



Société Française de Santé Publique

Prévention, dépistage
des troubles du comportement
chez l'enfant ?

Actes du colloque
« Pas de 0 de conduite
pour les enfants
de trois ans »

juin 2006

Collection Santé & Société

n° 11



Prévention, dépistage des troubles du comportement chez l'enfant ?

Actes du colloque « Pas de 0 de conduite pour les enfants de trois ans »

juin 2006

Collection Santé & Société
N° 11, novembre 2006

Préface

En septembre 2005, l'Inserm a publié une expertise collective sur « le trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent ». Cette expertise a suscité de nombreuses réactions. Le journal *Le Monde* dans son édition du 23 septembre 2005 titrait « Le trouble des conduites, concept psychiatrique discuté ». Trois pédopsychiatres et une psychologue spécialistes de la petite enfance réagirent très vite dans une tribune « L'Inserm sème le trouble » dans le même journal le 4 octobre 2005. C'était le début d'une controverse. Le président de la Société Française de Santé Publique propose également à la même époque une tribune au Monde, qui sera acceptée mais jamais publiée. Elle sera adressée au directeur de l'Inserm sous forme de lettre ouverte. Fin janvier 2006, des professionnels de santé de la petite enfance décident de lancer une pétition sous l'intitulé « Pas de 0 de conduite pour les enfants de 3 ans ». Les propositions de dépistage et de prévention du trouble des conduites et le projet de Loi de prévention de la délinquance qui s'appuie en partie sur les conclusions de cette expertise, les inquiètent. Cette pétition est signée en moins de 6 mois par près de 200 000 personnes. Les initiateurs de la pétition qui souhaitent un débat de société et un débat scientifique publient en juin 2006 un livre aux éditions Erès : « Pas de 0 de conduite pour les enfants de 3 ans » qui rencontre un vif succès. Ce livre associe des professionnels de tous milieux : pédopsychiatres, psychologues de la petite enfance, sociologues, pédiatres, médecins de PMI, de santé publique, professeur de sciences de l'éducation, de psychopathologie, chercheurs... Une journée de réflexion est organisée le 17 juin 2006 sur la question du dépistage et de la prévention dans la sphère psychique chez l'enfant ; cette journée est l'occasion d'un débat scientifique et citoyen sur les préventions médicale, sociale et psychique et la protection des enfants. Ce sont les actes de cette journée qui sont proposés dans cet ouvrage. Une telle mobilisation sur un sujet de prévention montre que les citoyens souhaitent participer aux décisions qui les concernent dans une logique de démocratie sanitaire.

François Bourdillon

Président de la Société française de santé publique

Viens voir Elsa! J'en ai un! Je pense qu'il présente tous les signes d'un futur délinquant : "...excitabilité exploratoire, extravagance, impulsivité...". Tu vas voir mon p'tit, tout ira bien! On va te médicaliser et te rééduquer à des fins de sécurité et d'ordre public!



SOMMAIRE

Préface	3
Introduction et position du problème	
<i>Accueil et ouverture du colloque</i>	7
Pierre Suesser	
<i>Éloge de l'incertitude</i>	11
Christine Bellas Cabane	
Dérives scientifiques et idéologie sécuritaire	15
Roland Gori	
1^{re} table-ronde : Comment tenir compte de la complexité des différentes approches et connaissances actuelles pour mener une véritable politique de soins et de prévention au service de la petite enfance ?	
Animation : Christine Bellas Cabane (<i>Présidente du syndicat national des médecins de PMI</i>) et Jean-François Cottés (<i>Psychanalyste, Psychologue, Président de l'InterCoPsychos</i>)	
<i>Quelques questions de santé publique à propos du trouble des conduites et du rapport Inserm</i>	25
François Bourdillon	
<i>Les bébés, tous des traqués ?</i>	29
Danièle Delouvin	
<i>Santé mentale : malaise dans l'évaluation. Remarques pour améliorer la politique de l'expertise en santé publique</i>	34
Alain Ehrenberg	
<i>Pour une lecture sereine du rapport de l'Inserm.</i>	46
Bruno Falissard	
<i>Pas de 0 de conduite : « halte au désabusement et vive l'impertinence ! »</i>	49
Bernard Golse	
<i>La Recherche clinique : un parcours semé d'embûches.</i>	57
Roger Teboul	
<i>De la plasticité du cerveau.</i>	68
Catherine Vidal	
La prévention précoce au Québec prélude à une « biologie de la pauvreté » ? ...	71
Michel Parazelli	
2^e table-ronde : L'accueil, les soins et l'éducation des enfants : quels outils, quelles pratiques pour quelle société ?	
Animation : Sylviane Giampino (<i>Psychanalyste, psychologue fondatrice de l'Association Nationale des Psychologues pour la petite enfance</i>) et François Bourdillon (<i>Président de la Société Française de Santé Publique</i>)	
<i>Pratiques éducatives dans les crèches parentales : question de principes</i>	83
Solange Passaris	
<i>Un dépistage pervers.</i>	88

<i>Le trouble des conduites et les classifications en pédopsychiatrie</i>	90
Gérard Schmit	
<i>L'obsession sécuritaire comme paradigme des dernières lois pénales, sanitaires et sociales : l'exemple du projet de loi « prévention de la délinquance »</i>	98
Evelyne Sire Marin	
<i>Notre expérience contre le « rapport »</i>	106
Bernard Toboul	
<i>Prévention de la délinquance : le sécuritaire contre l'État de droit</i>	109
Jean-Pierre Dubois	
Conclusions : propositions, perspectives, pour réfléchir et agir	114
Pierre Delion	
 3^e partie : « Pas de 0 de conduite continue à réfléchir »	
Séminaire du 1^{er} octobre 2006 - Paris	121
<i>La prévention en questions</i>	123
Evelyne Lenoble	
<i>Quelques réflexions sur l'âpre prévention en santé familiale et infantile...</i>	126
Pierre Suesser	
 Annexes	
<i>Pas de 0 de conduite pour les enfants de trois ans</i>	131
<i>Ouvrage « Pas de 0 de conduite pour les enfants de 3 ans ! »</i>	135
<i>Programme du colloque du 17 juin 2006</i>	136

Accueil et ouverture du colloque

Pierre Suesser

(Syndicat national des médecins de PMI)

Je suis honoré de vous accueillir et d'ouvrir cette journée. Quand nous avons lancé l'appel « Pas de 0 de conduite pour les enfants de 3 ans », nous sommes partis à 25 et nous attendions 2 000, 3 000 voire 5 000 signatures. Mais par un prompt renfort, aussi « inattendu » que bienvenu, nous sommes à ce jour plus de 187 000 signataires, et c'est grâce à eux que nous sommes réunis pour cette journée de débat.

Lorsque l'expertise Inserm sur « le trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent » a été publiée, les acteurs de terrain, professionnels de santé et de la petite enfance ont été particulièrement frappés par plusieurs éléments :

D'une part :

La définition même de l'objet de cette expertise, *le trouble des conduites*, notez bien le singulier, je passe mais on en reparlera dans la journée concernant les classifications des troubles psychiques chez l'enfant. Je dirai seulement que *ce* trouble recouvre, y compris du point de vue de la classification à laquelle il est référé, des manifestations symptomatiques d'une très grande hétérogénéité, et que surtout il s'agit d'une entité purement descriptive qui peut renvoyer à des diagnostics multiples sur le plan des troubles psychiques ou à des déterminations essentiellement sociales ou éducatives dans bien des cas.

D'autre part :

Le *primum movens* de ce rapport, qui porte sur les difficultés de comportements des enfants,

- consiste, non pas comme on pouvait s'y attendre, en une contribution à la compréhension des mécanismes de la souffrance psychique sous-jacente à l'origine de ces difficultés, et à l'amélioration de leur prise en charge ;
- mais ce *primum movens* est tout entier contenu dans la question inaugurale qui figure en 4^e de couverture du rapport : « Entre délinquance et trouble des conduites, quelle relation peut-on établir ? ».

La lecture attentive de la synthèse du rapport confirmera page après page, que malheureusement, et à quelques nuances près, la réponse est déjà contenue dans la question.

QUE RÉVÈLE CETTE LECTURE ?

Que les experts sont tombés dans plusieurs panneaux :

- *1^{er} panneau* : celui d'un abord quasi exclusivement médical et biologique pour des difficultés psychiques qui devraient relever pourtant d'une réflexion multifactorielle incluant non seulement les approches psychodynamiques mais aussi tout l'apport des sciences humaines ; plus largement l'erreur d'envisager la délinquance, phénomène sociologique, juridique, culturel, etc. sous un angle strictement médical et psychiatrique ;
- *2^e panneau* : celui d'une confusion entre facteurs de risque et causalité et celui d'une application mécanique du paradigme épidémiologique à la clinique, ce que Patrick Peretti-Watel appelle « le primat de la prévision sur la compréhension » : autrement dit on passe allègrement des risques auxquels sont confrontés un individu ou un groupe à la notion de personne ou de groupe « à risque », ledit risque est incorporé au sujet qui en quelque sorte se voit réduit à la somme des facteurs de risque qui l'affectent. Il se crée alors une nouvelle confusion entre facteur de risque et symptôme et l'expertise s'adresse essentiellement à un enfant ou une famille regardés comme des catalogues de « symptômes-facteurs de risque ». D'où les propositions d'évaluations par questionnaire, grille d'observations et par cotation sur des échelles comportementales, et des préconisations centrées particulièrement sur un abord ré-éducatif et sur la seule responsabilité individuelle ;
- *3^e panneau* : celui d'une vision déterministe et prédictive du développement humain, sous l'empire à la fois de la biologie et de la génétique, et de la statistique, sachant que de nombreux biologistes, généticiens et statisticiens ne se reconnaissent pas dans cette approche réductionniste de leur discipline ; ce modèle bio-déterministe débouche inmanquablement sur des recommandations qui relèvent de techniques ré-éducatives et de conditionnement et sur le recours aux psychotropes ;
- *4^e panneau* : celui de la disqualification de l'existant, c'est-à-dire une expertise quasi aveugle, sourde et muette quant au travail quotidien de terrain, auquel sont attelés les intersecteurs de pédopsychiatrie, la PMI, les CAMSP, la santé scolaire, les réseaux d'actions de soutien aux parents, les modes d'accueil... Tout ce travail, certes insuffisant et perfectible, est balayé d'un revers de main, car ne satisfaisant pas au modèle de l'evidence based medicine ;
- *5^e panneau* : celui de l'instrumentalisation politique inévitable après avoir basculé dans les panneaux précédents, en conjuguant si largement dans l'expertise, prédétermination du développement et mécanisation de l'humain.

De ce point de vue, s'il n'y a pas complot, il y a à tout le moins écho, résonance avec des projets d'ordre politique à l'œuvre dans un contexte sociétal marqué par une pression sécuritaire très active. S'il fallait ne citer qu'un exemple de la prise en otage des thèmes du développement et de la petite enfance par le discours sécuritaire, ce serait l'extrait du pré-rapport sur la prévention de la délinquance de M. Benisti, député, extrait qui, même s'il n'a pas été repris dans la version définitive, est symptomatique d'un climat :

⊗ Entre 1 et 3 ans :

Seuls les parents, et en particulier la mère, ont un contact avec leurs enfants. Si ces derniers sont d'origine étrangère elles devront s'obliger à parler le Français dans leur foyer pour habituer les enfants à n'avoir que cette langue pour s'exprimer.

Actions :

1/ Les réunions organisées par les associations de mères de familles étrangères financées par le F.A.S. peuvent inciter ces dernières dans cette direction. Si c'est dans l'intérêt de l'enfant, les mères joueront le jeu et s'y engageront. Mais si elles sentent dans certains cas des réticences de la part des pères, qui exigent souvent le parler patois du pays à la maison, elles seront dissuadées de le faire. Il faut alors engager des actions en direction du père pour l'inciter dans cette direction.

Lorsque l'on sait la dimension affective du langage, on mesure l'inanité et le danger de voir les politiques relatives à la sécurité et à l'ordre publique se mêler de dicter ce qui relève de l'intimité de la relation intra-familiale et de l'accompagnement professionnel de ces processus.

On a vu comment les autorités gouvernementales se sont emparées du rapport Inserm pour préconiser la détection précoce de troubles du comportement afin d'endiguer une évolution supposée vers la délinquance, ou pour envisager l'instauration d'un carnet de comportement, qui confinerait au casier médico-judiciaire.

L'intensité de la réaction professionnelle et parentale, avec l'appel « Pas de 0 de conduite » témoigne à notre sens d'un double refus :

- le refus d'une prévention prédictive, du déterminisme et du conditionnement : à trois ans tout n'est pas joué ;
- le refus de voir la politique de sécurité préempter, au travers d'un projet de loi sur la prévention de la délinquance, les domaines qui relèvent de la politique de santé, notamment ce qui a trait au dépistage précoce dans la sphère psychique.

De ce point de vue-là, tout en restant prudent, on peut affirmer que notre mouvement a fait mouche et porte ses fruits : aux dernières informations, les

dispositions sur la détection précoce de troubles psychiques seraient retirées du projet de loi de prévention de la délinquance qui sera présenté le 28 juin en conseil des ministres. Elles pourraient être intégrées dans celui sur la protection de l'enfance, ce qui nécessiterait de rester vigilant pour que, là encore, une prévention à caractère généraliste ne soit pas dévoyée vers un ciblage des populations et un regard prédictif porté sur les enfants et leur famille. D'autre part, la levée du secret professionnel au profit du maire figure toujours au programme du texte sur la prévention de la délinquance. Donc notre mobilisation à l'égard de ce texte reste d'actualité. Nous publions un communiqué de presse ce jour sur tout cela. En tout cas, nous ne boudons pas notre plaisir avec ce premier succès pour notre mouvement.

Au-delà des positions à défendre face à ces textes soumis aux parlementaires, de toute évidence, il faut renforcer les politiques de santé, de prévention et en faveur de la petite enfance. Comment le faire, comment éviter les écueils que j'ai évoqués, comment construire des politiques de prévention et de soin bienveillantes et prévenantes ?

C'est pour prolonger l'appel que nous avons lancé en janvier, pour contribuer à cette réflexion, à ces débats, à la fois sur le plan scientifique et de société que nous avons organisé cette journée.

J'espère qu'elle nous permettra d'exprimer nos convictions, nos controverses, mais aussi de partager nos incertitudes puisque comme l'écrivaient Didier Sicard et Jean-Claude Ameisen, dans un récent point de vue au journal *Le Monde*, en citant le physicien Richard Feynman : « *Ce qui n'est pas entouré d'incertitude ne peut être la vérité* ».

Éloge de l'incertitude

Christine Bellas Cabane

(Syndicat national des médecins de PMI)

Je suis heureuse d'être là pour introduire ce colloque, dans ce concert à deux voix qui nous a été confié. Heureuse et fière parce que cette journée qui fait suite au mouvement déclenché par l'appel pas de 0 de conduite ne témoigne pas seulement de la volonté de résistance de ceux qui s'y sont impliqués. Elle est la preuve même de la réussite d'une rencontre entre professionnels de différents horizons, parents, et citoyens, qui ont osé se lever ensemble, pour défendre, à contre courant d'une société fondée sur l'idéal du risque 0 et de la prédiction, le droit à l'incertitude comme une valeur fondamentale de notre humanité. Incertitude nécessaire à l'émergence de toute vérité, incertitude porteuse d'espoir, incertitude comme matrice de vie.

Pour tenter de comprendre l'amplitude de la réaction devant un rapport d'expertise qui n'est pas le premier, devant un projet de loi qui n'est pas le seul à être marqué du sceau de l'iniquité, je veux me référer au texte que Patrick Benssoussan a écrit pour le livre du collectif. Ce qui a mis le feu au poudre, c'est bien l'atteinte à l'enfance, comme ce qui est plus précieux dans nos sociétés d'humains. Mais attention ! Pas de confusion. Il ne s'agit pas pour une fois d'une défense fondée sur la sacralisation mièvre de l'enfance qui conduit trop souvent notre société à percevoir comme suspecte, si elle n'est pas fondée sur un échange matériel ou des biens de consommation, toute relation envers nos chers bambins. Il s'agit de la défense de l'enfance comme un territoire vierge où tout peut encore s'inscrire : l'espoir d'une vie meilleure, la capacité de construction, l'attrait vers la nouveauté, l'imprévisibilité de la découverte. Enlever ces espoirs, ces attentes, c'est mettre en pièce précisément ce que le rapport de l'Inserm, prétend promouvoir : la fameuse compétence parentale.

Force est de reconnaître devant ce paradoxe que nous n'avons peut-être pas la même conception du mot parentalité. Pour nous tous, elle ne peut être mesurable, évaluable par des grilles qui pourraient scorer la bonne conduite des uns et la déviance des autres. Mais, ce n'est pas parce que nous nous refusons de la contraindre aux outils du concret, du palpable et du mesurable, plus adaptés aux lois du marché qu'à la subjectivité humaine, que nous ne voulons pas l'appréhender. Pour nous, la parentalité est tissée de rêves, d'espoir, de difficultés, d'amour et de complexité. Nous savons tous que c'est un édifice fragile, qu'il faut considérer avec délicatesse, parfois accompagner, suggérer sans imposer, faire réémerger. N'en déplaise à nos politiques obsessionnels de l'ordre, à nos experts attachés à des pratiques validées par la norme

scientifique dominante, aux vendeurs de pilules miracles et de bonheur en kit, nous connaissons nos métiers, tous professionnels de l'enfance, travailleurs de la psyché, médecins et psychologues. Nous n'avons pas attendu les outils formatés outre atlantique pour nous préoccuper des souffrances des enfants, des difficultés des parents. Nous savons les repérer, déceler les symptômes les plus ténus. Nous savons aussi reconnaître ce que nous ne savons pas, ce que les parents appréhendent beaucoup mieux que nous. Il suffit de savoir les écouter, les entendre pour décrypter chez leurs enfants, un changement encore imperceptible, une inquiétude sourde, « un battement d'aile de papillon » précurseurs d'un dysfonctionnement, d'une souffrance, d'une pathologie. Cette compétence-là, nous sommes tous capables de l'acquérir au fil de notre pratique clinique, de nos échanges, de nos analyses dans les lieux de parole. À l'inverse ce qui nous manque cruellement, ce sont les structures de prise en charge, les lieux de soin vers lesquels adresser les enfants qui en ont besoin.

Bien qu'insuffisamment reconnues, au prétexte qu'elles ne sont que très peu publiées, il se fait déjà beaucoup de choses dans ce domaine, comme les intervenants le montreront au cours de cette journée. Mon propos n'est pas ici de prétendre qu'il faut s'arrêter là, se reposer sur nos acquis et considérer que toute innovation doit être rejetée. C'est souvent la caricature qui est faite de notre mouvement, de nos professions. Or, ce qui nous anime est précisément l'inverse. Dans les institutions, sur les lieux de travail, chacun invente tous les jours, cherche à améliorer sa pratique, à réfléchir à ses actions. Nous sommes prêts à participer à des recherches, à des ouvrages, à des confrontations d'idée, comme nous en avons fait la demande à l'Inserm, mais nous ne voulons pas travailler dans n'importe quelle direction. Nous avons conscience que la médecine ne peut tout soigner. Il est des problèmes sociaux qu'elle se doit de révéler et non d'étouffer par une médicalisation abusive des symptômes qu'ils génèrent. Nous ne voulons pas sacrifier les libertés humaines sur l'autel d'un faux progrès élevé au rang de divinité, nous ne voulons pas, dans un mouvement mal dissimulé par un vernis pseudo scientifique, participer à une régression de la pensée qui peut nous conduire aux pires thèses déterministes du XIX^e siècle. Comment comprendre que dans le rapport de l'Inserm sur le trouble des conduites, les travaux de Lombroso évoquant l'existence « de gènes de criminels, fous épileptiques », soient cités, sans aucune distance critique, comme les premières avancées permettant de conduire les humains sur le chemin lumineux de la connaissance et du contrôle des comportements. Malheureusement, l'histoire de notre XX^e siècle a été trop cruellement marquée par ces thèses. Chaque fois que les sociétés se sont laissées entraînées dans une obsession sécuritaire, qu'elles ont voulu catégoriser, classifier, sélectionner, les hommes, prédire leur avenir, les rééduquer dès la plus tendre enfance, elles ont été mortifères. Leurs victimes peuvent encore nous rappeler au devoir de mémoire.

Je ne veux pas dire ici que les experts de l'Inserm sont des complices de ceux qui, une fois de plus dans l'histoire, sont atteints de l'obsession de l'ordre moral. Je ne veux pas

leur faire cette injure. Je pense à l'inverse, que certains se préoccupent réellement de la souffrance de leurs petits patients, de la douleur de leurs parents. Ils cherchent honnêtement des solutions. Néanmoins, ils ont fait preuve d'une grande légèreté aussi bien sur le plan méthodologique qu'éthique. Aucune recherche en sciences humaines ne peut être menée sans que soit appréhendé le contexte dans lequel elle s'inscrit, dans lequel les données ont été élaborées. Il est toujours nécessaire de connaître qui les produit, dans quel courant de pensée, dans quel but. C'est là une erreur méthodologique qui coûterait cher à des doctorants. Sur le plan éthique, s'il est vrai qu'on ne peut limiter la démarche de recherche à ce qui serait socialement acceptable ou politiquement correct, celle-ci ne peut être déconnectée du réel. Il est du devoir même des scientifiques de mesurer les conséquences des recommandations qu'ils préconisent. Si, comme cela a été le cas, l'erreur méthodologique, se conjugue à l'absence d'éthique, les conséquences peuvent être très graves pour des générations d'enfants.

Mais ne nous y trompons pas. Si une telle conjonction a pu se produire, c'est qu'elle s'inscrit dans un mouvement dont on ne mesure pas toujours l'amplitude.

Au cours du dernier siècle, sous l'effet de l'amélioration des conditions de vie des hommes par la science, on assiste à sa sacralisation. Elle est devenue ininterrogeable, indiscutable. Grâce aux effets de la prévention, nombre de maladies ont pu être évitées nous conduisant à penser que toutes allaient pouvoir être vaincues. Dans ce contexte, la maladie et la mort ne sont plus perçues comme des éléments incontournables de la condition humaine, mais comme des échecs, comme des fautes dont il faut savoir confondre les coupables. Parce que l'essor des techniques scientifiques et le développement de la biomédecine ont permis une profonde et fabuleuse transformation des conditions de vie, la science est désormais investie du pouvoir sacré de transformer la condition humaine. J'en veux pour preuve les nouvelles théories du transhumanisme qui nous viennent également d'outre atlantique. Il s'agit de programmes visant à repousser à l'extrême les limites de la vie, à viser l'immortalité. Dans un récent ⁽¹⁾ article de *Science et Avenir*, le philosophe Jean-Pierre Dupuy explique comment ces programmes « dits de convergence » sont nés dans les années 1960 avec le mouvement cybernétique qui a donné naissance aux sciences cognitives. L'idée, je cite « est de naturaliser l'esprit, c'est-à-dire d'en trouver les lois et les mécanismes pour les exploiter, dans un rêve d'intelligence et de vie artificielle ». Des études sur la capacité de régénération de certaines souris fondent les recommandations de ces nouveaux programmes. Un des fondateurs de « singularity institute for artificial intelligence » explique que l'humanité telle que nous la connaissons est condamnée et que nous entrons dans une autre ère, celle de la singularité. Mais il ne s'agit pas de la singularité du sujet telle qu'elle a été mise en évidence par la psychanalyse. Il s'agit d'une autre singularité, qui permettrait de

(1) Jean-Pierre Dupuy : « *Le rêve de l'homme machine* » in *Science et Avenir*, Juin 2006.

classer les individus selon les mutations qu'ils sont prêts à accepter. On pourrait s'en amuser, s'il n'y avait pas d'étranges convergences avec ce qui nous anime, si un rapport n'avait pas été remis à Georges Bush sur le nom de « technologies convergentes pour améliorer les performances humaines », si ces théories n'étaient pas de nature à engendrer de dangereuses récupérations politiques.

Au cours des siècles, la conception du destin humain a fait l'objet d'un changement de paradigmes. Ainsi la notion d'un homme soumis à des forces occultes ou au pouvoir du divin, a fait place à celle d'un homme responsable de ce qui lui arrive, c'est-à-dire un sujet capable de répondre de lui-même et de ses actions, puis à un homme coupable de ses maladies et de son malheur, par les risques qu'il a continué à prendre malgré les avertissements et les recommandations.

Va-t-on aller jusqu'à l'homme puni de ne pas vouloir se faire améliorer, par des manipulations génétiques et autres thérapeutiques miracles ? Fiction, paranoïa ? Peut-être, mais déjà dans l'État du Texas, des parents sont passibles de sanctions s'ils refusent que leurs enfants soient traités par la ritaline...

Dans un mouvement circulaire d'évolution qui n'est en fait qu'un retour, l'homme est toujours menacé de malheur et de mort s'il n'est pas conforme au désir de forces censées déterminer son destin, autrefois les Dieux reconnus comme légitimes, aujourd'hui les gènes considérés comme bons. Et aujourd'hui comme autrefois, la crédulité et la peur font le lit des pires exploitations politiques et marchandes. Est-ce là le progrès annoncé ?

Entendons-nous bien, il ne s'agit pas là de renoncer aux avancées de la science de rejeter les apports du cognitivisme et des neurosciences. Il s'agit de les remettre à leur place, comme des connaissances qui valent les autres et que les autres valent, au service de la vie. Elles ne doivent pas devenir des machines à broyer les différences, à séparer le bon grain de l'ivraie au service de dangereux idéaux politiques. Elles doivent simplement, avec les autres approches, contribuer à faire encore reculer la maladie et la mort, dans le respect de l'humanité de chacun. Face à cet objectif, à la fois humble et ambitieux, il est du devoir des scientifiques mêmes de relativiser, contextualiser, mettre en perspective ces sciences dites dures, grâce aux apports de celles que l'on dit « molles » et qui répondent aussi au beau nom de sciences humaines.

Au nom des espoirs qu'elles ont fait naître, elles ne peuvent servir de cautions aux mouvements politiques qui, dans une tentation eugénique toujours renouvelée, veulent décider de quels hommes demain doit être fait. Et cette résistance-là est du ressort de tous les citoyens.

Voilà le défi que cette rencontre soulève dans une alliance aussi inattendue que féconde.

Dérives scientifiques et idéologie sécuritaire

Roland Gori

(Professeur de psychopathologie, psychanalyste, président du SIUEERPP)

« Un savant français du XIX^e siècle, réincarné en 1997, ne sourcillerait même pas ; c'est exactement la même chose qu'il cherchait voici déjà un siècle. [...] Le programme de dégénérescence fonctionne à l'intersection des théories de l'hérédité et des problèmes classés parmi les problèmes sociaux — de sorte qu'au bout du compte les centres d'intérêt ne sont guère différents de ceux d'aujourd'hui. »

IAN HACKING (2)

« Et qu'arrive-t-il si cette langue cultivée est constituée d'éléments toxiques ou si l'on en a fait le vecteur de substances toxiques ? Les mots peuvent être comme de minuscules doses d'arsenic : on les avale sans y prendre garde, ils semblent ne faire aucun effet, et voilà qu'après quelque temps l'effet toxique se fait sentir. »

VICTOR KLEMPERER (3)

La médecine, la psychologie et la psychiatrie ne sont pas seulement des modes de connaissance scientifique ou des pratiques professionnelles. Elle sont aussi des pratiques de contrôle social participant au gouvernement des conduites. Dans notre culture démocratique et libérale, les pratiques de gouvernementalité des individus tendent à se prévaloir des connaissances scientifiques pour dépister, prévenir et traiter les *risques* qui pourraient compromettre la santé des individus ou des populations.

Michel Foucault a montré qu'à partir du XVIII^e siècle, la liberté formelle se révèle le corrélat obligé de la mise en place de dispositifs sécuritaires. C'est au même moment qu'apparaît de manière décisive l'espoir de trouver dans les sciences, et plus particulièrement dans la médecine, une rationalité sanitaire à même de fonder une éthique sécuritaire dont la « médicalisation » actuelle de l'existence constitue un aboutissement. La médecine, la psychiatrie et la psychologie participent au nom de la santé publique transformée en véritable salut religieux à nous dire *comment il faut nous comporter dans tous les aspects de notre vie quotidienne pour bien nous porter* (4) en étendant ainsi à l'infini le contrôle médical.

(2) Hacking I, 2002, *Les Fous voyageurs*. Paris : Le Seuil : 156 p.

(3) Victor Klemperer, 1975, *LTI La langue du III^e Reich*. Paris : Albin Michel, 1996, p. 40.

(4) Roland Gori, Marie-José Del Volgo, 2005, *La santé totalitaire. Essai sur la médicalisation de l'existence*. Paris : Denoël : 271 p.

Dans ce que j'appelle une « civilisation médico-économique de l'humain »⁽⁵⁾ les diagnostics et les traitements *psychiatriques* constituent un enjeu essentiel de ces pratiques de normalisation sociale accomplies au nom de la raison médicale. Les diagnostics et les traitements psychopathologiques construisent une définition des normes et des déviations comportementales. À ce titre, ils sont éminemment politiques.

Précisons. Si on veut bien entendre que les diagnostics et les traitements psychopathologiques naissent dans une niche culturelle, à quelles *mutations anthropologiques* assistons-nous depuis 25 ans, c'est-à-dire depuis l'apparition du DSM⁽⁶⁾ III et de son emprise sur la littérature internationale comme sur les évaluations qui s'y réfèrent ?

À la différence des versions précédentes, le DSM III se présente comme un véritable *manifeste* en faveur d'une remédicalisation de la psychiatrie et des objets qu'elle prend en charge. Tout ce qui faisait question jusque là quant au rapport de la psychiatrie avec la médecine se trouve transformé en *postulat idéologique* : il n'y a « pas de distinction fondamentale à établir entre les troubles mentaux et les affections médicales générales », si bien que l'on peut envisager « sous un jour nouveau les relations entre troubles mentaux et troubles physiques. »⁽⁷⁾ Il y a là véritablement un *gommage anthropologique* du fait psychiatrique. Ce gommage anthropologique procède du démantèlement des grandes entités psychopathologiques comme celles de la névrose ou de la mélancolie au profit de la notion molle et flexible de « troubles du comportement ». Cette notion flexible de « trouble du comportement » permet à la fois d'étendre à l'infini le champ du pathologique en fonction des valeurs éthiques d'une société et en même temps d'immuniser les systèmes de classification des DSM contre les critiques épistémologiques en augmentant sans cesse le nombre de troubles du comportement recensés.

Nous entrons de plain-pied dans une psychiatrie post-moderne qui au nom du positivisme et du pragmatisme établit une flexibilité, une précarité, une liquidité des critères classificatoires de la psychiatrie permettant son instrumentation idéologique et politique tout en favorisant les industries de la santé mentale.

Cette recomposition du champ de la santé mentale procède de la puissance informante de la novlangue du scientisme, de sa propagande et de sa rhétorique publicitaire. Les laboratoires pharmaceutiques ont su intensément soutenir les partisans de cette psychiatrie positiviste dans lesquels elle voyait les représentants

(5) Gori Roland, 2005, « La surmédicalisation de la souffrance psychique au profit de l'économie de marché ». *Psychiatrie française*, 4, 76-92.

(6) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*.

(7) In : Stuart Kirk et Herb Kutchins, 1992, *Aimez-vous le DSM ? Le triomphe de la psychiatrie américaine*. Le Plessis-Robinson : Synthélabo, 1998, p. 92.

les plus fidèles de ses intérêts commerciaux. La presse américaine et plus récemment la presse française ont su faire état de ces conflits d'intérêts des experts qui au nom des idéaux de la science accomplissent les prescriptions sociales et économiques qui servent leurs intérêts autant que ceux des industries de santé. L'alliance objective entre le démantèlement du fait psychopathologique au profit de la notion molle et déficitaire de « troubles du comportement » et les intérêts des industries de santé se révèle au grand jour dans le *dépistage* des risques de développer des troubles mentaux. Ce dépistage des populations à risque tout en assurant leur contrôle social et leur gestion sécuritaire place les individus sous pharmacovigilance et contention éducative. Ce qui peut conduire à cette fameuse « clinique des gens fragiles » (8) autorisant des traitements préventifs par des psychotropes. Qui s'en plaindra ? Sûrement pas les actionnaires des laboratoires pharmaceutiques ! Et cela même si scientifiquement parlant la validité de ces diagnostics s'avère extrêmement problématique. Comment différencier en psychopathologie une clinique « sub-normale » d'une clinique « subsyndromique » ?

On retrouve ici une des critiques majeures que l'on a pu faire à l'adresse des promoteurs du DSM III qui confondent systématiquement *validité* et *fiabilité* des diagnostics. En systématisant les procédures formelles qui permettent à des psychiatres de poser des diagnostics, les promoteurs du DSM III ont cherché à augmenter le taux d'accord des praticiens. Le diagnostic devient une affaire de consensus d'opinions (de préjugés ?) des experts. Peu importe que ces diagnostics soient *valides* ou pas. Il suffit de « faire semblant » et de « faire semblant » au nom de la science alors même qu'elle se trouve sévèrement bafouée. On retrouve à chaque fois la même « ruse logique » et rhétorique : faire comme si ces procédures scientifiques reposaient sur une évidence en *naturalisant* les normes sociales et les écarts de conduite et en procédant comme si ces mêmes souffrances ou ces mêmes troubles se trouvaient assimilables à des dysfonctionnements biologiques.

Cette psychiatrie qui tente désespérément de naturaliser les anomalies humaines s'est imposée par la prise de contrôle politique de la puissante Association Américaine de Psychiatrie (9). Et nous le savons cette psychiatrie positiviste qui médicalise les normes n'est parvenue à imposer sa suprématie idéologique qu'en jouant sur la flexibilité sociale et culturelle de ses classifications (10). Cette notion de « trouble du comportement » est venue à point nommé pour « brouiller » toujours davantage les frontières entre le normal et le pathologique. Le camouflage épistémologique permet ainsi d'étendre à l'infini les objets et les pratiques des dispositifs sécuritaires assurant la

(8) Jean-Michel Azorin, 2004, « Vers une clinique des gens fragiles », *brochure du laboratoire Lily*, Mars 2004, p. 21-22.

(9) Cf. Stuart Kirk et Herb Kutchins, 1992, *Aimez-vous le DSM ? Le triomphe de la psychiatrie américaine*. Le Plessis-Robinson : Synthélabo, 1998.

(10) *ibid.*

maintenance sociale des populations à risque en favorisant leur soumission librement consentie et leur dépistage systématiquement.

Les dernières expertises collectives de l'Inserm dans le champ de la santé mentale des enfants et des adolescents révèlent jusqu'à l'obscène cette complicité objective des dérives scientifiques et des idéologies sécuritaires.

On constate dans ces dernières expertises combien cette notion de « trouble du comportement » permet d'accroître la médicalisation de l'existence et la biologisation du fait psychique. La timidité devient une « phobie sociale » ⁽¹¹⁾. À l'adolescence, cette phobie sociale devient plus spécifique et « concerne alors surtout l'apparence physique, les contacts avec le sexe opposé. » ⁽¹²⁾ (*sic*). Quant à l'objet ou à la situation phobogène, ils deviennent de simples « stimuli » ⁽¹³⁾. Ainsi, en médicalisant les déviances sociales ou les troubles des conduites, on justifie le caractère *naturel* des normes et on disculpe dans le même mouvement l'environnement des symptômes qui affectent le sujet. C'est ce *désaveu de l'Autre* qui œuvre dans la transformation des symptômes, des souffrances psychiques ou sociales en troubles du comportement. Le sujet se trouve réduit à la somme de ses comportements et ses déviances sociales procèdent d'une mauvaise gestion de son économie psychique. Cette économie psychique se trouve réduite à un dysfonctionnement neuronal, à un déficit neuro-développemental ou à de mauvaises habitudes éducatives. Nous sommes ici en présence d'une nouvelle *phrénologie* qui puise ses racines dans les théories déterministes du XIX^e siècle dont l'idéologie a justifié dans les systèmes totalitaires les pires pratiques du *déshumain*. Les modèles qui rendent compte des troubles en termes de dysfonctionnement neuronal ou d'anomalie génétique justifient davantage le « biopouvoir », la « biopolitique » des populations. Ici la déviance devient *naturelle*. Et ce modèle fait marcher l'économie tout en encourageant « la servitude libérale » ⁽¹⁴⁾. Cette médicalisation des souffrances repose sur un postulat simple sans cesse martelé comme une évidence par les promoteurs de ce type de santé mentale : « Notre position est que les enjeux éthiques de ce traitement préventif sont, en psychiatrie, *les mêmes que pour toutes les interventions précoces en médecine.* » ⁽¹⁵⁾

On ne saurait disjoindre la dernière expertise collective de l'Inserm sur « Le trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent » ⁽¹⁶⁾ de la précédente sur les « Troubles

(11) Expertise collective sur les « Troubles mentaux Dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent » (2002) http://ist.inserm.fr/basisrapports/troubles_mentaux/troubles_mentaux_synthese.pdf, p. 37.

(12) Expertise 2002, p. 37.

(13) Expertise 2002, p. 38.

(14) Robert-Vincent Joule, Jean-Léon Beauvois, 1998, *La soumission librement consentie*, Paris, puf.

(15) Pr P. MacGorry, 2003, in *Journal de Nervure* « Avons-nous le droit de traiter les patients dès les prodromes de la schizophrénie ou bien intervenons-nous sans raison dans leur vie ? », 16, 4, 13.

(16) Cf. le rapport de synthèse de l'expertise Inserm sur « Le trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent » : http://ist.inserm.fr/basisrapports/trouble_conduites/trouble_conduites_synthese.pdf (2005).

mentaux Dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent »⁽¹⁷⁾. On ne saurait comprendre la portée de toutes les critiques actuelles faites à l'encontre du rapport des « troubles des conduites » sans l'avoir replacé dans la logique qui le précède et le rend possible. D'emblée cette intention et cette suite logique se trouvent clairement formulées dans l'expertise de 2005 : « afin de compléter l'expertise collective sur les troubles mentaux publiée en 2002 »⁽¹⁸⁾.

L'ensemble des expertises nous invite à avaler les mêmes substances : « les données internationales suggèrent », « les études épidémiologiques [...] principalement dans les pays développés. », « l'accord d'une communauté de spécialistes », « l'analyse des données de la littérature internationale », « la base de critères internationalement reconnus », « les avancées scientifiques récentes »⁽¹⁹⁾ avec à chaque fois la même rengaine.

Ces expertises font un vibrant éloge des modèles anglo-saxons du diagnostic, du traitement et des programmes de prévention. Elles vantent les mérites « des centaines de programmes de prévention contre la violence [qui] ont déjà été mis en place, en particulier dans les pays anglo-saxons »⁽²⁰⁾ et « des méthodes d'intervention ciblant la petite enfance (0-3 ans). »⁽²¹⁾

Cela s'appelle de la *rhétorique*. Une rhétorique qui œuvre par des références d'autorité en confondant démonstration et argumentation. L'objectif n'est pas de démontrer, mais de nous convaincre qu'en matière de soin, de prévention, de diagnostic et de traitement, nous devrions nous *conformer* au modèle anglo-saxon.

Il ne suffit pas de parler de « signes d'appel » des troubles des conduites pour que les conduites prennent une consistance « médicale ». Il ne suffit pas également d'invoquer « les changements neuro-endocriniens de l'âge et du sexe » pour que ces « déterminants socio-démographiques » se réduisent à des éléments neurobiologiques⁽²²⁾. Il ne suffit pas d'invoquer « la précision des données »⁽²³⁾ pour transformer ces expertises jargonantes et hétéroclites en parangon de rigueur. Il ne suffit pas d'affirmer que la « fidélité » et la « validité » des « instruments » auxquels on se réfère sont « démontrées » pour qu'elles le soient. Et on pourrait poursuivre ainsi le commentaire de ces expertises du début à la fin. Toutes comprennent des énoncés performatifs qui visent à obtenir notre adhésion à un modèle neuro-développemental auquel se réfèrent les auteurs en nous faisant croire que nous

(17) http://ist.inserm.fr/basisrapports/troubles_mentaux/troubles_mentaux_synthese.pdf (2002).

(18) Expertise 2005, p. IX.

(19) Expertise 2005, p. 1.

(20) Expertise 2005, p. 28.

(21) Expertise 2005, p. 51.

(22) Expertise 2002, p. 5.

(23) Expertise 2002, p. 2.

sommes devant des données irréfutables puisqu'internationales et scientifiques. Je me contenterai de prendre quelques exemples.

Tout d'abord et de manière massive, ces expertises se trouvent placées sous l'emprise d'un *modèle animal et expérimental* des souffrances psychiques et sociales. Et ce jusque dans les expressions linguistiques qui parlent de l'éducation comme de « l'élevage à l'occidentale » ⁽²⁴⁾, qui désigne « l'être humain comme chez les autres espèces » ⁽²⁵⁾ et qui dénie ainsi les effets de parole et de désir de l'environnement sur les sujets. Les facteurs de risque de développer des troubles mentaux proviennent davantage de la période des naissances, des « lésions cérébrales de type hémorragique ischémique », de « l'exposition à certains virus durant la grossesse », des « carences nutritionnelles » ou « d'exposition à des substances psychoactives », des variations « géographiques » et « génétiques » ⁽²⁶⁾ ... que des facteurs de risque psychoaffectifs des mères durant la grossesse : « quelques études ont mis en évidence une association entre risque accru de schizophrénie et exposition à des facteurs de risque psychoaffectifs pendant la grossesse, tels que des stress intenses ou une dépression maternelle » ⁽²⁷⁾. Et dans l'expertise de 2005, c'est le même modèle animal et expérimental qui pré-inscrit les réponses dans la manière de poser les questions. Dès la page 2, il est écrit que « Les recherches en neurosciences, avec l'apport de modèles animaux, permettront de mieux comprendre l'implication des différents systèmes neurobiologiques dans l'expression du trouble », puis à la page 38 : « Le rapprochement entre les travaux sur l'agressivité du petit animal de laboratoire et les études épidémiologiques et neurobiologiques du trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent permet de mettre en évidence une relation inverse entre conduites agressives et anxiété. [...] Ce domaine d'exploration peut ouvrir des voies pharmacologiques nouvelles pour le traitement du trouble des conduites. »

Concluons. Je ne mets pas en doute les déterminants biologiques possibles des comportements et de leur pathologie. J'essaie seulement de montrer la structure partisane et tendancieuse de ces expertises qui tend en particulier à *euphémiser* les facteurs psychologiques et sociaux au profit du modèle « animal ». L'enfant qui présente des « troubles des conduites » n'est plus qu'un petit « animal » cruel, un *rongeur* qu'il faut traiter par des psychotropes ou contenir par des méthodes psychorééducatives. On comprend que ces expertises puissent prêter aisément à leur *instrumentation idéologique* : l'enfant est un « rongeur » comme un autre dont on suit les comportements « à la trace » par des carnets de surveillance et auquel il convient de donner des psychotropes (la Ritaline, « un compagnon pour la vie » selon la publicité d'un laboratoire) ou de soumettre à de nouveaux « apprentissages ».

(24) Expertise 2002, p. 14.

(25) Expertise 2002, p. 23 ; 46.

(26) Expertise 2002, p. 7 ; 8 ; 9.

(27) Expertise 2002, p. 8-9.

Nous sommes ici dans une idéologie totalitaire de *biopouvoir* qui permet à des experts de donner des « recommandations » aux décideurs pour recomposer la politique de soin, de prévention et de formation universitaire des praticiens. Ces recommandations se trouvent *pré-inscrites* dans la manière de poser les questions. Les expertises ont accompli ce que la composition de ses membres, de leurs méthodes et de leurs idéologies laissaient prévoir : les psychologues devraient être davantage formés comme les médecins à la « reconnaissance des troubles mentaux » (DSM) et le groupe d'experts « recommande de renforcer et d'homogénéiser dans l'ensemble des facultés françaises les formations au développement cognitivo-socio-affectif des enfants... » ⁽²⁸⁾. Il faut également une surveillance systématique des enfants et des bébés (des « radars » dans les crèches ?) selon les méthodes « objectives » prônées par ces « experts ».

Les recommandations de l'expertise de 2002 sont sans cesse réaffirmées dans les conclusions de l'expertise de 2005 avec cette fois un dépistage plus féroce et plus précoce. L'expertise se termine sur des auto-encouragements de travaux de neuroimagerie fonctionnelle, de recherches neurodéveloppementales et pharmacologiques. Ces partisans des modèles scientistes recommandent fermement tout au long de ces expertises une surveillance généralisée de conduites, une évaluation généralisée des professionnels et des acteurs de la santé comme de l'éducation qu'il conviendrait de conformer davantage aux modèles anglo-saxons.

Nous sommes ici en contradiction fondamentale avec les principes des expertises collectives initiées par l'Inserm en 1993 et l'opposition civile que ce type de pseudo-expertise a pu produire s'est révélée à la mesure des ambitions idéologiques des partisans de cette « nosopolitique » qui « naturalise » les inégalités sociales, « biologise » le psychisme et offrent aux enfants un « papa molécule » et une « maman TCC ». Le sujet n'est pas un exemplaire de l'espèce animale et son avenir n'est pas définitivement inscrit dans ses « archives génétiques », sauf à parier sur un « effet Pygmalion » qui finit par accomplir ce que l'on a prophétisé. Peut-être, est-ce cette liberté-là de désirer en vain que je revendique pour éloigner cette « vidéosurveillance » des pensées depuis le plus jeune âge à laquelle ce rapport nous invite. Faute de quoi notre civilisation en *faisant masse sans faire lien* réaliserait la prophétie de Lévi-Strauss : dans *Tristes tropiques* : « L'humanité s'installe dans la monoculture ; elle s'apprête à produire la civilisation en masse, comme la betterave. Son ordinaire ne comportera plus que ce plat. » ⁽²⁹⁾

(28) Expertise 2002, p. 53.

(29) Claude Lévi-Strauss, 1955, *Tristes tropiques*. Paris : Plon, p. 39.

1^{re} TABLE-RONDE :
Comment tenir compte
de la complexité
des différentes approches
et connaissances actuelles
pour mener une véritable politique
de soins et de prévention
au service de la petite enfance ?

Animation :
Christine Bellas Cabane (*Présidente du syndicat national des médecins de PMI*)
et Jean-François Cottes (*Psychanalyste, Psychologue,*
Président de l'InterCoPsychos)

Quelques questions de santé publique à propos du trouble des conduites et du rapport Inserm

François Bourdillon

(Président de la Société Française de Santé Publique)

Mon approche est celle de la santé publique. Il s'agit d'une discipline qui se préoccupe de santé collective. Elle a pour objectifs de prévenir les maladies, d'organiser les systèmes de santé et plus généralement de promouvoir la santé en améliorant la qualité de vie. Classiquement et de manière un peu réductrice ses champs sont ceux de l'épidémiologie pour mesurer les maladies ou identifier des liens de causalité ou des facteurs de risque, des politiques de santé pour organiser les systèmes de santé et l'éducation pour la santé pour favoriser des comportements favorables au maintien d'une bonne santé.

La santé publique est donc concernée par l'expertise collective de l'Inserm sur le trouble des conduites car elle se situe dans le champ de la santé publique : elle est collective, elle interroge le système de santé : il faut organiser un repérage-dépistage, des soins et plus généralement prévenir le trouble des conduites. Bien entendu d'autres disciplines le sont : la pédiatrie, la psychiatrie, la psychologie et les sciences sociales en particulier la sociologie.

Mais revenons à cette expertise et à la question posée pour cette table-ronde quelle politique de soins et de prévention au service de la petite enfance.

Les professionnels de la petite enfance seraient-ils passés à côté de ce nouveau syndrome qui toucherait 3 à 9 % de nos enfants alors même qu'il serait possible de dépister ces troubles et de les prendre en charge ? Il apparaît même que le trouble des conduites serait prioritaire du fait même de sa fréquence et de sa gravité ! Les professionnels de la petite enfance devraient donc ajouter à leurs missions actuelles une nouvelle activité sans que leurs activités ne soient interrogées ni que les problèmes qu'ils ont à prendre en compte hiérarchisés. C'est d'ailleurs devenu un classique aujourd'hui. Pour chaque entité nosologique, pour chaque nouveau rapport est proposée une réponse verticale segmentée sans se soucier des possibilités des acteurs de s'y investir ni des systèmes à assurer de nouvelles missions.

Enfin, le politique s'en mêle. Nous sommes en période pré-électorale. Le discours sécuritaire devient beaucoup plus présent dans le débat politique. Nous avons eu des

émeutes en 2005. Un projet de Loi sur la délinquance est en cours de préparation. Certaines mesures annoncées prennent appui sur le rapport de l'Inserm. Il s'agirait de mobiliser les professionnels pour dépister des facteurs de risque, les premiers troubles des comportements, d'organiser le signalement avec, dans un premier temps, une inscription dans un carnet de comportement et ensuite un signalement aux maires...

On peut comprendre la mobilisation voire la colère des professionnels de la petite enfance devant cette expertise. Ils n'ont pas été consultés. Non seulement leur travail quotidien dans le champ de la prévention et de la prise en charge n'est pas reconnu, mais en plus ils sont mobilisés pour participer à la mise en place d'un dépistage généralisé. Enfin, il faudrait au nom de la sécurité publique signaler les enfants à problèmes à des autorités administratives au mépris même d'un des fondements de la médecine : la confidentialité et le secret professionnel.

PEUT-ÊTRE POUVONS-NOUS METTRE AU DÉBAT PLUSIEURS QUESTIONS ? J'EN AURAI TROIS :

Pourquoi, le trouble des conduites apparaît-il en 2005 ?

- S'agit-il d'un trouble méconnu au même titre que le saturnisme infantile à la fin des années 1980 ? D'une nouvelle épidémie ?
- S'agit-il d'une bataille d'école sur les classifications : approche américaine *versus* approche française, approche comportementaliste *versus* approche psycho-dynamique.
- S'agit-il d'une stratégie des firmes pharmaceutiques visant à élargir le champ de la prescription médicamenteuse ? La France est sauf pour les enfants championne du monde pour la consommation des psychotropes.
- S'agit-il de disqualifier notre système de prévention de la petite enfance pour développer d'autres approches principalement venues des anglo-saxons qui serait plus coût-efficacité au regard de la littérature ?
- S'agit-il d'une difficulté majeure de l'Inserm à appréhender le fait social, la dimension psychologique ?

Avons-nous les pré-requis pour proposer une politique de dépistage ?

L'OMS a défini 10 critères : la gravité, un traitement efficace, des moyens de diagnostic disponibles, des tests de dépistage, son acceptabilité par la population, une histoire de la maladie connue (*cf.* annexe p. 28)

Bien peu de ces critères sont présents.

On pourrait même dire que nous n'avons pas encore dépassé le débat sur la classification. En effet, il n'est pas du tout certain que la définition proposée du trouble des conduites, bien qu'utile à certains égards, soit très valide vu les taux de co-morbidité avancé.

Notre système de santé est-il opérant ? Le système actuel de PMI et de CMP repère-t-il la plupart des enfants en souffrance ?

Cette question ouvre à émettre plusieurs hypothèses : celle de l'inadéquation du système de santé actuel qu'il faudrait alors repenser, ou celle *a contrario* de considérer que les enfants présentant un trouble des conduites ou de l'agir sont pour la plupart, d'ores et déjà, repérés et pris en charge mais que les moyens manquent pour suivre dans de bonnes conditions ces enfants. Cette dernière hypothèse amènerait alors plutôt que de disqualifier les PMI et les CMP en les réorientant vers des stratégies de dépistage de masse, à renforcer leurs moyens et leurs missions.

Il convient de rappeler que les politiques sanitaires de la petite enfance visent sur une période où s'installent et se consolident les aptitudes somatiques, cognitives et intellectuelles. Elles s'appuient globalement sur une stratégie de repérage et de dépistage à travers des examens systématiques dont trois sont obligatoires, des consultations de suivi préventif qui s'articulent sur :

- La prise en compte de l'histoire de l'enfant (antécédents, conditions de vie, événements particuliers...).
- Les mesures préventives obligatoires (ex : vaccinations).
- L'appréciation du développement psychomoteur de l'enfant, l'identification précoce de maladies chroniques ou aiguës. Les dépistages systématiques à la naissance, les troubles des apprentissages, le dépistage du saturnisme font l'objet d'une particulière attention.
- L'information des parents.

Les PMI, les médecins traitants sont en première ligne et les CMP le sont également pour les troubles du comportement. Ce système est-il opérant ? Peut-être faut-il commencer par les évaluer et comme ce n'est pas le métier des cliniciens de demander à ce que des chercheurs se penchent sur ces questions... avant de vouloir réformer profondément, sur la base d'études outre-atlantiques axées sur un seul trouble, notre système de prévention et de soins de la petite enfance.

ANNEXE

Critères de l'OMS pour mettre en œuvre un dépistage

1. La maladie dont on cherche les cas doit constituer une menace grave pour la santé publique.
2. Un traitement d'efficacité démontrée doit pouvoir être administré aux sujets chez lesquels la maladie a été décelée.
3. Les moyens appropriés de diagnostic et de traitement doivent être disponibles.
4. La maladie doit être décelable pendant une phase de latence ou au début de la phase clinique.
5. Une épreuve (ou un examen de dépistage) efficace doit être disponible.
6. L'épreuve utilisée doit être acceptable pour la population.
7. L'histoire naturelle de la maladie doit être connue, notamment de la phase de latence à la phase symptomatique.
8. Le choix des sujets qui recevront un traitement doit se faire selon des critères préétablis.
9. Le coût de la recherche des cas (y compris de diagnostic et de traitement des sujets jugés malades) ne doit pas être disproportionné par rapport au coût global des soins médicaux.
10. Une continuité dans la recherche de cas doit être assurée, le dépistage ne doit pas être considéré comme une opération exécutée « une fois pour toutes ».

*Organisation Mondiale de la Santé. Wilson JMG, Jungner G.
Principes et pratique du dépistage des maladies. Genève : OMS ; 1970.*

Les bébés, tous des traqués ?

Danièle Delouvin

(Psychologue clinicienne, présidente de l'Association Nationale des Psychologues pour la petite enfance)

Psychologues cliniciens, exerçant dans des lieux d'accueil de tout-petits et de leurs familles (en PMI, en crèches, en pouponnières, à l'A.S.E., etc.), c'est en amont des soins que se spécifie notre pratique de prévention, à l'écoute des signes avant-coureurs d'un trop de souffrance.

Nous avons toujours mené nos réflexions et nos recherches avec un souci de transmission non seulement envers les professionnels de la petite enfance et les institutions qui les accueillent, mais aussi envers les instances politiques, dans la préoccupation permanente, espérons-nous, espérons-nous encore, d'éclairer et de modifier des politiques de soin et de prévention au service de la petite enfance.

J'ai intitulé cette intervention : « Les bébés, tous des traqués ? ». C'était le titre d'une de nos Journées d'Étude à l'A. NA. PSY.p.e. en 1990.

16 ans plus tard, la « traque » des bébés est toujours d'actualité !

La question de la prévention sur laquelle les professionnels de la petite enfance n'ont cessé d'œuvrer depuis 20 ans, est aujourd'hui dévoyée, pervertie ; elle est passée du registre d'une prévention ouverte à celui de la prédiction au nom du tout sécuritaire.

Qu'en est-il sur le terrain ? Force est de constater l'expression d'un mal être grandissant, tant du côté des familles, des enfants, que des professionnels.

Les rapports et différents projets de loi dont nous débattons aujourd'hui préconisent : dépistage, ciblage, fichage, flicage...

Les discours ambiants sécuritaires ont des effets : la méfiance et l'individualisme gagnent du terrain...

De quoi a peur notre monde d'aujourd'hui ? De quel monstre tapi ou enfoui se garde-t-il ?

Ces enfants aux joues roses et aux cheveux blonds des pubs cacheraient-ils quelque monstruosité, à l'instar d'Allien ?

La violence surgit là où il y a déconstruction du lien social et du lien psychique. Il y a de la violence dans notre société actuelle, car elle construit de l'exclusion.

Pour certains, la prévention, c'est la cible, c'est un certain dépistage, « être sur la piste de »... comme celle du gibier dépisté par les chiens des chasseurs... C'est la traque des symptômes précurseurs de futurs détraqués, en risque de devenir délinquants.

Nous récusons la matraque que d'aucuns voudraient bien nous voir pourvus au nom de l'ordre public et d'une soi-disant efficacité.

Le début de toute prévention n'est-il pas au contraire d'éviter qu'à de la violence ne soit répondue une autre violence ?

Notre conception et notre pratique de la prévention s'inscrivent dans une vision humaniste et ouverte, sans angélisme pour autant.

Notre intervention dans cette matinée vise à témoigner de ces pratiques ouvertes, qui portent leurs fruits lorsqu'elles sont rendues possibles et soutenues matériellement et humainement.

C'est un tissage au long cours, en délicatesse, dans la continuité et la durée, pas spectaculaire, mais pertinent, souvent méconnu ou sous-estimé.

« L'essentiel est invisible ».

C'est en dénonçant les jugements stigmatisants, c'est en soutenant notre ignorance : « je ne sais pas d'avance », que peuvent s'ouvrir des espaces de pensée et d'élaboration qui permettent qu'advienne... un autre avenir, peut-être...

C'est dans ce sens que, avec constance, nous travaillons depuis toujours, dans trois directions qui s'entremêlent sans cesse, avec les familles, les enfants, les professionnels et les institutions.

DU CÔTÉ DES FAMILLES, DES PARENTS

Les familles viennent en confiance aux consultations de la PMI, car elles pensent qu'elles vont y trouver de l'aide, du LIEN.

Les psychologues qui y travaillent (il n'y en a pas dans toutes les PMI de France, loin de là !) accueillent des parents avec des interrogations nombreuses... Parents désemparés, déboussolés, parfois carrément dépassés, qui font souvent au mieux de ce qu'ils peuvent. Convoqués par les écoles, parce que leur enfant n'écoute pas, bouge sans arrêt, ils viennent à nos consultations porteurs de mots qui les ont littéralement plombés.

Un jour, une mère m'a dit en consultation : « Avec vous, quand je vous parle, votre regard ne me juge pas, je me sens exister ».

Ces mots dits à propos de leur enfant modifient leurs regards sur lui. Ils s'inquiètent : va-t-il mal tourner ? Le doute s'empare d'eux : savent-ils « y faire » ? Comment faire ?

Des parents qui se cherchent, qui cherchent des réponses à leurs questions... Cela a toujours été, mais cela prend un autre relief dans la conjoncture actuelle où est passé au crible le moindre comportement dérangeant ou considéré comme déviant.

Rappelons au passage certaines réalités crues : vivre à 10 par logement exigu ou insalubre, avec des problèmes de chômage ou de papiers... Ce n'est pas de « l'excuse sociale », mais ça crée de la peur, de l'angoisse, ça peut faire désespérer en l'avenir, ou « péter les plombs » ! Oui.

Lorsque nous recevons ces familles, nous les accueillons en prenant en compte leur environnement social, culturel, leur histoire particulière, et nous ne braquons pas sur eux les projecteurs de la suspicion. C'est parce qu'elles se sentent écoutées et dans une relation de confiance qu'elles vont pouvoir dire leurs vraies questions. Alors, parce qu'elles se sentent aidées pour mieux comprendre ce qui se passe, elles vont se sentir moins vacillantes et se situer comme adultes tutélaires (et ceci d'une autre façon que dans les « stages parentaux » préconisés !).

C'est long, ça prend du temps, ça ne rentre pas forcément dans les cases des grilles de statistiques visant à évaluer l'efficacité des « actions ».

Alors ces parents accompagnés peuvent être prêts à consulter en CMP, CMPP ou CAMPS auxquels on les adresse (quand il n'y a pas trop de liste d'attente !) parce qu'ils peuvent y aller en confiance, et non sous l'effet d'une injonction culpabilisante. Ils peuvent alors y entamer avec leur enfant un autre travail de soin au long cours.

DU CÔTÉ DES ENFANTS

Depuis quelques décennies les enfants sont considérés comme sujets, mais aussi objets sacrés, précieux, « enfants-rois » courtisés par la pub... Enfants qu'il ne faudrait pas contrarier, ne pas laisser pleurer.

« Les enfants ne sont plus comme avant ! » entend-on souvent, (c'est-à-dire moins sages et moins obéissants). Et pourtant le cinéma et la littérature nous disent autre chose ! (pour ne citer que « La guerre des boutons »...)

La construction identitaire d'un jeune enfant passe par l'apprentissage de l'altérité, c'est-à-dire la reconnaissance de l'autre comme même et différent à la fois.

Prenons l'exemple de l'agressivité : l'agressivité est commune à la nature humaine, c'est de l'énergie vitale, brute, qui, si elle n'est pas transformée, humanisée, civilisée par des interdits fondateurs, peut tourner à la violence (où l'autre n'existe pas en tant que tel).

Il y a des passages délicats où l'enfant, confronté à ses pulsions, va rencontrer l'épreuve, les frustrations nécessaires pour pouvoir grandir, et la parole tutélaire qui va l'aider à se contenir, à trouver en lui des modes de résolution de ses débordements. Cela évolue en fonction de son âge.

Si cela n'a pas lieu, il est confronté ou laissé à sa violence primaire.

Tout symptôme est à resituer dans un contexte (ne pas tenter de l'éradiquer à tout prix, ne pas stigmatiser l'acte en tant que tel).

Il peut être entendu comme le signe d'un développement normal (l'enfant qui jette des objets à 2 ans ou qui tape ses copains qui s'approchent de son jeu fétiche), ou comme signe d'appel d'un mal être naissant ou d'une souffrance enkystée ou à manifestation explosive. Ainsi, l'enfant qui donne des coups de pieds à tout bout de champ à 4 ans n'est pas forcément un enfant mal éduqué ou futur délinquant, mais indique une difficulté particulière dans son rapport à l'autre, qu'il convient de prendre en compte, de comprendre. Lorsque du sens se dégage, il y a évolution.

Chacun, petit ou grand, a besoin de prendre du temps pour comprendre ce qui lui arrive pour pouvoir évoluer. C'est un autre temps que celui, opératoire, des rééducations programmées ou médicalisées !

Nous ne le répèterons jamais assez : trop de jugements hâtifs et précipités risquent d'enclaver et de figer l'enfant dans une image qu'il donne à voir et qui ne reflète pas celui qu'il est au fond de lui.

Les enfants qui sont regardés d'une autre façon que comme « fauteurs de troubles » à dresser, se regardent autrement dans le miroir de leur psyché naissante.

L'effet est parfois spectaculaire.

DU CÔTÉ DES PROFESSIONNELS

Des auxiliaires de puériculture en crèches, des instituteurs en école maternelle et primaire disent des enfants : « ils n'ont pas de limites, ils nous tiennent tête, on n'arrive pas à les tenir, ou en venir à bout, les parents sont laxistes, ils se reposent sur nous, il faudrait les envoyer au CMP, mais qu'attend-on, que fait-on ? ». En prenant à partie le ou la psychologue de service.

Souvent travaillant dans des conditions de plus en plus difficiles (manque de personnels, bas salaires), ils ont peu ou pas d'espaces de réflexion sur leurs

pratiques... Ils s'inquiètent, parfois à juste titre, ne sachant plus que faire, comment faire devant certains débordements.

Mais influencés aussi parfois par les discours ambiants sur la démission des parents, les graines de délinquants qu'il faut mater... Ils ne peuvent plus entendre ce que peuvent recouvrir ces débordements.

Nous autres psychologues, tentons de faire reconnaître et ouvrir des espaces de réflexion, d'élaboration, de dégagement, de « dé-prise » de cette trop grande prégnance et parfois sidération devant ce qui peut leur faire violence.

Donner des outils pour qu'à la violence ressentie ne soit pas répondue de la violence agie.

Travail de contenance psychique pour que ces professionnels soient en capacité d'offrir à leur tour une véritable contenance aux débordements des petits enfants, et les aider à sérier dans des actes agressifs ce qu'il en est du développement normal ou ce qu'il pourrait en être d'une difficulté particulière.

Aider à comprendre ces processus de construction du jeune enfant, c'est ne pas laisser perdurer des jugements ou interprétations adultomorphes : cet enfant tape = il est violent, futur délinquant...

Là aussi dans ce travail avec les professionnels, il y a nécessité de temps spécifiques, souvent insuffisamment pris en compte dans les institutions et emplois du temps, où gestion et rentabilité sont les maîtres mots au détriment de la qualité humaine des liens.

POUR CONCLURE

Pour nous psychologues, faire acte de prévention dans nos lieux d'exercice en amont du soin, c'est avant tout soutenir du lien psychique, en lien avec le lien social.

C'est être attentifs à ce que ressent un enfant, à ce que vivent ses parents, à ce qui touche les professionnels qui les accueillent, et leur permettre d'en parler.

Nous proposons depuis longtemps des processus d'étayage qui sont d'une autre efficacité que le ciblage et la prédictivité réductrice.

Nous prenons une part importante à ce travail de prévention en amont qui prend tout son sens quand il évite des dommages aux enfants et à leurs familles ou qui prépare à ce qu'il peut en être du soin en pédopsychiatrie ultérieurement.

Santé mentale : malaise dans l'évaluation. Remarques pour améliorer la politique de l'expertise en santé publique ⁽³⁰⁾

(ARTICLE PUBLIÉ DANS EXPERTISES COLLECTIVES, ESPRIT, MAI 2006 : 89-102
ET DANS MÉDECINE/SCIENCE, MAI 2006.

Nous remercions les deux rédactions de nous autoriser à le republier dans ce volume)

Alain Ehrenberg

(Sociologue, chercheur CNRS, directeur du Centre de Recherches Psychotropes, Santé mentale, Société, CNRS-Inserm-Université Paris V)

En septembre 2005, le service d'expertise collective de l'Inserm publie un rapport préparé à la demande de la CANAM sur *Le trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent*. Ce rapport complète une expertise faite en 2002 sur les troubles de l'enfant et de l'adolescent, mais qui n'avait pas inclus ce syndrome. Aussitôt publié, il déclenche un séisme polémique au moins aussi virulent que celui provoqué par l'évaluation des psychothérapies paru en 2004, dans le contexte d'une réforme des professions de psychologue et de l'établissement d'un statut juridique pour exercer ⁽³¹⁾.

Ces deux rapports ont des objets différents (l'efficacité des psychothérapies, d'une part, un trouble touchant entre 3 et 9 % des 13-18 ans, d'autre part), mais les polémiques se situent sur un même registre, celui d'une guerre qui a explosé depuis quelques années entre les approches dynamiques inspirées par la psychanalyse, qui défendent une conception du sujet humain socialisé et parlant, et les thérapies comportementales-cognitivistes, qui défendent une conception du sujet naturel et cérébral. Cela veut dire que les manières de considérer les pathologies, leurs causes, leurs indications de traitements, l'évaluation de la façon dont un patient va mieux sont différentes. Disons tout de suite qu'il est des plus difficiles de sortir de la querelle parce que la psychiatrie avive à un point inégalé une tension qui existe dans tous les domaines pathologiques entre une perspective holiste ou globale et une perspective physiopathologique ou réductionniste (en un sens neutre) ⁽³²⁾. Il est

(30) Cet article est publié simultanément par *Médecine/Science* dans sa livraison de mai 2006.

(31) Pour le rapport sur les psychothérapies, voir P.-H. Castel, « Psychanalyse et psychothérapies : que sait-on des professions sur lesquelles on veut légiférer ? », *Esprit*, mai 2004, et la discussion entre Pierre-Henri Castel, Bernard Perret et Jean-Michel Thurin, « Psychothérapies : quelle évaluation ? », *Esprit*, novembre 2004.

(32) Voir R. Aronowitz, *Les maladies ont-elles un sens ?* trad. fr. Les Empêcheurs de penser en rond, 1997 (le titre anglais est : *Making Sense Of Illness*) et, sur le holisme dans la médecine, C. Lawrence et G. Weisz, *Greater Than Parts—Holism In Biomedicine 1920-1950*, Oxford University Press, 1998.

néanmoins possible de clarifier le débat en précisant en quoi consiste cette expertise en santé mentale et ce qu'elle devrait être.

Après avoir rapidement passé en revue la teneur de la polémique, je proposerai un abord différent de l'analyse produite par l'Inserm, car au-delà des excès en tout genre, elle suscite un malaise dont il convient de rendre compte en le rendant explicite.

Il faut aussi préciser que j'interviens dans ce débat à deux titres : en tant que sociologue dont l'expertise scientifique consiste à clarifier les choix qui s'offrent en termes sociaux pour décider entre ce qui est préférable et ce qui l'est moins ; en tant que directeur d'une unité de recherche en sciences sociales associée à l'Inserm (ainsi qu'au CNRS et à l'université Paris 5) et spécialisée dans les questions de santé mentale. Le lecteur doit noter que nous n'avons pas été consultés sur la façon dont on pourrait ou devrait poser les problèmes en fonction d'objectifs qui auraient dû être clarifiés. Les sciences sociales sont-elles une cerise sur le gâteau de la recherche en santé publique ?

APOCALYPSE NOW ?

Les réactions à la publication sont immédiates. « L'Inserm sème le trouble », écrivent quatre pédopsychiatres dans *Le Monde* début octobre 2005 ⁽³³⁾. « Un monde d'apocalypse a envahi le courrier adressé au “Nouvel Observateur” depuis la parution » de ce dernier rapport, poursuit l'hebdomadaire trois semaines plus tard ⁽³⁴⁾. Une pétition (pas de zéro de conduite pour les enfants), lancée à la fin de l'année 2005 et qui a réuni en mars 2006 plus de 100 000 signatures, s'insurge à la fois contre la méthode du rapport et ses recommandations : « Les enfants dépistés seraient soumis à une batterie de tests élaborés sur la base des théories neuropsychologie comportementaliste qui permettent de repérer toute déviance. À une norme établie selon les critères de la littérature scientifique anglo-saxonne. Avec une telle approche déterministe et suivant un principe de linéarité, le moindre geste, les premières bêtises d'enfants risquent d'être interprétées comme l'expression d'une personnalité pathologique qu'il conviendrait de neutraliser au plus vite ». Une lettre ouverte a été envoyée au directeur général de l'Inserm par le président de la Société française de santé publique qui défend la classification française (4^e version, 2000), parce qu'elle prend en compte « l'ensemble du fonctionnement psychopathologique de l'enfant », contre l'usage de la classification américaine qui se contente de lister des symptômes ⁽³⁵⁾. L'opposition France/États-Unis (ou monde anglo-saxon) recoupe l'opposition entre approches dynamiques et cognitivo-comportementalistes ⁽³⁶⁾.

(33) E. Lenoble, M. Bergès-Bouines, S. Calmettes, J.-M. Forget, « L'Inserm sème le trouble », *Le Monde*, 3 octobre 2005.

(34) A. Fohr et G. Petitjean, « Les enfants terribles », *le Nouvel Observateur*, semaine du 27 octobre 2005.

(35) Lettre ouverte au directeur général de l'Inserm suite à la publication fin septembre 2005 d'une expertise collective sur le trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent, www.pratiquesensante.com, 20 décembre 2005.

(36) Et par extension l'opposition entre le modèle social français et le libéralisme anglo-saxon.

L'Inserm est accusé de « stigmatiser comme pathologiques des colères et des actes de désobéissance et les présenter comme “prédictifs” d'une future délinquance » (37). Un psychanalyste estime « que même des personnes obnubilées par le discours sécuritaire ne pourront pas le lire sans frémir, car il met elles-mêmes et leurs enfants sous surveillance, dans une suspicion généralisée qui réunit futures victimes et futures criminels dans le même ensemble de la “population” » (38). Un article signé conjointement par le président du Comité d'éthique de l'Inserm et celui du Comité consultatif national d'éthique vient en renfort pour souligner qu'il « faut enrichir l'humain, pas le réduire ; soulager la souffrance et aider chacun à inventer son avenir [...] ; respecter l'altérité et la diversité » (39), etc. Le rapport est soupçonné d'alimenter les stratégies sécuritaires du ministre de l'Intérieur Nicolas Sarkozy, mais la question se pose bien car l'installation de ces symptômes est un facteur, mais non une cause, de comportements psychopathiques et délinquants à partir de l'adolescence, comme le reconnaissent *tous* les professionnels *quelles que soient leurs orientations cliniques*. On reproche à ce rapport de proposer des « mesures de “dressage” des comportements [traduire : comportementalo-cognitivistes], puis, si elles échouent, des “camisoles” chimiques » (40). On s'inquiète également de la médicalisation « à outrance » : l'orientation médicale est effectivement un choix explicite dans la construction du problème par l'expertise (41), et en matière de santé publique, c'est un choix non seulement limité, mais aussi erroné.

Bref, l'Inserm aurait finalement établi une expertise qui vise à généraliser à la fois la médicalisation et la criminalisation dans une société qui s'adonne au culte de la performance.

Les experts, le directeur général de l'Inserm, Christian Bréchet, et sans doute nombre de chercheurs de l'Institut, semblent surpris de l'apocalypse que ces rapports ont déclenché. Le directeur général de l'Inserm considère que ce rapport est « une contribution à un débat de société, avec une perspective scientifique et médicale » et s'est déclaré « choqué par les accusations de récupération politique » (42).

(37) E. Lenoble *et al.*, art. cité.

(38) G. Wajcman, « Voici le bébé délinquant », *Le Monde*, 3 mars 2006.

(39) J.-C. Ameisen, D. Sicard, « L'expertise médicale, otage de l'obsession sécuritaire », *Le Monde*, 23 mars 2006. On trouve aussi des positions à fronts renversés, comme celle du psychanalyste Philippe Jeammet, qui soutient le rapport comme « une chance » pour la profession et écrit : « on ne choisit pas ses émotions ; elles surgissent du plus profond de notre cerveau biologique sans rien ne nous demander », « Remue-ménages chez les psys ». Mettre l'origine de la pulsion dans le cerveau n'est pas encore chose habituelle chez les psychanalystes, mais il y a là une tendance en train de se développer dans le cadre de la neuropsychanalyse. La psychanalyse apparaît compatible avec les neurosciences, donc scientifique. Il s'agit sans doute d'une réaction (défensive, c'est le cas de le dire) dans un contexte de déclin de la psychanalyse et d'ascension des neurosciences, y compris comme références culturelles.

(40) E. Lenoble *et al.*, art. cité.

(41) Comme l'a nettement réaffirmé un communiqué du pôle presse de l'Inserm : l'expertise « a envisagé la question du trouble des conduites dans sa dimension médicale », « Trouble des conduites : mise au point autour d'une Expertise collective », site Inserm, 16 mars 2003.

(42) *Le Monde*, 21 mars 2006. « Même s'il n'y a pas véritablement de consensus en matière de psychopathie, il y a au moins un point sur lequel tous s'accordent, qu'ils soient psychiatres pour adolescents suicidants ou violents, éducateurs pour délinquants ou intervenants toxicomanie, c'est en maternelle qu'il faut faire quelque chose », C. Ehrenberg, « Prévention des comportements psychopathiques et prise en charge précoces au sein d'une unité de soins à temps partiel », in : *Haute Autorité de Santé*, *Prise en charge de la psychopathie*, 15-16 décembre 2005 (voir sur le site de la HAS).

Jeanne Etiemble, directrice du service d'expertise collective, en est abasourdie, et déclare très justement que « nous ne nous occupons pas de ce qui se passe dans le cabinet des psys. En revanche, nous avons la conviction qu'il faut accompagner le plus tôt possible ces enfants en difficultés » (43). Fréquentant depuis une dizaine d'années la recherche médicale et biologique, je comprends parfaitement l'étonnement de ces scientifiques. Ils ont des raisons de penser que les experts ont fait leur métier en compilant une littérature scientifique internationale, en faisant la synthèse de différentes variables, et en approchant les problèmes dans une perspective multifactorielle (environnement, gènes, mécanismes neurobiologiques, etc.). Tous ces éléments conduisent à penser qu'a été établie une expertise scientifique.

Le point est que mes collègues biologistes et épidémiologistes ne comprennent pas un fait social de toute première importance : à partir du moment où la science intervient sur les questions de société, elle se trouve automatiquement prise dans les conflits que ces questions occasionnent *toujours*. Le problème n'est donc pas que les expertises ne sont pas là pour plaire à tout le monde, il est à la fois conceptuel (la démarche est erronée parce qu'elle n'emploie pas les bons instruments) et institutionnel (la recherche médicale est confondue avec recherche en santé publique). C'est ce que souhaitent montrer les cinq remarques suivantes.

Cinq remarques pour une clarification du débat

Soulignons un consensus de tous les acteurs qui n'a pas été suffisamment mis en avant tant la confusion et l'alacrité sont fortes, consensus qui aurait dû être le point de départ d'un authentique débat public sur ce que l'on appelait autrefois l'enfance en danger. Tout le monde s'accorde, et pas seulement le groupe d'experts, à dire que tout commence très tôt chez les enfants et qu'il convient donc d'agir en conséquence, c'est-à-dire dépister et prendre en charge. Ainsi, Pierre Delion, professeur de pédopsychiatrie à Lille et psychanalyste, déclare : « Le dépistage est une notion importante. Il faut que cette notion ne soit pas dévoyée. On en a besoin pour mieux prendre en charge les enfants, en aucun cas pour les stigmatiser » (44). C'est ce que dit l'expertise : « Les comportements d'opposition et d'agressivité prédominent pendant la petite enfance puis tendent à se normaliser. La question est donc de savoir pourquoi certains enfants maintiennent un comportement agressif et antisocial. [...] Identifier les facteurs de risque reste une tâche de première importance pour mettre en œuvre des programmes de prévention, d'autant que ces facteurs peuvent être [...] présents dès la grossesse. Aussi, les espoirs s'orientent-ils vers un repérage et une intervention précoce » (45).

En revanche, les manières de penser et les critères définissant les actions à mener diffèrent, et elles n'ont pas été suffisamment mises en relief pour que les décideurs puissent tout simplement se repérer entre les alternatives possibles. C'est certes le défaut

(43) Cité par Fohr et Petitjean, article cité.

(44) Pierre Delion, cité par E. Favereau, « L'appel contre le dépistage de la violence chez l'enfant rallie professionnels et parents », *Libération*, 16 mars 2006.

(45) *Trouble des conduites*, p. 328 (partie « Synthèse »).

de la polémique, mais c'est aussi la grave insuffisance du rapport de l'Inserm que de ne pas avoir permis la mise en scène et la mise en sens (pour reprendre une expression de Claude Lefort) de la confrontation.

Le subjectif et l'objectif : la distinction fait/valeur est-elle scientifique ?

Le principe de cette expertise collective, comme des deux précédentes, est qu'elle repose sur la distinction entre les faits, qui sont objectifs, et les valeurs, qui sont subjectives. C'est ce principe qui lui permet de faire valoir que l'approche employée est scientifique. Malheureusement, en évitant les biais de subjectivité, le groupe d'experts a succombé aux biais de l'objectivité. Ici, l'expertise a confondu un formalisme scientifique avec l'esprit scientifique. Expliquons-nous.

La réalité de ce domaine de la santé publique est que les polémiques y ont la particularité d'aller bien au-delà des controverses thérapeutiques, cliniques ou étiologiques que l'on trouve dans les autres domaines pathologiques. Les pathologies mentales sont un terrain classique pour la question des rapports corps/esprit, mais aujourd'hui cette question est sortie des rubriques savantes pour se retrouver dans la rue ⁽⁴⁶⁾, car la souffrance psychique et la santé mentale sont désormais incontournables, concernent très concrètement des millions de gens, et notamment une multitude d'associations de patients qui font face à des problèmes épouvantables. Ceci est *un fait*, et plus précisément *un fait social* qu'il est néfaste d'ignorer et dont le sociologue doit rendre compte : pourquoi une telle passion en santé mentale ou en psychiatrie et non en cardiologie ?

Il est sans doute difficile de sortir de ce climat malsain et déraisonnable, car les passions se déchaînent plus facilement pour la raison suivante : les pathologies mentales sont mentales en ceci qu'elle mettent en jeu, dans la définition même de la pathologie, une double dimension morale et sociale. Les rapports de l'Inserm le disent : « la caractéristique majeure [du trouble des conduites] est une atteinte aux droits d'autrui et aux normes sociales » ⁽⁴⁷⁾. Ils le disent certes, mais sans s'en rendre compte parce qu'ils ne savent pas aborder cette dimension. Cela tient à une raison : la composition du « groupe d'experts et auteurs » chargée de l'expertise n'a pas jugé utile d'intégrer une expertise capable de traiter cette question. Il est impossible de séparer les faits des valeurs, parce que justement ce sont des « faits de valeurs » qui sont l'objet de ce rapport comme des deux précédents. « L'indépendance des faits et des valeurs », écrit Hilary Putnam, « est plus difficile à défendre lorsque les faits eux-mêmes sont de l'ordre du « manque de considération », du « ne penser qu'à soi », ou du « faire n'importe quoi pour de l'argent » ⁽⁴⁸⁾. Sans entrer dans une discussion très technique sur ce point, rappelons, à la suite de Putnam, que l'emploi d'expressions comme « peu d'empathie »,

(46) Voir A. Ehrenberg, « Introduction » au dossier « Les guerres du sujet », ainsi que « Le sujet cérébral », *Esprit*, novembre 2004.

(47) *Trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent*, Éditions de l'Inserm, 2005, p. XIII.

(48) H. Putnam, *Raison, vérité, histoire*, trad. fr. 1981, Minuit, p. 156.

« être dur, sans remords ni culpabilité »⁽⁴⁹⁾, etc. constitue une « très bonne illustration du vague total qui entoure la distinction « fait-valeur » dans le monde et le langage réels »⁽⁵⁰⁾. Le manque d'empathie, l'absence de culpabilité, etc. *sont des faits pour nous parce qu'ils ont une valeur morale ordinaire* (ils imprègnent la vie quotidienne⁽⁵¹⁾), en l'occurrence négative, pour nous, dans nos sociétés. Comme l'écrit Putnam, « ce qui compte comme monde réel dépend de nos valeurs »⁽⁵²⁾. Et il ne faut en déduire aucun relativisme culturel⁽⁵³⁾. L'indépendance des faits et des valeurs ne tient pas, car nous avons de bonnes raisons de penser et d'affirmer, par exemple, que l'absence de culpabilité (dans le trouble des conduites) ou, au contraire l'excès de culpabilité (dans la mélancolie) sont une mauvaise chose. Il est donc non scientifique de penser que les valeurs relèvent d'une opinion subjective. La distinction fait/valeur est une thèse métaphysique, et le service d'expertise collective fait de la métaphysique comme M. Jourdain de la prose.

Voici un exemple de l'incompréhension à l'égard des faits de valeurs que sont les faits sociaux. La commission a auditionné un sociologue compétent sur les questions de délinquance, Laurent Mucchielli, mais n'a pas intégré dans l'analyse un point central de son argument : « L'augmentation des agressions *touche toutes les tranches d'âges*, et pas seulement les jeunes. La dénonciation croissante des violences dans les relations sociales traduit par ailleurs *l'évolution des représentations au moins autant que des comportements* » (comprendre : des valeurs⁽⁵⁴⁾). Elle ne l'a pas intégré, parce qu'elle ne disposait pas des compétences pour simplement entendre ce qui aurait mérité d'être développé dans le corps du rapport : ce n'est pas spécifique aux jeunes (toutes les tranches d'âges), les valeurs ont changé en la matière (l'évolution des représentations).

Combien de tomates sont nécessaires pour faire crier la soprano ?

Les résultats de l'expertise sont triviaux ou vagues et ne font, au mieux, que répéter dans un langage scientifique ce que chacun sait déjà. Par exemple, voilà comment est conclu le chapitre sur l'attachement (on sait l'importance des tout premiers temps de la vie) : « La théorie de l'attachement et nombre d'études sur le comportement du type de l'apprentissage social se rejoignent dans l'effet préventif d'une attitude parentale proche, soutenant et surveillant ce que fait l'enfant, en évitant les punitions

(49) *Trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent*, p. 7.

(50) H. Putnam, *op. cit.*, p. 156-7.

(51) Putnam distingue notamment deux types de faits de valeurs : les valeurs épistémiques, celles des scientifiques (valeur de rationalité ou de simplicité par exemple), et les valeurs de la morale ordinaire.

(52) *Ibid.*, p. 155. « Si la "rationalité" est une capacité [...] qui permet à son possesseur de déterminer quelles questions sont des questions qu'il est pertinent de se poser et quelles réponses sont des réponses qu'il est justifié d'accepter, alors sa valeur est évidente. Et il n'est point besoin d'argument pour voir que cette conception-ci de la rationalité est tout aussi imprégnée de valeurs que la notion de pertinence », p. 224.

(53) « Le fait de reconnaître que nos jugements prétendent à une validité objective et le fait de reconnaître qu'ils tiennent leur forme d'une culture et d'une situation problématique particulières n'ont rien d'incompatibles », H. Putnam *Fait/valeur : la fin d'un dogme et autres essais*, trad. fr. Paris, Tel-Aviv, L'éclat, 2004, p. 54.

(54) P. 422, c'est moi qui souligne.

trop dures et les châtiments corporels. Ceci souligne l'importance de la continuité de l'attitude parentale » (p. 129). A-t-on vraiment besoin de consulter la littérature internationale (une soixantaine de références) pour obtenir un tel résultat ? Le lecteur pourra comparer les résultats de ce rapport à l'éblouissante « revue de littérature scientifique » que Georges Perec avait consacré à « La démonstration expérimentale de l'organisation du lancer de tomates chez les sopranos » : « De récentes observations faites par Unsofort & Tchetera [*Yale J. Med*, 1973] ont noté que « plus on lance de tomates sur la soprano, plus elle crie »⁽⁵⁵⁾. Moins un parent est bienveillant, ferme et constant, plus l'enfant s'agite, s'oppose et crie (CQFD ?).

Au trivial se surajoute le vague, notamment parce que les relations entre les différents facteurs ne sont pas précisées, et l'on se contente de réciter la messe comme dans la conclusion sur les facteurs génétiques : « Les études d'adoption plaident pour des interactions entre les facteurs génétiques et les événements de vie. Ces interactions commencent à être prises en compte dans la génétique du trouble des conduites, avec des résultats intéressants et révélateurs du type de susceptibilité apporté par les gènes en génétique des comportements. La génétique peut ainsi participer à l'identification de terrains biologiques vulnérables, des facteurs environnementaux, et de la synergie entre les différents facteurs de risque dans la genèse du trouble des conduites »⁽⁵⁶⁾. Mais quelle est cette synergie ? Car il ne suffit pas de prononcer le mot, il faut encore dire en quoi elle consiste un peu plus précisément. Les experts sont incapables de le faire, parce qu'il y a de fortes raisons, avancées d'ailleurs par les généticiens eux-mêmes, qui rendent l'entreprise douteuse. Ainsi, Françoise Clerget-Darpoux (qui a été présidente de la Société internationale de génétique épidémiologique) écrivait en 2002 : « Pour les maladies psychiatriques, l'influence de l'environnement familial est particulièrement difficile à distinguer de l'influence de la génétique. S'il est vrai que l'enfant ayant un voire deux parent (s) atteint (s) hérite d'un risque génétique plus élevé, il hérite également d'un environnement plus défavorable »⁽⁵⁷⁾. Il y a là une critique récurrente. En 1973, le psychiatre et neurobiologiste Steven Rose estimait déjà qu'il « est impossible de distinguer certains types d'effets génétiques d'effets dus à l'environnement, tout spécialement à cause de l'influence transgénérationnelle du milieu sur les individus »⁽⁵⁸⁾.

Est-il vraiment nécessaire d'ignorer la réalité ?

Le groupe d'experts ne fait pas état de l'action menée en France et à l'étranger, alors qu'un bilan précis est ce dont nous avons besoin dans une expertise. Ainsi, à propos

(55) G. Perec, « Experimental Demonstration of the Tomatotopic Organization in the Soprano » in : *Cantatrix Sopranica L. et autres récits scientifiques*, Paris, Seuil, 1991, p. 15. Ce texte avait été écrit en 1974 pour le départ à la retraite de la directrice du laboratoire de neurophysiologie de l'hôpital Saint-Antoine.

(56) *Trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent*, p. 201-202.

(57) Françoise Clerget-Darpoux, « La folle course au gène de la folie », *La Recherche*, avril 2002.

(58) S. Rose, *Le Cerveau conscient*, Paris, Seuil, 1975 (*The Conscious Brain*, 1973), p. 336.

des programmes de prévention, il fait « l'hypothèse qu'il existe, en France, quelques interventions ponctuelles visant à prévenir les comportements violents chez les enfants et les adolescents » (p. 321). Les quelques 320 intersecteurs de pédopsychiatrie sans compter un certain nombre de réseaux médico-sociaux ne font-ils rien ? C'est vraiment difficile à croire. En tout cas, il aurait été nettement plus intéressant que l'expertise étaye son hypothèse. Y a-t-il des secteurs où l'action est plus efficace qu'ailleurs ? Y a-t-il des actions en réseaux meilleures que d'autres ? N'a-t-on nulle part en France établi, pas à pas et sur de longues années, des relations entre institutions de prise en charge, écoles, justices, et sans attendre une hypothétique demande des parents ?

La revue de littérature internationale est faite sans description des différents contextes sociaux, économiques et juridiques. Elle est comme une démonstration de sciences expérimentale qui doit se faire à *environnement stable et constant* pour prouver son universalité, ce qui ne correspond à rien de ce qui peut se passer dans la vie sociale où tout ce qui arrive est incompréhensible sans insertion dans un contexte relationnel plus large qui donne sens aux événements. Les entités sociales, à la différence des entités biologiques, ne sont pas observables directement (par un dispositif expérimental adéquat). L'incompréhension de ce qu'est un fait social ⁽⁵⁹⁾ a une conséquence pratique : elle ne permet donc aucune évaluation comparée de l'action menée *en France et à l'étranger*, autrement dit de ce qui est préférable et de ce qui ne l'est pas. La confusion conceptuelle et l'absence de raison pratique sont liées.

Une théorie magique de la science ?

Les résultats n'ouvrent pas la voie à l'action, parce qu'il s'agit d'une liste d'actions, dont un certain nombre peut avoir un intérêt, mais qui ne sont pas présentées dans une perspective globale et systématique, appuyées sur un bilan des actions menées et de ce qui se fait sur le terrain.

Ainsi, le trouble des conduites est isolé des autres troubles du comportement bien qu'il soit en permanence rappelé sa comorbidité avec eux (le « trouble oppositionnel avec provocation » et le « trouble de déficit de l'attention avec hyperactivité »). C'est non seulement l'ensemble de ces troubles qu'il aurait fallu avoir à l'esprit dans les recommandations, au lieu d'un compartimentage qui ne correspond pas à la vie réelle et, en conséquence, ne permet pas d'agir, mais en plus le rapport n'intègre pas les troubles « à bas bruit », malgré la recommandation d'une clinicienne auditionnée de « développer la capacité à identifier les conduites de repli sur soi et les tendances dépressives [...] des enfants » (p. 392). Cette clinicienne avait d'ailleurs précisé que

(59) Sur ce point, voir le dossier d'*Esprit*, juillet 2005, consacré aux travaux de Vincent Descombes.

l'évaluation « est plus aisée pour les comportements perturbateurs, agressifs et violents » (p. 392). La comorbidité avec les syndromes anxieux et dépressifs est notée d'ailleurs dans le rapport, mais cela s'avère sans conséquence. Ce n'est pas tant le dépistage précoce qui est le problème que sa limitation aux seuls troubles bruyants.

De plus, la recommandation d'un dépistage à 36 mois semble à tout le moins excessive parce qu'elle est contradictoire avec les résultats : « La majorité des symptômes du trouble des conduites (agression physique, destruction de biens, vols) apparaissent au cours des deux premières années après la naissance et diminuent généralement avec l'âge » (p. 64). Les symptômes d'agression, qui sont les plus prédictifs de l'installation du trouble à l'adolescence, augmentent « jusqu'aux environs de la quatrième année. Par la suite, leur fréquence diminue chez la très grande majorité des enfants » (p. 336). Dans la petite minorité qui reste, 3 à 11 % voient leur symptômes se maintenir jusqu'à l'adolescence. Pourquoi alors dépister ce trouble à 36 mois puisqu'à cet âge on ne peut rien dire du futur de ces enfants ? Pourquoi proposer de noter les symptômes dans un carnet de santé alors qu'aucun pronostic ne peut être établi au dire même de l'expertise ? Comment s'explique cette contradiction ? Tout simplement par un pêché capital que ne doit faire aucun épidémiologiste digne de ce nom et commis par le groupe d'experts : confondre des facteurs de risques avec des causes. Et c'est parce qu'ils ont au moins laissé planer une coupable ambiguïté, qu'ils sont accusés de stigmatiser les enfants. On n'a d'ailleurs pas beaucoup entendu les épidémiologistes et les experts en santé publique sur ce point décisif : n'ont-ils pas une compétence à apporter dans le débat public ?⁽⁶⁰⁾ D'ailleurs, il semble que les épidémiologistes, notamment de l'Inserm, soient quasiment absents du groupe d'experts. Encore un autre regard expert oublié ? C'est d'autant plus gênant que les problèmes de définition et de mesure des pathologies se posent de manière particulièrement aiguë en épidémiologie psychiatrique, ce qui conduit souvent à une surestimation du nombre de personnes atteintes. Ce problème bien connu et très débattu en épidémiologie psychiatrique, notamment aux États-Unis, est absent de l'expertise, ce qui veut dire que les pourcentages donnés sont sujets à caution⁽⁶¹⁾.

Ce que le groupe d'experts n'a pas intégré, c'est peut-être tout bonnement le principal : ces enfants et ces adolescents expriment de manière bruyante ou silencieuse une souffrance psychique assez vive pour faire l'objet sinon d'un

(60) Sur la sociologie historique de l'épidémiologie française et sa tension entre l'accent sur la science (« recherche fondamentale ») et l'accent sur la santé publique (« recherche appliquée »), on pourra très utilement se reporter à L. Berlivet, « Exigence scientifique et isolement institutionnel : L'essor contrarié de l'épidémiologie française dans la seconde moitié du XX^e siècle », in : G. Jorland, A. Opinel, G. Weisz (ed./dir), *Body Counts – Medical Quantification In Historical And Sociological Perspective/La quantification médicale, perspectives historiques et sociologiques*, McGill-Queen's UP, 2005.

(61) Voir A. M. Lovell, *Étude sur la surveillance dans le champ de la santé mentale*, Institut National de Veille sanitaire, 2004, chapitre 4, particulièrement p. 13-15.

diagnostic de pathologie psychiatrique, du moins d'une grave détresse psychologique *qui s'exprime dans le comportement*, et cela d'autant plus que l'investissement de ces enfants dans le langage est faible.

Nombre de psychiatres et psychologues cliniciens en institutions insistent d'ailleurs sur le fait que les pathologies de l'agir (qui désignent dans leur langage ce que les cognitivistes appellent troubles des conduites) sont une conduite autothérapeutique ou de défense de la part de ces enfants qui vise à lutter contre l'effondrement dépressif, qu'il soit une réaction de détresse psychologique à un environnement délabré ou une maladie mentale caractérisée. Roger Misès, qui est l'un des promoteurs de la pédopsychiatrie en France et a débuté dans les années 1950 au moment où régnait l'idée d'enfant caractériel, souligne bien la différence principale entre les approches de type comportementale/cognitiviste et les approches dynamiques : les premières ont une conception de la pathologie en termes de déficit (par exemple, déficit des activités verbales, dysfonctionnement d'aires cérébrales), les secondes en termes de défense. « Il y aurait, sur ce terrain, à mener une confrontation utile entre les différents modèles, de façon à apporter des éclairages différents, *parfois complémentaires* »⁽⁶²⁾. Pourquoi ces approches n'ont-elles pas été intégrées au groupe d'experts pour mener cette confrontation des plus utiles pour élaborer un jugement fondé ? Parce qu'elles se réclament de la psychanalyse ou de la psychiatrie sociale ? Si c'est le cas, il aurait fallu justifier scientifiquement leur exclusion. Car les psychanalystes s'évaluent les uns les autres, sont soucieux de voir leurs patients aller mieux, ont des contrôles pour évaluer la direction de la cure. Pourquoi d'ailleurs les psychanalystes ne s'expriment-ils jamais publiquement pour expliquer et faire connaître leurs critères d'évaluation ?⁽⁶³⁾

Au lieu d'une approche globale sur les problèmes d'une enfance en danger, dont une partie devient une adolescence et une population adultes dangereuses, on a un entassement de facteurs, génétiques, neurobiologiques, d'attachement, d'environnement, etc., dont on ne voit ni les liens entre eux ni la ligne directrice⁽⁶⁴⁾. Croire que l'on dit quelque chose de la réalité en additionnant des facteurs hétérogènes sans que l'on dispose du principe de leur articulation d'ensemble, c'est confondre une approche multifactorielle avec une cacophonie de facteurs, autrement dit c'est se réclamer d'une théorie magique de la science. Et c'est aussi regarder les choses par le petit bout de la lorgnette. Le service d'expertise collective croit avoir adopté des méthodes scientifiques validées internationalement, mais en sociologie comme en biologie, les méthodes doivent être adaptées à l'objet que l'on observe et sur lequel

(62) R. Misès, « À propos de l'expertise Inserm relative au "trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent" », *Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, 54, 2006, p. 78. La référence à l'enfant caractériel est de Misès. Souligné par moi.

(63) Comme le recommande Pierre-Henri Castel, « les psychanalystes devraient passer une part essentiel de leur temps à prouver hors ghetto les effets singuliers de la psychanalyse », art. cité, p. 131.

(64) « L'enfant aux comportements troublés ne l'est pas pour des motifs un peu biologiques, un peu psychologiques, un peu sociaux, tout simplement parce que cela ne veut rien dire et que cela ne constitue en rien un guide pour l'action, qu'elle soit préventive ou thérapeutique », C. Ehrenberg, texte cité.

on entend agir. Les entités sociales ont autant de cohérence que les entités biologiques, mais leur cohérence n'est pas de même nature. Comment aborder les entités sociales ? Voilà bien une question totalement absente de ce rapport.

Le facteur institutionnel : confusion entre biomédecine et santé publique ?

Les experts confondent point de vue médical et point de vue de santé publique. Les troubles de la conduite sont un genre de problème où le débat n'est *pas* principalement thérapeutique : thérapies comportementalo-cognitivistes plus médicaments *versus* psychanalyse. La thérapeutique n'est qu'un aspect d'un problème qui doit être abordée dans une *perspective globale* parce que s'entremêlent bien souvent des handicaps multiples de pauvreté et de problèmes familiaux, ce que savent tous les cliniciens sur le terrain. Ces handicaps sont notés à de multiples reprises dans le rapport : « c'est le cumul de plusieurs expériences défavorables qui semble jouer un rôle » (voir aussi, notamment p. 95-98), mais il n'en est tiré aucune conséquence, parce que l'outillage conceptuel permettant d'en faire autre chose qu'un facteur de risque supplémentaire fait défaut.

Une question de santé publique n'est pas seulement scientifique ou seulement médicale. Les problèmes de l'offre et de l'accessibilité ⁽⁶⁵⁾, de la continuité du suivi, mais aussi du partenariat entre clinique, école, justice, travail social, qui sont les problèmes essentiels pour réduire les risques de psychopathie et de délinquance à l'adolescence et qui sont d'abord des problèmes de politique publique (de moyens certes, mais aussi de méthode), de lutte contre les inégalités sociales, sont totalement hors de l'expertise ⁽⁶⁶⁾. C'est la conséquence d'une approche métaphysique des problèmes.

La recherche médicale et biologique semble avoir du mal à comprendre la différence entre clarifier un problème en vue de justifier des décisions à prendre et prouver une découverte ou un mécanisme physiopathologique. L'Institut est plus à l'aise avec les maladies « à physiopathologie » (comme les cancers) qu'avec les maladies qui atteignent l'imagination, les émotions et les sentiments moraux, font souffrir l'être humain en invalidant sa vie relationnelle (méfiance excessive qui déclenche la violence, culpabilité ou honte pathologiques qui engendrent l'inhibition et l'isolement, etc.). Si « le rôle de l'Inserm est de contribuer à des débats de société », comme le souhaite Christian Bréchet, il lui faut faire un effort sociologique pour comprendre ce qu'est « une société », ce qu'est une entité sociale, en quoi elle se différencie d'une entité naturelle ou biologique. Ce n'est pas une mince affaire car il

(65) Bernard Golse, qui est chef de service en pédopsychiatrie à Necker et psychanalyste, estime à quatre mois la durée d'attente dans l'unité de jour pour enfants à risques autistiques ou psychotiques, *Libération*, 28 février 2002.

(66) Alors que l'Inserm a initié la publication d'un gros volume sur les inégalités de santé, D. Fassin, H. Grandjean, T. Lang, A. Leclerc (dir.), *Les Inégalités sociales de santé*, Éditions de l'Inserm/La découverte, Paris, 2000.

lui faudra réformer sa démarche médicale. C'est un choix de politique scientifique, mais c'est le seul qui puisse favoriser des discussions en vue de décisions de politique publique aux motifs et aux visées plus assurés au lieu de déchaîner les passions et de contribuer à brouiller un paysage qui est déjà assez compliqué comme cela.

Les troubles du comportement

Sans entrer dans les détails de la classification, dans le Manuel statistique et diagnostic des troubles mentaux, 3^e version, dit DSM-3, publié en 1980 par l'Association psychiatrique américaine (APA), le diagnostic « Comportements antisociaux » a été démembré en deux catégories : le trouble des conduites et le trouble oppositionnel. Dans la 4^e version (1994), actuellement en usage, le trouble des conduites se trouve dans le chapitre « Déficit de l'attention et comportements perturbateurs », avec le trouble oppositionnel qui se voit ajouter le qualificatif « avec provocation », le trouble déficit de l'attention/hyperactivité et le trouble perturbateur non classifié.

Définition du trouble des conduites : « Un ensemble de conduites répétitives et persistantes dans lequel sont bafoués les droits fondamentaux d'autrui ou les normes et les règles sociales correspondant à l'âge du sujet. » Il est caractérisé par quatre grands critères diagnostiques : conduites agressives dans lesquelles des personnes ou des animaux sont blessés ou menacés dans leur intégrité physique (7 critères, par exemple le 1 est : brutalise, menace ou intimide souvent d'autres personnes), conduites où des biens matériels sont endommagés ou détruits, sans agression physique (2 critères), fraudes ou vols (3 critères), violations graves des règles établies (3 critères).

Pour se voir attribuer un diagnostic de troubles des conduites, le sujet (moins de 18 ans) doit : 1/ avoir trois critères au cours des douze derniers mois et un critère au cours des six derniers mois ; 2/ connaître une altération cliniquement significative du fonctionnement social, scolaire ou professionnel. Le trouble peut être léger, moyen, sévère, enfin des sous-types sont distingués : type à début pendant l'enfance (moins de 10 ans) ou à l'adolescence (plus de 10 ans).

Les deux autres classifications sont : Classification internationale des maladies (Cm 10, 1992) de l'OMS avec la même définition et une liste de 23 symptômes et Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (1988, version révisée en 2002 sous la dir. de R. Misès). Cette dernière a une orientation qui refuse la liste de symptômes au profit d'une analyse psychodynamique.

C'est la classification du Dsm qui est utilisé dans l'expertise collective de l'Inserm.

Source : Expertise collective, Troubles des conduites chez l'enfant et l'adolescent, Paris, Inserm, 2005, p. 3-14.

Pour une lecture sereine du rapport de l'Inserm

Bruno Falissard

(Professeur de Biostatistiques, directeur de recherche Inserm)

Je suis en désaccord avec la plupart des points de vue présentés ce matin. Je vais donc tenter de vous en présenter un différent, qui est certes celui d'un directeur d'unité Inserm, d'une unité dont la thématique relève précisément de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, mais dans laquelle certains chercheurs ont signé la pétition 0 de conduite et d'autres ont fait partie de l'expertise Inserm.

Je vous propose d'examiner dans un premier temps le document lui-même, pour terminer par les réactions qu'il a suscitées.

À PROPOS DU DOCUMENT

Qui l'a composé ?

J'ai entendu de nombreuses critiques à propos de la constitution du jury de l'expertise Inserm. Certes j'aurais aimé qu'un sociologue de la psychiatrie en fasse partie (il en existe de très bon en France, je pense notamment à l'unité d'Alain Ehrenberg ici présent), certes d'excellents cliniciens comme le Pr. David Cohen auraient pu éclairer positivement les débats. Mais il en est ainsi de toute constitution de Jury, elle ne peuvent pas satisfaire tout le monde et globalement les membres de l'expertise me semble à la fois compétents et relevant de disciplines complémentaires.

Quel est son contenu ?

À propos du trouble étudié, le trouble des conduites. Il est issu du monde anglo-américain, est très peu utilisé en France (d'ailleurs je ne l'utilise jamais personnellement dans ma pratique clinique). En effet, du point de vue français, le trouble des conduites n'est qu'une expression comportementale conséquence d'une multitude de problèmes qui eux constituent des pathologies psychiatriques à proprement parler. Dire que le trouble des conduites est une pathologie psychiatrique revient ainsi, pour un français, à dire que la tentative de suicide en est une. Certes il y a cette différence importante, mais force est de constater que les travaux français publiés sur la question dans la littérature médico/scientifique internationale

sont presque inexistants. Pourquoi donc ne pas examiner les travaux des autres : la pensée de celui qui pense différemment est toujours d'une grande utilité.

À propos du contenu du document proprement dit. 95 % de ce contenu porte sur une revue de la littérature médico/scientifique sur ces troubles des conduites. Cette revue est factuelle, complète ou presque (une revue n'est jamais complète, il est toujours aisé de trouver des références manquantes. Dans le cas présent le travail a été bien fait). Les chapitres sont des synthèses correctes des travaux répertoriés, il n'y a pas eu de biais d'interprétation majeur ou de sélection abusive. Donc 95 % du document ne peut être raisonnablement critiqué, puisque correspondant à une revue factuelle de la littérature. Bien sûr la littérature peut plaire ou déplaire, mais la question n'est pas là. Une expertise collective Inserm est une revue de ce qui est publié, ne l'oublions pas.

À propos de 5 % restant, les quelques pages constituant le chapitre propositions/recommandations. Oui, effectivement, ces pages peuvent interpeller, je le reconnais.

1. Je ne suis pas sûr que l'Inserm soit en mesure aujourd'hui (cela pourra changer dans l'avenir) de revendiquer une légitimité pour faire des propositions dans le domaine de la santé mentale. Dans le domaine de la recherche en santé mentale sûrement, mais dans le domaine du soin en santé mentale, les enjeux socio-politiques, de santé publique sont tels qu'ils débordent largement le cadre d'expertise de l'Inserm.
2. Peut-on faire des recommandations en termes de santé dans le champ de la santé mentale à partir d'une revue de la littérature scientifique internationale ne comptant que des travaux étrangers ou presque (travaux réalisés dans des pays dans lesquels les systèmes de soin et de suivi de l'enfance sont radicalement différents) ? Se poser la question c'est donner la réponse.
3. On ne peut passer directement de résultats expérimentaux et épidémiologiques à des décisions de santé publique. Prenons l'exemple de la prévalence du THADA (trouble hyperactivité avec déficit de l'attention). Les études internationales montrent une prévalence de 5 % à 10 % chez les garçons de 10 ans. Les essais thérapeutiques contrôlés montrent clairement une amélioration du fonctionnement des patients quand ils prennent des stimulants amphétaminiques. Une « logique » médicale scientifique un peu brutale voudrait donc que 5 à 10 % des garçons de 10 ans en France soient traités par stimulants amphétaminiques. Une telle logique est totalement inconcevable en France aujourd'hui. Il n'est pas question de décider si c'est du fait d'un archaïsme ou au contraire d'une résistance héroïque au traitement par des molécules chimiques du mal être

d'une société. Le fait est simplement que suggérer une telle chose est impensable en pratique, penser le contraire c'est méconnaître les acteurs de terrain et la société française dans son ensemble.

Ainsi, oui 5 % du document peuvent poser problème, et oui il faut en discuter. Mais comment jeter une telle opprobre sur un document dont 95 % du contenu est parfaitement valable ?

À PROPOS DES RÉACTIONS SUSCITÉES PAR LE DOCUMENT

Elles soulignent l'incompréhension de la démarche épidémiologique et expérimentale par une grande partie du monde professionnel de la santé mentale. Elles soulignent la peur de l'arrivée de la science dans l'étude du comportement et de la vie psychique. Il faut reconnaître que cette arrivée est en effet susceptible de modifier nos représentations de l'homme pensant, modifications loin d'être anodines. Elles soulignent aussi les difficultés et les limites d'un modèle « evidence based medicine » un peu brutal appliqué au domaine de la santé mentale, en particulier chez l'enfant et l'adolescent. Elles soulignent aussi le risque omniprésent de récupération politique (pouvant venir d'ailleurs de tous les bords de l'échiquier politique) des travaux scientifiques réalisés dans ce domaine sensible.

Certes. Mais, cela ne doit pas empêcher la réalisation de travaux scientifiques qui, interprétés avec mesures, sont une source de progrès incontestables. Cela ne doit pas conduire non plus à prendre un document globalement sérieux comme bouc émissaire.

Pas de 0 de conduite : « halte au désabusement et vive l'impertinence ! »

Bernard Golse

(Professeur de pédopsychiatrie, Faculté de Médecine Paris V, chef de service Necker Enfants Malades)

(Retranscription de son intervention filmée)

Cela me fait plaisir de faire partie de cette action, même si chacun des signataires de cette pétition ne se reconnaît pas forcément entièrement dans ce qui a été écrit, ni même dans la manière dont les choses sont écrites.

C'est très bien que Bruno Falissard et Alain Ehrenberg aient pu exprimer des points de vue différents. Nous ne sommes pas là pour penser tous pareil. On ne peut pas nous enfermer dans une pratique unique, ce qui serait un risque. Ce sur quoi on lutte, c'est précisément de n'être pas obligé de faire tous pareil. C'est une des grandes richesses de la psychopathologie, de psychologie et de la pédopsychiatrie. Les somaticiens n'ont pas besoin d'avoir quarante théories de l'infarctus pour traiter l'infarctus, alors que pour nous, il est nécessaire et salutaire de disposer de plusieurs théories : cognitive, psychopathologique, biologique... Dans l'abord de chaque cas clinique, il va y avoir une créativité, une invention qui fait que chaque cas est un nouveau cas. Il n'est pas possible d'enfermer les gens dans une pratique définie à l'avance. Je crois que c'est cela qui nous réunit par rapport à une proposition de Loi qui ne viserait qu'à uniformiser les pratiques. Il y a 187 000 personnes qui ont signé la pétition, et qui ont donc eu envie de penser différemment, et en même temps d'être réunies dans une même direction.

LE CLIMAT ÉMOTIONNEL ACTUEL

Je voudrais dire deux mots à propos du climat émotionnel qui entoure cette action et qui transparaît dans nos débats ce matin. J'ai souvent en tête la phrase de Freud qui disait : « Il faut d'abord se rendre compte que le monde est une vaste plaisanterie avant de s'occuper des choses sérieuses ». Il avait cet espèce d'humour un peu triste et très vivant. J'aime bien le livre du collectif Pas de 0 de conduite paru aux éditions ERES (*cf.* annexe) parce qu'il a de la fraîcheur et de l'impertinence. Autant je suis pour l'impertinence, autant je ne voudrais pas me laisser enfermer dans la paranoïa.

La marge est, hélas, très étroite entre les deux. Il faut du sérieux et de la légèreté non pas au sens de la négligence mais au sens de la vitalité. Il faut trouver un ton de ce genre qui ne soit pas celui d'une mentalité d'assiégé, ni celui d'une mentalité de persécuté.

Je crois que dans cette action nous sommes tous « psy » quelque chose, et surtout des citoyens réunis pour nous faire entendre par les gens avec qui l'on discute. Le minimum que l'on peut attendre de nous, c'est que l'on puisse s'identifier à ce que l'autre peut recevoir, et que l'on trouve donc dans le style de nos échanges quelque chose qui ne nous desserve pas, sinon nous ne parviendrons pas à nous faire entendre, et alors nous échouons à aller dans le sens souhaité. L'excès dessert toujours. En même temps, il est vrai que si l'on cède sur les mots, on cède sur les idées. D'ailleurs les termes TOC, TOP ne sont même pas des mots, alors je ne vois pas pourquoi on céderait sur cela. Il faut faire très attention à ce que l'on dit parce que, ce que l'on dit a des effets et des implications, j'y reviendrais tout à l'heure à propos de la question de la clinique de l'instant et de la clinique de l'histoire.

En termes de climat émotionnel, je trouve qu'il nous manque deux personnages fondamentaux : Michel Foucault et Coluche. Ils auraient certainement été d'une grande aide sur ce rapport Inserm.

Pour conclure sur cette question du climat émotionnel, je crois que la meilleure façon de se faire entendre, est finalement l'impertinence. C'est, à mon sens, le meilleur choix tactique.

ÉVITER LES AMALGAMES

Depuis ce matin, on parle de deux choses à la fois qui ne sont pas superposables ni indépendantes : le rapport Inserm et le projet de Loi sur la délinquance qui se trouve en préparation. Il faut faire attention de ne pas les amalgamer. En même temps, il est vrai qu'il y a une dialectique entre les deux. On voit bien qu'il y a un climat et un renforcement mutuel. Le projet de Loi Bénisti était en chantier bien avant le rapport Inserm. Mais il trouve dans le rapport Inserm quelque chose qui le conforte. Cependant, il ne faut pas faire d'amalgame entre les deux, car il y a deux combats différents à mener. Ces combats nécessitent, vont nécessiter et nécessiteront donc des lieux différents. Il y a un combat politique pour faire changer quelque chose, et il y a un combat scientifique.

Tout à l'heure F. Bourdillon a parlé de saturnisme... Alors, on va essayer de ne pas plomber l'atmosphère. J'ai quelques bonnes nouvelles à vous annoncer à la fin pour ne pas nous laisser enfermer dans la mélancolie qui est la version intériorisée de la paranoïa.

CLINIQUE DE L'INSTANT, CLINIQUE DE L'HISTOIRE

En psychopathologie, en pédopsychiatrie, en psychiatrie, il y a un clivage féroce qui s'est substitué au clivage entre endogénèse et psychogénèse, c'est le clivage entre la clinique de l'instant et la clinique de l'histoire.

Mon discours est, ici, celui d'un praticien.

Actuellement, il existe une prime à l'évaluation ; il faut faire très attention à ce que les services de pédopsychiatrie ne soient pas entièrement happés par l'évaluation. C'est très important de savoir comment les gens fonctionnent et de décrire l'instant « t » de la manière la plus fine possible en termes de mécanismes de défense, de mécanismes cognitifs... Il faut avancer dans tout cela, mais sans oublier – c'est une des difficultés de la pédopsychiatrie, mais c'est aussi sa richesse – de toujours croiser ce point de vue synchronique avec un point de vue diachronique qui est celui de l'histoire, et des filiations de l'enfant. Le point de vue diachronique consiste à préciser comment le fonctionnement psychique d'un bébé, d'un enfant ou d'un adolescent, aujourd'hui, vient trouver sa place dans une histoire qui lui est spécifique.

S'il faut le faire pour l'enfant, il faut le faire pour le rapport Inserm. Je partage beaucoup de choses avec Bruno Falissard mais il ne faudrait pas faire avec le rapport Inserm comme s'il ne s'inscrivait dans aucune histoire. On ne peut pas simplement dire : « c'est comme ça », parce que les gens qui écrivent le rapport Inserm et les gens qui le lisent, s'inscrivent également dans le fil des années qui viennent de s'écouler.

Il y a, en fait, trois expertises collectives Inserm qui ont posé successivement de graves problèmes.

Il y a d'abord eu une expertise dont j'ai démissionné personnellement avec Didier Houzel et Claude Bursztejn, après avoir travaillé pendant deux ans, car nous ne voulions pas cosigner le rapport final sur le dépistage des troubles de l'enfant et de l'adolescent qui paraissait difficile à manier, pas forcément critiquable sur tous les points, mais qui risquait d'avoir des conséquences néfastes et dangereuses de par sa large diffusion et sa lecture.

La deuxième expertise est celle qui a porté sur la pseudo-comparaison entre l'efficacité des thérapies cognitivo-comportementales et celle des thérapies psychanalytiques, et l'on sait ce qu'il en est advenu de sa publication sur le site internet du ministère de la Santé...

Il faut donc s'inscrire dans un minimum d'histoire, sans qu'il soit forcément nécessaire de remonter à la nuit des temps. Mais il faut se poser la question : que signifient ces trois expertises Inserm ? Chacune d'entre elles a déclenché un tollé,

suscité un scandale. On ne peut pas ne pas s'interroger et dire simplement on enlève 17 pages, et *grosso modo* le rapport est bon (NDLR : propos de Bruno Falissard).

Le deuxième point, sans vouloir érotiser coûte que coûte la complexité, est de constater que la vie humaine est compliquée. On ne peut pas donner à penser des choses trop linéaires, et si on les donne, il faut se donner les moyens de les relativiser, et de montrer que l'on en est conscient qu'il existe autre chose.

Avouons tout de même, que l'oubli pur et simple des sciences humaines dans la dernière expertise, que le silence éloquent sur ces approches, représentent vraiment un énorme problème.

Pourquoi tout cela ?

J'ai rejoint la pétition avec une conviction fortement ancrée, mais non pas celle de défendre une pédopsychiatrie de droite ou de gauche : je suis là pour défendre un espace de liberté et de dignité pour les enfants et les familles.

Je voudrais maintenant évoquer quelque chose qui complexifie terriblement les choses et depuis toujours, c'est la tentation de la haine de la pensée envers elle-même. C'est incroyable de voir que l'on s'attaque en permanence à la mise en sens, à la signification, à ce que les symptômes veulent dire. On s'attaque à ce que l'on a de plus précieux. Nous avons un corps, un corps biologique, un corps génétique, personne ne le récuse mais nous avons aussi la possibilité de penser, une certaine réflexivité qui permet de penser les choses de la vie, de penser nos pulsions, de penser notre pensée. Et pourtant, en permanence, tout se passe comme si nous étions attirés vers des modèles qui veulent raboter cette pensée. Quand on nous raconte qu'on vient de découvrir le gène du bonheur ou le gène de l'héroïsme, je m'interroge toujours sur le fait de savoir pourquoi des pensées aussi simplistes trouvent autant d'écho dans les médias et le grand public ?

Il faut se donner les moyens de dire que les choses qui ne sont pas simples.

Enfin, je souhaite souligner le fait que les bébés sont en train de payer quelque chose que l'on a mis en place depuis 30 ou 40 ans, et qui consiste à laisser croire que le bébé est notre dernière utopie, ou l'une de nos dernières utopies. Ce n'est pas possible, c'est trop lourd pour les bébés. À partir d'un certain moment, cela se retourne contre eux. Mais quand on s'en prend à eux et qu'on leur dit : « dans 15 ans, vous serez des délinquants », ce n'est plus une utopie, c'est une catastrophe !

Mais il y a aussi un élan d'enthousiasme lié aux 187 000 signatures, c'est que l'abcès se crève sur un problème conceptuel rampant, et que le débat s'ouvre enfin entre les citoyens. Ceci est salubre, et il y a là une chance à saisir.

QUELQUES PRÉOCCUPATIONS SUR LE RAPPORT INSERM

Il y a cinq grands risques :

1. Le risque de confusion épistémologique. On dit « les TOP » et « le trouble des conduites ». Peut-être que « TOP » c'est trop court, et donc on dit « les TOP ». Mais le TOP n'est qu'un diagnostic purement descriptif. En psychiatrie, il y a trois types de diagnostics : descriptifs, étiologiques et structureaux. Il n'existe en psychiatrie que très peu ou pas de diagnostic étiologique, parce que la psychiatrie n'est pas très ancienne dans l'histoire des connaissances, et parce que nos modèles sont nécessairement poly-factoriels, multidimensionnels. La notion de TOP est purement descriptive, et ne dit rien ni sur la structure, ni sur l'origine. Or, on veut les mettre en lien direct avec un concept beaucoup plus compliqué, celui de la délinquance à l'adolescence qui n'est pas du tout purement psychologique ou psychopathologique, mais qui est aussi sociologique, anthropologique, culturel, juridique... Il y a là un raccourci fort dommageable. Même si les experts ne l'ont pas écrit de manière aussi simpliste, cette expertise ne peut être lue que comme cela.
2. Le deuxième risque est un risque clinique, celui d'oublier les enfants qui sont en risque de souffrance psychique évident et qui, trop inhibés pour avoir des TOP, sont dépressifs, ou rétractés sur eux, et qui sont pourtant en grand danger... On risque de les faire passer à la trappe avec une prévention centrée exclusivement sur les TOP bruyants et spectaculaires.
3. Le troisième risque est un risque éthique. Je vais très vite. En m'identifiant aux enfants (c'est mon métier tout de même), je ne me vois pas vivre 12 ou 15 ans sous le regard des gens qui vont être obsédés de savoir si je vais devenir délinquant. Je ne peux pas me reconnaître dans cette position. Il faut savoir dans quel monde nous souhaitons vivre. Si j'avais été dans cette situation-là, j'aurais profité de la seule liberté qui me restait, c'est de devenir délinquant un peu plus rapidement que prévu. Les épidémiologistes nous disent que c'est faux, que le risque est collectif, que c'est seulement dans ce groupe des TOP qu'il y a plus de risque. Moi je dis que toutes les familles, tous les parents ne sont pas de fins épidémiologistes, qu'ils vont se tromper sur ce point, et qu'ils se trompent déjà. À Necker, on m'amène des enfants qui mordent, qui tapent, qui crachent à la crèche. Les parents me disent en riant, mais ils le disent quand même, et cela m'ennuie : « est-ce qu'il va devenir délinquant ? ». Ils n'entendent donc pas les choses au niveau collectif, ils les entendent pour leurs enfants, et c'est un risque que le rapport se devait de mesurer. Il faut savoir que certaines choses ne sont pas entendues par le grand public comme elles le sont par les professionnels.

4. Le quatrième risque est un risque thérapeutique qui a déjà été abordé. Je crains beaucoup, en effet, que cette expertise ouvre un véritable boulevard à l'extension des autorisations de mise sur le marché de psychotropes pour les enfants de moins de 4 ans, en tout cas pour les moins de 6 ans. En France, nous sommes encore assez raisonnables à ce sujet, mais je crains qu'il y ait une exploitation possible à cette expertise par les laboratoires pharmaceutiques
5. Le cinquième risque, enfin, est un risque politique. On voit bien comment les politiques s'appuient déjà de mauvaise manière sur cette expertise Inserm pour conforter une entreprise politique qui, de toute façon, était lancée avant, je le rappelle.

Avant de dire quelques mots sur le projet de Loi, je m'aperçois que dans mon refus de dire simplement : « c'est comme cela », il faut comprendre que ce que la société demande à la pédopsychiatrie, a beaucoup changé ces 30 à 40 dernières années. Alain Ehrenberg l'a dit ce matin. Il y a trente ans environ, c'était l'époque de l'instauration des secteurs infanto-juvéniles, mouvement très fécond, de mise en place de dispositifs qui visaient à permettre une certaine égalité entre les différents territoires où chaque famille devait pouvoir avoir accès à une consultation, si besoin à un hôpital de jour... On parlait à cette époque beaucoup de la souffrance du sujet, et de la structure du sujet. La politique de secteur, même si elle n'a pas été menée partout à terme, commence à s'essouffler et elle se trouve menacée par de nouvelles pratiques (réseaux) pourtant intéressantes. On ne parle plus que de symptômes : les TICs, les TOCs, les TOPs, la violence des adolescents, les violences sexuelles, qui sont déconnectées de leur contexte.

Je dis qu'il faut faire attention et préserver le bébé. Le bébé est encore le dernier individu pour lequel on parle de sujet : « Le bébé est une personne », et le bébé peut être à risque. Il faut faire attention, avec des raccourcis linéaires entre la petite enfance et l'adolescence, à ne pas trop chosifier le bébé.

DEUX REMARQUES SUR LE PROJET DE LOI DE PRÉVENTION SUR LA DÉLINQUANCE

Sur la question de la confidentialité

Il convient de rester attentifs sur la question de la confidentialité partagée entre professionnels, et de bien réfléchir à la sortie de cette confidentialité partagée pour faire signe aux administrations. Cela nous ramène à la question des signalements en général. Mais faire un signalement est un problème singulier à chaque fois, tandis qu'y recourir de manière élargie et quasi-automatique pour établir des listes d'enfants présentant des TOP, pose un grave problème médical et éthique.

Sur la question de la prévention et de sa définition

La médecine devient prédictive ; c'est une maladie de l'anticipation, et elle est très dangereuse pour nous, les pédopsychiatres. La pédopsychiatrie ne peut pas être prédictive. On peut anticiper des contenants ou des processus, mais on ne peut jamais prédire des contenus. C'est cela que nous devrions demander à nos politiques, de nous donner des contenants pour nos actions, mais en aucun cas de nous dicter les contenus de nos pratiques. Par exemple, ce qui serait très raisonnable c'est de nous aider à une meilleure coordination pour nous occuper de l'enfant jeune. Nous n'avons pas attendu M. Bénisti pour nous en préoccuper.

Quand Nicolas Sarkozy écrit aux pétitionnaires que les intervenants se rencontrent à 17 pour traiter d'un enfant, cela prouve bien que l'enfant n'a pas échappé au repérage ou au dépistage de ses difficultés.

Certes, nous ne sommes peut-être pas assez bien coordonnés entre nous, et ce que nous pourrions alors demander aux politiques, c'est de nous aider à mieux organiser nos liens, de revitaliser le concept de « secteur unifié de l'enfance », c'est-à-dire de faire en sorte que les découpages sociaux, juridiques ne soient pas indéfiniment différents et incompatibles.

C'est ce que j'appelle nous donner des contenants, et non pas des contenus.

La prévention quant à elle, se doit de demeurer ouverte.

En 2006, je ne crois pas à une prévention ciblée sur le risque final, ou alors, il va falloir une loi de prévention pour chacune des pathologies : l'autisme, les TICs, les TOCs... Nous n'en sortirons jamais. La prévention doit être ciblée sur la vulnérabilité de départ, sans que nous soyons obsédés sur le risque encouru ou sur son éventuelle issue.

Il faut tout simplement, me semble-t-il, repérer les enfants et les familles qui ont besoin de soins.

TROIS POINTS POSITIFS POUR TERMINER MON EXPOSÉ

- 187 000 signatures !

Tout le monde se « foutrait » de tout en 2006... Et bien non : 187 000 signatures, cela rassure. Comme disait W. Churchill, il n'y a pas de situations désespérées, il n'y a que des gens qui désespèrent. Non, 187 000 signatures c'est stimulant.

- Les étudiants changent :

Je peux témoigner en tant qu'enseignant que les étudiants commencent à en avoir assez du DSM IV comme manuel de psychopathologie. Certes, ils

doivent l'apprendre, mais c'est seulement une plate recension. Aujourd'hui, ils se rendent compte qu'avec le DSM IV, on passe à côté des diagnostics structurels, que les sciences humaines sont importantes, que l'on ne peut pas rabattre indéfiniment les problèmes de société sur le médical. Quand on leur parle de philosophie, d'anthropologie, ils ouvrent de grands yeux. Quelque chose change, et c'est une bonne nouvelle.

- Le retrait des deux articles du projet de Loi sur la prévention de la délinquance. Le ministère de l'Intérieur m'a appelé hier soir pour me dire que les articles 7 et 11 étaient désormais sortis du projet de Loi sur la prévention de la délinquance. Je pense cependant qu'ils vont être basculés dans le projet de loi sur la protection de l'enfance.

Malgré tout, parfois, c'est agréable de s'apercevoir que les gens entendent ce qu'on leur dit. Il y a là une indéniable victoire du collectif « Pas de 0 de conduite ». Reste maintenant à poursuivre nos interpellations sur la question de la confidentialité.

La Recherche clinique : un parcours semé d'embûches

Roger Teboul

(Pédopsychiatre, Montreuil, Association des Psychiatres de secteur infanto-juvénile)

« La psychanalyse et l'ethnologie occupent dans notre savoir une place privilégiée. Non point sans doute parce qu'elles auraient, mieux que toute autre science humaine, assis leur positivité et accompli enfin le vieux projet d'être véritablement scientifiques ; plutôt parce qu'aux confins de toutes les connaissances sur l'homme, elles forment à coup sûr un trésor inépuisable d'expériences et de concepts, mais surtout un perpétuel principe d'inquiétude, de mise en question, de critique et de contestation de ce qui a pu sembler, par ailleurs acquis. »

MICHEL FOUCAULT

Les mots et les choses

Cette histoire commence en 1982, lors de mon premier stage d'interne dans un service de pédopsychiatrie. J'y rencontrai un petit garçon de huit ans, hospitalisé pour des problèmes de comportement (on dirait aujourd'hui un trouble des conduites). Ce petit garçon m'a, un jour que je jouais à la bagarre avec lui, demandé abruptement de le « sucer ».

Cette mésaventure, bien remuante pour le jeune psychiatre que j'étais alors, a été le point de départ d'une réflexion sur la pédophilie, la prostitution homosexuelle des garçons et ce que nous avons appelé, avec Corinne Gauthier-Hamon, l'interaction père-fils. Cette réflexion a fait le sujet de notre mémoire de psychiatrie, dirigé par le professeur Serge Lebovici et soutenu en 1985 : *La prostitution homosexuelle des garçons : du rapport pédophilique à l'interaction père-fils*. Pour permettre sa publication aux Presses Universitaires de France, Serge Lebovici nous avait demandé de remanier notre travail et, notamment, de le présenter sous la forme inverse de celle adoptée pour le mémoire. Il n'était plus question de rendre compte de nos observations de terrain pour aboutir à nos conclusions sur l'interaction père-fils mais bien plutôt de faire état de la théorie psychanalytique sur l'interaction père-fils et, à partir d'elle, avancer nos conclusions. Le titre de l'ouvrage s'en est trouvé inversé, inversion qui traduit l'avènement de notre travail au statut de publication scientifique. En décembre 1988 paraît *Entre père et fils – la prostitution homosexuelle des garçons*.

Ce premier travail de recherche clinique nous a fait sortir de notre bureau de consultation et conduit au Centre du Christ Libérateur, dirigé par le pasteur Joseph Doucé, centre où nous avons rencontré des pédophiles dont certains nous ont présenté des enfants avec lesquels ils étaient en contact. Du fait même de son objet d'étude, notre travail a nécessité une double approche, anthropologique et psychanalytique. Novice sur le terrain de l'enquête anthropologique, mais fort du constat de sa pertinence, j'ai commencé, la même année que la soutenance du mémoire, des études d'ethnologie à Paris X-Nanterre, afin de parfaire ma formation dans ce domaine. J'y ai soutenu, en septembre 1989, un mémoire de maîtrise sur un sujet d'ethnologie urbaine qui avait quelque lien avec le précédent puisqu'il concernait un lieu de drague homosexuelle : « Les Anges du Père-Lachaise ont de drôles de sourires : approche ethnologique d'un lieu de drague homosexuelle à Paris. » Colette Pétonnet, à l'époque directrice du laboratoire d'ethnologie urbaine du CNRS, en a assuré la direction.

Dès la parution de *Entre père et fils : la prostitution homosexuelle des garçons*, j'ai cherché à poursuivre mes recherches sur la question des adolescents en rupture dans les grandes villes, en m'appuyant sur ma toute nouvelle formation en ethnologie urbaine.

Voici ce que j'écrivais, le 6 janvier 1989, à Bernard Kouchner, alors Secrétaire d'État, chargé de l'Aide Humanitaire :

Ce projet concerne les adolescents en rupture et il y serait question de soigner, prévenir, rechercher l'origine de tels comportements autour de ce que nous avons appelé « les processus initiatiques ». Nos sociétés ne sont plus organisées sur le modèle des sociétés traditionnelles et le passage de l'enfance à l'âge adulte reste un moment délicat qui n'est plus pris en compte collectivement mais devient soit une crise banale dans le meilleur des cas, soit une dérive individuelle, marginalisée.

Je ne doutais de rien à l'époque et fus reçu, alors que je n'y connaissais personne, par un membre du cabinet de ce ministre. Des discussions qui s'en sont suivies, il en est ressorti que l'Éducation Surveillée (ES) qui est devenue ensuite la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ), serait intéressée par une recherche de ce type, à l'articulation des champs sanitaire et social. Naïf, je ne mesurais pas la difficulté de l'entreprise. Un vrai parcours semé d'embûches m'attendait.

UNE RECHERCHE-ACTION SUR LES ADOLESCENTS EN RUPTURE DANS LES GRANDES VILLES

La première lettre faite au directeur de l'ES date du 5 juin 1989. Le projet d'une recherche-action sur « les adolescents en rupture dans les grandes villes » a vu le jour, en lien avec le conseil de la recherche du ministère de la Justice. En voici le résumé :

Issu d'un précédent travail de recherche sur la prostitution homosexuelle des garçons, ce projet a pour axe le concept de processus initiatique.

L'initiation dans les sociétés traditionnelles est une entreprise rituelle prise en charge par la collectivité et qui vient transformer l'initié. Les ethnologues qui ont étudié les rituels d'initiation notent tous leur caractère violent, secret et paradoxal à travers la série d'actes imposés par le ou les initiateurs à un ou aux initiés. Cette série d'actes concourt à la métamorphose de l'identité de l'adolescent qui, une fois accomplies les épreuves, peut intégrer la société des adultes en ayant acquis un nouveau statut social.

Dans toute société, le passage de l'enfance à l'âge adulte reste un moment délicat. Dans notre société occidentale, ce moment n'est plus pris en compte collectivement, mais devient, dans le meilleur des cas, une crise banale et, dans le pire, une dérive individuelle marginalisée.

C'est dans cette perspective de l'initiation à l'adolescence que s'inscrit cette recherche-action. En outre, il apparaît tout naturel que la Protection Judiciaire de la Jeunesse et le Centre Hospitalier de Ville-Evrard où je suis Praticien Hospitalier puissent être associés pour cette recherche car, à l'articulation du sanitaire et du social, les adolescents en rupture des grands centres urbains sont source de préoccupations communes autour d'actions de soins, de prévention et de formation des personnels.

L'hypothèse de la recherche

C'est l'approfondissement du concept de processus initiatique qui se trouve à l'articulation de la psychanalyse pour le processus et de l'anthropologie pour l'initiastique. En effet, partant du constat que lesdits adolescents éprouvent plus que d'autres la nécessité de mettre en acte leurs problématiques internes il s'agirait de mieux appréhender le lien entre acte et fantasme, d'une part et entre individu stigmatisé et organisation sociale urbaine, d'autre part.

La méthode employée

*Elle mêle recherche et action. La recherche s'appuie sur le recueil de données en utilisant le matériel des différentes institutions de la P.J.J. dont il conviendrait de définir un échantillon (de l'ordre d'une dizaine). Ce recueil se ferait à la fois auprès des adolescents et des éducateurs dans la mesure où l'étude ouvre sur la dimension interindividuelle du passage à l'acte (cf. toute l'élaboration théorique soutenue dans *Entre père et fils* et qui concerne le rapport pédophilique). Elle s'appuie également sur un séminaire mensuel ou bimensuel ouvert à des chercheurs et des praticiens des champs social et sanitaire (ethnologues, sociologues, magistrats et juristes, journalistes, psychiatres, psychologues, psychanalystes, thérapeutes familiaux, éducateurs, etc.) et qui accompagnerait le dépouillement des données ainsi recueillies.*

L'action proprement dite viendrait dans un second temps. Elle pourrait s'envisager par la création d'un centre expérimental où seraient mises en pratique les réflexions menées au cours de la recherche et/ou en répercutant ces réflexions sur le C.H.S. de Ville-Evrard et les institutions de la P.J.J. qui auront hébergé la recherche et qui souhaiteraient évoluer dans la pratique. Elle serait centrée sur l'accompagnement social et clinique des sujets, la prévention des situations à risque et enfin sur la formation des personnels qui ont la responsabilité des jeunes concernés.

C'était de toute évidence un projet ambitieux, mais qui tentait de mettre en pratique des réflexions validées par une publication reconnue. Il avait, de plus, vocation à être pluridisciplinaire et s'appuyait sur une alliance avec le Centre de Recherche Interdisciplinaire (CRIV) de Vaucresson, organisme dépendant de l'ES. Pour voir le jour,

la recherche devait être financée par la mise à disposition de la moitié de mon temps de praticien hospitalier auprès de la P.J.J. qui devait, en contrepartie, indemniser mon hôpital, Ville-Évrard, sur la base de vacations. Ce financement n'a jamais pu se mettre en œuvre, bien qu'ayant reçu l'aval des instances de mon hôpital et de la Direction des Hôpitaux.

Fin du premier acte.

LE PROGRAMME HOSPITALIER DE RECHERCHE CLINIQUE (PHRC) ET LA RECHERCHE-ACTION : PROBLÈMES DE MÉTHODE

Vint le temps du Programme Hospitalier de Recherche Clinique (PHRC), installé par Bernard Kouchner, alors ministre de la Santé, pour favoriser l'émergence de projets de recherche des services hospitaliers engagés sur le terrain des soins. Il me semblait avoir trouvé dans ce programme un levier afin de poursuivre mon entreprise. J'étais à l'époque, et toujours aujourd'hui, en poste depuis deux ans dans un service de pédopsychiatrie. J'y assumais la responsabilité d'un Centre Médico-Psychologique (CMP) où je mettais en place une unité d'adolescents, avec l'aide d'une collègue pédopsychiatre, Sylvie Garnéro, elle aussi formée à l'anthropologie de par ses travaux sur la danse. Je poursuivais ainsi mon but de mettre le concept de « processus initiatique » à l'épreuve de la clinique et du terrain, en abordant la question par le biais de l'accessibilité aux soins.

Voici le résumé du nouveau projet de recherche, tel qu'il a été présenté au PHRC 1995, rebaptisé « Projet de recherche-action sur les adolescents en difficulté dans les zones urbaines » :

À partir de la mise en place d'une unité d'adolescents (tranche d'âge comprise entre douze et dix-huit ans) au C.M.P. de Montreuil (3^e secteur de psychiatrie-infanto juvénile de Seine-Saint-Denis), est proposée une recherche sur l'accessibilité des adolescents en difficulté aux structures de soins. Cette recherche-action s'organise autour de l'installation de trois espaces d'intervention et donc de trois regards différents : des ateliers d'expression artistique, un groupe d'accueil d'adolescents au C.M.P., des prises en charge psychothérapeutiques sur le modèle classique de l'engagement diagnostic et du soin. À l'articulation de la psychanalyse et de l'anthropologie, elle croise un abord collectif et un abord individuel des adolescents à travers trois thèmes récurrents : déviance, processus initiatique et psychopathologie.

Le recueil des données se fait sur le modèle de l'observation participante ou sur celui de l'observation clinique. La technique des récits de vie est proposée avec la possibilité d'employer les adolescents eux-mêmes comme auxiliaire de recherche.

La tenue d'un séminaire pluridisciplinaire mensuel ou bimensuel accompagne la recherche tout au long des trois années prévues et tente une évaluation au fur et à mesure. Cette recherche-action est associée au laboratoire d'Anthropologie Sociale de l'E.H.E.S.S.

Tout comme le premier projet, le second se voulait pluridisciplinaire. Le recueil de données s'opère avec des méthodes empruntées à la fois à la psychiatrie (observation clinique) et à la fois à l'ethnologie (observation participante et récit de vie). Pourtant associé au laboratoire d'anthropologie sociale du CNRS, ce projet de recherche n'a pas été retenu par le comité national de la recherche clinique. Les raisons qui ont motivé ce refus ont été : « insuffisance méthodologique de ce projet dont le thème est pourtant intéressant. » La mixité des méthodes n'a incontestablement pas été acceptée, d'autant que je n'étais associé ni à l'Inserm, ni à aucun CHU. Le promoteur de la recherche était mon hôpital. Ce fut là, sans doute une erreur que je ne regrette pourtant pas d'avoir commise.

Je ne désarmais pas et sollicitais les conseils du ministère. Dans la mesure où le sujet de cette recherche était « intéressant », comment m'aider à rendre la méthodologie « scientifiquement correcte ».

Le conseil fut de me rapprocher du professeur Jacques Fermanian, chef du service de biostatistiques de l'hôpital Necker. Cette rencontre fut décisive pour la suite de notre projet. Nous avons, en effet, trouvé auprès du professeur une oreille très attentive et qui n'a pas été seulement statistique. Le projet s'en est trouvé profondément modifié sur la forme, tout en essayant d'en conserver le fond, une véritable gageure.

En voici le résumé :

À partir de la mise en place d'une unité d'adolescents au C.M.P. de Montreuil, est proposée une recherche sur l'efficacité de la prise en charge systématique par une équipe de secteur de psychiatrie infanto juvénile des adolescents en difficulté dans les zones urbaines. 100 adolescents, entre 12 et 15 ans qui présentent des troubles à expression comportementale (tels que définis par la Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent) seront recrutés à partir des collèges de Montreuil, 50 seront suivis, 50 ne le seront pas durant les 2 années que durera la recherche, les 100 seront évalués à la fin des 2 ans.

Il s'agit d'une recherche-action qui se fera en articulation avec le terrain, au sein d'un travail en réseau autour des notions d'« accompagnement thérapeutique » et de « passage ».

L'analyse des données se fera sous la direction du Pr. J. Fermanian (Service de biostatistiques et d'informatique médicale de l'hôpital Necker).

Avec l'introduction des statistiques, le virage scientifique est pris. La méthode est directement inspirée des recherches sur l'efficacité thérapeutique des médicaments, avec l'élaboration de questionnaires. L'action reste encore inscrite, mais plus pour longtemps. Elle cède le pas à l'efficacité et à l'évaluation des pratiques en santé mentale, là où, comme le souligne A. Ehrenberg, règne aujourd'hui un certain malaise ⁽⁶⁷⁾.

Comment l'action a-t-elle disparu de ce projet ?

(67) A. Ehrenberg : « Malaise dans l'évaluation de la santé mentale », *Esprit*, mai 2006, 89-102.

UNE RECHERCHE SANS ACTION : COMMENT NAÎTRE À LA SCIENCE ?

L'association avec Jacques Fermanian et l'introduction de données statistiquement exploitables ont suffi à apaiser les doutes du conseil de la recherche, au sujet de la méthode employée. Le projet a été accepté par le PHRC 1996 et reçu un financement en 1997. Mais ce n'était pas fini. En effet, la recherche a pu effectivement ne commencer qu'en septembre 1999. Il faut savoir être têtu lorsqu'on se lance dans une telle entreprise.

Comme pour toute recherche biomédicale, nous devons solliciter l'avis d'un Comité Consultatif de Protection des Personnes dans la Recherche Biomédicale (CCPPRB). Dans la mesure où nous imaginions que cette recherche pouvait, pour les adolescents qui s'y prêtaient (tout du moins ceux tirés au sort pour être suivis) en tirer un bénéfice direct, la loi Huriet devait s'appliquer. Nous devons donc informer les adolescents et leurs responsables légaux des tenants et aboutissants d'une telle recherche. Si le CCPPRB avait un rôle à jouer, c'était, pensions-nous, pour nous aider dans l'esprit de la loi, c'est-à-dire aux fins de protéger les personnes susceptibles d'accepter de se prêter à une telle recherche. Une fois de plus, nous faisons preuve de naïveté.

Le CCPPRB a donné un avis défavorable, ce qui a eu pour conséquence d'arrêter cette recherche pourtant déjà financée. Mais le plus incroyable a été sans doute l'argumentaire employé pour justifier le refus. Voici, telle quelle, la conclusion d'un des experts sollicités par le CCPPRB :

Bien que les recherches « psy » gagneraient sans aucun doute en crédibilité à passer devant un CCPPRB et que le souci de l'investigateur de s'y conformer l'honore au plus haut point, il n'y a pas obligation de le faire en l'état actuel de la loi.

Par ailleurs, les exigences d'un CCPPRB en matière de rigueur scientifique, de lisibilité et de transparence ne peuvent qu'aboutir à un avis défavorable à la réalisation de ce projet, en tous les cas, sous sa forme actuelle : objectif, critères d'inclusion et d'exclusion, information, consentement... Et, compte tenu de la situation particulière de ces adolescents, il conviendra aussi de préciser clairement la ou les personnes qui, dans le cadre de cette recherche, sont habilitées à recruter : tout biais dans le recrutement ne permettrait pas de fonder des résultats au terme de l'étude.

Cependant le problème posé mérite une étude valide pour aider les acteurs sociaux.

Un peu sonné et me pensant, en dehors de toute rationalité, victime d'une malédiction, je demandais conseil à Jacques Fermanian et manifestait auprès du ministère de la Santé, mon désir de poursuivre la recherche. J'avais fait les trois constats suivants : le premier était que cette recherche avait reçu l'aval du conseil scientifique du PHRC, le second, que le CCPPRB concluait son refus par l'importance d'une étude du problème posé afin d'aider les acteurs sociaux

(le moins qu'on puisse faire) et le troisième, que le CCPPRB ne donne qu'un avis consultatif, c'est la loi.

Le ministère possède un groupe d'experts sur les recherches biomédicales, chargé de ce type de problèmes. C'est donc vers lui que le projet de recherche a été présenté et qu'ainsi, j'étais amené, une troisième fois à l'amender.

Mon interlocuteur en la matière a été le professeur Guy Darcourt qui a finalement eu raison de l'aspect pluridisciplinaire du projet, en en faisant disparaître le volet « action » pour ne conserver que le côté scientifique du recueil des données, au sein de questionnaires.

Fin du deuxième acte.

LA COMMISSION NATIONALE DE L'INFORMATIQUE ET DES LIBERTÉS

L'avis défavorable du CCPPRB, tombé en septembre 1997, a entraîné la suspension de la recherche à titre conservatoire à dater du 3 décembre 1997, sur ordre de la Direction Générale de la Santé. Cette suspension a été levée le 6 juillet 1998, après le travail fait avec Guy Darcourt.

Restait à obtenir l'avis de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) pour mettre en œuvre le traitement informatique des données recueillies par les questionnaires. Cet avis a, malédiction oblige, été négatif. De nouveau la méthodologie a été mise en cause et de nouveau, le fait que notre recherche concernait des mineurs en difficulté a été avancé pour motiver ce refus.

Jacques Fermanian a fait preuve d'un stoïcisme à toute épreuve et le Dr. Christine Payan, à qui il avait confié le soin de mettre au point nos questionnaires, s'est beaucoup investie pour ne pas dénaturer le fond de notre recherche, risque imposé par cette nouvelle embûche.

Dans cet intervalle de plusieurs années, l'équipe de la recherche s'était modifiée. Sylvie Garnéro a quitté le CMP. À son poste est arrivé Stéphane Nadaud, dont la thèse de médecine sur l'homoparentalité utilisait les outils de l'épidémiologie, expérience qui a permis de réfléchir sur l'exploitation des questionnaires au service de la clinique qui nous est si chère. Laurence Knéra et Jean-Pierre Carrié sont les deux psychologues cliniciens qui sont allés dans les collèges de Montreuil ainsi qu'au domicile de certains adolescents afin de faire passer les questionnaires d'entrée et de sortie, aux adolescents, aux personnels des collèges impliqués dans le signalement des problèmes de comportement, ainsi qu'aux familles.

Nous avons fait front et répondu aux critiques de la CNIL. Nous avons envoyé la dernière mouture du projet de recherche en 2004. Dans la mesure où aucun nouveau

commentaire n'a été formulé par la commission, nous pouvions considérer comme acquise l'autorisation d'exploiter statistiquement les données. Voici le projet reformulé dans sa forme définitive, après le passage de pas moins cinq expertises :

1/ Objectifs

Comparer après tirage au sort, l'efficacité de la prise en charge thérapeutique, par une équipe de secteur de psychiatrie infanto juvénile, de 50 adolescents qui présentent des troubles à expression comportementale, par rapport à un groupe de 50 autres ne bénéficiant pas de cette prise en charge.

2/ Méthodologie

Population étudiée

Des adolescents de 12 à 15 ans ne venant pas spontanément au CMP, qui résident dans le 93 depuis au moins 5 ans et qui fréquentent un collège de l'éducation Nationale classé zone sensible. Ils présentent des troubles du comportement signalés par les adultes de leur collège.

Nombre de sujets étudiés

100 adolescents qui seront partagés par tirage au sort en 2 groupes : le groupe « suivis » qui bénéficiera d'une prise en charge thérapeutique au CMP, et le groupe « non suivis » qui n'en bénéficiera pas.

Tout individu du groupe « non suivi » qui exprimera une demande de soin sur le CMP au cours de la recherche sera pris en charge par l'équipe du CMP, le sujet restant alors dans l'étude.

3/ Modalité de prise en charge

L'inclusion définitive de chaque sujet dans la recherche, quel que soit son groupe, « suivis » ou « non suivis », n'a lieu qu'après une information donnée par le psychologue investigateur et la signature d'un consentement éclairé par l'intéressé, ses parents ou responsables légaux et le psychologue investigateur.

Les adolescents du groupe « suivis » seront pris en charge suivant les modalités habituelles du CMP : psychothérapies individuelles, groupes thérapeutiques ou traitements chimiothérapeutiques. Leur prise en charge sera au minimum d'une activité thérapeutique tous les deux mois.

4/ Déroulement de l'étude

- *Date de début du recrutement : septembre 1999*
- *Durée d'inclusion : 4 ans de septembre 1999 à juin 2003*
- *Date d'inclusion du 1^{er} sujet : septembre 1999*
- *Date d'inclusion prévue du dernier sujet : juin 2003*
- *Durée du suivi de chaque sujet : 2 ans*
- *Fin d'évaluation prévue du dernier sujet : juin 2005*

Les quatre ans qu'a duré la phase d'inclusion ont fait que la recherche a pris fin en juin 2005. Nous en sommes aujourd'hui à la phase d'exploitation les résultats.

Fin du troisième acte et début du dernier avec la rédaction de ce texte.

AU SECOURS FOUCAULT ! ILS SONT DEVENUS FOUS

Si je devais être cynique, je dirais bravo au système mis en place pour contrôler la recherche en France. Chaque institution a, dans le cas qui me concerne, parfaitement joué son rôle. Le refus de chacune d'entre elles a permis que le projet soit amendé et qu'il présente ainsi tous les gages scientifiques, éthiques et de protection des personnes qui conviennent dans ce domaine si sensible de la recherche en psychiatrie. On peut ainsi être pleinement rassuré sur le travail de ces mêmes conseils, comités et commissions lorsqu'il s'agit de démontrer l'efficacité thérapeutique de tel ou tel psychotrope. Mais laissons le cynisme de côté et essayons d'aller plus avant.

Je ne suis pas dupe et aurais probablement tort de m'ériger en victime d'un système fou. Cette recherche a provoqué des réactions qui étaient prévisibles, tant sur le plan éthique que sociétal. J'en viens aujourd'hui à me dire que sa formulation devait être en miroir des provocations dont sont capables certains adolescents en rupture, ceux-là même qui sont les objets de cette étude. Les adolescents aux comportements troublés préfèrent qu'on les considère comme des délinquants plutôt que comme des fous, c'est, du moins, ce qu'E. Goffman soutient dans *Stigmates*. J'ai, en toute innocence ou plutôt en toute inconscience, joué au délinquant scientifique qu'on a dû rappeler à l'ordre à plusieurs reprises. Cette posture s'est avérée, au bout du compte, certainement plus payante que si je m'étais montré un fou visionnaire. Je compte bien, en effet, que les résultats de notre recherche soient publiés.

Les réticences à un dépistage systématique par une équipe de pédopsychiatrie, exprimées tant par certains experts que par les collégiens ou leurs familles montrent toute la difficulté à conduire de telles recherches actions, ce qui est sans doute le premier résultat de notre recherche. Un des premiers chiffres que nous pouvons d'ores et déjà communiquer est, à ce titre, édifiant : sur près de 250 adolescents référés par les collèges engagés dans notre recherche, 52 seulement ont pu être inclus. La grande majorité a refusé de participer à la recherche, que ce soit l'adolescent lui-même ou que ce soient ses parents. Il était bien évidemment impossible de contraindre qui que ce soit. Ce constat mérite d'être médité par les adeptes de l'injonction thérapeutique dans ce type de problèmes, adeptes dont le nombre aujourd'hui ne cesse de croître.

À méditer aussi le rôle des représentants de parents d'élèves qui, à juste titre, se sont émus de ce dépistage et ont demandé toutes les garanties pour que les parents soient

informés du signalement de leur enfant à notre équipe de recherche. L'information que nous avons dû fournir au sein de chaque Conseil d'Administration des collèges concernés s'est avérée un passage obligé pour la mise en place de cette recherche. Une anecdote amusante mérite d'être rapportée à ce sujet. Le président du CCPPRB, au cours d'une audition à laquelle j'ai dû me soumettre avant de me voir notifier un avis défavorable, semblait découvrir que des représentantes du planning familial venaient, dans les collèges de Seine-Saint-Denis, délivrer une information sur la sexualité, la contraception et la prévention des maladies sexuellement transmissibles, sans forcément que les parents en soient informés.

Je n'ai pas connaissance, en dehors des CCPPRB qui viennent se substituer à un certain « ordre moral », ce qui est d'ailleurs dans l'esprit de la loi, d'organisme susceptible de répondre, en aval, à toutes les questions préalables à l'installation d'une recherche sur les comportements humains. Mais il serait sûrement bien utile de réfléchir à son installation, si l'on veut aujourd'hui aider les chercheurs dans ce domaine.

Une autre question qu'il convient de se poser à la lecture de ce parcours est celle-ci : Pourquoi avoir voulu avoir un label « Recherche » ? Après tout, j'étais suffisamment assuré dans mon travail pour pouvoir, avec mes collègues, produire nos réflexions et les publier.

À ce stade des débats, je me permets de faire appel à Michel Foucault et à ses recherches sur l'archéologie du savoir dans son livre *Les mots et les choses*. Il démontre magistralement comment la production de savoir est soumise aux différents jeux de pouvoir et ce, d'autant plus que les productions scientifiques se disjoignent du savoir universitaire, tout du moins dans le vaste domaine des sciences de l'Homme. Pour être tout à fait complet, je dois revenir sur le début de mon texte et sur l'inversion qui a permis à notre mémoire de psychiatrie de devenir une publication scientifique au *Fil Rouge*, la prestigieuse collection de Psychanalyse des Presses Universitaires de France. En énonçant la théorie avant de livrer notre matériel recueilli sur le terrain, nous marquions ainsi notre allégeance à la psychanalyse, même si, et Serge Lebovici n'en était certainement pas dupe, l'apport de l'anthropologie venait en troubler la stricte application. Mais pouvait-il en être autrement ? Car appréhender le phénomène de la prostitution homosexuelle des garçons dans sa globalité (sa totalité dirait Marcel Mauss, au sens où tout fait social est un fait total) nécessitait cette double approche.

C'est bien à ce constat que tous les experts qui ont eu à évaluer notre projet de recherche se sont heurtés. Tous ont trouvé la problématique intéressante tandis que tous critiquaient notre méthode qui, selon eux, n'avait rien de scientifique.

Il est nécessaire aujourd'hui, et le débat autour de l'expertise collective de l'Inserm sur le trouble des conduites en atteste, de se forger des outils pertinents pour une analyse de phénomènes qui, à l'évidence, ne peuvent se contenter d'une seule grille de lecture, qui se voudrait scientifique et, de ce fait, a-théorique. Ce qui pour moi est, au mieux une illusion, au pire une manipulation au parfum totalitaire.

La maladie, comme le rappellent les anthropologues, a trois composantes : la maladie du médecin, la maladie du malade et la maladie de la société ⁽⁶⁸⁾. Ce constat devrait être dans la tête de chaque médecin et surtout dans celle de chaque chercheur qui se donne pour vocation l'étude des comportements humains. La question des comportements agite la psychiatrie depuis bien longtemps. La théorie de l'hérédodégénérescence en vogue au XIX^e siècle, le pervers constitutionnel de Dupré au début du XX^e siècle, le vote de l'association américaine de psychiatrie pour sortir l'homosexualité de la classification des maladies de l'OMS, la question de la psychopathie qui a récemment fait l'objet d'une conférence de consensus, celle des délinquants sexuels (délinquant ici n'est pas un mot anodin), le récent projet de loi de prévention de la délinquance qui utilise la psychiatrie à des fins policières de maintien de l'ordre public, tout cela montre combien comportements troublés et ordre social sont étroitement liés. Il serait vain, voire dangereux, de vouloir à toutes fins objectiver « scientifiquement » une telle nosographie, surtout lorsque les critères qui servent à cibler les populations à risques deviennent exclusivement des critères sociaux, avec la désignation de ce qu'on a pu, à d'autres époques, appeler « les classes dangereuses ». Foucault peut se retourner dans sa tombe !

C'est pourquoi, sur des sujets aussi délicats, l'abord pluridisciplinaire apparaît fondamental pour produire de la connaissance qui, après tout, n'est peut-être pas exclusivement scientifique... surtout en médecine. Je ne désespère pas de me faire entendre.

(68) M. Augé C. Herzlich : *Le Sens du mal : anthropologie histoire sociologie de la maladie*, 1983, Montreux, éd. Archives Contemporaines.

De la plasticité du cerveau

Catherine Vidal

(Neurobiologiste, Directrice de Recherche à l'Institut Pasteur)

En mai 2002 à San Francisco, lors d'un colloque consacré à la « neuroéthique », Barbara Koenig, présidente du comité d'éthique de l'Université de Stanford, annonçait que « *les neurobiologistes vont bientôt avoir la charge d'évaluer les risques de survenue de troubles cognitifs, les potentialités de réussite scolaire et professionnelle, la prédilection pour la violence et la consommation de drogue* »^{(69), (70)}. En quelques années, l'idée a fait son chemin, y compris en Europe. L'imagerie cérébrale, les analyses neurochimiques et génétiques sont présentées comme les méthodes de choix pour analyser les troubles des comportements humains. Pour un large public, la démarche est séduisante puisqu'elle se réclame de la science. Tout comme au XIX^e siècle la phrénologie remportait de vifs succès en prétendant démontrer scientifiquement que les bosses du crâne reflétaient les aptitudes intellectuelles et morales. Aujourd'hui, les techniques d'exploration du cerveau ont fait des progrès considérables. Mais se profile toujours en arrière plan l'idée d'un déterminisme biologique des capacités mentales localisées dans des régions précises du cerveau. Ainsi, les troubles de l'humeur et du comportement seraient le reflet de dysfonctionnements spécifiques de circuits neuronaux susceptibles d'être corrigés par des traitements pharmacologiques, et ce dès le plus jeune âge.

Cette conception d'un cerveau pré-cablé est défendue avec force dans certains milieux de neurobiologistes, tandis qu'elle est contestée par d'autres^{(71), (72), (73)}. Car depuis une dizaine d'année, notre vision du fonctionnement cérébral est en train de changer radicalement avec la mise en évidence des extraordinaires propriétés de plasticité du cerveau^{(74), (75)}. Grâce en particulier aux nouvelles techniques d'imagerie cérébrale comme l'IRM, on peut désormais « voir » le cerveau se modifier en fonction de l'apprentissage et de l'expérience vécue. Par exemple, dans le cerveau de musiciens professionnels, on a pu montrer des modifications du cortex cérébral

(69) *Neuroethics : Mapping the Field*, colloque mai 2002 sur le site de la Fondation Dana (www.dana.org).

(70) Roskies A. *Neuroethics for the New Millennium*, *Neuron*, vol. 35, 21-23, 2002.

(71) Marchall JC and Kink GR, *Cerebral localization, then and now*, *Neuroimage*, vol. 20, 2-7, 2003.

(72) Y. Burnod, « Big brother et IRM », *Pour La Science*, n° 271, mai 2000.

(73) K. Friston, « Beyond phrenology : what can neuroimaging tell us about distributed circuitry ? », *Annual Review Neuroscience*, vol. 25, 221-250, 2002.

(74) Vidal C. et Benoit-Browaey. D. (2005) *Cerveau, Sexe et Pouvoir*, Éditions Belin.

(75) Vidal C, *Nos cerveaux, tous pareils, tous différents*, dans « L'identité : Qui suis-je ? » Éditions Le Pommier /Cité des Sciences et de l'Industrie, 2006.

liées à la pratique intensive de leur instrument. Chez les pianistes, on observe un épaississement des régions spécialisées dans la motricité des doigts ainsi que dans l'audition et la vision. De plus, ces changements sont directement proportionnels au temps consacré à l'apprentissage du piano pendant l'enfance⁽⁷⁶⁾. La plasticité cérébrale est à l'œuvre également pendant la vie d'adulte. Une étude en IRM réalisée chez des chauffeurs de taxi a montré que les zones du cortex qui contrôlent la représentation de l'espace sont plus développées, et ce proportionnellement au nombre d'années d'expérience de la conduite du taxi⁽⁷⁷⁾. Un autre bel exemple de plasticité a été observé chez des sujets qui apprennent à jongler avec trois balles : après deux mois de pratique, l'IRM montre un épaississement des régions spécialisées dans la vision et la coordination des mouvements des bras et des mains ; et si l'entraînement cesse, les zones précédemment mobilisées régressent⁽⁷⁸⁾. Ainsi, la plasticité cérébrale se traduit non seulement par la mobilisation accrue de régions du cortex pour assurer une nouvelle fonction, mais aussi par des capacités de réversibilité quand la fonction n'est plus sollicitée.

Ces expériences et bien d'autres montrent concrètement comment l'environnement contribue à modifier la structure du cerveau. De telles observations apportent un nouvel éclairage sur les mécanismes de construction du cerveau humain au cours du développement⁽⁷⁹⁾. Quand le nouveau-né voit le jour, son cerveau compte 100 milliards de neurones, qui cessent alors de se multiplier. Mais la fabrication du cerveau est loin d'être terminée, car les connexions entre les neurones, ou synapses, commencent à peine à se former : seulement 10 % d'entre elles sont présentes à la naissance ; les 90 % restants se construiront plus tard. Des expériences ont montré que, chez le chaton, entre dix et trente jours, on passe de 100 à 12 000 synapses par neurones. Ce nombre est encore plus important dans le cerveau humain : au total, chez l'adulte, on estime à un million de milliards le nombre de synapses ! Or, pour atteindre ces chiffres astronomiques, seulement 6 000 gènes interviennent dans la construction du cerveau. Ce n'est manifestement pas assez pour contrôler précisément la formation de nos milliards de synapses. Il apparaît ainsi que le destin de chaque neurone, tout comme l'architecture des inter-connexions neuronales, n'est pas directement dépendant du programme génétique.

Dans ce processus éminemment complexe du développement du cerveau, l'influence de l'environnement physique, social et culturel joue un rôle déterminant. De nombreux travaux chez l'animal et chez l'humain ont montré que les stimulations

(76) Schlaug G., « The brain of musicians : a model for functional and structural plasticity », *Ann. NY Acad. Sci.*, vol. 930, 2001, pp. 281-299.

(77) Maguire E. A., Gadian D. G. & Frith C. D., *Navigation-related structural change in the hippocampi of taxi drivers*. PNAS, 97, 4398- 4403, 2000.

(78) Draganski B. et al. *Changes in grey matter induced by training*, Nature, vol. 427, 2004, pp. 311-312.

(79) Prochiantz A., « *Les anatomies de la pensée* », Odile Jacob, 1997.

de l'environnement sont indispensables pour guider la mise en place des circuits de neurones permettant d'assurer les grandes fonctions, qu'elles soient sensorielles, motrices ou cognitives⁽⁸⁰⁾, ⁽⁸¹⁾, ⁽⁸²⁾. C'est précisément grâce aux capacités exceptionnelles de plasticité propres au cerveau humain que l'expérience vécue contribue à modeler les réseaux neuronaux tout au long de la vie.

Comment, à la lumière de ces connaissances, oser prédire le devenir d'un enfant sur l'observation de son comportement à l'âge de 3 ans ? Cette position n'est manifestement pas tenable face à la réalité scientifique du fonctionnement cérébral. Comme l'a si bien dit François Jacob⁽⁸³⁾, « l'être humain est génétiquement programmé, mais programmé pour apprendre ». Le destin n'est pas inscrit dans notre cerveau !

(80) S. Rose, « Lifelines : Biology, freedom, determinism », Oxford University Press, 1998.

(81) E.B. Keverne, F.L. Martel, C.M. Nevison, « Primate brain evolution : genetic and functional considerations », Proc R Soc Lond Biol Sci., vol. 263, 1996, pp. 689-696.

(82) Zarifian E, *Le goût de vivre*, Odile Jacob, 2005.

(83) Jacob F., *Le Jeu des possibles*, Fayard, 1981.

La prévention précoce au Québec : prélude à une « biologie de la pauvreté » ?

Michel Parazelli

(Professeur-chercheur, membre du Groupe d'étude critique sur la prévention précoce, École de travail social, Université du Québec à Montréal)

PRÉAMBULE

Les membres de notre groupe d'étude sont heureux de constater que de l'autre côté de l'Atlantique, de nombreux citoyens et professionnels se mobilisent pour débattre des enjeux et développer un point de vue critique face à cette idéologie positiviste de la prévention précoce. Comme cette approche est mise de l'avant dans votre pays par des experts canadiens, nous tenions à manifester notre point de vue divergent face à ce qui est présenté chez nous comme un consensus. Au Canada, cette approche est non seulement bien accueillie par les politiques, mais aussi par plusieurs intervenants qui perçoivent cette approche comme l'expression du « progrès » de la science, qu'il s'agisse de la neurobiologie ou de l'éthologie. En effet le retour en force du positivisme dans les disciplines professionnelles trouve un terreau fertile non seulement dans le climat d'incertitude actuel, mais aussi dans les pressions d'efficacité et d'atteinte rapide de résultats de la part des gestionnaires. Sachez que l'État canadien sollicite actuellement les chercheurs afin de développer de « bonnes pratiques » (*best practices*) ou des pratiques fondées sur des données probantes (*evidence-based practices*). Il est rarement question de s'interroger sur le mode d'existence que ce type d'orientation politique induit chez les populations visées par ces programmes. De façon générale, cette orientation de la recherche sociale évacue le désir, l'imaginaire et l'inconscient des individus pour se centrer sur leurs comportements, ceux que l'on peut observer, mesurer, évaluer et modifier. Dans ce contexte, l'approche psychanalytique est alors perçue comme une pratique dépassée incapable de répondre aux exigences gestionnaires actuelles. Vous n'êtes pas sans savoir que la psychanalyse se fait discrète au Québec comparativement à la France. Au Canada comme aux États-Unis, nous baignons dans une « mer cognitivo-comportementale » sur le plan des influences paradigmatiques et professionnelles. Comme l'idéologie positiviste de la prévention précoce est très valorisée en Amérique du Nord, la mobilisation ne peut se faire comme en France, elle s'actualise petit à petit sur le terrain des intervenants, au plus près des familles et des associations.

Mon propos consistera d'abord à dresser un bref historique des programmes actuels de prévention précoce et de leur contestation par des regroupements d'associations œuvrant auprès des familles et des jeunes. Suivront la description et la critique des approches de prévention précoce qui ont cours au Québec, et je terminerai par un portrait des réactions des intervenants face à ces programmes ainsi que par des interrogations sur le sens politique de cette tendance pour le moins inquiétante en ce qui concerne la vie démocratique.

QUELQUES REPÈRES HISTORIQUES DE LA PRÉVENTION PRÉCOCE AU QUÉBEC

Au Québec la critique des approches de prévention précoce s'est amorcée au moment où l'État québécois entreprit une vaste réforme du système de services sociaux et de santé en 1992 ⁽⁸⁴⁾. La nouvelle politique de l'époque consacra l'épidémiologie sociale et la prévention comme des orientations à privilégier. Il s'agissait d'une approche médicale de la prévention et qui s'inscrivait dans la même perspective que la *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, déclaration internationale adoptée en 1986 par l'OMS dans le cadre d'un congrès international ⁽⁸⁵⁾. Ce choix politique a été considéré par la plupart des intervenants comme un virage positif compte tenu de la perspective plus « globale » suggérée par ce type d'orientations. Cependant, la Charte d'Ottawa entretient une ambiguïté conceptuelle entre la santé physique et la situation sociale des individus en amalgamant le qualificatif « sain » et les termes « d'environnement » et de « bien-être ». Cette déclaration invite les membres de la communauté internationale à « élaborer des politiques publiques saines » en faisant appel à une « approche socio-écologique » de la santé. On crée ainsi une confusion (par la fusion des genres) entre la prévention médicale et l'intervention sociale *via* la lecture épidémiologique des problèmes sociaux fondée sur un imaginaire psycho-sanitaire. Les notions référant aux dimensions socio-politiques de la santé et à celles ayant des connotations sanitaires (dans le sens médical ou hygiénique du terme) se côtoient sans que cela semble poser problème. Bien qu'on évoque la prise en compte des dimensions économiques, culturelles et politiques, les effets de la récession des années 1980, et la résurgence des difficultés économiques au début des années 1990, ont pavé la voie aux tenants de la « psycho-sanitarisation » des problèmes sociaux au détriment de considérations socio-politiques affectant la santé des individus. Par exemple, au Québec, la lutte au déficit budgétaire de l'État constituait une priorité nationale : couper partout où c'était possible tout en ciblant les groupes les plus à risque avec l'apport du réseau associatif. Mentionnons aussi la publication, en 1991, d'un rapport d'experts sur les jeunes intitulé

(84) Québec, gouvernement. 1992. *Politique de la santé et du bien-être*. Québec : Ministère de la santé et des services sociaux.

(85) Pour en savoir plus sur le contenu de la déclaration, voir la page web du site de l'OMS/Europe : http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=French

Un Québec fou de ses enfants qui a contribué à influencer l'orientation de la réforme de 1992. Le cadre de référence théorique de ce rapport s'inscrivait clairement dans une perspective écologique et comportementaliste de la prévention précoce, en qualifiant d'ailleurs de « prévention tardive » les actions entreprises auprès des jeunes de la rue ⁽⁸⁶⁾.

Face aux nombreuses coupures dans les services sociaux et au sentiment d'impuissance vécu par de plus en plus d'intervenants, l'objectif visant à soutenir le développement des enfants donna lieu à une forme de consensus moral. En effet, à première vue, comment ne pas être « pour » l'amélioration des compétences parentales ? De plus, les propositions d'une intervention précoce, intensive, accessible, continue et intégrée trouvèrent un écho au ministère de la Santé et des Services sociaux dans sa visée historique de structurer suivant une optique cybernétique un « continuum de services » dès la naissance des individus ⁽⁸⁷⁾. C'est dans ce contexte que les organismes communautaires (groupes associatifs) ont été mis à contribution afin de mettre en place des projets d'intervention jouant le rôle des facteurs de protection en constituant ainsi un maillon intégré au continuum de services ⁽⁸⁸⁾. Pendant les années 1990, des invitations se sont multipliées à participer à des projets tels que la Fondation *OLO* (programme diététiste *Œufs, Lait, Orange* pour femmes enceintes) des CLSC et des CHLSD du Québec ; le *Programme d'action communautaire pour les enfants* (PACE) de Santé Canada ; 1-2-3 GO ! de Centraide, *Naître égaux et grandir en santé* (NEGS) de la Direction de la santé publique ; *Y'a personne de parfait* (YAPP) de Santé et Bien-être social Canada ; *Mères avec pouvoir* (M.A.P.) initié par les Centres jeunesse de Montréal. Étant donné le foisonnement de modèles d'intervention mobilisant les acteurs dans une registre moral d'espérance, il était difficile d'obtenir une vision d'ensemble de la situation et de développer un regard critique sur les fondements théoriques et politiques communs à ces programmes de prévention précoce ; la quasi unanimité des intervenants rendant difficile l'expression des points de vue différents et divergents.

C'est en 1995 qu'un premier article critique fut publié dans *Le Monde Diplomatique* pour rendre visibles les risques socio-politiques des programmes de prévention précoce adoptés par la plupart des provinces canadiennes ⁽⁸⁹⁾. Pendant ce temps, d'autres tendances scientifiques développèrent leur propre expertise de la prévention précoce en s'inspirant des neurosciences et de l'éthologie. En 2000 était annoncé par trois ministres du Parti Québécois l'octroi de 22 millions de dollars (32 millions d'euros) sur 6 ans pour l'application d'un programme de prévention précoce intitulé *Programme de soutien aux*

(86) Québec, gouvernement (1991). *Un Québec fou de ses enfants. Rapport du Groupe de travail sur les jeunes*. Québec : Gouvernement du Québec.

(87) Mayer, R. (1994). « L'évolution des services sociaux ». Dans F. Dumont, Y. Martin et S. Langlois (dir.), *Traité des problèmes sociaux*, Québec, Institut québécois de la recherche sur la culture, p. 1018.

(88) Il est intéressant de constater que cette idée de continuum de services a une histoire dont les jalons remontent aux années 1970 où les relations entre l'État et le communautaire étaient désignées de « collaborations ». Au début des années 1980 on parlait de « concertation » et à la fin des années 1980, « d'arrimage ». Mais c'est au début des années 1990 que l'on a commencé à parler de « partenariat » et maintenant on discute des « ententes de services ».

(89) Parazelli, Michel. 1995. « De la pauvreté traitée comme une maladie ». *Le Monde Diplomatique*, n° 501 (décembre), p. 25.

jeunes parents. Tel que présenté, ce programme a pour finalité la prévention dès la grossesse de la reproduction intergénérationnelle de difficultés importantes d'adaptation sociale auprès des jeunes mères dites à risque élevé (jeunes mères monoparentales). À la suite d'un avis de naissance transmis par l'hôpital aux services sociaux, une intervenante sociale effectue une visite à domicile chez la mère jugée à risque afin d'établir un diagnostic socio-sanitaire sur ses compétences parentales et l'environnement familial, après quoi, elle invite ou non la mère à participer à divers programmes d'activités de prévention (stimulation précoce, compétences parentales, etc.). Le but est de prévenir les comportements d'inadaptation sociale des futurs adolescents sur l'ensemble du territoire québécois par une intervention intensive (pendant cinq ans) selon plusieurs axes d'intervention : le développement des enfants, les habiletés parentales, la cessation d'habitudes de vie non appropriées, l'alimentation, etc.

Le « surciblage » et l'intensité de l'encadrement de ce programme de prévention précoce ont contribué à alerter les intervenants face à la possibilité que l'aide aux familles ne devienne des programmes de contrôle social. C'est au cours de la même année 2000 que des représentantes du monde associatif œuvrant auprès des familles et des jeunes ont sollicité des chercheurs en travail social de l'UQAM pour réfléchir sur les fondements scientifiques de la prévention précoce et ses conséquences politiques. Le *Groupe d'étude critique sur la prévention précoce* fut mis sur pied ⁽⁹⁰⁾. Voici en bref, les principales activités que le groupe a menées jusqu'à maintenant :

- Rencontres de réflexions autour des enjeux théoriques et politiques des programmes de prévention précoce (liens théories et pratiques).
- Organisation d'un colloque impliquant une centaine d'intervenants d'organismes communautaires famille et jeunesse (2002). Publication des actes de colloque ⁽⁹¹⁾.
- Publication d'un article scientifique collectif en 2003 dans la revue *Service social* ⁽⁹²⁾.
- Participation à des débats publics.
- Élaboration collective d'un projet de recherche-action visant le renforcement collectif de l'appropriation des fondements de l'acte associatif.

Ces activités ont permis aux responsables des regroupements associatifs et aux chercheurs de développer un argumentaire critique face aux promoteurs de ces programmes (trace écrite publique des critiques). S'ensuivirent des actions de résistance et de solidarité

(90) Voici les noms des regroupements associatifs et des chercheurs associés au groupe : Regroupement des organismes familiaux de Montréal (ROCFM), le Bureau de consultation jeunesse, la Fédération des associations de familles monoparentales et recomposées du Québec (FAMRO), la Fédération québécoise des organismes famille du Québec (FQOF) et le Regroupement des organismes communautaires autonomes jeunesse du Québec (ROCAJQ). Michel Parazelli, François Huot et Annie Gusew, professeurs, École de travail social (Université du Québec à Montréal).

(91) Groupe d'étude critique de la prévention précoce. 2002. *De l'intervention précoce à la prévention féroce ?* (Actes du colloque tenu à Montréal les 3 et 4 mai 2002). Montréal : Groupe d'étude critique sur la prévention précoce.

(92) M. Parazelli, J. Hébert, F. Huot, M. Bourgon, C. Laurin, C. Gélinas, S. Gagnon, S. Lévesque et M. Rhéaume. 2003. « Les programmes de prévention précoce. Fondements théoriques et pièges démocratiques ». *Service Social*, vol. 50, p. 81-121.

entre acteurs associatifs et professionnels de l'État de même que le développement d'expériences de dé-stigmatisation des jeunes mères impliquées dans ce type de programmes. Il est aussi important de souligner que les travaux de notre groupe s'orientent actuellement vers le renforcement de l'appropriation collective des fondements de l'acte associatif des intervenants et des familles. Moins les membres d'une association s'approprient de façon collective les fondements de leurs propres pratiques, plus ils sont vulnérables à la sollicitation extérieure de façon non critique. Finalement, il importe de dire que notre groupe a eu pour effet de faire une brèche dans le faux consensus québécois de la prévention précoce. Dans les divers milieux d'intervention, notre argumentaire critique fut bien reçu, plusieurs disaient d'ailleurs le penser mais ne pas oser l'exprimer.

Avant de vous soumettre quelques interrogations dans le but de compléter les analyses qui ont déjà été faites par d'autres conférenciers notamment sur des aspects épistémologiques et politiques, examinons les approches théoriques de prévention précoce les plus en vogue actuellement au Québec.

PRINCIPALES APPROCHES THÉORIQUES

Au Québec, les différents modèles de programmes de prévention précoce s'inscrivent dans ce que l'on peut appeler deux grandes approches positivistes : la biopsychologie (étude des déterminants neurophysiologiques et génétiques sur le développement humain)⁽⁹³⁾ et l'écologie du développement (étude des déterminants comportementaux et environnementaux sur le développement humain) pour ne nommer que les deux principales tendances. Au-delà des différences d'orientation théorique, les chercheurs adoptant ces angles d'approche ont tous l'ambition scientifique visant à prédire et à modifier le cours de l'évolution du développement humain à partir de la connaissance des lois comportementales de ce même développement. L'objectif commun visé par ces approches est l'adaptation sociale des individus à leur environnement.

Par exemple, pour la tendance biopsychologique, les relations de l'enfant dans son milieu familial jouent un rôle déterminant dans la formation des synapses des cellules nerveuses, de sorte que ces interactions familiales participeraient directement à la construction du cerveau, plus particulièrement à la formation du lobe frontal (siège de l'autocontrôle) encore malléable à la petite enfance jusqu'à l'âge de cinq ans. De la qualité de ces interactions dépendrait une bonne ou une mauvaise « programmation » du lobe frontal structurant les habiletés cognitives de l'enfant, d'où la nécessité d'un dépistage précoce et d'un suivi intensif durant cette période.⁽⁹⁴⁾ On comprend alors que des interactions inadéquates entre la mère et l'enfant constituent un risque élevé que l'enfant développe

(93) Il est juste de qualifier cette approche de biopsychologique, car dans les travaux de recherche s'inscrivant dans cette approche, le lien social est moins l'objet d'étude que le comportement individuel. Il n'en demeure pas moins que les comportements individuels sont sociaux et qu'indirectement cette biopsychologie induit une sociobiologie.

(94) Pour en savoir plus, visionner le documentaire réalisé par l'ONF : *Aux origines de l'agression. La violence de l'agneau*, Tremblay et Gervais, 2006. Site web : <http://www.onf.ca/trouverunfilm/fichefilm.php?id=52739&lg=fr&exp=&v=h>

des comportements violents faute de dispositions cognitives d'autorégulation. Des recherches en éthologie viennent compléter l'argumentaire théorique de cette tendance.

Du côté de l'écologie du développement, les chercheurs québécois s'inspirent directement de la recherche aux États-Unis menée par Bronfenbrenner ⁽⁹⁵⁾ qui a développé un modèle écologique du développement humain selon une conception systémique de l'environnement social. L'unité d'observation de l'écologie du développement est de nature comportementale à travers l'observation des schémas d'interactions comportementales à partir desquels on identifie des facteurs de risques, des facteurs de protection ainsi que des déterminants individuels et environnementaux. Ainsi, ont été identifiés les risques importants dans l'environnement des jeunes occidentaux : pauvreté, monoparentalité, divorce, sous-scolarisation. Deux pistes s'ouvrent alors pour une intervention de type écologique : soit travailler à la création et la mobilisation de ressources médiatrices appropriées dans l'environnement de la personne, soit travailler à l'augmentation des capacités d'une personne afin qu'elle puisse utiliser les différentes ressources présentes (améliorer ses compétences parentales).

Soulignons que deux autres sources d'influence viennent compléter la mise en œuvre des deux premières approches. Il s'agit de l'éthologie (ex. : théorie de l'attachement) et de la santé publique (gestion intégrée des modèles). La santé publique ne constitue certes pas une approche en soi, mais ses gestionnaires se sont donnés le rôle de créer un amalgame de tous ces modèles de façon à gérer cette diversité d'approches en les impliquant dans les plans d'intervention d'un programme ; ce qui crée en fait une autre approche de la prévention précoce (voir le tableau sur la synthèse des approches).

Ainsi, pour favoriser le développement optimal des enfants vivant en contexte de vulnérabilité, il importe de stimuler le développement cognitif des enfants, de développer des comportements d'attachement parent-enfant et d'augmenter les compétences parentales ⁽⁹⁶⁾. Énumérons les points de critique que nous avons développés ailleurs ⁽⁹⁷⁾ :

- Les approches bio-psychologiques et écologiques imposent leurs « vérités » aux individus sans considérer le débat démocratique sur les choix normatifs d'une société comme une nécessité.
- Les responsables politiques et les gestionnaires institutionnels transmettent un message d'incompétence non seulement aux jeunes mères ciblées à risque, mais aux professionnels dont le jugement et l'expérience ne sont pas sollicités voire dévalorisés si ceux-ci s'éloignent de l'orientation et de

(95) Bronfenbrenner U. 1996. « Le modèle « Processus-Personne-Contexte-Temps » dans la recherche en psychologie du développement : principes, applications et implications ». Dans R. Tessier et G. M. Tarabulsy (éds.), *Le modèle écologique dans l'étude du développement de l'enfant*, p. 9-59. Ste-Foy : Presses de l'Université du Québec.

(96) Voir la version pdf du guide de la santé publique en ce qui regarde les services intégrés en périnatalité : <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/0/f0c2afb3d3d4afe528525706f0052c53b?OpenDocument>

(97) Pour une analyse plus détaillée, consulter l'article suivant : M. Parazelli, J. Hébert, F. Huot, M. Bourgon, C. Laurin, C. Gélinas, S. Gagnon, S. Lévesque et M. Rhéaume. 2003. « Les programmes de prévention précoce. Fondements théoriques et pièges démocratiques ». *Service Social*, vol. 50, p. 81-121.

la mise en œuvre des programmes étatiques conçus par des experts (d'où les nombreuses formations).

- Les conditions de vie et les enjeux socio-politiques ne figurent jamais dans les stratégies d'actions des programmes ; les recherches à l'origine des programmes de prévention précoce demeurant axées sur l'étude des comportements individuels et sociaux d'où l'idée selon laquelle la pauvreté serait traitée comme une maladie.
- Le dépistage des groupes à risque favorise une stigmatisation des individus créant ainsi d'autres problèmes sociaux ainsi qu'un sentiment d'insécurité face à l'exercice de la parentalité. On crée aussi une nouvelle catégorie sociale juvénile : l'adolescence virtuelle à risque de délinquance ! On réduit le parcours biographique d'un individu à une trajectoire probabiliste qui qualifie son destin ; ce qui a pour effet de stigmatiser l'enfant en le désignant à risque avant même qu'il manifeste les comportements appréhendés.
- L'intégration des acteurs associatifs dans la distribution de services associés aux programmes de prévention précoce crée un détournement de leur mission première, celle de soutenir les personnes dans leurs initiatives de façon collective. La dimension « communautaire » des programmes de prévention précoce se réduit à la mobilisation locale des organismes sociaux afin que la « communauté » puisse contribuer aux activités du programme de prévention précoce.

Comment les intervenants réagissent-ils face à la demande d'appliquer ces programmes dans leur milieu ?

Approches positives de la prévention précoce au Québec

Approches	Logiques	Dimensions théoriques	Causalités	Unités d'observation (dépistage auprès des parents et des enfants)
Écologie sociale		Appréhension dite globale de l'individu inscrit dans des sous-systèmes produisant des schémas d'interaction	Déterminismes environnementaux	Comportements inadaptés face aux situations de stress (favorisant la maltraitance)
Biopsychologie sociale (médecine sociale)		Appréhension spécifique des dysfonctionnement neurologiques et des dispositions génétiques	Déterminismes psychologiques	Comportements agressifs ou violents
Éthologie humaine		Appréhension spécifique des interactions affectives inspirées de l'espèce animale	Déterminismes naturalistes	Comportements affectifs désorganisés, insécures, anxieux, etc.
Santé publique		Appréhension intégrée des modèles théoriques favorisant une lecture épidémiologique du social	Déterminismes environnementaux, psychologiques et naturalistes	Comportements inadaptés, agressifs et désorganisés

UNE RÉACTION PLURIELLE DES INTERVENANTS

Même si aux plans épistémologique, théorique et idéologique les approches positivistes de la prévention précoce prennent des allures totalitaires inquiétantes, les intervenants ne réagissent pas tous en fidèles exécuteurs de programmes. Les pratiques sociales ne sont pas encore le calque des discours rationalisés des chercheurs et des gestionnaires de la santé publique québécoise. Plusieurs développent des marges de manœuvre pour réagir à cette injonction d'intervenir précocement auprès des jeunes mères. Cependant les réactions varient dans les milieux de pratiques selon trois positions. La première consiste à accueillir favorablement cette demande d'exécution d'un programme de prévention précoce dans leur milieu. Les intervenants sont alors satisfaits de l'ajout de ressources financières allouées à l'intervention et répondent à la demande étatique en respectant les protocoles d'intervention, sans jugement critique des fondements du programme. Parmi cette catégorie de réactions, l'on retrouve aussi des intervenants qui disent accepter ces programmes, mais en ajustant certaines modalités d'actions afin d'assurer une certaine cohérence avec la culture institutionnelle et professionnelle locale.

Rappelons ici que les nombreuses réformes et coupures budgétaires du système de services sociaux et de santé au Québec favorisent un contexte organisationnel d'insécurité et d'incertitude quant aux choix des orientations et des moyens pour faire face à la complexité des situations sociales qui se présentent aux intervenants. Dans un contexte où l'on exige aussi plus de productivité des intervenants avec moins de ressources, plusieurs intervenants en viennent à accueillir très favorablement l'imposition d'une grille de dépistage de l'attachement par exemple, qui, pensent-ils, facilitera leur tâche sans perdre de temps à réfléchir sur leurs pratiques (les experts ayant déjà éprouvé la grille de dépistage).

Une autre réaction est celle de l'omission, c'est-à-dire que des intervenants locaux issus de l'institution publique qu'est le CLSC (centre local de services communautaires), et qui a le mandat de coordonner l'application de ce programme, font en sorte de redistribuer les fonds à des organismes associatifs œuvrant dans ce domaine depuis des années, mais sans exiger d'eux l'adoption de l'approche et les protocoles d'intervention précoce qui leur sont associés. On leur demande alors de travailler avec les jeunes mères selon leur propre cadre de référence en présentant des projets locaux.

La dernière réaction, la plus récente, est la subversion des approches de prévention précoce. Il s'agit d'accepter les fonds du programme tout en développant une critique des fondements positivistes et de la perspective non démocratique de l'approche, en impliquant des jeunes mères dans cette démarche. Des débats sont alors engagés avec les

gestionnaires de la santé publique qui doivent ainsi s'expliquer sur la pertinence de leur approche et prendre en compte les conditions d'existence que leur modèle induit chez les jeunes mères visées par leur programme. Cette réaction exige des intervenants une position militante non seulement sur le plan de la mobilisation, mais aussi du discours scientifique. En plus de leur travail quotidien, ces intervenants doivent trouver les moyens de développer un argumentaire critique afin de faire face à la rhétorique positiviste qui se voudrait indiscutable à moins que l'interlocuteur soit lui aussi... positiviste.

AU-DELÀ DES QUERELLES DE CLOCHERS, UNE PERSPECTIVE POLITIQUE TROUBLANTE

La prévention précoce met en lumière non seulement des conflits d'approche, mais aussi tout un horizon politique pour le moins troublant, car il importe aussi d'explicitier les raisons pour lesquelles ces approches positivistes de l'intervention sociale trouvent un écho, une certaine réception dans la population et non seulement auprès des politiciens et des intervenants. Si nous nous plaçons sur les plans idéologique et socio-politique, à quel imaginaire social peuvent bien répondre ces approches ? Quelles sont les exigences sociales au sein desquelles les approches positivistes de la prévention précoce tentent de s'ancrer ? Ces interrogations nous amènent à formuler des questions plus spécifiques. Pourquoi certains risques majeurs pour la santé ne suscitent pas le même intérêt et l'engagement de la part de l'état (ex. : perte massive d'emplois et idéologie de la performance) ? Pourquoi ce retour en force de la sociobiologie sous la forme de la bio-psychologie et de la « sanitarisaiton » des modes de vie ? Quel est le lien entre la pauvreté et l'héritabilité génétique ?

Dans le contexte où l'hyperindividualisme et le « ré-agencement néo-libéral des politiques sociales et privées »⁽⁹⁸⁾ renforcent le climat d'incertitude normative, et où dit-on, les classes sociales n'existeraient plus, comment désormais expliquer l'existence même des inégalités sociales ? On observe que l'écart entre riches et pauvres s'est maintenu et parfois augmenté sur le plan de la mortalité. Comment expliquer cela en l'absence d'une théorie de la lutte des classes par exemple ? On peut faire l'hypothèse que ce vide théorique, et l'inquiétude qui en résulte, fait en sorte de susciter chez les intervenants, les gestionnaires, les politiciens et les citoyens le désir d'avoir une réponse claire à cette question, de donner un sens au développement de ces inégalités sociales. Par conséquent, les théories bio-psychologiques et écologiques associées aux programmes de précoce proposent une interprétation scientifique de ces inégalités à travers une lecture biologique de la

(98) Karsz S. 2006. « Nicolas Sarkozy Une certaine vérité de l'action sociale ? ». *Actualités sociales hebdomadaires*, 7 juillet, n° 2 463, p. 32.

pauvreté. C'est d'ailleurs au nom d'une supposée objectivité morale que la santé publique relaie ces approches pour intervenir sur les familles à risque en promouvant un idéal de santé et de parentalité ⁽⁹⁹⁾.

N'ayant pas l'espace pour développer cette hypothèse maintenant, je terminerai en vous proposant de lire l'extrait suivant. Il illustre très bien cette voie théorique en développement qu'est la biologie de la pauvreté et qui tente de se substituer aux théories classiques. Il s'agit d'un article publié récemment dans un quotidien montréalais à grand tirage, le journal *La Presse*.

Extrait tiré de l'article de journal suivant : Gruda, A. 2006. « Série : Êtes-vous en santé ? La santé dans votre portefeuille. Entre les riches et les pauvres, les écarts se creusent », La Presse, samedi 28 janvier, p. Actuel-3.

Les plus démunis sont aussi victimes de leurs habitudes de vie. Ils fument plus, font moins d'exercice et se nourrissent moins bien que les plus riches. Mais les difficultés d'accès aux soins et les comportements nocifs n'expliquent que partiellement la mauvaise santé relative des plus démunis. Des chercheurs s'intéressent à un facteur moins connu : la biologie de la pauvreté. Le comportement des patients pauvres explique 40 % de l'écart entre les riches et les pauvres, avance Mark Daniel, professeur à la faculté de médecine de l'Université de Montréal. Selon ce spécialiste de la médecine sociale, le 60 % restant s'explique par la « réponse endocrinienne de l'organisme à la situation de pauvreté ». En d'autres mots : le stress chronique subi par des gens coincés au bas de l'échelle exacerbe leur vulnérabilité à certaines maladies. « Si on prend deux groupes de fumeurs, un dans Verdun [quartier pauvre], l'autre à Westmount [quartier riche], à quantité de cigarettes égale, il y aura plus de mortalité dans le premier groupe que dans le second », dit le Dr Daniel. Le médecin s'intéresse particulièrement au cortisol – une hormone qui joue un rôle anti-inflammatoire et dont le niveau dans l'organisme varie au cours de la journée. « Quand vous subissez des insultes répétées et que vous ne savez pas comment vous allez payer votre loyer, l'organisme réagit par un état de stress aigu chronique », explique le Dr Daniel. Ce stress trouble les fluctuations et perturbe la réponse aux inflammations. Mais les patrons ne vivent-ils pas eux aussi des moments de grand stress ? Si, mais il existe un stress sain, relié aux défis quotidiens, dit le Dr Jean-Pierre Roy, de la Direction de la santé publique de Montréal. Et un autre stress, relié au sentiment de « honte, d'accablement et d'impuissance » propre à la misère. Un chercheur britannique Michael Marmot, a suivi pendant plusieurs décennies l'état de santé d'un groupe d'employés de la fonction publique de son pays. Il en conclut que la santé s'améliore à mesure que l'on grimpe dans l'échelle sociale. « Votre position dans la hiérarchie est intimement liée à vos risques de devenir malade et à votre longévité », conclut-il dans son livre *The Statute Syndrome*. Bref, un statut social élevé est bon pour la santé...

À quand la « misère » comme nouvelle pathologie du DSM ?

(99) Massé R. 1998. « La santé publique comme nouvelle moralité ». *Cahiers de recherches éthiques*, n° 22, Fidès, p. 155-176.

2^e TABLE-RONDE :
L'accueil, les soins et l'éducation
des enfants : quels outils,
quelles pratiques
pour quelle société ?

**Animation : Sylviane Giampino (*Psychanalyste, psychologue fondatrice de
l'Association Nationale des Psychologues pour la petite enfance*)
et François Bourdillon (*Président de la Société Française de Santé Publique*)**

Pratiques éducatives dans les crèches parentales : question de principes

Solange Passaris

(Association Collectif Enfants Parents Professionnels)

L'ACEPP a une double identité :

- une fédération d'associations parentales qui gèrent et animent avec des professionnels des établissements d'accueil de jeunes enfants : ces valeurs sont exprimées dans une « Charte de l'accueil de l'enfant » ;
- un mouvement parental dont les bases sont exprimées dans un texte « La parentalité selon l'ACEPP ». L'ACEPP est reconnue et agréée comme mouvement familial par l'UNAF. Actuellement elle anime des « Universités populaires de parents » dans différents coins de France.

Des valeurs communes sous-tendent ces jeunes parents actifs qui se renouvellent depuis 25 ans (un millier d'associations, 30 000 familles) :

- la reconnaissance du parent comme premier éducateur ;
- une responsabilité partagée entre parents et professionnels dans tous les lieux d'accueil, de soins et d'éducation de l'enfant ;
- une citoyenneté des familles dans la cité qui favorise l'échange et la solidarité : dans la vie associative, la vie locale, l'école...

Voici les quatre axes principaux des principes et pratiques éducatives chers à l'ACEPP. Je précise que nous n'avons jamais écrit ni publié de « guide pédagogique ou de projet éducatif et social type »... Nous ne prôtons pas de modélisation (cela serait pourtant bien commode pour certaines crèches parentales qui démarrent) ; nous sommes en effet très attachés au principe de réinvention par chaque groupe de parents et de professionnels, de leurs projets, de leurs pratiques, dans leur lieu, avec leurs enfants mais pratiquons, *via* notre réseau fédératif, l'accompagnement des projets, l'échange d'expériences et des formations.

L'une des plus anciennes crèches parentales parisiennes s'appelle d'ailleurs très justement « Quel univers inventer ? ».

- l'enfant est au centre de tout projet d'accueil :
 - ces lieux de petite taille favorisent le caractère familial et la prise en compte de chaque enfant dans sa personnalité, son expression et son

rythme propres. Il ne saurait être question de stigmatiser ou culpabiliser un enfant parce qu'il est agité ou agressif : si c'est le cas, il demande un accompagnement et une attention spécifiques et le plus souvent, il s'agit d'une phase qui s'estompera si on ne l'enferme pas dans un « portrait robot de prédélinquant » !

– la coéducation partagée entre parents et professionnels :

- réussir l'éducation des enfants implique une cohérence éducative entre parents et professionnels. Les parents participent sous diverses modalités à la vie de la crèche et participent à l'élaboration du projet éducatif et social. Ils sont incités à prendre des initiatives, des responsabilités.
- le professionnel est un détecteur de « talents » qui propose aux parents d' « oser réaliser » quelque chose pour le collectif : faire des coussins, de la déco, des photos, préparer un repas, organiser des activités... Le professionnel sait aussi que pour bien accueillir l'enfant, il faut d'abord bien accueillir le parent, le respecter, l'entendre « dites-moi comment il faut faire, c'est vous qui savez... ». C'est en cassant la frontière entre le professionnel « qui sait » et le parent « qui ne saurait pas » que les parents dépassent leurs inhibitions, prennent confiance en eux et que s'établit un rapport de confiance avec les professionnels et qu'ils progressent dans leur rôle de parents.

Du fait que les parents s'impliquent, ils côtoient de multiples pratiques éducatives où chacun peut puiser et prendre du recul par rapport à ses propres pratiques.

Si un enfant présente à un certain moment des difficultés particulières, les choses peuvent se dire entre le professionnel et les parents, en respectant la confidentialité. Même en situation de suivi social, jamais il ne serait envisageable de diffuser des informations sur l'enfant et sa famille sans que les parents en soient informés,

– le respect des pratiques éducatives des familles :

- pour nous, l'éducation est transmission et se réalise à partir de l'histoire et du vécu de chaque parent. Nous nous appliquons – non pas à gommer les différences entre pratiques éducatives – mais à leur permettre de s'exprimer au sein de la crèche : chaque parent peut apporter ses pratiques éducatives, ses idées, exprimer ses valeurs. C'est la condition pour donner confiance, renforcer chacun. Chaque parent est ainsi valorisé ce qui permet à chaque enfant d'acquérir ainsi une image positive de lui-même et de sa famille, et tous les enfants enrichissent leur univers de références et apprennent pour demain... la tolérance. Normaliser revient à couper les racines de chaque parent et peut rendre

les parents incompétents Nous rejetons toute tentative de « normalisation » socioculturelle et comportementale tant des enfants que des parents. Les familles ont le droit du choix de leur mode de vie, de leurs modèles éducatifs – dans le respect des droits de l'enfant et des règles de vie en société,

- tous les parents, pour leurs enfants, sont aptes à être des citoyens actifs et responsables, quel que soit leur milieu social et culturel, et ce d'autant plus aisément qu'ils sont en lien avec d'autres parents : c'est ce que nous expérimentons dans les crèches parentales, parents que l'on retrouve à l'école, dans la vie de quartier... Il n'y a pas de parents démissionnaires (à ne pas confondre avec maltraitants) ; il n'y a que des parents pour qui la fonction parentale est rendue difficile : elle l'est pour tous et pour certains plus que d'autres. Ce n'est pas en les pénalisant qu'on les aidera en quoi que ce soit, bien au contraire.

Nous faisons partie des réseaux qui, prenant connaissance dès 2004 des projets gouvernementaux dans le domaine législatif et des rapports Bénisti et Inserm, se sont indignés et inquiétés très tôt de cette dérive sécuritaire et de son incidence dangereuse pour l'avenir de notre système éducatif, pour l'avenir des enfants eux-mêmes pris en otage, pour l'avenir du rôle parental disqualifié, bref pour l'avenir de notre société.

Dans le débat autour du rapport Inserm, on a parlé beaucoup du risque de prédiction, de formatage des enfants. Ce qu'on a moins vu, c'est qu'à travers le Contrat de responsabilité Parentale et encore plus le projet de prévention de la délinquance, c'est toute la vision du rôle des parents qui vole en éclat, avec l'instauration d'un système officialisé de contrôle des familles.

L'enfant, dans le rapport Inserm est pris comme une entité isolée de sa famille, de son contexte culturel et social. Cette décontextualisation amène à des solutions simplistes et normatives mais aussi à une mise à l'écart du parent comme partenaire central de l'évolution de l'enfant. Dans cette vision réductrice, le parent est un problème, la cause des difficultés et il est soupçonné d'être de mauvaise volonté. Sous la contrainte, il changera son comportement : il suffit de lui suspendre les allocations familiales ou de lui imposer par les stages à la parentalité, les normes dominantes ; il signera une attestation s'engageant à être un bon parent et tout sera résolu. C'est une vision normalisante mais aussi invalidante et infantilisante du rôle des parents qui est ici centrale. C'est cette vision, qu'en tant que parents, nous refusons.

C'est la raison pour laquelle, nous avons envoyé, dès fin 2005, des alertes à tous les lieux d'accueil, puis nous nous sommes associés à la campagne « Pas de zéro de

conduite » et plus récemment, en mars 2006, nous avons lancé un Manifeste « Pas de permis à points pour être parent » dans l'objectif de cibler et sensibiliser plus spécifiquement les parents.

Voici quelques points de ce manifeste :

- le refus que le développement des enfants ne soit perçu qu'en fonction de finalités sécuritaires, ce qui induit des risques de « formatage » et l'instrumentalisation de l'éducation mise sous contrôle du politique ;
- le refus de l'idée de déterminisme si présent dans le rapport Inserm : il est important de toujours croire dans le potentiel des enfants pour qu'ils puissent grandir en confiance ; personne n'est jamais condamné à ne pas évoluer ;
- le refus de la « pathologisation » des comportements de nos enfants qui ne sont le plus souvent que l'expression d'un stade de développement de leur personnalité ; « mordre » à 3 ans est normal !
- le refus d'un dépistage centré sur des critères flous, du ressort du champ sécuritaire et/ou de la moralité ; le dépistage des problèmes de santé doit rester dans le champ de la santé ; cette confusion entre éducation, médical, sécuritaire nous paraît très dangereuse pour les droits de l'homme ;
- le refus de l'étiquetage des enfants dès leur plus jeune âge sur des critères comportementaux qui nie leur possibilité d'évolution et risque, par un effet de Pygmalion, de les enfermer dans une image qu'on pose sur eux ;
- le refus de l'individualisation des problèmes sociaux : nous n'acceptons pas que, face à la délinquance, seuls les parents soient montrés du doigt, et que l'on nie ainsi le rôle du système social, culturel et économique dans la délinquance ;
- le refus de toute politique de culpabilisation, d'invalidation, d'infantilisation, de sanction des parents, de contrôle social, qui les disqualifie. Car nous pensons que tout parent, même défaillant, a des ressources et que c'est avec lui qu'il faut rechercher des solutions.

Il y a un dysfonctionnement flagrant au niveau des institutions de l'État, car nous ne sommes pas dans un domaine de compétence du Ministère de l'Intérieur, mais dans celui des Ministères des Affaires Sociales, de la Santé et de la Famille. C'est l'instrumentalisation de l'éducation et du travail social, après celle de la justice et la police, pour des fins sécuritaires.

Ce que nous voulons, c'est une vraie politique de prévention pour la petite enfance, c'est-à-dire une politique qui donne aux parents les moyens et les ressources pour assumer au mieux leur rôle. Une vraie politique de prévention est une politique non ciblée qui vise à éviter les problèmes, non à les réparer. Cette politique reposerait sur :

- l'amélioration des conditions de vie des enfants (lutte contre la pauvreté) et de leurs parents (conciliation vie familiale/vie professionnelle) pour soutenir les parents dans leur rôle. La vraie prévention c'est agir pour que les parents aient les moyens et les ressources pour assumer leur rôle éducatif, à côté et avec, des professionnels ;
- le renforcement des lieux et espaces où les parents peuvent ajuster à leur rythme et sans contrôle ou jugement, leur posture de parent en fonction de leurs propres valeurs : lieux d'accueil parentaux, accueils parents-enfants... c'est la politique des REAP, dans sa version initiale, qui n'a pas eu les moyens qui lui eussent été nécessaires...

Pour les cas où les enfants présentent des difficultés avérées, des institutions, des services existent, mais ont-elles aujourd'hui suffisamment de moyens humains et matériels ? Ne faut-il pas mieux financer les services chargés d'accompagner les familles et les enfants au lieu de créer de nouvelles instances de contrôle social ?

En conclusion, après près de trois décennies où la compréhension de l'enfant et de ses besoins a fait des avancées essentielles, où la parentalité s'est réfléchi, où les institutions d'accueil et d'accompagnement des enfants, de leurs parents, les dispositifs de prévention ont évolué qualitativement de façon remarquable, on a soudain l'impression d'un retour en arrière brutal et injustifiable.

Il n'est pas question de nier qu'il y a des problèmes de violence et de délinquance chez certains jeunes qui – par l'effet de la concentration spatiale de la population selon des critères de revenus ou de chômage, et d'origine – troublent la vie de nombreux quartiers d'habitat social. Mais on en connaît les causes qui sont – entre autres – l'absence de perspective d'insertion sociale (ou de grandes difficultés), même pour les plus méritants qui ont – souvent dans des conditions difficiles – poursuivi et réussi des études supérieures. Quant au banditisme professionnel qui exploite ces quartiers et les jeunes, nul ne doute que notre police nationale n'ait les talents nécessaires pour y remédier.

Le Ministère de l'Intérieur fait fausse route en prétendant faire ingérence dans la sphère privée familiale, en voulant substituer au rapport de proximité, de confiance et de partenariat – propre à la fonction de Maire – une mission de « police des familles » : à quand les caméras dans les foyers familiaux ? Laissez nos bébés grandir et s'agiter en paix !

Un dépistage pervers

Elisabeth Roudinesco

(Directrice de recherches à l'Université de Paris VII (en histoire). Chargée de conférences à l'EPHE)

Je vais parler en tant qu'enfant turbulent. J'étais un enfant turbulent et sérieusement turbulent ; renvoyée de toutes les écoles et les lycées. C'était probablement en lien avec le travail de ma mère (*NDLR Jenny Aubry*) en maternelle puisqu'elle faisait du dépistage précoce. Du dépistage précoce auprès des enfants abandonnés dans les dépôts de l'assistance publique ; d'enfants qui devaient être déposés à la naissance. Ce dépistage, ce n'était pas le dépistage auquel on assiste aujourd'hui. Ce n'était pas un dépistage, pervers ; cela partait évidemment d'une réalité, d'un postulat parfaitement vérifiable qui était que lorsque ces enfants n'avaient pas de soins personnalisés, de regards, de parole personnalisée notamment avec des carences de soins maternels, ils étaient promis peut-être pas à la délinquance mais en tout cas à des choses très graves. Il est probable que je me suis identifiée à ces enfants-là puisque j'ai moi-même présenté des signes peut-être pas d'abandon, mais en tout cas d'agitation. Ces signes n'ont pas été traités (rires dans la salle).

Pour revenir au débat théorique et sur la question qu'a soulevée Roland Gori, je voudrais dire que nous n'avons pas assez pris la mesure de l'idéologie qui est derrière le comportementalisme. Nous avons été d'une très grande tolérance en vers ceux qui n'ont pas cessé de haïr la psychanalyse et de traiter Freud d'escroc. Il ne faut tout de même pas oublier que récemment encore, un livre de tonalité antisémite a été publié contre Freud et la psychanalyse, ouvrage émanant de l'extrême-droite française, et qui a été soutenu par les comportementalistes. Si je n'étais pas intervenue pour le critiquer, ceux qui l'ont soutenu le feraient encore, alors que maintenant ils désavouent l'auteur. Donc la violence antifreudienne est effarante autant d'ailleurs que celle qui se développe contre Darwin ou Marx. Leurs « spectres » dérangent profondément les sociétés occidentales d'un côté et les régimes théocratiques de l'autre.

L'idéologie du comportement tel que nous l'a présentée Michel Parazelli est l'idéologie des sociétés libérales mais avec deux choses qui sont caractéristiques : la forclusion et le déni de l'inconscient et de la lutte des classes.

On prétend traiter tous les sujets de manière dite « égalitaire » avec une méthode qui se veut « apolitique » et dite « scientifique ». Rien n'est plus dangereux que la prétendue neutralité politique. On comprend pourquoi ces idéologues de l'évaluation

et du comportement ont adopté les classifications du DSM IV : celui-ci se présente en effet comme « athéorique », c'est-à-dire égalitaire, puisque technique, scientifique et dénué de toute pensée. Sauf que lorsque l'on regarde de très près ces classifications, on s'aperçoit qu'elles revalorisent, de façon perverse, un inégalitarisme grossier : on nous dit ainsi que le stress du chef d'entreprise est plus positif que celui des classes dites « pauvres ». Ce jugement s'appuie sur un constat relève de l'évidence et non pas de la science : on suppose par exemple que les enfants issus d'une famille monoparentale pauvre seront plus perturbés que ceux issus d'une famille monoparentale riche. On confond ici le psychique et l'économique et l'on oublie que les plus grandes pathologies sont souvent invisibles socialement et peuvent survenir dans les familles les moins défavorisées économiquement. On pourrait multiplier les exemples.

Toutes les institutions : CNRS, Inserm, Éducation nationale développent cette idéologie de l'évaluation et de la classification dite « athéorique ». C'est une déferlante. On prétend faire l'égalité de cette façon-là. Ce qui est grave c'est que ces théories s'implantent à l'insu même de ceux qui les profèrent et qui prétendent y résister de l'intérieur, comme on l'a vu ce matin. Mais dans ces conditions, la recherche n'est pas vraiment libre. On croit résister et on ne résiste à rien. Résister suppose un acte de rupture intellectuelle avec cette idéologie dominante.

RÉPONSE À UNE QUESTION

Aux révoltes sociales qui surviennent dans nos sociétés, on prétend répondre par la médicalisation et non plus par la politique. Cette réponse est donnée face aux conflits sociaux par la plupart des états démocratiques. Il faut gérer le psychisme, le comportement, l'alimentation. Cela peut être acceptable dans le cadre de vraies politiques de santé mais à condition de ne pas passer d'un hygiénisme progressiste à une sorte d'eugénisme et de biopouvoir qui définirait des normes abusives. Une chose est de mener des campagnes contre le tabac, autre chose est de penser que l'on va pouvoir éradiquer toutes les conduites addictives. D'ailleurs tout devient addictif : aujourd'hui c'est le tabac, demain ce sera le sexe et l'on se posera la question de combien de fois il faut faire l'amour par semaine pour être normal.

Combien de temps va-t-on résister et comment ? Les pays résistent plus ou moins selon leurs cultures et leurs traditions. Les pays latins résistent mieux que l'Allemagne, la Grande-Bretagne ou les pays nordiques. En France on résiste encore. La droite a toujours considéré que la causalité biologique était la plus importante, la gauche la causalité sociale. Mais des deux côtés, le psychisme est écrasé.

Des programmes vont se mettre en place comme au Canada. Et je pense que c'est seulement après une longue suite d'erreurs que l'on reviendra en arrière. On prendra alors conscience des aberrations qui ont été proposées pour élaborer autre chose.

Le trouble des conduites et les classifications en pédopsychiatrie

Gérard Schmit

(Professeur de Pédopsychiatrie, Chef de service de Pédopsychiatrie au CHU de Reims)

Le dossier de presse présentant l'expertise collective de l'Inserm sur « Le trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent » débute ainsi :

« Opposition, désobéissance et colère répétée, agressivité chez l'enfant, coups, blessures, dégradation, fraude et vols chez l'adolescent : ces différents comportements caractérisent le trouble des conduites... ». Le dépistage, la prévention et la prise en charge médicale du trouble des conduites restent insuffisants en France en regard de ses conséquences (risque de mort prématurée, troubles associés...) et du coût pour la société (instabilité professionnelle, délinquance, criminalité...) ».

Ainsi, le décor est posé, les personnages annoncés et l'expertise peut se dérouler : il existe un trouble mental appelé « le trouble des conduites » qui a des conséquences dont la délinquance et la criminalité. En France, les médecins ont une action insuffisante en direction de ce trouble tant pour le dépistage, la prévention que la prise en charge médicale. Effectivement, la plupart des pédopsychiatres français travaillent sans se référer à ce diagnostic « trouble des conduites ». Sont-ils ignorants ou négligents ? Négligent-ils de s'occuper d'enfants et d'adolescents nécessitant des soins ? Ou travaillent-ils avec d'autres références théoriques que celles proposées par l'Inserm ?

Le trouble des conduites est-il un concept témoignant d'une avancée scientifique dont l'appropriation par les psychiatres français est malheureusement insuffisante ou le trouble des conduites est-il une construction artificielle qui pourrait être tenue comme un artéfact ou un effet d'une méthode de classification ?

D'OÙ VIENNENT ET À QUOI SERVENT LES CLASSIFICATIONS ?

Il est intéressant de constater que la psychiatrie a fonctionné sans classification – ou du moins sans utiliser de manière usuelle les classifications – jusque dans les années 80. Ceci ne signifie pas que les psychiatres ne faisaient pas de diagnostics. L'élaboration diagnostique se référait alors au contenu des différents traités, écrits en général par les auteurs les plus éminents de la spécialité (en France, de Pinel... à

Henri Ey). Les traités de Psychiatrie se voulaient avant tout cliniques et thérapeutiques. Ils étaient marqués par leur inscription dans le temps, et leur lecture témoigne de l'évolution de la pensée psychiatrique et de ses références théoriques. Ils étaient aussi inscrits dans l'espace et reflétaient la diversité liée aux formes socio-culturelles des sociétés dans lesquelles travaillent les psychiatres. Cet état de fait avait des inconvénients comme ceux par exemple de créer des catégories diagnostiques nationales (ainsi la bouffée délirante aiguë ou la psychose hallucinatoire chronique, en France) de laisser se développer des concepts voisins, se chevauchant, se multipliant dans un certain désordre et parfois avec une certaine confusion... Il avait aussi des avantages : ancrer les descriptions diagnostiques dans la pratique clinique, produire une pensée en mouvement donc relative, ne fixant pas les réalités psychiques dans des descriptions réifiées et figées. Il avait aussi l'avantage de ne pas traiter les maladies mentales tout à fait comme « des maladies comme les autres » mais de laisser apparaître une certaine complexité dans l'enchevêtrement des niveaux de réalité qui constituent la clinique psychiatrique, complexité représentée par le fameux trépied bio-psycho-social.

L'effort classificatoire est à peu près concomitant du mouvement de réaction contre les asiles, dans l'après-guerre. La société devait-elle se protéger des malades mentaux, qui n'étaient plus maintenant isolés dans des lieux à eux réservés, en les enfermant dans des définitions aussi rigoureusement fixées que possible de leurs troubles ? Les maladies mentales deviennent un problème de santé publique comme un autre. Elles doivent pouvoir être dépistées, objectivées, comptabilisées. Il faut connaître ce qu'elles coûtent à la société. Il faut aussi, pour la recherche, constituer des groupes aussi homogènes que possible de patients. Enfin, la psychiatrie, souvent convoquée dans les prétoires, doit pouvoir donner des réponses claires et consensuelles. Les compagnies d'assurances privées, notamment aux États-Unis, financent les soins et elles ont aussi besoin que soit répondu à leurs exigences de quantification et d'objectivation des troubles mentaux et de leur coût.

Aussi à partir de sa sixième version (CIM 6), la Classification Internationale des Maladies a intégré les troubles psychiatriques dans la description des maladies en général et, de ce fait, a contribué à induire une perspective plus nettement médicale dans les descriptions des troubles mentaux. Parallèlement, la psychiatrie américaine avait fait l'effort de travailler à une classification spécifiquement psychiatrique (DSM I, 1952). Les versions DSM I et DSM II proposaient des définitions de troubles recouvrant à peu près les concepts utilisés dans le diagnostic psychiatrique en Europe et s'inspirant des mêmes modèles et des mêmes théories.

La troisième version du DSM (DSM III, 1981) a marqué un tournant décisif dans l'évolution de la classification américaine. Cette évolution a été confirmée dans le

DSM III R et le DSM IV (1995). Plusieurs éléments de cette évolution sont très importants :

- prééminence de la description des symptômes dans leur aspect manifeste et comportemental au détriment d'une approche compréhensive et intégrée des conduites humaines ;
- tendance à la quantification et à l'objectivation quasi obsessionnalisée des troubles aboutissant à des distinctions souvent très formalistes et très arbitraires entre comportements pathologiques et variation des comportements normaux, ce qui amène à une vision différente du rapport entre le normal et le pathologique ;
- élimination de toutes références à des constructions psychopathologiques (pourtant nécessaires pour essayer de penser la clinique psychiatrique) au nom d'une idéologie de l'athéorisme. Ce point est important car il pèse un peu comme un interdit de penser si l'on veut observer correctement d'après les critères DSM ;
- retour non explicité mais constamment présent, dans chaque catégorie de troubles, à des hypothèses étiologiques biologiques des troubles mentaux (facteurs génétiques, toxiques, etc.).

Dans un ouvrage récent « Aimez-vous le DSM ? » deux psychosociologues américains – S. KIRK et H. KUTCHINS – émettent quelques hypothèses pertinentes sur les raisons de cette évolution et les problèmes professionnels, juridiques et économiques qui y trouvèrent d'apparentes solutions. Un point important était probablement de consolider l'appartenance de la psychiatrie à la médecine scientifique, fut-ce au détriment du respect de la complexité de son objet. L'usage d'une telle classification a suscité beaucoup de discussions et de critiques de part et d'autre de l'Atlantique. Elle a eu une diffusion internationale rapide, peut-être du fait de cette réduction de la complexité à laquelle elle participe. L'intitulé même « Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux » indique bien quels sont ses domaines préférentiels d'application, à savoir ceux de la statistique (épidémiologie, recherche psychopharmacologique, traitement statistique des facteurs de risques, etc.). Il peut sembler beaucoup plus discutable d'utiliser le DSM IV lorsqu'il s'agit de travailler avec la spécificité de chaque patient ou de former de futurs psychiatres à une approche psychopathologique et psychothérapique au sens large de patients réels.

LES CLASSIFICATIONS EN PÉDOPSYCHIATRIE

Il existe trois classifications principales : la CIM 10, le DSM IV et la CFTMEA (Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent). Cette dernière est la seule classification spécifiquement pédopsychiatrique. La CIM 10 est

une classification des maladies en général, et son chapitre V est dédié aux troubles mentaux. Ce chapitre contient deux sous-chapitres traitant « des troubles du développement psychologique » d'une part et « des troubles du comportement et des troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence », d'autre part. La CIM 10 et le DSM IV sont deux classifications assez proches à ceci près que la CIM 10 est plus souple dans ses définitions et prend mieux en compte la spécificité des troubles de l'enfance et de l'adolescence.

L'orientation théorique du DSM IV – importance donnée aux facteurs biologiques, approche ontologique des troubles qui sont décrits quasiment comme des maladies naturelles, élimination de toute approche psychopathologique – rend logique la conception unitaire des troubles mentaux de l'enfance à l'âge adulte. Certes, la première section est intitulée : « troubles habituellement diagnostiqués pendant la première enfance, la deuxième enfance et l'adolescence ». Cependant, avertit le manuel, proposer cette section à part est « un exercice de pure forme et n'est pas censé suggérer qu'il existe une distinction claire entre les troubles de l'enfant et les troubles de l'adulte ». Ainsi, les troubles anxieux ou les dépressions de l'enfant ne sont pas distingués des troubles anxieux ou dépressifs de l'adulte, comme si, dans l'un et l'autre cas, ils avaient les mêmes expressions cliniques et les mêmes significations et comme s'il existait entre eux une continuité linéaire.

La classification française qui est la plus connue et la plus utilisée par les pédopsychiatres français actuellement – non parce qu'elle est française mais parce qu'elle a été construite en tenant compte des modèles de la clinique pédopsychiatrique – introduit dans la classification deux dimensions importantes :

- la référence à l'organisation mentale du sujet, ce qui implique de dépasser la simple description du symptôme pour travailler sur sa signification et sur son inscription dans l'ensemble de la vie mentale du sujet ;
- la référence au développement avec notamment un chapitre concernant la petite enfance, ce qui permet de tenir compte des spécificités cliniques en fonction de l'âge.

Les critiques, parfois très violentes portées contre cette classification, tiennent surtout au fait qu'elle a maintenu une référence à la psychopathologie psychanalytique dans son appréhension des différentes organisations psychiques. Ceci peut effectivement poser problème aux spécialistes loin de la psychanalyse mais a l'avantage de favoriser une approche compréhensive des phénomènes mentaux et d'appréhender avec plus de nuances, ce qui est fondamental en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, la différence entre le normal et le pathologique, la continuité qui va de l'un à l'autre, et les formes prémorbides qui méritent, dans une visée préventive, d'attirer l'attention. De même, il existe dans cette classification, un chapitre intitulé « variation de la normale » qui permet de prendre en compte certains symptômes ou conduites se

retrouvant dans l'évolution normale de l'enfant ou de l'adolescent, ou encore des manifestations plus durables mais dont le caractère psychopathologique ne peut être affirmé ou enfin, certains aspects originaux de la personnalité de l'enfant ou de l'adolescent qui, bien qu'anormaux en termes de norme, ne sont pas pour autant anormaux en termes d'anomalies pathologiques.

« LE TROUBLE DES CONDUITES » ET LES CLASSIFICATIONS

Au fond l'erreur ou la tromperie essentielle du rapport Inserm sur le trouble des conduites est contenue dans l'introduction citée en début d'article. Ce rapport présente le trouble des conduites comme une référence diagnostique qui serait validée dans la pratique des cliniciens français mais qui serait négligée ou mal traitée. Il y aurait un retard en France par rapport à d'autres pays, dans la reconnaissance et le traitement des troubles des conduites. En fait, pour la plupart des psychiatres français, ce trouble des conduites ne peut être utilisé comme référence diagnostique tout simplement parce que le DSM IV n'est pas devenu leur Bible.

Dans la réalité, en fait de nombreux enfants et adolescents sont reçus chaque année en consultation pédopsychiatrique pour des troubles du comportement ou des conduites. Ces troubles sont d'ailleurs une des raisons principales de consulter dans la mesure où des comportements marqués par l'agressivité ou la tendance récurrente à la transgression sont des comportements qui inquiètent les adultes formant l'environnement de l'enfant.

Le problème qui se pose est de savoir comment considérer ces troubles du comportement. D'une manière un peu schématique, il y a la méthode DSM IV qui tend à considérer le trouble des conduites comme une entité syndromique spécifique, et qui en fera un diagnostic psychiatrique. Il en découle toutes les déclinaisons possibles : caractéristiques diagnostiques, troubles mentaux associés, prévalence, évolution, diagnostic différentiel. On n'est pas loin ici de considérer « le trouble des conduites » comme une maladie naturelle qui toucherait de nombreux enfants et adolescents. Il est d'ailleurs intéressant de voir les taux importants de prévalence : 6 à 16 % pour les garçons âgés de moins de 18 ans et 2 à 9 % pour les filles. Ceci pose la question de la médicalisation ou de la psychiatisation abusive de tout comportement ne répondant pas aux normes et règles sociales s'imposant au sujet.

Il existe une autre manière d'appréhender les troubles des conduites et du comportement : les considérer comme des comportements symptomatiques qui, certes, ont des conséquences, parfois néfastes pour leur auteur, mais qui demandent à être compris en fonction d'une situation donnée et d'une histoire spécifique.

Les troubles des conduites, comme tout autre symptôme, méritent ainsi une investigation clinique qui va essayer d'explorer plusieurs axes susceptibles d'appro-

fondir, de compléter voire de modifier les questions posées par le trouble initial. Ces axes, pour les énoncer, rapidement :

- la dimension développementale qui permet de saisir le lien entre le symptôme et les conflits de développement, d'apprécier les effets des régressions ou des fixations ainsi que ceux, après coup, d'éventuels traumatismes ;
- la dimension structurale qui permet de replacer l'acte symptomatique dans l'organisation psychique de l'ensemble du sujet et surtout d'en mesurer la portée économique ou la valeur défensive ;
- la dimension environnementale qui permet de resituer les actes agis par un enfant dans la situation psychosociale et familiale qu'il est en train de vivre. Dans les troubles de conduites, les comportements de l'enfant ou de l'adolescent sont souvent pris dans des interactions assez complexes entre lui et son environnement. Se priver d'un regard sur ces interactions vient souvent occulter des déterminants importants de la production de tel ou tel acte.

Une approche clinique de ce type aboutit à des hypothèses multi-dimensionnelles essayant de définir le poids des différentes dimensions en cause dans le problème du sujet, et s'éloignant ainsi d'une approche catégorielle dans laquelle il s'agit seulement de décider si le sujet entre ou non dans telle ou telle catégorie diagnostique.

La classification française se prête à cette analyse clinique approfondie du symptôme troubles des conduites dans la mesure où elle n'apporte pas une réponse immédiate au symptôme. En effet, une classification type DSM IV inverse le sens des questions et des réponses. Il est légitime de se demander pourquoi cet enfant a-t-il pris l'habitude de voler et de mentir. Ceci ouvre sur une multitude d'échanges et d'hypothèses avec l'enfant et son environnement. Si la réponse est d'emblée : « il a pris l'habitude de voler et de mentir parce qu'il est atteint d'un trouble appelé "trouble des conduites" », le questionnement risque d'être rapidement fermé par une réponse apparente qui n'est en fait qu'une tautologie. Dans la classification française, le symptôme « trouble des conduites » ne constitue pas une entité spécifique. Des manifestations comportementales peuvent en effet aboutir, après élaboration clinique et diagnostique, à différents diagnostics allant de la psychose aux variations de la normale en fonction des résultats de l'approche multi-dimensionnelle déjà évoquée. Seul un petit nombre d'enfants et d'adolescents ayant des troubles du comportement très isolés seront classés dans un des troubles caractérisés des conduites. Autrement dit, le diagnostic « trouble des conduites » est un diagnostic d'élimination concernant un petit nombre d'enfants même si de nombreux enfants entrent en contact avec la pédopsychiatrie à l'occasion des troubles des conduites et du comportement.

Naturellement, les classifications n'ont d'effet qu'en fonction de la manière dont l'on s'en sert. Loin de nous l'idée que nos collègues étrangers ne soignent pas correctement leurs patients parce qu'ils se référeraient à la classification DSM. En tant que pédopsychiatre, nous pouvons simplement estimer que cette classification DSM ne soutient pas les objectifs que nous avons dans notre pratique clinique, à savoir entrer en relation avec un sujet, avec ses parents, et essayer, à partir d'un symptôme initial, qui parfois n'a qu'une importance contingente, de construire une définition de la nature du problème posé par l'enfant. Ce problème peut être de différents ordres : problèmes éducatifs, problèmes relationnels ou problèmes psychopathologiques déjà structurés. Ces différentes dimensions sont d'ailleurs souvent intriquées. Le symptôme d'entrée, troubles des conduites, peut donc amener à une grande variété de définitions du problème posé par l'enfant.

Il existe cependant des exemples de mésusage d'une classification et il nous semble que le rapport de l'Inserm sur « le trouble des conduites » en fait partie. En effet, ce rapport présente de nombreux dangers :

1. Laisser entendre que la psychiatrie en France est en retard, inefficace alors qu'ailleurs il y a des solutions bien meilleures grâce à une bonne manière de poser le diagnostic. Outre que ce type d'affirmation ou de suggestion n'est pas très agréable pour les professionnels, elle est très trompeuse et peut égarer les patients et leurs parents.
2. La conception d'une continuité linéaire des troubles mentaux de l'enfant à l'adulte, présentée par le DSM IV, donne là aussi une perspective assez fallacieuse sur les troubles du comportement en en faisant une sorte de *continuum* de l'enfance à l'âge adulte. Certes, chez des adultes présentant des troubles comportementaux et anti-sociaux avérés, il est fréquent de trouver des signes de souffrance dans la petite enfance. Ces signes de souffrance précoces ne se sont pas alors toujours exprimés par des troubles des conduites. Inversement, de très nombreux enfants pour lesquels un diagnostic « trouble des conduites » aurait pu être porté avec les critères type DSM, vont évoluer tout à fait différemment. Cette perspective linéaire induit des fausses bonnes idées en matière de prévention comme celles d'un dépistage des troubles de conduites chez les petits pour prévenir la délinquance. La pétition « Pas de 0 de conduite pour les trois ans » a constitué une réponse salutaire à ce type de dérive.
3. Le fait de promouvoir la spécificité d'un syndrome appelé « trouble des conduites » répond parfaitement bien à la logique médicament – symptôme cible, logique proposée par les laboratoires pharmaceutiques. Nous avons vu que pour l'hyperactivité, cette logique avait abouti à la prescription de Ritaline à plusieurs millions d'enfants nord-américains, et que, récemment,

cette prescription de masse a fait l'objet de réserves prononcées par l'administration nord-américaine compétente. En effet, même si les pédopsychiatres français ne récusent pas *a priori* l'usage de médicaments quand ils sont utiles, ils sont très nombreux à penser que d'autres approches apportent des résultats intéressants et ont l'avantage de laisser ouvert au mieux le potentiel évolutif de l'enfant. La prescription médicamenteuse peut être utile. Elle est en fait souvent inefficace ou peu efficace avec les médicaments actuellement sur le marché. Elle a l'inconvénient de risquer de fermer une démarche d'élaboration en apportant trop vite une solution factice : « votre enfant a le trouble des conduites, il se soigne avec le médicament X ».

Tout ceci n'est pas innocent et l'on n'est pas étonné que le domaine de la Pédopsychiatrie, jusque-là relativement respecté par les appétits financiers, devient peu à peu un champ à conquérir. Les Pédopsychiatres ne sont pas les ennemis de l'industrie pharmaceutique mais ils tiennent à ce que cette industrie puisse respecter les obligations techniques et éthiques qui sont les leurs et puissent également respecter l'intérêt de l'enfant.

L'Inserm a choisi de faire une expertise collective sur un problème réel, à savoir les troubles du comportement chez l'enfant et l'adolescent. Les auteurs se sont appuyés sur le concept DSM de « trouble des conduites » ce qui a l'avantage de focaliser le questionnement et de simplifier apparemment la problématique, du fait même du réductionnisme que la médicalisation du symptôme induit. D'ailleurs, le rapport collectif est totalement dépourvu de toute référence, même lointaine, à un des domaines des sciences humaines, ce qui est une prouesse peu commune compte tenu du thème choisi.

Ceci permet vraiment de poser la question :

Alors le « trouble des conduites » façon DSM, avancée scientifique ou artéfact de classification ?

L'obsession sécuritaire comme paradigme des dernières lois pénales, sanitaires et sociales : l'exemple du projet de loi « prévention de la délinquance »

Evelyne Sire Marin

(Magistrate, membre du syndicat de la magistrature)

Dans un dessin paru dans la revue « justice » du Syndicat de la Magistrature en 1975, un policier, en levant sa matraque sur un jeune, demandait à son collègue : « dis Raymond, la prévention c'est avant ou après la répression ? »

Le projet de loi sur la « prévention » de la délinquance du ministre de l'Intérieur qui fera l'objet d'une première lecture au sénat le 7 septembre 2006 répond à cette question : la prévention, c'est en même temps que la répression !

Loin d'intervenir dans le champ de « prévention » de la délinquance, le projet de loi concerne essentiellement celui de la répression pénale, puisqu'il **modifie (à nouveau) 73 articles du code pénal et 10 articles du code de procédure pénale !**

Loin de ne concerner que le secret professionnel des travailleurs sociaux qu'ils devront « partager » avec le maire (article 5 du projet de juin 2006), cette future loi concerne l'action sociale, l'action éducative et la psychiatrie publique dont les objectifs sont radicalement transformés : leur finalité sera désormais « la lutte contre l'insécurité » et non plus l'aide et l'assistance aux familles et le soin aux malades ⁽¹⁰⁰⁾.

Ainsi, près avoir articulé la police et la justice dans une même « chaîne pénale » au terme de 10 lois pénales entièrement vouées, depuis 4 ans, à lutter contre « l'insécurité », N. Sarkozy attache donc l'action sociale, la psychiatrie et la prévention de la délinquance à cette chaîne pénale ⁽¹⁰¹⁾, dont le premier maillon est la police.

(100) L'article premier du projet de loi précise : « Le maire anime... la politique de prévention de la délinquance... et la coordonne ». Puis l'ensemble du projet assimile la prévention de la délinquance, à la lutte contre l'insécurité.

(101) Une circulaire de N. Sarkozy du 4 février 2004 créait l'expression de chaîne pénale pour désigner l'assimilation de la justice et de la police dans une même entreprise sécuritaire de « tolérance zéro », alors que la constitution définit la justice comme une « autorité indépendante » destinée à garantir les libertés individuelles (article 66), et non pas à homologuer les initiatives policières.

L'exemple du droit pénal des mineurs est emblématique de l'inversion des objectifs de l'action éducative et sociale, l'aide éducative et l'assistance aux familles étant remplacées par la lutte contre l'insécurité (article 6 du projet de loi).

LA CONFUSION VOLONTAIRE ENTRE LA PRÉVENTION DES PROBLÈMES SOCIAUX ET LA RÉPRESSION DES PROBLÈMES PÉNAUX DANS LE PROJET « PRÉVENTION DE LA DÉLINQUANCE DE 2006 »

Depuis 1945, il apparaissait que la responsabilité pénale d'un mineur devait être atténuée par rapport à celle d'un adulte (excuse atténuante de minorité), et que les sanctions pénales des enfants devaient être avant tout éducatives. Comme le disait le préambule de l'ordonnance du 2 février 1945 créant le droit pénal des mineurs, écrite au retour des camps de concentration par des résistants instruits de la réalité carcérale : « la France n'est pas assez riche d'enfants pour qu'elle ait le droit de négliger tout ce qui peut en faire des être sains... ».

Tout cela n'est plus d'actualité à l'heure où les racailles doivent être nettoyées au Kärcher et où « les mineurs de 1945 n'ont rien à voir avec les géants noirs des banlieues d'aujourd'hui » ⁽¹⁰²⁾ :

Ce colloque faisait suite à la pétition « Pas de zéro de conduite pour les enfants de trois ans ». Il protestait contre le rapport 2005 de l'Inserm stigmatisant les comportements instables et potentiellement délinquants de certains enfants dès l'âge de 3 ans, préconisant « le repérage des perturbations du comportement dès la crèche et l'école maternelle ». La pétition avait été signée par 30 000 personnes et notamment des travailleurs sociaux, des psychologues, des psychiatres.

Déjà la loi Perben 1 du 9 septembre 2002 sur les « orientations de la justice » commençait à atténuer la différence de traitement pénal entre les enfants et les adultes ; elle créait les centres fermés pour mineurs, qui s'apparentent à la prison, la comparution à délai rapproché, qui s'apparente à la comparution immédiate et les sanctions éducatives dès 10 ans, qui ressemblent à des sanctions pénales.

Le projet « prévention de la délinquance » de 2006 termine l'assimilation pénale de l'adolescent à l'adulte, en appliquant à l'enfant de plus de 16 ans les mêmes mesures judiciaires qu'au majeur : le « plaider coupable » et les comparutions immédiates, le contrôle judiciaire et la détention provisoire en matière de délits, la mesure « d'activité de jour » comparable au travail d'intérêt général, et les incitent à devenir dès 17 ans des « cadets de la police » (service volontaire citoyen de la police nationale)...

(102) Déclaration de N. Sarkozy au conseil des ministres du 28 juin 2006.

Les principales mesures prévues par cette loi dite de « prévention » de la délinquance ne font qu'augmenter encore l'attirail répressif : nouvelles compétences du Procureur en matière de prévention, pouvoir d'admonestation du maire (L. 2212-2-1 code des collectivités territoriales), création de fichiers éducatifs et psychiatriques, garde à vue psychiatrique de 72 heures, aggravation des sanctions pénales en matière de violences volontaires, d'entrave à la circulation des trains et d'usage de stupéfiants, légalisation des indicateurs en matière d'infractions sexuelles, légalisation de la provocation policière en matière de stupéfiants, durcissement de la sanction en cas de récidive et des conditions permettant la réhabilitation pénale, extension des pouvoirs régaliens de la police municipale et des contrôleurs des sociétés de transports en matière de contrôles d'identité et de « rétentions ».

Poursuivant la frénésie législative, ces nouvelles dispositions modifient d'ailleurs des lois qui viennent à peine d'être votées, comme la loi sur la récidive du 12 décembre 2005 ou celle sur l'égalité des chances de 31 mars 2006 !

LES ÉLÉMENTS COMMUNS DU POPULISME PÉNAL EN MATIÈRE JUDICIAIRE, SOCIALE, SANITAIRE : FICHER, CONTENIR, PUNIR

Le projet de loi « prévention de la délinquance » étend au domaine social et sanitaire des mesures imposées depuis 5 ans dans le domaine strictement pénal : le fichage, le contrôle d'identité et la garde à vue, et la pénalisation des problèmes sociaux.

Une logique d'assignation à origine est à l'œuvre, déjà affirmée dans la volonté d'ethniser les rapports sociaux, en confiant à des autorités ethniques ou religieuses le soin de les régler dans une logique communautariste (création du conseil du culte musulman, loi sur le voile, appel aux imams lors des troubles dans les banlieues en novembre 2005...).

Fichiers et taxinomie sociale : la science au service du sécuritaire

Depuis 5 ans, chaque loi pénale a créé ou étendu un nouveau fichier. Sous prétexte de démarche scientifique, il s'agit en réalité de cibler des populations « criminogènes », objet d'une assignation à origine, grâce à de nouvelles techniques, de préférence venues des États-Unis : profiling des délinquants, méthodes de psychologie cognitive, prélèvements d'ADN, video surveillance, audiences en télé-conférences...

Le STIC (système de traitement des infractions constatées), fichier policier, concerne 24 millions de personnes (et 25 % d'erreurs selon la CNIL ! ⁽¹⁰³⁾). Le FNAEG (fichier

(103) Commission Nationale Informatique et Libertés, qui relève dans son rapport 2005 que des personnes sont par exemple fichées comme auteurs de cambriolages alors qu'elles en étaient victimes !

national des empreintes génétiques) contient aujourd'hui plus de 270 000 profils génétiques, sans compter le fichier des délinquants sexuels, le fichier des demandeurs de visas, le fichier Eloi recensant les personnes hébergeant des étrangers et les visiteurs des étrangers retenus, etc.

Le projet « prévention de la délinquance » étend cette démarche de fichage pénal à l'action éducative et sociale, en créant le fichier des élèves de l'éducation nationale, qui sera croisé avec celui des prestations familiales (article 9) et avec celui des conseils pour les droits et devoirs des familles, sous la « coordination » du maire. Il s'inspire du rapport très contesté de l'Inserm de l'automne 2005 préconisant le suivi de certains enfants dès 3 ans, et du rapport du député Benisti, qui estimait que les familles dans lesquelles on parlait un « patois étranger » présentaient un risque de délinquance pour leurs enfants.

Le maire « coordonnera » tous ces nouveaux fichiers et les professionnels de l'action sociale et éducative et partagera avec eux leur secret professionnel (article 5).

Les travailleurs sociaux s'étaient mobilisés en 2005 à la suite d'une démarche semblable de croisement des fichiers des familles en difficultés à Vitry-le-François en rappelant que le maire, contrairement à eux, n'est pas tenu au secret professionnel et que ce dernier est une protection pour la vie privée de ces familles ⁽¹⁰⁴⁾.

Relevant de la même conception policière, la *vidéo surveillance* est également étendue à la « prévention de la délinquance », comme elle a été utilisée en matière pénale, puisque les décisions concernant les installations de vidéo- surveillance des immeubles collectifs seront facilitées (article 11).

Les atteintes aux libertés individuelles : contrôles d'identité et gardes à vue

Les contrôles d'identité de la police ont été très étendus depuis la loi sécurité quotidienne de 2001, et sont la cause de l'augmentation considérable des expulsions d'étrangers sans papiers (20 000 en 2005).

Mais le projet « prévention de la délinquance » prévoit de généraliser les contrôles d'identité, normalement destinés à la recherche des délinquants, à l'ensemble de la circulation des personnes en dotant les contrôleurs et agents agréés des entreprises de transport, publiques ou privées, des mêmes pouvoirs que les policiers !

Ils pourront contrôler les identités des voyageurs (article 46) et même décider de quasi gardes à vue (retenir une personne en attendant la police). C'est une atteinte considérable à la liberté d'aller et venir.

(104) Il existe actuellement un équilibre entre la nécessaire protection de la vie privée (secret professionnel) et la protection de l'intégrité physique des personnes (obligation pour les personnels sociaux, médicaux, judiciaires de signaler au procureur de la république tout crime ou délit dont ils ont connaissance en application de l'article 40 du code de procédure pénale).

Enfin, après avoir multiplié les possibilités de perquisitions dans des domiciles privés, et le nombre de gardes à vue (400 000 par an), pour des affaires pénales, ces dispositions sont étendues au domaine psychiatrique : selon l'article 21 du projet « prévention de la délinquance », le maire pourra décider, même sans avis médical, d'une rétention de 72 heures, si l'ordre public est troublé par des personnes souffrant de troubles mentaux. Une véritable *garde à vue psychiatrique est donc légalisée*.

La pénalisation des problèmes sociaux : une société disciplinaire sous la férule du maire

Ce projet qui prétend prévenir la délinquance ne fait que prévoir de nouvelles sanctions pour les plus démunis, pénalisant la misère au lieu de la soulager.

En matière pénale, la loi « sécurité intérieure » du 18 mars 2003 avait déjà créé des infractions de la pauvreté (mendiants, prostituées, nomades se voyaient punis d'amendes et d'emprisonnement).

Ce nouveau projet, combiné avec la loi « égalité des chances » du 31 mars 2006 *étend les sanctions des populations en difficulté en abolissant la frontière entre difficultés sociales, absentéisme scolaire et délinquance* : ainsi ce sont de véritables sanctions judiciaires (suspension des allocations familiales, admonestation, travail d'intérêt général de 30 heures) qui seront prononcées par le président du conseil général et par le maire, autorités administratives, contre des familles endettées ou dépassées par l'éducation de leurs enfants, dans une totale confusion des pouvoirs !

Les juges des enfants et les juges des tutelles étaient jusqu'ici seuls compétents pour décider, après une procédure contradictoire et l'exercice des droits de la défense, de telles atteintes aux libertés.

C'est désormais le maire lui-même qui sanctionnera les familles, en violation flagrante de la séparation des pouvoirs exécutif et judiciaire, en cas de non respect du contrat de responsabilité parentale (article 6). Rappelons que, selon la loi égalité des chances du 31 mars 2006, c'est aussi le maire qui saisira le président du conseil général pour faire suspendre pendant un an les allocations familiales à ces mauvaises familles (L. 552-3 du code de la sécurité sociale), et qui ordonnera un travail d'intérêt général de 30 heures pour une simple contravention (article 44-1 du code pénal).

En amont de cette municipalisation de la justice, transformant le maire en shérif, le projet de loi « prévention de la délinquance » crée des « conseils des droits et devoirs des familles » (article 6), présidés par le maire, sans qu'aucun représentant des familles ou des associations familiales n'en soit membre. Cette structure municipale au relent maurassien, concurrente de l'aide sociale à l'enfance et des UDAF, sera chargée dans les villes de plus de 10 000 habitants de proposer aux parents un « accompagnement

parental », en cas de troubles à l'ordre public liés au manque d'assiduité scolaire ou au défaut de surveillance de leurs enfants, et de proposer des sanctions au maire.

Si ce projet est voté, le pouvoir de police du maire remplacera donc définitivement l'action sociale, dans un objectif obsessionnel de la lutte contre l'insécurité.

LES 4 POSTULATS DU POPULISME SÉCURITAIRE : L'ULTRA LIBÉRALISME APPLIQUÉ EN MATIÈRE PÉNALE, SANITAIRE ET SOCIALE

Le projet « prévention de la délinquance » repose en fait sur 4 postulats qui sont déjà présents dans les précédentes lois sécuritaires. Ce sophisme implicite est le suivant :

1. Chacun est responsable de son devenir social, à condition que les « chances » de chacun soient égales. Il n'est plus question d'égalité des droits (article 1 de la déclaration des droits de l'homme de 1789), mais d'égalité des « chances » (au terme même de la loi sur l'égalité des chances du 31 mars 2006). Selon cette vision, les conditions sociales d'origine ou d'existence sont donc délibérément ignorées et la responsabilité individuelle est déterminante dans la délinquance, le chômage, la folie, la misère ou les difficultés éducatives des enfants.
2. Pour lutter contre la délinquance, ou contre « l'insécurité » résultant des problèmes scolaires, éducatifs, sociaux ou de santé mentale des familles en difficulté, il suffit d'exclure le noyau dur d'individus responsables de ces troubles : c'est la parabole du Kärcher qui doit nettoyer la racaille. L'objectif initial de réinsertion qu'avaient la sanction pénale (depuis 1945) ou l'aide éducative, ou le soin, n'a plus de raison d'être puisque certains individus doivent être isolés du reste de leur groupe social (les mesures d'exclusion que sont les centres fermés pour mineurs, la prison, l'hospitalisation d'office, les expulsions d'étrangers, les expulsions locatives ont toutes considérablement augmenté depuis dix ans).
3. Les professionnels de la justice, de l'action sociale et de la protection judiciaire de la jeunesse, qui analysent les actes de délinquance comme des symptômes d'un malaise social sont totalement disqualifiés comme incompetents et laxistes ⁽¹⁰⁵⁾. Il faut punir les individus et non pas rechercher les causes sociales ou psychologiques de leurs difficultés.
4. Seuls les responsables de proximité sont efficaces pour mener la lutte contre l'insécurité et appliquer cette morale qui entérine les inégalités

(105) Pourtant les prisons débordent (augmentation d'un tiers du nombre en 5 ans) et les poursuites pénales contre les mineurs n'ont cessé d'augmenter.

sociales et les discriminations : les policiers et les hommes politiques locaux (les maires, les présidents de conseils généraux) sont aptes à traiter en temps réel les problèmes sociaux, ou la délinquance sous l'autorité du ministre de l'Intérieur et selon sa méthode : toute difficulté (immigration, chômage, émeutes des banlieues...) doit être résolue en temps réel, de façon médiatique et répressive.

Des pouvoirs de plus en plus importants sont donc donnés à la police ou aux élus locaux pour intervenir dans la vie ou dans les libertés des citoyens, se substituant aux autres institutions (justice, aide sociale, protection judiciaire de la jeunesse) qui agissent au contraire discrètement et sur le long terme ⁽¹⁰⁶⁾.

Dans cette conception de la loi de jungle libre et non faussée, chacun est seul responsable de son malheur social et le paye, par l'acceptation de la précarité pour le chômeur, l'hospitalisation sous contrainte pour le malade, ou la prison ferme, pour le délinquant. C'est l'évidente traduction dans les champs sociaux, sanitaires et pénaux d'une vision ultra libérale sur le plan économique. Comme un actionnaire est responsable de ses gains ou de ses pertes en bourse, l'individu doit assumer le risque social de la pauvreté, de la maladie ou de la délinquance.

Les causes sociales de la délinquance sont par exemple totalement ignorées dans ce projet « prévention de la délinquance » : les problèmes de logement, de scolarité, de santé mentale, ne sont envisagés que sous l'angle du contrôle, du fichage et de la sanction des « familles à problèmes », dont le maire devient le grand ordonnateur.

Les causes familiales ou éducatives de la délinquance sont écartées, c'est pourquoi les mineurs de 16 à 18 ans sont traités pénalement comme les majeurs.

Les causes psychiatriques ou psychologiques du passage à l'acte délinquant, pourtant si évidentes chez 30 % des personnes incarcérées, qui souffrent de maladie mentale, sont dédaignées.

Cette ignorance volontaire des causes sociales de la délinquance est une régression considérable sur tous les acquis criminologiques depuis 1945, selon lesquels, depuis l'école de la défense sociale, il était prioritaire de combattre la pauvreté et d'améliorer l'éducation pour éradiquer la délinquance.

La prévention spécialisée est née de ce constat selon lequel il est inefficace de punir seulement l'acte de délinquance si l'on ne s'attache pas à améliorer l'insertion sociale, familiale et économique. S'il y a en France 100 policiers pour un éducateur, et

(106) Les résultats de cette politique théâtrale du bâton sont pourtant cruels pour le ministre de l'Intérieur : l'observatoire de la délinquance qu'il a lui-même créé vient de communiquer que les violences contre les personnes avaient augmenté de 7,5 % depuis juillet 2005.

seulement 2 500 éducateurs de prévention spécialisée, il faudrait réfléchir au coût de cette politique du tout répressif, car un éducateur de rue économise à la collectivité bien des placements en centres éducatifs fermés (presque 700 euros par jour et par enfant !).

Mais surtout, le projet prévention de la délinquance est un cadeau empoisonné aux maires :

- Comment utiliseront-ils leurs nouveaux pouvoirs de justiciers (admonestation des enfants, convocation des parents pour contrat de responsabilité parentale, suppression des allocations familiales, travail d'intérêt général) vis-à-vis des populations qu'ils administrent ?
- Comment les maires justifieront-ils les signalements multiples qu'ils devront faire au procureur, au président du conseil général, etc., pour sanctionner les familles qui « insécurisent » la commune ?
- Comment les maires au contraire pourront-ils refuser de constituer des fichiers ou de sanctionner les pauvres ?
- Comment expliqueront-ils, en fin de mandat municipal, leur absence de résultats pour résoudre les problèmes sociaux de ces familles ?

Pourtant chacun sait que la solution de ces problèmes dépend plus de l'emploi, du système de santé, de l'éducation que des pouvoirs de police des maires, qui risquent de s'en apercevoir à leurs dépens.

Notre expérience contre le « rapport »

Bernard Toboul

(Institut de Recherche Appliquée pour l'Enfant et le Couple)

L'IRAEC (Institut de Recherche Appliquée pour l'Enfant et le Couple), fondé en 1976 à Paris dans le mouvement impulsé par Françoise Dolto qui ouvre de son côté la Maison verte.

Les deux équipes s'orientent vers l'accueil conjoint des parents et des enfants.

L'IRAEC se spécifie d'autres dispositifs : accueil de groupe d'enfants d'âge scolaire, consultations psychanalytiques, groupe de travail et analyse de pratique pour les personnels sanitaires et sociaux mis en difficulté face à la réalité du terrain lors de leur rencontre avec les familles.

Lors de la parution du rapport Inserm, quatre lieux d'accueil parisiens, la Maison verte, l'Arbre bleu, la Caragole, et l'IRAEC, se sont rapidement réunis pour s'y opposer.

Ainsi lorsque la pétition « Pas de 0 de conduite » a été lancée les quatre lieux ont proposé à tous les lieux d'accueil de France de s'y rallier et ont rédigé un « Manifeste » spécialement orienté sur la question de la réalité psychique des enfants.

On trouve ce document ainsi que la liste des lieux signataires sur les sites de la Maison verte lamaisonverte.asso.fr et de l'IRAEC iraec.com.

Nous nous sommes décidés à intervenir dans le mouvement suscité par la pétition « Pas de zéro de conduire... » à partir de notre pratique de l'accueil des parents et des enfants, commencée à la Maison verte et à l'IRAEC il y a une trentaine d'années sous l'impulsion du message de Françoise Dolto. Nous nous fondons donc sur une expérience maintenue depuis lors et étendue à des centaines de lieux en France et, progressivement, dans d'autres pays.

Cette rencontre, chaque année, de milliers de parents avec leurs enfants, dès la naissance et jusqu'à trois ou quatre ans, démontre que l'on peut ouvrir des espaces et disposer des temps pour que la réalité psychique (et non le comportement ou la conduite) des nourrissons soit « accueillie » en présence des adultes qui forment leur environnement habituel. Cette position d'accueil, éloignée d'une attitude de contrôle, de dépistage, ou d'observation, permet que se livre ce qui, d'ordinaire se clôt dans les replis de l'angoisse. Or c'est précisément l'ouverture psychique des sujets qui a des *effets* préventifs ; et, à ce titre, nous considérons pouvoir intervenir dans le débat sur la prévention.

La disparition des symptômes (alimentaires, thymiques, moteurs etc.) des enfants se produit lorsque leur existence se découple de l'angoisse qui étreint l'adulte en

charge d'eux. Une transformation de ces affects et des représentations qui les accompagnent est possible à la condition d'un contact attentif et bienveillant, comme le prouve notre pratique, car l'environnement de l'enfant en est modifié. Mais, cette façon de faire est à l'opposé de l'esprit du rapport Inserm qui, abusant du terme, mène à une véritable perversion de l'idée de prévention.

Prévenir un trouble névrotique ou psychotique, un symptôme infantile, suppose qu'un cadre soit offert se soutenant d'une éthique qui récuse la ségrégation. Le brassage socio-économique et culturel caractérise nos lieux d'accueil. Ils pallient ainsi, pour leur part, les situations d'isolement et de concentration qui recèlent de graves dangers pour les familles et les enfants.

Nous nous inscrivons *contre toute ségrégation*, et affirmons que tel est le principe d'une possible socialisation des enfants à notre époque – des enfants mais aussi des parents, isolés, économiquement humiliés, voire exilés loin de chez eux.

Le second principe, en conséquence, implique de dire *non à toute stigmatisation* de pseudo-déviances précoces. C'est par le creuset du temps partagé avec d'autres enfants, en présence des adultes, sans établir de tri diagnostic hâtif à leur égard, que les nourrissons récupèrent les capacités imaginaires et corporelles que les difficultés de l'accès au monde peuvent mettre en péril. Dans cet ensemble bigarré d'enfants et d'adultes, les nourrissons accèdent au symbolique par quoi se structure leur psychisme.

Ni ségrégation ni stigmatisation : nous sommes bien dans l'optique contraire à celle du « rapport », dont le vice de pensée est la projection rétroactive de l'image du criminel sur l'agir des petits enfants.

Pour conclure, je dirai que, si nous avons développé l'expérience qui fonde ces remarques, c'est que nous appuyons notre présence et notre écoute sur la psychanalyse. Des débats récents l'ont montré, il n'y a, concernant la réalité psychique, que deux discours, la psychanalyse et les théories positivistes du comportement et de la cognition. Ces derniers ont pour objectif de nier la réalité de l'inconscient et de ne vouloir connaître de l'homme que des conduites prétendument observables (voilà pourquoi le modèle en est l'expérimentation animale). Cette vue empiriste se refuse à connaître la complexité de la vie psychique, pourtant illustrée dans notre quotidien aussi bien que par l'histoire et la culture, disons, par nos guerres comme par nos amours. Elle est à l'opposé de la nouvelle rationalité exigeante qui est notre éthique et se fonde sur la découverte de l'inconscient.

Il s'agit là du respect de la complexité humaine, ce qui est à l'opposé de toute politique simpliste voire totalitaire.

Lady Macbeth était mariée à un de ces arrivistes sans scrupule qui veulent être roi ; elle lui reprochait, lorsqu'elle voyait faiblir sa conduite criminelle de suer « le lait de la tendresse humaine ».

Et bien ! Le psychanalyste, dans cet ultime bastion de l'éthique qu'est le soin de la petite enfance propose aux politiques d'adopter la formule et, une fois n'est pas coutume, de se ranger du côté de la tendresse humaine.

Prévention de la délinquance : le sécuritaire contre l'État de droit

Jean-Pierre Dubois

(Président de la Ligue des droits de l'homme)

1. La question de la prévention de la délinquance est aujourd'hui posée dans un climat général des plus inquiétants.

Le dernier quart de siècle a été marqué par une poussée sécuritaire presque ininterrompue, de la loi Peyrefitte de 1981 aux lois Sarkozy-Perben de 2002-2005 en passant par les lois Pasqua de 1986 et de 1993, Marchand de 1991, Debré de 1997 et Vaillant de 2001. Chacun de ces textes a fait reculer les libertés au nom d'impératifs récurrents : lutte contre le terrorisme, maîtrise de l'immigration, lutte contre l'insécurité.

Ainsi l'« État pénal » se renforce-t-il au même rythme auquel l'« État social » se délite : on prétend traiter l'insécurité civile en la séparant artificiellement de l'insécurité sociale qui la nourrit, ignorant la logique adoptée notamment par le PNUD autour de l'interdépendance des « sept sécurités ». Pire encore, on affirme faire reculer l'insécurité civile alors qu'on organise dans le même temps la croissance de l'insécurité sociale.

Masquer cette contradiction a inévitablement conduit à désigner des boucs émissaires, de nouvelles « classes dangereuses » clouées au pilori et vouées à la relégation sous diverses formes : mendiants, prostitué(e)s, Roms et gens du voyage, étrangers et descendants d'immigrés que leur faciès désigne au racisme, « jeunes » enfin qui semblent, en particulier dans les « quartiers sensibles », moins dociles que leurs parents. Toutes ces catégories font l'objet de mesures administratives visant soit à les faire disparaître du paysage (mendicité, prostitution), soit à les maintenir dans la précarité et l'arbitraire (gens du voyage, « sans papiers »), soit enfin à les assigner à résidence et à surveillance constante et pesante (habitants des « quartiers », et tout particulièrement jeunes de ces « quartiers »).

Ainsi s'articule un double mouvement législatif et administratif, à la fois « sécuritaire » (régression des droits de la défense, des pouvoirs du siège face au parquet, de la police face aux magistrats ; « militarisation » de l'emploi des forces de police ; etc.) et discriminatoire (« ciblage » des étrangers, des mineurs, etc.).

La Ligue des droits de l'Homme, dans ce contexte, refuse les faux débats dans lesquels certains aimeraient nous enfermer.

Nous refusons d'abord l'amalgame insupportable entre sécurité et « sécuritaire » : la sécurité est un droit, le « sécuritaire » une menace pour les droits. La garantie du droit à la sécurité diffère de l'obsession sécuritaire notamment en ce que l'une ne se conçoit que dans le respect de l'égalité de chacun alors que l'autre vise obstinément des cibles prédéterminées et volontairement discriminées.

Nous récusons ensuite l'étiquette de « droits de l'hommiste » (le mot, comme bien des idées, a été emprunté par Nicolas Sarkozy à Jean-Marie Le Pen) tenus pour « angéliques » face à de prétendus « réalistes ». Qu'il s'agisse de l'évolution des situations de violences ou de l'audience électorale de l'extrême droite, ce sont les recettes des pseudo-réalistes qui font étalage de leur cuisant échec. Le réalisme véritable consiste au contraire à ne pas ignorer les rapports sociaux, les situations culturelles et humaines où se joue l'essentiel, et à ne pas entretenir de fantasmes naïfs sur la possibilité de « tout voir et tout savoir » ou sur la substitution de gadgets (flashballs, pistolets Taser, etc.) à l'intervention humaine pour prévenir les violences et apaiser les conflits.

Enfin, nous n'entendons pas davantage tomber dans l'opposition absurde entre prévention et répression : la prévention est toujours préférable, mais sa réussite n'est jamais assurée ; c'est dans cette seule mesure – sanctionnant des cas d'échec de la prévention – que la répression est légitime et, alors, nécessaire. Inverser les termes – les priorités – de cette articulation conduit à penser la société comme un lieu de soupçon, de traçabilité et d'enfermement de plus en plus systématique et général. Nous y venons à grands pas.

2. Voici aujourd'hui que le gouvernement, sous la houlette du ministre de l'Intérieur qui bouscule son collègue chargé de la protection de l'enfance, ignore celui qui est en charge de la santé et se substitue au garde des sceaux pour réformer la justice des mineurs, tente avec le dernier projet de loi sécuritaire avant l'élection présidentielle d'imposer le même détournement de sens pour le concept de « prévention » que celui dont on se souvient, au printemps dernier, avec l'idée d' « égalité ». Car le projet de loi « sur la prévention de la délinquance » porte un nom aussi fallacieux que la loi du 31 mars 2006 « pour l'égalité des chances » : il n'y est pas plus question de prévention qu'à l'époque d'égalité.

Il ne s'agit en rien, dans ce projet, de prévenir le risque de passage à l'acte délictueux en intervenant par exemple sur le terrain de l'éducation ou de la santé publique, mais d'anticiper ce passage à l'acte en prenant des mesures de sanction avant même qu'il ne soit intervenu. La prévention n'est plus tournée vers la protection de l'individu, et singulièrement du jeune, contre le risque d'une évolution vers la délinquance, mais

vers la protection de l'ordre public au prix d'un nouveau et considérable recul des libertés individuelles. Ce projet est à la société française ce que le concept de « guerre préventive » manipulé par GW Bush est au maintien de la paix : le choix du recours préventif à la force contre des cibles d'avance désignées comme coupables.

Concrètement, le projet de loi crée une véritable police municipale des familles, menaçant la vie privée d'un contrôle social renforcé, politisé et au surplus, une fois encore, clairement discriminatoire.

Ce contrôle social passe par la mise en place d'une « société de la surveillance », de la délation et de la culpabilisation, et par l'institution de mécanismes de sanction préventive et de fichage.

Même si la lettre du projet a été atténuée pour en masquer l'énormité, l'obligation qui sera faite en pratique aux travailleurs sociaux de « partager » avec le maire, par l'intermédiaire d'un « coordonnateur » désigné par lui et dépendant de lui, des données couvertes jusqu'à maintenant par le secret professionnel, vont être mises entre les mains d'un élu politique. Ces informations concernant la vie privée des familles, matières extrêmement sensibles. De toute évidence, cette politisation de l'exploitation du travail social rompra le plus souvent le lien de confiance nécessaire entre travailleurs sociaux et usagers : quelle famille ne craindra pas que ce qu'elle confie à l'assistante sociale ne soit transmis, exploité puis utilisé à son encontre pour prendre l'une des mesures de sanction que prévoit la loi nouvelle ? Les travailleurs sociaux vont se retrouver ainsi pris entre des usagers qui se défieront d'eux et des élus politiques qui exigeront de leur part un comportement de délateur sous peine d'engager leur responsabilité pénale si la non transmission d'une information concerne une personne ultérieurement auteur d'une infraction.

Est de surcroît prévue la création d'un « service volontaire citoyen de la police nationale », enrôlant de « bons citoyens » qui dans leur commune pourront « accomplir des missions [...] de sensibilisation au respect de la loi ». On imagine que tel membre de cette sorte de milice dont les réprimandes n'auraient pas été suivies d'effet sera bienvenu à prévenir le maire du comportement antisocial de son voisin de palier... La prévention de la délinquance sera alors le prétexte tout trouvé à la banalisation de la délation et de la surveillance mutuelle.

La création d'un « Conseil pour les droits et devoirs des familles » – dont la dénomination en dit long sur l'univers mental et les références historiques des auteurs du projet – Conseil présidé par le maire, institue une instance politique de réprimande et de sanction de familles jugées incorrectes : ce Conseil pourra proposer au maire de demander une mise sous tutelle des allocations familiales, un « accompagnement parental », etc. Le maire pourra en outre infliger un « rappel à l'ordre » à toute personne, mineure ou majeure, dont il juge qu'elle est l'auteur de

faits « susceptibles de porter atteinte au bon ordre » (on notera que la formule, imprécise à souhait, n'exige même pas qu'il y ait eu atteinte effective à l'ordre public).

Enfin, deux nouveaux fichiers vont être institués, l'un – créé par le maire – sur les données personnelles concernant le parcours scolaire et la situation en termes d'allocations familiales de tous les enfants scolarisés dans la commune, l'autre sur les personnes hospitalisées d'office en psychiatrie. Sans oublier le fichier des personnes ayant subi un « rappel à l'ordre » public de la part du maire, qui constituera une sorte de « sous-casier judiciaire municipal ». Si l'on ajoute encore l'institution d'une peine d'initiation au travail dès 13 ans, qui après l'apprentissage dès 14 ans créé par la loi « pour l'égalité des chances » remet un peu plus en cause l'interdiction de faire travailler un mineur avant 16 ans, la création d'une procédure de quasi-comparution immédiate pour les 16-18 ans totalement négatrice de la spécificité de la justice des mineurs, le pouvoir que recevrait le maire de prononcer des placements en hospitalisation psychiatrique d'office sur simple « avis » d'un médecin, sans que soit exigée une autorisation ni même un certificat médical (alors que dans l'immense majorité des pays européens cette mesure ne peut être décidée que par un magistrat indépendant des autorités politiques), on mesure l'ampleur de la « rupture » dont nous sommes menacés.

3. Cette avancée massive du contrôle social est aussi discriminatoire que la plupart des lois répressives votées depuis quatre ans : ce sont évidemment les familles pauvres, celles qui éprouvent le plus de difficultés sociales et éducatives, qui vont être visées par les procédures de culpabilisation et de sanction. Les personnes socialement fragiles, enfants, familles, consommateurs d'alcool ou de produits stupéfiants, malades mentaux, sont ainsi considérées essentiellement comme fauteurs de trouble potentiel à l'ordre public et traitées comme telles. Au nom de la prévention de la délinquance, toute personne faisant appel aux services sociaux devrait être systématiquement signalée au maire sur la base du critère particulièrement large et flou résultant du fait qu'elle présente des « difficultés sociales, éducatives ou matérielles ». Là où les familles en difficulté pouvaient être aidées dans une logique de solidarité, elles seraient fichées, harcelées, traquées dans leurs moindres faits et gestes. Enfin, la politisation de ce dispositif achève de faire de ce projet un texte de rupture avec la tradition républicaine : le maire, élu politique, se voit investi de tâches qui ne sauraient être confiées, si l'on veut garantir effectivement les libertés individuelles, qu'à des professionnels tenus par de strictes règles déontologiques (éducateurs, travailleurs sociaux) ou à des magistrats. Il devient l'autorité de surveillance et de coordination de la prévention de la délinquance, au point que la compétence des services départementaux par exemple sur la protection de l'enfance est profondément remise en cause ; plus grave, les principes de séparation entre autorités administratives et judiciaires sont eux aussi mis entre parenthèses pour faire

d'un élu local une autorité de sanction de certains de ses administrés, une sorte de « shérif » juge des comportements antisociaux... sous la pression constante et rapprochée des réactions immédiates de l'opinion publique locale.

On peut au reste se demander s'il n'y a pas là un cadeau empoisonné pour des maires à qui l'on ferait miroiter un accroissement de leur capacité d'être informés et de leurs pouvoirs mais qui se trouveraient demain mis en cause personnellement à chaque acte grave de délinquance qu'ils ont désormais la responsabilité de prévenir – responsabilité dont les aspects pénaux se sont déjà fortement développés dans les années récentes... Le tout au surplus sans moyens nouveaux. C'est donc tous ensemble, et dans l'intérêt de tous, que nous devons refuser l'instauration d'une société de délateurs et de shérifs.

Réforme après réforme, le gouvernement et la majorité actuels, dans une perspective électoraliste qui n'échappe à aucun observateur, organisent le ciblage de populations stigmatisées comme dangereuses en raison même des difficultés qu'elles rencontrent. Ces orientations injustes ne peuvent résoudre les problèmes bien réels de désocialisation engendrée par l'accumulation de la misère, des inégalités et des discriminations ; bien au contraire, elles sont porteuses de risques supplémentaires de tensions et d'affrontements.

Prévenir la délinquance, c'est d'abord prévenir les discriminations, les inégalités, les exclusions. Comme les libertés, la citoyenneté, politique et sociale, est égale et indivisible ou elle n'est pas. Et le sécuritaire est décidément, pour ceux qui préfèrent le réalisme à l'idéologie populiste, le pire ennemi de la sécurité.

Conclusions : propositions, perspectives, pour réfléchir et agir

Pierre Delion

(Professeur de pédopsychiatrie, Faculté de Médecine, chef de service CHU de Lille)

Christine Bellas Cabane et Pierre Suesser introduisent la journée en rappelant comment nous en sommes arrivés là. Tout d'abord Pierre Suesser, en dressant rapidement la chronologie des événements récents survenus à la suite de la parution du rapport de l'Inserm et des difficultés dans les banlieues, insiste sur la manière problématique dont les choses sont présentées dans les médias en matière de troubles des conduites et de comportements délictueux, et comment un catalogue des risques et de symptômes mis en corrélation d'une façon artificielle, en simplifiant à outrance les éléments qu'il recense, en arrive inévitablement à une disqualification de l'existant, et notamment de beaucoup de professions de la petite enfance qui sont d'abord implicitement, puis très vite explicitement, rendues responsables de la situation telle qu'elle est alors dramatisée à des fins d'instrumentalisation par certains politiques peu scrupuleux. Puis Christine Bellas Cabane reprend ces éléments en tentant de les problématiser. Dans ce sens elle rappelle que loin de supprimer les problèmes posés, cette dérive sécuritaire ne fait que les révéler davantage, mais sans en permettre une résolution placée sous l'égide de l'humain. En insistant sur le droit à l'incertitude comme matrice de vie, elle brocarde l'obsession sécuritaire et ses dangers de malheur et de mort, à l'instar de périodes historiques au cours desquelles la science érigée en vérité objectivante peut devenir le prétexte d'une société totalitaire. L'utilisation de la science comme d'un étendard révèle la légèreté méthodologique et éthique des rapports de l'Inserm en matière de santé mentale des enfants, et incite ceux qui voudraient « naturaliser l'esprit » (JP Dupuis) à une prudence qu'ils n'ont ni ne souhaitent. De problématiques traitant de l'homme responsable, on passe tout naturellement à celle de l'homme coupable puis à celle de l'homme puni, celui qui n'a pas voulu se laisser améliorer. Les sciences doivent être remises à leur place, non pas à celle de normaliser l'homme, mais bien à celle de l'aider dans sa trajectoire vitale.

C'est ensuite Roland Gori qui nous présente son point de vue sur « dérives scientistes et idéologie sécuritaire ». En plaçant les pratiques professionnelles et de contrôle social sous l'égide de nouvelles rationalités sanitaires et du biopolitique (Foucault), la science nous dicte les comportements pour bien vivre. Dans cette optique, les

diagnostics constituent les normes et dans le même mouvement, les déviances. Il relève la mutation anthropologique survenue depuis l'apparition du DSM III par une médicalisation de la souffrance psychique. La « fragilité » de la psychiatrie permet une recomposition qui aboutit peu ou prou à son démantèlement, et procure des bénéfices pharaoniques à l'industrie pharmaceutique. La pharmacovigilance devient un des moyens subtils de la « contention éducative ». Pour réussir pleinement une telle OPA, il est nécessaire que les diagnostics reposent sur des consensus non pas scientifiques, mais d'opinion, sortes de « faire semblant au nom de la science ». La notion d'EBM (evident based medicine) repose sur cette logique expansive. Ce faisant un brouillage des frontières entre le normal et le pathologique (Canguilhem) s'opère à notre insu, et nous allons vers une « gestion des populations différentielles à risque ». Les expertises de l'Inserm, en biologisant la souffrance psychique, forcent à sa naturalisation et au désaveu de la catégorie de l'autre et du sujet : le sujet est ramené à la somme de ses comportements, et plus précisément encore à une alternative, celle du déficit neuronal ou celle de l'erreur éducative. Toute question en rapport avec le désir de l'homme disparaît au profit des modèles animaux, ce qui vient renforcer les inadéquations des aspects psychologiques et sociaux dans de telles recherches. La « nosopolitique » naturalise les inégalités sociales, et à partir des dispositifs tels que les « radars dans les crèches » ou la vidéosurveillance généralisée, les personnes repérées deviennent celles dont il faut savoir se débarrasser « au nom d'une idéologie totalitaire liquide ». Comme le rappelle Roland Gori, les personnes dont nous parlons désormais n'entretiennent plus de rapports humains intersubjectifs, ils « font masse sans faire lien » (Levi Strauss). Si nous en sommes là, notamment après la découverte et le déploiement de la psychanalyse, nous ne pouvons en rejeter toute la faute sur les autres : « l'homme est toujours responsable du scénario de son histoire » (Sartre), et les psychanalystes ont une part de responsabilité dans ce qui nous arrive. Et la psychanalyse est adorée et haïe pour de mauvaises raisons. Pour Roland Gori, cette actualité qui conjugue maintenant dérive scientifique et idéologie sécuritaire est un retour en arrière aussi brutal qu'injustifiable, et il plaide pour une réouverture du débat sur ces évolutions inquiétantes à la lumière des philosophies et des épistémologies contemporaines.

Une première table-ronde va essayer de répondre à la question : « comment tenir compte de la complexité des différentes approches et connaissances actuelles pour mener une véritable politique de soins et de prévention au service de la petite enfance ». Jean-François Cottès ouvre cette table-ronde en rappelant que l'évaluation est essentiellement une démarche qui vise à connaître la valeur de celui qu'on étudie, et que dans une telle démarche, il est important de maintenir ouvertes les offres qu'on propose plutôt que d'en imposer la prescription autoritairement, ce qui permet de maintenir la pluralité vivante. L'angoisse n'est pas réductible à la peur, et si est attachée à la première une possibilité de mobilisation, la seconde coïncide souvent

avec la paralysie induite par celui qui procure la seconde. François Bourdillon nous rappelle que la santé publique très mise à mal par ces manœuvres politiciennes est attachée à la santé collective, à prévenir les maladies et à promouvoir la santé par une meilleure qualité de vie. Il fait trois constats et pose trois questions. Les trois constats : pourquoi les professionnels de la petite enfance sont-ils passés à côté de 3 à 9 % des enfants présentant un trouble des conduites ? Pourquoi les propositions du rapport ne sont-elles pas hiérarchisées et pourquoi sont-elles instrumentalisées immédiatement par le politique ? Les trois questions portent sur : pourquoi ce sujet du troubles des conduites survient-il maintenant, quels sont les pré-requis pour une politique de dépistage et notre système de santé est-il opérant ? Danièle Delouvin s'inquiète des pratiques de prévention qui sortiront de ces nouvelles propositions de l'Inserm : les « bébés seront-ils tous des/traqués ? », que se passe-t-il lorsque l'on voit un monstre « alien » sous les traits du bébé rose ? La position de ne pas savoir d'avance permet d'effectuer un travail de « repérage préventif » à différencier d'un « ciblage prédictif » qui lui aboutit souvent à l'effet Pygmalion. Le travail de contenance psychique qui est celui des professionnels de la petite enfance permet de transformer les signes de l'agressivité en liens à valence sociale. Bruno Falissard commence par nous dire que nous nous trompons sur le document de l'Inserm. Pour lui, si on retire les pages de recommandations qui n'ont pas lieu d'y être, il trouve que la recherche bibliographique est acceptable avec bien sûr un défaut, son manque de prise en compte du système sanitaire français, puisque les travaux qui en sont issus sont quasiment absents de la bibliographie. Ce qui accentue les différences de fonctionnements entre les USA et nous, et partant les malentendus. Mais s'il se désole surtout d'une incompréhension dramatique de l'épidémiologie dans la réflexion autour des problèmes psychiatriques aujourd'hui, il est néanmoins heureux d'être avec nous pour en débattre et relativiser les enjeux qui ne lui semblent pas si noirs. Roger Teboul nous fait part d'une recherche clinique qui met en évidence le hiatus profond entre cliniciens et chercheurs, et qui en instaurant selon lui un cercle vicieux entre eux par le très petit nombre de PHRC acceptés en psychiatrie, contribue à éloigner les chercheurs des contextes où leurs recherches pourraient prendre du sens en lien avec le terrain. Enfin, Alain Erhenberg dénonce le scientisme débridé de l'Inserm et lui demande de faire le ménage devant sa porte. Il insiste sur les difficultés à traiter les questions épistémologiques en biologie et en médecine et les différencie fondamentalement de celles de l'épidémiologie et de la sociologie. Pour lui la santé mentale repose sur un arrière plan sociologique incontournable. Mais depuis que la question de la souffrance psychique sort de la psychopathologie, nous assistons à une apocalypse, un dernier épisode de la guerre du sujet. En effet il existe pour lui une querelle entre le sujet psychique et le sujet cérébral qui vient redoubler les oppositions entre sujet et objet et entre valeur et fait. L'enchevêtrement fait/valeur participe de la double constitution biosociale de l'homme, et tend à complexifier le

sujet. La santé mentale est devenue un champ de mines, parce que c'est là qu'est venu se nicher le problème de la socialité, avec la valeur de l'autonomie, la réalisation de soi, les initiatives individuelles. Une différence fondamentale apparaît entre la psychiatrie, idiome particulier dédié à une population spécifiée et la santé mentale, idiome général, d'essence sociétale adressé à la subjectivité individuelle. Si de nombreuses controverses ont agité les rapports entre corps, esprit et sociétés, c'est aujourd'hui la capacité à agir par soi-même qui valide l'autonomie individuelle. Reste une question centrale quelles que soient les références des neurosciences cognitives, de la psychanalyse et de la sociologie : comment caractériser le « vivre en commun », avec ses deux facettes, celle de la diminution du lien social et de l'intériorité. Il revient alors à ces nouvelles philosophies individualistes de clarifier les règles entre le monde du personnel et de l'interpersonnel. Bernard Golse rappelle avec force que l'on n'est pas là pour penser tous pareil, ni faire tous pareil, et que si nous avons besoin de plusieurs théories de références, c'est pour créer la bonne théorie pour ce patient-là. Dans ce climat émotionnel, le ton ne doit être ni persécuté, ni assiégé mais témoigner de notre vivance. Par contre, si nous cédon sur les mots, nous céderons sur les idées. Pour lui il nous manque Foucault et Coluche pour participer au débat. Il remarque que nous assistons avec ce rapport de l'Inserm et ce qu'il propose en matière de prévention de la délinquance, à un clivage féroce qui oppose la clinique de l'instant avec la clinique de l'histoire, et aboutit à une haine de la pensée envers elle-même, sorte de mélancolie comprise comme version inversée de la paranoïa. Et ce sont les bébés qui payent le fait d'avoir été notre dernière utopie. Il énonce plusieurs risques inhérents à cet état de fait : le risque de confusion épistémologique (avec la question des enfants déprimés), le risque éthique (se développer sous le regard de ceux qui attendent l'apparition de la délinquance), le risque thérapeutique (les médicaments comme traitement univoque), et le risque politique d'instrumentalisation de ces phénomènes médicaux et sociaux. Pour lui, le projet de loi met en péril la confidentialité, mais où s'arrêtera-t-il ? Il repose la question de la différence entre les définitions légales de la prévention et de la prédiction, en insistant sur le fait que le législateur devrait nous donner des contenants et non des contenus pour penser les situations de souffrance psychique. Il reprend l'idée d'un service unifié de l'enfance qui serait de nature à changer la donne en matière de prévention, notamment en ciblant sur la vulnérabilité de départ sans trop s'occuper de l'issue finale. Il critique la réduction de la psychopathologie au seul manuel du DSM IV et conclut par ces mots d'ordre : les problèmes de société ne peuvent pas être rabattus sur les problèmes médicaux et les problèmes médicaux sur les problèmes scientifiques.

L'après-midi commence par une conférence de Michel Parazelli sur les enseignements du Québec. Et ils ne sont pas réjouissants. Il nous rappelle que l'idéologie cognitivo-comportementale, arrivée par les courants positivistes et behavioristes des USA, s'est

répandue partout mais que les pratiques n'ont pas forcément suivi le même chemin. En effet, les fondements de l'acte associatif renforcent les arguments et l'appropriation en fonction de ce que les acteurs font sur le terrain pour tenter de créer un rapport de force. La promotion de la santé résulte de la charte d'Ottawa. Et si les aspects politique et sanitaire ont été mis en exergue dans un moment où le Québec se dit « fou de ses enfants », c'est la partie sanitaire qui a été préférée, avec un arrière plan très nettement écologique. Cela a débouché sur un développement important de la prévention précoce et progressivement sont apparues les questions autour du contexte de vulnérabilité, jusqu'à mettre en forme d'hypothèses les problèmes d'héritabilité génétique de la pauvreté. La sociobiologie influence fortement la réflexion en sanitarisant les modes de vie, et en les instrumentalisant, par exemple sous la forme de programmes visant à aider les jeunes parents : un kit est disponible pour savoir tenir son bébé de la bonne manière...

Ensuite, une deuxième table-ronde se tient autour de la question : « l'accueil, les soins et l'éducation des enfants : quels outils, quelles pratiques pour quelle société ? ».

Sylviane Giampino ouvre le débat en insistant sur l'importance de toujours rester avec l'idée que nos attitudes dans ce domaine ne peuvent être préprogrammées ni sortir d'un guide de bonnes pratiques, mais doivent se co-construire avec chaque sujet qui se présente à nous. Puis Gérard Schmit reprend la question des classifications, notamment autour du DSM IV qui n'est en rien spécifique des enfants et *a fortiori* des petits enfants, en insistant sur les aspects importants pour les psychiatres français de l'articulation productive entre les symptômes et la structure sous jacente, telle que Misès l'a proposée dans la classification qui porte son nom. Pour Gérard Schmit, la question centrale de la pédopsychiatrie française n'est pas celle du diagnostic, mais plutôt celle de l'accessibilité aux soins pour tous ceux qui en ont réellement besoin, et en corollaire, l'articulation des professionnels entre eux autour de l'enfant et de ses parents. La diffusion des savoirs et des expériences est un aspect fondamental de notre travail, mais il est atterrant de voir que seules les connaissances en provenance de la littérature anglo-saxonne sont retenues comme valables et significatives. Cet impérialisme nord-américain joue un rôle non négligeable sur les questions que nous avons à traiter dans le domaine évoqué lors de cette journée puisque sont étudiées justement les problématiques d'identité, d'appartenance et d'exclusion. Elisabeth Roudinesco intervient avec l'énergie qui la caractérise en brocardant l'idéologie de la société libérale qui se fait jour selon elle à travers ces différents éléments, aussi bien à propos des critiques féroces adressées envers les psychothérapies psychanalytiques (le Livre noir) que du rapport de l'Inserm qui a abouti à la pétition de « pas de zéro de conduite pour les enfants de trois ans ». Rappelant quelle enfant turbulente elle a été, elle nous montre, preuve à l'appui, que ce n'est pas un destin si funeste ! Par contre elle s'inquiète profondément de l'idéologie qu'elle décèle derrière le

comportementalisme, rappelant quelques exemples noirs de l'histoire. Elle propose de comprendre ces événements comme des effets de déni voire de forclusion de l'inconscient freudien et de la lutte des classes dans les réflexions sur la souffrance psychique aujourd'hui. Et répondre aux révoltes sociales par une médicalisation est une incitation à... l'addiction généralisée ! Bernard Toboul rappelle l'importance de Françoise Dolto dans ce combat de la prévention, avec la création des maisons vertes, dispositifs remarquables de pratiques de séparations symboliques. Il nous redit avec force comment la fonction d'accueil des parents peut aider à diminuer les angoisses maternelles et par ce biais à diminuer les symptômes de l'enfant. Il affirme sa position résolument hostile à toute politique de ségrégation et à toute stigmatisation des comportements déviants. La projection rétroactive chez le criminel ne peut fonder en aucune sorte la justification de la prédiction, sous peine de sophisme et conduit à une anticipation morbide. Solange Passaris, à partir de son expérience, propose plusieurs principes qui doivent guider nos actions en matière de petite enfance : l'enfant est au centre des projets d'accueil ; il est inutile de le stigmatiser s'il est agité ou agressif ; la co-éducation est partagée entre les parents et les professionnels ; le respect des pratiques éducatives des familles est un axiome de base et tous les parents sont, sous réserve d'inventaire, des citoyens responsables. Enfin Evelyne Sire Marin, magistrate et Jean-Pierre Dubois, Président de la Ligue des droits de l'homme, concluent nos débats avec des rappels clairs et vigoureux sur tout ce que le règlement par voie sécuritaire des problèmes de prévention de la souffrance psychique vient rendre confus tant aux niveaux des hypothèses de compréhension des problèmes effectivement posés qu'à ceux des tentatives de solutions démagogiques hasardeuses. En se portant garants, l'une de la portée de la loi sur le destin des hommes et l'autre sur les effets désastreux qui surviennent lorsqu'elle n'est pas respectée, ils nous aident à apercevoir jusqu'où peuvent aller les tribulations de tels projets sur les plans juridiques, sociétaux et humains. C'est peu dire que leurs interventions ont permis de prendre la mesure des conséquences probables des propositions désinvoltes sinon anti-productives et déshumanisantes du rapport de l'Inserm sur le trouble des conduites.

Une telle journée de travail et de réflexion est difficilement synthétisable. Toutefois, on peut repérer plusieurs axes qui en ont constitué l'ossature. Tout d'abord, une partie importante des interventions a fait la part belle aux questions de soi, de non-soi et d'identité, en rappelant combien le relationnel, l'intersubjectif est constitutif de la subjectivation de l'homme, et comment dans le développement de l'enfant ces aspects ne peuvent être réduits à des artefacts contrariant une approche soi-disant scientifique. De ces éléments sourdent les concepts de faits et de valeurs, mais aussi de relation transférentielle qu'on ne peut décidément pas évincer sans mettre en question l'humain. C'est ainsi qu'ils vont influencer sur ce que nous pouvons en déduire sur les plans du diagnostic précoce *versus* classifications internationales, de la prévention *versus* prédiction, et du repérage *versus* détection. La tendance à mettre

en place des « radars comportementaux » ne peut qu'en être inférée sur des arguments de pure facture pseudo-scientifique et tordre durablement les philosophies de travail mises en place par les acteurs de santé publique au service de la prévention des difficultés du jeune enfant. Ensuite, un deuxième grand axe s'est développé autour des enjeux anthropologiques, historiques, épistémologiques et juridiques, visant à rappeler avec insistance que la médecine, si elle est évidemment une pratique qui se doit de tenir compte des données et des apports scientifiques, ne peut en aucun cas s'y réduire, sous peine de tomber dans les dérives vétérinaires, avec les énormes problèmes éthiques qui viennent redire à chaque occurrence combien le risque de dérive est grand de raisonner avec les hommes comme avec les animaux de laboratoires. L'importance de resituer le comportementalisme dans la succession historique d'une psychologie du moi débarrassée du concept d'inconscient montre à quel point les choses ne sont ni blanches ni noires mais d'une grande complexité, et que si l'on veut dépasser le stade de la caricature, il y a lieu de tenir compte de cette complexité. Cela nous a amenés à considérer dans un troisième temps les conséquences politiques de ces constatations, et à plusieurs niveaux. Si Freud avait déjà annoncé que trois métiers étaient impossibles, dont celui de gouverner, il n'en reste pas moins que la fonction parentale dans le développement de l'enfant est aussi sous certains aspects du ressort de la citoyenneté, et que ces événements récents révèlent aux différents étages du dispositif politique, des raccourcis voire des sophismes qui veulent éviter un débat citoyen sur ces questions. Un stalinisme rampant continue de sévir pour faire notre soi-disant bonheur contre nous et cette tendance actuelle au dépistage prédictif s'allie remarquablement à la bureaucratie tatillonne : médicaliser les problèmes sociaux (pauvreté, immigration, délinquance...) est la voie royale pour ne pas réfléchir en groupe, en association, en collectif et ainsi éviter la question qui dérange : à qui profite le crime ? Cela a même amené Elisabeth Roudinesco à défendre l'idée que nous sommes dans un monde généralisé de déni et/ou de forclusion de l'inconscient et de la lutte des classes. Devant un tel état de fait, la seule attitude qui nous réunit et nous permet de défendre une autre pratique en appui sur une autre philosophie de l'existence et de la souffrance psychique, est l'esprit de résistance, et à trois niveaux complémentaires : penser ensemble la prévention (Services Unifiés de l'Enfance, Maisons (ou) Vertes, exercice de la fonction Balint...), mettre en œuvre des stratégies de décentrement, de fédéralismes, de réseaux humains en vue de nouvelles formes de soins et de prévention sans distorsion avec les voies de la démocratie (la pétition l'a bien montré), et inventer des dispositifs polycentriques de santé (soins et prévention) dégagés des hiérarchies pyramidales classiques. Dans cette mesure, les scénarios de politique-fiction qui avaient soudain resurgi du passé (1984, Un bonheur insoutenable, Le meilleur des mondes...), pourraient être évités si nous ne relâchons pas notre pression de professionnels et de militants, et savons la communiquer autour de nous.

3^e PARTIE :
**« Pas de 0 de conduite
continue à réfléchir »...**

Séminaire du 1^{er} octobre 2006
Paris

La prévention en questions

Evelyne Lenoble

(Pédopsychiatre, psychanalyste, Centre hospitalier Sainte-Anne, Paris)

Quelques réflexions préparatoires à la journée « pas de 0 de conduite » du 1^{er} octobre 2006.

Ces réflexions seront sous forme de questions, venant bien sûr d'une place, la mienne, marquée par ma formation et ma pratique auprès des enfants, des adolescents et des adultes, adressées à un collectif qui a choisi de réfléchir sur une notion qui m'a toujours interrogée et que je ne peux qu'aborder avec de multiples points d'interrogation.

En effet, ma pratique, mon expérience professionnelle se situeraient plutôt, presque par définition, dans *l'après coup*, notion qui traverse et travaille l'abord psychanalytique du psychisme, et qui commande le plus souvent l'intervention de la médecine...

Comme d'habitude, j'ai donc attendu la question, la demande dirons-nous... cette fois elle est venue par l'intermédiaire d'une demande de texte pour ouvrir un débat !

Voici donc une première question : comment conjuguer prévention et conditions pour que quelque chose puisse être demandé, souhaité, rêvé, attendu, accepté ou refusé, c'est-à-dire pour qu'un espace favorable à la pensée, à l'échange, à la parole puisse se dégager ?

Avec les enfants qui nous occupent, ceux qui sont turbulents, « hyperactifs », qui se conduisent mal, ceux dont on craint que l'adolescence ne les transforme en jeunes délinquants incontrôlables, cette question est cruciale : ils ne demandent pas directement de l'aide, mais peut-on dire que leurs *conduites*, leurs *comportements* demandent, appellent ?

Si cette proposition a quelque pertinence, alors qui demande quoi à qui ? Comment prendre les affaires, comment élaborer une réponse qui ne soit pas organisée par le seul souci du comptage des *facteurs de risque* ?

Est-ce cette démarche de considérer les « troubles » comme des questions adressées par un enfant ou un adolescent à un tiers (les conduites troublées sont censées être repérées, identifiées, dépistées par divers acteurs de la société, donc des professionnels en position de tiers) que l'on appellerait *prévention prévenante* ?

Personnellement, je préfère appeler cette façon de faire, *anticipation* du tiers en question sur les capacités d'élaboration du jeune turbulent, *hypothèse* portée sur son devenir, *crédit* fait sur les chemins qu'il saura trouver, les choix qu'il aura à démêler.

Considérer les *troubles* d'un enfant ou d'un adolescent comme des questions adressées par le fauteur de troubles à quelqu'un qui pourrait les entendre et éventuellement y répondre, est un choix dont on connaît la valeur dans divers champs : éducatif, pédagogique, thérapeutique... peut-être pourrait-on lui reconnaître *de surcroît* une valeur de prévention ? C'est-à-dire que cette action de reconnaissance, de prise en compte, fondamentale lorsque l'on s'occupe d'enfants, d'adolescents (et d'adultes...) est d'abord assurée par chaque intervenant au titre qu'il occupe du mieux qu'il peut la place qui lui est reconnue et pour laquelle il dispose de son savoir-faire et de ses connaissances professionnelles, la valeur ultérieure de *prévention* de cette action se dégagera – ou non – mais ne me semble pas pouvoir constituer à elle seule le motif d'une intervention.

Avec un pas de plus (c'est-à-dire dans le domaine des *facteurs de risque*) : la prévention devrait-elle intervenir avant même qu'il y ait le moindre trouble ? En matière de développement psychique, cette question me laisse perplexe.

Que peut-on faire avec des *facteurs de risque* ? Les identifier, les lister, les compter et puis ? Ouvrir l'œil ? Les surveiller ? Les ignorer ? Les supprimer ? Les transformer en atouts ?

Qui dans notre organisation sociale aurait ces prérogatives et à quel titre ?

Ces *facteurs de risque*, serait-ce justement ce qui viendrait avant l'apparition du *trouble*, plus exactement avant que le sujet ne se soit constitué et ne soit là pour témoigner de son trouble ?

Quelle valeur prédictive leur accorder alors ? Que faire, sinon apprendre au plus vite au futur sujet à prendre le risque de désobéir aux prédictions ?

Or, c'est justement le trouble au sens de ce qui cloche, ce qui manque, ce qui fait cassure, gêne, obstacle qui permet à tout sujet en cours d'éclosion, à tout enfant entrant dans la vie, de se mettre à parler, à penser, à demander, à échafauder des hypothèses, des théories, etc.

Avec le tout jeune enfant, c'est justement dans les moments où son fonctionnement physiologique et/ou psychologique déborde celui de sa mère, qu'un écart se fait, et que les choses avancent et se construisent du côté de l'enfant.

Le programme de développement de l'enfant, il semble tout de même qu'il y en ait un, serait justement un programme basé sur le débordement, le déséquilibre et les

tentatives de retour à des moments d'apaisement : ce qui, rappelons-le, est le fonctionnement de la vie y compris dans sa dimension la plus somatique.

En matière de neurosciences, puisque celles-ci sont à l'honneur en ce moment, ce serait ce que les chercheurs identifient sous le terme de *plasticité cérébrale*.

Les théories psychanalytiques creusent en permanence ces questions, et nous proposent des outils fort intéressants pour nous repérer... J'évoquerai ici la figure de Jean Bergès, neuropsychiatre ayant longuement travaillé auprès de bébés prématurés, venu par la suite à la psychanalyse : Jean Bergès insistait sur le nécessaire débordement des fonctions vitales tenues au départ par la mère, par le fonctionnement de l'enfant, en tant que moment inaugural de structure, installant justement une structure à trois. Il y a constitution d'un écart, place pour un tiers, place pour la dimension symbolique. Tout n'est pas parfaitement rodé, il y a du jeu...

Une prévention particulièrement prévenante, dans cet ordre d'idée, consisterait donc à laisser un maximum de jeu à tout ce qui favorise la plasticité, la mobilité psychique, l'ouverture des possibilités, bref à se laisser déborder...

Mais n'oublions pas que le débordement n'a de valeur constructive que s'il rencontre en chemin un système organisé, constitué – appelons le symbolique, pour ce qui est de la construction du psychisme – qui aura valeur de surface d'inscription, où la personnalité, l'identité de l'enfant pourra s'organiser.

La prévention aurait-elle quelque chose à faire dans ce domaine : l'organisation et la transmission d'un système de valeurs symboliques dans une société ?

Peut-être pouvons-nous supposer qu'elle est surtout soumise à ce système de valeur...

Personnellement, j'aurais tendance à mettre cette fameuse prévention du côté des professionnels qui reçoivent les enfants et les familles : qu'ils soient prévenus de tous ces enjeux, qu'ils y travaillent et qu'ils y réfléchissent, et surtout, qu'ils soient prévenus de la nécessité dans tous les cas de laisser fonctionner un espace de mobilité, où tout n'est pas joué, un espace transitionnel dirait Winnicott, qui en savait assez long sur ces questions.

Qu'il soit laissé à ces professionnels un espace de liberté, de création de leur propres outils et de confrontation aux diverses élaborations théoriques, bref qu'ils sachent que les grilles et les pourcentages qui en découlent ne doivent en rien prévenir leurs tentatives de créer leur propre espace transitionnel...

Quelques réflexions sur l'âpre prévention en santé familiale et infantile...

Pierre Suesser

(Syndicat national des médecins de PMI)

CONSTAT CRITIQUE SUR UN ÉTAT DES LIEUX DE LA PRÉVENTION

La prévention en santé est encore trop souvent régie par le modèle biomédical basé sur une approche mécanique et déterministe d'une causalité le plus souvent univoque. Pourtant, dans les domaines de la petite enfance et de la famille tout particulièrement, les dimensions sociales et psychologiques sont étroitement intriquées avec les troubles somatiques, et cela devrait conduire à penser la prévention en termes de dialectique et de complexité.

Nous constatons plutôt la tendance inverse : l'épidémiologie domine bien souvent le cadre conceptuel de la prévention en plaçant sur le devant de la scène les *facteurs de risque*, notion statistique s'appliquant à des populations, gauchie depuis plus de trente ans par exemple dans le domaine de la protection de l'enfance par la pratique de repérage systématique d'individus exposés ou affectés par lesdits risques (travail à partir des certificats de santé par ex.).

La prévention au plan individuel et familial, dans le domaine de la PMI, est particulièrement marquée par cette culture du facteur de risque qui, appliquée sans discernement, peut masquer plus ou moins fortement la problématique personnelle des enfants ou la dynamique propre des familles, au profit d'une lecture des symptômes passée au tamis préétabli d'éléments de risque ou de protection désincarnés, définis par l'expertise à l'échelle populationnelle.

Cette mutation de la personne en *homo riscus* serait « commode »⁽¹⁰⁷⁾ à bien des égards :

- tout d'abord elle permettrait de réinscrire la prévention s'intéressant au développement global de l'enfant, qui menaçait de s'égarer hors des chemins de la stricte rationalité médicale, dans un corpus normatif certes souvent renouvelé mais toujours placé sous l'influence prépondérante du discours des sciences dites exactes (l'évolution des dogmes en matière de puériculture est un des champs de réflexion à ce sujet) ;

(107) Selon une analyse volontairement un tantinet univoque et catastrophiste...

- ensuite, elle placerait la prévention sous le sceau d'une pratique à vocation « sécuritaire » au sens large, puisqu'il s'agirait de définir des pratiques d'intervention censées mobiliser les ressources de la personne pour lui faire extirper les n risques qui l'affectent, comme s'ils étaient en quelque sorte incorporés en elle... : la société se tournerait vers l'individu pour le mettre en demeure d'assurer sa propre sécurité à l'égard desdits risques, et par ricochet d'assurer la sécurité de la société (cf. expertise Inserm et délinquance). L'intérêt de la prévention pour l'histoire singulière des personnes s'effacerait derrière ces impératifs mus par le fantasme du risque 0... ;
- elle justifierait la réduction de la prévention à la détection des x risques, au seul dépistage des y troubles, sur la base d'outils normés et standardisés nécessitant une faible spécialisation de la part des acteurs professionnels ; elle rassurerait divers décideurs des politiques publiques et acteurs sociaux en entretenant l'illusion de la fiabilité de ce dépistage « à la découpe » et du bien-fondé d'orientations thérapeutiques à visée prioritairement rééducative et/ou médicamenteuse... ;
- elle pourrait exonérer les politiques de santé publique et les politiques sociales de la responsabilité d'agir directement sur les déterminants des risques pour la santé, en renvoyant l'essentiel de ce fardeau à la responsabilité individuelle.

PISTES À VERSER AU DÉBAT POUR INVERSER CES TENDANCES

- Mettre l'accent sur le développement des politiques publiques sociales et de santé pour réduire les facteurs de risque exogènes (l'exemple du saturnisme infantile est éclairant : la soustraction au risque plomb par le relogement ou la réalisation de travaux spécialisés est autrement plus efficace en prévention de l'intoxication qu'un travail même intelligemment mené auprès des familles pour « contenir » les comportements infantiles de portage des écailles de peinture à la bouche, etc.).
- Promouvoir une approche de la prévention psychologique individuelle, basée sur une meilleure formation des professionnels de santé et de la petite enfance au sujet des dynamiques du développement, et des significations possibles des symptômes comportementaux. Il s'agirait de mettre en débat ce que peut être une posture professionnelle prudente qui se situe en dialogue intersubjectif avec la problématique singulière de l'enfant, plutôt qu'en réponse à son « double informationnel » issu de l'analyse des grilles et autres outils de dépistage...

Cette approche de notre fameuse « prévention prévenante » me paraît bien éclairée par le texte d'Evelyne Lenoble « La prévention en questions », lorsqu'elle écrit « *j'aurais tendance à mettre cette fameuse prévention du côté des professionnels qui reçoivent les enfants et les familles : (...) surtout, qu'ils soient prévenus de la nécessité dans tous les cas de laisser fonctionner un espace de mobilité, où tout n'est pas joué* ». De son côté Sylviane Giampino a donné une définition de la « prévention psychologique » dans son article de l'ouvrage « Pas de 0 de conduite », il s'agit de « *toute démarche qui consiste à éviter des dommages occasionnés dans la personne, cela en prenant soin de sa dignité, et en soutenant sa capacité à renouer la confiance.* » : il y a aussi là de quoi contribuer à fonder cette approche prévenante de la prévention.

- Faire également porter le débat sur les pratiques professionnelles dans la perspective dessinée par Bernard Golse lorsqu'il écrit, à propos de la clinique avec les bébés, qu'« *elle doit être interactive, elle doit prendre en compte soigneusement le vécu émotionnel du praticien, et enfin elle doit absolument être historicisante* » (ouvrage « Pas de 0 de conduite »). Même si la nature des prises en charge varie d'un contexte professionnel à l'autre (la relation de soin n'a pas le même objet pour le médecin ou la puéricultrice de PMI que pour le pédopsychiatre hospitalier), le principe d'un travail des professionnels sur leur vécu émotionnel et ses effets sur les pratiques préventives ou curatives se justifierait pleinement : sous diverses formes contextualisées à définir, il viendrait en appui à la recherche d'une pratique « prévenante » de la prévention.
- Enfin, faire partager l'enjeu de développer un dialogue permanent entre soignants et autres acteurs travaillant avec les nourrissons et les enfants. La prévention sera d'autant moins en risque d'être ciblée, normative et prédictive, que les difficultés de l'enfant seront appréhendées dans des dimensions incluant la multiplicité des approches au-delà du champ de la santé : sociales, éducatives, pédagogiques, etc., et que les divers intervenants partageront une philosophie critique des concepts et des outils de la prévention.

Laissée ici volontairement de côté, la question des moyens que la société consentira à consacrer à la prévention, tant sur le plan de l'éducation, de l'action et de la protection sociales que du système de santé, constitue un corollaire indispensable au degré de développement possible ou non, de cette utopie prévenante de la prévention.

ANNEXES

Pas de 0 de conduite pour les enfants de trois ans

APPEL EN RÉPONSE À L'EXPERTISE INSERM SUR LE TROUBLE DES CONDUITES CHEZ L'ENFANT

Appel à l'initiative des premiers signataires suivants : Dr Christine Bellas-Cabane (pédiatre, présidente du syndicat national des médecins de PMI), **Dr François Bourdillon** (président de la société française de santé publique), **Dr Marie-Laure Cadart** (médecin, anthropologue, syndicat national des médecins de PMI), **Michèle Clément** (secrétaire générale du syndicat national des psychologues), **Dr Yvonne Coinçon** (pédopsychiatre, association des psychiatres de secteur infanto-juvénile), **Jean-François Cottés** (psychologue clinicien, psychanalyste, InterCoPsychos, Institut de Jeunes Sourds de Clermont-Ferrand), **Pr Boris Cyrulnik** (neuropsychiatre et éthologue), **Pr Pierre Delion** (chef de service de pédopsychiatrie au CHU de Lille), **Danièle Delouvin** (psychologue, présidente d'A. NA. PSY.p.e. – association nationale des psychologues pour la petite enfance), **Dr Michel Dugnat** (pédopsychiatre, unité parents-bébés hôpital de Montfavet), **Dr Marie-Thérèse Fritz** (pédiatre, syndicat national des médecins de PMI), **Sylviane Giampino** (psychanalyste, psychologue petite enfance, fondatrice d'A. NA. PSY.p.e.), **Pr Bernard Golse** (chef de service de pédopsychiatrie CHU Necker-enfants malades, professeur Université Paris V), **Pr Roland Gori** (psychanalyste, professeur d'université), **Pr Catherine Graindorge** (chef de service de pédopsychiatrie Fondation Vallée, professeur Université Paris XI), **Pr Philippe Gutton** (pédopsychiatre, professeur des universités), **Alberto Konicheckis** (maître de conférences en psychologie clinique, Université de Provence), **Dr Sophie Lemerle** (pédiatre hospitalière, présidente de la société française de santé de l'adolescent), **Dr Evelyne Lenoble** (pédopsychiatre, hôpital Sainte-Anne), **Pr Roger Misès** (professeur émérite de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Université Paris XI), **Pr Martine Myquel** (présidente de la société française de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et des disciplines associées), **Gérard Neyrand** (professeur de sociologie Université Toulouse III), **Dr Pierre Paresys** (Union syndicale de la psychiatrie), **Danielle Rapoport** (psychologue clinicienne, association Bien-traitance formation), **Elisabeth Roudinesco** (historienne, directrice de recherches Université Paris VII), **Dr Pierre Staël** (président du syndicat des psychiatres français), **Dr Pierre Suesser** (pédiatre, syndicat national des médecins de PMI).

Le gouvernement prépare actuellement un plan de prévention de la délinquance qui prône notamment une détection très précoce des « troubles comportementaux » chez l'enfant, censés annoncer un parcours vers la délinquance. Dans ce contexte la récente expertise de l'Inserm, qui préconise le dépistage du « trouble des conduites » chez l'enfant dès le plus jeune âge, prend un relief tout particulier.

Les professionnels sont invités à repérer des facteurs de risque prénataux et périnataux, génétiques, environnementaux et liés au tempérament et à la personnalité. Pour exemple sont évoqués à propos de jeunes enfants « *des traits de caractère tels que la froideur affective, la tendance à la manipulation, le cynisme* » et la notion « *d'hérabilité (génétique) du trouble des conduites* ». Le rapport insiste sur le dépistage à 36 mois des signes suivants : « *indocilité, hétéroagressivité, faible contrôle émotionnel, impulsivité, indice de moralité bas* », etc. Faudra-t-il aller dénicher à la crèche les voleurs de cubes ou les babilleurs mythomanes ?

Devant ces symptômes, les enfants dépistés seraient soumis à une batterie de tests élaborés sur la base des théories de neuropsychologie comportementaliste qui permettent de repérer toute déviance à une norme établie selon les critères de la littérature scientifique anglo-saxonne. Avec une telle approche déterministe et suivant un implacable principe de linéarité, le moindre geste, les premières bêtises d'enfant risquent d'être interprétés comme l'expression d'une personnalité pathologique qu'il conviendrait de neutraliser au plus vite par une série de mesures associant rééducation et psychothérapie. A partir de six ans, l'administration de médicaments, psychostimulants et thymorégulateurs devrait permettre de venir à bout des plus récalcitrants. L'application de ces recommandations n'engendrera-t-elle pas un formatage des comportements des enfants, n'induera-t-elle pas une forme de toxicomanie infantile, sans parler de l'encombrement des structures de soin chargées de traiter toutes les sociopathies ? L'expertise de l'Inserm, en médicalisant à l'extrême des phénomènes d'ordre éducatif, psychologique et social, entretient la confusion entre malaise social et souffrance psychique, voire maladie héréditaire. En stigmatisant comme pathologique toute manifestation vive d'opposition inhérente au développement psychique de l'enfant, en isolant les symptômes de leur signification dans le parcours de chacun, en les considérant comme facteurs prédictifs de délinquance, l'abord du développement singulier de l'être humain est nié et la pensée soignante robotisée.

Au contraire, plutôt que de tenter le dressage ou le rabotage des comportements, il convient de reconnaître la souffrance psychique de certains enfants à travers leur subjectivité naissante et de leur permettre de bénéficier d'une palette thérapeutique la plus variée.

Pour autant, tous les enfants n'en relèvent pas et les réponses aux problèmes de comportement se situent bien souvent dans le domaine éducatif, pédagogique ou social.

Cette expertise Inserm intervient précisément au moment où plusieurs rapports sont rendus publics au sujet de la prévention de la délinquance. On y lit notamment des propositions visant à dépister dès les trois premières années de leur vie les enfants dont l'« *instabilité émotionnelle (impulsivité, intolérance aux frustrations, non maîtrise de notre langue)* (va) engendrer cette violence et venir alimenter les faits de délinquance ». On assiste dès lors, sous couvert de « caution scientifique », à la tentative d'instrumentalisation des pratiques de soins dans le champ pédo-psychiatrique à des fins de sécurité et d'ordre public. Le risque de dérive est patent : la détection systématique d'enfants « agités » dans les crèches, les écoles maternelles, au prétexte d'endiguer leur délinquance future, pourrait transformer ces établissements de lieux d'accueil ou d'éducation en lieux de traque aux yeux des parents, mettant en péril leur vocation sociale et le concept-même de prévention.

Professionnels, parents, citoyens, dans le champ de la santé, de l'enfance, de l'éducation, etc. :

- **Nous nous élevons** contre les risques de dérives des pratiques de soins, notamment psychiques, vers des fins normatives et de contrôle social.
- **Nous refusons** la médicalisation ou la psychiatrisation de toute manifestation de mal-être social.
- **Nous nous engageons** à préserver dans nos pratiques professionnelles et sociales la pluralité des approches dans les domaines médical, psychologique, social, éducatif... vis-à-vis des difficultés des enfants en prenant en compte la singularité de chacun au sein de son environnement.
- **Nous en appelons** à un débat démocratique sur la prévention, la protection et les soins prodigués aux enfants, dans un esprit de clarté quant aux fonctions des divers acteurs du champ social (santé, éducation, justice...) et quant aux interrelations entre ces acteurs.

Contact : contact@pasde0deconduite.ras.eu.org

Pétition réalisée avec le logiciel libre *phpPetitions* - Site hébergé par le R@S

<http://www.pasde0deconduite.ras.eu.org>

Le Collectif
**PAS DE O DE CONDUITE
POUR
LES ENFANTS DE 3 ANS !**

Préface d'Albert Jacquard



érès

Le collectif

« Pas de zéro de conduite pour les enfants de 3 ans »
vous invite à une journée de débat scientifique et de société
« Tout le monde aura été prévenu »

le Samedi 17 Juin 2006

à la Maison des Cultures du Monde, 101 Bd Raspail 75006 Paris
(Métro : Notre Dame des Champs ou Saint Placide)

8h30	Accueil	Les enseignements du Québec Michel Parazzelli (Professeur-chercheur, membre du Groupe d'étude critique sur la prévention pédosex, École de travail social, Université du Québec à Montréal)
9h00	Introduction et position du problème Christine Bellas Cabane et Pierre Suesser (Syndicat national des médecins de PMI)	
9h30	Roland Cori (Professeur de psychopathologie, psychanalyste, président du SUEERPP)	2 ^e table-ronde : L'accueil, les soins et l'éducation des enfants : quels outils, quelles pratiques pour quelle société ?
10h00-12h00	1 ^{re} table-ronde : Comment tenir compte de la complexité des différentes approches et connaissances actuelles pour mener une véritable politique de soins et de prévention au service de la petite enfance ? Animation : Christine Bellas Cabane (Présidente du syndicat national des médecins de PMI) et Jean François Cottas (Psychanalyste, Psychologue, Président de l'IntraCoPsycho)	Animation : Sylviane Giampino (Psychanalyste, psychologue fondatrice de l'Association Nationale des Psychologues pour la petite enfance) et François Bourdillon (Président de la Société Française de Santé Publique)
	Avec la participation de : François Bourdillon (Président de la Société Française de Santé Publique) Danièle Delouvin (Psychologue clinicienne, présidente de l'Association Nationale des Psychologues pour la petite enfance) Alain Ehrenberg (Sociologue, chercheur CNRS, directeur du Centre de Recherches Psychotropes, Santé mentale, Société, CNRS-Inserm-Université Paris V) Bruno Falissard (Professeur de Biostatistiques, directeur de recherche INSERM) Bernard Golse (Professeur de pédiopsychiatrie, Faculté de Médecine Paris V, chef de service Necker-Enfants Malades) Roger Teboul (Pédiopsychiatre, Montreuil, Association des Psychiatres de secteur infantile-juvénile) Catherine Vidal (Neurobiologiste, directrice de recherches Institut Pasteur)	Jacques Pain (Professeur en sciences de l'éducation, Université Paris X) Solange Passaris (Association Collectif Enfants Parents Professionnels) Elisabeth Roudinesco (Historienne, directrice de recherches Université Paris VII) Gérard Scmit (Professeur de pédopsychiatrie, Faculté de Médecine, chef de service au CHU de Paris, Fédération Française de Psychiatrie) Evelyne Sire Marin (Magistrat, membre du syndicat de la magistrature) Bernard Téboul (Institut de Recherche Appliquée pour l'Enfant et le Couple) Jean Pierre Dubois (Président de la Ligue des droits de l'homme)
12h00-13h00	Discussion avec la salle	Discussion avec la salle
13h00-14h00	Déjeuner	
17h30	Conclusion : propositions, perspectives, pour réfléchir et agir Pierre Deillon (Professeur de pédopsychiatrie, Faculté de Médecine, chef de service CHU de Lille)	



Société Française de Santé Publique

10 € TTC



9 782911 489068

ISBN : 2-911489-06-3