

Nouvelles pratiques sociales



La prévention précoce en France Rappels historiques des débats

Marie-Laure Cadart

Number 1, Special, Winter 2012

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1008630ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1008630ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Université du Québec à Montréal

ISSN

0843-4468 (print)

1703-9312 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this note

Cadart, M.-L. (2012). La prévention précoce en France : rappels historiques des débats. *Nouvelles pratiques sociales*, (1), 113–126.
<https://doi.org/10.7202/1008630ar>

Article abstract

The decade from 1970 to 1980 witnessed a clash of positions on early prevention in mental health in France. On one side were child psychiatrists involved in implementing early screening for signs of suffering among young children, to treat them and spare them psychic structuring that could hinder them in their development. On the other side were sociologists and philosophers advocating greater medicalization for adaptive purposes and greater social control over families. This historical perspective is juxtaposed with the current debate on the early prevention in France.

La prévention précoce en France

Rappels historiques des débats

Marie-Laure CADART
Médecin et anthropologue
Groupe de recherche Cultures, santé, sociétés (GReCSS)
Aix-en-Provence

Dans les années 1970-1980, des prises de position sur la prévention précoce en santé mentale s'affrontent en France, rassemblant d'un côté des pédopsychiatres, engagés dans la mise en place d'un repérage précoce des signes de souffrance chez de jeunes enfants pour les soigner et leur éviter une structuration psychique qui risque de les entraver dans leur développement, de l'autre, des sociologues et philosophes qui y voient une médicalisation croissante de l'existence à visée adaptative et un contrôle social accru sur les familles. Cet éclairage historique est mis en tension avec le débat actuel sur la prévention précoce en France.

The decade from 1970 to 1980 witnessed a clash of positions on early prevention in mental health in France. On one side were child psychiatrists involved in implementing early screening for signs of suffering among young

children, to treat them and spare them psychic structuring that could hinder them in their development. On the other side were sociologists and philosophers advocating greater medicalization for adaptive purposes and greater social control over families. This historical perspective is juxtaposed with the current debate on the early prevention in France.

Je voudrais interroger le concept de prévention précoce en France aujourd'hui sous l'éclairage de prises de position qui se sont affrontées dans les années 1970-1980 et montrer avec le recul combien ces positions opposées étaient légitimes et combien il est regrettable aussi qu'elles ne se soient pas fécondées de la richesse de leurs apports mutuels, laissant le champ libre à une autre conception de la prévention précoce que nous combattons et qui ne cesse de gagner du terrain, une prévention «de masse», mécanique et comportementale.

Il s'agit, d'une part, de la position de soignants, pionniers de la pédopsychiatrie, et de l'autre, d'intellectuels, philosophes et sociologues réfléchissant sur la société et son devenir.

Cette idée m'est venue quand j'ai découvert, il y a trois ans, au hasard d'une devanture de bouquiniste, un des premiers numéros de la revue *Autrement*, «Guérir pour normaliser: l'arsenal thérapeutique pour rectifier les comportements»¹. Deux ans auparavant, en 2006, j'avais fait partie des premiers signataires de la pétition **Pas de 0 de conduite pour les enfants de trois ans**² et restais mobilisée sur les questions de prévention précoce.

Médecin et anthropologue, je parlerai de cette double place, alimentant ma réflexion par ma pratique médicale essentiellement consacrée à la Protection Maternelle et Infantile (PMI) et par mon orientation plus tardive vers la recherche et la formation continue tournée vers l'anthropologie de la petite enfance.

1. «Guérir pour normaliser: l'arsenal thérapeutique pour rectifier les comportements», *Autrement*, n° 4, 1976.

2. En France, en janvier 2006, des professionnels de la santé lancent une pétition sur Internet pour s'élever contre le parti pris scientifique d'une expertise collective de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) sur le trouble des conduites de l'enfant et sa récupération politique d'inscrire dans un projet de loi de prévention de la délinquance le dépistage précoce des troubles précurseurs de délinquance chez de très jeunes enfants. En ligne: <www.pasde0deconduite.org>, consulté le 5 juillet 2011.

La lecture de ce dossier me confondit : je pénétrais dans un débat qui avait agité la société française trente ans auparavant, à une époque où je débutais à la fois mes études de médecine et mon rôle de jeune mère, une époque où les questions de psychiatrie ne me préoccupaient guère. Je découvrais alors avec stupeur que ce débat ressemblait fort à celui d'aujourd'hui à propos de la prévention précoce. Il décrivait l'arsenal thérapeutique de la psychiatrie et son histoire, la place particulière qu'y occupait le comportementalisme et sa poussée, prometteuse pour certains, résultant son émergence dans les années 1960 : Skinner publiait en 1971 *Par delà la liberté et la dignité* où il énumérait les menaces qui obscurcissaient l'horizon : « dégradations des villes, pollution et épuisement des ressources, surpopulation, famine, holocauste nucléaire enfin » (cité dans De Querzola, 1976 : p. 89). Il ajoutait que pour échapper à la catastrophe, « il nous faut opérer de profonds changements dans le comportement humain » et que, pour cela, « ce qu'il nous faut impérieusement, c'est une science appliquée, une technologie du comportement » (cité dans De Querzola, 1976 : p. 90).

Dans ce numéro, des psychanalystes, des philosophes, des historiens, des sociologues prenaient position sur ces nouvelles approches, en montrant les dangers.

Médecin de PMI pendant de nombreuses années, je baignais dans le contexte de prévention précoce. Je n'avais pas appris cela sur les bancs de la faculté, mais au cours de ma pratique quotidienne de médecine préventive auprès de jeunes enfants et lors de stages de formation où j'avais rencontré des pionniers de la pédopsychiatrie parmi lesquels Myriam David et Michel Soulé et acquis un corpus théorique dans le domaine de la psychopathologie fortement imprégné des théories psychodynamiques.

Ce n'est que plus tard que je me suis plongée dans d'autres lectures, découvrant notamment les travaux de Michel Foucault et de Robert Castel. Si je décris un peu longuement cela, c'est pour insister sur le cloisonnement des différentes disciplines en France et notamment le peu de prise en compte des sciences humaines dans le domaine de la médecine.

Mais revenons aux prémices de la pédopsychiatrie et de la prévention précoce.

AUX PRÉMICES DE LA PRÉVENTION PRÉCOCE

Au sortir de la Seconde Guerre mondiale, la France réorganise son système de santé et de protection sociale à partir d'ordonnances votées en 1945 pour permettre à chacun d'en bénéficier selon l'esprit de solidarité qui marque cette période historique.

La nation assure à l'individu et à la famille les conditions nécessaires à leur développement. Elle garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. Tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence³.

Deux grands domaines de la santé sont alors identifiés : le préventif et le curatif (avec toutes les limites que crée cette séparation : quand finit la prévention et quand commencent les soins ?). Le curatif est confié au secteur hospitalier et au secteur libéral caractérisé par le rapport singulier médecin-malade et le paiement à l'acte. Le médecin de famille, généraliste, en est la pierre angulaire. Le malade est au cœur d'un dispositif basé sur la confiance. Confiance dans le corps médical et sa capacité à soulager les souffrances, libre choix du médecin par le patient qui place ainsi le relationnel au cœur de la relation médecin-malade et du soin, confiance dans un dispositif social de répartition des soins qui doit assurer à tous la protection de leur santé. Le préventif reste du domaine des compétences de l'État. Il s'agit de lutter contre les fléaux dont fait partie l'importante mortalité infantile. La PMI apparaît alors comme une mesure de « salut public »⁴ (République française, 1945 : p. 7297). La notion de prévention précoce apparaît dans sa version médicale et sociale : éviter des maladies et morts d'enfants passe à la fois par le suivi médical, mais aussi par une action sur le milieu de vie. Le corps de métier des assistantes sociales se crée, remplaçant celui des infirmières-visiteuses. En se rendant à domicile, elles assurent à la fois aide et contrôle à la population qui accepte de soumettre ses enfants à cette médecine préventive devant les résultats probants en matière d'amélioration de leur santé.

LES PIONNIERS DE LA PÉDOPSYCHIATRIE

La notion de prévention médico-psychosociale va naître plus tard dans les années 1960. Elle est attribuée aux pionniers de la pédopsychiatrie française parmi lesquels figurent Serge Lebovici, Roger Misès, Robert Diatkine, Françoise Dolto, Michel Soulé et Myriam David, qui représentent différents courants de la psychanalyse. Elle s'alimente des découvertes résultant notamment des recherches menées sous l'égide de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) par le Centre international de l'enfance. Ils

3. Préambule de la Constitution française du 27 octobre 1946, articles 11 et 12. En ligne : <www.legifrance.gouv.fr>, consulté le 15 mars 2011.

4. Ordonnance du 2 novembre 1945 relative à la PMI : « À une époque de son histoire où la France a un besoin vital d'accroître sa population, le premier devoir qui s'impose aux pouvoirs publics est de sauvegarder l'existence des enfants qui viennent au monde et la présente ordonnance apparaît, en la matière, comme une véritable mesure de salut public. »

découvrent la spécificité du psychisme infantile en plein développement, se questionnent sur la possibilité d'agir précocement pour éviter qu'un enfant ne se structure psychiquement sur un mode qui le fera souffrir et l'entravera dans ses relations aux autres et ses apprentissages. Confrontés à des enfants en souffrance, ils ont une position de cliniciens et font tout pour les aider.

Je tiens à donner une place particulière au Dre Myriam David dont l'œuvre discrète a été considérable. Dans les années 1950, revenant des États-Unis où elle a bénéficié d'une bourse offerte à son retour de déportation, elle va contribuer à l'élaboration et à la diffusion du concept de prévention précoce en France. Elle est convaincue de la nécessité d'une action précoce pour éviter de créer de toutes parts des situations traumatiques pour des enfants, notamment lors de séparations, très souvent évitables, d'avec les parents pour des raisons sanitaires et/ou sociales qui risquent d'entraîner des séquelles psychologiques. Elle a pu dire combien son expérience des camps de concentration lui faisait ressentir le besoin d'aide des êtres humains démunis, la rapprochant de la souffrance des bébés en institutions, mais aussi combien toute mesure de tri, de sélection des populations est un risque inhérent à toute action sociale.

Travaillant avec le Pr Serge Lebovici dans l'intersecteur⁵ de psychiatrie infanto-juvénile du 13^e arrondissement de Paris, elle y développera une clinique originale, centrée sur l'enfant et sa famille, créant des espaces de soins innovants et intervenant sur les lieux de vie de l'enfant. Elle se battra toute sa vie pour défendre et mettre en place une formation à la psychologie des travailleurs sociaux et médicosociaux, attachera une importance particulière au travail d'équipe autour de l'enfant, à la nécessité d'une supervision régulière des professionnels en référence à la psychanalyse et sera précurseur dans le concept de travail en réseau.

Elle était convaincue de l'importance d'une prévention précoce concernant toute la population tout en ayant conscience des difficultés et des résistances à la mettre en œuvre, des coûts, de la complexité d'en évaluer les effets à long terme et des dérives possibles. En 1962, elle écrivait :

Pour être préventive, l'action doit toucher tout le groupe de population qui est l'objet de cette action, d'où le recours au « systématisme », si coûteux. De plus, les effets de mesures préventives sont toujours « à long terme » : l'absence de résultats visibles, immédiats, fait hésiter le praticien (médecin ou assistante sociale) à lui donner la priorité sur une mesure d'aide immédiate aux cas urgents et graves qui assaillent les services sociaux.

5. En 1975, les intersecteurs de pédopsychiatrie sont créés. Ils comportent des centres médico-psychologiques (CMP) pour enfants dépendant d'un hôpital psychiatrique et une de leurs missions est de travailler avec les équipes médicosociales sur un même secteur géographique.

En fait, il y a lieu de considérer trois niveaux d'action préventive :

1. La détection des cas graves, exigeant une action urgente.
2. La détection et le traitement précoce des problèmes pour éviter qu'ils ne se développent en étendue et en gravité.
3. Enfin, conception moderne : celui de la promotion sanitaire et sociale.

Théoriquement, il semble bien que ce dernier niveau d'action à long terme serait le plus efficace, mais actuellement, dans la pratique, les trois types d'activité s'avèrent nécessaires et le choix à faire pour déterminer la part respective de temps et d'argent à consacrer à chacun d'entre eux est difficile, sujet à controverse, nous aurons l'occasion de le voir pour la PMI (David, 1962 : p. 23).

Aujourd'hui, les effets de ce qu'elle nommait la « promotion sanitaire et sociale » sont réels et reconnus, mais difficilement quantifiables, car couvrant des champs très divers. De plus, nous avons tellement intégré les connaissances sur l'enfant depuis trois générations et les effets positifs de leurs applications sur le développement des enfants que nous avons tendance à ne plus les voir et à en oublier les origines.

Nous voulons accorder aussi une place particulière à un autre pionnier de la pédopsychiatrie, le Pr Michel Soulé, responsable de l'intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile du 14^e arrondissement de Paris, qui n'a cessé de défendre et de diffuser le concept de prévention précoce. Comme clinicien, il était lui aussi confronté à la souffrance psychique des enfants et aux dégâts parfois irréversibles dont certains étaient les victimes : « La notion actuelle de déficience intellectuelle secondaire⁶ justifie toutes les mesures préventives » (Soulé et Noël, 1980 : p. 7).

Persuadé qu'une action précoce pouvait et devait être entreprise, il va s'appuyer sur des données épidémiologiques pour démontrer la pertinence du concept et l'efficacité des actions préconisées. La prise en charge de l'enfant doit être globale et tenir compte du contexte de vie de l'enfant autant que des symptômes directs et/ou indirects qu'il présente.

Il va développer la notion de **clignotants, d'indicateurs de risques**, qui ne sont pas des symptômes de pathologies, mais doivent constituer autant de repères à prendre en compte quand ils se cumulent pour un enfant. Il parlera aussi de **l'émergence de la demande masquée** qui transparaît ainsi et qui doit être prise en compte même en l'absence de demande explicite des familles.

6. « Cette notion [...] a balayé un certain déterminisme organiciste et introduit la notion d'une dynamique très précoce s'orientant vers la défaillance ou la déficience (Misès et Perron) » (Soulé et Noël, 1980 : p. 7).

Il parle de la prévention comme d'une « ardente obligation », développe lui aussi la formation des professionnels du secteur sanitaire, social et éducatif et crée une association de formation continue, le Centre d'ouverture psychologique et sociale (COPEs)⁷. Les citations qui suivent sont extraites du *Document P* édité par le COPEs en 1980.

L'intervenant est sollicité à diverses étapes par des modalités de demandes dont il ne connaît pas la valeur et la signification, et c'est devant leur insistance et peu à peu leur multiplication qu'il est amené à constater les conséquences et les dommages du fait qu'il n'a pas aperçu plus tôt la situation sous-jacente.

La formation des intervenants doit les rendre capables de rechercher et de discerner le besoin méconnu ou la demande qui ne peut pas se formuler et qui sans cela n'apparaîtrait que trop tard ou jamais dans les milieux les plus défavorisés (Soulé et Noël, 1980: p. 24).

Pour cela, il cherche à mettre à la disposition des professionnels des outils adaptés. Ainsi, il préconise :

Une réflexion sur les modes de détection de la dépression maternelle (sans empiéter sur la liberté individuelle), l'invention de techniques d'aide et d'information des personnels les mieux placés pour les dispenser : sages-femmes, puéricultrices à domicile, pédiatres, travailleuses familiales intégrées à une équipe (*Ibid.*, 1980: p. 8).

Se référant à la psychanalyse, il met en garde contre une idée simpliste de la prévention qui se réduirait à de l'éducatif et de l'apprentissage, sans prendre en compte les effets de l'inconscient : « On a voulu pendant longtemps situer la prévention des troubles de l'enfant dans une meilleure éducation qui éviterait des “traumatismes” et des “erreurs éducatives”, cette perspective conduisant à une information, voire à une “école” des parents » (*Ibid.*, 1980: p. 6). Il insiste sur :

Les implications de l'inconscient et les modes d'aménagement (sous forme de comportements et d'actions éducatives) que les parents établissent devant les manifestations pulsionnelles des enfants. [...]

L'action préventive en matière d'éducation doit viser les adolescents, futurs parents, puis les parents, mais beaucoup moins sous forme de conseils qu'en cherchant à atténuer leurs craintes et leur culpabilité et à les conforter dans leur capacité à s'identifier à leurs enfants en renforçant leurs possibilités de retrouver leur propre dynamique infantile (*Ibid.*, 1980: p. 6).

C'est un fervent défenseur des enfants. Pour lui, ce sont les adultes qui résistent à soigner les enfants, par crainte ou impossibilité de laisser remonter en eux leur dynamique infantile. On retrouve ces résistances dans

7. Le COPEs se situe au 12, rue de Dantzig, à Paris (France).

la difficulté à faire accepter les supervisions d'équipe par des soignants ou des administratifs qui ont du mal à admettre les effets de la circulation de l'inconscient.

Le psychiatre d'enfants apporte à la prévention sa connaissance spécifique de la psychopathologie infantile. Cette notion de pathologie, parce que gênante et inquiétante, a été souvent diluée par certains sous le terme vague « d'inaadaptation ». En fait, méconnaître la psychopathologie et la façon dont l'enfant en souffre, c'est le priver d'une compréhension de son développement par les adultes, nécessaire cependant à la définition des soins qu'il réclame (*Ibid.*, 1980: 6-7).

Le but est de comprendre ce qui se passe dans la psyché de l'enfant pour l'aider dans son devenir sujet et non pour l'adapter à la société.

Il est intéressant de noter qu'à la même période des sociologues et des philosophes critiquent une certaine approche de la prévention. Nous y reviendrons.

À son tour, Soulé les critique, leur reprochant de laisser des enfants en souffrance, tout en leur donnant raison sur certains points :

Dans la mesure où la prévention est aussi sociale, son exercice s'appuie sur ces prémices, que certaines conditions sociales aggravent les risques, et par corollaire, elle s'adressera à certaines catégories sociales : les « populations cibles » qu'il va falloir repérer. [...]

Et l'on conçoit qu'un glissement est facile des prémices à des conclusions abusives selon lesquelles appartenir aux classes défavorisées ne comporterait plus un « risque éventuel » à préciser à partir de différents signes, mais un danger absolu à supprimer. [...]

On voit ici que la politique préventive se situe non pas dans le droit fil d'une intention politique pernicieuse ou au contraire d'une action charitable et innocente, mais à l'articulation de données contradictoires qui infiltrent les rapports sociaux. [...]

Néanmoins, il faut tenir compte de ces objections qui montrent les dangers d'une doctrine ou d'une politique actuelles qui voudraient appliquer « la prévention » sans en mesurer les risques et les possibles abus. [...]

Notre civilisation industrielle, notre vie urbaine nous ont conduits à des progrès incontestables sur le plan de la santé et des moyens efficaces de prophylaxie, mais en contrepartie, il est évident que la politique nouvelle doit s'accompagner constamment d'une réflexion pour maintenir les facteurs dynamiques que représentent la liberté d'un individu, son autonomie et même son goût du risque (*Ibid.*, 1980: 16-17).

La pensée éthique est indispensable à la prévention. Le *Document P*, précédemment cité, ne cesse de s'y référer. C'est la condition *sine qua non* d'une prévention précoce. Soulé et Noël parlent du dépistage nécessaire pour repérer les souffrances de certains enfants qui doit être assorti de possibilité de soins, de l'alliance des professionnels entre eux et avec les familles.

Ces pédopsychiatres ont conscience des dérives possibles des dépistages et d'un certain type de prévention quand l'épidémiologie prend le dessus sur la clinique et que le sujet n'est pas pris en compte. Ils insistent sur l'importance de considérer la situation d'un enfant dans sa globalité, ce qui implique la mise en place de services de soins de proximité adéquats et respectueux des sujets et un travail auprès des professionnels : formation, travail d'équipe et supervision, travail en réseau.

La connaissance et la publication de répertoires de risques (éventuellement repris par les médias) entraînent la culpabilité et l'inquiétude des parents et leur enlèvent l'espoir alors même que « le pire n'est pas toujours sûr ». [...]

Il importe donc d'examiner les modes selon lesquels les situations de risque pourront être connues de ceux qui doivent intervenir auprès des familles et les modes selon lesquels, tout d'abord, ils ne doivent pas, et ensuite, ils peuvent intervenir. [...]

La recherche des familles et des enfants à risques par traitement informatique de données recueillies à travers des examens obligatoires (certificat de santé), si elle présente un intérêt évident pour la recherche épidémiologique, peut entraîner des conséquences dramatiques (*Ibid.*, 1980 : p. 29).

Il convient de rappeler le contexte de l'époque : en 1980, le projet Gestion autonome de médecine infantile (GAMIN) d'informatisation des données médicales et sociales recueillies à partir de certificats de santé établis dans le cadre de la PMI prévoit la sélection automatique des enfants devant faire l'objet d'une surveillance médicosociale particulière. La Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) émettra un avis défavorable.

« L'ardente obligation » de Soulé contient des limites éthiques à ne pas dépasser !

Des années plus tard, François Ansermet développe la perspective psychanalytique de la prévention précoce dans sa complexité, loin de tout déterminisme et de toute prédiction.

Aborder la prévention dans une perspective psychanalytique passe par une démarche qui tient compte du sujet et de sa possibilité de réponse au-delà des universaux qui le portent. Le sujet est en effet, par définition, exception à l'universel. Il peut toujours choisir autre chose que ce pour quoi il est déterminé.

On se trouve ainsi dans une sorte de malentendu. On est convoqué au nom d'universaux déterminants et reconnus à risque. Pourtant, on ne peut s'orienter qu'à partir des réponses et des inventions propres au sujet, qui sont fondamentalement imprévisibles. [...]

Il est toujours un risque dans la prévention, c'est de pousser le sujet vers ce qu'on voudrait lui éviter. C'est le risque du "prêt-à-porter" de la prévention, des identifications toutes faites, des idées a priori, des universaux qui régissent ces stratégies. La prévention se joue un par un, dans le particulier. Il n'y a pas de prévention sans rencontre. Pour rencontrer l'autre, il s'agit de ne pas résorber la dimension irréductible de la singularité. C'est une clinique qui procède à partir de la surprise, de l'inattendu, du détail qui dérange le tableau établi des faits et des effets prévisibles (Ansermet, 2003: p. 13).

Ces défenseurs de la prévention précoce que sont les psychiatres, les psychologues et les psychanalystes avancent avec précaution, s'appuyant sur leur expérience clinique et la rencontre de l'autre souffrant.

DU CÔTÉ DES SCIENCES HUMAINES

Les philosophes, les sociologues et les anthropologues tiennent des propos différents dans les années 1970. Ils sont dans une réalité autre que celle de la clinique, celle des idées et de la pensée. Leur vision politique de la société constitue une approche dont la complémentarité de celle des soignants est frappante avec le recul de quarante ans... Mais peu de soignants ont lu les travaux de Michel Foucault, Gilles Deleuze, Pierre Bourdieu ou Robert Castel, trop occupés par la réparation des corps malades sans en voir la dimension sociétale. Nous constatons aujourd'hui avec regret que ces conceptions se sont opposées sans se comprendre.

En 1979, Robert Castel et Anne Lovell publient *La société psychiatrique avancée*, y consacrant une partie sur l'enfance. Étudiant ce qui se passe aux États-Unis, ils mettent en garde contre les dérives possibles. Alors que les psychiatres parlent d'enfants en souffrance, ils relèvent dans les discours politiques la notion d'enfants dangereux devant être la cible de programmes de prévention, analysant comment les pouvoirs administratifs et politiques risquent de s'emparer des concepts de prévention précoce à d'autres fins que celles des soignants.

[Les propositions] de dépister systématiquement les enfants potentiellement dangereux n'ont pas reçu de commencement d'application de crainte de réactions trop hostiles. Cependant, ces projets ne sont pas pour autant enterrés et resurgissent périodiquement sous des formes diverses. Il y aura toujours dans les laboratoires des savants désintéressés pour mettre au point la dernière technique d'intervention sur l'homme quitte à l'expérimenter sur des rats ou

des singes. Il y aura toujours dans les cabinets ministériels des administrateurs responsables pour y voir la solution de leurs problèmes. Le tout au nom du progrès, du savoir, de l'efficacité dans la gestion des hommes et du bien des intéressés eux-mêmes. C'est ce qui risque de rendre les ripostes de plus en plus difficiles (Castel et Lovell, 1979: p. 244).

Ce qui se passe en France depuis 2005 et qui a déclenché le mouvement **Pas de 0 de conduite pour les enfants de trois ans** valide cette « prédiction socioanthropologique »: une succession de rapports parlementaires s'appuient sur des expertises scientifiques (au demeurant contestables et contestées) pour faire entrer dans les textes de loi des mesures de contrôle des populations.

Ainsi, ce n'est pas l'enfant en devenir qu'il convient d'accompagner « dans le respect du développement psychique singulier de chacun et un ajustement compréhensif lors des moments de crise qui émaillent inévitablement ce développement » (Collectif Pasde0deconduite, 2011: p. 28), mais bien **l'enfant perturbateur** (selon une catégorisation récente du ministère de l'Éducation nationale) à contenir et à normaliser. Ces auteurs avaient anticipé le risque de voir des traitements de contention comportementaux et médicamenteux supplanter les approches d'orientation psychodynamique que nous venons d'évoquer.

Dès à présent, à la fois l'organisation de la vie quotidienne des élèves et les principes de la pédagogie sont commandés par des catégories cliniques d'inspiration psychanalytique dont on appréciera au passage la finesse. Mais il est douteux que l'idéologie psychanalytique puisse désormais servir de support principal à cette médicalisation. Deux autres technologies, l'intervention médicamenteuse et la thérapie comportementale paraissent aujourd'hui en voie de la supplanter (Castel et Lovell, 1979: p. 224).

Il apparaît clairement que c'est le comportement dérangeant de l'enfant en tant que tel qui est visé. L'usage de ces drogues abandonne l'alibi de la guérison pour devenir ouvertement un instrument de contrôle comme le dit clairement un pédiatre, ces médicaments « normalisent ce type d'enfants » et ainsi « l'enfant fonctionne comme un enfant » (*Ibid.*, 1979: p. 240).

Alors que les pédopsychiatres mettent en place ce modèle de prévention que nous qualifions aujourd'hui de « prévenante », qu'ils se mobilisent pour créer des structures de soins accessibles à tous sur tout le territoire français, nos deux auteurs alertent: « Autour de l'enfant, se sont très tôt rassemblés tous les professionnels du soupçon, examinateurs, testeurs, détecteurs d'anomalies de toutes sortes; autour de l'enfant est aujourd'hui tressé le réseau le plus serré de procédures de surveillance et de redressement des comportements » (*Ibid.*, 1979: p. 232).

Ils pointent la réponse médicale apportée à des difficultés qui sont plus d'ordre social: « Dans de très nombreux cas, plus encore pour les enfants que pour les adultes, l'étiquetage psychiatrique recouvre mal les difficultés d'adaptation au milieu relevant d'une étiologie sociale ou de conflits familiaux ou scolaires bien plus que de franche pathologie » (*Ibid.*, 1979: p. 232).

Ils redoutent une stigmatisation de certains enfants sous prétexte de prévention et la collusion entre santé et justice: « Sous couvert de prévention, le concept de « prédélinquant » et les notions assimilées aboutissent à placer sous contrôle une foule de jeunes qui n'auraient peut-être jamais eu affaire à la justice » (*Ibid.*, 1979: p. 234).

Enfin, ils citent une proposition « orwellienne » de l'homologue américain du secrétaire d'État à l'éducation, à méditer avant que quelqu'un de bien intentionné chez nous ne s'en empare ! En 1970, celui-ci proposait :

Dans chaque école, un centre de diagnostic dans lequel tous les enfants seraient conduits à l'âge de deux ans et demi par leurs parents ou leur tuteur [...] afin de mettre sur pied un programme individualisé d'éducation. Les investigations comprendraient un diagnostic pédagogique, un diagnostic médical, des visites à domicile par un professionnel compétent qui pourrait devenir le conseiller de l'enfant de la famille [...] Ces informations traitées par ordinateur seraient transmises à une équipe spécialisée qui établirait « un ensemble de prescriptions détaillées pour l'enfant et, si nécessaire pour la famille » (cité dans Castel et Lovell, 1979: p. 235).

CONCLUSION

Au terme de cette incursion dans l'histoire, force est de constater que tous avaient raison, les uns de se préoccuper de prévention précoce, les autres de redouter ses dérives, dans une prophétie qui se réalise aujourd'hui avec l'arrivée de programmes de dépistage des troubles du comportement, standardisés et exportables, et de leurs traitements associés rééducatifs, voire médicamenteux, dans une déferlante à laquelle les approches psychodynamiques ont du mal à résister.

Mais que s'est-il passé en France pendant ces trente dernières années pour que nous ayons l'impression de nous réveiller brutalement d'une sorte d'anesthésie, pour découvrir une idéologie qui malmène chacun, érode la confiance, nie la qualité de tout travail fondé sur des valeurs humaines et prône la gestion comme dogme supérieur et absolu ?

Le collectif Pasde0deconduite est une illustration de ce réveil après le choc qu'a constitué cette approche univoque du comportement de certains enfants.

Pourquoi cette attaque contre les bébés ? Pourquoi cette suspicion à l'égard des parents ? Pourquoi ce mépris des professionnels au travers de la non-reconnaissance de leur travail ? Pourquoi cette ignorance délibérée du travail des intellectuels ? D'où viennent cette peur et cette infantilisation généralisées ? N'aurions-nous rien fait en France pendant ces trente dernières années pour qu'on nous apporte ainsi un modèle « prêt-à-porter » de prévention ?

J'évoquerai deux pistes de réflexion. La première se situe dans la confiance qui existait dans la société française pendant la période des « trente glorieuses ». Dans l'après-guerre, le programme du Conseil national de la résistance avait été à l'origine de profondes réformes sur le plan économique et social subordonnant les intérêts particuliers à l'intérêt général dans un vaste mouvement de nationalisation, de création et de développement de services publics dans lesquels l'éducation, la santé, l'université et la recherche avaient une place de choix. Préservés des pressions économiques, ceux qui y travaillaient ont permis d'importantes avancées en matière de santé, d'éducation, de recherches. Le système était fondé sur la confiance ; confiance dans les institutions, mais aussi dans le lien social, favorisant innovations et créativité.

Des avancées notables dans le domaine de la petite enfance ont contribué à développer une prévention précoce respectueuse des personnes, grâce à une politique familiale généreuse qui donnait les moyens d'intégrer dans la pratique les connaissances scientifiques récentes, mais aussi grâce à leur transcription dans des textes de loi.

Mais la société a changé sous les coups de boutoir de l'idéologie néolibérale. La confiance interhumaine sur laquelle reposait le lien social est devenue suspecte, non fiable, balayée au profit de pratiques « à efficacité immédiate », seules reconnues dans cette idéologie qui nie le travail de terrain et ses bases théoriques jusque-là sous-jacentes.

Je conclurai avec cette deuxième piste de réflexion concernant le cloisonnement très marqué des différentes disciplines et secteurs d'activité en France. Ce qui fait la force d'une discipline, c'est la connaissance pointue qu'elle apporte dans un domaine précis, mais cela constitue une faiblesse s'il n'y a pas de dialogue avec les différents secteurs concernés par cette connaissance. Or, les disciplines communiquent peu entre elles, chacune ayant peur de l'empiètement de l'autre sur son champ de savoirs. Les passerelles sont mal considérées par nombre de spécialistes, l'interdisciplinarité attire une certaine « méfiance académique », avec une séparation quasi étanche à l'intérieur du monde de la recherche, mais aussi avec le travail de terrain. Cela est particulièrement vrai du côté de la médecine où le rapprochement

avec les sciences humaines reste une mission difficile. Pourtant le dialogue entre les différents secteurs ouvre à des enrichissements mutuels, à partir du moment où chacun de sa place apporte quelque chose de complémentaire. Cela n'est possible qu'en associant une éthique rigoureuse à des références théoriques claires et en perpétuel travail (Karsz, 2006: p. 41).

Il paraît urgent de montrer au grand jour l'efficacité au long cours de notre approche préventive, en affirmant ses bases théoriques et en faisant appel aux sciences humaines.

Le pari aujourd'hui tel qu'il apparaît dans le collectif Pasde0deconduite repose dans ce jeu d'alliances fécondes où se rencontrent soignants, éducateurs, chercheurs, universitaires, parents, citoyens, où se développe une intelligence active et collective grâce aux apports mutuels des différentes disciplines et à la qualité des acteurs humains.

BIBLIOGRAPHIE

- ANSERMET, F. (2003). « Psychanalyse et prévention : la prévention, entre nécessité et contingence », *Naissances : cahier de l'Association de formation et de recherche sur l'enfant et son environnement (AFRÉE)*, n° 18, 13-21.
- CASTEL, F., CASTEL, R. et A. LOVELL (1979). *La société psychiatrique avancée : le modèle américain*, Paris, Grasset.
- CITOYENS RÉSISTANTS D'HIER ET D'AUJOURD'HUI (2011). *Les jours heureux – Le programme du Conseil national de la résistance de mars 1944 : Comment il a été écrit et mis en œuvre, et comment Sarkozy accélère sa démolition*, Paris, La Découverte.
- COLLECTIF PASDE0DECONDUITE (2011). *Manifeste : Petite enfance pour une prévention prévenante*, Toulouse, Êres.
- DAVID, M. (1962). « Que voulons-nous faire de ces journées d'études ? », *Informations sociales*, n°s 8-9, 23-25.
- FOUCAULT, M. (1999). *Les anormaux. Cours au Collège de France (1974-1975)*, Paris, Gallimard et Seuil.
- KARSZ, S. (2004). *Pourquoi le travail social ?*, Paris, Dunod.
- QUERZOLA, J. DE (1976). « Le triste savoir ou le manifeste behavioriste », dans « Guérir pour normaliser : l'arsenal thérapeutique pour rectifier les comportements », *Autrement*, n° 4, 86-94.
- RÉPUBLIQUE FRANÇAISE (1945). *Journal officiel : lois et décrets*, édition du 2 novembre, Paris, Direction de l'information légale et administrative.
- SOULÉ, M. et J. NOËL (1980). *Document P*, Paris, Centre d'ouverture psychologique et sociale.