

Rôle de l'Assistante Sociale dans l'Office et le Centre médico-pédagogique¹

Par N. de Rham, Lausanne

Le Dr Henny vient de broser devant vous une large fresque, où tous les secteurs d'activité du Centre de Guidance Infantile se sont animés sous vos yeux.

A moi de donner maintenant un éclairage particulier au secteur social, au travers des tâches qui lui incombent. A vrai dire, dans les Offices actuels de Romandie, le rôle de l'Assistante Sociale (A.S.) est encore très peu, trop peu développé. Disons brièvement que dans certains Services, elle n'existe pas du tout; dans d'autres, elle travaille à tiers-temps, ou moins encore, et est chargée essentiellement d'accomplir en un temps record un certain nombre de placements familiaux, demandés par tel médecin ou tel psychologue pour l'un ou l'autre de leurs jeunes patients.

Dans les Centres où les enfants résident un certain temps, pour une observation et un traitement médico-psycho-pédagogique, constatons que de nouveau l'élément social manque souvent, et que ce sont les Directeurs ou les Educateurs, déjà surchargés, et pas assez qualifiés pour cela, qui s'occupent d'établir les relations nécessaires avec la famille de l'enfant, d'évaluer ce milieu, et de faire des projets de placement de sortie et de post-cure.

Pour élargir notre point de vue, et pour le clarifier aussi, voyons théoriquement comment le rôle de l'A. S. est conçu dans les Child-Guidance Clinics aux USA, en Angleterre ou en Hollande, pays d'avant-garde en cette matière. Les quelques points que je vais relever ici sont tirés de mon expérience personnelle à l'étranger, et aussi d'un exposé fait à Lausanne en septembre 1956, au sein d'un colloque sur les problèmes de Guidance Infantile, organisé par l'O.M.S.

L'enfant, dans ces Services, est considéré comme une entité qui ne doit pas être séparée de son milieu; il est un individu rattaché à une structure sociale, et relié à d'autres individus par des liens multiples et subtiles. Il ne peut être considéré ni au point de vue diagnostic, ni au point de vue thérapeutique, en dehors de ces relations et interactions.

Dès le début, on a reconnu qu'apporter une aide efficace au patient et à son entourage était une tâche complexe et étendue, se réclamant de plusieurs disciplines: médecine, psychiatrie, psychologie, sociologie et pédagogie. C'est ainsi qu'aux Etats-Unis une collaboration très intime, sur un pied d'égalité, a commencé il y a une cinquantaine d'années, essentiellement entre psychiatres, psychologues et travailleurs sociaux. Tout le travail social en a été influencé, et

¹ Conférence tenue à l'occasion de la réunion annuelle du *Cartel suisse pour la protection de la Santé mentale*.

c'est ainsi qu'est lentement né le casework, méthode de Service Social, qui a pour but d'aider le client à trouver une solution aux problèmes d'adaptation sociale qu'il est incapable de résoudre par ses propres efforts.

Cette méthode se différencie du classique «dépannage» en ce qu'elle essaie toujours de faire appel aux propres ressources du client, qu'elle l'accepte tel qu'il est, et qu'elle respecte son auto-détermination dans toute la mesure du possible. Elle nécessitera donc de bonnes connaissances des relations humaines, des motivations profondes du comportement, des ressources de la communauté, et un temps considérable à consacrer à chaque cas.

Les problèmes d'inadaptation sociale peuvent être dus :

- a) au patient lui-même, à son organisme ou à sa personnalité (cas essentiellement du ressort du psychiatre),
- b) aux circonstances extérieures (chômage, logement, maladie d'un tiers) (cas essentiellement du ressort de l'A.S.),
- c) aux deux facteurs à la fois (ce qui se passe en fait dans la majorité des cas suivis dans les Centres de Guidance Infantile).

Le médecin psychiatre ou le psychothérapeute s'occupera du petit patient lui-même, l'A.S. de sa constellation familiale et de son entourage. Dans toutes les étapes du travail, elle interviendra donc.

1. Travail préparatoire

L'assistante sociale devra se faire une idée sur la situation du patient et de son entourage. Sont-ils en état de bénéficier des soins prévus? Si non, que faire pour les amener à cet état? A elle aussi d'expliquer et d'interpréter longuement aux parents le genre de soins que le Centre va apporter à leur enfant, et la collaboration qu'on attend d'eux.

2. Etablissement d'un diagnostic

Pour le psychiatre, il s'agit surtout de comprendre la personnalité du patient. Pour l'A.S., il s'agit surtout de *comprendre le patient dans sa situation*. Elle essaiera de se former une opinion sur cette situation par :

un contact direct avec le patient (contact variant de profondeur suivant les Centres et le genre du patient);

un contact personnel avec les parents, les proches;

un contact personnel éventuellement avec des tiers (maîtres d'école, tuteurs, infirmières visiteuses, assistantes sociales, voisines, etc.). Ces dernières démarches, toutefois, doivent être pratiquées avec beaucoup de prudence, et avec l'assentiment des intéressés.

L'A.S. aura ainsi noué des contacts utiles avec tout le milieu de l'enfant, et elle apportera au médecin et au psychologue une foule d'éléments utiles pour

l'établissement du diagnostic, qui doit tenir compte de la situation sociale du malade. Elle décharge ainsi considérablement les autres membres de l'équipe, qui pourront se concentrer sur le client numéro 1, l'enfant.

3. Le traitement

Il a pour but d'améliorer la santé psychique du client et d'améliorer son adaptation sociale, parfois en modifiant certains facteurs de cette situation. L'A.S. est responsable de cette seconde partie du traitement.

Elle doit connaître les ressources sociales et les institutions de sa localité, de sa région, de son pays, et savoir si elles peuvent être utilisées pour le cas traité.

D'autre part, l'A.S. est souvent amenée à exercer une action prolongée sur les parents ou un proche du petit patient. Il s'agira de les amener à mieux comprendre et à mieux accepter le comportement de leur enfant; de leur faire mieux réaliser la relation étroite entre leur propre attitude et le comportement de l'enfant. Il faudra encore leur aider à mieux accepter le traitement qu'on lui fait subir, et à se préparer à reprendre seuls en main la responsabilité et la direction de leur enfant, une fois le traitement terminé.

Tout ce travail se fait essentiellement au moyen d'entretiens, qui peuvent varier de fréquence, de durée et d'intensité. Ils peuvent être taxés de psychothérapeutiques, mais il est entendu qu'ils restent dans le domaine du conscient, et traiteront avant tout de faits et de situations actuelles, et touchant les relations parents-enfants.

Si l'un des parents du jeune patient présente lui-même de graves troubles du comportement, une action sur lui dépassera naturellement les compétences de l'A.S., et on l'orientera sur un Service spécialisé pour adultes, une polyclinique psychiatrique par exemple dont il deviendra lui-même le patient.

Si c'est le conflit conjugal qui semble à la base des difficultés de l'enfant, c'est le couple qu'on tentera de faire soigner par un spécialiste.

De toute façon, il est frappant de voir que presque partout on estime préférable que les influences psychothérapeutiques sur les enfants et les parents soient exercées par des personnes différentes. Cela demande de gros efforts de coordination, qui ne me semblent pas assez poussés chez nous encore, et dans lesquels l'A.S. a un rôle très important à jouer, puisqu'elle est généralement celle qui a établi le plus de contacts variés avec les différents membres de la constellation familiale.

4. La post-cure

L'A.S. aura à maintenir un certain contact avec le patient et son milieu après la fin du traitement; elle veillera de loin à leur réadaptation réciproque et progressive, et maintiendra un contact entre eux et le Centre pendant un

temps plus ou moins long. Parfois, elle aura aussi à trouver et à préparer un nouveau milieu d'accueil pour l'enfant.

Les points que je viens de mentionner s'appliquent également aux assistantes des Centres avec traitements ambulatoires et à celles des Centres où les patients résident comme internes. Soulignons cependant que l'A. S. attachée à une Résidence aura l'avantage de connaître plus personnellement les petits patients eux-mêmes, ce qui lui facilitera l'action sur les parents. Notons aussi que l'importance de la post-cure sera particulièrement grande pour les cas sortant de l'internat.

Et voici un exemple qui illustrera l'action très rapide et limitée d'une A. S. auprès de la mère d'un garçon placé dans un Centre médico-pédagogique. Il s'agissait de faire accepter à cette mère la poste-cure de son fils, sous forme d'un placement familial.

L'enfant Bernard, âgé de 9 ans, est placé en observation dans notre Pavillon médico-pédagogique, par la Chambre des Mineurs, à la suite de petits vols d'argent ou de nourriture et de jeux sexuels avec un adulte et des enfants. Il arrive d'un placement familial à la campagne. Sa mère est internée depuis plusieurs mois, et, pour la seconde fois, pour vols et abus de confiance. Elle était représentante de commerce. Le père, mou et maladif, au chômage en permanence, nous amène son fils. Il nous dit être en instance de divorce et prêt à céder l'enfant à sa femme. A cause de la dislocation familiale, Bernard, depuis quelques mois, a été constamment placé et déplacé. Après trois mois d'observation, nous constatons que le père se désintéresse de plus en plus du sort de son fils, et que nous ne pouvons compter sur lui. Nous réalisons au contraire combien Bernard est attaché à sa mère, et combien son comportement dissocial est réactionnel aux disparitions et condamnations de celle-ci, car il est au courant de tout. Pour l'équilibre affectif de l'enfant tout d'abord et pour ne pas mettre cette mère devant un fait accompli au moment du jugement de l'enfant, l'A. S. du Centre décide d'aller la voir dans sa prison.

Le premier entretien a donc lieu à la prison; la mère de Bernard est heureuse et émue d'avoir des nouvelles de son fils; mais elle se montre d'abord hostile à l'égard de tous ceux qui s'occupent de son fils, et c'est sur les autres qu'elle rejette toute la responsabilité des difficultés de l'enfant. Après l'avoir écoutée longuement, l'assistante insiste sur l'attachement de Bernard pour sa mère, et lui demande si elle ne pense pas que ses propres difficultés ont pu avoir une certaine influence sur lui; la mère acquiesce et fait montre, pour finir, d'un certain sens de sa responsabilité vis-à-vis de l'enfant. On lui propose de venir voir le médecin qui soigne son fils, et elle accepte avec empressement, tout en priant l'assistante de faire elle-même les démarches pour lui obtenir permission de sortir. Les deux interlocutrices se quittent avec cordialité et satisfaction réciproque.

La permission de sortie exceptionnelle ayant été demandée et accordée pour la mère de Bernard, elle se présente au Centre médico-pédagogique trois semaines plus tard, accompagnée d'une surveillante. Elle voit d'abord l'assistante, et a une attitude très provocante et hostile; en visitant la Maison, se montre très critique, et sort, pour le compte de son fils, toutes ses revendications de détenue. Retrouve son fils avec joie, et lui manifeste beaucoup d'affection. Avec le docteur, d'abord assez provocante, elle s'adoucit petit à petit, et accepte sans trop de difficulté l'idée d'un placement familial pour Bernard à la sortie du Centre, tout en gardant l'idée qu'elle reprendra l'enfant plus tard, quand sa situation personnelle se sera améliorée. Voit encore l'assistante un moment avant de s'en aller; cette dernière lui propose de collaborer au choix de la famille qu'on proposera comme placement pour Bernard; la mère accepte avec condescendance, et déclare que ce doit être une excellente famille. Elle part, sans que le bon contact du premier entretien ait été rétabli.

Deux jours avant le jugement de Bernard, et donc de sa sortie du Centre, troisième entrevue avec la mère. Elle a pris elle-même un rendez-vous avec l'assistante, et libérée de prison depuis deux jours, elle arrive toute pimpante, et beaucoup plus conciliante que la fois précédente. Elle est inquiète du jugement de son fils, et l'assistante la rassure; elle lui parle aussi longuement de la famille proposée pour Bernard, et lui propose d'aller la voir elle-même; la mère dit que Bernard lui a déjà parlé de cette famille, qu'il a vue une fois avec tant d'enthousiasme qu'elle fait confiance à l'assistante, et ira voir la famille en y accompagnant l'enfant, si cette proposition est acceptée par la Chambre des Mineurs.

La quatrième entrevue a lieu à la Chambre des Mineurs, lors du jugement de Bernard. La mère s'y montre très positive et collaborante. La proposition de placement familial est acceptée, et il est décidé que c'est la mère elle-même qui y accompagnera son enfant le lendemain. L'enfant lui aussi, rassuré par la collaboration qu'il sent entre les autorités qui s'occupent de lui et sa mère, accepte la mesure d'une façon très positive.

Les exemples pourraient se multiplier, mais ils allongeraient indéfiniment ce travail. Résumons les interventions sociales que l'A.S. du Centre sera amenée à pratiquer couramment, sur le milieu familial et sur l'enfant lui-même :

a) aider une mère à trouver du travail à domicile; procurer une aide familiale à une mère; procurer des vacances à une mère; éloigner un tiers inadapté de la constellation familiale (oncle, grands-parents, etc.). Orienter les frères et sœurs vers une colonie de vacances; aider la famille à réaliser un projet de déménagement; aider un père à trouver un autre travail. Orienter les parents sur telle ou telle consultation, sur l'École des parents, sur un groupe de mères . . .

b) trouver et préparer pour l'enfant un parrainage ou une famille d'accueil; préparer la rentrée scolaire officielle (rapports et visites aux directeurs et maîtres, organisation de leçons particulières).

Dans le cadre du Centre-Internat, on multipliera autant que possible les contacts famille-enfants, d'abord à l'intérieur de la maison, puis en dehors, et dans les véritables foyers des enfants. On parvient ainsi à travailler et à discuter avec les petits patients et avec leurs parents sur des situations et des relations réelles. Certaines mères font aussi, avec profit, de brefs séjours au Centre, ainsi que des frères et sœurs; de l'autre côté, sorties et weekend des enfants chez eux sont multipliés. Toutes ces expériences seront reprises et discutées avec l'enfant soit individuellement, soit en groupe.

La conclusion qui s'impose nous semble être la suivante: pour faire face à la multiplicité et à la complexité des tâches qui lui sont confiées, pour être en mesure de collaborer vraiment avec les autres membres de son équipe, l'A.S. du Centre de Guidance Infantile devra être extrêmement bien préparée et formée professionnellement. Les Ecoles de Service Social font actuellement de gros efforts chez nous pour approfondir la formation psychologique de leurs élèves, et pour leur donner l'occasion de bénéficier d'une supervision individuelle pendant leurs premiers stages. Pour les A.S. déjà en cours d'emploi, on multiplie les cours de perfectionnement, et les cercles d'études de cas pratiques, avec supervision. Remercions ici, au nom des travailleurs sociaux, les psychiatres et psychologues qui ont bien voulu participer à cet effort, et faisons appel à l'intérêt des autres.

Résumé

Dans l'effort de réadaptation de l'enfant, l'action de l'assistante sociale s'ajoute à celle du médecin, du psychiatre, du psychologue et de l'éducateur.

En effet, l'enfant étant un individu rattaché à d'autres individus, à une structure sociale, il est impossible de l'aider sans tenir compte de ceux au milieu desquels il vit. L'assistante se mettra en rapport avec les proches de l'enfant, et au courant de la situation de ceux-ci (situation matérielle et relations entre les différents membres). Elle s'efforcera de comprendre le patient dans sa situation en établissant un contact direct avec lui, avec les parents et éventuellement avec des tiers. Elle apportera ainsi au médecin et au psychologue une foule d'éléments, utiles à l'établissement du diagnostic, récoltés avec tact et prudence.

L'assistante participe également au traitement; au courant des ressources sociales et des institutions de sa localité, elle sait si elles peuvent être utilisées pour le cas traité. D'autre part, au moyen d'entretiens, elle peut éclairer les parents sur le comportement de leur enfant, les aider à l'accepter mieux et à admettre le traitement qu'on lui fera subir, enfin les préparer à reprendre seuls, en main la direction de leur enfant. Si les troubles des parents eux-mêmes sont graves, elle les orientera vers un service spécialisé pour adultes.

Le patient sera suivi après son traitement pour que sa réadaptation dans son milieu se fasse progressivement. Le contact sera maintenu plus ou moins longtemps. Parfois l'assistante cherchera un nouveau milieu d'accueil pour l'enfant.

Un exemple illustre l'action de l'assistante auprès de la mère d'un garçon soigné dans un Centre médico-pédagogique, et qui doit être placé à la sortie de l'internat.

L'article termine en résumant les différentes interventions sociales de l'assistante sur le milieu familial, et en insistant sur l'importance d'une formation spécialisée pour les travailleurs sociaux de Centres de Guidance.

Zusammenfassung

Im Bestreben, das Kind sozial wieder einzugliedern, ist neben den gemeinsamen Bemühungen des Arztes, des Psychiaters, des Psychologen und des Erziehers auch fürsorgliche Betreuung nötig.

Da ein Kind weitgehend von der sozialen Struktur seines Milieus und von den Menschen, die mit ihm leben, abhängig ist, kann man ihm in der Tat nur helfen, wenn man die Umgebung, in der es lebt, weitgehend berücksichtigt. Die Fürsorgerin wird sich also mit den Angehörigen des Kindes in Verbindung setzen und wird versuchen, deren Lebensumstände zu kennen (materielle Grundlage, Beziehungen zwischen den einzelnen Familienmitgliedern). Sie wird sich bemühen, den Patienten zu verstehen, indem sie, sowohl mit ihm selbst als auch mit seinen Angehörigen, wie eventuell auch mit Dritten direkten Kontakt sucht. Wenn sie es versteht, vorsichtig und mit Takt vorzugehen, so wird sie in der Lage sein, dem Arzt und dem Psychologen eine Menge von Tatsachen zu vermitteln, die zur Auffindung der Diagnose außerordentlich nützlich sind.

Die Fürsorgerin beteiligt sich auch an der Behandlung. Sie ist über alle sozialen Institutionen und Möglichkeiten ihres Wohnortes unterrichtet und weiß sofort, ob diese für den entsprechenden Fall angerufen werden können. Sie kann versuchen, durch Besprechungen den Eltern das Verhalten ihres Kindes begreiflich zu machen und ihnen dazu zu verhelfen, es besser zu machen. Sie kann deren Einverständnis zu einer vorgeschlagenen Behandlung zu erreichen versuchen; schließlich kann sie sie auch darauf vorbereiten, die Führung ihres Kindes wieder selbständig zu übernehmen. Wenn die Eltern selbst schwerere Störungen aufweisen, wird sie versuchen, sie der entsprechenden Hilfsstelle für Erwachsene zuzuweisen.

Nach der Behandlung wird die Fürsorgerin den Patienten über kürzere oder längere Zeit weiterbetreuen, damit die Eingewöhnung in sein Milieu nach und nach erfolgen kann. Hier und da wird sie auch dem Kinde ein neues Zuhause suchen müssen.

Ein Beispiel zeigt, wie sich die Fürsorgerin mit der Mutter eines Kindes befaßt, das in einem «child guidance centre» behandelt wird und das nach Verlassen des Internates placiert werden muß.

Mlle de Rham schließt, indem sie die verschiedenen Bemühungen der Fürsorgerin im Schoße der Familie nochmals zusammenfaßt und indem sie auf die Notwendigkeit der Spezialausbildung der Fürsorgerin am «child guidance centre» hinweist.

*Auteur: Mlle N. de Rham, Assistante Sociale,
Pavillon médico-pédagogique «Le Bercaïl»,
16, Montétan, Lausanne*

Erziehungsberatung und Schule

Von *Josef Brunner, Zug*

Es ist verständlich, daß wir in Diskussionen um die Erziehungsberatung in erster Linie die Hilfe an die Eltern im Auge haben. Denn die Eltern sind die natürlichen und ersten Erzieher. Sie sind es auch, welche die in der Erziehung unweigerlich auftretenden Schwierigkeiten zuallererst erleben, diese z. T. auch mitverursachen. Wenn wir den Kampf gegen erzieherische Not an deren Wurzeln führen wollen, so müssen wir uns an die Eltern wenden.

Damit, daß wir in der Familie das erste, wichtigste und wirkungsvollste erzieherische Milieu erblicken, ist aber nicht gesagt, daß Erziehung nicht auch außerhalb dieses Kreises sich vollziehe, gleichgültig, ob wir nur die bewußte und planmäßige Führung auf ein bestimmtes Ziel hin als Erziehung gelten lassen oder ob wir auch all die unzähligen, gar oft unkontrollierbaren Umwelteinflüsse außerhalb der Familie als erziehend im weitesten Sinne mit in Betracht ziehen.

Aufgabe der Schule

Unter den Einflußkreisen außerhalb der Familie nimmt die Schule eine bedeutsame Stellung ein. Unser Thema veranlaßt uns, die *Aufgabe* der Schule deutlich zu erkennen. Ich glaube, wir können uns auf die Feststellung einigen, daß es der Schule aufgetragen ist, den ihr anvertrauten Kindern bestimmte, im einzelnen durch den Lehrplan festgelegte Kenntnisse und Fertigkeiten zu vermitteln. Die Ansichten werden sich vervielfältigen, wenn wir die Frage nach dem Ziel stellen, dem das von der Schule dargebotene Wissen dienen soll.

Es gab eine Zeit – wir denken vorab an die Aufklärung – da man die Bedeutung und Wirksamkeit des Wissens für den einzelnen und die menschliche Gemeinschaft sehr hoch einschätzte, ja überwertete. Man brauche dem Menschen nur zu den richtigen Kenntnissen zu verhelfen, um ihn gut zu machen, das war – auf eine einfache Formel gebracht – die optimistische Grundidee der Aufklärungspädagogik. Wir mögen heute darüber lächeln. Die pädagogische Theorie hat sich zu einem anthropologischen Realismus weiterentwickelt. Aber in der Praxis, bei Eltern, Lehrern und andern Erziehern, überhaupt in weiten Kreisen des Volkes finden wir in unsern Tagen noch manche deutliche, merkwürdig tief sitzende Spuren dieser wissensseligen Haltung. Symptomatisch leuchten sie auf etwa in der häufig noch anzutreffenden Überschätzung der Zeugnisnoten oder im hartnäckigen Widerstand gegen die Versetzung in eine Hilfsklasse.