

À trois ans, tout n'est pas joué

Sylviane Giampino

Number 1, Special, Winter 2012

Regards croisés France-Québec

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1008637ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1008637ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Université du Québec à Montréal

ISSN

0843-4468 (print)

1703-9312 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Giampino, S. (2012). À trois ans, tout n'est pas joué. *Nouvelles pratiques sociales*, (1), 21–46. <https://doi.org/10.7202/1008637ar>

Article abstract

For a few years now in France, parents and professionals working with children have expressed their feeling that children are now more “difficult”. There is a consensus on the importance of psychological prevention work as of early childhood. But what kind of prevention ?

There are two models of prevention at present that can be summed up schematically as follows: one that is mechanistic and predictive, and one that is pre-emptive, which we call “prevention in rhizome”.

We point out the limits and deviations of mechanistic prevention and how its predictive aims may be pathogenic and may even induce what it is supposed to avert.

We then present the methods of pre-emptive prevention as practised currently “in rhizome”.

Lastly, early psychological intervention and the educational and societal issues that pervade it are placed in perspective, such as the issue of developing the basic foundations of socialization among young children, to guide the actions of professionals and parents alike.

NPS

À trois ans, tout n'est pas joué

Sylviane GIAMPINO

Psychanalyste et psychologue petite enfance
Association nationale des psychologues
pour la petite enfance
Collectif PasdeOdeconduite

En France, depuis quelques années, les professionnels de l'enfance et les parents font part de leur sentiment que les enfants seraient plus « difficiles ». L'importance d'une prévention psychologique dès le plus jeune âge fait consensus. Mais quelle prévention ?

Actuellement, deux modèles de prévention sont en présence. On peut les schématiser ainsi: d'un côté, une prévention de type mécaniste et prédictive, de l'autre, une prévention prévenante, que nous nommons « prévention en rhizome ».

Nous soulignerons les limites et dérives de la prévention mécaniste, et en quoi sa visée prédictive peut être pathogène et risque même d'induire ce qu'elle est censée éviter.



Ensuite seront présentées les modalités de la prévention prévenante telle qu'elle s'exerce « en rhizome » actuellement en France.

Enfin, la prévention psychologique précoce sera remise en perspective avec les questions éducatives et sociétales qui la traversent, notamment autour de la question du développement des bases de la socialisation chez le jeune enfant pour guider l'action des professionnels comme celle des parents.

For a few years now in France, parents and professionals working with children have expressed their feeling that children are now more “difficult”. There is a consensus on the importance of psychological prevention work as of early childhood. But what kind of prevention?

There are two models of prevention at present that can be summed up schematically as follows: one that is mechanistic and predictive, and one that is pre-emptive, which we call “prevention in rhizome”.

We point out the limits and deviations of mechanistic prevention and how its predictive aims may be pathogenic and may even induce what it is supposed to avert.

We then present the methods of pre-emptive prevention as practised currently “in rhizome”.

Lastly, early psychological intervention and the educational and societal issues that pervade it are placed in perspective, such as the issue of developing the basic foundations of socialization among young children, to guide the actions of professionals and parents alike.

PRÉVENTION N'EST PAS TOUJOURS PROTECTION

Actuellement, dans de multiples pays occidentaux, on veut tout prévenir : les accidents, les prises de poids, la violence... ; de même que la délinquance, l'échec scolaire, les problèmes relationnels, la maladie mentale... C'est louable. Et ce, de plus en plus tôt. Certes. Mais, sous couvert de prévention des problèmes psychologiques, dès la grossesse, la crèche et la maternelle, on multiplie tests, évaluations, dépistages, programmes de suivis.

Cette démarche est souvent sous-tendue par un raisonnement déterministe qui prétend que le devenir d'un enfant serait joué très tôt : déterminisme neurologique et génétique qui sont relancés par la fascination pour les progrès des neurosciences, déterminisme sociologique des populations cibles, déterminisme psychologique et pédagogique dans la conviction énoncée dans le « tout se joue avant... ». Le regard que porte notre société sur la petite enfance en est bouleversé. Les enfants le ressentent, qui en sont perturbés.

Une illusion s'est installée : croire qu'il est possible d'élever des enfants sans avoir à assumer une part d'incertitude et qu'il est possible de considérer les comportements des petits enfants comme prédictifs de leurs agissements à l'adolescence et à l'âge adulte. Cela ressort d'une conception linéaire, naturaliste du développement psychologique qui reviendrait à dire : **l'enfant est comme il naît.**

Au cours du temps, la France s'est constituée une autre approche de la prévention, sans toujours en dessiner les contours, en mesurer la portée. Cette approche prévenante de la prévention s'appuie sur d'autres ressorts théoriques et pratiques que ces approches mécanistes et prédictives. Et elle pourrait se penser en profondeur et démultiplicatrice. C'est ce que nous appelons **prévention en rhizome.**

Si l'on admet l'idée qu'une prévention psychique est réalisable, quelle qu'en soit la forme, cette prévention ne peut être efficace que dans une éthique qui respecte les spécificités de l'organisation psychique du très jeune enfant.

INTERVENIR TÔT, EST-CE TOUJOURS PRÉVENIR ?

Qui contesterait l'importance de s'occuper au plus tôt des enfants en difficulté, pour leur éviter d'évoluer vers des pathologies ou des déviations, de souffrir et de se désocialiser ? Ces objectifs psychologiques sont justes, consensuels, partagés par tous les acteurs et les approches. Mais le principe peut s'en trouver dévié si la prévention confond anticipation raisonnée et prévention prédictive (Missonnier, 2011).

Afin de poser les bases d'un débat sur la prévention psychologique précoce, c'est sur ces dérives que nous centrons ici notre propos.

Le légitime souci d'intervenir tôt dérive sur le rabattement de la prévention vers le dépistage, puis le repérage ; et sur une torsion de la posture qui consiste non plus à intervenir *pour* qu'un phénomène psychologique souhaitable advienne, mais agir *contre* un phénomène redouté avant son

apparition, pour l'éviter. Ces dérives affectent alors les méthodes : le pragmatisme du « comment se comporter socialement » évince la construction du « pourquoi ». En supposant que l'apprentissage de la « bonne forme » du comportement suffit à installer une socialisation de fond.

Rappelons que jusqu'à la fin du XVI^e siècle, prévenir signifiait : « Aller au-devant de quelque chose pour en "hâter l'accomplissement". » Et que ce n'est qu'au XVII^e siècle qu'apparaît le sens actuel : « aller au devant d'un événement pour en éviter l'accomplissement ». Nous pouvons pointer les réminiscences de ce sens premier de la prévention : quand on dit à un enfant grimpé sur un meuble « tu vas tomber » et qu'il tombe, on lui dit : « Je t'avais prévenu ! » À faire un rapprochement entre des « troubles des conduites » pendant la petite enfance et l'avènement de problèmes plus tard, par exemple la délinquance, on procède de la même induction : « Vu son comportement à 36 mois, il risque de devenir délinquant. » Et chacun de s'appliquer à redresser le petit opposant, pour plus tard. C'est une façon efficace d'en faire un révolté ou un transgresseur. Depuis 60 ans, les sciences de l'éducation et la psychologie des enfants l'ont montré.

Plus les enfants sont jeunes, plus leur vécu et leur personnalité sont tissés au vécu et à la personnalité de ceux qui les entourent. Plus aussi ils réagissent avec tout leur être à ce qui leur est donné de vivre. Le tout petit est un sensible global, plurimodal, tout vécu est psycho-corporel. Ce qui signifie que l'on doit faire attention à ce que ressentent, pour l'enfant, ses parents et les professionnels qui l'entourent. On sait combien les projections parentales, l'enfant imaginé, sont le support de « l'éducatif » tout au long de l'enfance. La démarche de prévention prédictive est pathogène en ceci qu'elle a des effets directs sur les relations que professionnels et parents vont entretenir avec l'enfant.

L'enjeu de la prévention précoce, c'est que plus les enfants sont petits lorsqu'on intervient, plus les effets iatrogènes seront conséquents si l'on se trompe. C'est pourquoi il est prudent de trouver l'équilibre entre aider précocement et ne pas céder à la radicalité du « tout se joue avant... » que ce soit 6 ans, 3 ans ou même la naissance...

La prévention dans sa version catastrophique de prédictibilité tue la dynamique indispensable du « rêve d'un bel avenir pour son enfant » qui teinte la relation parents-enfants.

La « prédiction » cale une butée dans la fluidité des identifications du tout-petit. C'est une butée iatrogène : la spirale ascendante, aspirante du désir parental « on rêve qu'il devienne... », subit littéralement une perversion dès qu'apparaît le signifiant « risque ». Il risque de devenir ceci ou cela, il y a

un risque que... Plus ces projections négatives sont posées et calées tôt, plus elles sont efficaces à faire dépôt, ou point de cristallisation autour duquel d'autres matériaux vont s'accoler au cours de la vie. C'est un kyste qui grossit.

C'est surtout pour les moins de cinq ans que c'est déterminant à cause du marquage dans les bases de la structure de la personnalité. Avant cet âge, le niveau de conscience réaliste des enfants est encore diffus et leurs mécanismes de défense sont mal élaborés. Lors des périodes précoces qui préparent la symbolisation, et que l'on appelle aussi l'archaïque, il arrive que la structuration subisse des sortes d'entailles, de marquages. C'est pourquoi, si l'on intervient tôt et avec imprudence, les effets négatifs peuvent être « de taille ».

Concernant l'enfance, il est important de rappeler un autre mécanisme : celui des identifications. Or la clinique montre clairement que l'enfant s'identifie plus fortement aux représentations négatives qu'aux projections positives, pour deux raisons. L'inconscient manie mal la négation et l'enfant pressent la charge anxieuse des représentations que l'on a de lui et de son avenir. De ce fait, l'enfant s'agrippe plus à la « peur » qu'il devienne ceci qu'au « désir » qu'il devienne cela. C'est un constat courant des limites du projet éducatif que l'enfant s'identifie plus sûrement à ce que l'on craint pour lui qu'à ce que l'on souhaite pour lui. C'est en cela que l'effet Pygmalion se vérifie dans la vie. Et qu'il nous faut avant tout être prudent sur toute prévision négative sur le devenir d'un enfant. Son futur doit toujours rester ouvert.

LA PRÉVENTION MÉCANISTE ET PRÉDICTIVE

La prévention des difficultés psychologiques au cours du développement de l'enfant est certainement une priorité. La question porte sur la façon dont on la conçoit et l'applique. Or il semble que la prévention psychologique précoce dans sa version mécaniste et prédictive peut, si l'on n'y prend garde, dévier sous trois formes inaptées à saisir les enjeux psychiques de la petite enfance et des ses difficultés : la dérive médicalisante, la dérive sociologisante, la dérive pédagogisante. Chacune de ces dérives seront successivement présentées avec leurs soubassements théoriques et les outils de leur mise en pratique ainsi que les interrogations concernant les risques idéologiques qu'elles comportent.

Ce que nous appelons prévention mécanique est une forme de prévention plus communément appelée « programme de promotion de la santé mentale ». Elle est basée sur des programmes standardisés, qui sont présentés comme s'appuyant sur une démarche scientifique et sur des données probantes. Il s'agit d'une approche positiviste de la science appliquée au développement psychologique des jeunes enfants. La prévention mécanique a

pour ambition d'être généralisable, applicable à de grands nombres d'enfants et mise en place à moindre coût, car ses outils sont simples à utiliser et à évaluer. Ces outils sont le plus souvent des questionnaires de comportement, des grilles d'évaluation de compétence et des programmes standardisés d'habiletés sociales¹, de contrôle des émotions, de développement de l'empathie... Outils qui s'adressent aux enfants, aux parents et aux professionnels de l'accueil, de l'éducation et de soin.

Il va de soi que pour ceux qui doivent décider d'une orientation en politique de santé mentale, et la financer, ce mode de prévention qui se veut simple, économique, applicable par tous, à de grands nombres d'enfants est séduisant. Il l'est aussi pour les acteurs de terrain, qui sont aux prises avec les difficultés réelles des enfants et des institutions, leur complexité, et qui peuvent souhaiter des méthodes supposées rassurantes.

Prenons l'exemple du test informatisé de dépistage des troubles du comportement le «Dominique Interactif». Ce sont les enfants eux-mêmes qui, comme dans un jeu vidéo, cliquent sur les réponses aux 90 questions en moins de 30 minutes à l'issue desquelles le logiciel fournit des «profils» diagnostiques et des préconisations de traitement. Voici la définition que donne son auteur, Valla :

Le dépistage est une identification de problèmes non reconnus chez des personnes apparemment en bonne santé à l'aide de procédures rapides et peu coûteuses... L'administration des instruments de dépistage ne doit pas prendre plus de dix à trente minutes et doit pouvoir être effectuée par un personnel non spécialisé. C'est pourquoi les meilleurs instruments sont standardisés et très structurés. Les frais de personnel sont peu élevés, car le dépistage se fait en groupe... Le dépistage est similaire au «tri» ou «triage» médical, dans lequel les patients sont classés en trois groupes en fonction de l'urgence des soins dont ils ont besoin (Valla, 2006: p. 102).

On voit bien ici en quoi la prévention mécanique se présente comme une promesse, qui repose sur une idée simple : dépister les signes avant-coureurs des troubles du comportement dont l'évolution est supposée prédictible vers l'asocialité, l'échec scolaire..., le faire sur des grands nombres d'enfants, pour ensuite trier et orienter vers des prises en charge par des méthodes de promotion de la santé mentale. Cette démarche soulève la question de la prématurité des diagnostics et de l'effet de stigmatisation.

1. Cf. Centre de psychoéducation du Québec, *Programmes de promotion d'habiletés sociales*: <http://webprof.uqam.ca/plan_des_cours/DID-2091-20-E2004/Programmes%20Brindami%20et%20Fluppy.pdf>; Les amis de Zippy, *Pour augmenter les habiletés d'adaptation des jeunes enfants*: <<http://www.zippy.uqam.ca/description.php>>.

Cette approche se présente également comme une nouveauté scientifique. Elle favorise les actions ciblant des populations réputées *vulnérables* à partir de facteurs de risques psychosociaux. Mais la validité des notions de *population vulnérable* et de *facteurs de risques* fait question. Car ces facteurs de risques, qui s'appuient sur l'épidémiologie et la statistique, sont appliqués à un tout autre domaine que la maladie, soit celui de la prévention de difficultés psychiques en petite enfance.

Actuellement, en France, on observe une cohabitation entre une forme de prévention psycho-médico-sociale « en rhizome » qui s'est construite progressivement depuis l'après-guerre, et une forme de prévention de type mécanique qui s'installe depuis quelques années dans les services pour la petite enfance et les écoles. Cette approche suscite de vives critiques et le débat est en cours, révélé avec force depuis 2006² et nourri depuis par des travaux de part et d'autre³.

Mais, en réalité, quelles qu'en soient les orientations, la question de la prévention psychologique ne peut se poser hors d'un cadre qui intègre le fait que c'est à partir de ce qu'il est et grâce à ceux (et ce) qui l'entourent que l'enfant grandit et construit sa personnalité. Ceux qui entourent les enfants, ce sont leurs familles, les professionnels qui les aident à naître, à être en bonne santé, à devenir instruits et bien éduqués, ceux qui les gardent en l'absence de leurs parents, ceux qui les accompagnent quand la vie va mal, et quand le monde est trop injuste avec eux, qui les guident pour choisir leur voie... Mais tout autant, le social qui structure l'environnement de l'enfant. Or, suivant l'esprit qui les sous-tend, les pratiques sociales et éducatives influencent les relations intra- et intersubjectives, les façons de sentir, de penser, de faire et de parler. C'est pourquoi les actions de prévention précoce ne sauraient être décontextualisées et devenir affaire d'expertise ou de sciences appliquées.

Il y a opposition ici encore entre une prévention prévenante, qui accepte de reconnaître qu'elle construit une représentation, dans le champ des interactions sociales, et une prévention mécanique, qui prend ses fantasmes de connaissance du futur des enfants pour des réalités.

L'idée sur laquelle repose la prévention mécanique, qu'il existerait des normes objectives et universelles de développement psychologique ou des relations aux autres, fait abstraction des différentes conventions culturelles et

2. Le Collectif Pasde0deconduite s'est créé en janvier 2006, en réaction à un rapport d'expertise de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), qui préconisait le dépistage à 3 ans des troubles de comportement annonçant de futures délinquances, une idée qui fut reprise dans un projet de loi. Pasde0deconduite est un mouvement qui réunit les professionnels de la petite enfance en France, des chercheurs, cliniciens, médecins, enseignants... et des organisations familiales.

3. Le collectif Pasde0deconduite a publié quatre ouvrages. Cf. <<http://www.pasde0deconduite.org/spip.php?rubrique5>>.

sociales qui permettent de vivre ensemble. De même, l'idée que les comportements des petits enfants permettent de prédire leurs capacités et leurs agissements à l'adolescence et adulte est une conception linéaire, naturaliste du développement psychologique de l'enfant, qui revient à croire que l'enfant est comme il naît. En vertu de ce présupposé, quoi qu'il vive entre sa naissance et l'âge de 18 ans n'influerait pas. Comme s'il grandissait dans un bocal. L'enfance n'est-elle pas, précisément, cette phase de construction propice à tous les réaménagements de l'organisation psychologique ? Parfois, les enfants se stabilisent. Spontanément et l'on dira : « ça s'arrange avec l'âge ». Parfois, ils se reconstruisent à l'aide d'un coup de main et l'on dira que c'est l'éducation. Pour d'autres, c'est à l'aide d'un coup de pouce qu'ils évoluent mieux. Le coup de pouce, c'est la prévention. « Un nourrisson seul, ça n'existe pas », expliquait Winnicott. « Le bébé est dès sa conception un être de langage, aspirant à la relation interhumaine », renchérisait Françoise Dolto. C'est sur cette aspiration dépendante à l'autre chez le jeune enfant que la prévention précoce doit prendre sa source et ajuster ses pratiques avec délicatesse.

La prévention précoce au risque de médicaliser le mal-être

La prévention précoce des problèmes de relation et de comportement des enfants s'est appuyée *naturellement* sur le modèle médical de la prévention. Mais est-il pertinent, dans le domaine de la prévention psychologique de chercher à s'appuyer sur les notions de prévention primaire et secondaire, valables en médecine classique. De même, sur l'utilisation des classifications psychiatriques du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)* et sur l'appariement entre pédopsychiatrie et santé publique ?

Le modèle prédictif cherche à dépister la pathologie mentale en prenant modèle sur la démarche médicale, du vaccin, du dépistage précoce, et du repérage des facteurs à l'origine de la maladie. Mais est-ce transférable au développement des difficultés de socialisation, de comportement ou de développement psychologique ? On peut vacciner contre la tuberculose, mais pas contre la psychose.

Que signifie intervenir tôt lorsqu'il s'agit du psychisme ? Qu'est-ce qu'intervenir tôt dans l'apparition d'un problème ? Avant ? Mais pourrait-on « prévenir » un enfant des effets sur lui du vécu, de l'histoire de sa famille ? Pourquoi ce nouveau ciblage des méthodes sur la petite enfance ? Vouloir intervenir tôt dans la vie de l'enfant prend appui sur le postulat d'une maturation par stades du développement de l'enfant. Les stades sont conçus ici comme des déroulés normalisables en développement continu, à l'image de la taille et du poids, tandis que le développement psychologique participe

davantage de processus imbriqués les uns dans les autres et avec des allers et retours nécessaires. Un progrès s'accompagne souvent d'une régression momentanée dans une autre sphère de la personnalité qui se remanie en même temps. La marche, par exemple, réactive les angoisses liées au sevrage ou à la séparation. C'est pourquoi le petit marcheur exige paradoxalement d'être porté.

La prévention psychologique ne saurait se rabattre sur le dépistage des troubles et le repérage des signes avant-coureurs de ces troubles, fût-ce avec le concours des outils qu'elle s'est forgés, à savoir les grilles de comportements, les référentiels de bonnes pratiques et les médicaments.

Pensée et pratiquée selon ce modèle médical, la prévention précoce des difficultés des enfants comporte des risques idéologiques. La médicalisation du mal-être des enfants qui convoque la prévention mécanique dans le champ de la santé mentale est renforcée aujourd'hui par l'utilisation des neurosciences. On pourrait formuler ainsi ce à quoi elle mène **« c'est pas moi qui me comporte ainsi, c'est mon cerveau »**. Ici guette le retour d'un déterminisme biologique, fût-il neurologique et génétique, qui mène à une lecture des difficultés des enfants en termes de programmation ou d'anomalie.

Le mécanisme auquel on assiste aujourd'hui est le report sur la santé mentale des questions d'éducation et d'apprentissage, mais aussi des problèmes de société, de justice ou d'ordre public. Si c'est à la santé mentale que revient la mission d'adaptation sociale, alors on comprend mieux en quoi la prévention mécanique a une telle volonté d'hégémonie et de généralisation. Mais alors la prévention et la santé mentale ne seraient-elles pas en danger d'instrumentalisation vers des missions de contrôle des individus, des familles et des institutions ? L'histoire a montré que c'est risqué.

Le DSM en prévention ou quand ce qui ne se voit pas ne se traite pas

Il ne saurait ici être question de réfuter l'utilité des diagnostics en pédo-psychiatrie, des nosographies ou nomenclatures qui leur servent de base. Néanmoins, certaines formes de diagnostics méritent d'être interrogées, notamment leur utilisation en prévention précoce. Une grille de comportement toute seule ça ne mord pas, mais ça donne des idées, *« des préventions »* à ceux qui les manipulent, des *a priori*. Ça transforme le regard et le projet sur l'enfant, alors ça le transforme, lui, dans l'orientation de sa personnalisation naissante.

Nous nous centrerons sur trois « troubles », fréquemment attribués aux enfants et de plus en plus petits, et qui concernent les familles et les personnes qui s'en occupent au quotidien : le trouble des conduites (TC), le trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) et le trouble oppositionnel avec provocation (TOP).

Conçus au départ pour des enfants consultant en psychiatrie, ces trois diagnostics sont aujourd'hui déviés vers une utilisation en dépistage, c'est-à-dire posés pour des enfants du tout-venant, en collectivité, garderies, école. Il arrive même que ces diagnostics soient posés avant trois ans. L'idée qu'il faut les dépister tôt et les traiter vigoureusement s'appuie sur l'hypothèse qu'ils seraient « prédicteurs » d'une évolution vers des déviations, comme la violence ou la délinquance (Expertise collective, 2005). Ces trois entités nosographiques, TC, TDAH et TOP, figurent dans le DSM IV, ou manuel diagnostic et statistique des troubles mentaux, version IV⁴. La plupart des pédopsychiatres français sont très réservés à l'égard de cette classification et utilisent plus volontiers la Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (CFTMEA) validée par l'INSERM, car elle est plus proche de ce qu'ils rencontrent dans la réalité de leur clinique avec les enfants. Les mêmes récusent la fiabilité du trouble des conduites et sont très précautionneux quand ils posent un diagnostic de TDAH, bien que certains services hospitaliers se soient spécialisés ces dernières années dans cette problématique.

Avec le DSM, ce qui ne s'observe pas dans le comportement et ce qui ne se mesure pas peut passer pour absent. L'une de ses limites est de ne pas bien rendre compte de l'organisation psychopathologique d'une personne. Or, ce qui ne se mesure pas, qui n'est pas évident, est justement l'origine de la souffrance psychique qui elle-même est l'outil de la fabrication des symptômes. Le symptôme n'étant à son tour que la partie visible de l'iceberg, une protubérance à partir de laquelle, si on en reste là, on ne peut ni comprendre, ni traiter, ni prévenir le problème. À moins de prendre le sommet pour la racine, l'effet pour la cause. C'est d'ailleurs ce qui se passe pour l'hyperactivité et les problèmes de l'attention.

Comment prétendre résoudre les difficultés psychologiques d'un enfant, sans prendre en compte les rapports de l'environnement, les modes de vie et d'éducation, sans en même temps chercher à comprendre ce qui se joue de façon masquée, y compris à lui-même, dans sa famille, son école

4. La première version en français fut publiée en 1986 chez Payot. La version IV est quant à elle parue en 1996, aux Éditions Masson. Cf. American Psychiatric Association, Marc-Antoine CROCO et Julien Daniel GUELFY (2003). *DSM IV-TR: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Paris, Masson, 4^e édition.

autant que sa santé, les mécanismes inconscients, son développement psychologique, physique, moteur, en fonction de tout ce qui l'entoure et le détourne ? N'est-ce pas ce qu'on veut dire lorsqu'on parle d'enfants qui ont mal tourné ?

Dans l'équilibre psychique en construction chez l'enfant, ce qui est central est masqué : ce que les cliniciens appellent aussi l'intrapsychique et l'interrelationnel, sans oublier le champ imaginaire, les représentations et les fantasmes (c'est-à-dire toute la subtilité et la complexité des contradictions, des dissociations internes et avec l'extérieur que chacun connaît). Ces matériaux psychologiques sont accessibles par une écoute spécialisée du discours, par des observations fines et sur la durée. Tout cela complété si besoin par des tests spécifiques. Un diagnostic nécessite d'être réalisé par des psychologues, psychiatres, pédopsychiatres, avec l'aide d'orthophonistes, psychomotriciens, pédagogues, et autres spécialistes avertis des complexités de la psychopathologie, formés au repérage, justement de ce qui ne se voit pas et ne se dit pas. Poser un diagnostic exige un questionnement pluridisciplinaire, du temps et de la prudence. Même si les interrogations ne trouvent pas toujours leur réponse, le questionnement bienveillant des adultes peut déjà présenter pour l'enfant un gain thérapeutique. Une rencontre entre deux questionnements est plus féconde qu'entre deux certitudes. En effet, l'enfant aussi se pose des questions : « Pourquoi je fais ça ? Qu'est-ce qui fait que je suis comme ça ? Pourquoi c'est toujours moi qu'on gronde ? Pourquoi je rate ? Pourquoi on ne m'aime pas ? » Pour l'enfant, son état, son comportement, ses actes peuvent être vécus au mieux comme une énigme, au pire comme une fatalité. Et ce, même s'il s'excite comme un fou, se bat contre tout et refuse de penser. On oublie aujourd'hui qu'être un enfant terrible n'empêche pas d'avoir mal de vivre.

Une société qui médicalise ses problèmes

Cette conception neurobiologique de l'agitation et de la dispersion des enfants, répercutée par les parents et les enseignants, est nourrie par une tendance actuelle occidentale à individualiser et médicaliser la souffrance psychologique, la souffrance sociale et les dysfonctionnements des institutions. Les médicaments psychotropes administrés à des enfants de plus en plus jeunes seraient la solution la plus simple⁵. Mais est-ce bon de faire simple quand c'est complexe ? L'équilibre psychologique d'un enfant, est-ce seulement simple ?

5. Cf. M. GAZUT et F. CLÉMENT (2011). *Ritaline, enquête sur une pilule miracle*, reportage diffusée à la télévision suisse romande TSR1, 3 mars, 56 min 53 s. En ligne : <<http://www.tsr.ch/emissions/temps-present/sante/2904010-ritaline-enquete-sur-une-pilule-miracle.html>>, consulté le 13 juin 2011.

Contrairement à l'idée de symptôme psychologique, qui évoque la maladie, la logique du trouble mental renvoie à l'idée d'un défaut, d'une anomalie, dont il convient de se débarrasser. D'une disgrâce qu'il convient de cacher. Les techniques rééducatives du comportement, le traitement par psychotrope, deviennent applicables aux comportements gênants, aux problèmes rencontrés dans la scolarité, le couple ou le travail, à ce qu'on appelait les difficultés de vivre et les crises existentielles.

Avec la prescription médicale, l'hypothèse d'une détermination neuro-biologique se trouve renforcée par le raisonnement suivant : puisque ces substances chimiques agissent sur les comportements, alors c'est que les comportements humains sont déterminés par les neurones et les gènes. Là encore, la démarche de pensée se veut simple, mais peut conduire à une dé-subjectivation. Donner la possibilité de penser « ce n'est pas moi, c'est mon cerveau » n'est pas pour rien dans le succès de la logique biologique en psychologie.

Or ce n'est pas de dé-subjectivation que les patients ou leurs familles ont besoin, mais de déculpabilisation. Certains pensent que la médicalisation et la biologisation déculpabilisent, ce n'est pas démontré sur le long terme. Ce n'est pas en culpabilisant les parents, ou les éducateurs, qu'on aide les enfants, mais il ne faudrait pas non plus que pour déculpabiliser les adultes, on en vienne à culpabiliser les enfants.

Le mécanisme auquel on assiste aujourd'hui est le report sur le médical des questions de justice, de police, d'organisations du social, des problèmes de l'éducation et de scolarité. Cette médicalisation des comportements, ce doping de l'adaptation sociale et des performances cognitives, physiques, reflètent un déni de notre société moderne à haute performance technologique, déni de l'humanité lorsqu'elle se présente lors des passages vulnérables, de déstabilisations, et de la folie de quelques-uns. Cherche-t-on à se protéger d'un sentiment de la folie du monde ?

L'insistance actuelle sur la nécessité de prescrire des médicaments n'est sûrement pas sans rapport avec l'appauvrissement budgétaire des services de psychiatrie. La psychiatrie se situe normalement dans le présent de la personne en résonance avec son histoire passée. Son travail étant de restituer le sens du symptôme, de traiter la personne souffrante et, ce faisant, de la protéger, ainsi que les autres, des agissements provoqués par sa pathologie. La psychiatrie se retrouve convoquée à anticiper, donc à prédire, dans l'illusion de réduire les risques au service de la société ou des assurances. En tout cas au service du fantasme de risque zéro, que l'on veut nous faire prendre pour une réalité. Ce qui est une folie.

La prévention précoce au risque d'une dérive sociologisante

La prévention précoce, à juste titre, cherche à intervenir le plus en amont possible des difficultés et pour les enfants qui en ont le plus besoin. Pour cela, il s'agit d'intervenir avant même l'apparition des signes avant-coureurs d'une difficulté naissante, là où les conditions de vie, d'éducation, de santé comportent des risques de perturbation du développement et de la relation. C'est ce qu'on appelle une prévention ciblée sur des populations réputées vulnérables, des familles réputées à risques.

Cette démarche a priori pertinente n'en soulève pas moins quelques questions quant à ses modalités pratiques, ses outils, ses références théoriques et ses risques idéologiques.

Elle s'appuie sur les références à la sociologie des populations, l'écologie du développement (Bronfenbrenner, 1979) et la psychologie communautaire (Dufort et Guay, 2001). Ses outils pour se repérer sont l'épidémiologie, la statistique et les probabilités. Ses outils pour opérer sont les programmes standardisés applicables en masse, à de grands nombres. Mais à cibler des groupes sociaux, des secteurs d'habitation, sur la base de ces outils, ne risque-t-on pas une dérive sociologisante de la prévention psychologique ? Risques idéologiques de voir revenir là encore, sous une forme revisitée, la pensée déterministe du XIX^e siècle ? Sous le vocable de population à risque ne se nicherait-il pas l'idée d'un déterminisme social ou ethnologique de l'adaptation, celle de groupes sociaux ou familiaux plus pathogènes que d'autres : la vieille idée des classes dangereuses (Chevalier, 2002) ?

Dans cet esprit, la prévention mécanique attribuée à ces populations « à risques » qu'elle va « cibler » des caractéristiques éducatives et psychologiques spécifiques. On est là sur la pente des conceptions naturalistes déjà dénoncées plus haut selon lesquelles « on est comme on naît », mais qu'on peut aussi reformuler comme : « **on est comme là où l'on naît** ». Ce qui revient au même en termes de prédictivité de la démarche de prévention.

Cette démarche est d'autant plus problématique que, si l'on y regarde de plus près, la prévention prédictive des troubles du comportement des enfants prend sa source dans des études épidémiologiques et statistiques portant principalement sur des délinquants. L'idée est de cibler le problème de la délinquance en se centrant sur des types de populations statistiquement plus susceptibles de l'engendrer. Mais, en réalité, on dépiste non pas le problème, mais les critères de risques, les facteurs qui renforcent sa probabilité d'apparition dans le futur.

Il y a dérive quand on déporte la démarche et que l'on considère les critères qui doivent attirer l'attention et l'offre d'aide aux familles comme des facteurs déterminants de problèmes ultérieurs. La prévention avance alors vers la présomption et débouche sur des formes d'aides plus ou moins imposées et contrôlées (Bockel, 2010), au nom du bien de l'enfant et de la protection de l'ordre et de la sécurité publics.

Cette approche de pensée prédictive de la prévention mécanique crée un angle aveugle sur les problèmes à traiter et met en péril des préventions possibles. L'hypothèse d'un facteur génétique ou neurobiologique à l'origine des problèmes et le ciblage à partir de statistiques limitent le champ par une désignation socioculturelle des « populations à risque » : milieux défavorisés, personnes immigrées, mères jeunes et isolées...

On oublie que, s'il est certes plus difficile de vivre dans la pauvreté, le déracinement et l'isolement, ce n'est pas une raison pour, concernant la psychologie des enfants, amalgamer les facteurs héréditaires, biologiques, les facteurs sociaux et culturels, et les facteurs éducatifs et psychologiques.

Certes, les ruptures familiales, les dépressions des parents, la précarité, le chômage et l'alcoolisme ou la drogue ont des répercussions sur l'état psychologique des enfants, autant que l'éducation et les valeurs qu'ils reçoivent dans et hors de la famille. Mais pourquoi ne pas agir sur ces facteurs qu'on appelle les facteurs de risques au lieu de psychologiser les problèmes d'éducation et de société, quitte à psychiatriser le mal-être des enfants ? En tant qu'éducateurs, parents, psychologues, soignants, pourquoi accepterions-nous à ce point de renoncer à nos fonctions et de laisser des programmes de santé mentale rééduquer les petits et les jeunes avant même qu'on ait eu le temps de les comprendre, de les éduquer et de les guider en fonction de qui ils sont ?

Par ailleurs, outre les effets là encore de stigmatisation, des groupes ou des quartiers défavorisés, l'expérience montre que le travail n'est possible que sur la base d'un partenariat et d'une confiance construite dans le temps et hors des logiques de pressions, contrôles, contraintes, sanctions. Le ciblage de programmes ou de services sur ces familles exclusivement comporte le risque de renforcer leur méfiance. À celle-ci s'ajoutent les mécanismes de peur ou de honte qui amènent certaines à fuir les dispositifs et les institutions de prévention, de soin et d'aide qui leur sont destinés.

La logique du ciblage des populations et des troubles occulte une autre réalité. La modestie des moyens économiques n'empêche pas un parent d'avoir une ambition et des repères pour élever ses enfants. Quant aux processus inconscients des enjeux de la filiation, ils sont présents dans tous les types de famille. La normalisation des familles, leur intégration dans

l'emploi et la société, leurs revenus confortables et leur sécurité matérielle ne signifient pas forcément l'absence de violences intrafamiliales de certaines⁶, de défaillances éducatives, de démission parentale, ne signifie pas non plus l'absence de l'alcoolisme ou la toxicomanie. L'adultère, les grossesses non désirées, le tabagisme prénatal, l'indisponibilité pour les enfants ou l'invalidation des enseignants ou des pouvoirs publics ne se rencontrent-ils pas dans les classes moyennes ou les milieux favorisés ?

Les acteurs de l'éducation et de la prévention du social sont, en France, peu enclins à appuyer leur travail sur l'idéologie des déterminismes biologiques, génétiques, et socio-ethnologiques des comportements humains (Neyrand *et al.*, 2003). L'idée que des milieux sociaux seraient plus pathogènes que d'autres, sans approfondir en quoi et comment y remédier, serait pour eux une démission de la pensée, un déni de responsabilité civile, publique, politique.

Une prévention psychique au risque d'apprentissages de conformité

Après avoir mis l'accent sur les risques de déviations médicalisantes et sociologisantes d'une prévention précoce d'orientation positiviste, de type mécanique et prédictive, ajoutons la tendance à l'apprentissage des prises en charge des difficultés relationnelles, sociales des jeunes enfants. L'ambiguïté du concept de psychoéducation est ici renforcée par l'illusion que les processus qui président à l'installation de ces difficultés sont du domaine des apprentissages. Le principe de cette psychoéducation est simple : aller bien, ça s'apprend, donc ça s'enseigne ou ça s'entraîne. Il y a là une forme de désobjectivation qu'un petit patient formula ainsi : « **c'est pas moi, c'est mon moi qui sait pas** ».

6. « Les facteurs psycho-affectifs prédominent sur les facteurs socio-économiques [...] ».

- Si l'absence d'activité professionnelle des mères (et non le chômage) semble être un facteur péjoratif, il est de plus en plus admis que c'est le défaut d'attachement à la naissance entre les parents et le jeune enfant, plus que des facteurs d'ordre économique, qui constitue le plus grand facteur de risque de négligence et de mauvais traitements ; les situations médicales telles que la grande prématurité, source d'hospitalisation néonatale prolongée, ou la dépression du post-partum, sont particulièrement dangereuses pour l'établissement du lien mère-enfant.
- Ces problèmes traversent toutes les classes sociales et c'est dans l'objectif d'identifier ces familles vulnérables qu'a été mis au point l'entretien du 4^e mois de grossesse, proposé de façon systématique, en population générale, à l'ensemble des femmes enceintes et à leur compagnon lorsqu'il est accessible.
- Dans le cas des néonaticides faisant suite à des grossesses non désirées, non déclarées et non suivies, le principal problème semble être celui de l'isolement social ou de l'extrême solitude morale de femmes qui ne peuvent pas se confier au conjoint ou à la famille. »

Tiré de A. TURSZ et P. GERBOUIN-RÉROLLE (2008). *Enfants maltraités : les chiffres et leur base juridique en France*, Paris, Lavoisier, p. 25.

Cette prévention préconise des programmes de « promotion de la santé mentale » (Missonnier, 2011) qui visent le développement des compétences sociales, le contrôle des émotions, les mécanismes d'auto-régulation, les comportements prosociaux... L'enfant modifierait ou développerait les « compétences » comportementales attendues à l'aide d'outils standardisés, qui facilitent la répétition sous des formes variées, par training. La plupart des méthodes prévoient aussi un volet parents et un volet enseignants ou professionnels de l'enfance. Déclinons de la même logique : être un bon parent, un enseignant adaptatif, ça s'apprend : il suffit d'être formé à l'application des bons outils et méthodes que des « grands scientifiques », des « spécialistes du sujet » ou « des experts du domaine » ont pensé pour eux.

Les outils qui versent la prévention psychique du côté des apprentissages comportementaux des liens adultes-enfants sont des sessions de formation : des enfants aux habiletés sociales, des parents aux habiletés parentales, de tous au contrôle des émotions, du stress, à l'application de guides de bonnes conduites. Mais s'interroge-t-on sur ce qui est à l'origine de l'émotion réputée déplacée ? Sur ce qui est à l'origine des stress auxquels les enfants, de plus en plus jeunes, sont exposés ? Et qui décide de ce qu'est une bonne conduite éducative en dehors du contexte, de sa particularité, des différences individuelles, culturelles, sociales ?

Cette pédagogisation des conduites relationnelles, cette logique du training de l'être conforme, prend son inspiration dans le champ théorique de l'éthologie du comportement, avec le risque idéologique d'un aplanissement de la distinction homme/anima. Cet aplanissement cache plus ou moins implicitement la pensée d'un déterminisme « instinctuel » des comportements qu'il faut domestiquer. Cette pédagogisation s'inspire également des théories de l'apprentissage par objectif et des formations des managers dans les entreprises depuis les années 1970 : résolution des conflits, gestion du stress, des émotions et de la motivation, techniques de communication non violentes... Sur ce dernier point, il est intéressant de constater qu'au moment où les services sociaux et de soin empruntent aux entreprises leurs valeurs de performance, efficacité, gestion, compétition, l'entreprise fait l'inverse. Ses innovations managériales les plus récentes viennent se nourrir de l'expérience humaniste et sociale des services sociaux : importance du développement des personnes, importance des échanges gratuits entre personnes au sein de communautés vivantes, importance d'une sensibilité large à l'environnement et au long terme (Lukacs, 2008).

Pourquoi aurait-on besoin de méthodes standardisées ?

La responsabilité des métiers de la petite enfance est grande concernant le choix de leurs méthodes de travail. Les enfants petits sont vulnérables. Ils sont fragilisés intérieurement par les techniques de modelage des comportements, qui peuvent s'apparenter à un dressage, un conditionnement des attitudes et, de ce fait, peut produire les effets inverses de ceux recherchés. La pédagogie prédictive, « sécuritaire », qui consiste à promouvoir très tôt les bonnes habitudes du conformisme social parce que ce serait une garantie pour plus tard, est une fausse piste : apprendre trop tôt et trop fort le même comportement pour tous, compresser les étapes de l'égocentrisme primordial, qui mène du moi-moi au moi-je puis au nous, entaille la structure de la personnalité. C'est une blessure qui resurgit un jour, parfois justement sous la forme d'une rébellion, ce qui n'est pas un mal en soi. Sauf si l'enfant le paie en ne sachant plus recevoir et offrir de l'amour et du lien avec les autres. Une revendication à être différent, unique, pas comme les autres n'est pas une pathologie en soi. Mais une pathologie peut s'installer si l'enfant fait l'expérience qu'il est stigmatisé, classé, catégorisé, mesuré, observé. Alors le groupe, parangon de la société, est vécu comme mauvais, injuste, aliénant, ou persécuteur.

Les précoces prises en charge et les méthodes d'apprentissage utilisées dans la prévention mécaniste posent en effet problème quant à l'organisation psychique des enfants, en cours de construction. Dès 3 ans, enseigner à travers des méthodes et des outils formatés⁷, même de façon ludique, la communication, la relation, revient à initier les enfants à l'artifice, celui de l'utilisation de codes, sans la symbolique qui les sous-tend. Symbolique qui s'instaure, justement, par le jeu spontané si l'enfant est placé dans de bonnes conditions affectives et environnementales. Avec les codes du langage verbal et non verbal, par le chemin créatif de l'expérience affective, les enfants acquièrent, copient et inventent leur propre capacité à parler. C'est le temps un, incompressible, structurel et non pédagogique, toile de fond de l'appétence humaine à relationner avec un autre humain.

7. Cf. Le programme de Brindami de « développement des habiletés sociales et d'autocontrôle » pour les enfants de 2½ à 4 ans qui sont en garderie et à la maison (Centre de psychoéducation du Québec) : <http://webprof.uqam.ca/plan_des_cours/DID-2091-20-E2004/Programmes%20Brindami%20et%20Fluppy.pdf> ;

Projet d'implantation en France du Programme de développement des habiletés sociales et des habiletés de régulation des émotions pour les enfants ;

Formation pour l'expérimentation en Île-de-France du programme de développement des habiletés sociales pour les enfants de 3, 4, 5 ans... (Brindami, Fluppy). Ce programme vise l'apprentissage de comportements sociaux et la prévention des comportements violents. Développé par le Centre de psycho-éducation du Québec (CPEQ) et le Groupe de recherche sur l'inadaptation sociale chez l'enfant (GRIP).

Dans les sessions d'habiletés sociales avec outil pédagogique préformaté, c'est d'une autre catégorie de langage qu'il s'agit. Ce terme « habiletés sociales » d'ailleurs porte sens, car il dit bien où est l'objectif : la forme attendue⁸. L'habileté renvoie au maniement des codes de relation, pas aux encodages des relations elles-mêmes. Savoir manier des gestes et des mots, pour **avoir des habiletés sociales**, pas pour **être socialisé**. Le problème que nous pointons ici est de même nature avec la logique des programmes de « contrôle ou gestion des émotions ». Car ils plaquent sur le petit enfant le traitement de l'affect tel qu'il est déjà construit chez le grand enfant ou l'adulte. Avant environs 5 ans, le statut des affects n'est pas le même. Il n'est pas un encombrement à se conduire bien, il est un moteur de développement des compétences et du lien aux autres. Encourager des enfants à mettre en mots l'expression de leurs sentiments, peurs, angoisses, colères, jalousies, envies, plutôt qu'en gestes et en actes, c'est ce qui se pratique partout déjà. Il n'est pas de puéricultrice, d'éducateur de jeunes enfants, ou d'instituteur qui ne pratique cette éducation précoce même si ce pourrait être perfectible. L'intérêt de l'intervention *in situ* de l'adulte, c'est qu'elle est, justement, affectivement contextualisée par l'enfant et l'adulte. C'est alors plus subjectivant pour l'enfant ou les enfants qui sont en train de vivre la situation, et la charge affective, médiatisée par la parole et la régulation de l'adulte, sert de vecteur d'intériorisation de la conduite valorisée.

Pourquoi a-t-on tant besoin de ces méthodes – produits standardisés ? Pourquoi est-on si pressés de formater les modalités des relations sociales des petits enfants ? On semble ici vouloir ignorer que c'est parce que le petit enfant va être autorisé à développer ce « moi-je » différencié qu'il saura donner en échange le « moi je suis d'accord » pour être avec et faire comme les autres. Toutes les pratiques qui consistent à inculquer trop tôt, et avec des moyens trop collectifs, des attitudes, des façons de se comporter, de communiquer, sont contradictoires avec l'assurance qu'il recherche de sa propre expression, de sa propre sensibilité, de sa propre identité. L'adaptation au groupe, à la collectivité, se fait en même temps que le développement de l'individualité est reconnu et soutenu. Trop de pression à s'adapter à un contexte, à des règles, à des normes entrave les processus de subjectivation des bases de sécurité : Comment je m'appelle ? Est-ce que je suis un garçon ou une fille ? De qui suis-je le fils ou la fille ? Ai-je le droit de dire non sans craindre de disparaître, d'être rejeté ? Ce n'est qu'à partir du moment où les assises de l'individualité sont campées que l'enfant peut s'adapter, au sens

8. Le programme Les amis de Zippy a été créé pour les enfants de 6 et 7 ans et vise « l'acquisition de mécanismes d'adaptation » (<<http://www.zippy.uqam.ca/description.php>>). Le programme est diffusé par l'association « Partnership for Children ». Il est présenté comme un programme novateur de promotion de la santé mentale en milieu scolaire visant l'ensemble des enfants de 6 à 7 ans. Cf. <www.partnershipforchildren.org.uk>.

normatif du terme, concéder d'offrir au groupe les comportements qu'il valorise, sans en être perturbé en profondeur. En appui sur les bases d'une assise interne, il pourra sans dommages pour sa structure mentale mettre au repos les revendications de son ego au sein d'une collectivité. Ces processus marquent une différence entre le conditionnement-dressage et la socialisation structurante des jeunes enfants.

Quand on enseigne trop tôt à l'enfant des attitudes, des langages et des comportements, il s'agit de conditionnement. Trop tôt pour ses capacités de représentations du jeu social. Si l'on ne prend pas en compte la durée nécessaire aux processus internes de développement, alors l'éducation est rabattue vers le dressage par le conditionnement. L'enfant fera et dira peut-être ce qu'on lui demande, mais sans en passer par les tâtonnements, expériences en essais et erreurs qui lui rendent pensables, réflexives et intelligibles ses acquisitions. Capacité à se faire comprendre, contrôle de l'agressivité, et erreurs et impulsivités sont inter-agissantes. On peut conditionner un jeune enfant, mais ce faisant on lui apprend aussi à agir sans penser. Ainsi, **en voulant inculquer aux enfants des comportements par le biais de leçons d'«habiletés sociales», et à rabattre leurs émotions, de plus en plus tôt, on fait exactement ce qui engendre des pathologies de l'agir. Le comportement n'est pas régulé par les opérations liées de la sensibilité et de la pensée.**

UNE PRÉVENTION PSYCHOLOGIQUE PRÉVENANTE ET EN RHIZOME

À partir de l'angle psychologique et clinique, nous avons montré en quoi une prévention psychologique d'orientation mécanique et prédictive peut exposer les enfants et les familles à des dérives épistémologiques et idéologiques qui peuvent avoir des conséquences négatives sur eux.

Une autre forme de prévention précoce répond avec plus de sûreté aux objectifs d'aide et de prévention des psychopathologies chez l'enfant et l'adolescent. La prévention que nous nommons «en rhizome» est une pratique en réseaux et c'est de la profondeur qu'elle opère. Il s'agit d'une prévention prévenante (Delion, 2008; Collectif Pas de conduite, 2011a) d'aide aux enfants en difficulté, efficace, car globale, prévenante, humanisante et éthique. Une prévention pluridisciplinaire, non stigmatisante, à visée «universaliste»: elle se veut généraliste, ne se limite pas à cibler telle population ou tel trouble en référence à une norme (Bellacabane et Suesser, 2009). Ce modèle de prévention repose sur une conception psychodynamique du développement de l'enfant en interactions entre individu et environnement autant que processus psychiques internes et expérience vécue.

La prévention en rhizome tient sa pertinence du fait que ses actions de préventions sont diffuses, au sens de distillées largement et, le plus souvent, discrètement. La prévention en rhizome s'effectue à travers des services et dispositifs qui, justement, portent peu souvent l'appellation de programmes de prévention. Il s'agit d'actions généralistes, non ciblées, multidimensionnelles, locales, créatives, d'interventions souples, attentionnées, ouvertes, subjectivantes qui développent la socialisation des enfants avec les autres et en soi.

D'orientation humaniste, nous définissons la prévention *en rhizome*, comme **toute démarche qui consiste à éviter des dommages occasionnés à la dimension humaine dans la personne**. Cela en prenant soin de sa dignité et en soutenant sa capacité à renouer la confiance. Elle peut se pratiquer partout. Dans les institutions, les services, c'est ce qu'un enseignant, un médecin, un juge, un policier peuvent faire dans ce sens, à la place qu'il occupe, avec le métier qui est le sien, et les médiations relationnelles qu'il peut forger. C'est s'interroger sur ce que lui-même et avec les autres peuvent proposer pour éviter, amoindrir, les dommages causés à l'humanité dans la personne, quand l'enfant traverse une étape difficile, ou est confronté à la solitude, la maladie, la rue, la violence, le handicap, la pauvreté, la mort...

La question que se pose cette prévention n'est pas « comment débusquer ? », mais « comment entourer ? », n'est pas « comment adapter ? », mais « comment étayer, sécuriser, re-socialiser ? ». Comment soutenir, accompagner et donner sens à cette démarche pour les familles, les équipes et les décideurs des politiques sociales et de santé ?

Une prévention humaniste sur trois registres d'action

La prévention humaniste s'effectue à travers des services et dispositifs qui, justement, portent peu souvent l'appellation de programmes de prévention et sont même menés bien au-delà des seuls services publics, privés ou associatifs dont la vocation est la protection, la prévention et l'aide à l'enfance. C'est pour ça que ça marche, c'est aussi pour cela qu'on a du mal à les évaluer en tant qu'action de prévention des psychopathologies sauf à construire des outils de mesures spécifiques. C'est là le nœud des attaques qu'elle subit en France actuellement⁹. Cette prévention diffuse agit sur trois registres, qui ne recouvrent que partiellement les registres médicaux de prévention primaire, secondaire et tertiaire.

9. Cf. Expertise collective (2009). « Promotion de la santé mentale », dans *Santé des enfants et des adolescents : propositions pour la préserver*, Paris, Institut national de la santé et de la recherche médicale, 2^e édition, 143-151 ; G. MALOCHET (2010). *La prévention précoce : entre acquis et controverses, quelles pistes pour l'action publique ?*, Note d'analyse 205, Paris, Centre d'analyse stratégique.

REGISTRE 1 : *Accompagnement de la vie quotidienne des familles*

Il peut être considéré comme une forme primaire de prévention psychologique dans la mesure où il consiste à créer les conditions suffisamment bonnes pour que les enfants grandissent au mieux. Citons quelques exemples en périnatalité : la manière dont des parents seront reçus, écoutés et soignés au moment du suivi de la grossesse (Szejer et Stewart, 1994), l'aide à la mise en place de l'allaitement maternel ou au contraire au renoncement à cet allaitement, le suivi pédiatrique des enfants...

C'est autour de ces questions que les familles vont croiser des personnes prévenantes ou pas. Prévenantes, au sens où elles seront suffisamment formées, professionnelles, pour être pertinentes, mais suffisamment disponibles et non normatives pour être justes dans leurs interventions.

Parmi les exemples les plus emblématiques de cette approche française, citons les « Maisons vertes »¹⁰, les lieux d'accueil parents-enfants et tout ce qui contribue à améliorer la qualité des modes de garde (Giampino, 2007). En premier lieu, leur compréhension approfondie de la dimension psychique dans les relations avec l'enfant et les parents : l'entrée progressive de l'enfant dans son mode de garde, l'attribution d'une personne de référence pour chaque bébé, des personnes qualifiées en nombre suffisant, la présence de psychologues dans les lieux et les services, sont des préventions des problèmes de séparation, individuation, socialisation (Delouvin, 2006).

On trouvera les mêmes grands principes de prévention dans l'aménagement de l'entrée à l'école maternelle, préparée, progressive, pour des enfants pas trop jeunes, accueillis par des instituteurs aidés, avec des effectifs raisonnables, des pédagogies qui prennent en compte la dimension psychique à l'œuvre dans les processus de socialisation et d'apprentissage. Au-delà de l'école maternelle, c'est le vécu de l'école en général qui peut être profitable au développement global des enfants, les épanouir, ou au contraire les déstabiliser.

Depuis les groupes de paroles de pères dans les maternités et les actions qui permettent aux mères de garder le contact avec les personnes qui ont accompagné leur grossesse et la naissance, jusqu'aux centres sociaux, aux espaces associatifs de loisirs, d'entraide. Ce sont, en fait, les formes proposées d'actions ou d'animations qui associent les familles d'un secteur,

10. La première Maison verte a été créée sur l'impulsion de Françoise Dolto. Un grand nombre ont suivi. Une recherche sur les Maisons vertes en France rend compte de la diffusion de cette pratique et de sa pertinence en matière de prévention psychologique. Pour en savoir plus, consultez : <www.lefuret.org> et M. H. MALANDRIN et C. SCHAUDER (2009). *Une psychanalyste dans la cité : l'aventure de la Maison verte*, Paris, Gallimard, 11-105.

quelle que soit leur catégorie sociale¹¹, les aident à mieux se connaître entre elles, et à mieux connaître les professionnels qui peuvent les aider. Offres qui encouragent parents et enfants à développer des situations bénéfiques à leur équilibre personnel, leur développement et leur socialité.

REGISTRE 2 : *Soutenir lors des aléas de la vie ordinaire*

Il s'agit d'organiser les services de manière à augmenter les chances pour que les enfants qui en ont besoin fassent la bonne rencontre à la bonne place au bon moment. À chaque fois qu'une telle rencontre a lieu, elle produit un gain d'humanité pour les deux.

Un enfant peut se trouver perturbé lors d'une étape normale de son développement, comme une naissance difficile, l'acquisition de la marche ou de la lecture. Ou par des événements inhérents à la vie de famille, comme un déménagement, les séparations de sa famille, la perte d'emploi d'un parent. Il peut enfin se trouver perturbé par des obstacles personnels qu'il rencontre, un problème momentané de santé, des difficultés scolaires, les premières relations amoureuses.

Mais attention : selon les cas, ces occasions de perturbation du développement et de la personnalité des enfants peuvent être autant des opportunités de remaniements et de maturation. Il est donc préventif de ne pas faire de zèle préventif. De ne pas mettre en place, a priori, d'actions en direction de l'enfant, au prétexte qu'il faudrait lui éviter de souffrir pour ne pas le perturber. Véhiculer l'interdit de souffrir est aussi fortement perturbateur. Les crises liées aux passages et aux changements sont à traverser seul ou accompagné, mais on ne sait pas à l'avance, si un enfant va en profiter pour se transformer et en sortir grandi, ou s'en fragiliser psychologiquement. L'art est donc ici d'être vigilant sans interventionnisme.

Quelques exemples de ce type de prévention : la présence de psychologues cliniciens en maternité, à l'hôpital, dans les modes de garde ; les services petite enfance et dans les écoles ; le travail des services de pédopsychiatrie et celui des Réseaux d'aides spécialisées aux élèves en difficulté (RASED)¹². Nous avons sur l'ensemble du territoire des projets de soutien d'écoute et d'appui à l'exercice de la parentalité à visée préventive

11. On peut se référer par exemple au programme « Enfance » de la Fondation de France, et aux projets « Ensemble accompagner l'enfant et sa famille en situation de vulnérabilité » et « Ouverture des enfants au monde par l'art et la pratique artistique ».

12. Les RASED proposent une approche globale des problèmes dans l'espace scolaire, par des enseignants spécialisés et des psychologues. Ce dispositif national devrait perdre 9 000 postes en trois ans, de 2009 à 2012. Un mouvement de protestation contre ces mesures constitué à l'automne 2008 a reçu 232 000 signatures en trois mois.

multiformes, basées sur le volontariat et à l'écart des logiques de formations et de contrôle des familles, les Réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents (REAAP)¹³, réseaux généralistes, souples de mise en liens et d'entraide relatives aux relations parents-enfants et aux problèmes d'éducation.

La prévention de type deux (soutien psychologique dans les aléas de la vie) est active aussi par des initiatives innovantes comme la présence de clowns ou musiciens dans les hôpitaux, la présence de médiateurs familiaux ou d'infirmières dans le secondaire, les points infos-jeunes, les groupes de parole sur l'agressivité ou la sexualité dans les lycées¹⁴. Répondent à ce besoin également les sages-femmes de PMI qui suivent à domicile les femmes enceintes qui ont des problèmes particuliers, dans le but de prévenir et la prématurité, et les éventuelles difficultés relationnelles avec le bébé à naître, en raison de l'inquiétude qui aura précédé son arrivée.

Autant d'actions souples, attentionnées, ouvertes, subjectivantes. Des relations qui étayent le développement et la socialisation des enfants, par la confiance qu'elles engendrent, en les autres et en soi. Des rencontres qui produisent un gain d'humanité, car il reste toujours quelque chose, pour quelqu'un. Ça pourrait bien être aussi l'une des clefs de l'efficacité de la prévention précoce. Faire bouger l'enfant d'une donne qui l'enfermerait dans un destin. On est loin du repérage des futurs troubles, on est loin des actions de dépistage, on est plus près de la réalité des problèmes, là où justement ils se posent, et tels qu'ils se posent.

REGISTRE 3 : Une aide psychologique face aux accidents de la vie

La prévention psychique du registre trois concerne plus particulièrement l'aide psychologique proposée ou en réponse à une demande, face aux situations graves que la vie impose parfois. Décès d'un membre de la famille, accident, handicap physique ou mental, violence conjugale... On pourrait s'étonner de parler de prévention dans un tel contexte, et pourtant, il s'agit bien de prévenir une pathologie chez les enfants confrontés à ces drames pour eux ou l'un de leurs proches.

13. Les REAAP ont été instaurés par le ministère de l'Éducation nationale et de la Famille (2001), dont l'esprit a été confirmé par le rapport d'orientations des Caisses nationales d'allocations familiales (CNAF - 2008).

14. Citons par exemple l'association « Je Tu Il... » et « Cet autre que moi », son programme d'éducation à la responsabilité sexuelle et affective, dans un but de prévention des violences entre les jeunes, en s'adressant aux adolescents et aux professionnels.

Quelques exemples de ce type de prévention : en maternité, l'accompagnement des parents lors de la perte d'un bébé pendant la grossesse ou à la naissance ; l'accompagnement de fin de vie en soins palliatifs, qui comporte un aspect de prévention des deuils pathologiques en ceci que la culpabilité d'un proche peut se trouver réduite du fait que l'autre est mort paisiblement. De même, l'intérêt n'est plus à démontrer de prendre soin de la fratrie d'un enfant porteur de handicaps. L'ouverture de structures de soin, d'accueil et de scolarisation pour les enfants autistes se trouve ainsi être à la fois une action thérapeutique pour l'enfant et préventive pour sa fratrie.

Ce n'est ni le deuil, ni le chagrin, ni la souffrance qu'il s'agirait de faire taire, mais bien plus d'étayer la structure psychologique pour que ses bases ne se fissurent pas. Bases sur lesquelles, selon les cas, un remaniement psychique, une subjectivation est possible. Les personnes disent que cette aide, à la fois thérapeutique et préventive, leur permet, selon les cas, de ne pas sombrer, de tenir le coup pour les autres enfants, de continuer à avancer, parfois de retrouver l'espoir, le sens ou le goût de vivre. Par ce type d'aide, nous savons que nous travaillons sur du long terme. Parfois pour la descendance.

La prévention en rhizome : démarche perfectible, mais valeurs résistantes

En France, depuis l'après-guerre, à partir de métiers et institutions ancrées dans une histoire et une philosophie de l'enfance à éduquer et protéger et sur fond de liberté, la prévention s'est forgée une place originale dans la plupart des dispositifs. Elle n'est ni parfaite, ni aboutie, et il lui manque une visibilité. Il y aurait beaucoup à faire pour en formaliser davantage les théories, les méthodes et l'impact et pour les évaluer. Mais les caractéristiques généralistes de cette forme de prévention, non ciblée, multidimensionnelle, et créative, exigent qu'on l'évalue avec des outils différents de ceux utilisés pour des protocoles standardisés du modèle automatique anglo-saxon, qui se prête plus facilement aux mesures quantitatives, puisqu'il s'est précisément construit en fonction de cette référence au quantitatif, au visible, au chiffrable. Par ailleurs, la prévention prévenante gagnerait à améliorer les entrecroisements entre services et dispositifs, tout en préservant leur variété, qui garantissent sa proximité adaptative avec le terrain. Il nous manque aussi une meilleure liaison entre les praticiens, les chercheurs et les théoriciens, car il arrive qu'ils se desservent les uns les autres.

La prévention en rhizome, ses actions multiformes de terrain et en souterrain, revendique sa profondeur dans l'espace et dans le temps. À ce point de notre réflexion, il apparaît clairement en quoi cette forme de

prévention universaliste et humaniste se heurte de plus en plus souvent à une opposition, tant elle déroge à l'idéal moderne de précipitation positiviste, où la passion du chiffre est diffusée par le rationalisme économique. Face à cette opposition, les acteurs, parents, professionnels et chercheurs et élus s'organisent (Collectif Pasde0deconduite, 2011b).

Les tensions personne/groupe, individu/société, y compris pour qui va bien, perdurent au long de la vie. Bien sûr, les enfants doivent procéder à l'intériorisation des règles de vie et des lois. Mais c'est à ça que sert l'enfance, pourquoi est-on si pressé ? Pourquoi faut-il tout faire durant la petite enfance ? Est-ce que la grande enfance ne sert plus qu'à consommer et vivre comme un adulte ? Les adultes responsables d'élever les enfants incarnent avec bienveillance et rigueur leur fonction d'initiateur. Ils constituent un sas relationnel à l'intérieur duquel les enfants apprennent à transformer leurs pulsions en désirs sous une forme recevable par la société. Les parents et les professionnels chargés de prendre soin, d'éduquer sont des passeurs vers le social des limites de chaque être naissant, autant qu'ils sont des passeurs vers l'enfant de la nécessaire frustration de sa revendication individualiste dans la société. La psychanalyse parle des frustrations maturantes pour évoquer les limites qu'un enfant doit rencontrer afin de relancer son désir de s'y prendre autrement pour grandir. Mais il faut qu'aux débuts de la vie, le groupe compose avec l'individualité, s'il veut que l'individualité, plus tard, compose avec le groupe. Et ce n'est pas seulement pour la paix du groupe, mais parce qu'une société se porte mieux si elle est constituée d'individus créatifs dans leur socialité, joyeux de contribuer.

Bibliographie

- BELLAS-CABANE, C. et P. SUESSER (2009). «Prévention et petite enfance», dans F. Bourdillon (dir.), *Traité de prévention*, Paris, Flammarion, 269-278.
- BOCKEL, J.-M. (2010). «Pour une nouvelle économie de la sanction parentale», dans *La prévention de la délinquance des jeunes*, Paris, Ministère de la Justice et des Libertés, 25-34.
- BRONFENBRENNER, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*, Cambridge, Harvard University Press.
- CHEVALIER, L. (2002 [1958]). *Classes laborieuses et classes dangereuses pendant la première moitié du XIX^e siècle*, Paris, Perrin.
- COLLECTIF PASDE0DECONDUITE (2011a). «De la socialisation à l'éducation : penser et grandir», dans *Les enfants au carré ? Une prévention qui ne tourne pas rond !*, Toulouse, Érès, 95-150.
- COLLECTIF PASDE0DECONDUITE (2011b). *Petite enfance : pour une prévention prévenante – Manifeste*, Toulouse, Érès.

- DELION, P. (2008). « Introduction », dans Collectif Pasde0deconduite, *Enfants turbulents : l'enfer est-il pavé de bonnes préventions ?*, Toulouse, Érès.
- DELOUVIN, D. (dir.) (2006). *Des psychologues auprès des tout-petits, pour quoi faire ?*, Toulouse, Érès.
- DUFORT, F. et J. GUAY (2001) *Agir au cœur des communautés. La psychologie communautaire et le changement social*, Québec, Presses de l'Université Laval.
- EXPERTISE COLLECTIVE (2005). *Trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent*, Paris, Institut national de la santé et de la recherche médicale.
- GIAMPINO, S. (2007). « Modes de garde : la qualité est une priorité », dans *Les mères qui travaillent sont-elles coupables ?*, Paris, Albin-Michel, 181-202.
- LUKACS, P. (2008). *Stratégie pour un futur souhaitable*, Paris, Dunod.
- MISÈS, R. et N. QUEMADA (2002). *Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent*, Paris, Centre technique national d'études et de recherches sur les handicaps et les inadaptations.
- MISSONNIER, S. (2011). « Prédiction et anticipation de la dynamique du grandir chez l'enfant », dans Collectif Pasde0deconduite, *Les enfants au carré ? Une prévention qui ne tourne pas rond !*, Toulouse, Érès, 95-106.
- NEYRAND, G., DUGNAT, M., REVEST, G. et J.-N. TROUVÉ (dir.) (2003). *Quelle prévention des troubles de la relation parentale précoce ? Acteurs et contexte institutionnel*, Bouc-Bel-Air, Centre interdisciplinaire méditerranéen d'études et de recherches en sciences sociales – Mission recherche (Cimerss/MiRe).
- SZEJER, M. et R. STEWART (1994). *Ces neuf mois-là. Une approche psychanalytique de la grossesse et de la naissance*, Paris, Robert Laffont.
- VALLA, J.-P. (2006). « Les principaux enjeux du dépistage en santé mentale des jeunes », conférence d'ouverture du colloque du Groupe de recherche sur les inadaptations sociales de l'enfance (GRISE) de l'Université de Sherbrooke, 23 novembre.