à s'occuper de

plus de 2 à 3 mineurs. Rappelons que devraient pouvoir être suivis du point de vue psychiatrique, les mineurs en liberté surveillée.

2<sup>o</sup> Les Sociétés de patronage. — Leur organisation gagnerait à être unifiée. Pour de Barrigue de Montvallon (1), on pourrait prévoir l'organisation suivante : « Au chef-lieu de la Cour d'appel une Société de Patronage formant un noyau central. Près de chaque tribunal, ou suivant la répartition des tribunaux dans un département, à chaque chef-lieu d'arrondissement, une Société de Patronage si l'importance et les ressources de la ville le permettent, sinon, une filiale ou même un simple délégué de la Société la plus voisine. Enfin, dans chaque justice de paix, ou dans chaque chef-lieu de canton, un représentant de la Société de patronage la plus rapprochée, de l'arrondissement, s'il est possible ».

Il y a lieu de prévoir pour chacun l'organisation de l'enseignement pour les illettrés dans les Centres agricoles; une plus grande extension du travail urbain, en tenant compte de la fréquence du retour à la ville après libération des mineurs envoyés aux champs.

3<sup>o</sup> Les foyers de semi-liberté. — Ces derniers qui existent en grand nombre à l'étranger (Belgique, Angleterre) pourraient être, soit conçus dans le cadre familial, soit rattachés à un patronage ou à un Centre de rééducation. Rappelons que certains patronages pratiquent en France la demi-liberté, l'adolescent travaillant au dehors et rentrant à la maison d'accueil le soir. Cette mesure devrait pouvoir être étendue et systématisée pour un plus grand nombre de cas.

4<sup>o</sup> Les établissements de rééducation sont en nombre insuffisant et surtout, on peut regretter que leur organisation ne soit pas plus variée — établissements à tendances plus nettement agricole ou industrielle. La sélection des mineurs est à la base de la rééducation. Elle suppose la création de pavillons entièrement distincts, la division en trois groupes selon l'âge physiologique, la répartition de chaque groupe en trois sections (amendables simples, amendables affirmés, améliorés) avec, pour chaque groupe, un chef instituteur diplômé et pour chaque section un instituteur et 2 éducateurs (Vervaeck).

Dans ces établissements, il faut considérer comme capitale la question de la surveillance psychiatrique, seule capable d'apprécier le comportement du mineur, de suivre ses variations, et d'y aviser d'un point de vue médical.

De nouveaux établissements pour enfants délinquants anormaux seront ouverts, encore que leur création suppose pour nombre de mi-

neurs, du fait des nécessités du recrutement, un éloignement considérable de leur pays d'origine.

5<sup>o</sup> La formation des Éducateurs doit être l'objet d'une organisation d'ensemble, association d'*Ecoles normales d'Éducateurs*, élaboration de programmes tenant compte de leurs différents rôles (observations psychologiques, autorité morale, formation pédagogique et professionnelle).

Avec P. Vervaeck, on peut également demander que soit instituée une Inspection des établissements de rééducation à l'instar de celle organisée en Belgique ou en Angleterre.

#### *La tutelle après libération*

Une fois sortis de l'établissement de redressement ou de l'Institut médico-pédagogique, le garçon doit pouvoir trouver du travail. Ce n'est pas toujours facile. D'où la nécessité de *Comités de patronage* et de l'organisation d'une tutelle morale et initiale des mineurs libérés. Cette organisation, prévue par nombre d'œuvres privées, doit être rendue systématique.

#### *L'enfance malheureuse et prédélinquance* *L'office national de la jeunesse*

Des notions étiologiques exposées par nous, découle la prophylaxie de la délinquance : lutte contre les fléaux sociaux, prophylaxie morale, religieuse. Le tout, dans le cadre de la famille, cellule essentielle où l'enfant, à la recherche de sa personnalité, doit être compris, encouragé; d'où l'importance des Œuvres qui visent à guider les parents dans leur tâche éducative.

À côté de la famille, l'école où le dépistage des tendances caractérielles et du comportement antisocial (école buissonnière, larcins, impulsivité) constitue un des rôles essentiels des maîtres et services médico-sociaux.

Plus tard, le milieu professionnel est appelé à influencer sur le mineur (rôle d'un travail inadéquat, des professions de rebut). L'orientation professionnelle vise à y remédier, ainsi que certaines réglementations touchant le travail des mineurs.

À ces divers échelons, les défaillances du mineur, de la famille (incompréhension, dissociation, etc.) ou du milieu social mettent automatiquement l'enfant en état de danger moral. C'est pourquoi le rôle du tribunal des enfants ne saurait s'arrêter à la rééducation des

(1) *Nouveau guide pour la protection de l'enfance*, p. 15. (Cf. p. 304).

délinquants, mais doit être aussi de prévenir la délinquance. Comme on l'a vu, la législation française y tend, mais le manque d'établissements rend difficile, à l'heure actuelle, la réalisation des mesures théoriques indispensables. De toutes façons, les problèmes que pose la question de l'enfance en danger moral ne sauraient se concevoir d'une façon isolée. Ils nécessitent l'intervention d'organismes divers. Nombre d'Etats (Allemagne, Italie, etc.) ont centralisé en un *Office autonome* tout ce qui a trait à la *jeunesse*. « La plupart des aliénés que j'ai eus à traiter, dit Esquirol, ont offert quelques irrégularités dans leurs fonctions intellectuelles dès la première enfance ». En s'attaquant au problème de l'enfance malheureuse ou coupable, la Société fera œuvre prophylactique à l'égard de la psychopathie.

## PRINCIPAUX TRAVAUX CONSULTÉS.

1. ACTES DU CONGRÈS DES PATRONAGES. Paris. Pl. Dauphine. 1933. 1 vol. 216 p. 14.
2. BADONNEL (Mlle). Prophylaxie criminelle juvénile. *Cong. intern. de Médecine légale*. 1937. In *Ann. de Médecine légale*. 1937, p. 268.
3. BANU. Hygiène sociale de l'Enfance. Paris. Masson et Cie, édit. 2 vol., 1993.
4. BOVEN. La Science du caractère. Delachaux et Niestlé. 1931. 1 vol. 351 p.
5. DE CASABLANCA, de MONTVALLON et PASCALIS. *Nouveau guide pour la Protection de l'enfance traduite en Justice*. Union des Sociétés de Patronage. Paris, 14, Place Dauphine, 1934, 1 vol.
6. CLAUDE (H.). *Psychiatrie médico-légale*, Paris, Doin, 1 vol., 1932, 299 p.
7. COLLIN (A.) et ROLLET (H.). *Traité de médecine légale infantile*. Paris, 1 vol., Delagrave, 1920, 372 p.
8. DUBLINEAU (J.) a) La Section des mineurs délinquants à l'I.M.P. d'Armentières. « *Pour l'Enfance coupable* », janvier 1937.  
b) Le choix de la mesure à prendre dans la rééducation des mineurs délinquants. *Provence médico-chirurgicale*, juillet 1936.
9. GILBERT ROBIN. *Précis de neuropsychiatrie infantile*. Paris, 1938. in-8° 2 vol., 311 p.
10. GUILMIN (E.). A propos du sujet de psychiatrie juridique mis à l'étude au 1<sup>er</sup> Congrès international de Psychiatrie infantile. *Pour l'enfance coupable*, octobre-décembre 1938 n° 26, p. 1.
11. HALLU (Colette). *L'avenir professionnel des enfants anormaux et délinquants*. Th. de droit, Paris, 1935.
12. HEALY (W.) and BRONNER (A.). *New light on delinquency and its Treatment. Results of a Research conducted for the Institute of human Relations*. Yale University, 1936.
13. HEUYER (G.). Délinquance et criminalité de l'Enfance. Rapport au Congrès des Aliénistes et Neurologistes de France et des Pays de langue française. 1935, Masson, 1 vol.
14. HUGUENIN (E.). *Les tribunaux pour enfants*, Paris, Delachaux et Niestlé, 1 vol.
15. HUTINEL (V.) et BABONNEIX (L.). *Maladies du système nerveux*. Paris, 1909, in-8°, T. V. pp. 116-312.
16. LÉVY (Mad.). *Les auxiliaires du tribunal pour enfants*, Paris, 1 vol., 12, rue Guy-de-la-Brosse.
17. MARTIN (E.) et MOURET. *Les enfants en justice*. Paris, 12, rue Guy-de-la-Brosse, 1 vol., 225 p.
18. NOBÉCOURT (P.) et BABONNEIX (L.). *Traité de médecine des Enfants*. Paris, Masson et Cie, édit. 5 vol., 1933-35. (Art. *Psychiatrie infantile*, par G. Heuyer et G. Robin).
19. SIMON. Trois cents cas de délinquance infantile. *Bull. de la Soc. Alf. Binet*, avril 1935.
20. PAUL-BONCOUR. La prostitution des mineures. *Hygiène mentale*, 1932.
21. Aimée RACINE. Lumières nouvelles sur la délinquance et son traitement. *Pour l'enfance coupable*, mai-juin 1938, n° 24, p. 8.
22. SOCIÉTÉ DES NATIONS. Documents C. M., 1934, C.P.E., 238. *Les Services auxiliaires des tribunaux pour Enfants*.
23. *Id.* Documents, 1935. *Les tribunaux pour enfants*, 2<sup>e</sup> édit.
24. *Id.* Documents C. M., I 34-IV. *Institutions pour enfants dévoyés et délinquants*.
25. VAN ETTEN (H.). Ce qu'il faut savoir du problème de l'enfance coupable, Paris, 1 vol., 12, rue Guy-de-la-Brosse.
26. VERVAECK. Délinquance et criminalité de l'enfance. Rapport au Congrès des Aliénistes et Neurologistes de France et des Pays de langue française, 1935, Paris, Masson et Cie, édit., 1 vol. (avec bibliographie).
27. WETS (P.). 1) *L'enfant en justice. Quinze années d'application de la Loi sur la Protection de l'Enfance*. Bruxelles, 1928.  
2) *Enfance coupable et Tribunaux pour Enfants*. Editions de la Société d'études morales, sociales et juridiques, Louvain, 1937, 103 p.

## CONGRÈS.

- Premier Congrès international de psychiatrie infantile*. Paris, juillet 1937.  
Rapports et discussion sur la débilité mentale comme cause de délinquance infantile et juvénile.  
*Premier Congrès international de criminologie*, Rome 3-8 octobre 1938.  
Place Dauphine (1).  
*Association internationale pour la Protection de l'Enfance*. Siège social : Bruxelles.

## PÉRIODIQUES.

1. *Bulletin de l'Union des Sociétés de Patronage de France*. Paris, 14, Place Dauphine (1).
2. *Pour l'Enfance coupable*, Paris, 12, rue Guy-de-la-Brosse (V).
3. *Revue médico-sociale et de Protection de l'Enfance*. Paris, Masson et Cie, édit.

## THÈSES.

1. BELEY. L'enfant délinquant. *Th. Paris*, 1933.
2. DANCOURT. Le Centre d'examen médico-psychologique de Lille. *Th. Lille*, 1935.
3. DORÉMIEUX. La rééducation des mineurs délinquants à l'Institut médico-pédagogique d'Armentières. *Th. Lille*, 1937.
4. HEUYER (G.). Enfants anormaux et délinquants juvéniles. *Th. Paris*, 1914.
5. NÉRON. L'enfant vagabond. *Th. Paris*, 1927.
6. SCHUTZENBERGER. Le vol chez l'enfant. *Th. Paris*, 1923.

## SECONDE PARTIE

## ANOMALIES PHYSIQUES

Par P. NOBÉCOURT et R. LEVENT

PREAMBULE

Que leur infirmité soit congénitale ou acquise, les anormaux physiques forment, schématiquement, deux groupes qui peuvent, du reste, pour des raisons étiologiques, empiéter l'un sur l'autre.

Les uns sont des *infirmes moteurs* : la motricité est diminuée ou compromise, tantôt à cause de malformations congénitales, tantôt à cause d'affections atteignant soit le squelette, soit les muscles, soit le système nerveux.

D'autres sont des *infirmes sensoriels* : tantôt la vue, tantôt l'ouïe, tantôt les deux sont atteints. Les imperfections des autres sens ne suffisent pas à créer une infirmité.

D'autres sont atteints de *mutité* et celle-ci est souvent liée à la surdité.

D'autres enfin, sont des *infirmes du cœur et de la respiration*.

Le degré de l'infirmité est d'une importance considérable, dans tous les cas, pour le pronostic individuel et social; les restes de vision ou d'audition, par exemple, améliorent grandement les perspectives d'avenir, qu'assombrit, au contraire, l'association de plusieurs infirmités. La conservation plus ou moins complète de l'intégrité intellectuelle est d'une importance pronostique égale.

Enfin, nous signalerons dès à présent une tendance de la prophylaxie contemporaine qui, en divers pays, est sortie de la théorie pour entrer dans la pratique : elle a pour objet de parer à la perpétuation des tares héréditairement transmissibles par la *stérilisation eugénique systématique et légale*. En France, jusqu'ici, la question est restée dans le domaine spéculatif. Quels que soient les arguments invoqués en faveur de cette pratique, tout en laissant de côté les objections philosophiques, religieuses et morales que de telles pratiques soulèvent, il y a deux objections d'ordre exclusivement médical et qui conserveront longtemps leur valeur : 1° Nos conceptions sont trop imprécises, trop sujettes à révision quant à la fatalité de la transmission et à la fréquence des cas, non douteux, de retour au type normal; 2° Les conséquences éloignées de telles interventions sur l'organisme et le psychisme des victimes sont encore trop mal

connues pour qu'on puisse, sans immoralité, passer outre aux objections et baser sur des théories pures des décisions aussi graves.

Nous passerons donc sous silence la stérilisation légale dans l'énumération des mesures prophylactiques à employer contre les infirmités motrices et sensorielles.

Nous diviserons comme suit l'étude des anormaux physiques :

Chapitre I. — *Infirmes moteurs*.

Chapitre II. — *Aveugles*.

Chapitre III. — *Muets, Sourds et Sourds-Muets*.

Chapitre IV. — *Infirmes du Cœur et de la Respiration*.

## CHAPITRE PREMIER

## INFIRMES MOTEURS

ETIOLOGIE. — Facteurs congénitaux ou héréditaires. — Facteurs acquis.

MODALITÉS CLINIQUES. — *Squelette et articulations* : malformations, lésions traumatiques, lésions causées par des infections, dystrophies. — *Muscles* — *Système nerveux* : affections familiales, affections de l'encéphale, maladie de Heine-Médin, affections des nerfs, causes diverses.

PROPHYLAXIE ET TRAITEMENT.

MESURES LÉGISLATIVES. — ASSISTANCE ET ÉDUCATION EN FRANCE. — CE QUE DEVRAIT ÊTRE L'ORGANISATION DE L'ASSISTANCE ET DE L'ÉDUCATION DES INFIRMES MOTEURS : Triage. Établissements d'assistance et d'éducation. Groupements d'entraide. — ASSISTANCE ET ÉDUCATION DES INFIRMES A L'ÉTRANGER.

## I. — ETIOLOGIE

Selon leur origine et quels que soient leur siège et leur mécanisme, on peut diviser les *infirmités motrices* en deux groupes : *infirmités congénitales ou héréditaires*, *infirmités acquises*.

*Facteurs congénitaux ou héréditaires*. — De ces facteurs relèvent les infirmités qui existent à la naissance ou qui se manifestent plus ou moins tôt par la suite, lorsque l'influence héréditaire, familiale ou non, a réalisé ou ébauché les lésions causes de l'infirmité.

Leur étiologie est complexe.

Dans quelques cas, il s'agit d'un *traumatisme survenu pendant la gestation* et qui a troublé le développement *in utero*.

Dans d'autres cas, intervient une *maladie des parents et surtout de la mère* : syphilis, gonococcie, tuberculose, etc.

La gonococcie n'agit guère que localement : les lésions génitales peuvent cependant être assez graves pour occasionner des brides amniotiques ou des adhérences anormales de l'œuf à la paroi utérine, suffisantes pour causer l'atrophie ou l'amputation de certaines parties foetales.

La tuberculose n'agit habituellement que par un retentissement sur la nutrition générale de la mère et de l'enfant.

La syphilis enfin agit soit directement, en produisant des lésions spécifiques, soit indirectement, comme facteur général de dystrophie, surtout lorsqu'elle est déjà congénitale chez les parents.

Parfois enfin *on ne peut préciser la cause* et on doit se borner à constater le caractère héréditaire et parfois familial. Ici interviennent les facteurs, mal connus encore, de l'hérédité. La transmission peut, dans certains cas, se faire suivant le caractère mendélien, tantôt dominant, tantôt récessif. Ce dernier caractère n'est pas de moindre gravité, puisqu'une infirmité inattendue vient frapper le rejeton d'une souche apparemment saine. C'est alors que les tares insoupçonnées, mais homologues, se développent brusquement, dues à une potentialité analogue chez les deux géniteurs. La puissance révélatrice des unions consanguines se montre alors dans toute sa malignité.

*Facteurs acquis*. — Dans le second groupe, nous rangeons toutes les autres infirmités, quelle que soit leur cause, que l'apparition en soit précoce ou tardive, lorsque l'enfant naît indemne et n'est atteint que par la suite. Les infirmités acquises comprennent, entre autres, celles qui sont dues à un traumatisme au moment de l'accouchement.

## II. — MODALITÉS CLINIQUES

*Squelette et articulations*. — 1<sup>o</sup> Malformations. — Elles peuvent, dans certains cas, être importantes : *ectromélie*, *absence d'un ou plusieurs membres*. D'autres malformations, moins étendues, ont cependant un pronostic fonctionnel grave ; si la *polydactylie* est le plus souvent curable chirurgicalement, il n'en est pas toujours de même pour *l'absence de doigts*, la *syndactylie*, les *maines en pince de homard*.

Les *luxations et subluxations de la hanche* peuvent donner de beaux succès lorsqu'on les traite assez tôt. Huit fois plus fréquentes chez la fille que chez le garçon, elles frappent plus volontiers la population agricole de certaines régions (Pyrénées, Alpes, Bretagne). Le traitement comporte un appareillage prolongé ; le défaut de traitement, qui, parfois, entraîne une aggravation, a pour conséquence une restriction de l'activité future. Dans les deux éventualités se posent des problèmes d'assistance,

La *coxa vara*, le *genu valgum*, les *pièds bots congénitaux* sont justiciables à la fois d'appareillage et d'interventions chirurgicales.

2° Lésions traumatiques. — On peut se trouver en présence de *fractures vicieusement ou insuffisamment consolidées*, de *luxations anciennes*, d'*ankyloses articulaires*, d'*amputations chirurgicales après accident grave*, heureusement rares chez l'enfant.

3° Lésions causées par des infections. — La *tuberculose ostéo-articulaire* est fréquente : mal de Pott, coxalgie, tumeurs blanches de localisations diverses nécessitent une immobilisation prolongée et un appareillage, souvent une hospitalisation répétée. La guérison ne s'opère qu'au prix d'une ankylose qui, même obtenue dans les meilleurs conditions, est une infirmité. Il faut, enfin, tenir compte, pour la solidité du résultat obtenu, de la séparation du convalescent et de l'enfant guéri, pendant un temps suffisant, d'avec le milieu contagionnant, seul moyen d'éviter une récurrence de l'infection tuberculeuse.

La *syphilis osseuse*, qui est habituellement améliorée ou guérie par le traitement spécifique, cause rarement des infirmités définitives.

Les *ostéomyélites*, par la longueur de leur évolution, la fréquence et la persistance des récurrences, les troubles trophiques des os et des muscles, les lésions articulaires qui peuvent en résulter, sont un facteur d'infirmité.

L'ankylose consécutive à certaines *arthrites chroniques*, au *rhumatisme déformant* dans ses divers types, fait aussi du malade, même stabilisé, un infirme.

4° Dystrophies. — Fréquentes sont les déviations graves du squelette évoluant dans l'enfance ou pendant la jeunesse : *rachitisme*, *scolioses*, *cyphoses*, qui, par l'importance de la déformation squelettique, peuvent compromettre gravement l'avenir social du malade.

Il est aussi des dystrophies plus rares : *dystrophie périostale* de Porak et Durante, *ostéopsathyrose* type Lobstein, *achondroplasie*, où soit l'habitus du sujet, soit sa fragilité squelettique ne rendent pas toujours possible son éducation avec les sujets normaux.

**Muscles.** — Les affections congénitales du système musculaire sont moins fréquentes que celles du squelette : *atrophies musculaires familiales*, *myoclonies familiales de types divers*, *myopathies diverses*, *maladie de Thomsen*. Elles se transmettent à la descendance comme caractères mendéliens dominants.

Les infirmités motrices acquises d'origine musculaire sont peu nombreuses : la lésion ou le trouble fonctionnel du muscle sont habituelle-

ment la conséquence d'une lésion du squelette ou du système nerveux; atrophie ou impotence fonctionnelle ne sont, en général, que secondaires.

**Système nerveux.** — 1° Affections familiales. — Celles qui sont le plus souvent rencontrées sont les *chorées chroniques*, les *hémiplégies flasques ou spasmodiques du type familial*, la *maladie de Friedreich*. Malgré l'amélioration possible, dans certains cas, à mesure que l'enfant avance en âge, ce sont des infirmités graves, justiciables ou non de traitements orthopédiques, de traitements chirurgicaux palliatifs, de rééducation; elles peuvent difficilement être traitées à domicile.

2° Affections de l'encéphale. — Les *hémiplégies* et les *diploplégies*, d'origine et de types divers, le *syndrome de Little*, posent les mêmes problèmes médicaux et sociaux. Les traumatismes obstétricaux et la syphilis congénitale sont des facteurs étiologiques importants.

3° Maladie de Heine-Médin (*Paralyse infantile. Poliomyélite épidémique*). — Elle a une importance très grande par la variété et par l'extension des paralysies qu'elle occasionne. D'après Taillens, on compte, sur 100 poliomyélitiques, 23 guérisons totales et 23 améliorations considérables; les améliorations moyennes, faibles ou nulles, montent ensemble à 48,8 %. C'est dire quelle importance prend, pour les poliomyélitiques, le recours à tous les moyens qui peuvent atténuer leur impotence.

4° Affections des nerfs. — Tout au début de l'existence, ce sont les *paralysies d'origine obstétricale*, monoplégies surtout brachiales, définitives parfois. Nous citerons aussi les polynévrites d'origine toxique, la polynévrite diphtérique en particulier, parfois durables, les paralysies dues à la lésion grave d'un tronc nerveux par un traumatisme, une fracture en particulier.

5° Causes diverses. — Il faut, enfin, mentionner les *encéphalites*, les *séquelles d'affections méningées*, l'*hydrocéphalie*, les *tumeurs*. Si l'évolution de ces dernières est assez lente et si elles siègent au niveau de l'encéphale, de la moelle ou des méninges, elles peuvent être l'origine d'une infirmité motrice.

Parfois, une infirmité acquise s'associe avec un élément congénital; la curabilité de l'infirmité est, de ce fait, forcément diminuée.

Parmi les infirmités motrices, il convient de placer au premier rang, à cause de leur fréquence, les paralysies consécutives à la maladie de Heine-Médin, les hémiplégies et diploplégies, les tuberculoses ostéo-articulaires et, non loin d'elles, les infirmités dues à un accident. Au second rang, viennent les amyotrophies progressives, les

scolioses graves, les ostéomyélites et les séquelles méningées, les affections articulaires de causes diverses.

### III. — PROPHYLAXIE ET TRAITEMENT

*La prophylaxie* des infirmités motrices est basée sur la connaissance de leurs facteurs étiologiques.

*Avant la conception et pendant la gestation*, déconseiller les mariages consanguins, surtout s'il existe des tares; traiter les parents pour les maladies dont ils peuvent être atteints, la syphilis en particulier; réaliser de bonnes conditions d'hygiène : éviter, par l'isolement, la vaccination, la sérothérapie, les maladies aiguës capables de provoquer des infirmités, éviter les traumatismes.

*Au moment de l'accouchement*, il faut faire son possible pour éviter les traumatismes obstétricaux.

*Après la naissance et pendant l'enfance*, il faut prendre les mesures propres à éviter les maladies auxquelles l'enfant peut être exposé; traiter les affections diverses pour éviter, dans la mesure du possible, les infirmités qui peuvent en résulter.

*Le traitement* de l'infirmité varie naturellement avec sa cause, ses caractères cliniques et son évolution.

Il convient d'insister sur l'importance toute particulière du traitement des affections des os et des articulations (affections traumatiques, tuberculoses osseuse et articulaire, scolioses, luxation congénitale de la hanche, etc.), et de certaines affections du système nerveux (maladie de Heine-Méidin).

Le traitement de ces affections nécessite souvent le concours du médecin, du chirurgien, de l'orthopédiste, de l'électrologiste. Il est long et minutieux, fait appel aux techniques les plus diverses et ne peut être poursuivi, le plus souvent, que dans des *centres spécialisés*, dotés d'un personnel compétent et d'un matériel approprié. Bien conduit, il pourra éviter ou limiter les infirmités ultérieures. Il en est ainsi, en particulier, pour la maladie de Heine-Méidin.

Les enfants étant appelés à faire de longs séjours dans ces centres, ceux-ci doivent être organisés de façon à les placer dans les conditions les plus favorables à leur développement physique, intellectuel et moral. Dans la mesure du possible, il convient de les installer dans les quartiers aérés de la ville ou dans des localités bien choisies de la banlieue. Un personnel compétent est nécessaire pour donner, pendant les périodes d'hospitalisation, une éducation et un enseignement compatibles avec le traitement.

Pour certaines catégories de malades, il est indiqué de poursuivre

le traitement dans des établissements situés au bord de la *mer* ou à la *montagne*; il en est ainsi, notamment, pour les tuberculoses osseuses et articulaires. Quand il est nécessaire, l'enfant devra pouvoir suivre des cures dans des *stations hydrominérales*.

Dès que l'état du malade le permet, on commence la *rééducation* sous la direction de maîtres spécialisés : rééducation individuelle ou collective, avec ou sans appareils ou secours de la balnéothérapie; appel à des techniques à la fois gymnastiques et psychologiques (méthode de Kelly, Mensendieck System), toutes méthodes employées, selon les cas, successivement ou simultanément.

Il arrive un moment où l'affection est consolidée, où le malade est devenu un infirme. Il ne doit pas être abandonné à lui-même. Il doit être soumis à un traitement qui a pour objet d'empêcher l'aggravation de l'infirmité, parfois même de favoriser, dans une certaine mesure, sa régression; ce traitement diffère, naturellement, selon la nature et le degré de l'infirmité.

D'autre part, à cette période, on doit se préoccuper de donner une *éducation professionnelle* en rapport avec les capacités de chaque infirme.

On peut ainsi améliorer le sort d'un certain nombre d'infirmités et diminuer le nombre des pensionnaires d'*asiles* dans lesquels beaucoup d'entre eux sont malheureusement condamnés à passer leur existence.

### IV. — MESURES LEGISLATIVES

Il existe de nombreux organismes destinés aux infirmes moteurs; mais aucun statut légal ne coordonne encore les efforts individuels.

Dans ces dernières années, l'afflux des populations rurales et des étrangers dans les villes a rendu plus fréquentes et, en tout cas, plus évidentes certaines infirmités ainsi que l'insuffisance de l'aide familiale. Le manque de soins appropriés et d'instruction est devenu plus patent, les organismes de récupération ont été débordés.

Notre pays doit donc s'« équiper » pour les infirmes comme il l'a fait pour les tuberculeux, afin d'obtenir une récupération sociale aussi parfaite que possible.

Peut-être les infirmes, jusqu'ici ignorés par le Code et insuffisamment suivis par les organismes d'Assistance, gagneraient-ils à être assimilés aux aveugles et aux sourds-muets; mais cette assimilation, à elle seule, serait encore insuffisante dans sa forme actuelle, puisque aveugles et sourds, favorisés en comparaison avec les infirmes moteurs, n'ont encore, en France, comme nous le verrons, qu'un statut hospitalier, scolaire et professionnel imparfait.

Nulle incapacité légale ne frappe l'infirme du fait de son infirmité:

il peut posséder, hériter, se marier. Seules, des tares mentales associées peuvent, éventuellement, le rendre incapable. Pour lui, comme pour l'enfant normal, l'instruction est obligatoire, en application de la loi de 1882. Il est électeur et éligible. Il devrait théoriquement être soldat; l'infirmité ne le dispense pas de comparaître devant les conseils de révision; c'est à eux et aux conseils de réforme qu'il appartient de statuer sur son sort.

L'assistance et les soins médicaux aux infirmes ne peuvent être assurés qu'à titre individuel et en interprétant bien plus qu'en appliquant les textes. Seules, les familles jouissant de quelque aisance peuvent, et non sans difficulté, soigner leurs infirmes, les instruire et les diriger vers quelque activité professionnelle.

Les difficultés s'accumulent dès que la famille de l'infirmes n'a pas les ressources suffisantes. Il faut multiplier les démarches, s'en remettre à la bienveillance et à la bienfaisance officielles ou privées, s'assurer l'appui des autorités, pour pourvoir à la fois aux nécessités d'ordre médical et extra-médical, qui se modifient sans cesse au cours des années.

A la période des manifestations initiales, qui sont justiciables d'une action médicale ou chirurgicale, le problème est relativement simple et l'enfant peut être admis dans un hôpital. La période aiguë terminée, commencent les difficultés. A ce moment, en effet, une surveillance médicale demeure nécessaire durant des mois ou des années; soins, interventions se succédant selon un plan raisonné, placement d'appareils qui doivent être renouvelés quand l'enfant grandit, sont des problèmes qui ne peuvent être éludés. Il faut pourvoir à l'instruction alors qu'il est difficile ou impossible à l'enfant de se mêler à des enfants normaux, qu'en raison de sa santé ou des difficultés du traitement, la fréquentation régulière de l'école est impossible et que ses progrès ne peuvent être ceux de ses condisciples. Pour la formation professionnelle, enfin, l'infirmité écarte l'enfant, tantôt de l'apprentissage individuel, tantôt de l'apprentissage collectif d'une école professionnelle où il ne serait qu'un élève intermittent et le plus souvent incapable.

En matière d'assistance et de soins médicaux, la législation actuelle ignore l'infirmes indigent.

La *Loi du 13 juillet 1893*, régissant l'*Assistance médicale gratuite*, ne s'occupe que de l'enfant malade à la condition que ses parents figurent sur la liste de secours. Les accidentés, les malades aigus ont leur place dans les hôpitaux d'enfants; les tuberculeux osseux bénéficient de la *Loi du 7 septembre 1919* sur les *sanatoria publics*; les rachitiques en évolution peuvent être dirigés sur les services orthopédiques des hôpitaux ou les sanatoria hélios-marins, dans la mesure des places disponibles.

L'appareillage de l'infirmes est, à toute période, un problème compliqué: malgré leur bonne volonté, les bureaux de bienfaisance sont débordés et ne suffisent ni aux fournitures ni aux renouvellements. L'assistance médicale gratuite cesse d'agir dès la sortie de l'hôpital d'aigus.

Pour les enfants d'Assurés Sociaux et pour les Pupilles de la Nation, la loi d'Assurances sociales joue son rôle en collaboration avec l'Assistance médicale gratuite jusqu'à l'âge de 16 ans. Les Assurances sociales paient l'appareillage fourni dans les trois premiers mois du constat de l'infirmité. Ici encore, tout cesse après la sortie du service d'aigus.

La *Loi du 14 juillet 1913* sur l'*Assistance aux familles nombreuses*, rendue, par la *Loi du 31 mars 1931*, applicable aux infirmes jusqu'à 16 ans, ne prévoit qu'une faible allocation en argent et à condition de la présence au foyer de trois enfants de moins de 13 ans.

Enfin, la *Loi du 27 juin 1904*, qui attribue aux mères délaissées, aux veufs et aux veuves des secours, d'ailleurs temporaires, préventifs de l'abandon d'enfants, peut, par bienveillance et large interprétation, être appliquée à leur bénéfice.

Nous ne citons que pour mémoire les dispositions du Code Civil sur les pensions alimentaires.

Reste la *Loi du 14 juillet 1905* sur l'*Assistance aux Vieillards, infirmes et incurables* privés de ressources. Les enfants infirmes peuvent bénéficier de ses dispositions à partir de 13 ans (12 ans s'ils ont leur certificat d'études — *Loi du 16 avril 1930*). Mais, au-dessous de cet âge, rien n'existe que la charité officielle des bureaux de bienfaisance et la bienfaisance privée, qui ne se traduisent que trop souvent par le placement dans un hospice et le classement parmi les incurables de sujets peut-être récupérables.

Une *allocation de secours à domicile*, lorsqu'elle est accordée, est toujours minime, même accrue de l'allocation spéciale pour rémunération de la personne qui donne spécialement ses soins à l'infirmes.

Une circulaire ministérielle de février 1937 prescrit cependant que, sans considération d'âge, les préfets « pourront » assimiler les enfants infirmes aux bénéficiaires de la loi de 1905, mais ce n'est qu'une faculté, non une obligation.

Du point de vue médical autant que du point de vue social, une telle législation appelle donc une entière refonte.

De plus, elle ne prévoit rien pour les nécessités de l'instruction. La *Loi de 1882* sur l'instruction obligatoire s'applique aux infirmes comme aux autres enfants, mais elle ne tient aucun compte de l'état de l'enfant qui rend l'obligation illusoire. Moins bien partagés que les infirmes sensoriels et les arriérés, les infirmes moteurs n'ont à leur disposition aucun établissement d'instruction. La négligence des

parents et la difficulté pour les infirmes de fréquenter l'école font qu'ils ne la fréquentent pas. D'autre part, les instituteurs, responsables en matière d'accidents, sont peu disposés à leur en imposer la fréquentation.

Seule, l'existence d'œuvres ou d'établissements privés empêche l'infirmes moteur de rester un illettré.

## V. — ASSISTANCE ET EDUCATION EN FRANCE

L'assistance officielle ne dispose actuellement d'aucun établissement important où les infirmes soient soignés par des médecins spécialisés et puissent recevoir une instruction professionnelle.

A PARIS, l'Assistance publique possède, à la *Salpêtrière*, un service pour 40 filles incurables et, à *Ivry*, un service pour 30 garçons incurables. Ce sont des asiles, antichambres d'autres asiles. Rien n'est prévu, en principe, pour une instruction générale ou professionnelle, ni pour la récupération fonctionnelle. Une telle organisation serait indispensable.

À la *Salpêtrière*, il existe, pour les infirmes neurologiques, un *Service de consultation et de triage*; mais, l'examen fait, on est souvent embarrassé pour placer l'infirmes selon ses besoins. On s'y occupe de l'appareillage et de la rééducation. Nous y reviendrons plus loin.

Dans les hôpitaux d'enfants fonctionnent des *Consultations d'orthopédie* où la prescription de l'appareillage (sinon sa fourniture) et la surveillance sont assurées. Les enfants peuvent y être rééduqués par des spécialistes et y faire de la gymnastique médicale. Mais ces consultations ne peuvent guère servir qu'aux malades justiciables d'un traitement ambulatoire; malgré la vigilance des Assistantes sociales, ils échappent trop souvent à la surveillance compétente. En général, il ne peut être question d'hospitalisation de quelque durée.

EN PROVINCE, l'organisation est assez comparable. A Lyon, au Perron et à Montchat, existent des asiles analogues à ceux de la *Salpêtrière*; le nombre des lits est d'ailleurs très au-dessous des besoins.

Les tuberculeux osseux sont les plus favorisés. L'*Hôpital maritime de Berck*, dépendant de l'Assistance publique de Paris, hospitalise les tuberculeux osseux et les conserve jusqu'à extinction des lésions. Il existe d'autres sanatoria, à *Zuydcoote*, *Roscoff*, *Kerpape*, *Odelho*, *Giens*, qui sont réservés également à la période évolutive. Le séjour prolongé à l'hôpital permet, grâce à des œuvres privées, de donner

aux enfants quelques éléments d'instruction. Celle-ci ne peut, d'ailleurs, être poussée bien loin, car on ne peut demander aux malades un effort intellectuel bien soutenu. Il s'agit plus de parer à leur oisiveté que de les instruire vraiment.

Ce sont donc les *organisations privées* qui ont le rôle principal. Leur activité, leur dévouement et les services rendus sont grands, les plans d'action, ingénieux et appropriés. Mais le temps et les moyens ont manqué, jusqu'ici, pour faire assez grand; de plus, la coordination nécessaire des efforts n'est pas encore satisfaisante.

Les besoins des infirmes peuvent se grouper sous trois principaux chefs : *triage et hospitalisation*; *soins médico-chirurgicaux et rééducation*; *instruction*. Les œuvres privées ont pu y parer dans une certaine mesure.

Voici l'indication et les buts des principales organisations privées en France.

### PARIS ET DÉPARTEMENT DE LA SEINE.

Asile des Frères Saint-Jean de Dieu. — Maison-mère, 223, rue Lecourbe, Paris. 400 lits environ. On y reçoit, quelle que soit leur région d'origine, les garçons infirmes (tuberculoses, malformations des membres, paralysies diverses) non contagieux, de 5 à 12 ans; ils y demeurent jusqu'à 20 ans.

Depuis 1893, une importante annexe existe au *Croisic* (Loire-Inférieure), pour les diverses catégories de tuberculeux chirurgicaux et les rachitiques. Traitements chirurgicaux, héliothérapie, rayons X, rayons ultra-violet.

Depuis 1921, existe à *Villetre* (Oise) une *colonie de vacances* pour les pensionnaires de la rue Lecourbe.

Une nouvelle maison, la *Papetière*, a été ouverte, en 1935, à *Doulon*, près de Nantes (Loire-Inférieure).

Dans tous ces établissements, autant que le permet leur santé, les infirmes reçoivent instruction et éducation jusqu'à 14 ans; ils sont, selon leur âge et leurs moyens intellectuels, répartis en classes aussi homogènes que possible et préparés au Certificat d'études. Certains élèves sont conservés : les uns, préparés pour l'enseignement aux infirmes et formés à la direction de certains ateliers ou services; les autres, préparés à divers métiers selon leurs aptitudes : musique et accord d'instruments, cordonniers, tailleurs, relieurs, mécaniciens.

A 20 ans, âge où ils quittent l'établissement, certains infirmes sont donc rendus à l'existence libre pourvus d'un métier; les autres sont rendus à leur famille ou dirigés sur les asiles d'adultes.

Une *Société amicale d'anciens élèves* fonctionne comme organisme de patronage et d'entraide morale et matérielle.

Asile Ste-Mathilde 42, avenue du Roule (Neuilly). Catholique. 300 places, réservées aux filles du diocèse de Paris, qui peuvent y demeurer indéfiniment. Elles reçoivent les soins, l'instruction générale et la formation à des métiers faciles.

Asile Ste-Germaine (90 lits). Simple asile où il n'est pas désirable d'envoyer les jeunes infirmes pour lesquels on peut espérer une amélioration.

Hôpital Ste-Isabelle - 24 boul. du Château, Neuilly-sur-Seine (fondation Martinez de Hoz). On y donne, à titre gratuit, aux impotents de tout âge et de tout pays, des consultations spécialisées, pour juger de la possibilité de correction des déformations et de l'utilisation des fonctions conservées. Le malade est hospitalisé, s'il est nécessaire, pendant la période d'appareillage. Les appareils sont construits sur place, sous direction médicale, dans des ateliers spéciaux.

L'hôpital possède un service de *bains médicaux* (bains chauds, bains sulfureux, bains d'ambrine) et une importante installation de *mécanothérapie*.

La surveillance des infirmes appareillés est continuée et la construction de nouveaux appareils pour la suite du traitement, assurée.

Il s'agit uniquement d'un hôpital où le séjour ne peut se prolonger indéfiniment et qui reçoit des malades de tout âge. Ce n'est pas un centre d'ins-truction pour les enfants.

L'Aide aux Enfants paralysés, 1, rue de la Croix-Faubin, Paris (XI<sup>e</sup>), patronnée par la *Société Philantropique*, fonctionne depuis 1932. S'inspire du plan des Centres neurologiques de guerre affectés aux séquelles motrices non orthopédiques des lésions nerveuses.

D'abord réduit à une simple consultation de Neurologie et de Psycho-pédagogie, a bientôt été complété par un hôpital d'une conception encore inédite.

Les consultations ont passé de 189 en 1933 à 570 en 1937; les journées d'hospitalisation, de 90 à plus de 6.000.

Le Centre de l'Aide aux Enfants Paralysés se consacre au traitement des paralysies qui peuvent être curables ou améliorables, paralysies d'origine périphérique, poliomyélites surtout, syndromes de Little, myopathies, sé-quelles de tumeurs, de traumatismes ou de toxi-infections.

Une consultation assure le triage des patients et discrimine ceux qui peu-vent être soignés sur place de ceux qui doivent être dirigés sur une autre organisation, les mentaux en particulier. On constitue le dossier médical : examen somatique général, fonctionnel et physique, examen électrique, exa-men ophtalmologique.

Certains malades, justiciables d'un traitement ambulatoire, viennent du dehors pour le traitement; les autres sont hospitalisés, à titre onéreux, mais à des conditions abordables. Une section spéciale est réservée aux nouveaux admis susceptibles d'être contagieux et au traitement des maladies bénignes survenant pendant le traitement. Les cas plus graves sont dirigés sur les hôpitaux.

Pendant leur séjour, les malades ont des chambres ou des boxes indi-viduels; ils sont réunis pour leurs exercices et leurs jeux. Un ascenseur permet de les transporter, même couchés, aux salles de traitement.

40 à 45 malades peuvent être hospitalisés en même temps, même pendant trois mois si le traitement le nécessite.

On pratique : le massage, manuel ou mécanothérapie, le réchauffage,

la mécanothérapie instrumentale passive, demi-passive avec contre-poids, et active; la gymnastique médicale.

La prothèse orthopédique n'est pas encore faite sur place, mais une con-sultation orthopédique périodique dirige le malade sur un service spécialisé. Un service d'orthopédie est en cours d'installation.

L'instruction systématique n'est pas assurée, mais les loisirs forcés sont, autant que possible, employés à une certaine éducation intellectuelle et à la rééducation physique; celle-ci est continuée entre les séances de gymnas-tique grâce à une salle de jeux dotée de quelques appareils simples.

Un service de radiologie et d'électrothérapie, plus tard, une piscine com-plèteront les moyens d'action.

A cet organisme hospitalier viendra se juxtaposer un laboratoire de recherches de physiopathologie nerveuse, dont les travaux contribueront au progrès des méthodes de traitement.

#### EN PROVINCE.

Ponthierry (Seine-et-Marne). *Colonie St-Fargeau* (fondation Delpech-Poi-datz. 30 lits, dont une partie pour malades payants. Les enfants y mènent, dans la mesure du possible, une vie familiale, sont rééduqués par des exer-cices gradués et la mécanothérapie; ils reçoivent une instruction générale et professionnelle.

Bordeaux-Bouscat (Gironde). *Hôpital sururbain des enfants*. Reçoit les infirmes; ils y sont traités par la gymnastique médicale et reçoivent l'instruc-tion générale.

Strasbourg (Bas-Rhin). *Hôpital Stéphanie* pour enfants infirmes des deux sexes en vue du traitement chirurgical et orthopédique. Ils reçoivent l'in-struction générale.

Lyon (Rhône). *Providence des Infirmes de Ste-Elisabeth*, à Lyon-Vaise, reçoit les filles pour les soins, l'instruction générale et une instruction pro-fessionnelle.

Le Croisic (Loire-Inférieure).

Doulon (Loire-Inférieure), *La Papotière*.

Annexes de l'Asile des F. F. St-Jean de Dieu (Voir p. 319).

Partout ailleurs, lorsque le séjour à l'hôpital peut être prolongé, l'instruc-tion n'est guère assurée que par des moyens de fortune : bienfaisance d'étudiants isolés (Dijon, Montpellier) ou œuvres spécialisées [Œuvre de l'Ecole à l'Hôpital (Paris); Œuvre des Amis des Petits Malades (Lyon).

ETABLISSEMENTS AYANT LE CARACTÈRE D'ASILES :

*Etablissements des Franciscaines de la Compassion.*

*Asiles John Bost, à La Force (Dordogne).*

Parmi les ÉTABLISSEMENTS S'ÉCARTANT DE L'HÔPITAL ET DE L'ASILE :

Yvetot (Seine-Inférieure). *Institut départemental de perfectionnement de Enfants anormaux*

*l'Enfance infirme.* S'écarte nettement du type de l'asile, mais un tiers seulement des enfants est d'un niveau intellectuel normal. La majeure partie des élèves sont des sourds-muets et des aveugles, ce qui est peu favorable aux progrès des impotents physiques. Aucune surveillance continue de médecin spécialisé.

Le Havre (Seine-Inférieure), *Fondation Lair* (30 places). Externat assurant le transport à l'école d'enfants à qui elle conserve leur place à leur foyer. Instruction générale.

Bordeaux (Gironde). Ecole pour les jeunes infirmes, 30, rue Hamel. Etablissement municipal recevant les enfants de 6 à 16 ans. Les enfants demeurent chez leurs parents et sont chaque jour transportés gratuitement à l'école. Ecole gratuite. Repas gratuits à la cantine pour ceux qui ne peuvent payer pension. Examen chaque semaine par le médecin; soins, médicaments et appareillage gratuits. Instruction générale et professionnelle.

Berck - Ville (Pas-de-Calais). *Centre d'apprentissage à la Folie.* Ecole professionnelle ouverte dépendant de la *Fondation Franco-Américaine* de Berck. Constitue un modèle que d'autres régions pourraient imiter. Selon leurs moyens, les enfants y sont formés à des métiers courants : jardinage, menuiserie, etc. Ne s'occupe que d'infirmes faiblement atteints.

L'énumération qui vient d'être faite est sans doute incomplète. Il est cependant certain que les moyens d'hospitalisation sont très inférieurs aux besoins. En 1933, Mlle Suzanne Fouché pouvait les évaluer à 2.000 lits, alors qu'une enquête permettait d'évaluer le nombre des enfants infirmes, en France, à 100.000.

A côté des établissements hospitaliers de types divers, il existe des ORGANISMES PRIVÉS qui ont pour objet d'aider les *infirmes* à tirer le meilleur parti de leur état :

A Paris et dans la Seine : Les *Amis des Récupérés* (24, boul. du Château, Neuilly-sur-Seine). Aident les infirmes soignés par l'hôpital Ste-Isabelle à gagner leur vie au foyer familial, quand la récupération est terminée ou va l'être.

*L'Aide aux Enfants paralysés* (1, rue de la Croix-Faubin, XI<sup>e</sup>), déjà cité, (p. 320) poursuit un but analogue pour les malades qu'elle a suivis.

*L'Association des paralysés et rhumatisants* (28, rue Bonaparte), groupe les infirmes et les guide pour le traitement, l'appareillage, l'instruction, l'éducation professionnelle; constitue des groupes sous la direction d'un chef de groupe responsable; fait faire des visites à domicile par des agents de liaison bien portants et assure la rédaction et la distribution de publications spéciales. Etablit la liaison avec d'autres associations de malades et avec le *scoutisme d'extension*. Pourvoit à l'entr'aide matérielle en se mettant en rapport avec des œuvres et des administrations, en poursuivant les admissions dans des écoles spéciales, des centres de cure ou de rééducation professionnelle. Elle possède une bibliothèque circulante, s'occupe de l'achat ou

du prêt d'objets utiles et du placement professionnel des récupérés (*Œuvres annexes* : Auxilia, Retour à la Vie).

*L'Œuvre de Réadaptation de l'enfant* (13, rue de l'Ancienne-Comédie) possède une école professionnelle .

Le *Scoutisme* et le *Guidisme d'Extension* (*Scouts de France*, 66 ter, rue St-Didier; *Guides*, 76 bis, rue des Sts-Pères), fondés à Berck, en 1927, à l'intention des tuberculeux chirurgicaux, a, depuis cette époque, étendu son activité et s'occupe surtout de l'éducation et de l'entraînement moral des infirmes.

A Lyon : Les *Amis des Petits Malades* (3, place de la Bourse), s'occupent non seulement de l'instruction des enfants estropiés hospitalisés, mais encore surveillent l'infirmes sorti de l'hôpital, pour conserver l'amélioration obtenue. S'occupent aussi de son orientation professionnelle.

Somme toute, le statut légal de l'infirmes n'existe pas, l'assistance et l'éducation des infirmes moteurs sont très insuffisantes. Les organisations existantes relèvent presque toutes de l'initiative privée. Il n'existe ni un plan d'ensemble ni un effort coordonné qui, seuls, pourraient donner des résultats appréciables. Le Centre de *l'Aide aux Enfants paralysés* est le seul organisme qui ait un tel plan; c'est un prototype et un modèle.

## VI. — CE QUE DEVRAIT ETRE L'ORGANISATION DE L'ASSISTANCE ET DE L'EDUCATION DES INFIRMES MOTEURS

Les infirmes moteurs sont d'ordre divers. Les uns le sont de naissance, les autres le sont devenus à la suite d'accidents ou de maladies. Parmi ces derniers, il en est un certain nombre pour qui un traitement bien conduit et suffisamment prolongé peut éviter ou limiter l'infirmité. Il convient donc d'organiser d'une façon méthodique les services des hôpitaux et des établissements libres, où, selon la condition de la famille, seraient traités les enfants. On assure ainsi la *prophylaxie de l'infirmité*. Dans cette catégorie, rentrent plus particulièrement, d'une part, les affections du squelette et notamment la tuberculose des os et des articulations, certaines dystrophies du squelette et des muscles, d'autre part, les affections du système nerveux et, au premier rang, la maladie de Heine-Médin. Les enfants et les jeunes gens atteints de ces affections et maladies doivent être considérés comme infirmes seulement quand le traitement a donné tous les résultats qu'on peut escompter.

Nous n'avons pas à envisager cette partie du problème; nous ne nous occupons que des *infirmes proprement dits*.

*Triage* — A la base de l'organisation est le *triage* dans des consultations spécialisées, annexées à des services d'hospitalisation ou en liaison avec eux, pour que, s'il est besoin, les enfants puissent être mis en observation.

Les infirmes seront classés :

1° Suivant la *nature de leur infirmité* : affections du squelette et de l'appareil locomoteur, affections du système nerveux.

2° Pour chaque catégorie, suivant le *degré de l'infirmité* et la *possibilité d'une récupération fonctionnelle*.

3° Suivant la *coexistence avec d'autres infirmités* : cécité, surdité, mutité.

4° Suivant la *coexistence des tares mentales ou intellectuelles*, fréquentes chez les infirmes par lésions du système nerveux.

Cette classification permettra de diriger l'infirmes vers l'établissement qui convient à son état.

Il y a intérêt à *dépister l'infirmité le plus tôt possible*. Il appartient donc à la famille de conduire l'enfant à la Consultation de triage dès qu'elle constate que l'enfant est anormal. Mais il faut compter avec la négligence et l'ignorance des parents. Aussi convient-il que toutes les personnes qui s'occupent des enfants : sages-femmes, médecins des écoles et assistantes d'hygiène scolaire, assistantes sociales, professeurs, etc., attirent leur attention, le cas échéant, et leur montrent l'urgence d'un examen médical.

C'est surtout entre 1 et 5 ans que le dépistage est difficile; à cet âge, l'enfant n'a guère de rapports qu'avec sa famille; or, cette période est importante en raison de la fréquence du rachitisme et du début possible des tuberculoses ostéo-articulaires.

*Etablissements d'assistance et d'éducation.* — Il y a intérêt, pour le rendement économique et le recrutement du personnel spécialisé, à avoir de *grands établissements*, divisés en sections pour la répartition des enfants selon la nature et le degré de leurs infirmités. Autant que possible, les établissements seront dans la banlieue d'une grande ville, dans un pays sain.

Ils seront *installés* dans les conditions les meilleures d'hygiène et seront compris de façon à assurer :

1° Un traitement destiné à empêcher l'aggravation de l'infirmité et à favoriser la récupération;

2° Des exercices physiques destinés à favoriser, dans la mesure du possible, la récupération la meilleure;

3° L'instruction générale;

4° L'éducation professionnelle adaptée aux possibilités de chaque enfant.

Ils auront un *personnel spécial* de médecins, chirurgiens, orthopédistes, électrologistes, etc., infirmières, professeurs d'éducation physique, instituteurs, maîtres professionnels, etc.

Ils seront dotés du *matériel* nécessaire.

Des sections particulières seront réservées aux infirmes non récupérables; pour eux, l'établissement sera un véritable asile.

*Groupement d'enlraide.* — Pour suivre les infirmes après la sortie de l'établissement.

## VII. — ASSISTANCE ET EDUCATION DES INFIRMES A L'ETRANGER

Beaucoup de pays possèdent des organismes destinés à l'assistance et à l'éducation des infirmes moteurs. Ces organismes diffèrent sous des influences diverses : réussites particulières, conceptions médicales, sociales, éducatives.

Nous allons passer en revue les organisations qui existent dans un certain nombre de pays.

En SUÈDE et dans les PAYS NORDIQUES, à l'exception du Danemark, sur lequel nous reviendrons, l'assistance aux infirmes est organisée par des œuvres privées, dont l'Etat complète les ressources. En Suède, on a créé, surtout depuis 1929, des *centres orthopédiques*.

En ITALIE, il existe un certain nombre d'*Instituts orthopédiques* bien compris; le premier créé est celui de Turin (1872); sont venus ensuite ceux de Gènes, Milan, Bergame, Mantoue, Bologne, etc.

En SUISSE, un établissement important fonctionne à Lausanne (Dr Nicot); il assure aux infirmes les traitements nécessaires dans une clinique spécialisée. A Bâle, existe un établissement avec classes d'avancement. A Zurich, le *Balgrist Anstalt* fournit aux enfants infirmes une instruction complète, avec le souci de pousser d'autant plus la culture intellectuelle que les promoteurs de l'établissement la considèrent, à juste titre, comme un moyen de contrebalancer les infériorités physiques. A Leysin, sous l'égide du Dr Rollier, existent des organisations scouts pour enfants infirmes de diverses catégories, et surtout une *Clinique-Manufacture* pour infirmes; ils y sont soignés et y reçoivent une éducation professionnelle dans des ateliers munis d'un outillage ingénieux.

En BELGIQUE, la loi du 1<sup>er</sup> décembre 1928 et l'arrêté-loi du 31 mai 1933 assurent une pension de l'Etat aux estropiés entre 14 et 40 ans; mais les textes régissant la fréquentation scolaire ne la rendent pas encore, en pratique, strictement obligatoire. Des établissements situés à Bierbais et à

Rixensart pour les garçons et pour les filles, leur assurent les soins et l'instruction générale, avec classes d'avancement sur lesquelles nous reviendrons ci-après.

L'Institut de Charleroi reçoit les infirmes moteurs en vue de leur formation professionnelle; on y réalise l'ambiance de l'atelier travaillant pour une clientèle payante. Certains infirmes, lorsque cela se peut, sont mis en apprentissage dans des ateliers privés.

En HONGRIE, il existe à Budapest, depuis 1903, un institut de traitement particulièrement bien installé pour la balnéothérapie, mais il ne reçoit qu'un petit nombre d'infirmes et seulement des garçons.

En ALLEMAGNE, est appliquée, depuis 1920, une loi qui reproduit, dans son économie générale, celle que la Bavière possédait depuis 1914. La déclaration des infirmités est obligatoire pour les médecins, sages-femmes, infirmières et pour le corps enseignant.

Sous l'égide de l'Association allemande pour la protection des infirmes, fonctionnent des consultations spéciales permanentes dans les grandes villes et des consultations ambulantes.

A la campagne, la visite d'un médecin spécialisé est assurée, une ou deux fois par an, au domicile des infirmes signalés. Le médecin établit le diagnostic et donne son avis sur la possibilité d'un traitement à domicile ou la nécessité d'une hospitalisation. Le Bureau pour la protection de l'enfance décide de l'octroi ou du refus de l'assistance gratuite.

Dans diverses villes existent des établissements pour le traitement orthopédique et l'appareillage. Parmi les plus importants sont : l'Oskar-Helene Heim (Berlin), qui assure tous les traitements ainsi que l'éducation générale et professionnelle; l'établissement de Munich, fondé en 1830, qui reçoit les enfants entre 11 et 14 ans, les études primaires terminées, et possède un service médico-orthopédique. Les enfants y reçoivent une formation professionnelle (couture, cordonnerie, reliure, en particulier).

Il existe divers types d'écoles pour infirmes. Les écoles de plein air, préconisées par Baginski dès 1881, connaissent une certaine faveur. A Breslau, est réalisée, depuis 1916, l'« Ecole Ambulante », d'après des idées d'origine anglo-saxonne : une cinquantaine d'élèves sont amenés chaque jour à l'école par les soins de celle-ci et sont, selon leur niveau, répartis en quatre classes, dont une préparatoire. Il s'agit d'enfants intellectuellement normaux qui ont des infirmités diverses. Aux externes se joint un petit groupe d'internes (un dixième environ de l'effectif). Les infirmes reçoivent en commun l'enseignement général, et individuellement s'exercent, même si leurs mains sont atteintes, à des travaux manuels. On pratique la gymnastique orthopédique, le massage, l'électrothérapie. Les études durent sept ans, pendant lesquels les enfants ne sont pas séparés de leur famille; elles se terminent par une formation professionnelle (tailleurs, en particulier).

A Berlin, à Mannheim, entre autres, existent des « classes d'avancement » pour les enfants retardés du fait de la fréquentation irrégulière de l'école; ils peuvent ainsi regagner leur retard. Un système de classes mobiles permet, pour chaque branche d'enseignement, d'échanger facilement des élèves, selon le besoin.

En Autriche (1) existe, à Vienne, un important hôpital orthopédique. Il reçoit les enfants infirmes après traitement dans les hôpitaux où, entre les périodes de traitement, les sujets qu'un défaut de surveillance expose à une aggravation. Depuis 1927, on y assure l'instruction et l'éducation professionnelle. Cet hôpital est aussi un centre d'enseignement pour les médecins et les infirmières spécialisés et pour les visiteurs. Il possède également un service de consultation et une installation de mécanothérapie.

En 1900, a été ouvert, à Vienne-Lauzendorf, un asile pour les enfants infirmes de la motilité. Ils y sont admis entre 3 et 10 ans; ils y reçoivent les soins chirurgicaux et physiothérapiques ainsi que l'instruction.

A Vienne, existe aussi une école pour externes: « Tagesheim-Sonderschule ». 160 élèves environ, répartis en 10 classes, demi-pensionnaires, y sont amenés chaque jour par tramway et surveillés pendant le trajet.

Un hôpital, réservé principalement aux scoliotiques, existe à Graz. A Andritz, près de Graz, fonctionne, depuis 1928, un centre de rééducation qui prépare ses élèves à divers métiers: jardiniers, agriculteurs, tailleurs, vanniers.

Un hôpital d'altitude pour tuberculeux chirurgicaux existe aussi; il assure les soins et l'instruction.

Aux ETATS-UNIS, où des épidémies particulièrement sévères de maladie de Heine-Médin ont laissé fréquemment des séquelles graves, où le syndrome de Little, la maladie d'Erb et les affections nerveuses dégénératives paraissent plus fréquentes qu'en Europe, on évalue le nombre des infirmes moteurs à plus de 250.000.

L'« Acte de Sécurité sociale » (1920) s'applique à toute personne qui, en raison, soit d'un défaut physique, soit d'une infirmité congénitale ou acquise, par accident ou maladie, est rendu et partiellement ou totalement incapable d'exercer une profession rémunérée. Il n'y a pas d'organisation fédérale, mais seulement une subvention fédérale contributive en faveur des Etats dont le plan d'action est conforme au plan fédéral. Ces subventions sont accordées à Washington par le Ministère d'Assistance à l'enfance.

Les enfants, dont les parents sont privés de ressources suffisantes, sont assistés jusqu'à l'âge de 20 ans. L'instruction dépend des autorités scolaires de chaque Etat; Washington n'a que des organismes d'information, de documentation et d'encouragement (Office of Education) et chaque Etat demeure maître chez lui. L'Office of Education dirige le service de récupération physique pour les enfants et pour les adultes (rééducation, entraînement, orientation professionnelle, placement, propagande). 38 Etats sur 48 ont leurs lois propres concernant la récupération.

Depuis 1862, il existe des établissements spéciaux pour les infirmes, en particulier à New-York, Chicago, Boston, Baltimore, Philadelphie, Saint-Paul. En général, des infirmières visiteuses, dépendant de la section des Enfants Infirmes de l'Assistance publique, compétentes en matière orthopédique, se rendent à domicile; elles dirigent l'enfant sur la consultation spéciale, surveillent la bonne exécution des soins donnés à domicile, mais

(1) Ecrit avant les événements de mars 1938.

aucune obligation légale ne lie les parents. S'il est nécessaire, les enfants sont hospitalisés dans des formations spéciales, où ils reçoivent les soins d'un médecin librement choisi par eux sur une liste agréée par les Associations médicales et par l'administration. Après l'exeat, la surveillance à domicile se poursuit. L'Etat et la Commune contribuent, s'il est nécessaire, aux frais du traitement.

Dans certains Etats, l'organisation est uniquement privée et dépend d'organismes et d'œuvres divers. Nous signalerons, en particulier, la *Fondation Roosevelt (National Fund for infantile paralysis)*, avec sa quête annuelle, le jour anniversaire du fondateur.

L'instruction est assurée, tantôt par l'Etat, tantôt par une œuvre privée.

Il existe des *classes d'infirmes* auprès de certaines écoles publiques; des œuvres privées assurent le transport des enfants à l'école, qui dispose d'une infirmière scolaire visiteuse. A l'enseignement primaire on joint, si possible, celui de la musique, du dessin, de la peinture.

Ailleurs, on a organisé des *écoles spéciales* à côté de l'hôpital spécial. Parfois, l'enseignement est donné au domicile de l'infirme. L'Etat contribue à couvrir les frais des écoles en cas de nécessité. En pratique, aucun enfant n'est privé d'instruction.

Parmi les institutions les plus importantes, nous signalerons la *Spalding School*, à Chicago, dépendant de la Ville de Chicago et dont une partie des élèves sont des anormaux de la motilité. 900 élèves environ, âgés de 21 mois à 21 ans, sont chaque jour transportés, soignés et nourris gratuitement à l'école. Il existe une école maternelle, une école primaire, une école secondaire, avec 50 professeurs et 12 physiothérapeutes. Les enfants sont admis sur certificat médical. La plupart sont demi-pensionnaires; ils sont atteints de poliomyélite, de tuberculose chirurgicale, de syndrome de Little. L'établissement possède des classes spécialement aménagées, des salles de repos, des ascenseurs, des rampes d'accès, des piscines, des salles pour l'application des divers rayons, etc. A signaler aussi, à Pittsburgh, l'« *Industrial Home for Crippled Children* », hôpital où les enfants reçoivent les soins et l'instruction; il possède des salles de traitement, de physiothérapie et d'électrothérapie, des piscines chaudes à eau courante où l'enfant peut séjourner et faire de la rééducation dirigée, même en position couchée, grâce à des brancards immergés. On y soigne principalement des poliomyélitiques, mais aussi d'autres infirmes. Le malade, suivant ses moyens, est formé à la natation et reçoit des leçons de gymnastique.

Il existe, aux Etats-Unis, des *écoles de plein air*.

Dans la plupart des écoles, on réentraîne les enfants qui le peuvent par l'éducation physique et la pratique de certains jeux bien choisis.

Dans l'ensemble, il y a peu d'établissements comprenant à la fois hôpital, école et école professionnelle. On a cherché surtout à n'user de l'hôpital que durant le temps nécessaire et à laisser l'enfant dans le milieu familial.

L'éducation professionnelle s'inspire des principes que nous avons déjà énoncés. Chaque Etat l'organise comme il l'entend, mais peut recevoir des subventions de Washington. Il y a peu d'écoles professionnelles proprement dites, sauf pour les sujets très gravement atteints : ceux-ci ont à leur disposition des *centres spéciaux de rééducation*. Le plus souvent, les infirmes

conservent leur domicile personnel et bénéficient d'une gratuité de transport.

Les centres appartiennent habituellement à des œuvres privées dont les plus importantes sont : l'« *Association for Crippled and Disabled* », de Cleveland; l'« *International Society for Crippled Children* », à Elyria (Ohio), fondée en 1919.

Ailleurs, l'apprentissage se fait dans les écoles, ateliers et sociétés agréées par l'administration, qui paie l'apprentissage des enfants. Une telle formation est plus variée que celle qui serait donnée dans une école réservée aux infirmes, plus efficace et plus adaptée aux continuelles transformations techniques.

Au CANADA, comme en Grande-Bretagne, l'assistance est assurée par des Sociétés privées subventionnées par le gouvernement.

EN GRANDE-BRETAGNE (1), c'est surtout depuis quarante ans et principalement depuis la guerre que s'est développée l'assistance aux infirmes. Il existait pourtant, à Birmingham, dès 1817, un hôpital orthopédique; à Marylebone, dès 1851, une école professionnelle pour jeunes filles et, en 1866, deux écoles à Londres.

En 1888, Allen Graham fonde l'« *Invalid Children's Aid Association* » pour le dépistage des enfants infirmes et leur traitement à domicile. En 1893, Mrs Humphry Ward ouvre une école pour jeunes filles infirmes ou « *Womens' University Settlement* ». En 1899, les autorités pédagogiques sont invitées à organiser l'enseignement aux infirmes et, en 1903, fondent l'« *Heritage Craft School* ». Sir Robert Jones fonde, vers la même époque, à Liverpool, un *service d'orthopédie en plein air*.

En 1900, est fondée par Dame Agnes Hunt la première organisation d'« *After Care* », à Baschurch. Vers cette époque aussi apparaît, pour la première fois, la conception de l'hôpital orthopédique de jour, due à des initiatives individuelles.

En 1918, l'*Education Bill* rend obligatoire, sous la surveillance des autorités locales, la fréquentation scolaire pour les infirmes.

En 1919 enfin, Sir Robert Jones et Mrs Girdlestone fondent le *Central Committee*, depuis *Central Council for the Care of Cripples*, afin d'exécuter, avec l'aide de la Croix-Rouge Britannique, le « *National Scheme for Cripples* », établi cette même année. Ce plan d'ensemble organisait le traitement et l'instruction générale et professionnelle, l'assistance, le placement professionnel des infirmes.

Des recensements-sondages ayant montré l'existence de 125.000 infirmes environ et de seulement 1.665 lits de traitement et éducation et de 21 écoles spéciales, on s'efforça de créer sur le territoire un réseau d'hôpitaux complétés par des cliniques pour les traitements prolongés, des établissements de post-cure et des organismes professionnels.

(1) Les renseignements les plus complets sur ce sujet sont réunis dans une publication du *Central Council for the Care of Cripples : Handbook for the Welfare of Cripples*, 1937.

En Angleterre et en Ecosse existaient, en 1933, 43 *hôpitaux orthopédiques de zone*, 24 *maisons orthopédiques* de convalescence et 25 *écoles professionnelles*, dont certaines seulement reçoivent des enfants. Le plus souvent, ce sont des établissements privés trop nombreux pour être énumérés ici (1).

Le *dépistage* est favorisé par la propagande (tracts, réunions, conférences) éveillant l'attention des parents, par les sages-femmes, infirmières et médecins, à la naissance. En l'absence de la déclaration obligatoire, ce dépistage demeure difficile, entre 1 et 5 ans.

Le médecin scolaire commence à agir dans l'année qui précède l'entrée à l'école et fait, si possible, commencer les soins avant l'entrée en classe. Il doit signaler les intéressés aux autorités locales et aux instituts orthopédiques; mais tout est affaire de persuasion, sans obligation légale.

Des *hôpitaux orthopédiques*, voisins d'un hôpital général et installés dans des lieux ensoleillés et exempts de brouillard, assurent le service d'une zone. Les malades sont groupés selon le sexe et l'âge; il y a des services d'isolement pour les affections contagieuses intercurrentes, pour les admis récemment et les périodes post-opératoires, des services de radiologie, de photothérapie et de physiothérapie.

Il existe des *consultations spéciales* en liaison avec l'hôpital et le service des visites.

Les autorités locales doivent pourvoir au traitement de tous les enfants de plus de 5 ans et des tuberculeux de tout âge. Elles doivent assurer l'instruction professionnelle des infirmes et leur trouver des emplois.

L'*éducation élémentaire* cherche à rapprocher le plus possible l'infirmes de la vie normale et est combinée à la *rééducation médicalement dirigée*; elle est donnée dans des *écoles spéciales pour déficients physiques*, dans des *hôpitaux-écoles*, ou dans les *écoles ordinaires*, avec des précautions spéciales, et même, s'il est nécessaire, à domicile.

Parmi les écoles pour déficients physiques, nous mentionnerons particulièrement les « *Special Day Schools* » établies à Londres, où les infirmes sont demi-pensionnaires et assujettis à de fréquents examens médicaux. Ils y demeurent jusqu'à 16 ans et suivent les mêmes programmes que dans l'école ordinaire; on insiste particulièrement sur les travaux manuels.

L'hôpital-école reçoit pour les opérations ou le traitement de longue durée ou lorsque l'enfant ne pourra jamais fréquenter l'école. L'instruction est donnée au lit dans des salles ou dans des vérandas individuelles. On s'efforce de conserver entre les élèves une certaine émulation; ils sont, autant que possible, groupés suivant leur âge.

Dans les écoles ordinaires, la surveillance médicale habituelle est renforcée; on prévoit un matériel spécial et des moyens de transport.

L'enseignement à domicile est réservé aux grands infirmes ou à ceux qui sont trop loin d'un organisme spécialisé.

Tous ces services sont assurés par des *œuvres privées* (à Londres, *Invalid*

*Childrens' Aid Association*), par des groupements scouts, le *Rotary Club*, etc., que les autorités aident de subventions.

Le Central Council a organisé des cours pour la *formation des professeurs* destinés aux hôpitaux; on y enseigne la pédagogie, la psychologie, le travail manuel et un peu de médecine. Chaque élève a son dossier pédagogique et médical qui le suit d'une école à l'autre.

L'*enseignement professionnel* a pour objet de permettre aux infirmes de se défendre contre la concurrence par la perfection de leur travail et la connaissance de plusieurs métiers. L'enseignement est donné dans des ateliers spécialement outillés et dure trois ou quatre années.

Les *écoles professionnelles* sont rattachées aux écoles et aux hôpitaux d'infirmes, pour pouvoir continuer une surveillance médicale effective. L'enfant peut encore être placé en apprentissage libre.

Les frais d'apprentissage sont habituellement payés par des œuvres privées ou par les professions elles-mêmes. Le placement incombe aux *Associations dites d' « After Care »* qui visitent aussi les infirmes chez eux après les cures ou entre les séjours dans les centres. La surveillance est encore exercée par l'« *Invalid Childrens' Aid Association* », qui possède des filiales dans les principales villes du Royaume-Uni, la Croix-Rouge, les groupements scouts, le Rotary Club, etc., et par un service spécial du London County Council.

A Londres, l'« *After Care Association for physically defective Children* » prend soin, jusqu'à 18 ans, des sujets des deux sexes qui ne peuvent exercer une profession comme les enfants normaux. Le carnet scolaire de l'enfant est transmis par elle à ses bureaux de placement. A la fin des études, l'enfant est examiné quant à sa capacité technique, et les instructeurs doivent conférer avec la famille sur la voie à suivre.

Il existe également des écoles du soir.

Une fois placé, l'enfant est suivi chez son patron jusqu'à 18 ans, visité dans la première quinzaine, le premier semestre, à l'atelier et à son domicile.

Le placement peut se faire à la campagne aussi bien qu'en ville.

Les *ateliers spéciaux* médicalement surveillés sont encore peu nombreux; nous signalerons pourtant la « *John Fromm's Crippleage and Flowers Girl Mission* », pour 280 femmes et jeunes filles.

Les œuvres fournissent aussi, le cas échéant, du travail à domicile.

AU DANEMARK, existe une organisation complète qui a été facilitée, de l'aveu même de ses auteurs, par le peu d'étendue du territoire, l'analogie de culture entre les classes sociales et l'égalité relative de leurs moyens, ainsi que par le nombre relativement faible des sujets à assister.

La « *Réforme sociale* » de 1933 a codifié, coordonné et modernisé les lois antérieures; elle comprend les lois sur l'Assistance publique, sur l'assurance populaire, sur l'assurance-accidents, sur le placement professionnel et le chômage.

L'Assistance a pour but d'aider, mais aussi de prévenir le besoin d'assistance; elle s'adresse à toutes les catégories sociales, sans borner sa sollicitude aux nécessiteux. Elle doit s'appliquer à tous les infirmes, le plus près

(1) Cette liste systématique est contenue dans le « *Directory of orthopaedic Institutions, voluntary organizations and official schemes for the Welfare of Cripples* », publié par le Central Council en 1935.

possible du début de l'infirmité, de façon rationnelle et en dépit des difficultés économiques.

La *déclaration des infirmités* est obligatoire et incombe aux médecins, aux écoles pour les sujets de 7 à 14 ans et même, pour des infirmités légères, aux Communes. Les déclarations sont transmises au *Conseil de l'Assurance contre l'invalidité*, qui examine les cas d'espèce et donne son avis et ses conseils pour le traitement et l'enseignement appropriés, mais sans pouvoir imposer un traitement ni un établissement de son choix. Il alloue, le cas échéant, des *secours pécuniaires* aux sujets de moins de 15 ans et qui ne disposent pas de la totalité des moyens nécessaires, en particulier pour l'appareillage et l'instruction. Les secours peuvent être prolongés au delà de 15 ans; les indigents bénéficient de l'Assurance contre l'invalidité.

Les infractions en matière de déclaration, de même que la négligence systématique des parents vis-à-vis de l'infirme, sont sanctionnées par la perte des droits à l'assurance, la déchéance parentale, la perte des droits civiques.

Quelles que soient les ressources de la famille, les infirmes sont visités, surveillés du point de vue santé et instruction.

En 1872, le pasteur Hans Knudsen a fondé la *Société danoise pour l'Assistance aux Infirmes* (1), grâce à laquelle a été, en 1873, créé l'*Hôpital orthopédique* de Copenhague. Depuis, la Société a créé ailleurs des hôpitaux, des écoles, des sanatoria et des homes pour infirmes.

L'hôpital de Copenhague dispose de 175 lits d'hospitalisation; il reçoit les infirmes en traitement. Il en fait, au préalable, le triage au moyen d'un service spécial, dit « *Ambulatorium* », à la fois consultation et maison d'observation d'une cinquantaine de lits où, durant l'examen ou la période de confection d'un appareil, les infirmes peuvent séjourner comme dans une clinique ouverte.

L'hôpital fabrique et fournit les appareils.

On y pratique la gymnastique, la rééducation, le massage, l'électrothérapie, la balnéothérapie.

Les enfants sont instruits, soit dans les hôpitaux, soit dans des écoles organisées par la Société d'Assistance.

A leur sortie des hôpitaux, les infirmes demeurent sous la surveillance sociale et médicale tout le temps nécessaire et sont secourus pécuniairement, comme le prévoient les dispositions sur l'Assurance.

L'*instruction professionnelle*, obligatoire elle aussi, et le placement professionnel sont assurés par les soins de la Société d'Assistance, qui possède des ateliers et des homes pour les infirmes.

De cette revue des solutions que chaque pays a tenté d'apporter au problème de l'enfance infirme découle la conclusion que, nulle part encore, les moyens sont suffisants pour parer à tous les besoins. Dans tous les pays, néanmoins, à l'étranger comme en France, l'ingéniosité privée a devancé la prévoyance officielle. Partout, la solution

pèche par quelque détail; en aucun pays, d'ailleurs, on ne peut se contenter de copier ce qui a été fait ailleurs; nécessités, habitudes, conceptions sont trop différentes. Mais un principe général tient sous sa dépendance l'efficacité des mesures prises: la *coordination des efforts*, qui est, peut-être, la tâche propre de l'autorité et, peut-être aussi, celle à laquelle elle doit se borner.

La bienfaisance privée, avec sa souplesse et son dévouement, dispose d'une arme dont la puissance ne saurait, sans dommage, être dédaignée.

(1) *Samfundet og Hjemmet for Vanføre.*

## CHAPITRE II

## LES AVEUGLES

CAUSES : Cécité congénitale. Cécité acquise. — PROPHYLAXIE : Avant la naissance. Au moment de naissance. Pendant l'enfance. — ETAT PHYSIQUE ET INTELLECTUEL DES AVEUGLES. — HISTORIQUE DE L'ASSISTANCE ET DE L'ÉDUCATION DES AVEUGLES. — STATUT LÉGAL, DE L'AVEUGLE EN FRANCE ET DANS DIVERS PAYS. — ÉTABLISSEMENTS D'ÉDUCATION ET ŒUVRES D'ASSISTANCE. Établissement d'éducation, Œuvres d'assistance. Formation professionnelle. TECHNIQUE DE L'ÉDUCATION. Éducation préscolaire. Éducation scolaire. Éducation professionnelle. — LES AVEUGLES SOURDS-MUETS. — FORMATION DU PERSONNEL ENSEIGNANT. — INSTRUCTION DES AMBLYOPES.

Du point de vue médical, social et éducatif, les *aveugles* sont non seulement des individus privés de la vue, ne percevant aucune sensation lumineuse, dont la cécité est complète, mais encore des individus ayant des vestiges de sensation trop faibles pour permettre l'instruction ou pour l'exercice d'une profession. Il n'y a entre ces individus aucune différence d'ordre pratique.

Chez certains sujets, les traces de vision sont assez importantes pour rendre quelques services : ce sont les *amblyopes* (énioussé), catégorie intermédiaire entre les aveugles et les sujets dont la vision est normale. Les confondre avec les aveugles aboutirait à leur dénier toute aptitude à une activité plus grande; ne pas les séparer, pour leur instruction, des enfants normaux, augmenterait leur infériorité.

Trop négligé jusqu'ici, le problème des amblyopes mérite une attention particulière et, dans divers pays, on s'attache à préciser les domaines respectifs de la cécité et de l'amblyopie.

En Allemagne, en Hongrie, où est réputé aveugle tout sujet qui ne peut compter les doigts dans certaines conditions d'éclairage et

de proximité, l'instruction et l'utilisation des amblyopes ont beaucoup retenu l'attention.

En France, au Danemark, c'est au-dessous d' $1/10^{\circ}$  d'acuité visuelle, les amétropies étant corrigées, que le sujet est dit aveugle. En France, est définie amblyopie toute acuité visuelle comprise entre  $1/10^{\circ}$  et  $4/10^{\circ}$ ; mais, si la définition est précise, les mesures prises sont encore incomplètes.

En Grande-Bretagne, la cécité commence à  $1/20^{\circ}$ ; les amblyopes sont, depuis longtemps déjà, l'objet de la sollicitude des éducateurs et des médecins.

## I. — CAUSES DE LA CECITE

On peut diviser les cécités en *congénitales*, parmi lesquelles certaines sont *héréditaires*, et en *acquises*.

*Cécités congénitales.* — Le rôle de l'hérédité est important dans les malformations. Une statistique anglaise la relève 670 fois sur 1.891 aveugles (35,9 %).

L'*absence totale des yeux* est exceptionnelle; lorsqu'elle n'accompagne pas d'autres tares incompatibles avec la vie, il existe des tares mentales et ces infirmes sont autant des arriérés que des aveugles.

D'autres malformations atteignent le centre optique, comme dans l'*idiotie amaurotique familiale*; ces sujets rentrent très vite aussi dans la catégorie des tarés mentaux.

Si la malformation atteint le nerf optique, il peut s'agir de *névrite optique héréditaire*, malformation familiale comportant en général une anomalie osseuse du crâne, d'*atrophie optique héréditaire*, affection à caractère mendélien récessif.

Les *lésions du globe oculaire* sont nombreuses : *cataracte congénitale progressive familiale*, *luxation familiale du cristallin*, *choriorétinite familiale*, *leucome cornéen bilatéral* congénital et familial, *gliomes multiples familiaux* de la rétine, *dégénérescence familiale progressive de la région maculaire*, *rétinite pigmentaire* congénitale, familiale, non syphilitique.

Toutes ces malformations amènent plus ou moins rapidement la cécité.

Il faut également mentionner les *vices graves de réfraction* d'origine héréditaire (myopie, hypermétropie), souvent transmis comme caractères mendéliens dominants. C'est surtout par leurs complications (hémorragies rétinienne) qu'ils peuvent provoquer une cécité qui est ainsi indirectement héréditaire.

D'autres cécités congénitales relèvent d'une *infection* : exception-

nellement tuberculose oculaire; souvent syphilis congénitale. Cette dernière cause des opacités du cristallin, des kératites interstitielles, des iritis, des choroïdites, des rétinites pigmentaires, des lésions du nerf optique. Dans les pays civilisés, 15 % des cécités totales ont pu être attribuées à la syphilis, le plus souvent congénitale.

*Cécités acquises.* — Leurs causes sont nombreuses et deux facteurs conditionnent leur gravité, la précocité d'apparition, l'association d'un déficit mental.

En dehors de toute tare, le retard intellectuel est d'autant plus important que le début est plus précoce. Il semble y avoir peu de différence, en pratique, entre un aveugle-né et un aveugle frappé avant 8 ou 9 ans, car le bagage intellectuel antérieur à la cécité tend à disparaître; tout est à faire ou à refaire. Si la cécité n'est apparue qu'après 8 ou 9 ans, un certain acquis sensoriel et intellectuel persiste qui aide l'éducateur (concepts de lumière, couleur, perspective, souvenirs divers).

Un déficit mental concomitant est habituel lorsque la cécité résulte de certaines maladies. Si beaucoup d'infirmités de la vue ne sont pas si tarés qu'il faille les traiter comme des arriérés, leurs anomalies de caractère ou d'intelligence rendent l'éducation plus malaisée et l'éducabilité moindre.

Les traumatismes ont une importance médiocre; ils atteignent les adultes plus que les enfants et engendrent rarement une cécité totale; il faut compter pourtant avec les lésions crâniennes de la région occipitale.

Les infections locales sont autrement importantes.

Au premier plan se place, en tous pays, l'infection gonococcique, qui est d'abord un facteur de conjonctivite, mais peut, en s'étendant, si le traitement est tardif ou insuffisant, causer une iridocyclite, une choroïdite, une rétinite, une ophtalmie purulente. La gonococcie, pour Félix Terrien, cause 40 % des affections oculaires du nouveau-né et, dans 30 % des cas, engendre un affaiblissement de la vue. En Angleterre, de 1907 à 1913, 18,03 % des enfants aveugles l'étaient du fait de la gonococcie et la proportion était analogue aux États-Unis. Un effort prolongé de prophylaxie a, depuis, amélioré les statistiques, mais la gonococcie demeure une affection redoutable. Si l'enfant s'est contaminé au passage dans des voies génitales infectées, l'infection se manifeste dès les premiers jours de la vie; mais elle peut apparaître plus tard, à n'importe quelle époque, lorsque l'enfant s'est frotté les yeux avec des mains souillées de produits virulents.

Le trachome est, avec l'infection gonococcique, le grand facteur de

cécité par lésions oculaires acquises. Inconnu dans certains pays, il est ailleurs endémique; il se rencontre dans les climats les plus divers. Sa contagiosité et surtout sa persistance sont extrêmes; le brassage des populations qui a marqué l'après-guerre l'a disséminé dans des pays jusque-là indemnes, le sud de la France, par exemple.

Des conjonctivites d'étiologies diverses sont des causes peu fréquentes de cécité: conjonctivite phlycténulaire, conjonctivite oedémateuse, conjonctivite impétigineuse. Les myopies graves peuvent aussi se compliquer de conjonctivite.

La cécité peut être due à une infection générale. La syphilis a ici une place importante, quoique moindre que dans le domaine de la cécité congénitale. La variole, la rougeole, la scarlatine, la diphtérie peuvent causer des cécités soit par des lésions des centres nerveux, soit par des complications locales.

Les intoxications endo ou exogènes sont, chez l'enfant, des causes peu importantes de cécité.

Très importantes sont les affections du système nerveux: encéphalites de causes diverses et, surtout, maladie de Cruchet-von Economo, méningites, tumeurs.

Le pronostic est en général sévère, parce que, souvent, des tares mentales s'associent à la cécité.

En pratique, les causes les plus importantes de cécité sont la gonococcie et le trachome, la syphilis, les lésions infectieuses cérébro-méningées. Les autres causes, même les malformations congénitales, sont moins fréquentes.

L'étiologie de l'amblyopie est très comparable à celle de la cécité. Comme celle-ci, elle est tantôt congénitale, tantôt acquise. Elle peut être due à des lésions des membranes internes, du nerf optique, des centres nerveux. Les vices graves de la réfraction y ont peut-être plus d'importance encore. Sur 100 amblyopies, 100 sont dues à une cataracte congénitale, 6 à l'atrophie du nerf optique, 6 à une myopie grave, 5 à des taies cornéennes, 3 à l'astigmatisme, 50 à d'autres causes, selon une proportion encore mal connue.

*Age d'apparition de la cécité.* — Il varie naturellement avec sa cause.

La cécité acquise, même isolée, est aisément reconnue. L'enfant, s'il a atteint trois ou quatre ans et n'est pas arriéré, est capable de signaler une baisse visuelle, même progressive; par ailleurs, l'attention des parents est vite attirée, même si l'enfant est arriéré.

Le dépistage d'une cécité congénitale peut être moins aisé; jusque vers trois ou quatre ans, il est souvent difficile d'apprécier si l'enfant

ne voit pas. On doit se baser sur son comportement, ses réactions aux divers excitants extérieurs, sur l'examen de ses réflexes pupillaires. A l'état normal, la sensibilité à la lumière et les réflexes pupillaires se manifestent dans la troisième semaine; vers trois mois, l'enfant suit les objets des yeux et tourne la tête, la vision est distincte jusqu'à deux ou trois mètres; vers quatre mois, la profondeur du champ atteint six ou sept mètres; à un an, la vision est nette à toute distance mais sans évaluation correcte; vers deux ans, les couleurs sont perçues et la mémoire visuelle s'installe.

Nous avons signalé l'importance de l'apparition de la cécité en deçà ou au-delà du seuil de huit ou neuf ans, du point de vue des connaissances acquises et de la formation intellectuelle du jeune aveugle, de ses analogies et de ses différences avec l'aveugle de naissance.

## II. — PROPHYLAXIE DE LA CECITE

Elle a une grande importance, car, bien que beaucoup de cécités soient évitables, partout le nombre des aveugles est toujours élevé : 119 pour 100.000 en Grande Bretagne, 73 pour 100.000 en France, 36 pour 100.000 en Belgique (1). Or, la cécité, en dehors de la triste situation où elle place l'individu, représente une perte de valeur sociale et une lourde charge d'assistance.

L'importance croissante du machinisme et de la concentration industrielle, la diminution de la demande dans divers métiers et professions ont sensiblement restreint les débouchés sur lesquels les aveugles pouvaient compter, il y a peu de temps encore. Les progrès réalisés dans leur formation n'ont pas compensé ce recul et ils demeurent aussi déshérités qu'en des temps où la sollicitude était moins vigilante à leur égard.

La prophylaxie de la cécité doit être réalisée *avant la naissance, au moment de la naissance et pendant toute l'enfance.*

1° AVANT LA NAISSANCE. — La prophylaxie doit commencer aussitôt que possible et même avant la conception, parfois avant le mariage.

Le médecin doit déconseiller les projets d'*union entre consanguins* ou *entre tarés*, surtout quand il existe des tares de la vue transmissibles par hérédité.

Il doit traiter la *syphilis* et la *gonococcie* des parents, qui ont, vis-à-vis de la cécité, une importance égale; lutter contre toutes les causes de déchéance sociale ou physiologique.

(1) Rapport de la *Société des Nations*, 1929.

2° AU MOMENT DE LA NAISSANCE. — On doit faire au nouveau-né, même en dehors de toute suspicion de gonococcie, des instillations conjonctivales, suivant la méthode de Crédé, d'I ou II gouttes d'une solution de nitrate d'argent à 1 pour 100. La valeur de cette mesure préventive est reconnue partout. Dans nombre de pays, en France notamment, elle est obligatoire pour la personne qui pratique l'accouchement.

3° PENDANT L'ENFANCE. — On traite, s'il y a lieu, la *syphilis congénitale*; on prend les précautions nécessaires pour éviter l'infection de la conjonctive par le *gonocoque*, au cours de vulvo-vaginites causées par ce microbe. Les mesures de préservation contre les *maladies infectieuses* sont des moyens indirects de prévenir les conjonctivites qui peuvent compliquer ces maladies.

Le dépistage du *trachome* et son traitement ont, dans certains pays, une grande importance. La lutte sera facilitée par la déclaration obligatoire et par les autres mesures protectrices, barrières douanières notamment, que les divers pays tendent de plus en plus à édicter.

Depuis 1887, les Etats-Unis refoulent sur leur pays d'origine, aux frais des compagnies de navigation, tout émigrant contaminé; ils poursuivent, par ailleurs, la lutte intérieure dans les régions où règne la maladie (Montagnes Rocheuses, Territoires indiens). L'Argentine, l'Australie ferment également leurs frontières.

Rien de semblable n'existe encore en Europe, où chaque pays lutte isolément sur son territoire. En France, et presque partout, la déclaration est facultative.

Des dispensaires spéciaux, dispensaires scolaires notamment, existent en Annam, en Palestine. L'Italie et la Hongrie ont des internats scolaires, l'Egypte, des hôpitaux spéciaux.

En ce qui concerne la France et son empire colonial, il n'est pas douteux que l'examen avant embauche et le renvoi au port de débarquement des ouvriers coloniaux contaminés renforcerait la protection. Il en serait de même des certificats de non-contagiosité complétant obligatoirement le passeport pour les sujets venant de pays où le trachome est endémique, d'un livret international du trachomateux et d'ententes internationales, méditerranéennes en particulier.

Dans la prévention de la cécité, un rôle important est dévolu à diverses œuvres, au *médecin des écoles* et à l'*assistante d'hygiène scolaire*. Il leur appartient de dépister les enfants dont la vue est défectueuse et de les diriger sur la consultation de l'ophtalmologiste. En dehors même du dossier scolaire de chaque enfant, l'observation quotidienne permet de dépister les troubles fonctionnels et les amétropies à leur début, de surveiller les amétropies reconnues. L'attitude générale des enfants, certaines insuffisances du comportement scolaire, les

accès fréquents et sans raison valable de céphalée doivent donner l'éveil.

La correction possible à réaliser et les mesures en faveur des amblyopes contribuent également à la prophylaxie en conservant aux enfants leurs restes de vision.

Les *consultations spéciales*, enfin, analogues à celle qui, depuis 1880, fonctionne aux Quinze-Vingts, ont une importance que l'on ne saurait trop reconnaître. Dans divers pays, ont été créés ou adaptés à cette fin, depuis un siècle, de nombreux organismes : « *Société pour la prévention de la cécité et le développement physique des aveugles* », en Angleterre (Roth, 1850); *Société « Licht en Liefde »* (1), en Belgique; sociétés diverses au Danemark et ailleurs. Les Sociétés de Croix-Rouge, les Sociétés de lutte antivénérienne ont collaboré à cette activité. La propagande a été menée concurremment par l'affiche, le tract, la radiophonie, souvent sur une très vaste échelle.

### III. — ETAT PHYSIQUE ET INTELLECTUEL DES AVEUGLES

Abstraction faite des facteurs étiologiques, la cécité a une grande influence sur l'état physique de l'aveugle, surtout lorsqu'il s'agit d'un enfant. Dès 1858, Campbell, traduisant l'impression courante, écrivait que la vitalité de l'aveugle est moindre que celle du clairvoyant.

L'aveugle a l'apparence d'autant plus frêle et délicate qu'il a été frappé plus tôt. Ses gestes ont un caractère de débilité et de timidité particulières. Il présente, très tôt, une notable hypotrophie de toute la musculature, qui est due à l'inactivité physique.

Cette inactivité est causée ou augmentée par deux facteurs.

Le premier tient à la cécité elle-même; l'aveugle est perdu dans un monde extérieur qu'il ne peut se représenter que partiellement et confusément, au prix de mésaventures et de heurts parfois pénibles. Il se résigne au moindre effort, diminue son activité et jusqu'à ses gestes. L'expression du visage tend à se figer et la mimique ne suit que de loin et incomplètement la modulation vocale.

Le second facteur réside dans le milieu familial, qui pêche par défaut ou par excès. Tantôt, l'entourage, fruste ou indifférent, néglige l'enfant qui est une charge pour le présent et pour l'avenir, l'abandonne à une inactivité physique et intellectuelle qui va croissant avec l'âge. Tantôt, au contraire, il est exagérément et maladroitement affectueux. On choie le petit infirme, on cherche à lui éviter toute mésaventure et même tout effort, on s'interpose sans cesse entre lui et le mon-

(1) « *Lumière et Charité* ».

de extérieur; l'enfant n'a donc que faire de s'essayer à une activité superflue. Dans les deux cas, par des voies opposées, l'aveugle est conduit à l'inertie.

On a cru trouver chez l'aveugle un affinement naturel des autres sens par report sur eux de la réceptivité sensorielle que l'absence de la vue a laissée disponible. C'est là pure apparence. L'examen psychophysiologique ne décèle, chez lui, aucune exaltation des réceptivités sensorielles. En réalité, l'aveugle utilise mieux que le clairvoyant, et d'autant plus qu'il est plus intelligent et mieux éduqué, les renseignements fournis par les sens intacts. Cette élaboration plus parfaite des données auditives et tactiles, l'interprétation de résonances même discrètes, la perception de faibles différences de température, de la direction de faibles courants d'air suffisent à réaliser un sens accessoire de l'orientation, à faire deviner un obstacle. Il est à remarquer que le brouillard, qui gêne le clairvoyant, aide l'aveugle parce que le brouhaha extérieur diminue; au contraire, le bruit le désoriente en troublant l'analyse des modifications du monde extérieur. Il s'agit d'élaboration psychologique et non pas de modifications sensorielles; les sens n'ont rien gagné en acuité.

De même, la finesse du toucher est acquise; chez certains sujets elle serait plutôt émoussée du fait de la paresse de la circulation au niveau des extrémités, faute du stimulant que constitue l'activité physique.

Lorsque commence l'éducation du jeune aveugle, rien, dans le domaine sensoriel proprement dit, ne vient la faciliter.

La profonde empreinte de la cécité sur le psychisme a été reconvenue de tout temps; Homère, Œdipe, Tirésias sont des aveugles et, comme eux, bien des poètes et des prophètes.

Dans l'opinion courante, l'aveugle est un être doux, résigné, d'une certaine gaîté pourtant, qui contraste avec le pessimisme et la misanthropie du sourd. Il y a, en réalité, des aveugles de tous les tempéraments et de tous les caractères; mais tous sont sensibles, et parfois à l'extrême, à l'ambiance vraie ou imaginée. La résignation est peut-être plus spécialement le fait des aveugles frappés tardivement et qui ont recouvré l'équilibre moral après avoir franchi la phase de découragement et d'angoisse trop naturelle quand la lumière vient de s'éteindre. Cette résignation disparaît, et il faut les en louer, lorsqu'il leur faut s'entraider et améliorer leur condition et celle de leurs frères d'infortune.

Chez tous, adultes ou enfants, congénitaux ou non, *l'état psychique à la phase d'équilibre* présente quelques traits habituels.

Avant de les esquisser, et surtout chez l'enfant, il convient de faire leur part aux *tares psychiques* associées, qui ont un intérêt capital. La cécité, par elle-même, n'est jamais un facteur de détérioration psy-

chique; les déficiences du caractère et de l'intelligence, si importantes pour la formation et le destin futur de l'aveugle, sont uniquement l'effet des tares associées. Lorsqu'elles sont très profondes, il s'agit avant tout d'arriérés; moins profondes, elles laissent à la cécité la première place et limiteront les résultats qu'on pourra obtenir de l'éducation et de l'instruction, même soigneusement appropriées aux besoins particuliers. Le pronostic dépend donc directement de l'étiologie; pour les cécités d'origine oculaire, les tares sont habituellement faibles ou nulles, l'éducabilité satisfaisante ou très satisfaisante; par contre, pour les cécités d'origine cérébro-méningée, où le déficit mental est souvent associé, les résultats sont en raison inverse de la gravité des tares. Leur fréquence n'est malheureusement pas négligeable, même en tenant compte des nuances d'appréciation en matière psychologique.

Seul l'aveugle au psychisme intact peut être l'objet d'un portrait d'ensemble.

S'il est, *du point de vue de l'instruction*, un retardé dans le temps, il n'est en aucune façon un arriéré. L'importance de ce retard dépend du moment où a commencé l'instruction; entreprise dans les délais les meilleurs, elle réduit à deux ans environ, durant la période scolaire, la différence avec l'écolier clairvoyant de même âge et de même capacité. C'est à peu près le temps nécessaire au jeune aveugle pour acquérir les moyens de connaître dont il peut disposer et affiner les sens de suppléance. Les inégalités intellectuelles entre écoliers aveugles sont analogues à celles qui existent entre écoliers clairvoyants. L'histoire de certains aveugles (M. de la Sizeranne, P. Villey) prouve amplement que la cécité peut ralentir, mais non supprimer l'épanouissement d'une personnalité d'élite.

*Du point de vue affectif*, la personnalité de l'aveugle semble se caractériser par une certaine exaltation de l'amour-propre et par une réserve à l'endroit des clairvoyants. Cette réserve peut confiner à une apparente indifférence qui se nourrit et se renforce des moindres indices et ne cède jamais que lentement.

L'amour-propre des aveugles semble témoigner de l'immense effort accompli pour se relier au monde extérieur malgré l'absence des données visuelles et pour réduire l'inégalité avec les clairvoyants. Il leur donne une ténacité et un attachement parfois difficiles à tempérer vis-à-vis de préférences personnelles ou de conceptions même aventurées. Il leur rend pénibles les marques, parfois indiscrettes, de bienveillance ou de pitié qui leur viennent des clairvoyants. Il engendre un égocentrisme qui, en même temps et contradictoirement, leur fait ressentir cruellement l'absence de ces témoignages de bienveillance et les demander comme dus, alors qu'offerts ils paraissent mortifiants.

La réserve vis-à-vis des clairvoyants a pour corollaire la fidélité

à l'attachement, quand le lien s'est établi, vis-à-vis des autres aveugles, le facile établissement de la sympathie et de la confiance, certaines particularités de la tendance à l'entraide.

L'aveugle a une tendance marquée à préférer aux moyens imaginés ou réalisés par les clairvoyants ceux qu'ont imaginés ou réalisés les aveugles eux-mêmes. Nul ne lui semble si apte qu'eux-mêmes à concevoir des remèdes à leur infortune. « Pour les Aveugles — Par les Aveugles » est une devise qui leur est chère; malgré sa beauté, elle n'est pas à l'abri de la critique, car les aveugles connaissent mal le milieu extérieur et les nécessités communes.

Un trait important pour l'éducation est la sensibilité de l'aveugle à de menus indices qu'un clairvoyant ignore ou néglige. L'intonation la plus fugitive, l'altération la plus ignorée dans la voix d'un interlocuteur, ce que l'aveugle peut avoir saisi dans un geste ou supposé dans une attitude, tout cela est perçu, enregistré, interprété, impitoyablement analysé. C'est sur ces faibles indices que l'aveugle se trace le portrait psychologique de ceux qui l'entourent. C'est dire quelle maîtrise de soi-même, quelle finesse attentive, quelles qualités de cœur doivent posséder les maîtres pour leur faire modifier des conclusions si hâtivement établies.

On a noté enfin, notamment à partir de la puberté, une tendance voluptueuse dont doivent tenir compte les éducateurs. L'imagination s'avive d'autant plus que manque le frein des notions extérieures.

Abstraction faite des tares surajoutées, les *facultés intellectuelles* de l'aveugle sont celles du sujet normal, avec quelques nuances. Les unes sont dues à l'infirmité même, d'autres, à l'effort accompli pour s'affranchir, d'autres enfin, aux procédés pédagogiques nécessaires à leur instruction.

Voici quelques particularités importantes à connaître pour l'éducation des aveugles.

C'est la pauvreté des représentations concrètes qui persistera chez l'aveugle, si cultivé soit-il, pendant l'existence entière, et sera d'autant plus prononcée qu'il s'agit d'un aveugle-né ou atteint très jeune.

C'est la tendance au repliement sur soi. Chez le jeune enfant ou l'aveugle insuffisamment formé, elle se traduit par l'immobilité corporelle, la lenteur et la monotonie dans le flux de la conscience. Chez l'aveugle instruit, la rêverie sans but devient méditation. Un corollaire en est la tendance imaginative, parfois chimérique ou mystique, que ne contrarie pas la pauvreté des représentations concrètes.

C'est la ténacité, due sans doute à l'effort intense et longtemps soutenu durant l'éducation; l'aveugle se détache malaisément de ses projets et de ses conceptions imaginatives.

C'est un amour-propre intellectuel prononcé, qui va parfois jusqu'à lui rendre son infirmité chère. Il résulte sans doute du sentiment de la

difficulté vaincue. L'effort accompli pour cultiver son intelligence incite l'aveugle à attacher un prix particulier à ses conceptions propres et à repousser toute comparaison avec celles des clairvoyants, surtout lorsque la vie ou le sort des aveugles sont en cause.

C'est, chez l'adulte, le développement de l'esprit d'observation, de la tendance à l'inférence et surtout de la mémoire. L'absence de renseignements fournis par les yeux favorise la concentration intellectuelle.

C'est enfin la finesse sensorielle, auditive ou tactile, dont nous avons déjà parlé.

L'éducateur doit particulièrement compter avec le sens très aigu de l'observation qui peut faire obstacle à son influence sur ses élèves. Ceux-ci, sur les moindres indices, lui prêtent, à tort ou à raison, des dispositions qui leur déplaisent ou leur plaisent.

La mémoire si développée de l'aveugle est analogue à celle du sujet normal toutes les fois que, faute d'écriture, c'est par tradition orale que se transmet la culture intellectuelle. Dans l'enseignement de la musique, en particulier, c'est un appoint précieux.

Les résultats de l'éducation sensorielle reçue ou spontanée sont d'autant plus parfaits que celle-ci a commencé plus tôt. Un adulte tardivement frappé, même si aucune callosité digitale ne vient le gêner, lit fréquemment le Braille moins bien qu'un enfant instruit de bonne heure.

Les aveugles éminents, dont nous avons parlé, sont l'exception. L'un d'eux rappelle que Montaigne aurait préféré perdre la vue et garder l'ouïe; il estime que, sauf la couleur, les autres sens nous donnent la majeure partie de ce que nous donne la vue. Cette opinion atteste la puissance d'un esprit et la vigueur d'une volonté. En tout cas, pour s'en tenir à l'« aveugle moyen » non taré, tout diminué qu'il soit, ceux qui ont la tâche de le former ne doivent pas mésestimer les moyens dont il dispose.

De toutes ces constatations, il est permis de conclure à l'utilité de diriger, plus qu'on a pu le faire jusqu'ici, les aveugles suffisamment doués vers l'activité intellectuelle. La haute culture ne doit pas être refusée à l'aveugle faute de moyens pour la lui donner.

#### IV. — HISTORIQUE DE L'ASSISTANCE ET DE L'EDUCATION DES AVEUGLES

Dans l'antiquité, l'aveugle n'est pas assisté. C'est un mendiant, souvent un vagabond. Selon les civilisations, sa cécité marque la déprobatrice des dieux ou leur faveur et, dans ce cas, lui mérite quelques égards. Devant la loi civile ou religieuse, il est un mineur; les lois de

Manou lui refusent, comme au sourd-muet et à l'estropié, la capacité d'hériter. Homère, Tirésias, Œdipe, que la Grèce a célébrés après leur mort, ont mendié pour vivre. Dans des pays moins civilisés, aveugles et arriérés sont confondus et partagent les mêmes avanies.

Le *Christianisme*, en développant l'esprit de charité, soustrait les aveugles aux sévices, mais ne change pas leur existence matérielle. Ils restent des indigents, peu ou pas assistés. Seule, la carrière de musicien ambulancier les élève en apparence au-dessus de la mendicité.

*En France.* — Saint-Louis, vers 1260, se montre un initiateur en créant les *Quinze-Vingts*, hospice où 300 aveugles vivent en communauté; un costume particulier les signale à la bienveillance et au respect des passants, quand ils quêtent. Dans la suite, jusqu'au XVIII<sup>e</sup> siècle, la quasi totalité des aveugles vit de mendicité. Mendiants peu respectés, parfois aussi peu respectables, leur déchéance leur suscita pourtant leur premier ami.

En 1771, à la foire St-Ovide, révolté par le spectacle d'un orchestre burlesque d'aveugles, Valentin Haüy (1745-1822) se promet de tirer ces malheureux de leur abjection. Modeste employé aux Affaires Etrangères, il était fils d'un tisserand et le frère cadet d'un savant déjà renommé, dont l'aide lui fut plus tard précieuse.

La finesse du toucher d'un aveugle, reconnaissant et lui rendant un écu donné par erreur, lui est une révélation. Les résultats aussi, qu'à ce moment l'abbé de l'Épée obtient avec les sourds-muets, lui font concevoir une méthode pédagogique. Ayant réalisé un alphabet en relief, il se procura, moyennant finances, son premier élève, aveuglé de 16 ans, mendiant à la porte d'une église.

Encouragé par les résultats obtenus, il prend en pension chez lui 12 aveugles. Le succès est tel que, dès 1786, il peut présenter au roi 24 élèves lisant, écrivant, chantant en chœur et sachant exécuter quelques travaux. L'appui de son frère lui permet d'intéresser à son œuvre les milieux cultivés et de prendre d'autres élèves.

L'œuvre de Valentin Haüy végète pendant la révolution malgré l'intérêt qu'y prend le pouvoir. En 1791, la Constituante en fait une Institution nationale et y crée des bourses. Haüy lui adjoint à cette époque, pour les élèves en fin d'études, l'« *Œuvre des Aveugles travailleurs* », à laquelle il sait intéresser ses contemporains. Cependant, lorsqu'en 1801 Bonaparte réunit, par économie, l'Institution aux Quinze-Vingts, Haüy est éliminé. Il fonde alors une école privée et payante pour aveugles. Passant à Paris, le tsar Alexandre 1<sup>er</sup> vient l'y visiter et l'engage à venir en Russie fonder des écoles pour aveugles. Haüy se rend à Pétersbourg, s'arrêtant en route à Berlin, où il donne la première impulsion à des instituts analogues.

Sa tâche, en Russie, est d'abord aisée; mais, au bout de quelque temps, des cabales se manifestent; elles finissent par l'emporter sur son savoir et son dévouement. Il rentre en France en 1817 et meurt en 1822.

Pendant son absence, l'Institution de Paris a été développée et réorganisée par la Restauration. Bien qu'imparfaite, la méthode de Haüy donne d'incontestables succès. Comme en 1784, c'est la lettre d'imprimerie en relief qui demeure le moyen d'initier l'aveugle à la lecture. Cependant, le relief est faible, le contour compliqué, et le doigt les perçoit mal; la surface de la lettre est considérable aussi, comparée à celle du doigt et les livres sont encombrants.

Des esprits ingénieux s'efforcent d'améliorer le système. Seul, l'alphabet du capitaine Barbier, officier d'artillerie (1819), mérite mention. Ce sont des combinaisons de points placés sur deux rangées verticales pouvant comprendre jusqu'à 6 points chacun. L'orthographe est phonétique. Mais les caractères encore sont trop compliqués et ont une surface trop grande; la lecture est malaisée et lente.

Cette méthode est le point de départ de la découverte de Louis Braille (1809-1852) qui, devenu aveugle à 3 ans, fut élève, puis professeur aux Jeunes-Aveugles. Grâce à l'heureuse appropriation des dimensions de la lettre à celles du doigt, à la forme simple, à la filiation logique des combinaisons, cet alphabet est aisément appris et sa lecture rapide; le nombre des combinaisons permet d'y comprendre la notation mathématique et la notation musicale; enfin, il permet d'écrire. Conçu en 1829 et amélioré jusqu'en 1834, le système de Braille connaît très vite la faveur des aveugles; ce n'est pourtant qu'en 1854, deux ans après la mort de Braille, qu'il est officiellement adopté.

Il est, depuis lors, la base de l'instruction des aveugles en France et à l'étranger. Dans sa forme originale ou dans des formes apparentées, cette méthode est utilisable en dépit des différences linguistiques.

Le XIX<sup>e</sup> siècle a vu, en France, la floraison d'établissements et d'œuvres divers, soit d'ordre médical et prophylactique : dispensaires et consultations dont le prototype a été, dès 1881, la consultation fondée aux Quinze-Vingts par Fieuzal, soit d'ordre pédagogique : instituts publics et privés d'instruction; soit d'ordre social : ateliers d'aveugles, bibliothèques et œuvres d'impression, œuvres et associations d'aide ou d'entr'aide.

*Hors de France.* — C'est aussi depuis le XVIII<sup>e</sup> siècle que se sont développées l'assistance et l'éducation des aveugles, grâce au rayonnement de la pensée française et de Valentin Haüy.

En Angleterre sont fondés : en 1791, à Liverpool, la première école pour aveugles, par Edward Rushton, médecin devenu aveugle, et

l'asile d'Edimbourg; en 1793, l'école de Bristol; en 1799, à Londres, l'école Saint-Georges, etc... En 1874, le Dr Robert Moon, de Brighton, aveugle, invente une typographie en relief basée sur la majuscule plus ou moins modifiée, qui se répand rapidement. La simplicité lui assure, à côté de l'alphabet Braille, un succès qui dure encore en Angleterre et ailleurs. Ce système est précieux aux aveugles âgés qui s'habituent mal au Braille. Mais les ouvrages de ce système sont encombrants et les aveugles ne peuvent se servir de ce procédé pour écrire. Ce n'est qu'en 1866 que le Braille va prendre pied en Angleterre.

Aux Etats-Unis, en 1832, est ouvert, à Boston, le premier établissement (*New England Asylum for the Blinds*), qui existe encore sous le nom de *Perkins Institution and Massachusetts School for the Blinds*.

Nous avons dit le rôle de V. Haüy en Russie.

En Allemagne, à son passage à Berlin, V. Haüy s'occupe d'un jeune aveugle, protégé du roi Frédéric Guillaume 1<sup>er</sup>. A la même époque et isolément, le Dr August Zeune, aidé de quatre aveugles, ouvre à Berlin-Steglitz, avec une petite subvention de l'Etat, une école pour aveugles; durant quarante ans, il en conserve la direction; cet institut existe encore et donne à ses élèves une instruction générale et une instruction professionnelle (musique, métiers manuels). A partir de 1813, le mouvement s'amplifie. Avant la guerre de 1914, il y avait, en Allemagne, 32 établissements; depuis, ce nombre est tombé à 25 en 1927, dont 16 en Prusse, avec 45 professeurs clairvoyants et 13 professeurs aveugles.

Un mouvement parallèle, mais entièrement indépendant des précédents par son origine et ses techniques, naît à la même époque en Autriche, sur l'initiative de Johann Wilhelm Klein, de Vienne. Ignorant les travaux de Haüy, il emploie d'abord un procédé personnel et purement empirique d'instruction; quelques essais lui permettent d'édifier un programme complet pour la formation intellectuelle et pratique des aveugles.

Actuellement, les institutions destinées à l'éducation et à la formation professionnelle des aveugles, les œuvres d'assistance et de solidarité se sont multipliées; d'autre part, des dispositions législatives ont été prises en leur faveur.

## V. — STATUT LEGAL DE L'AVEUGLE EN FRANCE ET DANS DIVERS PAYS

*En France.* — L'aveugle n'a aucun statut particulier quant à sa capacité. Il n'est, du fait de son infirmité, ni mineur, ni incapable. Il

peut se marier, hériter, ester en justice ou y comparaitre, voter comme un clairvoyant. Il n'est pas dispensé du service militaire; il faut qu'intervienne, pour le réformer, la décision d'un conseil de réforme. Mais cette qualité de citoyen complet peut, au cours de l'existence, nécessiter quelques précautions, touchant la valeur d'une signature ou la rédaction d'un testament, par exemple.

Si l'arriération mentale s'associe à la cécité et prédomine, l'aveugle peut bénéficier des dispositions légales s'appliquant aux arriérés. Ce bénéfice peut, parfois, l'empêcher d'user au mieux de ses faibles moyens et l'abaisse encore d'un degré dans la déchéance au lieu de le relever.

Si la cécité prédomine, l'aveugle demeure « citoyen ordinaire » quant à l'assistance et à l'éducation. En effet, la loi sur l'assistance aux infirmes, du 14 juillet 1905, ne s'applique pas aux enfants, mais aux seuls individus qui ont dépassé l'âge scolaire, soit 16 ans. Pour les aveugles et les infirmes, la limite est abaissée à 13 ans (art. 172 de la loi du 16 avril 1930) et même 12 ans si l'enfant a son certificat d'études, cas évidemment exceptionnel. Avant cet âge rien n'est prévu, comme si le législateur avait ignoré l'existence des aveugles-nés. Il incombe aux parents de payer l'entretien, l'hospitalisation, l'instruction même, puisque bien des motifs peuvent écarter l'enfant de l'école publique.

Pour les indigents, rien n'est prévu. Les allocations de la loi Lambert, dont peuvent bénéficier les aveugles, sont applicables uniquement aux adultes; le seul secours est l'allocation aux familles nombreuses, quand le nombre des enfants est suffisant.

L'assistance aux aveugles incombe donc, en pratique, à la charité publique et surtout privée, avec tous les aléas qui en découlent pour le bénéficiaire et même le bienfaiteur. C'est la nécessité de solutions d'espèce pour chaque aveugle.

La loi du 28 mars 1882 sur l'instruction obligatoire devrait, par une voie détournée, apporter une solution, au moins pour l'âge scolaire. L'article 4 de cette loi est, en effet, explicite : « L'instruction primaire est obligatoire pour les enfants des deux sexes de 6 ans révolus à 13 ans révolus ». Il est même écrit dans la loi qu'« un règlement déterminera les moyens d'assurer l'instruction primaire aux enfants sourds-muets et aveugles ». Malheureusement ce règlement n'a pas encore vu le jour, l'obligation demeure théorique pour bien des aveugles. Un certain nombre de ces enfants, même hospitalisés, peut n'être que très incomplètement instruit. Malgré les efforts de tous, l'assistance et l'éducation peuvent, dans certains cas, manquer ou se faire attendre; un temps difficile à regagner est perdu pour la formation intellectuelle et professionnelle. L'assistance médicale gratuite ne peut, non plus, entrer en action et il faut recourir à

la charité. Le placement, pour chaque cas, est à la discrétion des autorités; faute de règle générale, il faut, pour chaque cas, solliciter une autorisation; pour qu'elle soit accordée, il a fallu auparavant prévoir des ressources, bourse ou subvention.

Depuis 1791, l'*Institution des Jeunes Aveugles* a le caractère national; en 1887, le département de la Seine a créé l'*école Braille*; quelques établissements officiels existent çà et là, mais les places sont trop peu nombreuses et il faut recourir aux nombreuses institutions privées subventionnées ou non. Leurs moyens, en matière d'instruction surtout, n'égalent pas toujours leur dévouement.

Aussi, nombre de bons esprits, parmi les aveugles et parmi les clairvoyants, préconisent la dépossession de la Santé publique et le rattachement des aveugles à l'Education nationale. Il semble possible que, de ce fait, l'obligation scolaire puisse devenir moins théorique et le niveau de l'instruction moins inégal. D'autre part, le personnel enseignant serait plus aisément recruté. Mais il faudrait aussi que ce changement ne comporte pas de recul sur d'autres points. Il est, en effet, indispensable que le triage préalable des aveugles quant à leur intégrité intellectuelle soit opéré avec discernement, afin que les déficients ne soient pas un poids lourd pour leurs condisciples mieux doués; que l'éducation professionnelle ait pour préface une orientation professionnelle ni trop systématique ni trop empirique et que puisse s'exercer un contrôle médical sur l'éducation des jeunes aveugles. Il faut aussi reconnaître que l'initiative privée a fait ses preuves en tous pays, qu'elle est, par nature, plus souple devant les nécessités pratiques et a une action plus paternelle qu'un pouvoir bureaucratique lointain et anonyme.

*A l'Étranger.* — L'organisation de l'assistance aux aveugles et de leur éducation reflète les habitudes et les traditions locales.

Au Japon, en Hollande, c'est à la bienfaisance qu'incombe la charge des aveugles. De même en Suisse, sauf dans le canton de Zurich, où les autorités cantonales subviennent à l'assistance et à l'éducation des enfants aveugles dont les familles n'ont pas les ressources suffisantes.

Ailleurs, la protection des aveugles, au cas d'impuissance des familles, est assumée tantôt par l'Etat seul, tantôt par la collaboration de l'Etat et de divers organismes.

En Italie, où la scolarité est obligatoire de 6 à 14 ans, les aveugles qui ne peuvent payer sont instruits aux frais de l'Etat; les écoles professionnelles sont subventionnées par l'Economie nationale. Parmi les écoles et les écoles professionnelles, 19 sont institutions privées, 20 écoles d'Etat.

En Allemagne, depuis le décret de 1924 réglant l'assistance aux infirmes, existent, dans chaque état ou province, des organisations sociales qui dirigent l'assistance et l'instruction primaire ou professionnelle de tous les infirmes, y compris les aveugles. Ces organismes assurent aussi les mesures préventives. En liaison avec l'« Office pour la jeunesse » (1), ils protègent les aveugles pour leur développement intellectuel et la découverte de débouchés professionnels. L'enseignement aux aveugles est gratuit. Un enseignement supérieur est donné à ceux qui peuvent recevoir une culture étendue.

Aux Etats-Unis, l'obligation scolaire commence à 6 ans et se prolonge jusqu'à 18 et, parfois même, 25 ans. L'instruction est gratuite pour tous; la pension l'est aussi pour les indigents.

Il en est de même au Canada, où les Provinces paient l'instruction générale; un Institut National Canadien donne la formation professionnelle.

Au Danemark, depuis 1933, l'assistance aux aveugles, leur instruction générale et professionnelle sont assurées par la loi dite « Grande Réforme sociale », dans l'esprit et par les moyens dont nous parlons à propos des infirmes de la motricité.

En Belgique, les frais d'assistance et d'instruction sont assumés pour la moitié par un fonds commun aux Provinces, pour 3/8<sup>e</sup> par l'Etat, pour 1/8<sup>e</sup> par la province d'origine. L'obligation scolaire est en fait suspendue pour un grand nombre d'enfants non hospitalisés, parce qu'elle n'existe pas pour ceux qui habitent à plus de 4 kilomètres de l'école.

En Pologne, en Lettonie, l'Etat paie seul l'assistance et l'instruction; en Norvège, c'est la province pour 2/3, la commune pour le reste; en Autriche, la province ou la commune.

D'autres pays demandent une quote-part à la famille; c'est le cas en Nouvelle-Zélande, en Hongrie, en Tchécoslovaquie; la moitié est assurée, si possible, par les parents.

En Grande-Bretagne, la somme que les parents ne peuvent verser est fournie soit par l'autorité régissant l'enseignement, soit par l'association bénévole qui administre l'école, soit par une collaboration des autorités enseignantes et de l'Assistance publique.

Dans tous les pays, le statut légal général des aveugles est, comme en France, le même que pour les autres citoyens.

(1) Jugend Amt.

## VI. — ETABLISSEMENTS D'EDUCATION ET ŒUVRES D'ASSISTANCE

### a. — Etablissements d'Education

#### EN FRANCE

Ils sont au nombre de 29 environ, la plupart dans les grandes villes ou leur voisinage immédiat. Tous n'ont pas la même valeur éducative du fait des inégalités d'importance et de moyens. Leur nombre est inférieur aux besoins, puisque la France compte 2.000 à 2.500 aveugles d'âge scolaire.

Les établissements destinés aux enfants de 3 à 6 ans (âge préscolaire) sont rares. On peut citer l'Ecole maternelle-Jardin d'enfants annexé à l'Ecole Braille de St-Mandé.

Voici une liste des établissements d'enseignement du premier degré destinés aux enfants à partir de 6 ans, c'est-à-dire d'âge scolaire.

PARIS. — Institution nationale des Jeunes Aveugles (56, Bd des Invalides). Seul établissement national, dépend du ministère de la Santé Publique. Reçoit les enfants des deux sexes, de 10 à 13 ans, pour cinq ans, en vue de l'instruction primaire, pour huit ans, en vue de l'instruction primaire et professionnelle, soit à titre gratuit (désignation par le ministre de l'Intérieur), soit comme boursiers complets ou partiels (du département, d'une commune, d'un hospice), soit comme élèves payants. Il existe une Société de placement et de secours aux anciens élèves.

ETABLISSEMENTS REGIONAUX. — Pour les deux sexes : Marseille (Bouches-du-Rhône). — Institut d'aveugles et de sourds-muets. Reçoit à 7 ans les aveugles et amblyopes. Enseignement primaire et professionnel. — Payant.

Toulouse (Haute-Garonne). — Institut des Jeunes Aveugles. Reçoit, à partir de 5 ans, aveugles et amblyopes. Enseignement primaire et professionnel. — Payant.

Bordeaux (Gironde). — Institution régionale de sourds-muets et jeunes aveugles. Reçoit à partir de 7 ans. Instruction primaire et professionnelle. — Payant.

Pour les garçons : Poitiers (Vienne). — Institution régionale de sourds-muets et jeunes aveugles. Reçoit les garçons à partir de 8 ans. Instruction primaire et professionnelle. — Payant.

ETABLISSEMENTS DÉPARTEMENTAUX. — Pour les deux sexes : Saint-Mandé (Seine). — Institut départemental des Aveugles de la Seine, 7, rue Mongenot (Saint-Mandé) (Ancienne école Braille). Enfants des deux sexes, Français, habitant la Seine depuis deux années, de l'âge de 3 ans (école maternelle) à 18 ans. Instruction primaire et professionnelle. — Gratuit et payant. Complété par un asile d'adultes payants et par la Société d'assistance pour les Aveugles.

Nantes (Loire-Inférieure). — *Etablissement départemental des sourds-muets et aveugles de la Persaglière* (Catholique). Reçoit à partir de 9 ans, quelle que soit la région d'origine. Instruction. Formation professionnelle. — Payant.

Lille-Ronchin (Nord). — *Institut départemental des sourds-muets et aveugles*. Enfants à partir de 8 ans, de toutes origines. Instruction primaire et professionnelle. — Payant.

ETABLISSEMENTS MUNICIPAUX. — Pour les deux sexes : *Lyon-Villeurbanne* (Rhône). — *Institution municipale de Lyon pour sourds-muets, aveugles et arriérés*. Reçoit à partir de 6 ans. Instruction primaire et professionnelle. — Payant.

ETABLISSEMENTS PRIVÉS D'IMPORTANCE ET DE VALEUR DIVERSES, SOUVENT CONFESIONNELS :

Paris. — *Asile de jeunes garçons infirmes et pauvres des Frères Saint-Jean-de-Dieu* (catholique), 22, rue Lecourbe. Reçoit les aveugles jusqu'à l'âge de 20 ans (30 places environ). Instruction primaire et professionnelle (Musique en particulier). Sauf exception, ne les garde pas au delà de 21 ans.

*Euvre des jeunes filles aveugles* (catholique), 88, rue Denfert-Rochereau. Asile et travail pour jeunes filles aveugles et amblyopes. Reçoit à partir de l'âge de 4 ans. Instruction primaire et professionnelle. — Gratuit et payant.

Pour les deux sexes : *Lyon* (Rhône). — *Institution des jeunes aveugles* (catholique). Reçoit les filles à partir de 4 ans et sans limite d'âge, les garçons entre 4 et 7 ans. Enseignement primaire et professionnel. — Payant.

Nancy (Meurthe-et-Moselle). — *Institution des jeunes aveugles* (catholique). Reçoit à partir de 6 ans les aveugles et amblyopes.

ENSEIGNEMENT PRIMAIRE ET PROFESSIONNEL. — *Arras* (Pas-de-Calais). — *Institution des sourds-muets et des aveugles* (catholique). Reçoit entre 4 et 6 ans. Instruction primaire et professionnelle (musique). — Payant.

Montpellier (Hérault). — *Institution des sourds-muets et des jeunes aveugles* (catholique). Reçoit à l'âge de 6 ans. Enseignement primaire et professionnel. — Payant.

Illzach, près Mulhouse (Haut-Rhin). — *Institution des Aveugles*. Reçoit à partir de 5 ans. Enseignement primaire et professionnel. — Payant.

Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme). — *Institution de jeunes Aveugles*. Reçoit les filles à partir de 3 ans, les garçons à partir de 6 ans. Enseignement primaire et professionnel. — Payant.

Yzeure (Allier). — *Institution des Aveugles*. Reçoit à partir de 7 ans. Enseignement primaire et professionnel. — Payant.

Yvetot (Seine-Inférieure). — *Ecole de perfectionnement*. Reçoit de 6 à 18 ans. Enseignement primaire et professionnel. — Payant.

Saint-Hippolyte-du-Fort (Gard). — *Institution des sourds-muets et aveugles*

Pour les garçons : *Saint-Médard-lès-Soissons* (Aisne). — *Institut pour aveugles et sourds-muets* (catholique). Reçoit, entre 7 et 15 ans, les Français ou naturalisés français. Instruction primaire et professionnelle. — Payant.

Pour les filles : *Laon* (Aisne). — *Institution Notre-Dame pour jeunes filles sourdes-muettes ou aveugles* (catholique). Reçoit de 5 à 12 ans quelle que soit la nationalité. Enseignement primaire et professionnel. — Payant.

*Marseille* (Bouches-du-Rhône). — *Institution des jeunes filles aveugles et sourdes-muettes*. Reçoit à partir de 4 ans. Instruction primaire et professionnelle. — Payant.

*Bordeaux-Talence* (Gironde). — *Maison de filles aveugles* (catholique). Reçoit de 6 à 21 ans. — Payant.

*Dèols* (Indre). — *Orphelinat* (catholique). Reçoit à partir de 7 ans. Instruction primaire et professionnelle. — Payant.

*Alençon* (Orne). — *Maison de la Providence* (catholique). Reçoit à partir de 7 ans. Instruction primaire et professionnelle. — Payant.

*Auray* (Morbihan). — *La Chartreuse* (catholique). Reçoit à partir de 7 ans les filles originaires de Bretagne. Instruction. — Payant.

*Poitiers* (Vienne). — *Institution des sourdes-muettes et des jeunes aveugles de Larnay* (catholique). Reçoit, à partir de 7 ans, des aveugles et des aveugles-sourdes-muettes. — Payant.

Reçoivent, enfin, des *aveugles arriérés* :

*Chilly-Mazarin* (Seine-et-Oise). — *Institution pour jeunes filles aveugles arriérées* (direction catholique). Reçoit, de 3 à 21 ans, des filles aveugles arriérées de toute religion. — Payant.

*Rolleville* (Seine-Inférieure). — *Asile Marie-Joseph* (catholique). Reçoit, à partir de 10 ans, des filles aveugles arriérées. — Payant.

*Enseignement du second degré*. — Il n'existe aucun établissement spécial; les aveugles doivent fréquenter le lycée avec les clairvoyants; aucune difficulté n'est faite pour leur admission lorsque celle-ci est sollicitée, cas d'ailleurs rare.

#### b. — Œuvres d'assistance

En voici une liste :

*L'Aide aux Ecoliers Aveugles*, 9, rue de la Paix, à Paris, fondée en vue de permettre aux jeunes aveugles doués d'entreprendre et poursuivre leurs études à l'Institution Nationale et de compléter, dans la mesure du possible, l'outillage et le matériel nécessaires à l'enseignement.

*L'Association « Pour nos Aveugles »* (La Lumière par le Livre). Siège social : Lycée Janson de Sailly, 106, rue de la Pompe, Paris, 16<sup>e</sup>. Fondée à l'intention des aveugles et des grands amblyopes, elle fournit, aux enfants, des livres de classe en Braille et, aux travailleurs, des ouvrages techniques. Aide morale et renseignements aux aveugles. Fondation et entretien de

bibliothèques pour aveugles (24 bibliothèques en France continentale ont été fondées, ainsi que les bibliothèques d'aveugles d'Alger, Bruxelles, Genève, Montréal, Jérusalem). L'impression en Braille à la presse Vaughan est assurée par des écoliers et des adultes bénévoles, ainsi que le brochage et la reliure (1).

Le *Phare de France*, 14, rue Daru, Paris, qui héberge et instruit en principe des aveugles de guerre et des aveugles adultes à titre gratuit, possède une bibliothèque et un service d'impression en Braille. S'occupe, à l'occasion, de l'instruction et de la formation professionnelle de jeunes aveugles (musique, massage, en particulier) de toutes nationalités.

Le *Livre de l'Aveugle* édite également des ouvrages en Braille.

Il est, enfin, des ateliers, des ouvriers, des institutions, des œuvres s'occupant plus particulièrement des aveugles déjà instruits et ayant un but plus particulièrement professionnel. Certaines sociétés reçoivent des subventions.

*Société d'Impression et de Reliure*, fait et donne des livres scolaires.

*La Roue*, but analogue.

*Cours municipaux pour aveugles et demi-voyants*, 27, rue de Poissy, Paris, pour aveugles à partir de 15 ans. Gratuits. (Musique, piano, accord de pianos).

*Société de placement et de secours pour les aveugles anciens élèves de l'Institution Nationale*, 56, Boulevard des Invalides, Paris.

*Société d'assistance pour les aveugles*, 26, rue de Charenton. Bourses d'apprentissage et formation professionnelle pour les anciens élèves de l'école Braille.

*Maison de Jeunes Aveugles*, à Argenteuil, pour les jeunes filles sortant de l'Institution des Jeunes Aveugles. — Gratuit.

*Divers ateliers et ouvriers subventionnés*. 5 existent à Paris, 1 à Argenteuil, 2 à Saint-Mandé, d'autres auprès de diverses institutions dans les villes importantes de France, un peu plus de 30 pour la France entière.

*Ecoles de Massage*, entre autres celles de l'Association Valentin-Haüy, du Phare de France.

*Société des ateliers d'Aveugles*, 4, rue de l'Echelle, Paris. Externat s'occupant des aveugles à partir de 15 ans, pour leur formation professionnelle et leur établissement.

*L'Association Valentin Haüy*, 9, rue Duroc, Paris.

Fondée par Maurice de la Sizeranne et l'une des pièces maîtresses de l'assistance aux aveugles, elle est avant tout une œuvre de liaison, dirigeant l'aveugle, à tout âge, vers l'organisme qui répond à ses besoins particuliers. Elle s'emploie à organiser dans son sein ou à faire naître à côté d'elle les moyens nouveaux dont la nécessité apparaît.

Elle favorise et emploie tous les moyens de dépister et de prévenir la cécité (tracts, conférences, etc...). Elle dirige les parents du jeune aveugle dans leur tâche de premiers éducateurs, les aide de ses conseils et de son influence pour le choix d'une école et l'obtention d'une bourse. Quant aux enfants de familles aisées, elle les patronne auprès des établissements d'instruction secondaire, leur prête les livres scolaires et classiques de sa très riche bibliothèque, ou les fait copier si elle ne les possède pas. Elle s'efforce d'aider le jeune aveugle dans son travail pour ses études supérieures et, si possible, ses examens, l'oriente dans le choix d'une profession, le présente aux ateliers d'aveugles ou l'accueille dans les siens propres, dans son école de massage, etc... Elle lui cherche un emploi, un débouché commercial.

Elle ouvre aux aveugles sa très importante bibliothèque de prêt, qu'elle enrichit grâce à ses ateliers de copistes et à son imprimerie pour aveugles.

Elle les aide aussi de ses dons en nature : trousseaux d'écoliers, outillage

### c. — Formation professionnelle

Il existe un certain nombre d'écoles-ateliers subventionnées par l'Etat, le plus souvent au voisinage des institutions scolaires.

A Paris, en plus des écoles-ateliers des jeunes aveugles et de l'Ecole Braille (pour les deux sexes), des Frères Saint-Jean-de-Dieu (garçons), de la rue Denfert-Rochereau (filles), il existe une école-atelier à Argenteuil (pour jeunes filles).

Les principaux centres provinciaux sont, pour les deux sexes, à Marseille, Toulouse, Montpellier, Nancy, Arras, Clermont-Ferrand, Angers, Dijon; pour les jeunes gens, à Ronchin, Nantes; pour les jeunes filles, à Talence (Bordeaux) Déols, Larnay.

### HORS DE FRANCE

ALLEMAGNE. — On comptait, en 1927, environ 3.700 enfants aveugles d'âge scolaire et on évaluait la fréquentation scolaire à 50 %; elle se serait élevée depuis cette époque et atteindrait environ 70 %.

L'enseignement primaire et professionnel est donné gratuitement dans environ 25 écoles urbaines. Les unes appartiennent à l'Etat : Berlin-Steglitz (qui sert en même temps d'école normale), Munich, Chemnitz, Altendorf, pour les deux sexes; Gotha, pour les filles. Les autres, moins importantes, sont installées à Breslau, Düren, Francfort, Halle, Hanovre, Kiel, Stettin, Nuremberg, Augsbourg, Hambourg, Stuttgart etc... Il existe de plus, un institut municipal à Berlin et une école privée à Königsberg. Chemnitz-Altendorf reçoit les aveugles arriérés; Nowawes, près Postdam, Steglitz, Hambourg, Düren reçoivent les sourds-muets-aveugles. Un gymnase secondaire pour aveugles existe à Brunswick où sont admis, après examen spécial, les élèves d'autres écoles.

Enfin, l'enseignement supérieur est organisé, pourvu d'une bibliothèque spéciale, à l'Université de Marbourg-sur-la-Lahn.

(1) Les impressions en Braille sont exemptes des droits d'auteur et bénéficient de tarifs postaux particuliers.

Il existe de nombreuses œuvres pour aveugles, journaux et bibliothèques spéciales (1).

Des écoles-ateliers existent auprès des principaux établissements d'instruction.

ETAT-UNIS. — La plupart des écoles sont des internats; il existe, cependant, dans diverses grandes villes, à Chicago en particulier, des externats, une vingtaine pour l'Union.

Il existe en tout 44 écoles, dont certaines réservées aux enfants de couleur, et, de plus, quelques écoles privées et un certain nombre d'asiles pour enfants d'âge préscolaire.

Aucun établissement spécialisé n'assure l'instruction supérieure des aveugles, mais les Etats, des Universités, des institutions privées accordent des bourses de façon libérale.

La formation professionnelle est fréquemment séparée de l'instruction proprement dite, sauf pour la musique, l'accord des pianos, les travaux domestiques, la dactylographie. Une cinquantaine d'ateliers pour aveugles, le plus souvent subventionnés, existent aux Etats-Unis, certains appartenant à l'Etat. Un certain nombre d'entre eux joue le rôle d'écoles professionnelles et assure à ses élèves un emploi à leur sortie.

CANADA. — L'âge préscolaire se passe en famille, sous la surveillance d'œuvres sociales. Il existe 5 écoles pour aveugles : Colombie britannique (Etat), Ontario (provinciale), Montréal (2 institutions privées subventionnées), Halifax (privée, subventionnée). L'instruction professionnelle est donnée, après la sortie des écoles (16 ans au plus tôt), dans les ateliers soit de l'Institut Canadien pour les aveugles, soit de l'Association pour les aveugles, de Montréal, soit de l'Institut de Nazareth (Montréal).

GRANDE-BRETAGNE. — La plupart des écoles sont des internats; toutefois, certaines acceptent des externes; ce sont, le plus souvent, des établissements privés plus ou moins subventionnés, mais soumis à la surveillance des autorités scolaires; quelques-uns dépendent des Comtés ou des grandes villes.

En Angleterre et au Pays de Galles, il existe environ 75 établissements (externats ou internats). L'Ecosse a 3 institutions (Edimbourg, Dundee, Inverness). Le programme d'enseignement diffère peu de celui des clairvoyants.

La formation professionnelle incombe aussi aux autorités scolaires des comtés et des villes, mais il existe nombre d'ateliers qui appartiennent à des sociétés bénévoles.

L'enseignement secondaire aux aveugles peut être donné à *Worcester College* pour les garçons, à *Chorley Wood College* pour les filles, institutions privées qui préparent aux cours professionnels ou aux Universités.

L'école normale Royale de *Norwood* enseigne, aux aveugles des deux sexes, la musique, l'accord de pianos, la dactylographie et prépare certains élèves à l'enseignement élémentaire aux aveugles. Un cours de massage existe à l'Institut national pour les aveugles.

BELGIQUE. — Il existe sept institutions recevant des élèves internes de trois ou quatre ans jusqu'à quatorze et parfois dix-neuf ou vingt-et-un ans. Ces établissements sont installés à Bruxelles (deux Instituts royaux, garçons et filles), Bruges, Liège (Instituts royaux), Bruxelles (province de Brabant), Ghlin (province de Hainaut), Maeseyck (établissement privé) pour les deux sexes. Sauf à Ghlin, où professent quelques aveugles, tous les maîtres sont clairvoyants. Ces instituts assurent la formation professionnelle.

Les sourds-muets-aveugles sont reçus à Bruxelles (Woluwe).

SUISSE. — Il existe un *Kindergarten* annexé à l'école de Spiez qui reçoit les enfants à trois ans. L'obligation scolaire n'existe pas et le trilinguisme rend plus délicate l'organisation. Il existe cinq écoles : Lausanne et Fribourg (romands), Spiez, Zurich (allemands), Chailly. Chailly et Zurich reçoivent les arriérés. Ces établissements sont des internats et des organisations privées, à l'exception de Zurich (cantonal). Ils donnent l'enseignement primaire et professionnel et ont, comme annexes, des classes d'apprentissage et des ateliers, sauf à Zurich qui, par contre, dispose à l'Université d'un cours de massage où les aveugles ont accès.

ITALIE. — Il existe dix-neuf établissements privés, auxquels s'ajoutent dix Instituts d'Etat (Florence, Lecce, Cagliari, Turin, Reggio-Emilia, Bologne, Palerme, Naples, Milan, Trieste) que les enfants fréquentent entre six à quatorze ans. Il existe, de plus, des jardins d'enfants pour aveugles de quatre à six ans. L'enseignement, même dans les instituts privés, est donné par des maîtres sortant d'un établissement de l'Etat. Les aveugles y reçoivent une formation professionnelle.

DANEMARK. — Il existe à Refsnaes, annexé à l'Institut des aveugles, un asile pour enfants d'âge préscolaire. Les enfants fréquentent l'école pour aveugles de huit à dix-huit ans et y reçoivent une formation professionnelle. Il existe trois établissements : Refsnaes (deux écoles) et Copenhague.

La SUÈDE possède deux écoles; le JAPON en possède trente-deux; la HOLLANDE, cinq; la POLOGNE, quatre.

## VII. — TECHNIQUE DE L'EDUCATION

Quel que soit l'âge du début de la cécité, qu'elle date de la naissance ou se soit installée avant ou après 8 ans, âge critique, nous l'avons vu, pour la conservation des acquisitions antérieures, les aveugles ont besoin d'une éducation spéciale, physique et sensorielle. Celle-ci doit être commencée aussitôt que possible, dès avant l'âge scolaire, car la malléabilité et la fidélité de la mémoire sont d'autant plus grandes, l'éducation du toucher d'autant plus facile, que l'enfant est plus jeune; la lecture du Braille en sera plus tard facilitée. Un retard pourra être difficile à rattraper. Ceux des aveugles qui ont pu faire la preuve d'une valeur supérieure sont, sans exception, des sujets que l'intelligence et l'affection d'une mère dévouée à sa tâche ont su, dès le premier âge, former, guider et instruire.

(1) (Cf. Dr STRUHL, — *Handbuch der Blinden-Wohlfahrtspflege*, 1927).

En principe, la famille est le milieu d'élection pour le jeune aveugle. Malheureusement, dans beaucoup de familles, il n'en est pas ainsi, soit par manque d'affection, négligence, ignorance, découragement, soit du fait d'une sensiblerie exagérée.

Des établissements réservés aux petits aveugles de moins de 6 ans sont donc indispensables; il faudrait des *Ecoles maternelles - Jardins d'enfants*.

En France, il n'existe guère que l'établissement annexé à l'École Braille de St-Mandé. Il en existe aux Etats-Unis avec le concours d'œuvres bénévoles, en Angleterre et aussi en Allemagne (Vorschulen) dans une dizaine de grandes villes, auprès des écoles d'aveugles.

Nous allons exposer :

- I. — *l'Education préscolaire.*
- II. — *l'Education scolaire.*
- III. — *l'Education professionnelle.*

*1<sup>o</sup> Education préscolaire.* — *L'éducation de la motricité*, la première possible, combat la paresse motrice naturelle à l'aveugle et l'insuffisance musculaire qui en résulte. Déjà avant 10 ans, même chez des tarés intellectuels, il est aisé d'éduquer le sens musculaire et de développer la mémoire motrice. La promenade est plus nécessaire encore à l'aveugle qu'au clairvoyant. Il faut provoquer l'envie de se mouvoir, laisser l'enfant circuler seul dans une chambre comme s'il voyait, encourager sa curiosité et ses propensions de touche-à-tout, qui sont de bon augure, le rendre sociable. Des frères et sœurs, des camarades clairvoyants sont une aide précieuse. Il faut développer peu à peu le sens de l'orientation, celui de l'indépendance; laisser l'enfant circuler seul, tout en le surveillant, dans les lieux familiers; lui apprendre à explorer des lieux inconnus, à pressentir et à contourner un obstacle. A ce moment aussi, on doit chercher à supprimer les mauvaises habitudes, les tics, les gestes automatiques, les attitudes incorrectes, etc...

*L'éducation du toucher* doit aussi débiter très tôt : reconnaître l'étendue d'une surface, ses rugosités ou son poli, son profil général; le poids d'un objet; évaluer des dimensions, etc.

*L'éducation de la dextérité* s'y associera très vite par l'exécution de certains gestes courants : attacher ou détacher un soulier, se boutonner, se peigner, se laver; ce qui réalise en même temps *l'éducation de la propreté*. Une gymnastique systématique d'assouplissement de la main, telle que la font certains éducateurs autrichiens, des travaux s'inspirant de la méthode de Frœbel y concourent : tressages, enfilages de perles, exécution de petits dessins avec des cordons flexibles, modelages d'objets préalablement explorés par la main.

*L'éducation de l'oreille* a la plus grande importance; elle crée et parfait le sens de l'orientation et prélude, si l'enfant est doué, à l'éducation musicale future. *L'éducation de l'odorat*, moins importante, est également utile.

On doit, enfin, encourager la tendance au bavardage, comme un moyen de combattre efficacement l'apathie et la torpeur intellectuelle.

Tous ces exercices, que l'enfant aveugle apprend à exécuter dans les classes préparatoires, peuvent être appris dans la famille. Même incomplets ou chez des enfants tarés, ils permettent de hâter le début de l'instruction proprement dite.

Pour acquérir et conserver la finesse tactile, il faut, d'une part, éviter tout ce qui peut diminuer l'acuité de la perception digitale, par exemple, les travaux grossiers, altérant les téguments ou les épaississant; d'autre part, veiller à la propreté de la main, à la conservation d'une température normale et d'une bonne circulation aux extrémités, car les doigts engourdis sont peu éduquables et impropres à la perception fine; combattre la moiteur qui, si elle persiste chez l'adulte, empêche d'exercer certaines professions.

*2<sup>o</sup> Education scolaire.* -- L'instruction première exige des méthodes particulières et des maîtres spécialement préparés. Ce n'est que plus tard, lors d'études secondaires ou supérieures et moyennant certaines mesures, que sera possible la réunion avec des élèves clairvoyants.

Il faut donc des *classes réservées aux aveugles*. On a essayé de les réunir à des écoles ordinaires, mais la difficulté de grouper un effectif suffisant d'aveugles y a fait le plus souvent renoncer.

Certains pays (Suède, Etats-Unis) ont créé des *écoles d'infirmes* où sont réunis des sujets diversement atteints (sourds et aveugles). Les résultats sont mauvais pour tous et surtout pour les aveugles.

Une *école pour aveugles* ne doit recevoir que des aveugles; les amblyopes eux-mêmes ne gagnent rien à leur réunion, pourtant habituelle, avec les aveugles vrais.

La difficulté de réunir un nombre suffisant d'élèves, la nécessité de guider ou de transporter les élèves font que les *externats* et les *demi-pensionnats* d'aveugles sont rares et n'ont souvent qu'une durée éphémère. Les internats, cependant, accueillent des externes et des demi-pensionnaires, quand les circonstances s'y prêtent (1).

*L'internat* est donc seul pratique et presque partout adopté. Ses inconvénients sont certains : séparation d'avec la famille, d'où indé-

(1) Au cas, exceptionnel, d'enseignement à domicile, certaines œuvres, l'Association V. Haüy notamment, peuvent mettre la famille de l'enfant en rapports avec des maîtres spécialisés.

férence de l'enfant pour les siens, quelquefois, à la longue, désaffection des parents, qui peut aller jusqu'à l'abandon. C'est aussi le maintien dans une ambiance anormale et, à divers titres, déformante qui laissera l'enfant désorienté, parfois sans retour, lorsque, ses études terminées, il rentrera dans le monde normal. L'internat, par contre, a des avantages : formation et assouplissement du caractère au contact d'enfants du même âge, régularité du travail, dans certains cas, hygiène et moralité meilleures, parfois aussi, surveillance médicale mieux assurée, orientation professionnelle plus aisément correcte.

Le résultat final dépend de la valeur des divers facteurs intellectuels et moraux; il est évidemment très inégal suivant les établissements.

*Le début de l'âge scolaire proprement dit* est théoriquement le même en tous pays (6 ou 7 ans); pourtant, pour des raisons diverses, c'est souvent seulement vers 10 ans que l'aveugle entre dans un établissement d'instruction.

*La durée de la scolarité* diffère suivant que l'enseignement professionnel s'ajoute ou non à l'enseignement du premier degré.

En France, la scolarité, qui finit à 14 ans pour l'écolier normal, se prolonge, pour l'aveugle, jusqu'à 18 et même 21 ans.

Dans d'autres pays, elle est plus longue encore : aux Etats-Unis et en Nouvelle-Zélande, le séjour dans l'école d'aveugles peut durer jusqu'à 21 et même 25 ans.

L'éducation des aveugles comprend diverses disciplines.

*Education physique.* — La part qui lui est réservée diffère selon les pays et les traditions pédagogiques. Son importance est grande pour les aveugles, tant pour leur hygiène générale que pour l'assouplissement de leur intelligence et de leur caractère et pour l'accoutumance à la maîtrise de soi.

*Les pays anglo-saxons* lui accordent une importance spéciale. Les aveugles y sont formés, moyennant certaines précautions, à la natation, au canotage, au patinage, au cricket, au football, au scoutisme. La natation en piscine devrait être, en tous pays, un exercice habituel pour les aveugles.

*En Allemagne*, l'école de Düren accorde la plus grande attention aux sports.

*La gymnastique* doit tendre à développer non pas tant la force que la souplesse, à lutter contre la raideur instinctive du sujet qui connaît mal le milieu qui l'entoure, à perfectionner le sens musculaire, à assouplir la marche et les attitudes, à développer le sens de l'équilibre en diverses postures. La gymnastique rythmique semble donner de bons résultats.

*La danse* est d'un enseignement difficile; on doit s'en tenir à la

marche rythmée, isolée, en rangs, en monôme, à des mouvements collectifs d'assouplissement corrigés individuellement; certains professeurs de musique pour aveugles font exécuter ces exercices à leurs élèves. Certaines gymnastiques d'agrès (barre fixe, barres parallèles) leur sont accessibles et profitables.

On peut utiliser divers *appareils* : bicyclettes fixes, machines à ramer, tandem avec un clairvoyant, ne pas négliger la valeur éducative de certains jeux : balançoires, quilles, colin-maillard, jeu de la corde, etc...

*Intruction générale.* — Malgré ses particularités, elle doit se rapprocher le plus possible, par les programmes et les méthodes, de l'instruction des clairvoyants.

A l'entrée dans une institution, il est toujours utile et souvent indispensable que l'enfant passe par la *classe préparatoire*. Pendant les deux années qu'il y passe habituellement, il reçoit la formation générale dont nous avons déjà parlé. Il arrive trop souvent inculte, la famille n'ayant pas pu ou pas su le préparer. Même lorsqu'elle s'est mieux acquittée de sa tâche, une année préparatoire n'est jamais un retard. Le stage est d'autant plus nécessaire et doit être d'autant plus précoce que la famille est plus négligente ou l'enfant moins doué. On peut, dès ce moment, reconnaître ses tares ou sa valeur intellectuelle, faire une première mesure approchée de son intelligence, au moyen des tests de Binet et Simon, adaptés aux aveugles par Hayes. On peut ainsi, dans une certaine mesure, adapter l'enseignement à un groupe homogène d'élèves.

Les élèves de préparatoire font l'apprentissage du toucher et des sens de suppléance; quelques leçons de choses, du menu jardinage sont utiles pour les débrouiller. On commence, enfin, l'enseignement de la lecture.

*Intruction proprement dite.* — Elle commence, chez l'aveugle, à 8 ans au plus tôt, souvent un peu plus tard, donc avec un retard moyen de deux ans sur l'écolier clairvoyant.

Grâce à une technique spéciale, dans certaines branches surtout, elle tend à approcher le plus possible l'enseignement normal. Le triage permet de former des groupes homogènes; l'éducation des diminués intellectuels est naturellement mise à leur niveau.

*Les programmes primaires* sont assez analogues en tous pays : lecture, écriture, calcul, langue maternelle et sa littérature, histoire, géographie, leçons de choses, histoire naturelle élémentaire, instruction civique et religieuse. En certains pays, on y ajoute, si possible, une langue étrangère.

Le plus souvent possible on donne un enseignement musical qui

peut servir à l'orientation future et on fait exécuter des travaux manuels qui donnent de la dextérité.

Les classes doivent être peu nombreuses : 10 enfants en moyenne.

L'enseignement doit être surtout oral et développer la mémoire. Pour le calcul, sans négliger le Braille, les bouliers ni les arithmocubes, on doit chercher à développer l'habitude du calcul mental, dans lequel les aveugles réussissent bien, en général. Pour la langue maternelle, l'histoire, on emploie les mêmes méthodes que pour les clairvoyants, ce qui, dans les écoles mixtes, permet les classes communes. Pour la géographie, ce sont des récits de voyage, des cartes en relief, pour les leçons de choses, des modèles en réduction.

Mais la pierre angulaire de la formation des aveugles est l'enseignement de la lecture et de l'écriture par la méthode Braille. Il doit commencer aussitôt que possible et être poursuivi avec persévérance.

L'enfant aveugle doit arriver à lire vite et bien en usant des deux mains, non seulement pour repérer les lignes, mais pour les lire. L'écriture s'apprend en même temps. On commence par des signes de grandes dimensions, puis on vient à la dimension type, qui est aisément explorée avec la pulpe du doigt.

Le Braille repose sur l'emploi de points, au nombre maximum de 6 par signe, mais variant en nombre et en disposition, ce qui permet plus de 60 combinaisons, largement plus qu'il ne faut pour l'alphabet occidental le plus riche. Certaines conventions permettent des simplifications, des abréviations, des « changements de clef » auxquels l'aveugle s'initie peu à peu et qui permettent d'adapter le Braille aux diverses langues, aux mathématiques, à la musique et même à la sténographie.

Les signes ont été logiquement groupés en trois lignes chaque série reproduit dans le même ordre la série précédente en y ajoutant un même point supplémentaire propre à la série. L'apprentissage est à ce point facile que certains aveugles apprennent le Braille plus vite que les clairvoyants n'apprennent à lire et à écrire.

Les signes sont imprimés dans un papier fort gardant l'empreinte; le doigt lit les lettres successives en allant de gauche à droite, comme pour la lecture visuelle.

L'écriture se fait, au contraire, sur l'envers de la feuille, de droite à gauche et en renversant le signe. L'aveugle écrit en creux et à l'envers et lit en relief et à l'endroit; cette transposition lui est vite familière. Il écrit en déprimant le papier avec un poinçon au-dessus d'une plaque de zinc creusée de sillons horizontaux qui fixent le niveau des points. Le papier est fixé au-dessus de la plaque; l'espacement des lettres et des signes, leur rectitude et leur parallélisme sont assurés en traçant chaque lettre à travers les fenêtres rectangu-

lares d'une réglette superposée au papier et qui peut, devant lui, se placer et se fixer à des niveaux réguliers, dans toute la hauteur.

L'écriture est lente, inconmode pour des devoirs d'élèves et plus encore pour la composition de documents étendus. Il faut aussi beaucoup d'espace, même en intercalant les lignes et en usant des deux faces du papier, et les livres sont lourds et encombrants.

Le Braille est pourtant assez souple pour avoir été adopté partout. Certaines combinaisons cherchent à atténuer ses défauts : systèmes abrégés (« Braille 2° degré », « Braille 1 1/2 »), en faveur en Angleterre et aux Etats-Unis; un point belge plus serré, gagnant de la place.

On a cherché aussi des procédés d'impression mécanique rapide : sténotypie sur zinc (Lairé d'Aignau, 1849); lignes intercalées des deux faces de la feuille (Ballu, 1889); caractère interpoint (Balguerie et Peignot, 1889); les caractères de Vaughan, enfin, portant à une extrémité le signe Braille, à l'autre, le caractère courant, et qui permettent d'employer la main-d'œuvre bénévole des œuvres de copistes en Braille.

On emploie actuellement une machine à composer à 6 touches timbrant une feuille matrice en zinc, qui, paraffinée, servira pour l'impression du papier spécial humecté.

Quelques autres systèmes se sont maintenus à côté du Braille : *Cantonnet*, reproduisant en points Braille la majuscule courante simplifiée (surtout utile aux vieillards); *Klein*, employé en Europe orientale (lettre ordinaire simplifiée en relief); *Moon*, de principe analogue, en faveur aux pays anglo-saxons.

Le système *Hebold* (Allemagne, Hollande), majuscules tracées au pinceau dans une réglette évidée, permet à l'aveugle d'écrire et d'être lu des clairvoyants, mais non de lire.

Il existe, enfin, divers systèmes de *sténographie en Braille*.

Mais tous ces systèmes sont lents, inconmodes pour le tirage à nombreux exemplaires et pour l'enseignement collectif. Les livres sont trop peu nombreux. Nombreux sont les mauvais lecteurs.

On a donc cherché des procédés plus perfectionnés. La machine à écrire pour aveugles, à clavier Braille, imprimant en Braille ou en clair, a des avantages certains, mais est un appareil individuel et coûteux.

Il en est de même des machines à lire (système Thomas), où la cellule photo-électrique sert à transformer l'image des caractères courants en signes Braille qui se forment automatiquement en saillie sous le doigt.

L'appareil le plus intéressant est un *phonographe spécial*, dit « Li-

vre parlé » (1). Un mécanisme ingénieux et peu coûteux remplace la vitesse angulaire uniforme du disque habituel par une vitesse linéaire uniforme, la rotation s'accélérait à mesure que le pick-up approche du centre. On enregistre ainsi, sur un disque de dimensions courantes, des textes d'une grande longueur : sur une seule face, 45 minutes de musique ou 52 minutes de parole, soit l'équivalent d'un volume en Braille ou d'un acte au théâtre. Un tel appareil peut faciliter l'enseignement individuel et surtout collectif.

*L'enseignement musical* peut commencer dès cette période.

Le travail intellectuel est favorisé par une certaine *activité physique* : la gymnastique, de menus travaux de jardinage.

*L'apprentissage de la dextérité*, plus important que chez le clairvoyant, fera donner une grande place aux travaux manuels : sans égard à son orientation future, l'aveugle se familiarisera, dès cette époque, avec des outils simples; les aveugles ne se blessent pas plus que les clairvoyants.

3<sup>o</sup> *Education professionnelle*. — Entreprise aussitôt que possible, elle fera suite sans interruption à l'instruction générale et empiètera même sur sa dernière période.

L'éducation professionnelle a une grande importance, car, de nos jours, la concurrence faite aux aveugles par les clairvoyants est de plus en plus grande. L'aveugle travaille avec soin, mais lentement; le rendement quantitatif s'en ressent. Le travail manuel auquel l'aveugle est apte peut lui être impossible dans le vacarme d'une usine; l'aveugle doit donc être dirigé de préférence vers des métiers artisanaux qui lui permettent, s'il vit en famille, de compter sur l'aide des siens.

La musique, autrefois débouché important, subit aussi une crise : la musique transmise ou enregistrée évince l'exécutant même clairvoyant; l'usage du piano, partant le recours à l'accordeur, se restreignent.

Même les œuvres les plus actives de patronage ont toujours de la peine à trouver des débouchés aux aveugles. Il est donc de plus en plus nécessaire de perfectionner *l'orientation professionnelle*.

On dresse le bilan des aptitudes de l'enfant : degré d'instruction, vivacité et caractère de son intelligence, adresse manuelle sont les points principaux. Qualités extérieures aussi. Pour un musicien exécutant ou un masseur, elles importent autant au succès futur que la souplesse de la main ou de la finesse du toucher.

On envisage, d'autre part, les conditions d'exercice d'un métier,

(1) Cie du Mirodisque, Paris, 12, rue des Marronniers.

celles du marché, l'importance des débouchés, pour éviter de lancer indûment les aveugles dans des métiers encombrés. En préparant l'enfant à plusieurs métiers on pourrait le garantir, en quelque mesure, contre le chômage et la morte-saison.

Dans la plupart des pays, la formation à divers métiers est donnée dans les instituts d'aveugles; pour certaines spécialités, elle est complétée dans des écoles ou des ateliers de perfectionnement qui dépendent d'œuvres privées plus ou moins aidées par les pouvoirs publics.

La formation professionnelle dure partout jusqu'à 18 ans; aux Etats-Unis, en Nouvelle-Zélande, jusqu'à 21 et 25 ans. L'aveugle est alors livré à lui-même, avec l'aide des œuvres de patronage et de placement. En Allemagne, existent des *foyers d'aveugles* « Heime », où l'Etat leur assure le gîte, le couvert, certaines facilités pour divers métiers, des ateliers.

En France, plusieurs sociétés ont le même but : *Fédération Nationale des Aveugles* et surtout *Association Valentin Haüy*. Celle-ci entretient pour les aveugles une imprimerie, des ateliers, leur cherche des débouchés, les forme au massage, leur prête des livres ou fait copier les ouvrages techniques qu'elle ne possède pas. Elle leur donne une aide morale, leur fait des dons en nature. Comme souvent l'apprentissage n'a pu être fait qu'avec un outillage moins moderne que celui de l'industrie, l'aveugle doit se perfectionner par son propre effort.

Les moins doués ou les moins formés n'ont d'autre ressource que de petits métiers manuels.

Fabrique de brosses, vannerie, rempaillage des chaises, menuiserie simple, cordonnerie, corderie, tissage de nattes ou de tapis sont les métiers d'aveugles les plus pratiqués et, pour le moment, les moins concurrencés par la machine. On peut citer encore quelques travaux de literie, de matelasserie. Pour les femmes, ce sont le tricotage à la main et, avec des modèles simples, à la machine, les travaux de filet et de macramé, l'emballage (photographie, confiserie). Pour les deux sexes, la copie de Braille en Braille; l'imprimerie en Braille convient plutôt aux amblyopes. En Angleterre, les aveugles pratiquent volontiers le petit jardinage, l'élevage de petits animaux de basse-cour.

La musique est enseignée aux *Jeunes Aveugles*, aux *Frères St-Jean de Dieu*, au *Royal Normal College*. L'orientation préalable doit être ici particulièrement soignée : le sens de la tonalité et du rythme, la mémoire, la souplesse et la conformation de la main doivent être évalués avant les études proprement professionnelles; des examens en cours d'études feront éliminer les insuffisants. Les garçons sont aussi formés à l'accord des pianos et à tous les montages, démontages et réparations exécutables au domicile d'un client.

*Le massage médical* est accessible pour les deux sexes, de 20

à 25 ans. Aveugles et amblyopes doivent être sélectionnés soigneusement quant à l'aspect extérieur, la correction d'allures, l'adresse manuelle, la finesse du tact. Il existe en France plusieurs écoles (*Association Valentin Haüy; Phare de France*) où l'anatomie et la physiologie élémentaires sont enseignées avec le massage. Après deux ans d'études, l'élève peut obtenir le diplôme d'Etat. Dans les pays étrangers, le massage dans les stations thermales et même une partie de la gymnastique médicale sont une ressource pour les aveugles. Peut-être en serait-il de même pour l'acupuncture, si la faveur séculaire dont elle bénéficie en Extrême-Orient s'étend à l'Europe.

Il est enfin quelques carrières libérales : le barreau, certains professorats, où peuvent accéder les rares aveugles que d'autres considérations n'ont pas écartés de la formation supérieure.

Somme toute, les métiers à la disposition des aveugles sont en nombre limité et d'un faible rapport. Aussi recherche-t-on de nouveaux genres d'activité, même dans l'industrie, rendus possibles par un outillage spécial, et même, comme en Allemagne, par une protection légale.

La fabrication des ressorts en acier, des lampes à incandescence, certains montages simples d'électricité ou d'horlogerie, le contrôle au son (vérification des pièces métalliques, des monnaies) peuvent leur être confiés. Les usines Siemens ont étudié des outillages pour infirmes permettant le forage, le fraisage et le mortaisage, mais les possibilités futures sont limitées. La sténotypie, avec une machine spéciale, a peu d'avenir, étant donné l'impossibilité pour l'aveugle de se relire.

On ne saurait trop insister sur l'importance de l'éducation des aveugles et particulièrement des aveugles de naissance quel que soit leur niveau social. Former l'aveugle au soin de sa personne, à la correction du maintien, lui apprendre les menues précautions qui, dans la vie courante, à table, dans la rue, lui épargneront d'humiliantes mésaventures, est lui rendre un important service. Sentir son infirmité soulignée, se voir une cause d'agacement pour les autres, avoir toujours besoin d'indulgence enlèvent à l'aveugle toute confiance en lui-même et aigrissent son caractère. Plus encore que pour le clairvoyant, il doit se faire bien venir, faire preuve de bonne éducation, acquérir de l'aisance et éviter l'excès de timidité, derrière lequel se cache souvent une âme meurtrie.

### VIII. — LES AVEUGLES SOURDS-MUETS

Les enfants atteints à la fois de cécité et de surdi-mutité sont heureusement rares. On en comptait, en 1909, en France, 338 cas chez

des sujets de tous âges; en 1911, en Angleterre, 50 sujets d'âge scolaire.

Semblent intervenir comme *facteurs étiologiques* : la *race* (Israélites, Scandinaves), la *consanguinité*, la *syphilis congénitale*, qui joue un rôle de premier plan, la *méningite cérébro-spinale* et même la *scarlatine*. La *rétinite pigmentaire* est fréquente.

Une infirmité aussi grave est fréquemment associée à une notable diminution intellectuelle. Mais il y a des exceptions : la plus notable est celle d'Helen Keller, atteinte à 18 mois, à qui son intelligence permit d'apprendre deux langues vivantes en plus de l'anglais et deux langues mortes.

Dans la pratique, il est souvent difficile, dans le premier âge, de reconnaître s'il y a ou non déficit intellectuel.

L'éducation de tels enfants est d'abord uniquement tactile : on dessine dans leur main des signes, des lettres, des mots concrets correspondant aux objets qu'on leur fait toucher, pour associer images tactiles et sensations. Quand une longue patience a débrouillé l'enfant, on lui apprend le Braille, puis la lecture sur les lèvres par le palper; on cherche enfin à le démutiser. Mais la limite des capacités est souvent très vite trouvée.

Les méthodes diffèrent d'un pays à l'autre. En France, il existe une section spéciale à Asnières, une à Ronchin, et, pour les filles, l'Institut de Larnay. Les Etats-Unis ont l'école de Hartford; l'Allemagne, Nowawes (Potsdam), pour 15 élèves, Düren, Hambourg; la Suède, Wenersborg (14 élèves). Il semble que les maîtres les plus adaptables à cette formation particulière soient les maîtres pour sourds-muets.

### IX. — FORMATION DU PERSONNEL ENSEIGNANT

La formation du personnel enseignant est délicate. Il faut, à celui qui a la responsabilité d'éduquer les aveugles, des dons personnels qui dépassent ceux des éducateurs ordinaires. Le clairvoyant néglige, si même il les perçoit, certains indices, le ton de voix, en particulier; l'aveugle y est, au contraire, très sensible et en tire des conclusions parfois extrêmes; il faut donc une prudence particulière pour éviter ou dissiper une méfiance poliment déguisée en réserve.

Plus qu'avec d'autres enfants, l'autorité doit se faire paternelle et douce pour émousser les duretés de la vie d'internat; la patience doit être inépuisable, l'encouragement fréquent et explicite. Le maître doit attirer la confiance, sans jamais paraître la rechercher, et suivre, avant tout, les inspirations de son cœur.

Une préparation particulière doit compléter la formation pédago-

gique générale : connaissance de certaines traditions ou méthodes, compétence en matière de surveillance physique. Il faut reconnaître leur importance à certains détails, estimer justement la valeur sensorielle d'une main, surveiller ses téguments, leur intégrité, leur souplesse, leur sécheresse, leur moiteur, leur température (des doigts engourdis par le froid sont insensibles et maladroits); veiller sur l'ouïe, indispensable à la suppléance. Il faut obtenir des élèves l'activité physique nécessaire à l'équilibre organique et psychique, éviter la fatigue et les travaux grossiers qui émoussent l'acuité sensorielle.

La formation de tels maîtres est un art et la recherche du mieux engendre souvent quelque incertitude pour réaliser le bien.

Les maîtres sont, soit des aveugles, soit des clairvoyants. Les aveugles préfèrent volontiers leurs frères d'infortune qui, à leur sens, les connaissent plus intimement que les clairvoyants; ils trouvent dans cet enseignement un mode d'activité. En pratique, on préfère souvent, notamment à l'étranger, les clairvoyants et les amblyopes. A Lille, on a choisi un moyen terme : association d'un maître aveugle à un clairvoyant, pour une classe unique de composition mixte.

*En France*, la formation des maîtres n'a encore reçu aucune organisation d'ensemble. L'Institution des Jeunes Aveugles fait des maîtres de certains élèves bien doués, et joue le rôle d'une école normale à qui peuvent s'adresser les autres établissements publics ou privés. Ces derniers profitent peu de cette facilité et c'est surtout elle-même que l'Institution des Jeunes Aveugles fournit en maîtres aveugles.

Le rattachement des institutions à la Santé publique tend aussi à diminuer le nombre des maîtres clairvoyants qui s'offrent pour une tâche difficile.

Les Etablissements privés font de leur mieux avec un cadre bénévole, mais de formation pédagogique inégale; les qualités de cœur ne peuvent s'aider que d'une tradition restreinte et d'une expérience surtout personnelle; les résultats de cet empirisme sont forcément très divers.

*A l'Etranger*, les maîtres pour aveugles forment de plus en plus un cadre particulier, spécialement formé.

En Angleterre, en Autriche, les éducateurs doivent satisfaire à des examens spéciaux.

En Italie, au Japon, ils sont formés dans des écoles normales spécialisées; l'Ecole normale de Rome fournit obligatoirement le corps enseignant des diverses écoles d'aveugles.

En Allemagne, l'établissement de Berlin-Steglitz reçoit des maîtres ayant déjà enseigné pendant deux ans des enfants normaux. Apres

deux années d'une nouvelle formation et un stage d'égale durée dans l'enseignement des aveugles, à Steglitz ou dans une autre école, ils passent un examen spécial.

Aux Etats-Unis, Harvard, la Pennsylvania Institution à Owerton et le George Peabody College for teachers, à Nashville, donnent des cours complémentaires pour la formation des maîtres pour aveugles.

Enfin, pour éviter à l'enfant, si les autres circonstances s'y prêtent, les inconvénients de l'internat et le laisser parmi les siens, certaines associations, notamment l'Association Valentin Haüy, forment des maîtres spécialisés pour compléter à domicile l'enseignement que l'aveugle reçoit dans une classe ordinaire, cas évidemment peu fréquent.

Sans doute, verra-t-on quelque jour, en France, la doctrine s'affermir et les réalisations s'en suivre. Le rattachement à l'Education Nationale permettrait d'organiser la formation d'éducateurs dont le recrutement deviendrait plus facile et meilleur. Mais nombre d'aménagements corrélatifs seraient nécessaires, du point de vue médical, en particulier. Les avantages du rattachement quant à la valeur des maîtres pourraient, en effet, être grandement diminués, si un triage médical imparfait laissait trop d'enfants tarés organiquement ou psychiquement mêlés à des enfants de valeur sensiblement normale.

## X. — L'INSTRUCTION DES AMBLYOPES

Nous avons défini l'amblyopie et étudié son étiologie.

La prophylaxie de cette infirmité diffère peu de celle de la cécité; elle doit envisager tout spécialement les mesures propres à conserver les restes de vision, qui sont précieux pour l'instruction de l'enfant et pour la valeur sociale de l'adulte. Or, les amblyopies, du fait d'un surmenage scolaire facile à réaliser, ont une tendance naturelle à s'aggraver; au milieu d'écoliers normaux, l'écolier amblyope court le risque, à la fois de se classer dernier et d'aggraver son état.

Jusqu'à une époque récente, les écoliers amblyopes ont été habituellement traités comme les aveugles et instruits dans les mêmes établissements; à certains moments, ils ont formé 24 % de l'effectif des *Jeunes Aveugles* de Paris. Cette manière de faire a deux inconvénients : d'une part, elle confirme l'amblyopie dans son infériorité sous couleur de l'en relever; d'autre part, suivant la remarque de P. Villey, l'enfant ayant tendance à déchiffrer le Braille en usant de ses yeux, son état empire.

Il est donc désirable que s'intensifie le mouvement esquissé en divers pays pour la création d'écoles d'amblyopes.

C'est en 1882 que Gaheis, de Vienne, propose pour la première fois

de séparer les amblyopes des aveugles; en 1902, Brandstøeter, de Königsberg, plaide de nouveau pour des écoles spéciales et pour l'apprentissage séparé. En 1906, Heller fait les premiers essais de rééducation visuelle.

En 1908, est ouverte à Londres, par Bishop Harman, la première école pour amblyopes (Sight-saving school). Le mouvement s'est étendu depuis à bien des pays, mais les nations anglo-saxonnes demeurent à sa tête.

Il existe actuellement à Londres 37 classes primaires de ce genre, fréquentées par 850 enfants; en outre, 100 places sont réservées aux amblyopes dans les écoles secondaires.

Au Canada, il existe 5 classes spéciales, dont 3 à Toronto, pour les enfants dont l'acuité visuelle est comprise entre  $1/10^{\circ}$  et  $3/10^{\circ}$  ou dont l'état fonctionnel menace de s'aggraver; une des écoles de Toronto est une école secondaire.

D'après les directives de Bishop Harman, les Etats-Unis fondent, en 1913, à Boston, leur première école spéciale. En 1932, on compte dans l'Union 409 classes réparties entre 118 villes de 22 Etats.

La première école, en Europe continentale, a été fondée, en 1911, à Strasbourg, par Redslob; elle a été complétée depuis par un camp de vacances à Quiberon. Une colonie de vacances pour enfants normaux, à Hyères, reçoit les amblyopes. A Paris, enfin, existe, annexée à une école municipale (rue Camille-Flammarion, 17<sup>e</sup>), une classe d'une vingtaine d'élèves, premier essai qu'il est désirable d'amplifier.

En Suisse, la première classe pour amblyopes s'est ouverte à Zurich en 1925; une autre à Bâle, en 1929.

En Allemagne, la première école s'est ouverte à Berlin, en 1919; 3 écoles fonctionnent maintenant dans cette ville. D'autres existent à Düren, Hambourg, Dortmund et Leipzig; un internat et une école professionnelle existent à Chemnitz-Altendorf.

Deux écoles fonctionnent au Danemark, une en Autriche. Il en existe en Hongrie et le mouvement s'esquisse en Pologne.

Mais tous ces organismes sont jusqu'ici au seul bénéfice des citadins; rien n'a pu encore être fait pour les amblyopes ruraux.

Sans préjuger des perfectionnements à venir dans l'éducation des amblyopes et pour leur assistance durant la période scolaire, un certain nombre de conditions, assez aisées à remplir, dans les grandes villes au moins, où les élèves atteignent facilement un effectif suffisant, sont nécessaires.

Les classes d'amblyopes ne doivent pas être de simples annexes des Institutions d'aveugles; le renom ultérieur des élèves et leur placement professionnel ne peuvent que pâtir de ce rapprochement. Ces enfants doivent vivre le plus possible en contact avec des écoliers

normaux; leur intelligence se développe mieux et quelques précautions suffisent à parer aux accidents.

Pour classer et grouper les écoliers amblyopes, il convient de discriminer les déficients intellectuels et les autres, afin que chaque classe ait son rendement optimum.

Il est utile de trier les enfants comme on le fait aux Etats-Unis; on y rassemble en des classes différentes les sujets dont l'acuité visuelle est inférieure à  $1/3$ ; les myopes d'acuité visuelle inférieure à  $1/2$ ; les hypermétropes ou astigmatés d'acuité visuelle égale ou inférieure à  $2/10$ ; les cataractes dont l'acuité visuelle est égale à  $1/2$ .

Les salles de classe doivent être de dimensions restreintes avec une peinture claire et mate, non éblouissante. La lumière naturelle doit être abondante, mais sans exposition directe au soleil; les baies seront du côté de l'ombre; s'il y a plusieurs orientations, le côté du soleil aura des contrevents pleins. On pourra aussi changer de salle suivant l'heure. L'éclairage artificiel sera diffus ou indirect.

On usera d'un matériel spécial; chaque élève disposera, à son pupitre, d'un tableau noir individuel; les livres seront imprimés en caractères gras. On pratiquera, le cas échéant, la lecture à la loupe.

Les maîtres auront une formation spéciale, qui n'a pas besoin d'être aussi spécialisée que celle des maîtres pour aveugles.

La surveillance médicale est indispensable, non seulement pour la santé générale, mais aussi pour l'état fonctionnel, surtout après des exercices comportant l'application visuelle et pour diriger la rééducation sensorielle.

Des programmes particuliers et une pédagogie appropriée sont nécessaires; Redslob s'est attaché à les établir.

On fera une large part au travail manuel qui entraîne à l'application, à la maîtrise de soi et affine les sens de suppléance, le toucher surtout.

Les classes seront de 8 à 10 élèves en moyenne. L'enseignement sera avant tout concret et, le plus possible, individuel; il sera complété par des leçons de choses, des promenades, des visites. L'enseignement sera surtout oral; l'écriture et la lecture, enseignées ensemble, auront la plus petite part. On s'efforcera d'éviter la fatigue, et surtout la fatigue oculaire, en bornant à 10 ou 15 minutes les exercices qui comportent l'application visuelle.

On a pensé, aux Etats-Unis, améliorer la formation générale des élèves en les réunissant, pour certains enseignements, avec des écoliers normaux. Ce principe, séduisant, s'applique malaisément, puisqu'il faut enseigner à part ce qui demande l'application visuelle; seules les matières d'enseignement oral, avec la musique et le chant, se prêtent à cette fusion.

Les œuvres qui s'occupent des aveugles s'occupent aussi des amblyopes. Leur éducation professionnelle est aidée par les restes de vision, mais les débouchés ne sont guère plus nombreux pour eux que pour les aveugles.

D'une manière générale, il faut renoncer à tous les métiers où les poussières peuvent causer ou aggraver les affections oculaires (meunier, boulanger, tapissier).

Selon leurs moyens, les amblyopes seront dirigés vers la petite agriculture (jardinier, arboriculteur, élevage de petits animaux), vers certains emplois des industries de transport, vers le commerce des marchandises grossières ne demandant pas d'effort visuel. D'autres pourront faire des cantonniers, des facteurs, des cuisiniers, des masseurs, des musiciens, exercer certains enseignements, faire de la sténotypie. Les filles pourront devenir fleuristes, vendeuses, emballuses, blanchisseuses.

Il n'en reste pas moins qu'à valeur intellectuelle égale et avec une infirmité moins complète, la nécessité, pour les amblyopes, de préserver ce qui leur reste de vue, les laisse parfois aussi désavantagés, du point de vue professionnel, que les sujets atteints de cécité complète.

### CHAPITRE III

## MUETS, SOURDS, SOURDS-MUETS

ETIOLOGIE. — *Surdité et surdi-mutité.* — Surdité et surdi-mutités héréditaires ou congénitales. — Surdités et surdi-mutités acquises. — *Mutités des enfants qui entendent.* — *Surdi-muti-cécité.* — PROPHYLAXIE. — Facteurs héréditaires ou congénitaux. — Facteurs acquis. — TRAITEMENT. — ÉTAT PHYSIQUE ET ÉTAT INTELLECTUEL DU SOURD-MUET. — Etat physique. — Etat intellectuel. — Caractère. — ASSISTANCE ET ÉDUCATION — *Historique.* — *Mesures législatives.* — En France. — Hors de France. — *Etablissements d'éducation pour les sourds-muets.* — En France. — Hors de France. — *Technique de l'éducation.* — Période préscolaire. — Période de préparation à l'enseignement. — Instruction proprement dite. — Enseignement professionnel. — Le personnel enseignant. — La formation.

Il convient de distinguer :

Les *sourds* et les *sourds-muets*.  
Les *muets* qui *entendent*.

### I. — ETIOLOGIE

<sup>1</sup>° *Surdité et surdi-mutité.* — Elles sont, soit *héréditaires* ou *congénitales*, soit *acquises*.

SURDITÉS ET SURDI-MUTITÉS HÉRÉDITAIRES OU CONGÉNITALES. — La *surdité* peut exister dès la naissance ou apparaître à un âge plus ou moins avancé. Dans la première éventualité, elle entraîne fatalement la *surdi-mutité*.

Leurs causes sont diverses.

Au premier rang est la *syphilis congénitale*; elle réaliserait 25 % des surdités. Elle agit, soit en créant des lésions spécifiques (ménin-

gite, ostéite, hyperhémie locale chronique), soit en entraînant une dystrophie; cette dernière joue le rôle principal dans la syphilis de deuxième ou de troisième générations.

Au second rang se placent les surdités d'origine familiale; elles comprennent 5 % environ des surdités (*Gradenigo*).

D'après Edward Allen Fay, qui, en 1915, confronte ses constatations personnelles avec celles de Graham Bell (1889): sur 100 ménages de sourds (la statistique porte sur 2.377 mariages), 9,2 ont des enfants sourds; sur 100 enfants appartenant à ces ménages, 8,7 sont sourds; sur 301 mariages ayant donné naissance à des sourds-muets, 228, soit 77,5 %, unissaient des descendants de sourds-muets.

Une autre cause est la *consanguinité*. Elle est peut-être moins dangereuse que le veut l'opinion courante; elle paraît surtout pernicieuse quand les générateurs ont, dans leurs ascendants, des tarés de l'audition. D'après Gr. Bell et E. A. Fay, sur 100 ménages de sourds consanguins (la statistique porte sur 31 ménages), 45 ont des enfants sourds; sur 100 enfants, 30 sont des sourds.

Les autres causes de surdité héréditaire sont moins importantes; ce sont tous les *facteurs de dégénérescence et de dystrophie autres que la syphilis*: alcoolisme, tuberculose, rachitisme, névropathies, misère, taudis, etc... Les troubles endocriniens sont souvent l'intermédiaire entre le facteur étiologique et la surdité; on signale alors la fréquente association avec des tares mentales.

Les *traumatismes* pendant la gestation, les *chocs moraux* peuvent jouer un rôle.

Les divers facteurs étiologiques peuvent s'intriquer.

Enfin, peuvent intervenir les *malformations congénitales* de l'oreille: imperforation du conduit auditif ou de la trompe d'Eustache.

**SURDITÉS et SURDI-MUTITÉS ACQUISES.** — Les causes de surdité acquise sont nombreuses.

*Traumatismes obstétricaux* qui déterminent des hémorragies encéphalo-méningées, des compressions de l'encéphale.

*Traumatismes divers après la naissance.* — Les coups, les chutes interviennent en causant des hémorragies, des fractures du rocher, de l'endolabyrinthite, des lésions de l'organe de Corti ou des lésions cérébrales graves.

*Infections locales.* — Otites moyennes, souvent bilatérales, surtout quand elles se compliquent d'otite interne et quand elles sont mal soignées (lavages intempestifs de l'oreille). Les végétations adénoïdes, en favorisant les rhino-pharyngites, les maladies infectieuses (rougeole, scarlatine, grippe, fièvre typhoïde, etc...) constituent des facteurs prédisposants ou occasionnels.

*Infections générales*, notamment les méningites à méningocoques, les encéphalites, qui peuvent déterminer des lésions des nerfs auditifs ou des centres nerveux. Pour Gottstein, les méningites et les encéphalites sont responsables, respectivement, de 20 % et de 13 % des surdités acquises.

*Tumeurs*, comprimant ou détruisant, soit le nerf auditif, soit un noyau d'origine.

*Intoxications exogènes*, par l'oxyde de carbone, par un médicament.

*Troubles thyroïdiens* (Messerli).

Les surdités acquises peuvent apparaître pendant toute l'enfance. Souvent, elles sont *partielles* et n'entraînent pas la surdité-mutité. Rarement elles sont *totales*. Elles entraînent alors la surdité-mutité d'autant plus facilement que l'enfant est plus jeune.

Les encéphalites et les méningites sont les causes les plus importantes de surdité-mutité acquise et engendrent souvent des tares mentales concomitantes.

**2° Mutité des enfants qui entendent.** — A côté des sourds-muets, il faut placer les *entendants-muets*, atteints dans leur mode d'expression.

Nous laissons de côté les sujets gravement tarés (paralysies pseudo-bulbaires, congénitales ou acquises, où la perte de la parole n'est qu'un élément dans l'ensemble clinique), qui sont plutôt des arriérés ou des infirmes; les psychopathes (inattentifs, amnésiques graves) sujets à tendances négativistes, qui refusent de parler.

Les entendants-muets (audi-muets idiopathiques, aphasiques congénitaux) sont des sujets qui, sans lésions cliniquement décelables, ont un trouble de développement caractérisé par l'apparition très retardée du langage articulé. A 4 ans et même à 10 ans, ils sont encore dans l'état d'audi-mutité physiologique des premiers mois de la vie.

Leur santé et leur intelligence semblent normales, bien que l'existence de tares chez les parents puisse faire parfois naître des doutes, et que certains de ces sujets offrent, plus tard, des anomalies dans leur développement intellectuel.

C'est en général un trouble temporaire; mais le retard dans l'épanouissement intellectuel, qu'accentue le peu de relations de tels sujets avec des enfants de leur âge, n'en est pas moins important. La mimique est, en général, intacte, de même que la faculté de répéter ou d'articuler, mais il manque la capacité à former des phrases; il y a, cependant, parfois un certain degré d'aphasie et d'apraxie. Le diagnostic avec l'idiotie et la surdité verbale congénitale est parfois délicat; il est, en général, plus aisé avec le syndrome de Seeman qui s'accompagne de troubles cérébelleux.

<sup>3</sup> *Surdi-muti-cécité.* — Les sourds-muets présentent souvent une tendance à la diminution de l'acuité visuelle; aussi l'ophtalmologiste doit-il les surveiller.

Dans des cas, rares heureusement, à la surdité-mutité s'ajoute la cécité, généralement liée à une rétinite pigmentaire. Les causes sont la syphilis congénitale et les méningites. Les Isra lites sont peut-être prédisposés (Banu).

## II. — PROPHYLAXIE

Les mesures de prophylaxie ont pour objet de supprimer les facteurs étiologiques.

<sup>1</sup> *Facteurs héréditaires ou congénitaux.* — Nous ne parlerons que des deux facteurs principaux.

Quand les parents sont *syphilitiques*, on les traite avant la conception; on traite la mère pendant la gestation, l'enfant après la naissance.

On *déconseille le mariage entre sourds et sourds-muets*. Il faut, cependant, distinguer les cas où la surdité est héréditaire dans la famille et ceux où la surdité est accidentelle. Graham Bell et Edward Allen Fay, dont nous avons donné ci-dessus les statistiques, ont fait les constatations suivantes :

CONJOINTS SOURDS	NOMBRE % DES ENFANTS SOURDS
<i>Surdité accidentelle</i>	
Pas de parents sourds	0,36 ( 2 sur 550)
Un a des parents sourds	2,6 ( 10 sur 375)
Les deux ont des parents sourds	9,6 ( 11 sur 114)
<i>Surdité congénitale</i>	
Pas de parents sourds	1,24 ( 13 sur 1.044)
Un a des parents sourds	6,4 ( 78 sur 1.210)
Les deux ont des parents sourds	20,9 (222 sur 1.060)

<sup>2</sup> *Facteurs acquis* — Chacun des facteurs étiologiques demande l'application des mesures prophylactiques appropriées.

Il faut insister tout particulièrement sur l'*hygiène du nez et du rhino-pharynx*, l'ablation éventuelle des végétations ad no ides, le traitement des rhino-pharyngites, des otites, des otorrhées chroniques. On

doit, le cas échéant, intervenir par diverses méthodes m canoth rapieques, électriques ou thermales contre les raideurs et les brides consécutives aux otites.

Chez les enfants qui deviennent sourds après 4 ans, la perte du contrôle auditif peut engendrer la dyslalie, puis la mutité par une sorte d'atrophie du langage préexistant. Des exercices de lecture sur les lèvres, de phonation devant le miroir, de gymnastique respiratoire selon les méthodes usitées dans les écoles de sourds-muets, l'interdiction de la mimique peuvent conserver à l'enfant les acquisitions antérieures à son infirmité.

Quand l'audition est diminuée et peut aboutir à la surdité, il faut prendre les précautions qui, chez les sourds de tout âge, tendent à préserver les restes d'audition.

## III. — TRAITEMENT

Le traitement des enfants sourds doit être aussi précoce que possible. Les exercices de r education sont du même ordre que ceux utilisés pour les sourds-muets qui conservent une trace d'audition : exercices au moyen de clochettes, de tubes acoustiques, d'appareils producteurs d'ondes sonores (type Martenot), exercices à la voix nue de diverses intensités et tonalités. Ils seront combinés avec du massage externe de l'oreille et du massage phono-pneumatique quotidiens. Les exercices qui ne nécessitent ni une instrumentation particulière, ni une surveillance médicale, seront répétés dans la famille. La durée des exercices doit être, en moyenne, de 20 minutes par jour.

Les exercices respiratoires sont très utiles.

L'emploi d'appareils renforçateurs est subordonné aux prescriptions médicales et à la possibilité de les acquérir.

Il faut, enfin, ne pas perdre de vue l'action nocive des lavages d'oreille faits sans précaution, des fumées, des bains de nez sans protection spéciale de l'oreille et de certains médicaments qui doivent être proscrits (quinine, dérivés salicylés, antin vralgiques).

## IV. — ETAT PHYSIQUE ET ETAT INTELLECTUEL DU SOURD-MUET

Ils sont tous deux influencés, bien qu'inégalement, par la cause de l'infirmité et par la tare mentale qu'elle a, ou non, engendrée.

*L' tat physique* du sourd-muet qui n'a pas de tare mentale ne diffère guère de celui du sujet normal; il peut présenter des d for-

mations crâniennes dues à la syphilis congénitale et une certaine tendance à traîner les pieds, faute de contrôle auditif.

Quand le sourd-muet a des tares mentales, il présente l'habitus général que celles-ci peuvent entraîner.

La surdité-mutité, à elle seule, n'atteint pas le développement physique de l'enfant.

*L'état intellectuel* est subordonné à la cause de la surdité-mutité. Son importance est grande, car, de lui, dépend la capacité d'instruction et la valeur sociale future. Si la surdité-mutité s'accompagne d'un déficit mental, ce qui est le cas pour les encéphalites, le pronostic et l'état intellectuel dépendent de la variété d'arriération et de son degré. Si l'infirmité relève d'une cause qui n'influe pas sur le psychisme, d'une otite par exemple, l'état intellectuel du sourd-muet ne diffère de celui du sujet normal que par le retard dans le développement, retard dont l'importance tend à décroître à mesure que la vie avance.

Bien que le sourd-muet légèrement taré ne diffère pas foncièrement de l'enfant normal, il présente néanmoins des particularités qu'il faut connaître pour l'instruire et le diriger.

Le sourd-muet sans tare mentale n'est retardé que dans le temps : retard au départ variant avec l'âge auquel il a commencé son éducation; retard de mise en route dû au délai nécessaire à l'enfant pour posséder suffisamment les moyens d'acquérir des connaissances et d'extérioriser sa pensée. Ce point de départ atteint, le retard par rapport aux entendants cesse de s'accroître et diminue même graduellement, jusqu'à s'effacer entièrement chez l'adulte.

Le sourd-muet démutisé ne diffère plus de l'entendant que dans la mesure où des sujets normaux diffèrent les uns des autres selon leurs aptitudes psychologiques et intellectuelles.

Certains traits de *caractère* sont cependant particuliers aux sourds-muets.

Volonté, jugement, association des idées sont normaux; mais, pendant un certain temps, l'étendue de leur activité spontanée est restreinte du fait de l'absence de perception auditive et d'expression verbale. L'interaction entre la pensée et la parole se manifeste chez eux comme chez le sujet normal; l'appauvrissement comme l'enrichissement sont réciproques.

L'enfant sourd-muet non taré est éveillé, attentif, curieux tant des yeux que des mains; ses gestes sont précis et adroits; le toucher, sans égaler en finesse celui des aveugles, est cependant pour lui un précieux instrument de suppléance. La mimique lui est naturelle, même avant toute éducation; mais, malgré sa richesse relative, elle est essentielle-

ment personnelle et peut être malaisée à traduire pour les personnes qui ne sont pas de l'entourage. D'ailleurs, même après démutisation et malgré l'opposition des éducateurs, la mimique sous toutes ses formes demeure, pour le sourd-muet, un mode d'expression habituel.

L'affectivité et la capacité d'attachement du sourd-muet sont réels. Il faut pourtant tenir un certain compte du « complexe d'infériorité ». Le sentiment de son imperfection, la crainte qu'il a d'être incompris ou dédaigné par les entendants font que, parfois, le sourd-muet imagine un dédain qui n'existe pas ou a, vis-à-vis des entendants, un état d'esprit défensif. Toutes les diversités de caractère se rencontrent d'ailleurs chez les sourds-muets; il en est d'expansifs et de taciturnes, de timides et d'entrepreneurs.

On a constaté que, chez les sourds-muets parvenus à l'âge adulte et mariés, la similitude d'infortune entre les deux conjoints semble aider à la compréhension et au dévouement réciproques; l'organisation et l'aménagement de leur intérieur témoignent souvent d'une ingéniosité réelle pour obvier aux inconvénients de leur commune infirmité. Nous avons vu que de telles unions ne sont pas toujours recommandables dans l'intérêt des enfants.

Quand, à la surdité-mutité, s'associe une tare intellectuelle, tout dépend de son origine et de sa gravité. Quand la tare est légère, l'instruction est possible, moyennant des précautions particulières, avec les mêmes méthodes que pour les sourds-muets non tarés. Mais les résultats sont moins bons et moins rapides.

Quand la dégradation mentale est telle qu'une instruction, même simplifiée et longtemps prolongée, n'est pas possible, quand il existe aussi des troubles du caractère, les sourds-muets se comportent comme les autres arriérés.

Pour les sourds-muets non tarés, quand l'éducation a commencé assez tôt a été correctement conduite, les résultats sont bons et parfois surprenants. A diverses époques, des sourds-muets ont montré une réelle valeur intellectuelle; l'Institution des Sourds-Muets présente, à cet égard, un musée édifiant.

Ces exceptions mises à part, l'activité de nombreux sourds-muets, dans leur domaine professionnel, et en particulier au sein des sociétés qu'ils ont constituées, témoigne de ces résultats. Certains d'entre eux peuvent comprendre et « parler » plusieurs langues étrangères; pendant la grande guerre, quelques sourds-muets ont pu s'engager, échapper à des révisions successives et faire dignement leur devoir.

## V. — ASSISTANCE ET EDUCATION

a) *Historique*

Dans l'antiquité et même au Moyen-Age, les sourds-muets sont abandonnés à eux-mêmes. A Sparte et en Gaule, on les supprime. Si les Perses et les Egyptiens les considèrent comme des amis des dieux, les Indiens pensent qu'ils expient les fautes d'une vie antérieure.

Il semble que quelques tentatives d'éducation aient été faites à diverses époques et même à l'époque romaine. Mais, c'est seulement avec l'ère chrétienne qu'on commence à s'occuper d'eux de façon effective. Saint Jean de Beverley, au VII<sup>e</sup> siècle, plus tard les Cisterciens font des essais de dactylogogie systématisée.

Les essais se multiplièrent par la suite. On peut citer : au XVI<sup>e</sup> siècle, ceux de Jérôme Cardan en Italie, de Pedro de Ponce de Léon en Espagne (1570), puis ceux de Juan Pablo Bonet (1620), qui préconise la méthode orale, de John Bulwer Wallis, en Angleterre, de Van Helmont, en Hollande, du médecin suisse J.-K. Ammann (1672), précurseur de Heinicke et, en France, de saint François de Sales.

La méthode orale, base de la pédagogie moderne des sourds-muets, s'implante, dès cette époque, en pays germaniques.

C'est seulement au XVIII<sup>e</sup> siècle que commence, en tous pays, un mouvement véritablement efficace.

L'abbé de l'Epée (1712-1789) ouvre, en 1760, dans sa maison, à Paris, une école pour sourds-muets; les élèves vivaient dans leur famille ou étaient hébergés, aux frais de l'abbé de l'Epée, dans des pensions du voisinage. Trois fois par semaine, il leur enseignait l'alphabet dactylogologique et le langage des signes (mimologie). Il est le créateur du système méthodique de signes qui a été employé pendant près d'un siècle par les professeurs de sourds-muets; pour lui, la méthode orale n'était qu'un complément de l'instruction.

L'abbé Sicard (1742-1822), élève et successeur de l'abbé de l'Epée, grand lettré, professeur à l'Ecole normale supérieure, lui succède en 1790 et transfère l'école rue St-Jacques, dans les bâtiments du séminaire St-Magloire qu'elle occupe encore. Il perfectionne les méthodes et forme des maîtres pour sourds-muets qui répandent ces méthodes dans divers pays d'Europe et en Amérique.

A la même époque, Jacob-Rodrigues Pereire fait l'enseignement individuel en employant une méthode purement orale. Conservant pour lui le secret de ses procédés, il les applique d'abord à sa propre sœur, puis forme un certain nombre d'élèves dont quelques-uns furent remarquables.

Dès le début du XIX<sup>e</sup> siècle, le D<sup>r</sup> Itard (1774-1838) demande que

la méthode orale soit appliquée aux sourds-muets conservant un reliquat d'audition, c'est-à-dire, à cette époque, à 10 % environ de ses élèves. Il crée un cours d'articulation qui disparaît à sa mort. C'est seulement en 1884, et après de longs efforts, que la méthode orale se substitue à la méthode des signes dans l'enseignement des « silencieux ».

En Allemagne, Samuel Heinicke, maître d'école à Eppendorf de 1769 à 1777, ouvre une école privée où il applique la méthode orale. En 1778, il transfère son établissement à Leipzig. En 1788, son gendre, le D<sup>r</sup> Eschke, ouvre à Berlin un institut, qui, dix ans plus tard, devient Institut d'Etat et, à partir de 1812, école normale pour professeurs spécialisés. Au XIX<sup>e</sup> siècle, de nombreux établissements sont fondés par des Etats, des provinces ou des villes; on y applique la méthode orale. Dans ces dernières années, on crée des écoles pour enfants durs d'oreille.

C'est de l'initiative de l'abbé de l'Epée et de Heinicke que sont nés les établissements des divers pays.

Laurent Clerc, élève de l'abbé de l'Epée, fonde, aux Etats-Unis, l'école de Hartford, qui existe encore; Horck ouvre une école en Autriche, Henrion et Gourdin créent des écoles à Liège et à Namur. En Suisse, des écoles sont créées par Johann Konrad Naef à Yverdon (1811), à Bachtelen (1822), à Enge près de Berne (1824), à Zurich (1826), où la méthode de l'abbé de l'Epée et celle de Pestalozzi sont mises en pratique. Dès la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle, une école est ouverte à Rome.

En 1880, le *Congrès International des Professeurs de Sourds-Muets*, tenu à Milan, préconise la méthode orale comme la meilleure. Il faut cependant mentionner qu'en Belgique on enseigne simultanément la méthode orale, qui permet la seule liaison possible avec les entendants, et la mimologie, qui est innée aux sourds-muets et leur procure un langage international.

b) *Mesures législatives*

Les législations anciennes ne contiennent pas de statut légal des sourds-muets. A Rome, ils sont des incapables, sauf quelques exceptions individuelles en faveur de sujets manifestant leur volonté et leur capacité à comprendre. Il en est presque toujours de même dans les droits français les plus anciens.

<sup>10</sup> *En France*. — L'abbé de l'Epée montre la nécessité de distinguer le sourd-muet instruit du sourd-muet resté inculte; mais c'est

le Code Napoléon qui, pour la première fois, sort le sourd-muet de la perpétuelle minorité où il était toujours demeuré.

Actuellement, la capacité du sourd-muet est la règle, l'incapacité l'exception : celle-ci relève, non de la surdi-mutité elle-même, mais du défaut d'intégrité intellectuelle.

Le sourd-muet est, en droit, un citoyen égal aux autres; il peut déclarer, témoigner, contracter, donner et recevoir, hériter, signer les actes notariés ou sous seing privé, à la condition qu'aucun doute valable ne s'élève quant à sa faculté de comprendre, ni à la manifestation claire de sa volonté. Pour les actes légaux qui comportent une expression orale, la démutisation qu'obtient maintenant, en tous pays, l'éducation des sourds-muets permet leur accomplissement.

Le testament olographe et le testament mystique ne présentent aucune difficulté; le testament par acte notarié, qui comporte l'expression orale de la volonté devant témoins, nécessite la démutisation préalable.

Rien ne restreint, non plus, la capacité à contracter mariage, et aucune formalité particulière n'est requise; l'emploi des interprètes pour sourds-muets, dont la liste est fournie par les mairies, permet d'obvier aux difficultés éventuelles.

Le sourd-muet est électeur et éligible.

En justice, le sourd-muet est responsable tant des actes délictueux que du témoignage; s'il n'est pas démutisé, les questions et réponses écrites peuvent, à défaut d'un interprète, être lues par le greffier. La mansuétude des cours est, du reste, une tradition.

Vis-à-vis des lois militaires, le sourd-muet est traité comme les sujets normaux. L'exemption n'est jamais que personnelle et prononcée par les seuls conseils de réforme. Pendant la grande guerre, quelques sourds-muets ont pu servir dans les services intérieurs; certains même, grâce à la perfection avec laquelle ils lisaient sur les lèvres et s'exprimaient oralement ont pu n'être dépistés qu'après un délai assez long.

La capacité légale du sourd-muet à obtenir le *permis de conduire* n'est pas réglée; certains préfets accordent le permis de conduire, d'autres le refusent. La pratique usitée dans certains pays (Angleterre, Etats-Unis) et l'examen des statistiques ne montrent pas qu'en tant que conducteurs, les sourds-muets et les sourds soient plus fréquemment mêlés à des accidents que les sujets considérés comme normaux. Il semble donc qu'il n'y ait pas d'incapacité réelle et qu'on pourrait, sans inconvénient, adopter une ligne de conduite libérale.

La capacité entière du sourd-muet aux yeux de la loi française n'est pas sans inconvénients quant à l'assistance et à l'éducation.

Pas plus pour les sourds-muets que pour les aveugles il n'y a de

disposition légale qui tienne compte de leur état physique. Toutes les mesures prises sont des décisions particulières pour des cas individuels. Pour ceux que leur famille peut garder et faire instruire à ses frais, les démarches des parents permettent de parer aux besoins. Pour les autres, c'est la bienfaisance publique ou privée qui doit entrer en action, sous forme de bourses, entières ou partielles, accordées globalement ou en collaboration, par les communes, les départements, l'Etat, après décision de chacune des autorités compétentes et sur demande, en forme régulière, des représentants naturels des bénéficiaires. Pour les indigents, la gratuité entière peut être accordée, mais il faut, sous le régime présent, comme pour les aveugles, bien des démarches et des sollicitations. Un mouvement existe en faveur de la gratuité de l'enseignement spécial, mais rien n'est encore décidé et des litiges douloureux sont nés, ces dernières années, de la persistance de cet état de choses.

Pour les sourds-muets comme pour les sujets sains, l'instruction est obligatoire depuis la loi de 1882. Mais celle-ci ne peut naturellement être appliquée que dans la mesure où l'infirme a été mis en état de pouvoir suivre l'enseignement habituel. Or, la formation première indispensable est subordonnée à l'admission dans les écoles spéciales pour sourds-muets; seul, l'enfant démutisé peut, dans la suite, fréquenter avec les enfants normaux les classes ordinaires.

En pratique, la plupart des sourds-muets se trouvent, de ce fait, réduits à l'enseignement primaire, reçu dans les écoles pour sourds-muets, privées ou officielles.

*2° Hors de France.* — La situation des sourds-muets diffère suivant les pays et les dispositions générales qui régissent l'hygiène publique. L'absence de statut officiel n'est d'ailleurs pas synonyme d'inertie. Partout, l'initiative privée a devancé la législation; le plus souvent, celle-ci a seulement coordonné et développé ce qui existait auparavant. Les bouleversements politiques et la constitution de nouveaux Etats issus de la guerre ont souvent retardé le mouvement.

Dans divers pays, les sourds-muets, comme les autres infirmes, sont recensés, parfois obligatoirement déclarés (Allemagne, Danemark), dirigés dans leur évolution quand ils peuvent se suffire ou embrigadés dans des organisations hospitalières, pédagogiques et professionnelles.

En ALLEMAGNE, l'instruction est obligatoire à partir de sept ans et le statut légal du sourd-muet est réglé par la loi sur l'Assistance de 1924. L'enseignement est assuré dans des écoles qui, la plupart, appartiennent à l'Etat; il subsiste pourtant quelques écoles privées. L'Etat recueille, assiste et enseigne; il laisse, toutes les fois qu'il est possible,

l'enfant dans sa famille. Les écoliers sont demi-pensionnaires ou même externes à l'école des sourds-muets; ils habitent, au besoin, chez des correspondants. L'*Office pour la Jeunesse (Jugend Amt)* et le *Landeswohlfahrt Amt* ont réuni et centralisé sous leur direction tout ce qui, auparavant, dépendait d'organisations provinciales ou privées.

La *Société pour l'Enseignement et l'Education des Sourds-Muets* s'occupe de l'assistance sociale à domicile, de l'enseignement professionnel et du placement; des homes, organisés par l'Etat, sont, l'instruction finie, le principal moyen d'encadrement des sourds-muets.

L'Etat assure, de même, la prophylaxie. Une enquête étiologique est menée de front par les médecins, le corps enseignant et l'administration; elle conduit de plus en plus dans les voies de la stérilisation eugénique de tout sourd-muet suspect d'infirmité héréditaire et, par suite, susceptible de la transmettre. On poursuit avec une attention croissante, dans les instituts, la formation morale et politique du sourd-muet.

AU DANEMARK, depuis les lois de 1926, 1933 et 1937, il existe un statut légal très complet, d'autant plus facile à appliquer que l'étendue du territoire est restreinte. Obligatoirement déclarés par tous ceux qui connaissent leur existence, les sourds-muets sont, à sept ans, convoqués par le Ministère social. Ils reçoivent un enseignement préparatoire après lequel, selon le degré de leur infirmité et leur valeur intellectuelle, ils sont répartis dans divers établissements où ils restent jusqu'à l'âge adulte. Ceux qui peuvent se suffire sont visités à domicile et conseillés par les services sociaux d'Etat. Les communes et le Fonds d'Assurance Nationale paient tout ou partie des frais et aident les familles. L'enseignement est obligatoire depuis 1870 et les bourses sont libéralement distribuées.

Aux ETATS-UNIS, chaque Etat pourvoit à l'assistance et à l'éducation; des organismes spéciaux assurent l'enseignement primaire, secondaire et supérieur, ainsi que la formation professionnelle; des établissements privés collaborent à la tâche.

En AUTRICHE, les établissements d'instruction fondés par l'Association privée viennoise dite « Witaf » dépendent de l'Etat, la Witaf ne s'occupe plus que d'assistance à domicile et d'enseignement post-scolaire (1).

En SUÈDE, les sept districts scolaires se sont groupés et envoient leurs sourds-muets dans trois écoles, où ils sont hébergés et instruits;

(1) Ces lignes ont été écrites avant les événements de mars 1938 et la réunion de l'Autriche à l'Allemagne.

les districts pourvoient ensuite chacun à l'enseignement spécial complémentaire.

En GRÈCE, depuis quinze ans environ, la gratuité totale ou partielle de l'instruction existe pour les sourds-muets; l'organisation se complète graduellement.

En GRANDE-BRETAGNE, les autorités locales de l'enseignement ont, comme pour les autres infirmes, la surveillance des établissements d'instruction, organismes privés, souvent subventionnés par l'Etat.

En BELGIQUE, les sourds-muets qui ne peuvent payer leur instruction ont le bénéfice de la loi allouant des pensions aux infirmes.

En YOUGOSLAVIE, en TCHÉCOSLOVAQUIE, en SUISSE, il existe des écoles d'Etat plus ou moins importantes, doublées ou non d'écoles privées, mais aucun statut particulier.

En POLOGNE, les dispositions varient selon qu'il s'agit de la Pologne du Congrès ou des anciennes provinces prussiennes.

### c) *Etablissements d'éducation pour les sourds-muets*

#### FRANCE

##### ETABLISSEMENTS NATIONAUX POUR LES ENFANTS DES DEUX SEXES. —

Paris. — *Institution Nationale des Sourds-Muets*, 254, rue Saint-Jacques. Reçoit, soit à titre onéreux, soit avec des bourses totales ou partielles de l'Etat ou des municipalités, les enfants à partir de 6 ans et jusqu'à 21 ans. Entre 9 et 12 ans, les enfants sont admis en première année, à condition de prouver leur capacité à suivre l'enseignement correspondant à leur âge. Les enfants doivent être physiologiquement normaux et sans altération intellectuelle notable. *Ecole maternelle*, où l'on commence la démutisation. Instruction primaire et professionnelle. *Classe de perfectionnement* (Classe Itard) pour les mieux doués.

La *méthode orale* est seule employée.

L'Institution joue le rôle d'Ecole Normale pour la *formation de professeurs spécialisés* dans l'enseignement des sourds-muets, destinés aux autres établissements nationaux.

A l'Institution sont annexés un *dispensaire prophylactique* contre la surdité et un *laboratoire de phonétique* pour l'étude de la voix et de l'oreille du point de vue physique et physiologique.

Après la fin de leurs études, les élèves sont suivis, au point de vue personnel et social, par une *œuvre spéciale*.

Chambéry (Savoie) } Institutions nationales fonctionnant comme l'Insti-  
Metz (Moselle) } tution de Paris.

ETABLISSEMENTS DÉPARTEMENTAUX. — Asnières (Seine). — *Institut départemental des Sourds-Muets et Sourdes-Muettes*. Reçoit garçons et filles à partir de 4 ans. Instruction primaire et professionnelle. Classes pour anormaux intellectuels perfectibles.

Rönchin-Lille (Nord) — *Institut départemental des Sourds-Muets et Aveugles*. Reçoit les sourds-muets de 8 à 14 ans, d'origine française, quel que soit leur lieu de naissance. Instruction primaire et professionnelle. Payant.

Nantes (Loire-Inférieure) — *Etablissement départemental des Sourds-Muets et des Aveugles de la Persagotière* (catholique). Reçoit les sourds-muets à partir de 8 ans. Instruction primaire et professionnelle. Payant.

INSTITUTIONS RÉGIONALES. — Marseille (Bouche-du-Rhône) — *Institut régional d'Aveugles et de Sourds-Muets*. Reçoit les sourds-muets de Marseille et de sa région. Payant.

Bordeaux (Gironde) — *Institution régionale des Sourds-Muets et jeunes Aveugles*. Reçoit les garçons seulement à partir de 7 ans. Instruction primaire et professionnelle. Payant.

Poitiers (Vienne) — *Institution régionale des Sourds-Muets et jeunes Aveugles*. Reçoit les garçons à partir de 8 ans. Instruction primaire et professionnelle. Payant.

ETABLISSEMENTS MUNICIPAUX. — Lyon-Villeurbanne (Rhône) — *Institution municipale de Lyon pour Sourds-Muets, Aveugles et Arriérés*. Reçoit les enfants à partir de 6 ans. Instruction primaire et professionnelle.

ETABLISSEMENTS PRIVÉS plus ou moins subventionnés :

Pour les deux sexes : *St-Hippolyte du Fort* (Gard) — *Institution des Sourds-Muets et des Aveugles* (protestant). Reçoit les enfants de 7 à 10 ans à titre gratuit ou onéreux. Instruction primaire et professionnelle.

Montpellier (Hérault) — *Institution des Sourds-Muets et des jeunes Aveugles* (catholique). Reçoit les enfants à partir de 6 ans. Instruction primaire et professionnelle. Payant.

Alençon (Orne) — *Maison de la Providence* (catholique). Reçoit à partir de 7 ans. Instruction primaire et professionnelle. Payant.

Arras (Pas-de-Calais) — *Institution des Sourds-Muets et Aveugles* (catholique). Reçoit les enfants entre 4 et 6 ans. Instruction primaire et professionnelle. Payant.

Yvetot (Seine-Inférieure) — *Ecole de perfectionnement*. Reçoit les enfants entre 6 et 18 ans. Instruction primaire et professionnelle. Payant.

Pour les filles seulement : *Laon* (Aisne) — *Institut Notre-Dame pour jeunes filles Sourdes-Muettes et Aveugles* (catholique). Reçoit entre 5 et 12 ans. Instruction primaire et professionnelle. Payant.

Marseille (Bouches-du-Rhône) — *Institution des jeunes filles Aveugles et Sourdes-Muettes* (catholique). Reçoit à partir de 4 ans. Instruction primaire et professionnelle. Payant.

Déols (Indre) — *Orphelinat* (catholique). Reçoit à partir de 7 ans. Instruction primaire et professionnelle. Payant.

Auray (Morbihan) — *La Chartreuse* (catholique). Reçoit à partir de 7 ans, les enfants originaires de Bretagne. Instruction primaire et professionnelle. Payant.

Bourg-la-Reine (Seine-et-Oise) — *Maison des Sourdes-Muettes* (catholique). Ecole. Ouvrir.

D'autres établissements de moindre importance existent dans diverses villes de France. Il en existe un à Alger, un en Indo-Chine.

ETABLISSEMENT POUR LES AVEUGLES SOURDES-MUETTES. — Poitiers (Vienne) — *Institution des Sourdes-Muettes et jeunes Aveugles de Larnay* (catholique). Reçoit les enfants à partir de 7 ans, en particulier celles atteintes de surdi-muti-cécité.

Poitiers (Vienne) — *Institution des Sourdes-Muettes et jeunes Aveugles de Larnay* (catholique). Reçoit les enfants à partir de 7 ans, en particulier celles atteintes de surdi-muti-cécité.

ETABLISSEMENTS D'INSTRUCTION. — Paris — *Œuvre des Sourds-Muets*, 1, cité des Bains (protestante). Instruction et éducation.

Paris — *Société pour l'instruction et la protection des enfants Sourds-Muets*, 28, rue Serpente. Direction pédagogique générale. Formation de professeurs pour anormaux.

ŒUVRES ET ASSOCIATIONS POUR LE PLACEMENT EN FIN D'ÉTUDES. — Paris — *Société Centrale d'éducation et d'assistance pour les Sourds-Muets*, 254, rue Saint-Jacques. S'occupe plus particulièrement des questions d'assistance aux anciens élèves de l'Institution.

Chambéry (Savoie)	} Sociétés analogues.
Metz (Moselle)	
Asnières (Seine)	

Pour les filles :

Paris — *Société de patronage des Sourdes-Muettes*, 28, rue St-Roch (catholique). Instruction et éducation.

Un grand nombre de Sociétés existent, enfin, dans diverses villes de France; elles ont des buts divers : aide, placement, sports, action récréative.

Certaines publient des journaux et des bulletins. A Montpellier s'est constitué, pour les sourds-muets, un groupe scout (Scoutisme d'extension).

#### HORS DE FRANCE

Nous ne saurions énumérer ici des établissements dont le nombre dans l'univers dépasse plusieurs centaines et dont la répartition et l'importance sont des plus diverses. On en compte environ 400 pour l'Europe seule.

EN BELGIQUE. — *Instituts royaux de Sourds-Muets*, pour garçons et filles, de Bruxelles-Woluwe, de Bruges et de Liège.

*Institut provincial de Bruxelles et établissement privé de Maeseck*, pour les deux sexes. Instruction primaire et professionnelle.

EN SUISSE, il existe 17 écoles d'inégale importance. Les principaux établissements sont ceux de *Bremgarten, Hohenrain, St-Gall, Münchenbuchsee, Riehen, Wabern, Zurich, Gêronde, Quintzet*.

Les élèves sont, autant que possible, groupés selon les restes d'audition et l'état intellectuel. A *Genève* existent des classes spéciales pour enfants sourds, et, à *Lausanne*, une classe maternelle pour sourds-muets. Il existe des associations d'anciens élèves des diverses écoles et aussi des sociétés de patronage, etc... Les plus importantes sont : à *St-Gall*, l'Association suisse pour l'instruction des sourds et sourds-muets; à *Berne*, l'Association suisse pour l'assistance aux sourds-muets.

EN ALLEMAGNE, existent des Ecoles d'Etat, dont nous avons donné ci-dessus l'organisation. Les sourds-muets y reçoivent l'enseignement préparatoire, puis un enseignement primaire prolongé. Ils sont classés suivant leurs moyens physiques et intellectuels et dirigés très tôt vers une activité intellectuelle ou manuelle. L'instruction commence dès le *Kindergarten*, avec la préoccupation d'utiliser au mieux tout ce qui peut rester d'audition. La surveillance médicale s'exerce pendant toute la vie scolaire. 80 écoles environ existent, dont 48 en Prusse; 26 autres existent pour sourds non muets, et aussi quelques écoles privées, internats en général.

L'instruction professionnelle ne commence qu'après la sortie de l'école; elle est reçue chez des particuliers, commerçants ou industriels, artisans de préférence, agréés et surveillés. Les élèves reçoivent ainsi une formation technique mieux adaptée à la vie pratique que celle donnée dans des ateliers pour sourds-muets, trop peu nombreux et médiocrement outillés. Il existe, cependant, des ateliers pour sourds-muets arriérés.

On compte, d'autre part, 23 *Foyers* (Heime), souvent annexés aux Instituts, organisés et entretenus, soit par des associations de sourds-muets, soit par des œuvres de patronage ou de placement. Les sourds-muets, en particulier les chômeurs, peuvent y trouver logement, soins médicaux, assistance morale. De nombreuses associations existent entre infirmes et aussi une association de professeurs pour sourds-muets. Schumann compte qu'en 1936, 80 % environ des sourds-muets ont été récupérés socialement.

De nombreuses œuvres de jeunesse : Hitler Jugend, Bund der deutschen Maedel les accueillent; des camps pour sourds-muets ont été créés par l'Arbeitsfront.

EN HOLLANDE existent des Ecoles d'Etat, en particulier à *Amsterdam*; les enfants y suivent pendant trois ans l'enseignement préparatoire avant l'instruction proprement dite.

Le DANEMARK présente une organisation complète, que nous avons signalée. Les enfants sourds-muets, dépistés et recensés, sont reçus à 7 ans, pour leur formation préparatoire, à l'*Institut royal* de Copenhague, qui comprend un *Kindergarten* pour l'âge préscolaire. A Copenhague se fait un premier triage, selon les facultés sensorielles et intellectuelles; le séjour y est de un ou deux ans, selon la catégorie d'élèves. La formation préparatoire terminée, les enfants totalement muets sont dirigés sur l'*école de Fredericia*, les muets partiels, sur l'*école de Nyborg*. L'enseignement est aussi analogue que possible à l'enseignement normal, dans la mesure où le permet le nombre des élèves, divisés en plusieurs catégories. Il leur est donné pendant le nombre nécessaire d'années, ainsi que l'enseignement professionnel.

Deux écoles privées existent à Copenhague, pour sourds totaux et sourds partiels; une autre à *Vejele*, pour muets partiels. Il existe une école professionnelle d'agriculture.

Nombre de sociétés « silencieuses » existent au Danemark, plus ou moins affiliées à l'Union des Sourds-Muets de Copenhague, et possèdent des foyers.

Les frais d'éducation que ne peuvent assumer les familles sont habituellement supportés par les communes d'origine.

EN ANGLETERRE, existent environ quarante Institutions pour sourds-muets, auxquelles s'ajoutent 7 écoles en *Ecosse*, 1 au *Pays de Galles*, 1 en *Irlande du Nord*. Ces institutions sont, le plus souvent, des organisations privées, mais elles reçoivent des subventions et sont soumises à la surveillance des autorités (comtés, villes). A *Londres*, se trouvent le National Institute for the Deaf et d'autres établissements de moindre importance; d'autres écoles existent à *Liverpool, Birmingham, Manchester, Newcastle, Derby, Exeter, Doncaster*; *Llandaff* reçoit les sourds-muets du pays de Galles; *Glasgow* et *Edimbourg* sont les principaux établissements écossais. *Belfast* possède aussi un institut. La République irlandaise possède une école à *Dublin*.

Dans ces écoles, les sourds-muets reçoivent, jusqu'à 16 ans, une instruction générale sans instruction professionnelle. Cette dernière n'est donnée qu'après 10 ans, pendant deux années ou davantage, et est complétée dans des ateliers professionnels.

Il existe aussi en Angleterre des écoles privées : *Jewish Home* à *Londres*, *Asile* pour les sourds-muets à *Margate*, Ecole privée de *Northampton*. Certaines œuvres privées coopèrent aussi à l'instruction, entre autres l'Association for Oral Instruction of Deafs and Dumbs, à *Londres*.

Les professeurs pour sourds-muets sont préparés à leur tâche, soit à

Londres (Training School for Teachers of the Deaf), soit à l'Université de Manchester (Department of Education of the Deaf), qui organise aussi, pendant les vacances, des cours de perfectionnement.

Un service de rééducation auditive fonctionne aussi à Manchester.

Au Canada existent de nombreuses écoles (Québec, Montréal, Toronto, Belleville, Halifax entre autres). Il existe aussi des écoles dans l'Inde et en Afrique du Sud.

En ITALIE, on évalue le nombre des sourds-muets à 30.000 environ. Depuis 1923, ils possèdent sans aucune restriction la capacité civile. Toutes les mesures prises en leur faveur traduisent une volonté de récupération sociale autant que d'assistance; la prophylaxie collective répudie explicitement toute tendance vers la stérilisation eugénique.

Les enfants sourds-muets, 15.000 environ, sont, depuis 1933, astreints à la fréquentation scolaire.

Quelques jardins d'enfants pour sourds-muets existent dans les grandes villes.

40 établissements environ existent en Italie : 3 sont des *Instituts royaux* installés à Palerme, Rome, Milan (fondé en 1805 et récemment modernisé). D'autres sont des *établissements provinciaux*, établis à Sienne (le plus ancien de tous), Vérone, Turin, Florence, Brescia, Pavie, Gorizia, Bologne, Modène, Catanzaro. Il existe aussi des *établissements privés* : à Molfilla, Cuneo, Rome (Istituto Gualandi) entre autres, que l'Etat surveille et subventionne proportionnellement à leur importance.

La méthode orale est exclusivement employée, mais la méthode synthétique semble rallier un nombre croissant de partisans.

300 à 350 professeurs pour sourds-muets enseignent en Italie; ils sont formés dans *deux écoles normales* spéciales (Scuole di magistero) : Ecole Jérôme Cardan à Milan, Ecole Cozzolino à Naples. Ils peuvent, moyennant engagements quinquennaux renouvelables, enseigner dans les écoles privées.

Les enfants reçoivent l'instruction primaire et sont surveillés médicalement. Il existe, à Santa Marinella, sur la mer Tyrrhénienne, une *colonie de vacances* pour enfants sourds-muets, organisée par le Parti Fasciste.

L'instruction professionnelle est donnée dans des *ateliers pour sourds-muets*, dépendant des principaux Instituts. Les mêmes métiers qu'ailleurs y sont enseignés; l'Ecole de Florence a des ateliers de dessin, de peinture et de sculpture particulièrement importants.

Ces organisations doivent être complétées par la création, déjà commencée, d'*écoles complémentaires*, où les sourds-muets particulièrement doués, après avoir terminé leurs études primaires, perfectionneront leur culture générale.

En TCHÉCOSLOVAQUIE, il y a une école d'Etat à *Prague*, 6 écoles privées, notamment celle de Plzen, et 2 écoles professionnelles.

La YOUGOSLAVIE possède 4 écoles (Belgrade, Jagodina, Lubljana, Zagreb) qui assurent l'enseignement préparatoire, l'enseignement primaire et l'enseignement professionnel à 450 sourds-muets environ. Elles ne suffisent pas aux besoins. Une polyclinique a été créée pour la rééducation des sourds. Le corps enseignant est formé surtout en Tchécoslovaquie.

En ESPAGNE existent des collèges nationaux.

En ROUMANIE existent 7 Ecoles d'Etat, primaires et professionnelles.

En SUÈDE existent, à Stockholm et à Goeteborg, 3 écoles nationales primaires et professionnelles; chaque district universitaire donne un enseignement complémentaire.

En AUTRICHE, l'Etat donne, dans des écoles spéciales, l'instruction primaire; comme en Allemagne, l'enseignement professionnel est assuré, après la scolarité, dans des établissements ou ateliers privés, surveillés par la Witaf.

Aux ETATS-UNIS, l'organisation s'apparente à l'organisation anglaise.

Depuis l'ouverture de l'école d'Hartford, les écoles se sont multipliées; il existe, sur le territoire de l'Union, 209 écoles ou pensionnats spéciaux, dont la plupart dépendent des Etats et un certain nombre d'organismes privés. En 1936, plus de 20.000 élèves ont reçu des leçons de 2.700 professeurs; l'école de New-York compte, à elle seule, 400 élèves.

L'instruction primaire et professionnelle commence à 6 ans et dure 12 à 14 ans. L'enseignement professionnel est groupé sous 6 subdivisions principales (commerce, enseignement ménager, etc.).

D'autre part, un collège important (250 élèves) donne l'enseignement supérieur aux sourds-muets.

De nombreuses associations complètent ces organismes.

Au CANADA existent 7 écoles pour sourds-muets.

Citons encore : 5 écoles en AUSTRALIE, 1 en NOUVELLE-ZÉLANDE, 4 au JAPON, 3 en HINDOUSTAN, 2 en CHINE, 4 au CAP, 1 au NATAL, 1 en EGYPTTE, 1 au CHILI, 2 au BRÉSIL, 3 en ARGENTINE.

A peu près partout, la technique de l'enseignement s'uniformise et donne des résultats satisfaisants, susceptibles, cependant, d'être améliorés.

#### d) Technique de l'éducation

Si grave que soit la déchéance due à la surdi-mutité, les services que peut rendre la *Famille* ne sont jamais négligeables, surtout lorsqu'elle peut recevoir les conseils d'assistantes sociales bien préparées.

Toutefois, la puissance éducative de la famille se trouve souvent réduite par la modicité des moyens et par une certaine incapacité intellectuelle. Il est exceptionnel que les parents puissent ébaucher la démutisation vraie; la mimique est, en général, le seul moyen de relier l'enfant au monde extérieur et d'éveiller son intelligence; mais la période où la mimique est seule employée ne doit pas être prolongée outre mesure.

La démutisation ne peut être poursuivie que dans une *Ecole spé-*

*cialisée*. Suivant les circonstances, l'enfant y est externe, demi-pensionnaire ou interne.

L'internat est le plus souvent la meilleure solution. Parfois, l'enfant démutisé peut rentrer dans sa famille et suivre l'enseignement commun. Presque toujours, il doit poursuivre, dans une école spécialisée, ses études qui seront interrompues seulement par ses vacances.

L'internat a l'inconvénient de faire vivre l'enfant en dehors de la vie commune. Il faut qu'à sa rentrée dans la famille, celle-ci s'attache à l'adapter à sa nouvelle existence.

Il est important de commencer de bonne heure la démutisation, car la récupération sociale sera d'autant plus parfaite que la démutisation aura été entreprise plus tôt.

#### PÉRIODE PRÉSCOLAIRE

Elle commence, en pratique, à six ou sept ans; c'est l'âge auquel la plupart des écoles de sourds-muets admettent leurs élèves.

Avant cet âge, si les circonstances le permettent, la famille doit confier l'enfant à une *garderie* ou aux *jardins d'enfants* pour sourds-muets. Les principes de Frœbel, de Mme Montessori, de Decroly rendent aux petits sourds-muets des services plus précieux encore qu'aux enfants normaux et les préparent efficacement à entrer dans la classe préparatoire.

#### PÉRIODE PRÉPARATOIRE A L'ENSEIGNEMENT

Elle comporte la culture simultanée de l'*attention*, des *organes des sens*, des *organes de la respiration* et de la *phonation*.

Elle comporte aussi une *surveillance médicale*, qui doit être plus attentive encore que pour les enfants normaux.

L'oto-rhino-laryngologiste donne les soins nécessaires à la conservation des restes d'audition, dont la valeur pratique apparaît de plus en plus grande.

L'ophtalmologiste surveille les yeux, car c'est sur la vue que repose en grande partie la démutisation et l'instruction.

La surveillance de la denture ne doit pas être négligée.

Le médecin général donne des conseils d'hygiène : hydrothérapie, balnéation saline, régime alimentaire, vie au grand air aussi prolongée que possible, gymnastique, etc... Il prescrit le traitement des états constitutionnels, des affections et, le cas échéant, une thérapeutique antisiphilitique.

*Médecins et éducateurs* collaborent pour déterminer la valeur intellectuelle des élèves.

Les élèves sont répartis en groupes peu nombreux et aussi homo-

gènes que possible. Dans tous les pays, on tend à constituer trois groupes : les biens doués, les moyennement doués, les peu doués, afin de donner un enseignement à la portée de chacun, sans retarder les meilleurs ni décourager les moins bons. L'existence de tares trop prononcées de l'intelligence et du caractère peut conduire à aiguiller les enfants sur des établissements spéciaux.

On doit apprécier les *restes d'audition*. Le sourd total est une exception; si faibles soient-ils, certains restes d'audition apportent une aide notable à la démutisation et parfois à l'enseignement. Lorsque l'effectif des élèves s'y prête, l'homogénéité sensorielle d'un groupe d'enfants permet au maître de tirer meilleur parti de sa classe. L'emploi d'appareils modernes, que nous mentionnerons ci-dessous, a permis, dans cette voie, des progrès appréciables.

Une *cinétique respiratoire* bien disciplinée est à la base de toute phonation correcte, en l'absence du contrôle auditif. La gymnastique respiratoire est un élément très important de formation du sourd-muet. Elle peut être commencée dès l'âge de trois ans par certains exercices simples : développement, au moyen de respirations profondes, des dimensions et de la capacité thoraciques, préparation à l'explosion glottale sonore, pratique de divers jeux, (souffler une bougie, en coucher la flamme sans l'éteindre, faire des bulles de savon, gonfler un ballon, faire tourner un moulin, faire avancer une bille ou voltiger un morceau de papier), spiroskopie. Tous ces exercices développent la puissance et la maîtrise du souffle et favorisent le développement corporel général.

L'éducation de l'*attention* et de la *volonté* ne sont pas moins nécessaires à une bonne démutisation. On utilise les actes ordinaires de la vie, et en particulier de la vie d'internat, la gymnastique, les jeux et surtout les exercices d'imitation.

La *gymnastique imitative* de la bouche, de la langue, des lèvres habitue l'enfant à observer et à reproduire avec une fidélité croissante les mouvements qu'on exécute devant lui et par lesquels on le prépare aux leçons d'articulation proprement dites. En allant patiemment du simple au complexe, de l'évident au moins visible, en se plaçant avec l'enfant devant une glace, le maître lui inculque les divers mouvements usités dans la phonation et l'articulation; les exercices seront courts, réguliers, récompensés; la mère peut les faire exécuter utilement de bonne heure.

Par la *gymnastique tactile*, on exerce l'enfant à reconnaître la qualité, l'intensité, la localisation de certaines vibrations, de certains souffles, de certains mouvements du larynx. Il est utile d'habituer l'enfant à reconnaître, les yeux fermés, certains objets, enfin de lui faire acquérir un certain nombre d'associations d'images tactiles et visuelles.

C'est pendant la période préparatoire que commence et se réalise la *démutilisation*. La mimique spontanée et individuelle doit, par tous les moyens, être proscrite; la dactylologie ou alphabet par signes, méthode historique de l'abbé de l'Épée, est de plus en plus délaissée.

La méthode la plus logique pour permettre au sourd-muet d'entrer en liaison avec des sujets qui ne seront qu'exceptionnellement formés à des moyens de perception et d'expression particuliers, est la méthode orale. Quelles que soient les modalités de la pédagogie, le but à atteindre est de donner à l'enfant un minimum de phonation et d'articulation qui lui permette, hors du contrôle de l'oreille, de s'exprimer par des sons articulés; de lui apprendre à lire sur les lèvres de son interlocuteur les gestes buccaux ou labiaux générateurs de sons.

L'existence ou la non-existence de *restes auditifs* permettent de varier le mode d'enseignement.

Pour les sujets n'ayant que des restes auditifs très faibles ou nuls, la durée de la formation préparatoire est de deux ans, quelquefois trois; si l'enfant est particulièrement doué ou a été préparé auparavant, elle peut être réduite.

En plus de l'éducation du souffle, dont nous venons de parler, on procède à l'éducation de l'appareil phonateur dans ses diverses parties. On dresse l'élève à *imiter* avec exactitude et aisance chacun des détails de fonctionnement qu'il observe chez son maître.

On procède successivement à l'éducation des mouvements du maxillaire, de la glotte, des lèvres, de la langue, du voile du palais de façon à inculquer peu à peu les attitudes organiques nécessaires à l'émission des divers sons : voyelles, consonnes sonores, consonnes sifflantes.

Les enfants, en petit nombre, placés à côté de leur maître devant une glace imitent ses gestes et reçoivent de lui les corrections nécessaires.

On leur apprend en même temps, pour chaque son, à noter sur leur maître les modifications corrélatives perceptibles à la vue ou au toucher, attitudes spéciales, vibrations thoraciques, laryngées, céphaliques, etc., qu'ils doivent chercher à reproduire et à percevoir sur eux-mêmes pendant l'émission vocale, pour y trouver le témoignage et l'élément de contrôle d'une émission correcte dont l'ouïe ne peut leur rendre compte.

Chaque exercice doit être repris fréquemment jusqu'à ce qu'il soit devenu absolument familier à l'enfant.

On arrive ainsi, sous le contrôle de la vue et du toucher, après avoir enseigné l'émission des lettres séparées, à enseigner celles des syllabes, des mots simples, puis de plus en plus complexes; on régularise l'intensité du son émis, sa hauteur, les rapports tonaux, la durée de l'émission.

Les exercices de vocalisation, destinés avant tout à combattre les

incorrections habituelles aux sourds-muets (absence de modulation, inégalité d'intensité, raucité, nasalisation...) doivent être continués pendant toute la période d'instruction. Souvent, l'émission vocale du sourd-muet demeure anormale malgré des efforts opiniâtres.

Dans la suite, on commence à *enseigner la langue maternelle*. On apprend à l'enfant à nommer les êtres et les choses, on lui constitue un vocabulaire subjectif et objectif, d'abord concret, mais où l'on s'efforce d'introduire peu à peu la faculté d'abstraction. On lui fait connaître les diverses formes grammaticales par des phrases simples, puis de plus en plus complexes, en s'aidant de dessins exécutés au tableau par le maître ou l'élève, en créant des associations d'idées de plus en plus riches.

Parallèlement, on habitue l'enfant à reconnaître de loin, à l'aspect du visage et des lèvres de son interlocuteur, les sons émis et les mots prononcés. Même sans exploration tactile conjointe, les enfants, par un entraînement progressif et continu, ne tardent pas, en général, à comprendre les mots prononcés.

L'enseignement de la *lecture sur les lèvres* est la partie la plus délicate de l'enseignement préparatoire. Chacun conserve une certaine originalité dans son « écriture physiognomonique ». Il n'en sera que plus délicat d'éviter les « sosies ». Cette lecture demande une certaine suppléance mentale, sorte de compréhension par le contexte, qui est naturellement proportionnée à l'affinement intellectuel de chacun. La lecture sur les lèvres exige pour un sourd-muet, si entraîné soit-il, un perfectionnement qui se poursuivra pendant toute son existence; sa perfectibilité est indéfinie.

La méthode orale que nous venons d'exposer a fait ses preuves, mais elle a l'inconvénient d'être relativement lente.

Aussi a-t-on proposé une *méthode apparentée*, qui donne souvent des résultats plus rapides, mais qui n'a pas encore partout droit de cité. C'est en Belgique, où elle a été préconisée par Herlin, qu'on lui est surtout attaché; les essais dans divers pays méritent de retenir l'attention. Cette *méthode belge* ou *méthode maternelle* ou *méthode mixte*, tout en usant des mêmes modes de contrôle (toucher, miroir, etc.), simplifie les exercices de phonation : elle enseigne, non pas des lettres séparées mais, d'emblée, des mots d'abord simples, puis complexes; elle associe l'image motrice et sensorielle à l'image du mot que l'enfant apprend à tracer, à l'image labiale qu'on lui fait reconnaître, à l'objet lui-même ou, à défaut, à son image, imprimée, modelée ou dessinée, de façon à réaliser d'emblée un ensemble associatif, celui même qu'établit, pour l'enfant normal, la mère qui l'initie au monde extérieur. On y ajoute la lecture et l'enseignement d'un dessin rudimentaire.

Plus compliquée en apparence, cette méthode semble moins ingrate, sans doute parce que plus concrète; ses résultats semblent plus rapides que ceux de la méthode analytique. L'opinion des maîtres est cependant encore divisée.

Au terme de la période préparatoire, le petit sourd-muet doit pouvoir entrer en liaison avec des sujets normaux, lire des yeux l'expression de leur pensée, s'exprimer de façon suffisante au moyen d'une syntaxe simple mais correcte. Il se trouve alors à peu près au même point qu'un sujet normal à son entrée dans une classe enfantine; il est donc en retard de deux ou trois ans sur ses contemporains d'égale intelligence.

Lorsqu'il subsiste des restes d'audition d'importance et de qualité suffisantes, la démutisation peut être accélérée. On procède alors aux *exercices acoustiques* dont, dès 1821, le D<sup>r</sup> Itard fut l'initiateur, que l'école française abandonna après sa mort et que Marichelle, de 1900 à 1920, réussit enfin à faire estimer à leur juste valeur.

Lorsque les restes d'audition sont suffisants, l'enseignement auriculaire par la voix nue doit être l'élément primordial de l'éducation de l'ouïe et de l'initiation à la parole. On habitue l'enfant à percevoir avec une sensibilité croissante et à utiliser toujours mieux la portion de l'échelle des sons à laquelle il est demeuré sensible. Nous reviendrons plus loin sur l'instrumentation nécessaire.

On peut employer d'abord les sons musicaux, les bruits, puis les appareils producteurs de sons (instruments de musique, gramophone, etc.).

Tout d'abord, on produit des bruits, puis des sons, dont on fait varier l'intensité et la hauteur; on vocalise ensuite sur diverses voyelles. Plus tard, on enseigne des exercices à la voix nue sur des voyelles, puis des syllabes; on habitue, enfin, l'élève à l'orientation auditive.

Cette méthode est basée sur des lois psychophysiologiques régissant la spécificité des sensations et des excitants, la perfectibilité par l'exercice, l'action des réflexes vasculaires et la sommation des excitations.

En somme, chaque méthode comporte un ensemble de principes et de règles que chaque maître adapte, selon son expérience, aux besoins propres de ses élèves et dote ainsi d'un cachet personnel. La qualité des résultats obtenus justifie pleinement cette diversité.

Toutefois, la méthode orale, ou labiologie, est délicate et longue, surtout avec des élèves peu doués.

La complexité du problème justifie la survivance d'autres méthodes. La méthode de l'abbé de l'Épée, la *dactylogogie*, qui exprime séparément chaque lettre au moyen d'un signe manuel a beaucoup perdu de

son importance pratique. Par contre, la *mimique proprement dite*, perfectionnement et codification de la mimique spontanée et qui, par chaque signe, exprime un mot ou une idée, conserve sa place auprès de la méthode orale, malgré un exclusivisme plus théorique que réel dans l'enseignement. Elle réalise un mode d'expression rapide et qui possède à travers le monde assez d'uniformité pour permettre aux sourds-muets d'ignorer les frontières linguistiques. Un certain nombre de pays lui conservent, dans l'enseignement des sourds-muets, une place importante; au Danemark, en particulier, on l'enseigne en même temps que la méthode orale.

En général, les sourds-muets apprécient les avantages pratiques de la mimique et sont favorables à cet enseignement simultané; il est souhaitable que la mimique s'uniformise de plus en plus dans tous les pays. Quand l'enseignement du sourd-muet a été entrepris assez tôt, il ne semble pas que sa démutisation soit retardée par l'apprentissage de la mimique.

#### INSTRUCTION PROPREMENT DITE

*Enseignement primaire.* — La démutisation une fois obtenue, on commence l'enseignement primaire. Dans tous les pays et pour presque tous les sourds-muets, c'est à lui que se bornent jusqu'ici les ambitions. Groupés, autant que les effectifs des Instituts le permettent, selon leur valeur intellectuelle (deux ou mieux trois catégories suffisent), les élèves sont confiés à des maîtres spécialisés qui donnent, à des groupes de dix ou quinze élèves, quatre ou cinq heures de classe chaque jour.

Pendant toute la période d'instruction, on perfectionne la démutisation par les mêmes procédés qu'en période préparatoire.

En général, le programme d'enseignement est réparti en trois degrés successifs de deux années chacun, au lieu du système annuel de progression en usage pour les écoliers entendants.

Du fait de leur infirmité, le développement intellectuel des sourds-muets est habituellement moins rapide que normalement; six années, et parfois plus, sont indispensables pour leur permettre d'acquérir le strict nécessaire du programme primaire.

L'organisation actuelle fait dépendre les Instituts de Sourds-Muets du ministère de la Santé publique, comme autrefois. Mais la plupart des sourds-muets réclament leur rattachement au ministère de l'Éducation Nationale. On fait valoir, entre autres arguments, que le niveau des études s'en trouverait bientôt relevé. Les difficultés qui ont jusqu'ici empêché ce rattachement pour les aveugles sont les mêmes pour les sourds-muets. La formation des maîtres est très spéciale;

des changements dans la pédagogie, qui seraient insuffisamment étudiés et qui assimileraient trop entièrement à l'enseignement des sujets normaux celui que peuvent recevoir les anormaux sensoriels, pourraient entraîner de graves inconvénients.

Les matières d'enseignement sont, dans l'ensemble, les mêmes que dans les écoles primaires ordinaires : langue maternelle, calcul, géographie, histoire, sciences naturelles, instruction civique, dessin. Des cours complémentaires pour adultes existent dans quelques villes.

La technique d'enseignement ne comporte pas, pour les livres notamment, les mêmes difficultés qu'avec les aveugles; seule la lecture sur les lèvres, au lieu de l'audition, est particulière. A cet égard, l'usage courant d'appareils sur lesquels nous reviendrons apporterait des facilités.

Les résultats sont fonction de la capacité et de la réceptivité de l'élève, de la patience et du dévouement des maîtres, qui trouvent parfois leur récompense dans des succès qui surprennent les non-initiés.

#### *Enseignement secondaire et enseignement supérieur.*

— *L'Enseignement secondaire spécial* pour sourds-muets n'existe ni en France, ni dans les autres pays, sauf aux Etats-Unis. La réunion d'un effectif suffisant d'élèves est une condition première qu'il est malaisé de réaliser partout. C'est à la famille qu'il appartient, si elle le juge bon, d'obtenir l'admission du sourd-muet dans un établissement secondaire ou de lui procurer un enseignement particulier. La modicité des ressources du plus grand nombre, le retard scolaire dû à l'infirmité incitent plutôt à abrégier les études qu'à les prolonger. Néanmoins, le sourd-muet sans déficit intellectuel est capable de recevoir un enseignement secondaire et de subir un examen de fin d'études.

Il serait désirable qu'une organisation permit aux sourds-muets qui le peuvent d'aborder l'enseignement secondaire.

Un effort a été fait aux *Etats-Unis*. A Washington, le Collège Gallaudet recrute ses élèves des deux sexes parmi l'élite des sourds-muets de l'Union, après un examen d'entrée et sous réserve d'élimination en cours d'étude pour insuffisance. Pendant les cinq années d'études, on enseigne le français, l'allemand, le latin, les mathématiques, la mécanique, la physique, la chimie, l'électricité, l'agriculture ou l'art domestique. Les examens académiques (baccalauréat ès-lettres, ès-sciences, ès-arts, ès-pédagogie) couronnent cet enseignement. Les élèves peuvent aussi aborder des disciplines supérieures scientifiques (astronomie ou hautes études commerciales).

Les résultats obtenus font souhaiter qu'un tel exemple soit suivi dans d'autres pays.

*L'Enseignement supérieur* aux sourds-muets n'existe dans aucune

Université d'aucun pays; le sourd-muet peut suivre, dans la limite de ses moyens, les filières académiques normales.

*Techniques modernes d'enseignement.* — Parmi celles-ci nous citerons d'abord les *projections* employées depuis longtemps pour les sujets normaux et surtout le *cinématographe*. Celui-ci, apparemment muet pour les sourds, même quand il est sonore, peut, du fait de l'accoutumance à la lecture sur les lèvres, devenir, pour certains sourds-muets très entraînés, paradoxalement « parlant », alors que le film est muet.

Parmi les appareils sonores, le *phonographe* peut, grâce à des méthodes spéciales d'amplification, rendre des services. Les progrès de ces dernières années en acoustique et en électricité, en particulier en matière d'enregistrement, de reproduction et d'amplification sonore, se sont répercutés dans l'enseignement aux sourds-muets qui conservent des restes d'audition suffisants.

Certains de ces appareils ont, comme nous le verrons, un intérêt, non seulement pour la formation du corps enseignant, mais aussi pour la recherche physiologique; ils permettent la mise en évidence, sur des tracés ou par l'étude de flammes vibrantes, des défauts d'émission chez l'élève et d'en faciliter la correction.

Certains appareils (*Audiomètres*) peuvent servir à examiner l'audition subsistante et à grouper les élèves en classes un peu homogènes.

L'examen audiométrique permet de trier, parmi les sourds partiels, un certain nombre de sujets dont l'audition, bien que sporadique, permet cependant une utilisation pédagogique. Il s'agit ici beaucoup plus de sourds de transmission que de sourds de réception. Pour avoir toute sa valeur pratique, cet examen doit être fait vers neuf ans, âge le plus précoce où l'enfant puisse assez fidèlement témoigner de ses sensations, surtout dans un domaine entièrement nouveau. Un appareil sélecteur, intermédiaire entre le microphone et le récepteur (écouteur tympanique ou vibreur osseux) que porte l'élève, permet de lui transmettre, avec l'intensité désirable, les sons qu'il perçoit le mieux et d'utiliser la voie de conduction la mieux conservée.

Rien n'empêche, en principe, de faire entendre à ces sujets des enregistrements phonographiques; peut-être les disques à longue durée du « Livre parlé » pourraient-ils trouver là une application non moins intéressante que dans l'enseignement aux aveugles.

L'inconvénient d'une telle méthode réside dans les dissemblances entre sourds-muets, qui rendent laborieuse la constitution de groupes homogènes et surtout dans le coût des appareils. Jusqu'à nouvel ordre, ceux-ci resteront l'apanage d'instituts importants.

Du point de vue psychologique et pédagogique, grâce aux appareils, l'enseignement peut être facilité, la tâche cesser d'être épuisante pour

le maître, le développement des facultés de l'élève se trouver accéléré et l'enrichissement de son esprit, facilité.

Enseignement aux sourds. — Il participe des mêmes techniques, puisque, alors même que la parole est conservée, l'élocution doit être surveillée et rectifiée pour obvier aux défauts nés de l'absence de contrôle auditif.

La rééducation auditive doit toujours accompagner l'instruction.

Des classes spéciales pour sourds ou pour durs d'oreille existent dans divers pays, en Suisse (1), en Allemagne, au Danemark, en particulier. Aux Etats-Unis, l'enseignement primaire, l'enseignement secondaire et l'enseignement supérieur sont prévus. On groupe, dans la mesure du possible, des enfants de valeur sensorielle équivalente.

Enseignement aux entendants-muets. — Il s'apparente à la formation des arriérés et se codifie plus malaisément que celui des sourds-muets à cause de l'importance habituelle des tares intellectuelles et de la difficulté de constituer des classes assez homogènes. L'insuffisance mentale rend les débuts de la démutisation particulièrement laborieux. Il faut parfois employer des méthodes indirectes, faire appel à l'instinct d'imitation, au sens du rythme, à la musique (Weinert). Exercices en commun et exercices particuliers doivent s'associer aux méthodes Montessori ou analogues. Les premiers obstacles surmontés, avant que puisse être abordée aucune instruction proprement dite, si modestes qu'en soient les ambitions, deux ans de formation préparatoire sont ici un minimum.

#### ENSEIGNEMENT PROFESSIONNEL

Deux doctrines sont en présence.

En FRANCE, dans les PAYS ANGLO-SAXONS et dans plusieurs autres pays, la formation professionnelle est commencée dès la dernière année de la période d'instruction, à l'Ecole de Sourds-Muets. Elle dure jusqu'à vingt ans, soit dans les ateliers de l'Ecole, soit, exceptionnellement et moyennant autorisation spéciale, dans des ateliers privés. Toute perte de temps est évitée; de plus, au moins en théorie, l'orientation professionnelle intervient tant par une juste estimation des capacités de chacun que par la connaissance du marché de la main-d'œuvre et des débouchés professionnels, point spécialement envisagé aux Etats-Unis. Elle peut ainsi éviter des mécomptes.

En France, existent des *ateliers professionnels* dans les principales écoles de sourds-muets; les élèves en sortent aptes à gagner leur vie.

(1) A Bâle, à Berne, à Zurich, des classes spéciales pour enfants sourds sont annexées aux écoles publiques. Aucun internat spécial n'existe.

L'école de Metz a toutefois conservé ses traditions propres et continue à confier des apprentis à des patrons en ville.

Une conception différente existe dans les PAYS DE LANGUE ou d'INFLUENCE GERMANIQUE. On y allègue, non sans quelque raison, que les institutions, même importantes, ne disposent jamais d'ateliers assez variés pour répondre à tous les désirs, et que les conséquences de l'orientation professionnelle se trouvent ainsi limitées; que, pour la formation professionnelle (connaissance de l'outillage réellement en usage, formation technique, connaissance de l'ambiance industrielle) et pour les réalités de l'existence, l'atelier d'Ecole est un milieu artificiel d'où le sujet sort incomplètement préparé. Il en résulte des échecs techniques, la difficulté à trouver un emploi et souvent du découragement. Le sourd-muet change alors de métier, seconde orientation qui peut n'être pas meilleure que la première. D'où perte de temps, apprentissages successifs, chômage.

On préfère donc, en Allemagne, en Autriche, en Suisse, laisser l'élève suivre son penchant et l'envoyer se former dans une entreprise privée, artisanale autant que possible. On ne le laisse pourtant pas sans protection: l'employeur doit être agréé; il est surveillé quant aux conditions d'accueil, de formation technique et, plus tard, quant au salaire. L'Ecole allemande considère que les erreurs et les insuccès sont ainsi moins fréquents et que la récupération sociale est meilleure qu'avec les ateliers professionnels.

D'autres pays ont une LIGNE DE CONDUITE MOYENNE.

Le Danemark possède quelques ateliers et une Ecole d'Agriculture pour sourds-muets, mais le placement est fréquent.

En Tchécoslovaquie, existent deux Ecoles professionnelles privées, mais subventionnées; celle de Kremnitz est la principale; il existe de plus, à Prague, une école officielle (Institut Vymola).

Aux Etats-Unis, l'enseignement artisanal et l'enseignement commercial sont donnés dans la plupart des écoles; de même en Pologne, où le niveau des études est sensiblement égal à celui des écoles professionnelles pour enfants normaux.

On a insisté en Allemagne (Manko) sur l'intérêt qu'il y aurait, du point de vue professionnel, à ce qu'un certain nombre d'écoles de sourds-muets fussent installées à la campagne au lieu de l'être en ville comme d'habitude. Les sourds-muets d'origine rurale ne seraient pas déracinés et l'éveil des vocations rurales, même chez les citadins, serait favorisé.

A noter aussi, du point de vue professionnel, l'importance très grande des Œuvres post-scolaires pour sourds-muets, des sociétés de patronage, des sociétés organisatrices d'ateliers, des sociétés de pla-

cement et des nombreux groupements de toute espèce où, en tous pays, les « silencieux » aiment à se retrouver.

Pour le *choix des métiers*, les sourds-muets sont beaucoup moins défavorisés que les aveugles; mais ils doivent, faute d'avoir pu acquérir mieux que la formation primaire, borner leurs ambitions. La valeur intellectuelle n'a heureusement pas moins d'importance que la formation elle-même; des réussites, parfois brillantes, de sourds-muets bien doués sont souvent venues démontrer que les sourds-muets peuvent percer.

Nous ne saurions énumérer ici tous les métiers qui leur sont accessibles; dans leur ensemble, ce sont des métiers exposant peu le sourd-muet à des rapports directs avec le grand public.

Le jardinage, l'horticulture, diverses activités industrielles ou artisanales, menuiserie, serrurerie, tournage, lingerie, couture, broderie, bonneterie, fleurs artificielles, blanchissage leur sont accessibles.

Aux plus adroits ou aux plus intelligents, les emplois de comptable, dessinateur, modelleur, verrier, photographe, décorateur, relieur, typographe, linotypiste, correcteur sont accessibles. Certains sourds-muets ont pu parvenir à des situations commerciales, industrielles (ingénieurs, chefs d'industrie même) ou artistiques et y réussir brillamment.

Nous n'insisterons pas sur les métiers de gagne-petit, refuges des moins doués.

Un mouvement se dessine de plus en plus parmi les sourds-muets pour réclamer des emplois réservés de fonctionnaires qui les mettraient peu en contact avec le public.

#### LE PERSONNEL ENSEIGNANT — LA FORMATION

Pendant longtemps, la formation des maîtres a été surtout empirique. Des candidats bénévoles recevaient de leurs aînés la tradition, avant de devenir des maîtres indépendants. Cette formation par enseignement mutuel n'a pas disparu; la dispersion des établissements, l'insuffisance des moyens d'enseignement et des moyens budgétaires, surtout pour des œuvres privées, font que les concours bénévoles demeurent indispensables et que l'on passe parfois sur la valeur intellectuelle pour faire crédit au dévouement.

Dans l'ensemble, pourtant, la formation des maîtres pour sourds-muets est plus organisée que celle des maîtres pour aveugles. Les candidats sont cependant trop rares pour les besoins et cette pénurie est un des arguments mis en avant par les partisans du rattachement à l'Education Nationale.

La plupart des pays organisent actuellement une formation régulière du corps enseignant; les pays les moins favorisés à cet égard recourent parfois à un pays étranger de même culture. C'est le cas pour les

Maîtres danois formés en Allemagne, pour les Maîtres yougoslaves formés en Tchécoslovaquie.

La formation est, en tous pays, assez analogue : recrutement parmi les diplômés pour l'enseignement, formation théorique, stages pratiques, examen d'aptitude en fin d'études, présentation ou non d'un travail personnel sur un sujet de la spécialité.

En FRANCE, c'est surtout depuis 1880, où la méthode orale fut adoptée, que la formation indispensable de maîtres soigneusement préparés à leur tâche a été organisée. C'est l'Institution de Paris qui est l'Ecole normale des maîtres pour sourds-muets. Elle recrute ses élèves des deux sexes parmi les candidats à l'enseignement déjà titulaires de leurs diplômes généraux (brevet supérieur, baccalauréat, licence). Les études théoriques durent trois ans et sont complétées par une formation pratique.

#### Les études comprennent :

*Première année* : phonétique descriptive, méthode graphique, acoustique physiologique, anatomie des organes de la phonation et de l'audition, psychologie, étude du langage.

*Deuxième année* : enseignement de la parole aux sourds-muets, lecture sur les lèvres, rééducation auditive.

*Troisième année* : histoire générale de l'enseignement.

Elle est occupée aussi par des recherches personnelles, d'ordre psychologique ou pratique, sur la pédagogie spéciale, qui font l'objet d'une thèse.

A la fin de chaque année, ont lieu des examens sur les matières d'enseignement, subis après des stages dans les classes de sourds-muets; des travaux pratiques sous la direction d'un maître plus ancien.

La connaissance d'une langue étrangère est obligatoire, pour permettre aux professeurs de suivre les travaux étrangers.

Les professeurs trouvent place dans les institutions nationales et dans toutes celles qui veulent les accueillir. Le nombre des places vacantes dépasse souvent celui des candidats et des dévouements individuels sont appelés à combler les vides.

En ESPAGNE, il existe une *Ecole normale* rattachée aux institutions nationales (deux années d'études).

Aux ETATS-UNIS et en GRANDE-BRETAGNE, la formation spéciale est donnée dans certaines universités (Manchester).

A certains Instituts de sourds-muets, dans divers pays, sont rattachés des *Centres de Recherches*.

C'est ainsi qu'à l'Institution de Paris se rattache le *Laboratoire de*

*la Parole*, fondé en 1912. Son but est le perfectionnement des méthodes d'enseignement et l'initiation des futurs maîtres aux méthodes scientifiques de recherche et de contrôle. Il possède un appareillage spécial : photographie, chronophotographie, cinématographie, appareils d'analyse sonore et graphique pour l'étude des tracés, leur comparaison entre eux et avec des tracés normaux. Ces études ont une importance particulière pour le redressement, entrepris à l'Institut dans des cours spéciaux, de certains défauts de la parole (Cours d'orthophonie).

Si poussées que soient ces études et si parfaite la préparation intellectuelle des maîtres, elles ne sauraient suffire en l'absence de certaines qualités personnelles : qualités du caractère et du cœur, douceur, patience inépuisable, don de soi et affection pour les élèves, qui sont indispensables; sans elles, peuvent échouer bien des efforts persévérants.

#### CHAPITRE IV

### LES INFIRMES DU CŒUR ET DE LA RESPIRATION

#### I. — LES INFIRMES DU CŒUR

Les enfants peuvent être porteurs de *cardiopathies congénitales*. Quand elles ne causent pas une mort précoce, elles entraînent des troubles d'importance très inégale. Tantôt, comme la *communication interventriculaire isolée*, elles permettent une existence normale et ne demandent pas de précautions spéciales. Tantôt, comme le *rétrécissement de l'artère pulmonaire avec communication interventriculaire*, qui entraîne la *cyanose congénitale*, elles font de l'enfant un infirme, qui est condamné, soit à l'immobilité, soit à une activité restreinte. Dans cette dernière éventualité, l'enfant peut être traité comme ceux dont nous allons parler.

Beaucoup plus nombreux sont les enfants atteints de *cardiopathies acquises*, dont la cause la plus habituelle est la maladie de Bouillaud. La période des accidents aigus terminée, ces cardiaques sont, à bien des égards, dans une situation comparable à celle des infirmes de la motricité; comme eux, ils ont besoin d'un genre de vie particulier et d'une surveillance médicale qui permettront la récupération sociale ultérieure.

L'infirmes cardiaque ne retient l'attention que depuis peu de temps. La législation l'ignore. Dans tous les pays, ou peu s'en faut, il est abandonné à la sollicitude de sa famille et à l'ingéniosité de la bienfaisance publique et surtout privée.

Ce sont surtout les médecins de la Grande-Bretagne et des Etats-

Unis qui ont attiré l'attention sur la nécessité de mesures propres à assurer aux enfants cardiaques, dans de bonnes conditions, la longue convalescence qui leur est indispensable.

Le genre de vie particulier que doivent mener les cardiaques et sa longue durée dépassent les moyens de l'hôpital où sont soignés les accidents aigus; ils sont aussi, le plus souvent, incompatibles avec le retour dans la famille; l'indocilité de l'enfant, l'incompréhension ou la mollesse des parents, bien d'autres conditions de fait, concourent à abrégé le temps qui doit être réservé à la convalescence et à faire reprendre trop tôt une vie normale.

Un établissement spécial, installé dans des conditions appropriées d'altitude et de climat est donc nécessaire; c'est là seulement que l'existence du cardiaque pourra être convenablement réglée, que le traitement et une reprise graduelle de l'activité pourront être opérés sous une direction médicale. Une aussi longue hospitalisation pose les mêmes problèmes pédagogiques et professionnels que pour les infirmes de la motricité.

A peu près rien n'existe nulle part.

*En France.* — Aucun établissement public n'est encore prévu pour les enfants cardiaques. Les consultations des hôpitaux d'enfants, dont quelques-unes spécialisées, certains services de cardiologie (1) dans les hôpitaux d'adultes peuvent surveiller les enfants qui y sont présentés et les guider. Le dépistage, la surveillance, incombent entièrement à l'activité et au dévouement des assistantes sociales. De même pour l'instruction.

Récemment, l'Assistance publique de Paris a ouvert, à Brunoy (Seine-et-Oise), une maison de convalescence pour les cardiaques soignés dans les hôpitaux; elle ne comporte qu'un nombre insuffisant de places.

Parmi les établissements privés, un seul jusqu'ici [(le Prêlot, à Champlitte (Hte-Saône), reçoit, à titre onéreux, de jeunes cardiaques des deux sexes, en nombre limité (40-50 lits)]. Ils y sont surveillés médicalement, rééduqués physiquement avec la lenteur et la progressivité nécessaires, mais rien n'est prévu ni pour leur instruction générale ni pour leur formation professionnelle. Le Préventorium de Chevrières (Oise), accueille quelques cardiaques.

Deux œuvres privées, l'*Aide aux Cardiaques* (83, Bd de l'Hôpital, Paris) et surtout l'*Association amicale des cardiaques* (4, rue de la Chine, Paris), s'emploient à faciliter l'orientation professionnelle et l'instruction des cardiaques, leur placement, leur convalescence, leur séjour en colonies de vacances.

(1) Service de Cardiologie, Hôpital Tenon, 4, rue de la Chine, Paris.

Le Service de l'*Orientation professionnelle de la Chambre de Commerce de Paris* rend des services appréciables: les jeunes gens qui, leur scolarité terminée, ont obtenu leur certificat d'études peuvent y subir l'examen de médecins spécialisés et recevoir des avis appropriés à leur état fonctionnel.

Les professions accessibles aux cardiaques, que nous ne saurions énumérer ici, sont nombreuses, elles varient suivant leurs capacités physiques.

Nous signalerons aussi le *Scoutisme d'extension* (1) pour cardiaques et débilités. De création récente, il s'adresse à des infirmes de toute catégorie après triage médical et répartition des enfants d'après leur mode d'activité. Il se consacre aussi bien à des sujets alités, qui sont l'objet d'une assistance morale, qu'à des infirmes à aptitudes physiques restreintes, susceptibles d'occupations sédentaires, et à des infirmes capables d'une activité physique très surveillée et très progressive.

*Hors de France.* — C'est seulement aux Etats-Unis et en Grande-Bretagne qu'existent, jusqu'ici, des organismes qui, tous, s'inspirent du même esprit.

Aux Etats-Unis, l'*American Heart Association* a créé 178 policliniques pour le dépistage des cardiaques en général et des rhumatisants en particulier. A New-York, existe un asile pour cardiaques convalescents, où ceux-ci peuvent, le temps nécessaire, demeurer au repos et se livrer à un travail progressivement gradué. A Chicago, la *Spalding School*, dont nous avons déjà parlé, reçoit un certain nombre de cardiaques.

Le problème professionnel est du ressort du « *Cardiac vocational Guidance Committee* », qui s'occupe de l'orientation, possède une école professionnelle pour cardiaques et un bureau de placement spécial.

En *Grande-Bretagne*, existe un certain nombre d'organismes: salles spéciales de rhumatisants dans les hôpitaux généraux (Hospital for Sick Children, Great Ormond Street); hôpitaux pour rhumatisants ou cardiaques y faisant un séjour prolongé (Cardiac Clinics, Rheumatic clinics); maisons de convalescence spéciales; services de consultations spéciales pour malades non hospitalisés; écoles pour cardiaques (Baskerville School).

Le Queen Mary's Hospital - Gray Hill et l'Hospital for Sick Children, avec la collaboration de l'Invalid Children's Aid Association, ont

(1) Le Quartier général des Scouts de France, 66 ter, rue St-Didier, Paris (XVI<sup>e</sup>) a réuni tous les documents relatifs au Scoutisme d'Extension.

coordonné divers éléments. Arrivés au terme de la période aiguë, les malades, sauf les incurables, sont dirigés sur des maisons de convalescence spéciales. L'une d'elles est une maison de convalescence maritime (Millfield - Littlehampton - Sussex). Les enfants y mènent, le temps nécessaire et sous la surveillance médicale, le genre de vie qui convient à leur état, reçoivent une instruction générale et se livrent à quelques travaux manuels (couture, travail du bois, du cuir).

Au terme de leur convalescence, ils retournent, pour une semaine ou deux, à l'hôpital d'origine, avant l'exeat définitif. Ils demeurent ensuite astreints à une surveillance médicale périodique (médecins de l'hôpital ou médecin scolaire du London County Council).

De telles institutions pourraient être utilement imitées dans d'autres pays. On devra y observer certaines règles : 1° Très longue durée de la convalescence : durée variant suivant chaque malade, suivant la gravité de la cardiopathie et la fréquence des rechutes. 2° Prolongation du séjour au lit pendant trois mois en moyenne, au début de la convalescence. 3° Nécessité d'occuper les enfants, surtout les garçons, plus remuants, dont la pétulance accepte mal une inactivité prolongée. L'instruction est donc, même au point de vue physique, un adjuvant du traitement. 4° Entraînement physique très lentement progressif et très surveillé, portant d'abord sur l'attitude et n'abordant que par la suite les mouvements et une activité physique même réduite.

Le médecin d'école, l'assistante d'hygiène scolaire, le médecin d'école professionnelle ont un rôle important pour le dépistage des malades, pour la conservation de l'amélioration. Du point de vue professionnel, il ne faut pas oublier que le fait, pour un cardiaque, de pouvoir pratiquer certains exercices physiques et même certains sports, n'implique pas qu'une profession fatigante lui soit accessible.

## II. --- LES INFIRMES DE LA RESPIRATION

Beaucoup a été fait, en ces dernières années, en France et ailleurs, pour le traitement des *tuberculeux* de tout âge; mais ceux-ci sont abandonnés à eux-mêmes, ou peu s'en faut, quand leur état leur a permis de quitter le sanatorium.

D'autres enfants que les tuberculeux sont atteints d'affections respiratoires, récidivantes ou chroniques; pour eux, rien n'est organisé en dehors des périodes aiguës. Les bronchectasiques et surtout les asthmatiques sont dans ce cas, et sont, pour longtemps et parfois pour toujours, des infirmes.

Pour les asthmatiques en particulier, l'impossibilité de séjourner dans certains climats sans crises violentes, parfois subintrantes, peut empêcher toute instruction un peu suivie et même le séjour en famille.

De lourdes dépenses sont parfois nécessaires pour remédier à une telle situation.

Dans ce domaine, tout est à faire, en France et même ailleurs. Pour de tels infirmes, comme pour les infirmes de la motricité, il serait désirable que les pouvoirs publics et les initiatives privées unissent leurs efforts et créent, sous divers climats convenables, des maisons où les enfants seraient groupés selon leurs besoins et recevraient une instruction et une formation professionnelle.

## TABLE DES MATIÈRES

### PREMIÈRE PARTIE

#### **Les Anormaux psychiques - Hygiène et Assistance**

INTRODUCTION .....	3
--------------------	---

#### *Première Section*

#### ÉTILOGIE ET PROPHYLAXIE GÉNÉRALES

<b>I. - Causes capables de troubler le développement de l'intelligence du caractère.....</b>	<b>7</b>
<i>Chapitre premier. — CAUSES ANTÉRIEURES A LA CONCEPTION .....</i>	<i>8</i>
Infections chroniques (L. BABONNEIX et R. LEVENT) .....	8
Intoxications chroniques (L. BABONNEIX et R. LEVENT) .....	13
Troubles de la nutrition (L. BABONNEIX et R. LEVENT) .....	16
Carences diverses (L. BABONNEIX et R. LEVENT) .....	17
Psychopathies (L. BABONNEIX et J. SIGWALD) .....	19
<i>Chapitre II. — CAUSES AGISSANT AU MOMENT DE LA CONCEPTION .....</i>	<i>25</i>
Alcoolisme aigu (L. BABONNEIX et J. SIGWALD) .....	26
Hérédité (L. BABONNEIX et J. SIGWALD) .....	26
Consanguinité (L. BABONNEIX et R. LEVENT) .....	30
Influence des races (L. BABONNEIX et R. LEVENT) .....	38
Disproportion d'âge entre les parents (L. BABONNEIX et R. LEVENT) ....	39
<i>Chapitre III. — CAUSES AGISSANT AU MOMENT DE LA GROSSESSE (L. BABONNEIX et R. LEVENT) .....</i>	<i>42</i>
Emotions .....	42
Traumatismes abdominaux et tentatives d'avortement .....	43
Infections aiguës .....	43
Infections chroniques .....	44
Intoxications .....	45
Processus congénitaux .....	46
Grossesses univitellines .....	47
<i>Chapitre IV. — CAUSES AGISSANT AU MOMENT DE LA NAISSANCE (L. BABONNEIX et J. SIGWALD) .....</i>	<i>40</i>
Traumatismes obstétricaux .....	40
Asphyxie .....	49
Intoxication chloroformique .....	50
<i>Chapitre V. — CAUSES POSTÉRIEURES A LA NAISSANCE (L. BABONNEIX et J. SIGWALD) .....</i>	<i>52</i>
Causes d'ordre médical .....	52
Causes d'ordre social .....	55
Causes d'ordre moral .....	55

<b>II. - Prophylaxie générale.</b>	
<i>Chapitre premier.</i> — PROPHYLAXIE INDIVIDUELLE (L. BABONNEIX et R. LEVENT) .....	58
Lutte contre les influences morbides héréditaires .....	58
Lutte contre les influences nocives congénitales (consanguinité) .....	58
Lutte contre les hérédités toxi-infectieuses .....	59
Lutte contre les diathèses .....	60
Lutte contre les carences .....	60
<i>Chapitre II.</i> — PROPHYLAXIE SOCIALE (L. BABONNEIX et J. SIGWALD) .....	63
Avant la naissance .....	63
Stérilisation obligatoire des psychopathes .....	64
Ségrégation .....	69
Education des familles .....	70
Certificat pré-nuptial .....	70
Sélection eugénique .....	71
Après la naissance .....	72
<i>Deuxième Section</i>	
LES TROUBLES DE L'INTELLIGENCE	
<b>I. - Définitions.</b> (L. BABONNEIX et H. M. FAY) .....	75
<b>II. - L'hygiène de l'intelligence chez les déficients.</b> (L. BABONNEIX et H. M. FAY) .....	80
<i>Chapitre Premier.</i> — HYGIÈNE, CHEZ L'ARRIÉRÉ, DES TROIS COMPOSANTES DE L'INTELLIGENCE .....	82
Hygiène de la mémoire .....	83
Education sensorielle .....	84
Education de la mémoire globale .....	88
Education des mémoires de fixation et de reconnaissance .....	90
Education de la mémoire d'évocation .....	93
Hygiène de l'imagination .....	94
Hygiène du jugement .....	101
<i>Chapitre II.</i> — HYGIÈNE DE L'INTELLIGENCE, EN GÉNÉRAL, CHEZ L'ARRIÉRÉ .....	109
Les facteurs dont doit tenir compte, chez l'arriéré, l'hygiène de l'intelligence .....	110
L'âge mental .....	110
Le phénomène du décalage .....	116
Le degré d'éducabilité .....	117
Hygiène de l'activité .....	118
Hygiène de la psycho-motricité .....	119
Hygiène de l'attention .....	121
Annexe. — Arriérés et cinématographe .....	124
<b>III. - L'éducation des arriérés.</b> (L. BABONNEIX et M. FAY).	
<i>Chapitre I.</i> — MÉTHODES GÉNÉRALES .....	127
Classes de perfectionnement .....	128
Méthodes appropriées .....	130
Jardins d'enfants .....	130
Méthodes d'éducation sensorielle .....	131
Méthodes des centres d'intérêt .....	131

<i>Chapitre II.</i> — MÉTHODES SPÉCIALES .....	134
Apprentissage du langage .....	134
Apprentissage de la lecture et de l'écriture .....	136
Enseignement du dessin et du modelage .....	138
Apprentissage du travail manuel .....	139
Jeux dramatiques .....	141
<i>Chapitre III.</i> — ORIENTATION DES ARRIÉRÉS .....	144
Orientation scolaire .....	145
Orientation humaine .....	146
Orientation professionnelle. — Son organisation en France .....	147
<b>IV. - L'assistance aux arriérés.</b> (L. BABONNEIX et H. M. FAY)	
<i>Chapitre I.</i> — ASSISTANCE AUX ARRIÉRÉS EN FRANCE .....	155
Historique .....	156
Législation .....	160
Commentaires de la Loi, critiques qu'elle suscite .....	165
<i>Chapitre II.</i> — ASSISTANCE AUX ARRIÉRÉS DANS LES AUTRES PAYS .....	169
<i>Troisième Section</i>	
LES TROUBLES DU CARACTÈRE	
<b>I - Le problème des troubles du caractère tel qu'il se pose chez l'enfant</b> (L. BABONNEIX et L. MICHAUX) .....	173
<i>Chapitre Premier.</i> — LA GENÈSE DU CARACTÈRE .....	174
Théorie constitutionnelle .....	174
Théorie plastique .....	175
<i>Chapitre II.</i> — LES ANOMALIES DE L'AFFECTIVITÉ INFANTILE .....	176
Quantitatives .....	176
Qualitatives .....	176
<i>Chapitre III.</i> — LES RÉACTIONS AFFECTIVES CHEZ L'ENFANT .....	180
Réactions banales .....	180
Réactions médico-légales .....	182
<i>Chapitre IV.</i> — ÉVALUATION PRATIQUE DES TROUBLES DU CARACTÈRE .....	184
Analyse psychologique .....	184
Tests du caractère .....	185
La psychanalyse .....	186
Conduite à adapter avec les anormaux du caractère .....	186
<b>II - Hygiène mentale infantile</b> (L. BABONNEIX et L. MICHAUX)	
<i>Chapitre Premier.</i> — TROUBLES DU CARACTÈRE EN RAPPORT AVEC LE DÉVELOPPEMENT PROPRE DE L'ENFANT. TROUBLES DU CARACTÈRE ET HÉRÉDITÉ .....	188
<i>Chapitre II.</i> — TROUBLES DU CARACTÈRE ET MILIEU .....	190
L'enfant et la famille .....	190
L'enfant et l'école .....	190
L'enfant et le milieu social .....	193
L'enfant et le milieu professionnel .....	193
L'enfant et le milieu militaire .....	194

<i>Chapitre III. — DE QUELQUES PROBLÈMES SPÉCIAUX</i> .....	200
Education et instruction .....	200
Le problème des sanctions .....	201
La sexualité infantile .....	202
Le problème de l'éducation sexuelle .....	205
<b>III. - Méthodes thérapeutiques nouvelles.</b> (L. BABONNEIX et L. MICHAUX)	
<i>Chapitre I. — LA PSYCHANALYSE</i> .....	206
<i>Chapitre II. — LES REFLEXES CONDITIONNELS</i> .....	210
<b>IV - Assistance. Etablissements. Législation.</b> (L. BABONNEIX et L. MICHAUX)	
Centres de sélection et d'orientation professionnelle .....	213
Mesures à prendre .....	213
Enfants non assistés .....	213
Enfants assistés difficiles ou vicieux .....	215
Troubles affectifs associés à l'arriération mentale .....	216
Epileptiques .....	217
Pervers postencéphaliques .....	217
Organisation des Instituts médico-pédagogiques .....	217

#### Quatrième Section

##### LA DÉLINQUANCE INFANTILE

<b>I - Principes généraux de l'assistance aux mineurs délinquants.</b> (L. BABONNEIX et J. DUBLINEAU) .....	220
<i>Chapitre premier. — DÉFINITION DE LA DÉLINQUANCE</i> .....	221
<i>Chapitre II. — ÉTIOLOGIE DE LA DÉLINQUANCE</i> .....	223
<i>Chapitre III. — LES TYPES PSYCHO-CLINIQUES DES DÉLINQUANTS. Classification.</i> .....	227
<i>Chapitre IV. — LES DÉLITS DES MINEURS</i> .....	234
<b>II. - Législation et organisation française de l'assistance aux délinquants mineurs.</b> (L. BABONNEIX et J. DUBLINEAU) .....	241
<i>Chapitre I. — LOIS ET RÈGLEMENTS EN VIGUEUR</i> .....	241
<i>Chapitre II. — LES TRIBUNAUX POUR ENFANTS ET LES SERVICES AUXILIAIRES PRÈS LE TRIBUNAL</i> .....	243
La loi du 22 juillet 1912 .....	244
Le Tribunal pour enfants et adolescents .....	253
Les services auxiliaires près le tribunal pour enfants .....	259
Liaison du tribunal pour enfants .....	262
<i>Chapitre III. — L'OBSERVATION MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE DES MINEURS AVANT LEUR PASSAGE AU TRIBUNAL</i> .....	263
Observations des mineurs détenus .....	263
Centres d'observation et de triage .....	267
Mineurs en liberté provisoire .....	267

<i>Chapitre IV. — MESURES ÉDUCATIVES</i> .....	269
Acquittement .....	270
Remise en liberté surveillée dans la famille .....	271
Remise à une institution charitable .....	273
Surveillance des établissements de bienfaisance privés .....	281
Institutions d'éducation corrective .....	282
<b>III. - Législation et organisation à l'étranger de l'assistance aux mineurs délinquants.</b> (L. BABONNEIX et J. DUBLINEAU) .....	286
Belgique .....	287
Autres pays .....	290
Allemagne .....	290
Angleterre .....	291
États-Unis .....	292
Italie .....	292
U.R.S.S. .....	294
<b>IV - Résultats généraux. - Améliorations à envisager.</b> (L. BABONNEIX et J. DUBLINEAU)	
<i>Chapitre premier. — QUELQUES CHIFFRES</i> .....	296
<i>Chapitre II. — AMÉLIORATIONS A ENVISAGER</i> .....	298

#### SECONDE PARTIE

##### Anomalies physiques, (P. NOBECOURT et R. LEVEIT)

PRÉAMBULE .....	308
<i>Chapitre Premier. — INFIRMES MOTEURS</i> .....	310
Étiologie .....	310
Modalités cliniques .....	311
Prophylaxie et Traitement .....	314
Mesures législatives .....	315
Assistance et Éducation en France .....	318
Ce que devrait être l'organisation de l'Assistance et de l'Éducation des infirmes moteurs .....	323
Assistance et Éducation des infirmes à l'Étranger .....	325
<i>Chapitre II. — LES AVEUGLES.</i> .....	335
Causes de la Cécité .....	335
Prophylaxie de la Cécité .....	338
État physique et intellectuel des Aveugles .....	340
Historique de l'Assistance et de l'Éducation des Aveugles .....	344
Statut légal de l'Aveugle en France et dans divers pays .....	347
Établissements d'Éducation et Œuvres d'Assistance .....	351
Établissements d'Éducation en France .....	351

Œuvres d'assistance en France .....	353
Formation professionnelle .....	355
Hors de France .....	355
Technique de l'Éducation .....	357
Les aveugles sourds-muets .....	366
Formation du personnel enseignant .....	367
L'instruction des amblyopes .....	369
<i>Chapitre III. — MUETS, SOURDS, SOURDS-MUETS</i> .....	373
Étiologie .....	373
Prophylaxie .....	376
Traitement .....	377
État physique et État intellectuel du sourd-muet .....	377
Assistance et Éducation :	
Historique .....	380
Mesures législatives en France .....	381
Mesures législatives hors de France .....	383
Établissements d'Éducation pour les sourds-muets :	
En France .....	385
Hors de France .....	388
Technique de l'Éducation .....	391
Le personnel enseignant, sa formation .....	402
<i>Chapitre IV. — LES INFIRMES DU CŒUR ET DE LA RESPIRATION</i> .....	405
Les Infirmes du cœur .....	405
Les Infirmes de la respiration .....	408

OUVRAGES  
DE MÉDECINE  
RÉCENTS

*EXTRAIT*  
*DU CATALOGUE GÉNÉRAL*

MASSON & C<sup>IE</sup>  
NOVEMBRE 1938

## ANATOMIE

### ANATOMIE PATHOLOGIQUE

- BELLOCQ (PHILIPPE). — Anatomie médico-chirurgicale. *Anatomie des formes extérieures et des régions*. Fasc. V. *Le pourtour du thorax*. 1935. 128 pages, 62 figures.
- BERTRAND (I.). — Techniques histologiques de Neuropathologie. 1930. 376 pages.
- BRACHET. — Traité d'embryologie des vertébrés. Nouvelle édition revue et complétée, par A. Dalcq et P. Gérard. 1935. 690 pages, 603 figures. Broché ou cartonné toile.
- BRANCA (A.) et J. VERNE. — Précis d'histologie. *La cellule, les tissus, les organes*. 1934. 635 pages, 420 figures. (*Collection de Précis Médicaux*). Broché ou cartonné toile.
- BULLIARD (H.) et C. CHAMPY. — Abrégé d'histologie. 5<sup>e</sup> édition, 1939. 364 pages, 221 fig., 6 pl. en couleurs. (*En préparation*).
- CHAMPY. — Manuel d'embryologie. 3<sup>e</sup> édition, 1933. 308 pages, 211 figures, 6 planches en couleurs.
- CRACIUN. — La culture des tissus en biologie expérimentale. 1931. 442 pages, 72 figures.
- DA COSTA (Célestino). — Eléments d'embryologie. 1938. 494 pages, 386 figures.
- DELMAS (J.) et G. LAUX. — Anatomie médico-chirurgicale du système nerveux végétatif. *Sympathique et parasymphathique*. 1933. 266 pages, 101 figures, 14 pl. hors texte. Broché ou cartonné toile.
- GILIS (P.). — Anatomie élémentaire des centres nerveux et du sympathique chez l'homme. 2<sup>e</sup> édition, 1932, revue par J. Euzière. 236 pages, 37 figures.
- LETULLE (M.). — Anatomie pathologique, avec la collaboration de L. Nattan-Larrier, A. Jacquelin, L. Duclos, E.-P. Normand. 1931. 3 vol. ensemble 2346 pages, 843 figures. Brochés ou cartonnés toile.

MOREAUX (A.). — Cours élémentaire de dessin d'anatomie du squelette. 1934. 44 pages dont 33 formant planches.

PITTARD (EUGÈNE). — La castration chez l'homme et les modifications morphologiques qu'elle entraîne. 1934. 330 pages, 68 figures.

ROUSSY, BERTRAND, GRANDCLAUDE et HUGUENIN. — Travaux pratiques d'anatomie pathologique. 5<sup>e</sup> édition, 1938, par R. Huguenin, Guy Albot, F. Busser, J. Delarue.

ROUVIÈRE (H.). — Anatomie des lymphatiques chez l'homme. 1932. 490 pages, 129 figures. Broché ou cartonné toile.

ROUVIÈRE. — Anatomie humaine descriptive et topographique. 3<sup>e</sup> édition. 1932. 2 vol., 1842 pages, 1098 figures en noir et en couleurs. Brochés ou cartonnés toile (en 3 volumes pour l'étranger).

RUDAUX. — Précis Élémentaire d'Anatomie, de Physiologie, de Pathologie et de Thérapeutique appliquée. 8<sup>e</sup> édition complètement remaniée et augmentée, 1936, 934 pages, 618 figures.

SALMON (MICHEL). — Artères des muscles de la tête et du cou. 1936. 230 pages, 80 figures.

SALMON (MICHEL). — Les artères de la peau. 1936, 248 pages.

---

### PRATIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE

---

9 volumes (cent. : 17 × 25), formant 9.500 pages avec une abondante illustration; reliure de bibliothèque, tête dorée

dont

### UN SUPPLÉMENT

## APPAREIL CIRCULATOIRE

### CŒUR - VAISSEaux - SANG

- BENHAMOU (ED.). — L'exploration fonctionnelle de la rate. *Diagnostic et traitement des syndromes spléniques*. 1933. 252 pages, 103 figures.
- BORDET (Émile) et H. FISCHGOLD. — Radiokymographie du cœur et des vaisseaux. 1937. 134 pages, 66 figures. (*Collection Médecine et Chirurgie : Recherches et Applications N° 7.*)
- CALO (A.). — Atlas de Phonocardiographie clinique. 1938. 104 pages, 150 figures.
- COELHO (EDUARDO). — L'infarctus du myocarde. *Etude expérimentale, électrocardiographique et clinique*. 1934. 212 pages, 103 figures.
- DANIELOPOLU (D.). — Le tonus cardio-vasculaire et l'épreuve amphotrope sino-carotidienne. 1935. 214 pages.
- DELATER (G.). — Les maladies des veines et leur traitement, avec la collaboration de MM. R. Hugel, J. Saidman, J. Durand-Boisléard, M. Chailly, L. Sauvé. 1932. 372 pages.
- DONZELOT (E.). — Quelques vérités premières (ou soi-disant telles) en pathologie cardio-vasculaire. 2<sup>e</sup> tirage 1938, 90 pages. (*Collection des Vérités Premières*).
- DUMAS (A.). — Maladie hypertensive et syndromes d'hypertension. 1937. 136 pages. (*Collection Médecine et Chirurgie : Recherches et Applications N° 6.*)
- GALLAVARDIN (L.) et A. TOURNIAIRE. — Les névroses tachycardiques. 1934. 122 pages, 24 figures.
- HAIMOVICI (H.). — Les embolies artérielles des membres. 1937. 336 pages, 25 figures.
- HIRSZFELD (LUDWIK). — Les groupes sanguins, leur application à la biologie, à la médecine et au droit. 1938. 169 pages, 15 figures. (*Collection Médecine et Chirurgie : Recherches et Applications N° 14.*)

- HOUCHE (E.). — La rate en pathologie sanguine. 1936. 160 pages, 20 figures.
- JOUBE (ANDRÉ). — Les endocardites malignes prolongées. *Etude anatomo-clinique et expérimentale*. 1936. 336 pages, 50 figures.
- LAUBRY (CH.-B.). — Appareil circulatoire. 1935. 186 pages, 32 figures. (*Collection des Initiations Médicales*).
- LIÈGE (R.). — Transfusion du sang et immuno-transfusion en pratique médicale. *Indications, résultats, accidents*. 1934. 174 pages, 15 figures.
- LUTEMBACHER (R.). — Les lésions organiques du cœur. *Etude clinique, anatomique et thérapeutique*. 1930. Grand in-4<sup>o</sup> 25 × 32, 352 pages, 185 figures. (*Collection des Grands Atlas*) Relié toile en un ou deux volumes.
- MARCHAL (G.). — Consultations de Cardiologie. 1935. 228 pages. (*Collection du Médecin Praticien*).
- MARFAN (A.-B.). — La ponction du péricarde. *en particulier par voie épigastrique sous xiphoidienne*, 1938, 76 pages, 3 fig. (*Collection Médecine et Chirurgie : Recherches et applications*).
- ROUVIÈRE (H.) et G. VALETTE. — Physiologie du système lymphatique. *Formation de la lymphe. Circulation lymphatique normale et pathologique*. 1937. 160 pages, 38 figures.
- SABADINI (L.). — Les kystes hydatiques de la rate. 1936. 200 pages, 82 figures.
- SOMER (E. de). — Electrocardiographie expérimentale. *Application à la physio-pathologie du cœur. Dualité du cœur, Arythmies*, 1938. 142 pages, 122 figures.
- TOURAINÉ (A.). — Sang et organes hémopoïétiques. 1934. 275 pages, 21 figures, 1 planche en couleurs. (*Collection des Initiations Médicales*).
- TZANCK (A.). — Problèmes théoriques et pratiques de la transfusion sanguine. 1933. 212 pages, 34 figures.
- VAQUEZ (H.) et P. GLEY. — La pression moyenne de l'homme, à l'état normal et pathologique. 1936. 128 p., 57 fig.
- WEIL (P. ÉMILE), P. ISCH-WALL et SUZANNE PERLÈS. — La Ponction de la Rate. 1936. 148 pages, 24 figures.

## APPAREIL DIGESTIF

### ET ANNEXES

BENSAUDE (R.). — Maladies de l'intestin. Série I.— *Exploration, Constipation, Diarrhée, Syphilis gastro-intestinale, Traitement hydrominéral.* 1931. 346 pages, 77 figures.

Série II. *Diverticule, Mégacolon, Dysenterie, Colites infantiles, Diagnostic de l'appendicite chronique. Tuberculose, Cancer, Traitement bismuthé dans les affections gastro-intestinales.* 1932. 496 pages, 156 figures.

Série III. *Cancer du rectum. Lymphosarcome. Tumeurs vilieuses. Polype solitaire. Polypose rectocolique. Fibromes, myomes, angiomes.* 1935. 370 pages, 127 figures.

BENSAUDE (ALFRED). — L'évolution cancéreuse des tumeurs bénignes du rectum. *Son importance pour la prophylaxie du cancer du rectum.* 1937. 136 pages, 47 figures.

BOLGERT (MARC). — Lésions du pancréas et troubles fonctionnels pancréatiques. *Diagnostic en clinique par l'épreuve à la sécrétine purifiée.* 1935. 256 pages, 22 figures.

BORCESCO (A.-C.) et MARCEL CORNÉANO. — Les colosphincters et les colospasmes. *Etude clinique et thérapeutique.* 1937. 168 pages, 34 figures, 15 planches.

BORCESCO (A.-C.) et V. IONESCO-MOVILA. — Sémiologie du vertige. *Le Vertige appendiculaire.* 1938. 86 pages.

CARNOT, VILLARET et CACHERA. — Thérapeutique hydro-climatologique des maladies du foie et des voies biliaires. 1935. 152 pages, 4 figures.

CARRASCO. — Prolapsus du rectum. *Etude clinique, traitement, résultats éloignés.* 1934. 196 pages, 41 figures.

CHABROL (Étienne). — Les ictères. 1932. 524 pages, 72 figures.

CHIRAY (M.), LOMON et WAHL. — Le dolichocôlon. *Radiologie thérapeutique et clinique.* 1931. 210 pages, 44 figures, 26 planches hors texte.

CHIRAY (M.) et F. THIÉBAUT. — Les fonctions hépato-biliaires. *Physiologie. Explorations.* 1931. 170 pages.

CHIRAY (M.) et R. STIEFFEL. — La constipation. *Diagnostic et traitement d'après les conceptions actuelles.* 1933. 158 pages.

CHIRAY (M.), G. LARDENNOIS et J. BAUMANN. — Les colites chroniques. *Etude clinique. Traitement médical et chirurgical.* 1934. 430 pages, 31 figures, 16 planches.

CHIRAY (M.), I. PAVEL et A. LOMON. — La vésicule biliaire et ses voies d'excrétion. 1936. 860 pages, 210 figures.

DESPLAS, MOULONGUET et MALGRAS. — L'exploration radiologique post-opératoire de la voie biliaire principale. 1938. 120 pages, 40 figures.

DUVAL (PIERRE), JEAN-CHARLES ROUX, HENRI BÉCLÈRE. — Radiologie clinique du tube digestif. *Estomac et Duodénum.* 1935. 2<sup>e</sup> édition. Grand in-4° (25 × 32), 372 pages, 514 radiographies, 516 schémas formant 106 planches. Cartonné toile, en un vol. ou deux volumes.

FIESSINGER (NOEL) et HENRY WALTER. — Nouveaux procédés d'exploration fonctionnelle du foie. 1934. 172 p.

FIESSINGER (NOEL). — Quelques vérités premières (ou soi-disant telles) sur les maladies du foie. 2<sup>e</sup> édition. 1938. 82 pages.

GATELLIER (J.), F. MOUTIER et P. PORCHER. — Radiologie clinique du tube digestif, Œsophage, Intestin, Foie et Glandes annexes. 1929. Grand in-4° (25 × 32), 390 pages, 416 radiographies, 407 schémas inédits. Cartonné toile en un vol. ou en deux volumes.

HARVIER. — Initiation à la pathologie digestive. 1935. 162 pages, 15 figures. (*Collection des Initiations Médicales*).

HUARD (P.) et J. MEYER-MAY. — Les abcès du foie. 1936. 390 pages, 98 figures.

LANDAU et G. HELD. — La Syphilis gastrique. *Etude clinique.* 1936. 140 pages, 41 figures.

LAUWERS (E.-E.). — Introduction à la chirurgie digestive. 1937. 224 pages.

LEVEN (G. et R.). — Traitement des constipations fonctionnelles. 1938. 88 pages, 22 figures.

LOEPEL. — Les hépatites. 1937. 262 pages, 47 figures.

MAINGOT (G.), R. SARASIN et H. DUCLOS. — Exploration radiologique des côlons et de l'appendice au moyen des solutions flocculantes. *Images des muqueuses, technique, sémiologie, syndromes*. 1935. Grand in-4° (25 × 32) de 230 pages, 203 figures. Cartonné toile.

MOUTIER (FRANÇOIS). — *Traité de gastroscopie et de pathologie endoscopique de l'estomac*. 1935. 348 pages, 89 figures, 24 planches en couleurs.

NEMOURS-AUGUSTE. — *Radiologie de la vésicule biliaire. Etude anatomique, fonctionnelle et clinique*. 1934. 186 pages, 102 figures, 27 planches.

PAVEL (I.) et A. PAUNESCO-PODEANO. — *Affections non ulcéreuses du duodénum*. 1938. 204 pages, 57 figures.

POPOVICI (J. DIMITRESCO). — *Les fonctions gastro-duodénales. Moyens d'exploration*. 1932. 250 pages.

RAMOND (F.) et DIMITRESCO-POPOVICI. — *L'aérophagie et son traitement, avec la collaboration de M. Dany*. 1932. 128 pages, 10 figures.

SAVIGNAC (R.). — *Lettre à un jeune praticien sur les maladies de l'anus et du rectum*. 1937. 130 pages.

TERRACOL (J.). — *Les maladies de l'œsophage*. 1938. 664 pages, 352 figures. Broché ou cartonné toile.

UDAONDO (CARLOS BONORINO). — *Les Gastropathies des Syphilitiques*. 1936. 216 pages, 19 figures.

VAGUE (JEAN). — *Les hépatonéphrites aiguës. Etude clinique, anatomique et expérimentale*. 1935. 640 pages, 42 fig.

VIGNES (H.). — *Maladies des femmes enceintes*.

I. *Affections du tube digestif*, avec la collaboration de G. Lauret et P. Olivier-Palud. 1935. 318 pages, 34 figures.

II. *Affections du foie, du pancréas, maladies de la nutrition, parois abdominales, péritoine*, avec la collaboration de G. Lauret, Jean Olivier et P. Olivier-Pallud. 1935. 206 pages.

VILLARET (M.) et F. MOUTIER. — *Les cures thermales en gastro-entérologie*. 1933. 140 pages avec 9 figures.

## APPAREIL RESPIRATOIRE

Armement antituberculeux français (L'). Introduction de MM. Léon Bernard et G. Poix. 3<sup>e</sup> édition, 1934. 245 pages.

BARDIN (P.). — *L'embolie pulmonaire*. 1937. 192 pages, 11 figures, 2 pl. en couleurs.

BERNARD (Étienne). — *Tuberculose et médecine sociale*. 1938. 160 pages, 4 figures.

BERNARD (LÉON) et ROGER EVEN. — *Thérapeutique hydro-climatologique de la tuberculose*. 1934. 146 pages.

BROUARDEL (GEORGES) et JACQUES ARNAUD. — *L'organisation antituberculeuse française*. 1934. 260 pages. (*Bibliothèque de Phthisiologie*).

BRUN (J.). — *Le cycle de l'infection tuberculeuse humaine*. 1936. 372 pages.

BURNAND (R.). — *Les syndromes d'imprégnation tuberculeuse*. 1938. 136 pages. (*Collection Médecine et Chirurgie : Recherches et Applications N° 13.*)

CALMETTE (A.). — *L'infection bacillaire et la tuberculose chez l'homme et chez les animaux*. 4<sup>e</sup> édition, entièrement revue et complétée par A. Boquet et L. Nègre. 1936. 1924 pages, 69 figures, 24 planches hors texte. Broché ou cartonné.

CORDIER (V.). — *Les méthodes manuelles de respiration artificielle*. (*Collection Médecine et Chirurgie : Recherches et Applications N° 3.*) 1936. 92 pages, 19 figures.

CORDIER (V.). — *Traitement des suppurations pulmonaires, avec la collaboration de P. L. Monnier-Kuhn*. 1938. 174 pages, 24 figures. (*Collection Médecine et Chirurgie : Recherches et Applications.*)

CROIZIER (L.), E. MARTIN et A. POLICARD. — *La fibrose pulmonaire des mineurs*. 1938. 214 pages, 186 figures.

DUMAREST (F.), P. LEFÈVRE, M. MOLLARD, P. PAVIE et P. ROUGY. — *La pratique du Pneumothorax thérapeutique*. 4<sup>e</sup> édition refondue, 1936. 474 pages, 32 figures, 31 schémas.

JAQUEROD. — *La cure de repos dans la tuberculose pulmonaire*. 2<sup>e</sup> édition, 1934. 70 pages, 34 figures.

- KINDBERG (M.-L.). — La dilatation des bronches. *Clinique, pathogénie, diagnostic et traitement*, 1934. 126 pages, 19 figures. (Collection Médecine et Chirurgie pratiques).
- MISTAL (O.). — Endoscopie et pleurolyse. *Méthodes d'applications et techniques*. 1934. 436 pages, 184 figures. (Bibliothèque de Phtisiologie).
- PARAF (JEAN). — L'immunité au cours de la Tuberculose. *Etude expérimentale et clinique*. 1935. 140 pages. (Bibliothèque de Phtisiologie).
- PARODI (P.). — La mécanique pulmonaire. 1933. 224 pages, 53 figures.
- PARODI (P.). — Repos physiologique du poumon par hypotension. *Dans le traitement de la tuberculose pulmonaire*. 1934. 232 pages, 59 figures.
- PIÉRY (M.). — Thérapeutique hydro-climatique des maladies non tuberculeuses de l'appareil respiratoire. 1934. 160 pages, 20 figures. (Bibliothèque de Thérapeutique hydro-climatologique).
- POLICARD (A.). — Le poumon. *Structures et mécanismes à l'état normal et pathologique*. 1938. 304 pages, 31 figures.
- RIST (E.). — Séméiologie élémentaire de l'appareil respiratoire. 1934. 190 p., 19 fig. (Collection des Initiations Médicales).
- SAENZ (A.) et L. COSTIL. — Diagnostic bactériologique de la Tuberculose. 1936, 240 pages.
- SAYÉ (L.). — La tuberculose pulmonaire chez les sujets apparemment sains et la vaccination antituberculeuse. 1938. 272 pages, 88 figures, 32 planches. (Monographies de l'Institut Pasteur.)
- SERGENT (F.) Fr. BORDET et H. DURAND. — Exploration radiologique de l'appareil respiratoire. 1931. 461 pages, 639 figures originales, dont 580 radiographies. Cartonné toile.
- SERGENT (E.). — Quelques vérités premières (ou soi-disant telles) en pneumologie clinique. 2<sup>e</sup> tirage 1938. (Collection des Vérités Premières.) 84 pages.
- URBAIN (A.). — La réaction de fixation dans les tuberculoses humaines et animales. 2<sup>e</sup> édition 1938. 146 pages.
- WEILLER (PIERRE). — Les lavages de plevre. *Leur emploi dans le traitement des épanchements pleuraux tuberculeux*. 1934. 132 pages, 23 figures. (Bibliothèque de Phtisiologie).

## BACTÉRIOLOGIE-LABORATOIRE

- AMBARD (L.) et Mlle S. TRAUTMANN. — Mécanisme des réactions fermentaires. *Son étude sur l'amylase et l'invertine*. 1937. 104 pages.
- BONNET (HENRI) et ARMAND NÉVOT. — Travaux pratiques de bactériologie. 1936. 178 pages, 76 figures, 6 planches couleurs.
- BROCQ-ROUSSEU (D.) et G. ROUSSEL. — Le sérum normal. *Récolte, caractères physiques*. 1933. 364 pages avec graphiques.
- DEBRÉ (R.). — La vaccination contre la diphtérie. 1932. 142 pages.
- GOIFFON (R.). — Étude clinique de l'équilibre acide-base par l'Analyse d'urine. 1932. 102 pages.
- GOIFFON (R.). — Manuel de Coprologie clinique. 3<sup>e</sup> édition revue, 1935. 274 pages, 42 figures, 3 planches.
- HAUDUROY (PAUL). — Les ultravirus pathogènes et saprophytes. *Technique et étude. Caractères physiques et biologiques. Maladies à ultravirus. Clinique. Anatomie pathologique, Epidémiologie. Immunité*. 1934. 462 pages.
- HAUDUROY (P.), G. EHRINGER, ACH. URBAIN, G. GUILLOT, J. MAGROU. Dictionnaire des bactéries pathogènes pour l'homme, les animaux et les plantes. 1937, 570 pages.
- HÉRELLE (F. d'). — Le phénomène de la guérison dans les maladies infectieuses. 1938. 416 pages, 4 planches.
- LABBÉ (M.), H. LABBÉ, F. NEPVEUX. — Techniques de Laboratoire appliquées aux maladies de l'appareil digestif et de la nutrition. 1932. 886 pages, 135 figures, 6 planches en couleurs.
- LANGERON (M.). — Précis de microscopie. *Technique. Expérimentation. Diagnostic*. 5<sup>e</sup> édition. 1933. 1205 pages, 355 figures. (Collection de Précis Médicaux). Broché ou cartonné toile.
- LANGERON et RONDEAU DU NOYER. — Coprologie microscopique. 2<sup>e</sup> édition. 1930, 182 pages, 201 figures.
- LAROCHE (GUY). — Examens de laboratoire du médecin praticien. 3<sup>e</sup> édition refondue, 1933. 492 pages, 151 figures. (Collection du Médecin Praticien).

NEIPP (LUCIEN). — De l'influence de divers cations sur le croît microbien. 1937. 432 pages.

PETIT (AUGUSTE). — Sérothérapie antipoliomyélitique d'origine animale (S. A. P.). 1936. 272 pages avec figures.

PHILIBERT (ANDRÉ). — Précis de Bactériologie Médicale. 3<sup>e</sup> édition refondue, 1935. 561 pages, 21 planches couleurs hors texte. (*Collection des Précis Médicaux*). Broché ou cartonné toile.

REMLINGER (P.) et J. BAILLY. — Étude sur la rage. 1938. 174 pages. (*Monographie de l'Institut Pasteur*.)

REMLINGER (P.) et J. BAILLY. — La maladie d'Aujeszyk, 1938. 204 pages, 16 figures.

STROMINGER (L.). — La colibacillose. *Etude clinique et thérapeutique*. 1934. 248 pages.

URBAIN (A.). — La réaction de fixation dans les tuberculoses humaines et animales. 2<sup>e</sup> édition complètement révisée et augmentée. 1938. 146 pages.

WEIL (P.-EMILE) et SUZANNE PERLÈS. — La ponction sternale, *Procédé de diagnostic cytologique*. 1938. 184 pages, 25 figures. 5 planches en couleurs.

WEINBERG (M.), R. NATIVELLE et A. PRÉVOT. — Les microbes anaérobies. (*Monographies de l'Institut Pasteur*). 1937, 1186 pages, 160 figures.

---

## NOUVELLE PRATIQUE DERMATOLOGIQUE

PUBLIÉE PAR MM.

DARIER, SABOURAUD  
GOUGEROT MILIAN, PAUTRIER, RAVAUT,  
SÉZARY, Clément SIMON

8 volumes grand in-8° (17 × 24,5) formant ensemble 7.350 pages avec 2.340 figures et 156 planches en couleurs, reliés, tête dorée.

## BIOLOGIE

ARON (M.) et P. GRASSÉ. — Précis de Biologie animale. 2<sup>e</sup> édition. 1939. 1.016 pages, 642 figures. (*Cours du P. C. B.*) Broché ou relié.

BACQ (M.). — L'Acétylcholine et l'Adrénaline. *Leur rôle dans les transmissions de l'influx nerveux*. 1937. 114 pages, 14 figures, 1 planche.

BESREDKA (A.). — Les immunités locales. 1937. 224 pages.

CHABRE (PAUL). — Les Huiles de foie de morue (*leur teneur en vitamines A et D*). 1937, 200 pages.

CODOUNIS (A.). — La protidémie et la pression osmotique des protides. *Recherches expérimentales et applications cliniques*. 1934. 212 pages.

CRISTOL (P.). — Précis de Chimie biologique médicale. 2<sup>e</sup> édition, 1938. 644 pages, 13 figures. (*Collection de Précis Médicaux*). Broché ou cartonné toile.

DUJARRIC DE LA RIVIÈRE (R.). — L'immunité par mécanisme physico-chimique. 1934. 74 pages, 2 planches.

GUILLIERMOND (A.) et G. MANGENOT. — Précis de Biologie végétale. 1.072 pages, 593 figures, 2 planches en couleurs. (*Cours du P. C. B.*) Broché ou relié.

JESSEN. *Cytologie du liquide céphalo-rachidien normal de l'homme*. 1936. 158 pages.

LA BARRE (JEAN). — La Sécrétine : son rôle physiologique, ses propriétés thérapeutiques. 1936. 274 pages, 31 figures (*Bibliothèque Scientifique Belge : Section biologique*).

LEFÈVRE (J.). — Manuel critique de biologie. 1938. 1048 pages, 550 figures.

TZANCK (A.). — Immunité, Intolérance, Biophylaxie. *Doctrine biologique et médecine expérimentales* 1932. 268 pages.

VALLERY-RADOT (PASTEUR) et LUCIEN ROUQUES. — Les phénomènes du choc dans l'urticaire. 1930. 232 pages.

VALLERY-RADOT, G. MAURIC et Mme A. HUGO (HOLTZER). — L'anaphylaxie expérimentale et humaine. 1937. 130 p., 25 fig.

## CHIMIE — PHYSIQUE

- DOGNON (A.). — Précis de physico-chimie biologique et médicale. 2<sup>e</sup> édition, 1931. 350 pages. 69 figures. (*Collection de Précis Médicaux*). Broché ou cartonné toile.
- LABBÉ (MARCEL) et M. FABRYKANT. Le phosphore. *Techniques chimiques, Physiologie, Pathologie, Thérapeutique*. 1933. 396 pages, 79 tableaux.
- MESTREZAT (W.). — Techniques courantes de chimie clinique. *Urine, liquide céphalo-rachidien, sang, chimisme gastrique, bile, fèces*. Texte revu et publié par J. Loiseleur. 1930. 265 pages, 16 figures.
- PILLET (E.). — Analyse physique des calculs urinaires et biliaires. 1937. 96 pages, 68 figures.
- SIMON (G.) et A. DOGNON. — Précis de Physique. 1937. 1.080 pages, 830 fig. (*Cours du P. C. B.*). Broché ou relié.
- STROHL (A.). — Précis de Physique médicale. 1935. 724 pages, 320 figures. (*Collection de Précis Médicaux*). Broché ou cartonné toile.
- Synthèses organiques. Traduction par M. le Chanoine Palfray. M. et Mme Jacques Tréfoüel. Publiée sous la direction de M. E. Fourneau. 1935. 510 pages. Broché ou cartonné toile.
- THOMAS (PIERRE). — Manuel de Biochimie. 1936. 978 pages, 51 figures, 1 planche en couleurs. Broché ou cartonné toile.
- TIAN (A.). — Notions fondamentales de chimie générale et de physico-chimie. 1935. 316 pages.
- TIAN (A.) et J. ROCHE. — Précis de Chimie. 1935. 970 pages, 72 figures. (*Cours du P. C. B.*). Broché ou relié.
- TURCHINI (S.). — Travaux pratiques de physique médicale. 1930. 116 pages, 52 figures.
- WATTIEZ (N.) et F. STERNON. — Éléments de chimie végétale. 1934. 730 pages, 54 figures.

## CHIRURGIE

- Actualités médico-chirurgicales, par les Chefs de Clinique de la Faculté de Médecine de Marseille. *Troisième série*. 1935. 13 conférences, 214 pages.
- BASSET (ANTOINE). — Le genou. *Anatomie chirurgicale et radiographique, chirurgie opératoire*. 1932. 192 pages, 120 figures.
- BASSET (ANTOINE) et J. MIALARET. — L'épaule. *Anatomie des formes extérieures. Anatomie radiographique. Chirurgie opératoire*. 1934. 292 pages, 116 figures.
- BÉRARD (L.) et P. MALLET-GUY. — Exploration fonctionnelle des voies biliaires et chirurgie. 1931. 362 pages, 86 figures. 2 planches en couleurs.
- BÉRARD (L.) et M. PATEL. — Formes chirurgicales de la Tuberculose intestinale. 1933. 254 pages, 69 figures.
- BÉRARD (L.) et R. PEYCELON. — Traitement chirurgical de la Maladie de Basedow et des goitres toxiques. 1936. 180 pages, 42 figures.
- BERGER (JEAN). — Gestes et procédés techniques de chirurgie générale. 1936. 138 pages, 125 figures.
- BOTREAU-ROUSSEL. — Clinique chirurgicale des pays chauds, avec la collaboration de MM. Assali, Dejou, Huard, Montagné, Palès et Roques. 1938. 335 pages, 117 figures.
- BRAINE (J.) et R. RIVOIRE. — Chirurgie des glandes parathyroïdes. 1937. 170 pages, 15 fig. et planches hors texte.
- BROCQ (P.) et G. MIGINIAC. — Chirurgie du Pancréas. 1934. 428 pages, 74 figures et 1 planche en couleurs.
- CHABANIER (H.) et C. LOBO-ONELL. — Diabète et chirurgie. 1936. 168 pages.
- CUSHING (HARVEY). — Tumeurs intracrâniennes. Traduit de l'américain par Jean Lossier (Lausanne), 1938. 194 pages, 111 figures.
- FEVRE (M.). — Chirurgie infantile d'urgence. 1933. 452 pages, 110 figures.

- FORGUE (E.) et A. BASSET. — La rachianesthésie. 1930. 224 pages, 23 figures.
- FOURMESTREAUX (J. DE). — Histoire de la chirurgie française. (1790-1920). 1934. 232 pages.
- GOSSET (JEAN). — Le cancer du côlon droit. *Etude anatomo-chirurgicale* 1933. 326 pages, 45 figures.
- GOSSET (A.). — Techniques chirurgicales. 1936. 434 pages, 219 figures. Broché ou cartonné toile.
- GRÉGOIRE (RAYMOND). — Chirurgie de l'œsophage. 1935. 180 pages 31 figures.
- GRÉGOIRE (R.) et ROGER COUVELAIRE. — Apoplexies viscérales, séreuses et hémorragiques. (*Infarctus viscéraux*). 1937. 182 pages
- HARTMANN (H.). — Chirurgie du rectum. 1931. 398 pages, 161 figures.
- ISELIN (M.). — Chirurgie de la main, 1<sup>re</sup> partie : Livre du praticien. *Plaies, infections et traumatismes fermés de la main*. 1938. 320 pages, 135 figures.
- JEANNENEY (G.). — Séméiologie chirurgicale. 1932. 232 pages, 99 figures.
- LAMBRET (O.), MALATRAY, J. DRIESENS. — La chirurgie du cancer du poumon. 1936. 198 pages, 17 planches.
- LAUWERS (E.-E.). — Introduction à la chirurgie nerveuse. 1932. 122 pages.  
Introduction à la chirurgie réparatrice. 1934. 110 pages.  
Introduction à la chirurgie thoracique. 1935. 112 pages.  
Introduction à la chirurgie génito-urinaire. 1936. 198 pages.  
Introduction à la chirurgie digestive. 1937. 224 pages.
- LECÈNE (PAUL). — Les diagnostics anatomo-cliniques de P. Lecène, recueillis par ses élèves. — I. Généralités, par P. Pavie. *Lésions du sein*, par P. Moulonguet. 1930. 192 pages, 92 figures.  
II. Appareil génital de la femme (*Première partie*), par P. Moulonguet et S. Dobkevitch. 1931. 286 pages, 152 figures.  
Appareil génital de la femme (*Deuxième partie*), par P. Moulonguet. 1932. 380 pages, 243 figures.
- LECERCLE. — Éléments de chirurgie. 1932. 812 pages, 493 figures. Broché ou cartonné toile.
- LEJARS (F.). — Traité de chirurgie d'urgence. 9<sup>e</sup> édition entièrement refondue, par P. Brocq et Chabrut. 1935. 1.300 pages, 1.250 figures. Broché, ou cartonné toile.

- LERICHE (R.) et P. STRICKER. — L'artériectomie dans les artérites oblitérantes. 1933. 198 pages, 78 figures.
- LERICHE (R.). — La chirurgie de la douleur. 1937. 428 pages, 15 figures.
- MIRIZZI (P.-L.). — La cholécystectomie sans drainage. *Cholécystectomie idéale*. 1933. 108 pages, 71 figures.
- MOIROUD (P.). — Le traitement médico-chirurgical de l'occlusion intestinale aiguë et subaiguë. 1931. 122 pages.
- MONDOR (H.). — Diagnostics urgents : Abdomen. 1937. 3<sup>e</sup> édition remaniée. 1120 pages, 224 figures, 24 planches. Broché ou cartonné toile.
- MONDOR (H.). — Quelques vérités premières (ou soi-disant telles) en chirurgie abdominale. 2<sup>e</sup> tirage 1938. 98 pages. (*Collection des Vérités premières*).
- MONOD (ROBERT). — L'anesthésie en pratique médico-chirurgicale, 1931. 154 pages, 32 figures.
- OMBRÉDANNE (L.). — Précis clinique et opératoire de chirurgie infantile. 3<sup>e</sup> édition, 1932. 1477 pages, 1008 figures. (*Collection de Précis Médicaux*). Broché ou cartonné toile.
- OMBRÉDANNE (L.). — Quelques vérités premières (ou soi-disant telles) en chirurgie infantile. 1936. 88 pages. (*Collection des Vérités premières*).
- PRÉCIS DE DIAGNOSTIC CHIRURGICAL. — Publié sous la direction de Ch. Lenormant, par Ch. Lenormant, G. Menegaux, J. Patel, J. Sénèque, P. Wilmoth. 4 volumes. Chaque volume broché ou cartonné toile.  
TOME I. Généralités, Tête et Cou, par Ch. Lenormant, J. Sénèque, P. Wilmoth. 1937. 764 pages, 196 figures.  
TOME II. Thorax, Sein, Paroi abdominale, Organes génitaux externes, par Jean Patel. 1937. 490 pages, 138 figures.  
TOME III. Abdomen et Pelvis, par Georges Menegaux. 1937. 964 pages, 212 figures.  
TOME IV. Membres, par Jean Sénèque. 1937. 630 pages, 168 figures.

PRÉCIS DE PATHOLOGIE CHIRURGICALE. — 6<sup>e</sup> Édition entièrement refondue. 1937-1938.

TOME I. Pathologie chirurgicale générale. Maladies des tissus, par E. Jeanbrau, P. Lecène, L. Tixier, M. Patel, P. Moulonguet, J. Sénèque. 1.214 pages, 434 figures.

TOME II. Tête, rachis, bassin, par H. Bourgeois, M. Fèvre, Ch. Lenormant, Jean Patel, D. Petit-Dutaillis, Ch. Ruppe, V. Veau. 1000 pages, 350 figures.

TOME III. Cou, thorax, glandes mammaires, par H. Bourgeois, P. Lecène, Ch. Lenormant, G. Menegaux, A. Soulas, R. Soupault. 770 pages, 200 figures.

TOME IV. Abdomen, par A. Gosset et D. Petit-Dutaillis, A. Ameline, P. Duval et J. Gatellier. 1.016 pages, 367 figures.

TOME V. Appareil génital de l'homme. Pathologie urinaire. Gynécologie, par E. Jeanbrau, P. Bégouin, F. Papin. 1.300 pages, 413 figures, 2 planches en couleurs.

TOME VI. Fractures et luxations. Affections acquises et congénitales des membres, par E. Jeanbrau, J. Sénèque, L. Tixier, M. Patel et M. Fèvre. 900 pages, 385 figures.

ROUX (G.). — Petite chirurgie et technique médicale courante. 1939. 591 pages, 361 figures. Broché ou cartonné toile.

TABLE GÉNÉRALE des années 1908 à 1932 du *Journal de Chirurgie*. 1936. 870 pages.

TIXIER (LOUIS) et CH. CLAVEL. — Les grandes hémorragies gastro-duodénales. *Etude médico-chirurgicale*. 1933. 340 pages, 56 figures.

TRAITÉ de Chirurgie orthopédique, publié sous la direction de MM. L. Ombredanne et P. Mathieu. Ouvrage complet en 3 volumes. (Voir page 34).

VEAU (VICTOR). — Division palatine. *Anatomie. Chirurgie. Phonétique*. 1931. 568 pages, 786 figures.

VEAU (VICTOR). — Bec de lièvre. *Formes cliniques, chirurgie*, avec la collaboration de Jacques Récamier. 1937. 326 pages, 1.214 figures.

## CLINIQUE

### PATHOLOGIE MÉDICALE

ACHARD (CH.). — Les crises dans les maladies cycliques. 1932. 128 pages, 47 figures.

ACHARD (CH.). — Les maladies typhoïdes. 1929. 306 pages.

Actualités médico-chirurgicales, par les chefs de clinique de la Faculté de Médecine de Marseille. 3<sup>e</sup> série. 1935. 13 conférences. 214 pages.

BASTAI (P.) et G.-C. DOGLIOTTI. — Physiopathologie de la vieillesse et introduction à l'étude des maladies des vieillards. 1938. 235 pages, 45 figures.

ALQUIER (L.). — La cellulite. *Perturbations vaso-motrices. Rétractions tissulaires. Pathologie. Thérapeutique. Applications médico-chirurgicales*. 1933. 238 pages.

CHEVALLIER (PAUL) et JEAN BERNARD. — La maladie de Hodgkin. *Lymphogranulomatose maligne*. 1932. 294 pages, 69 figures.

CLERC (A.). — Problèmes actuels de la pathologie médicale. Cours complémentaire de la Faculté de Médecine, sous la direction du professeur A. Clerc. 1<sup>re</sup> série : 1931, 332 p. 40 fr. 2<sup>e</sup> série : 1932. 340 pages, 20 figures. 3<sup>e</sup> série : 1934. 340 pages avec figures.

CODOUNIS (A.). — La protidémie et la pression osmotique des protéides. *Recherches expérimentales et applications cliniques*. 1934. 212 pages.

DU BOIS (ALBERT H.). — Le système réticulo-endothélial. *Physiologie et Physiopathologie*. 1934. 204 pages.

JOURNÉ (M.) et P. NOEL-DESCHAMPS. — Manuel de Pathologie médicale. 3<sup>e</sup> édition, 1935. 1.702 pages. Broché en 2 volumes ou relié en 1 volume.

LE CALVÉ. — L'œdème, étude expérimentale et clinique. 1925. 648 pages.

LECÈNE (P.). — Les diagnostics anatomo-cliniques de Paul Lecène, recueillis par ses élèves.

I. Généralités, par P. Pavie; Lésions du sein, par P. Moulonguet. 1930. 192 pages, 92 figures, 2 planches en couleurs.

II. Appareil génital de la femme. 1<sup>re</sup> partie, par P. Moulonguet et S. Dobkevitch. 1931. 286 pages, 152 fig.

Appareil génital de la femme. 2<sup>e</sup> partie, par P. Moulonguet. 1932. 380 pages, 243 figures.

LEMIERRE (A.). — Maladies infectieuses. *Leçons cliniques professées à l'Hôpital Claude-Bernard*. 1935. 408 pages, 43 fig.

LEMIERRE (A.). — Maladies infectieuses. 2<sup>e</sup> série. *Leçons cliniques professées à l'Hôpital Claude-Bernard*. 1937. 310 pages, 11 figures.

LEMIERRE (A.). — Quelques vérités premières (ou soi-disant telles) sur les maladies infectieuses. 1937. 78 pages. (*Collection des Vérités premières*).

MAURIAC (PIERRE). — La Pathogénie des Œdèmes. (*Collection médecine et chirurgie. Recherches et applications n° 5*). 1937. 85 pages, 4 figures.

RAMOND (LOUIS). — Petites cliniques. 1930. 200 pages.

ROGER, WIDAL, TEISSIER. — Nouveau Traité de médecine. 25 volumes. (*Demander le détail de cet ouvrage*).

RUDAUX. — Précis élémentaire d'Anatomie, de Physiologie et de Pathologie. 7<sup>e</sup> édition, 1932. 856 pages, 580 fig.

SERGENT (EM.). — Questions cliniques d'actualité. 5<sup>e</sup> série. *Leçons professées à la Charité* par le Professeur Sergent et ses collaborateurs. 1935. 305 pages, 55 figures. 6<sup>e</sup> série. 1938. 320 pages, 57 figures.

TROISIÈRE (JEAN). — Études expérimentales récentes sur les maladies infectieuses. 280 pages, 50 figures.

## DERMATOLOGIE

DESAUX (A.) et A. BOUTELIER. — Manuel pratique de dermatologie. 1932. 1.232 pages, 640 figures. Broché ou cartonné toile.

GASTINEL (S.) et R. PULVENIS. — La syphilis expérimentale. *Étude critique et nouvelles recherches*, 1934. 244 pages, 19 figures, 4 planches.

JAUSION (HUBERT) et FRANÇOIS PAGÈS. — Les maladies de lumière et leur traitement. 1933. 204 pages, 45 figures, 10 tableaux.

LANDAU (A.) et J. HELD. — La syphilis gastrique. *Étude clinique*. 1936. 186 pages, 15 figures.

RAVAUT (PAUL). — Une nouvelle syphilis nerveuse. *Ses formes cliniquement inapparentes*. 1934. 200 pages, 3 planches en couleurs.

SABOURAUD. — Les maladies du cuir chevelu. T. IV. *Pyodermites et eczémas*. 1928. 284 pages, 149 figures.

SABOURAUD. — Les maladies du cuir chevelu. T. V. *Les syndromes alopéciques. Pelades et alopecies en aires*. 1929. 390 pages, 179 figures.

SABOURAUD (R.). — Diagnostic et traitement des affections du cuir chevelu. 1932. 580 pages, 200 figures.

SÉZARY (A.). — Le traitement de la syphilis. 3<sup>e</sup> édition, 1937. 196 pages. (*Collection des Initiations médicales*).

SÉZARY (A.). — Dermatologie. 2<sup>e</sup> édition, 1936. 250 pages, 89 figures. (*Collection des Initiations médicales*).

SÉZARY (A.). — La syphilis du système nerveux. *Pathologie générale, traitement et prophylaxie*. 1938. 288 p., 28 figures.

SIMON (CLÉMENT). — Lettres à un médecin sur la dermatologie et la vénéréologie. 1930. 286 pages.

SIMON (CLÉMENT). — Nouvelles lettres à un médecin praticien sur la dermatologie et la vénéréologie. 1935. 226 pages.

SPILLMANN (L.), M. VÉRAIN, Jacques WEISS. — Le pH en dermatologie. 1932. 196 pages.

SPILLMANN (L.). — L'Évolution de la lutte contre la syphilis. *Un bilan de vingt ans*. 1934. 292 pages.

VIGNES (H.). *Maladies des femmes enceintes*.

III. *Affections de la peau*, avec la collaboration de F. Hanoun et G. Vial. 1937. 202 pages.

IV. *Affections des muqueuses génitales*. 1937. 128 pages

## NOUVELLE PRATIQUE DERMATOLOGIQUE

PUBLIÉE PAR MM.

DARIER, SABOURAUD

GOUGEROT, MILIAN, PAUTRIER, RAVAUT,  
SÉZARY, Clément SIMON.

1936. 8 volumes grand in-8° (17×24,5), formant ensemble 7.350 pages, avec 2.350 figures et 156 planches en couleurs, reliés, tête dorée.

TOME I. *Table générale des matières. Dermatologie générale*. 720 pages, 207 figures, 13 planches en couleurs.

TOME II. *Dermatoses parasitaires. Dermatoses microbiennes (début)*. 952 pages, 527 figures, 28 planches en couleurs.

TOME III. *Dermatoses microbiennes (suite)*. 1.030 pages, 326 figures, 17 planches en couleurs.

TOME IV. *Dermatoses microbiennes (fin). Dermatoses dues à des virus filtrants, à des germes inconnus ou mal déterminés, dermatoses artificielles en rapport avec des actions mécaniques, chimiques et physiques*. 964 pages, 311 figures, 22 planches en couleurs.

TOME V. *Dermatoses en rapport avec des réactions cutanées et des troubles humoraux, circulatoires, endocriniens, nerveux et de l'appareil hématopoiétique. Dyschromie*. 958 pages, 204 figures, 24 planches en couleurs.

TOME VI. *Dermatoses par carence; atrophies et dystrophies; tumeurs et nævi*. 960 pages, 249 figures, 20 planches en couleurs.

TOME VII. *Maladies des annexes de la peau, dermatoses non classées, dermatologie comparée*. 896 pages, 377 figures, 30 planches en couleurs.

TOME VIII. *Dermatologie topographique; thérapeutique, médecine légale, table alphabétique*. 868 pages, 175 figures, 3 planches en couleurs.

## DIAGNOSTIC — SÉMÉIOLOGIE

AUSTREGESILLO A.). — *L'Analyse mentale en pratique médicale*. 1936. 130 pages. (Collection « Médecine et Chirurgie. Recherches et Applications » n° 5).

CHIRAY (M.) et P. CHÈNE. — *Précis de séméiologie médicale appliquée*. 1934. 608 pages, 354 figures, 4 planches en couleurs. (Collection de *Précis Médicaux*). Broché ou cartonné toile.

*L'examen du malade. Guide clinique de l'étudiant. Médecine, Chirurgie, Obstétrique et Spécialités*, par MM. P. Delmas, G. Giraud, E. Jeanbrau, E. Leenhardt, J. Margarot, V. Riche, L. Rimbaud, J. Terracol et H. Villard. 1939. 2<sup>e</sup> édition (Sous presse).

FIESSINGER (NOEL). — *Explorations fonctionnelles*. 1937. 432 pages, 65 figures.

JACQUELIN (ANDRÉ). — *Directives en pratique médicale. Terrains et tendances morbides*. 1934. 208 pages.

LECÈNE (P.). — *Les diagnostics anatomo-cliniques de Paul Lecène*, recueillis par ses élèves (3 volumes). (Voir page 20).

LYON (G.). — *Précis de clinique séméiologique*. 2<sup>e</sup> édition. 1932. 880 pages. Broché ou cartonné toile.

MARTINET (A.). — *Diagnostic clinique. Examens et symptômes*, avec la collaboration des Docteurs Desfosses, G. Laurens, Léon Meunier, Lutier, Saint-Cène, Ternon. 6<sup>e</sup> édition entièrement refondue, 1934. 1.154 pages, 867 figures et 8 planches en couleurs. Broché ou cartonné toile.

SERGENT (ÉMILE). — *Traité élémentaire d'exploration clinique médicale. Technique et séméiologie*, avec la collaboration de MM. Francis Bordet, Paul George, Hazard, d'Heucqueville, Camille Lian, René Mignot, Oury, Pierre Pruvost, Ribadeau-Dumas, Émile Sergent. 2<sup>e</sup> édition. 1937. 1.102 pages, 455 figures, 8 planches en couleurs. Broché ou cartonné toile.

## ENDOCRINOLOGIE

- BOLGERT (MARC). — Lésions du pancréas et troubles fonctionnels pancréatiques. *Diagnostic en clinique par l'épreuve de la sécrétine purifiée*. 1935. 256 pages, 22 figures.
- BRAINE (J.) et R. RIVOIRE. — Chirurgie des glandes parathyroïdes. 1937. 170 pages, 15 figures et planches hors texte.
- DAUTREBANDE (LUCIEN). — Physiopathologie de la thyroïde. *Diagnostic et traitement des goîtres*. 1931. 328 pages, 36 figures.
- FIESSINGER (NOEL). — Endocrinologie. 1935. 152 pages, 19 figures. (*Collection des Initiations médicales*).
- FIESSINGER (NOEL). — Physiopathologie des syndromes endocriniens. 1933. 318 pages, 42 figures.
- LANGERON (L.) et R. DESPLATS. — Leçons cliniques sur les affections hypophysaires. 1937. 222 pages.
- LAROCHE (GUY). — Opothérapie endocrinienne. *Les bases physiologiques. Les syndromes. Posologie et Opothérapie*. 3<sup>e</sup> édition 1933. 396 pages, 19 figures.
- LÉPER (M.). — Thérapeutique médicale. III. Foie, glandes endocrines et nutrition. 1931. 380 pages, 59 figures.
- RIVOIRE (R.). — Les acquisitions nouvelles de l'endocrinologie. 3<sup>e</sup> édition refondue, 1937, 264 pages.
- SAINTON (P.), H. SIMONNET, L. BROUHA. — Endocrinologie clinique thérapeutique et expérimentale. 1939. 2<sup>e</sup> édition (*Sous presse*).
- SIMONNET. — L'hormone folliculaire en physiologie normale et pathologique. *Etude expérimentale, clinique et thérapeutique*. 1937. 532 pages.
- VÉRICOURT (E. ROYER de). — Le syndrome endocrino-hépatomyocardique. *Sur un aspect des cirrhoses pigmentaires*. 1936. 146 pages, 25 figures.
- WORMS (G.) et H. PIERRE KLOTZ. — Le thymus. *Anatomie, Histologie, Physiologie, Clinique et Thérapeutique*. 1935. 152 pages, 65 figures.

## GYNÉCOLOGIE - OBSTÉTRIQUE

- BÉCLÈRE (CLAUDE). — L'exploration radiologique en gynécologie. 1928. 176 pages, 61 figures.
- BÉCLÈRE (CLAUDE). — La perméabilité et les obturations tubaires. *Stérilité, infections salpingiennes, chirurgie tubaire*. 1929. 250 pages, 70 figures.
- BÉCLÈRE (CLAUDE). — Les Hémorragies utérines avant et après la ménopause. 1936. 210 pages, 68 figures.
- BERTRAND (PIERRE) et E. CORAJOD. — Traitement chirurgical du cancer du col pelvien. 1936. 208 pages, 36 figures.
- COTTE. — Les troubles fonctionnels de l'appareil génital de la femme. *Etude physiologique, clinique et thérapeutique*. 2<sup>e</sup> édition, 1931. 780 pages, 199 figures. Broché ou cartonné toile.
- COTTE. — Chirurgie du sympathique pelvien en gynécologie. 1932. 318 pages, 38 figures.
- DEVRAIGNE (L.). — Propédeutique obstétricale. 1934. 192 pages, 50 figures. (*Collection des Initiations médicales*).
- DEVRAIGNE (L.). — Pratique obstétricale. 1934. 244 pages, 39 figures. (*Collection des Initiations médicales*).
- FIOLLE. — La curettage utérin. 3<sup>e</sup> édition, 1929. 232 pages, 23 figures.
- GIBERT (PAUL). — La roentgénéthérapie des fibromyomes de l'utérus et des métropathies hémorragiques. 1935. 112 pages, 10 figures (*Collection Médecine et Chirurgie pratiques*).
- HARTMANN (HENRI). — Gynécologie opératoire. 2<sup>e</sup> édition, 1933. 586 pages, 478 figures.
- LAFFONT (A.). — Gynécologie. 1932. 208 pages, 35 fig. (*Collection des Initiations médicales*).

LAQUERRIÈRE (A.) et D. LÉONARD. — Les courants de haute fréquence en gynécologie. 1932. 138 pages, 25 fig.

MATHEY-CORNAT (R.). — Radiothérapie gynécologique. *Curie et Röntgenothérapie*. 1936. 370 pages, 83 figures.

METZGER (M.). — Le chirurgien devant l'état puerpéral. 1936. 335 pages, 40 figures.

MONDOR (H.). — Les avortements mortels. 1936. 446 pages, avec 43 figures.

RUDAUX (P.) et H. MONTLAUR. — Dépistage de la syphilis en pratique obstétricale et prophylaxie de la syphilis héréditaire. 1931. 146 pages.

STROGANOFF. — Traitement de l'éclampsie. *Technique actuelle du traitement prophylactique*. 1935. 112 pages.

VIGNES (H.). — La durée de la grossesse et ses anomalies. 1933. 98 pages. (*Collection Médecine et Chirurgie pratiques*).

VIGNES (H.). — Maladies des femmes enceintes.

I. *Affections du tube digestif*, avec la collaboration de G. Lauret et P. Olivier-Pallud. 1935. 318 pages, 34 figures.

II. *Affections du foie, du pancréas, maladies de la nutrition, parois abdominales, péritoine*, avec la collaboration de G. Lauret, Jean Olivier et P. Olivier-Pallud. 1935. 206 pages.

III. *Affections de la peau*, avec la collaboration de F. Hanoun et G. Vial. 1937. 202 pages.

IV. *Affections des muqueuses génitales*. 1937. 128 pages.

VIGNES (H.) et M. ROBÉY. — Périodes de fécondité et de stérilité chez la femme. 1938. 2<sup>e</sup> édition. (*Collection Médecine et Chirurgie : Recherches et applications n° 2*). 88 pages, 13 figures.

---

## HYDRO-CLIMATOLOGIE

---

BERNARD (L.) et R. EVEN. — Thérapeutique hydro-climatologique de la Tuberculose. 1934. 146 pages.

CARNOT, VILLARET et CACHERA. — Thérapeutique hydro-climatologique des maladies du foie et des voies biliaires. 1935. 152 pages, 4 figures.

CHABROL (É.). — L'évolution du Thermo-climatisme. 1933. 168 pages.

CHABROL (É.). — Doctrines thermales. 1936. 158 pages.

LEMIERRE (A.) et JUSTIN-BESANÇON. — Thérapeutique hydro-climatologique des maladies du rein et des voies urinaires. 1934. 138 pages, 14 figures.

MOURIQUAND (G.) et P. JOSSE-RAND. — Syndromes météoropathologiques et inadaptés urbains. 1935. 126 pages. (*Collection Médecine et Chirurgie pratiques*).

NOBÉCOURT (P.) et BOULANGER-PILET (G.). — Thérapeutique hydro-climatologique en Pédiatrie. 1933. 195 pages.

PIÉRY (M.). — *Traité de Climatologie biologique et médicale*, publié sous la direction de M. Piéry. Préface du Professeur d'Arsonval. 1934. 3 vol. grand in-4° formant ensemble 2.715 pages avec 458 figures.

PIÉRY (M.). — Thérapeutique hydro-climatique des maladies non tuberculeuses de l'appareil respiratoire. 1934. 160 pages, 20 figures.

VILLARET (B.). — Climatologie médicale de la région parisienne. 214 pages, 44 figures et planches.

VILLARET (M.). — Les Cures Thermales en gastro-entérologie. 1933. 140 pages, 9 figures.

VILLARET (M.) et L. JUSTIN-BESANÇON. — Clinique et thérapeutique hydro-climatiques. 1932. 256 pages.

VILLARET (M.) et L. JUSTIN-BESANÇON. — Hydrologie expérimentale. 1933. 272 pages, 149 figures.

## HYGIÈNE

### ÉDUCATION PHYSIQUE

- BATTA (G.), FIRKET et LECLERC. — Les problèmes de la pollution de l'atmosphère. 1933. 462 pages, 48 figures. (*Bibliothèque scientifique belge*).
- BOIGEY (M.). — La cure d'exercice aux différents âges de la vie et pour les deux sexes. 1934. 288 pages, 204 figures.
- BOIGEY (M.). — Manuel scientifique d'éducation physique. 1939, 2<sup>e</sup> édition, entièrement revue. 616 pages, 230 figures.
- BOIGEY (M.). — Lésions et traumatismes sportifs, à l'usage des médecins, des entraîneurs, des secouristes, des professeurs d'éducation physique et des sports. 1938. 330 pages, 210 figures.
- CONJET. — Précis élémentaire des soins aux malades, aux blessés et aux nourrissons. 2<sup>e</sup> édition. 1937. 176 pages, 73 figures.
- CORDIER (D.). — Les méthodes manuelles de respiration artificielle. (*Collection Médecine et Chirurgie, n° 3*). 1938. 94 pages, 19 figures.
- COURMONT (J.), CH. LESIEUR et A. ROCHAIX. — Précis d'hygiène. 4<sup>e</sup> édition revue par P. Courmont et A. Rochaix. 1932. 956 pages, 225 figures. (*Collection de Précis Médicaux*). Broché ou cartonné toile.
- CROUZON (O.). — Lois sociales (*Assistance, Réparation, Assurances*) et Exercice de la médecine. 1938. 12 pages formant tableaux de 26 × 34.
- HORNUS (G.). — La périodicité saisonnière des maladies épidémiques et en particulier de la poliomyélite. 1935, 138 pages, 23 tracés. (*Monographie de l'Institut Pasteur*).
- MOURIQUAND (G.) et P. JOSSERAND. — Syndromes météoropathologiques et inadaptés urbains. 1935. 126 pages. (*Collection Médecine et Chirurgie pratiques*).
- NAPPÉE (Mlle M.-L.). — Manuel pratique de l'infirmière soignante. 1936. 385 pages, 170 figures.
- STASSEN (MARCEL). — Les maladies professionnelles. 1933. 338 pages avec 36 fig. (*Bibliothèque scientifique belge*).

## NEUROLOGIE

- ALAJOUANINE (TH.) et R. THUREL. — Les Spasmes de la Face et leur traitement. 1936. 88 pages. (*Collection Médecine et Chirurgie: Recherches et Applications: n° 1*).
- AUSTREGESILO. — L'analyse mentale en pratique médicale. (*Collection Médecine et Chirurgie: Recherches et Applications, n° 4*). 1936, 130 pages.
- BARBÉ (A.). — Recherches sur l'embryologie du système nerveux central de l'homme. 1938. 340 pages, 275 figures.
- BARUK (H.). — Psychiatrie médicale, physiologique et expérimentale. *Sémiologie thérapeutique*. 1938. 750 pages, 106 figures.
- DELAY (J.-P.-L.). — Les astéréognosies. *Pathologie du toucher, Clinique, Physiologie, Topographie*. 1935. 548 pages, 19 figures.
- GLORIEUX (P.). — La hernie postérieure du ménisque intervertébral et ses complications nerveuses. 1937. 102 pages, 98 figures, 2 planches.
- GUILLAIN (GEORGES). — Études neurologiques. 6<sup>e</sup> série. 1935. 436 pages, 112 figures.
- GUILLAIN (G.) et P. MOLLARET. — Études neurologiques. (7<sup>e</sup> série. 1936. 300 pages, 78 figures).
- JESSEN. — Cytologie du liquide céphalo-rachidien normal de l'homme. 1936. 168 pages.
- LAUWERS. — Introduction à la chirurgie nerveuse. 1932. 122 pages.
- LEVEUF (J.). — Études sur le spina-bifida. 1936. 330 pages.
- MOLLARET (P.). — Interprétation du fonctionnement du système nerveux par la notion de subordination. *Subordination et posture*. 1937. 442 pages.
- MONIER-VINARD (R.). — Le système nerveux. 1935. 222 pages, 2 figures. (*Collection des Initiations médicales*).
- MONIZ (EGAS). — L'angiographie cérébrale. *Ses applications et résultats en anatomie, physiologie et clinique*. 1934. 328 pages, 192 figures.

MONIZ (EGAS). — Tentatives opératoires dans le traitement de certaines psychoses. 1936. 374 pages.

MONTASSUT (M.). — La dépression constitutionnelle. *L'ancienne neurasthénie dans ses rapports avec la médecine générale. Clinique, biologie, thérapeutique.* 1938. 210 pages.

PAULIAN (DEM.). — Tumeurs de l'encéphale. *Contribution à l'étude anatomo-clinique des tumeurs intracrâniennes et du repérage ventriculaire.* 1935. 216 pages, 189 figures.

PICHON (Édouard) et S. BOREL-MAISONNY. — Le bégaiement, sa nature et son traitement. 1937. 100 pages. (*Collection Médecine et Chirurgie : Recherches et applications : n° 9*).

RADEMAKER (G. G. J.). — Réactions labyrinthiques et équilibre. *L'ataxie labyrinthique.* 1935. 262 pages, 124 figures.

RAVAUT (PAUL). — Une nouvelle syphilis nerveuse. *Ses formes cliniquement inapparentes.* 1934. 200 pages, 3 planches en couleurs.

ROGER (H.) et J. OLMER. — Les syndromes neuro-hématiques. 1936. 230 pages.

ROGER (HENRI) et Y. POURSIDES. — Les méningo-neurobrucelloses. 1938. 248 pages.

SÉZARY (A.). — La syphilis du système nerveux. *Pathologie générale, traitement et prophylaxie.* 1938. 288 pages, 28 figures.

SOUQUES (A.). — Étapes de la Neurologie dans l'antiquité grecque. *D'Homère à Gallien.* 1936. 248 pages

TINEL (J.). — Le Système nerveux végétatif. 1937. 848 pages.

VALLERY-RADOT (PASTEUR) et JEAN HAMBURGER. — Les migraines. *Étude pathogénique clinique et thérapeutique.* 1935. 232 pages, 4 figures.

VAN BOGAERT (LUDO), HANS, J. SCHERER et ÉMILE EPSTEIN. — Une forme cérébrale de la cholestérimose généralisée. *Type particulier du lipidose à cholestérimose.* 1937. 184 pages, 61 figures.

ZADOR. — Les réactions d'équilibre chez l'homme. *Étude physiologique et clinique des réactions d'équilibre sur la table basculante.* 1938. 256 pages, 214 figures.

## NUTRITION — ÉCHANGES

CHABANIER (H.) et C. LOBO-ONELL. — Diabète et chirurgie. 1936. 168 pages. (*Collection Médecine et Chirurgie pratiques*).

CHABANIER (H.) et C. LOBO-ONELL. — Précis du diabète. 1931. 280 pages.

CHABRE (PAUL). — Les huiles de foie de morue (*leur teneur en vitamines A et D*). 1937. 200 pages.

LA BARRE (JEAN). — Diabète et insulinémie. 1933. 284 pages, 45 figures.

LABBÉ (M.). — Traitement du diabète. 4<sup>e</sup> édition revue, 1933. 206 pages. (*Collection Médecine et Chirurgie pratiques*).

LABBÉ (M.). — Leçons cliniques sur le diabète. 1932. 336 pages, 36 figures.

LABBÉ (M.) et H. STÉVENIN. — Le métabolisme basal. 1929. 344 pages, 31 figures.

LERAY (JEAN). — Embonpoint et obésité. *Conceptions et thérapeutiques actuelles.* 1931. 196 pages.

LÉPER (M.). — Intoxications et carences alimentaires, par M. Lœper, E. Bioy, J. Cottet, M. Debray, R. Degos, L. Duchon, G. Garcin, E. Gilbrin, A. Lemaire, A. Lesure, G. Marchal, J.-L. Parrot, M. Perrault, P. Soulié, R. Turpin, A. Varray. 1938. 260 pages, 44 figures.

LORENZINI (GIOVANNI). — Leçons sur l'alimentation. *Physiologie. Régimes.* 1933. 326 pages.

MAURIAC (PIERRE). — Le diabète sucré. Leçons professées par MM. E. Aubertin, Ed. Bessière, P. Broustet, O. Hirsch, P. Mauriac, R. Sarric, M. Traissac, F.-J. Traissac, à l'Hôpital Saint-André de Bordeaux. (Service du Professeur Mauriac). 1935. 214 pages.

RATHERY (F.). — Quelques vérités premières (ou soi-disant telles) sur les maladies de la nutrition. 1937. 64 pages. (*Collections des Vérités premières*).

## OPHTALMOLOGIE

- BOLLACK (J.), M. DAVID, P. PUECH. — Les arachnoïdites optochiasmatiques. *Étude ophtalmologique et neuro-chirurgicale*. 1937. 300 pages, 76 figures.
- CUÉNOD (A.) et ROGER NATAF. — Biomicroscopie de la conjonctive. 1934. 264 pages, 6 figures, 34 planches en couleurs.
- DOCUMENTA OPHTALMOLOGICA. — Synthèses scientifiques d'ophtalmologie. Comité directeur : Adler (Philadelphia), Bailliart (Paris), Duke-Elder (London), Fischer (Utrecht), Regnar-Granit (Helsingfors), Hecht (New-York), Henie (Kiel), Magitot (Paris), Wald (Cambridge Mass.), Weve (Utrecht). Volume I. 1938. 482 pages, 27 figures.
- HAMBRESIN (L.). — Les médications de choc en ophtalmologie. 1938. 252 pages, 11 figures.
- HARTMANN (EDWARD). — La Radiographie en ophtalmologie. *Atlas clinique*. 1936. 380 pages, 391 figures. Relié toile.
- LEMOINE (P.) et G. VALOIS. — Éléments de biomicroscopie oculaire. 1931. 302 pages, 156 figures.
- MAY (C.-H.). — Manuel des maladies de l'œil, à l'usage des étudiants et des praticiens. 6<sup>e</sup> édition française (d'après la quatorzième édition originale), 1936. 560 pages, 376 figures dont 78 en couleurs formant 25 planches.
- MORAX (V.). — Précis d'ophtalmologie, 4<sup>e</sup> édition refondue, 1931. 896 pages, 453 figures, 4 planches en couleurs. Broché ou cartonné toile.
- RENARD (G.) et A. PASCAL MEKDJIAN. — La migraine ophtalmique. 1937. 146 pages, 8 figures. (*Collection Médecine et Chirurgie : Recherches et Applications : n° 8*).
- SAINT-MARTIN (R. DE). — L'extraction capsulo-lenticulaire de la cataracte. 1935. 484 pages. 75 fig., 15 planches en couleurs.
- TERRIEN (F.). — Chirurgie de l'œil et de ses annexes. 3<sup>e</sup> édition 1927. 646 pages, 502 figures.
- TERRIEN (F.), P. VEIL et M.-A. DOLLFUS. — Le décollement de la rétine et son traitement. 1936, 164 pages, 45 figures, 4 planches en couleurs.

## OS — ARTICULATIONS

- BASSET (ANTOINE). — Le genou. *Anatomie chirurgicale et radiographique. Chirurgie opératoire*. 1932. 192 pages 120 figures.
- BASSET (ANTOINE) et J. MIALARET. — L'épaule. *Anatomie des formes extérieures. Anatomie radiographique. Chirurgie opératoire*. 1934. 292 pages, 116 figures.
- BUFNOIR (PAUL). — Les arthrodèses dans la coxalgie. *Indications, Techniques. Résultats éloignés*. 1933. 110 pages, 9 planches.
- CALVÉ (J.). — La tuberculose ostéo-articulaire. *Évolution, diagnostic de début et traitement*, avec la collaboration de M. Galland et M. Mozer. 1935. 208 pages, 101 figures.
- CHIGOT (P.-LOUIS). — L'enchevillement central des fractures diaphysaires. 1937. 104 pages, 29 figures.
- DESTOT (ÉTIENNE). — Traumatismes du pied et rayons X. *Malléoles, Astragale, Calcanéum, Avant-pied*. 2<sup>e</sup> édition, 1937. 292 pages, 156 figures.
- GLORIEUX (P.) et C. RÆDERER. — La spondylolyse et ses conséquences. *Spondylolisthésis, Scoliose listhésique*. 1937. 208 p. 138 figures.
- HARET (G.), A. DARIAUX et J. QUÉNU. — Atlas de Radiographie osseuse. — I. Squelette normal. 2<sup>e</sup> édition refondue et très augmentée, 1931. Grand in-4° (25 × 32), 186 pages, 149 figures. Relié toile.
- HARET (G.), A. DARIAUX, J. QUÉNU, E. SORREL et Mme Y. SORREL-DÉJERINE. — Atlas de Radiographie osseuse. — II. Squelette pathologique. *Lésions traumatiques, lésions non traumatiques*. 1931. Grand in-4° (25 × 32), 344 pages, 897 figures, 519 radios, 378 schémas. Relié toile en 1 ou 2 volumes.
- LEVEUF (JACQUES), CH. GIRODE et R.-CH. MONOD. — Traitement des fractures et luxations des membres. 2<sup>e</sup> édition refondue, 1935. 442 pages, 313 figures.
- MALLET-GUY (P.). — Le traitement non sanglant des fractures du rachis. 1938. 119 pages, 54 figures.
- MENEGAUX (G.) et D. ODIETTE. — L'ostéosynthèse au point de vue biologique. *Influence de la nature du métal. Étude expérimentale*. 1936. 175 pages, 71 figures.

- MARINESCO (G.), N. JONESCO-SISESTI, O. SAGER, A. KREINDLER. — *Le tonus des muscles striés. Étude expérimentale et clinique.* 1938. 565 pages, 74 figures.
- MICHEL (G.), M. MUTEL et R. ROUSSEAU. — *Les traumatismes fermés du rachis.* 1933. 330 pages, 84 fig.
- PERGOLA (J.). — *Myosites. Abscès des muscles.* 1935. 166 pages, 8 figures.
- POLICARD (A.). — *Physiologie générale des articulations à l'état normal et pathologique.* 1936. 214 pages, 25 figures.
- SABRAZÈS (J.), G. JEANNENEY, R. MATHEY-CORNAT. — *Les tumeurs des os. Tumeurs bénignes, Tumeurs malignes, Tumeurs à cellules géantes, Kystes osseux, Dystrophies ostéokystiques.* 1932. 427 pages, 165 figures.
- SORREL (E.) et Mme SORREL-DÉJERINE. — *Tuberculose osseuse et ostéo-articulaire.* 1932. Grand in-4° (25 × 32), de 514 pages avec 640 figures. Relié toile en 1 ou 2 volumes.

## TRAITÉ DE CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

PUBLIÉ SOUS LA DIRECTION DE MM.

L. OMBRÉDANNE et P. MATHIEU

SECRÉTAIRES DE LA RÉDACTION:

M. LANCE, G. HUC et P. PADOVANI

*Cinq volumes formant 4.550 pages avec 3.000 figures.*

- TOME I. *Physiologie, Pathologie et Thérapeutique générales.* 902 pages, 433 figures.
- TOME II. *Physiologie, Pathologie et Thérapeutique générales (fin). Rachis, membre supérieur.* 1937. 1.020 pages, 728 figures.
- TOME III. *Rachis, membre supérieur (suite et fin).* 1937. 954 pages, 752 figures.
- TOME IV. *Bassin, membre inférieur.* 905 pages, 647 figures.
- TOME V. *Bassin, membre inférieur (suite et fin). Techniques générales. Législation des séquelles et invalidités.* 706 pages, 473 figures.

## OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

- AUBRY (M.) et M. OMBRÉDANNE. — *Étude oto-neurologique et chirurgicale du vertige. Indications et résultats de la chirurgie intracrânienne du nerf auditif.* 1938. 248 pages, 47 figures.
- BACLESSE (F.). — *Le diagnostic radiologique des tumeurs malignes du pharynx et du larynx. Étude anatomo-topographique et radiographique.* 1933. 270 pages, 236 figures.
- BOURGEOIS (R.). — *Les hydrocéphalies aiguës et subaiguës d'origine otique. Accidents méningés otogènes purement hypertensifs.* 1935. 178 pages.
- CAMBRELIN (G.). — *L'Amygdale linguale.* 1937. 142 pages, 34 figures.
- CANUYT (G.). — *Les maladies du pharynx. (Clinique et Thérapeutique).* 1936. 790 pages. 216 fig. Broché ou cartonné toile.
- CANUYT (G.) et P. DAULL. — *Les phlegmons de la loge amygdalienne. Diagnostic et traitement.* 1934. 138 pages, 35 figures (*Collection Médecine et Chirurgie pratiques*).
- CANUYT (G.) et CH. WILD. — *Le traitement des hémorragies et la transfusion sanguine d'urgence en oto-rhino-laryngologie.* 1935. 206 pages, 10 figures.
- CHATELLIER (HENRI-PIERRE). — *Initiation aux examens courants de la gorge, du nez et des oreilles.* 1932. 324 pages, 152 figures.
- LAURENS (GEORGES). — *Oto-rhino-laryngologie du médecin praticien. 6<sup>e</sup> édition revue et augmentée, 1934.* 532 pages, 587 figures. (*Collection du Médecin praticien*).
- LAURENS (GEORGES). — *Précis d'oto-rhino-laryngologie, avec la collaboration de Maurice Aubry et André Lemariéy.* 1931. 1.224 pages, 428 figures, 8 planches. Broché ou cart. toile.
- LAURENS (GEORGES). — *Chirurgie de l'oreille, du nez, du pharynx et du larynx. 3<sup>e</sup> édition entièrement refondue, 1935.* 1.075 pages, 787 figures. Broché ou cartonné toile.
- MOULONGUET (ANDRÉ). — *Manuel d'expertise en otologie. Dépistage des simulateurs, pensions, assurances, accidents.* 1933. 106 pages.

OMBRÉDANNE (MARCEL). — Quelques vérités premières (ou soi-disant telles) en oto-rhino-laryngologie. 1937. 86 pages. (*Collection des Vérités premières*).

POINSO (R.). — La Diphtérie maligne. 1935. 112 pages, 12 figures.

PORTMANN (G.) et H. RETROUVEY. — Les voies aériennes et la tuberculose. 1935. 312 pages, 30 figures.

PORTMANN (GEORGES). — Traité de technique opératoire oto-rhino-laryngologique, publié avec la collaboration de MM. H. Retrouvey et Jean Despons, Paul Leduc et G. Martinaud. 1932. 866 pages, 467 figures, 2 planches en couleurs. Broché ou cartonné toile en un ou 2 volumes.

RAMADIER (J.-A.) et R. CAUSSÉ. — Traumatismes de l'oreille. *Fractures du Rocher, Coups de feu de l'Oreille, Commotions labyrinthiques, Expertises et Otologie*. 1937. 150 pages, 15 fig.

TERRACOL (J.). — Les maladies des fosses nasales, avec la collaboration des Pr. J. Delmas, J. Margarot, P. Lamarque et de MM. A. Debidour, Ch. Dejean, H.-L. Guibert, J. Tarneau. 1936. 554 pages, 223 figures. Broché ou cartonné toile.

TERRACOL (J.). — Les maladies de l'œsophage, avec la collaboration de J. Baumel, S. Belinoff, P. Betoulières, J. Delmas, G. Despons, F.-G. Eeman, H.-L. Guibert, P. Guns, M.-H. Harant, F. Haslinger, P. Lamarque, Mounier-Kuhn, A. Péroni, M. Sargnon, J. Vialle, M. Wisner, M. Worms. 1938. 664 pages, 352 figures. Broché ou cartonné toile.

## PARASITOLOGIE

BRUMPT (E.). — Précis de Parasitologie. 1936. 5<sup>e</sup> édition. 2 volumes formant 2.140 pages avec 1.085 figures et 4 planches. (*Collection de Précis Médicaux*). Brochés ou cartonnés toile.

JOYEUX (Ch.) et A. SICÉ. — Précis de Médecine coloniale. 2<sup>e</sup> Édition refondue. 1937. 1.250 pages, 240 figures. (*Collection de Précis Médicaux*). Broché ou cartonné toile.

MORÉNAS (L.). — Étude morphologique et biologique sur les flagellés intestinaux parasites des muridés. *Étude comparative des flagellés du cobaye*. 1938. 234 pages.

TOUMANOFF (C.). — L'anophélisme en Extrême-Orient. 1936. 548 pages, 25 figures.

## PÉDIATRIE

BABONNEIX (L.). — Précis de thérapeutique infantile, 1932. 508 pages. (*Collection de Précis Médicaux*). Broché ou cartonné toile.

BABONNEIX (L.). — Actualités infantiles. *Leçons faites à l'hôpital Saint-Louis* (Annexe Grancher), sous la direction du Dr L. Babonneix. 1932. 288 pages, 53 figures.

BABONNEIX (L.). — Les Régimes chez l'enfant. 1936. 608 pages.

BOURGUIN (F.). — La protection sociale de l'enfance en France. 1938. 184 pages.

BROCA (ROBERT) et JULIEN MARIE. — L'Année pédiatrique. Première année, 1934. 168 pages, 46 figures. Deuxième année, 1936. 204 pages, 78 figures.

CARRIÈRE (G.). — La Diphtérie. 1936. 214 pages, 46 figures, 3 planches en couleurs.

CATHALA (J.). — Pathologie du nourrisson. 1931. 190 pages. (*Collection des Initiations médicales*).

COMBY. — Quatre cents consultations médicales pour les maladies des enfants. 9<sup>e</sup> édition. 1931. 552 pages.

COMBY (M. Th.). — Les encéphalites aiguës post-infectieuses de l'enfance. 1935. 176 pages, 6 figures.

DEBRÉ (R.). — Quelques vérités premières (ou soi-disant telles) en pédiatrie. 1938. 80 pages. (*Collection des Vérités premières*).

DEBRÉ (R.), P. JOANNON et M.-T. CRÉMIEU-ALCAN. — La mortalité infantile et la mortinatalité. 1933. 464 p., 158 fig.

LAROCHE (Guy). — La puberté. *Étude clinique et physiopathologique*, avec la collaboration de M. Boigey, E. Bompard, A. Desaux, R. Ducroquet, L. de Gennes, A. Hammel, T. Hernando, M. Hirsch, J.-A. Huet, H. Lagrange, E. Layani, P. Le Noir, C. Lian, G. Maranon, Ét. May, L. Meurs-Blatter, Ch. Richet, H. Simonnet, H. Welti. 1938. 350 pages avec figures.

LEREBoullet (P.). — Manuel de Puériculture. 2<sup>e</sup> édition revue et corrigée. 1936, 230 pages, 56 figures.

LESAGE (A.). — Enfance et hérédité. 1933. 104 pages, 6 figures, 6 planches.

LÉVY (MAX. M.). — L'acidose et l'insuffisance rénale aiguë chez le nourrisson. 1932. 102 pages.

MARFAN. — Clinique des maladies de la première enfance. 1<sup>re</sup> série, 2<sup>e</sup> édition, 1931. 715 pages, 39 figures.

MARFAN. — Traité de l'allaitement et de l'alimentation des enfants du premier âge. 4<sup>e</sup> édition, 1929. 990 pages, 40 fig.

MARFAN. — Les affections des voies digestives et les états de dénutrition dans la première enfance. 2<sup>e</sup> édition, 1930. 736 pages, 39 figures, 2 planches hors texte en couleurs.

MARFAN (A.-B.). — Études sur les maladies de l'Enfance. 1936. 192 pages.

NOBÉCOURT. — Clinique médicale des enfants. 1927-1936.

*Affections de l'appareil respiratoire, 1<sup>re</sup> série, 2<sup>e</sup> édition.* 1930.

*Affections de l'appareil respiratoire, 2<sup>e</sup> série.* 1930.

*Affections de l'appareil urinaire.* 1927.

*Affections du système nerveux.* 1928.

*La tuberculose.* 1929.

*Affections des organes hémato-lymphopoiétiques et du sang.* 1931.

*Maladies infectieuses. 1<sup>re</sup> partie.* 1932.

*Maladies infectieuses. 2<sup>e</sup> partie.* 1933.

*Affections de l'appareil digestif et de l'abdomen.* 1934.

*La syphilis chez l'enfant.* 1935.

*Troubles de la croissance, de la puberté, de la nutrition et des glandes endocrines.* 1936.

NOBÉCOURT (P.) et G. BOULANGER-PILET. — Thérapeutique hydro-climatologique en pédiatrie. 1933. 195 pages.

PICHON (Ed.). Le développement psychique de l'Enfant et de l'Adolescent. *Évolution normale, Pathologie, Traitement.* 1936. 248 pages, 39 figures.

POINSO (R.). — La diphtérie maligne. 1935. 112 pages, 12 figures.

POUCEL (J.). — La sténose hypertrophique du pylore chez le nourrisson. 1933. 108 pages, 16 figures, 8 planches.

RIBADEAU-DUMAS et M. LATASTE. — Les nourrissons débiles et prématurés. *Étude diététique.* 1935. 106 p., 10 fig.

RUDAUX et MONNET. — Guide pratique de la mère. *Manuel de puériculture appliquée pour les deux premières années de l'Enfance. Notions élémentaires de Puériculture.* 3<sup>e</sup> édition, 1937. 200 pages, 49 figures.

TERRIEN (EUGÈNE). — Pédiatrie pratique. *Répertoire de mises au point. Indications et moyens thérapeutiques.* 1936. 248 pages.

VIGNES (H.) et G. BLECHMANN. — Les prématurés. *Physiologie. Étude clinique et thérapeutique.* 1933. 164 p., 40 fig.

---

---

## TRAITÉ DE MÉDECINE DES ENFANTS

Publié sous la direction

de MM. P. NOBÉCOURT et L. BABONNEIX

5 volumes formant 4.896 pages avec 1.520 figures et 8 planches en couleurs brochés ou reliés.

---

---

Tome I (988 pages). — *Table générale des matières des 5 volumes. Introduction. Maladies de la nutrition, de la croissance; Pathologie des glandes endocrines.*

Tome II (960 pages). — *Les infections; Maladies du sang; Affections des organes hématopoiétiques.*

Tome III (1.088 pages). — *Affections de l'appareil circulatoire; Affections de l'appareil digestif (début).*

Tome IV (960 pages). — *Affections de l'appareil digestif (fin); Affections de l'appareil génito-urinaire; Intoxications; Affections des os; Dermatologie; Ophtalmologie; Psychiatrie.*

Tome V et dernier (900 pages). — *Neurologie; Thérapeutique infantile; Table alphabétique générale des matières contenues dans les 5 volumes.*

## PHYSIOLOGIE

- ARTHUS (M.). — Précis de Chimie physiologique. 11<sup>e</sup> édition, 522 pages, 111 figures, 3 planches en couleurs. (*Collection de Précis Médicaux*). Broché ou cartonné toile.
- BINET (LÉON). — Leçons de physiologie. Ouvrage écrit en collaboration. 1935. 246 pages, 53 figures, 6 planches en couleurs.
- Deuxième Série. 1937. 150 pages avec figures.
- BINET (LÉON). — Six conférences de physiologie. 1935. 74 pages, 17 figures.
- DAUTREBANDE (LUCIEN). — Physiopathologie de la thyroïde. *Diagnostic et traitement des goitres*, avec la collaboration du Dr A. Lemort. 1931. 328 pages, avec 36 figures.
- FIESSINGER (NOEL). — Physiopathologie des traversées chimiques et bactériennes dans l'organisme. 1934. 370 pages, 6 figures, 4 planches.
- GAUTRELET (JEAN). — Éléments de technique physiologique. 1932. 420 pages, 287 figures.
- GELHORN (E.) et JEAN RÉGNIER. — La perméabilité en physiologie et en pathologie générale. 1936. 928 pages.
- LABBÉ (MARCEL) et M. FABRYKANT. — Le phosphore. *Techniques chimiques, Physiologie, Pathologie, Thérapeutique*. 1933. 396 pages, 79 tableaux.
- MIDY (Robert M.). — Le Conjonctif histiocytaire. *Système réticulo-endothélial*. 2<sup>e</sup> édition revue, 1935. 370 pages, 35 figures hors texte.
- POLICARD (A.). — Six conférences d'histophysiologie normale et pathologique. 1935. 116 pages.
- ROGER et BINET. — Traité de physiologie normale et pathologique. 1928-1935. 11 volumes brochés ou cartonnés.
- Chaque volume peut être vendu séparément.
- Demander le prospectus spécial.
- SIMONNET. — L'hormone folliculaire en physiologie normale et pathologique. *Étude expérimentale, clinique et thérapeutique*. 1937. 532 pages.

## RADIOLOGIE - RADIOTHÉRAPIE

- AUBOURG (P.), C. LAVILLE et P. LE GO. — La négativation électrique. *Théorie, premiers résultats cliniques*. 1934. 146 pages.
- AUDIAT (J.). — L'action des Rayons ultra-violets et des Rayons X sur les nerfs périphériques. 1935. 88 pages, 23 figures.
- BACLESSE (F.). — Le diagnostic radiologique des tumeurs malignes du pharynx et du larynx. *Étude anatomo-topographique et radiographique*. 270 pages, 326 figures.
- DELHERM (L.) et HENRI BEAU. — La radiothérapie des syndromes organo-végétatifs. *Sympathicotomies, vagotomies, amphotomies*. 1935. 158 pages, 6 figures. (*Collection Médecine et Chirurgie pratiques*).
- DESPLAS, MOULONGUET et MALGRAS. — L'Exploration radiologique post-opératoire de la voie biliaire principale. 120 pages, 40 figures.
- DESTOT (ÉTIENNE). — Traumatismes du pied et Rayons X. *Malléoles, Astragale, Calcanéum, Avant-pied*. 2<sup>e</sup> édition, 1937. 292 pages, 156 figures.
- LEDoux-LEBARD (R.). — Manuel de Radiodiagnostic clinique. 1933. 1.076 pages. 1.143 figures. Broché ou cartonné toile en 1 ou 2 volumes (pour l'étranger).
- MATHEY-CORNAT (R.). — Radiothérapie gynécologique. *Curie et Röntgenthérapie*. 1936. 370 pages, 83 figures.
- MOREL-KAHN. — L'Année électro-radiologique. 1<sup>re</sup> année publiée en 1934, 232 pages, 38 figures.  
2<sup>e</sup> année, publiée en 1935. 266 pages, 40 figures.
- REBOUL (H.). — Artériographie des membres et de l'aorte abdominale. 1935. 140 pages, 82 figures.
- SANTOS (DOS) REYNALDO, A.-C. LAMAS et J.-P. CALDAS. — Artériographie des membres et de l'aorte abdominale. 1931. 192 pages, 53 figures.
- ZIMMERN (A.) et CHAVANY. — Diagnostic et thérapeutique électro-radiologique des affections du système nerveux. 1930. 654 pages, 251 figures. Broché ou cartonné toile.

## TRAITÉ D'ÉLECTRORADIOTHÉRAPIE

Directeurs de l'ouvrage :

L. DELHERM et A. LAQUERRIÈRE

Secrétaire général : H. MOREL-KAHN.

Secrétaire-adjoint : H. FISCHGOLD.

2 vol. formant 2.018 pages avec 450 fig., brochés ou reliés.

### TOME I.

Table générale du Traité. Aperçu historique. Action générale des courants et des radiations sur l'organisme.

1<sup>re</sup> Partie. Les courants et les radiations. Nature. Formes utilisées. Physiologie. Techniques générales.

2<sup>e</sup> Partie. Clinique électroradiothérapique : I. Maladies du système nerveux. II. Affections de l'appareil locomoteur et accidents du travail. III. Affections des glandes endocrines. IV. Maladies dues à un trouble de la nutrition.

### TOME II.

V. Maladies générales de la petite enfance. VI. Maladies de la peau. VII. Voies respiratoires. VIII. Appareil cardio-vasculaire. IX. Maladies du sang. X. Maladies du système conjonctif et lymphatique. XI. Tube digestif. XII. Appareil urinaire et appareil génital mâle. XIII. Appareil génital de la femme. XIV. Affections inflammatoires. XV. Pathologie exotique. XVI. Corps étrangers. XVII. Applications chirurgicales. XVIII. Oto-rhino-laryngologie. XIX. Oculistique. XX. Stomatologie. XXI. Législation. — Index alphabétique.

## LES ATLAS DE RADIOLOGIE

Volumes grand in-4° avec très importante illustration, reliés toile, tête dorée.

Appareil digestif, voir DUVAL, GATELLIER-MAINGOT, page 7.

Appareil respiratoire, voir SERGENT, page 10.

Système osseux, voir HARET, page 33.

Tuberculose osseuse, voir SORREL, page 34.

Ophtalmologie, voir HARTMANN, page 32.

## STOMATOLOGIE

ACKERMANN (F.). — Dentures et dentiers complets. *Étude anatomique, physiologique, technique et pratique*. 1930. 538 pages, avec 538 figures. Broché ou cartonné toile.

ACKERMANN (F.). — L'articulé dentaire normal. *Ses modifications locales, régionales et générales*. 1935. 66 pages, 48 figures.

BOULAND (A.) et L. LEBOURG. — Manuel de dessin dentaire à l'usage des candidats à l'examen de validation du stage. 3<sup>e</sup> édition. 1932. 104 pages, 67 figures.

COSTER (de). — L'orthodontie à base d'acier. *Applications des métaux inoxydables au traitement biologique des malformations dento-faciales*. 1935. 204 pages, 107 figures.

DECHAUME (M.). — La haute fréquence en stomatologie. *Diathermie et diathermo-coagulation. Effluvation. Bistouri électrique*. 1932. 122 pages, 43 figures.

DECHAUME (M.) et L. DÉROBERT. — L'expertise en stomatologie. 1937. 152 pages, 70 figures.

DUFOURMENTEL (L.). — Chirurgie de l'appareil temporo-maxillaire. 1929. 228 pages, 69 figures.

RÉAL (P.). — Stomatologie du médecin praticien. 3<sup>e</sup> édition, 1926. 302 pages, 69 figures, 4 planches.

RUPPE (CHARLES). — Sémiologie des affections de la bouche et des dents. 1935. 272 pages, 53 figures.

VEAU (VICTOR). — Division palatine. *Anatomie. Chirurgie. Phonétique*. 1931. 568 pages, 786 figures.

VEAU (VICTOR). — Bec de lièvre. *Formes cliniques. Chirurgie*, avec la collaboration de Jacques Récamier. 1937. 326 pages. 1.214 figures.

Voir page suivante :

LA PRATIQUE STOMATOLOGIQUE

publiée sous la direction du

D<sup>r</sup> CHOMPRET.

## LA PRATIQUE STOMATOLOGIQUE

publiée sous la direction du  
D<sup>r</sup> CHOMPRET.

### VOLUMES PUBLIÉS :

- Tome I. — ROUSSEAU-DECELLE et RAISON. — Pathologie buccale, péri-buccale et d'origine buccale. 1933. 572 pages, 196 figures. Broché ou cartonné toile.
- Tome II. — BERCHER, FARGIN-FAYOLLE, FLEURY et LACAISSE. — Pathologie dentaire. 1935. 562 pages, 288 figures. Broché ou cartonné toile.
- Tome III. — CHOMPRET, DECHAUME et RICHARD. — Technique chirurgicale bucco-dentaire. 1935. 284 pages, 174 figures. Broché ou cartonné toile.
- Tome IV. — NESPOULOUS (POL). — Dentisterie opératoire. 1930. 542 pages, 263 figures. Broché ou cartonné toile.
- Tome V. — GUILLY, L'HIRONDEL et THIBAUT. — Prothèse dentaire amovible. 1938. 770 pages, 815 figures.
- Tome VII. — IZARD (G.). — Orthodontie. 1939. 2<sup>e</sup> édition (en préparation).
- Tome VIII. — PONROY et PSAUME. — Restauration et prothèse maxillo-faciales. — Fractures. Pertes de substance. Différents. 1935. 504 pages, 338 figures. Broché ou cartonné toile.

### VOLUMES A PARAÎTRE :

- Tome VI. — BÉLIARD et VILENSKY. — Couronnes et bridges.
- Tome IX. — LACRONIQUE (M.). — Radiographie et agents physiques.

## THÉRAPEUTIQUE

### PHARMACOLOGIE

- ARMAND-DELILLE (P.-F.). — Héliothérapie, actinothérapie et stérils irradiés. 1931. 190 pages, 84 figures.
- DAUTREBANDE. — Oxygénothérapie et carbothérapie. 1937. 300 p.
- DAUTREBANDE (L.), E. PHILIPPOT, F. NOGARÈDE et R. CHARLIER. — Travaux pratiques et démonstrations de pharmacodynamie. 1938, 134 pages, 56 figures.
- DELEANU, FABRE et CONIVER. — Index Médico-Pharmaceutique. 1937. 756 pages, dont 488 tableaux.
- HUGOUNENQ (L.) et G. FLORENCE. — Principes de pharmacodynamie. *Constitutions chimiques, propriétés physiologiques.* 1928. 392 pages.
- LEBEAU (P.) et G. COURTOIS. — Traité de Pharmacie chimique. 2<sup>e</sup> édition. 1938. 2 tomes formant 3 volumes, au total 3.380 pages.
- TOME I. *Médicaments fournis par la chimie minérale et la chimie organique (série acyclique).* 1.240 pages.
- TOME II. Fascicule I. *Médicaments fournis par la chimie organique (série cyclique et terpénique, dérivés azotés acycliques et cycliques, composés organo-minéraux).* 1.096 pages.
- Fascicule II. *Médicaments fournis par la chimie organique (série hétéro-cyclique ; matières colorantes, alcaloïdes, glucosides et albuminoïdes.* 1.045 pages.
- LECLERC (H.). — Précis de phytothérapie. *Essai de thérapeutique par les plantes françaises.* 3<sup>e</sup> édition revue et augmentée, 1934. 308 pages.
- LÉVY (J.). — Essais et dosages biologiques des substances médicamenteuses. 1930. 148 pages.

LOEPER. — *Thérapeutique Médicale. Publiée sous la direction de Maurice LOEPER.*

- I. *Maladies du tube digestif.* 1930.
- II. *Aliments médicaments.* 1930.
- IV. *Poumons et Tuberculose.* 1932.
- V. *Peau, syphilis et cancer.* 1932.
- VII. *Vaisseaux et reins.* 1934.
- VIII. *Système nerveux.* 1935.
- IX. *Maladies infectieuses et parasitaires.*

LORTAT-JACOB et G. SOLENTE. — *La cryothérapie.* 1930. 246 pages, 38 figures.

LYON et LOISEAU. — *Formulaire thérapeutique.* 14<sup>e</sup> édition, 1927. 863 pages, relié souple.

ORDONNANCES (LES) du médecin praticien. — 285 *Répertoires de thérapeutique clinique.* 4<sup>e</sup> édition, 1938. 544 pages.

RAVINA (A.). — *L'Année thérapeutique. Médicaments et procédés nouveaux.* 12<sup>e</sup> année, 1937. 202 pages.

RICHAUD (A.) et R. HAZARD. — *Précis de thérapeutique et de pharmacologie.* 7<sup>e</sup> édition entièrement refondue, 1935. 1.257 pages, 34 figures. (*Collection de Précis Médicaux*). Broché ou cartonné toile.

RICHT (CH.), J. SURMONT et P. LE GO. — *La pyrétothérapie.* 1938. 192 pages, 28 figures.

SAVY (P.). — *Traité de Thérapeutique Clinique.* 2<sup>e</sup> édition, 1938. 2.776 pages. Ouvrage complet en 3 volumes. Brochés ou cartonnés toile.

STERNON (F.). — *Quelques aspects de l'art pharmaceutique et du médicament à travers les âges.* 1933. 238 pages. (*Bibliothèque scientifique belge*).

VILLARET (M.), L. JUSTIN-BESANÇON et R. CACHERA. — *Recherches expérimentales sur quelques esters de Choline.* 1934. 254 pages, 79 tracés.

ZUNZ (ED.). — *Éléments de pharmacodynamie spéciale. Action des divers médicaments.* 1932. 2 vol. formant 1.272 pages, 167 figures, 81 tableaux.

## UROLOGIE

AMBARD (L.). — *Physiologie normale et pathologique des reins.* 3<sup>e</sup> édition, 1931. 502 pages, 52 figures.

BESANÇON (L. JUSTIN). — *Les fonctions internes du rein.* 1929. 372 pages, 57 figures.

BLANC (H.). — *L'épreuve de la phénol-sulfone-phtaléine en chirurgie urinaire.* 1932. 186 pages.

BLANC et NÉGRO. — *La cystographie. Étude radiologique de la vessie normale et pathologique.* 1926. 191 pages, 108 figures radiographiques.

BLUM (LÉON) et C. VAN CAULAERT. — *Le rôle du sel dans les néphrites. Étude clinique, physiopathologique et thérapeutique,* avec la collaboration de P.-S. Pétrequin. 1931. 294 pages, 4 figures.

CHABANIER (H.) et C. LOBO-ONELL. — *Hypochlorémie et accidents post-opératoires. Étude clinique et thérapeutique.* 1934. 146 pages. (*Collection Médecine et Chirurgie pratiques*).

CHABANIER (R.) et C. LOBO-ONELL. — *Exploration fonctionnelle des reins,* avec la collaboration de MM. Lebert et E. Lelu. 1930. 570 pages.

COTTET (JULES). — *Les troubles de l'élimination urinaire de l'eau.* 1933. 212 pages.

DOSSOT (R.) et M. PALAZZOLI. — *Les urétrites chroniques. Diagnostic et traitement.* 1932. 344 pages, 37 figures, 2 planches en couleurs.

GOVAERTS (P.). — *Le fonctionnement du rein malade. Diurèse, Albuminurie, Œdème, Glycosurie, Classification des Néphropathies. Recherches expérimentales et cliniques.* 1935. 214 pages.

HAMBURGER (JEAN). — *Physiologie de l'innervation rénale.* 1936. 182 pages, 15 figures.

HENRY et DEMONCHY. *Manuel d'urétroscopie.* 1921. 113 pages, 56 figures, 5 planches en couleurs.

HENRY et J. BUSSON. — Manuel d'urétroscopie. — Urétroscopie postérieure. 1931. 80 pages, 50 figures dont 36 en couleurs hors texte.

JANET (J.). — Diagnostic et traitement de la blennorragie chez l'homme et chez la femme. 2<sup>e</sup> tirage. 1930. 536 pages, 143 figures.

LANGERON (L.), M. PAGET et G. FRUCHART. — Le fonctionnement rénal chez les Cardiaques. 1936. 144 pages.

LAUWERS (E.-E.). — Introduction à la chirurgie génito-urinaire. 1936. 198 pages.

LEMIERRE (A.) et L. JUSTIN-BESANÇON. — Thérapeutique hydro-climatologique des maladies du rein et des voies urinaires. 1934. 138 pages, 14 figures.

MARION (G.). — Traité d'urologie. 3<sup>e</sup> édition. 1935. 2 volumes formant ensemble 1.232 pages avec 572 figures et 34 planches hors texte en couleurs. Cartonnés toile.

MARION (G.). — Quelques vérités premières. (ou soi-disant telles) en urologie. 2<sup>e</sup> édition. 1938. 62 pages.

PALAZZOLI (M.). — L'impuissance sexuelle chez l'homme. *Étiologie, Diagnostic, Traitement*. 1935. 284 pages, 7 figures.

STROMINGER (L.). — La colibacillose. *Étude clinique et thérapeutique*. 1935. 248 pages.

VALLERY-RADOT (PASTEUR). — Pathologie de l'appareil urinaire. *Reins, Vessie*. 1933. 200 pages, 10 figures. (*Collection des Initiations médicales*).

VALLERY-RADOT (PASTEUR). — Quelques vérités premières (ou soi-disant telles) sur les maladies des reins. 1937. 68 pages. (*Collection des Vérités premières*).

---

## INDEX GENERALIS

18<sup>e</sup> année, 1938.

Annuaire général des Universités,  
publié sous la direction de R. de MONTESSUS DE BALLORE.  
1938. 2.500 pages. Cartonné toile.

