



Bulletin Amades

Anthropologie Médicale Appliquée au Développement Et
à la Santé

66 | 2006
66

Chronologie d'une révolte : Attention, un rapport peut en cacher un autre...

Christine Bellas-Cabane



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/amades/313>
ISSN : 2102-5975

Éditeur

Association Amades

Édition imprimée

Date de publication : 1 juin 2006
ISSN : 1257-0222

Référence électronique

Christine Bellas-Cabane, « Chronologie d'une révolte : Attention, un rapport peut en cacher un autre... », *Bulletin Amades* [En ligne], 66 | 2006, mis en ligne le 03 février 2009, consulté le 30 avril 2019. URL : <http://journals.openedition.org/amades/313>

Ce document a été généré automatiquement le 30 avril 2019.

© Tous droits réservés

Chronologie d'une révolte : Attention, un rapport peut en cacher un autre...

Christine Bellas-Cabane

- 1 **Octobre 2004, un premier pré-rapport Benisti** : La commission prévention du groupe d'études parlementaire sur la sécurité intérieure (GEPSI), présidée par J-A Bénisti remet un rapport au ministre de l'intérieur dans le cadre du projet de prévention contre la délinquance. Selon un implacable principe de linéarité, ce texte préconise le dépistage précoce des troubles des comportements des enfants, censés les conduire vers la déviance et plus tard vers la délinquance. Les professionnels de la petite enfance, et essentiellement les personnels de PMI¹, doivent apprendre à repérer très tôt les stigmates redoutés tels... le bilinguisme, l'agitation, et les troubles scolaires.
- 2 En fait de bilinguisme, il s'agit pour les professionnels, dans le cadre d'une prévention devant s'exercer entre 1 et 3 ans, « *d'inciter à l'utilisation du français et lutter contre les 'patois'* » qui n'est autre que la langue parlée par les migrants étrangers, tel le « bambara » ou le « soninké ». Pour les enfants de cette classe d'âge, « *des suivis sanitaires et médicaux réguliers doivent être organisés pour détecter et prendre en charge ceux qui montrent des troubles du comportement* ». Entre 3 et 4 ans : « *...si le comportement de l'enfant est indiscipliné et crée des troubles dans la classe, l'enseignant pourra alors passer le relais à une structure médico-sociale (un pédopsychiatre, une assistante sociale, un pédiatre) qui nommera une personne référente pour l'enfant, affectée spécialement à l'école par l'éducation nationale, qui aura pour mission d'essayer, autant que faire se peut, de résoudre ces écarts de comportements.* »
- 3 Par ailleurs, le texte évoque le partage des informations entre les professionnels médico-sociaux, les enseignants et le maire de la commune, qui de premier magistrat devient grand coordinateur de la prévention de la délinquance sur sa commune. Ils doivent en fait signaler à cette autorité toutes les familles suivies pour des difficultés éducatives mais également matérielles. Il est clair que les populations migrantes et précarisées sont directement visées.

- 4 Dès que ce pré-rapport est connu, éducateurs et professionnels médico-sociaux, linguistes et médecins manifestent leur opposition. Début 2005, un comité national unitaire contre la délation (CNU) est créé.
- 5 Le rapport semble enterré, mais le comité veille.
- 6 **Septembre 2005 : M. Bénisti remet à M. Sarkozy une nouvelle version du rapport**, suivie en octobre d'une synthèse quelque peu édulcorée. On n'y retrouve plus « la chasse au bilinguisme » des pauvres (trop décriée), ni la courbe de déviance. En revanche le rôle du maire et l'échange d'informations sont affirmés. Les préconisations du dépistage et du repérage précoce des troubles du comportement sont largement développées. Personnels de PMI et services de santé scolaire doivent être mobilisés.
- 7 Septembre 2005 : Le rapport d'expertise réalisé par l'Inserm² sur le dépistage des troubles des conduites est rendu public.
- 8 Il suscite de vives réactions de la part de certains pédopsychiatres et psychologues ainsi que de pédiatres et médecins de santé publique. Tous reprochent à ce rapport une approche essentiellement comportementaliste et réductrice du mal-être des enfants, une attention focalisée sur le symptôme aussi bien dans le repérage que dans la prise en charge des enfants. Mais ce qui soulève l'indignation, c'est l'abord prédictif d'une prévention qui ne considère plus le sujet dans sa globalité, mais comme un corps porteur d'un symptôme génétiquement et statistiquement prédéterminé à devenir la proie d'émotions violentes censées le rendre à terme dangereux pour lui et pour les autres avec risque d'évolution vers la délinquance.
- 9 **Novembre 2005 : Le dernier rapport Bénisti est rendu public.**
- 10 **Janvier 2005, l'appel pas de 0 de conduite** : Les responsables du syndicat national des médecins de PMI décident, avec ceux de la société française de santé publique, pédopsychiatres et psychologues opposés aux conclusions du rapport de l'INSERM, de lancer un appel sur internet : « Pas de 0 de conduite pour les enfants de trois ans ». Ce texte dénonce les recommandations des experts et le projet de loi de prévention contre la délinquance. Portée initialement par le groupe des premiers signataires, tous professionnels engagés dans la prévention et le soin des enfants, la pétition connaît rapidement un vif succès et déborde le cadre professionnel de son origine. Contrairement aux premières controverses, il ne s'agit pas là d'une simple querelle de psy, jaloux de leurs thérapies « à la française » essentiellement fondées sur la psychanalyse³. Il s'agit d'un véritable choix de société construit sur la maîtrise, l'approche sécuritaire et réductrice de la prévention, une atteinte aux libertés que parents, enseignants, personnels de crèche, simples citoyens dénoncent. Ils sont bientôt 100 000 à déclarer leur accord avec un texte que ses détracteurs, irrités par son succès, traitent de « populiste et démagogue ». Comme si l'expression citoyenne du plus grand nombre ne pouvait qu'être vile et méprisable. Comme si le populaire n'avait pas droit de cité dans un champ initialement réservé aux seuls spécialistes, comme si le plus grand crime avait été de rendre public un débat destiné à rester confidentiel.
- 11 Jamais on n'avait autant parlé d'un rapport INSERM, malgré les remous déjà soulevés par un rapport antérieur qui remettait profondément en cause les avancées de la psychanalyse dans l'approche des souffrances psychiques, sous le prétexte d'en dénoncer les abus.

- 12 Mars 2006 : Les initiateurs de la pétition pas de 0 de conduite exposent les motifs de leur opposition au rapport INSERM, au cours d'une conférence de presse tenue à Paris le 21 mars⁴. Leurs critiques portent aussi bien sur la méthode que sur le contenu :

1- La méthode

- 13 L'analyse du choix de la méthode souligne :
- Le mode partisan de sélection des experts montrant le parti pris de garantir une approche théorique univoque pour un trouble complexe ;
 - La non prise en compte de nombreuses conceptions de la médecine notamment de la spécificité de la pédopsychiatrie, de la médecine de PMI en France, mais aussi des sciences humaines ;
 - L'approche INSERM fondée sur une stricte analyse bibliographique sans aucune analyse des pratiques de terrain, véritable déni des méthodes et pratiques de prévention et de soins de la petite enfance en France ;
 - Enfin, l'absence d'évaluation du rapport alors que la Haute Autorité de Santé (ex ANAES) recommande, lorsqu'il existe des controverses ou des approches différentes, de recourir à des conférences d'experts avec jury et/ou auditions publiques.

2- Le contenu

Une entité nosographique peu utilisée en France

- 14 Le trouble des conduites est défini par les experts avant tout par la « répétition et la persistance de conduites au travers desquelles sont bafoués les droits fondamentaux d'autrui et les règles sociales » (p. 6 du rapport de synthèse, définition issue des critères du DSM IV). Voici donc un « trouble », au sens de la médecine puisque nous sommes dans ce champ, dont la définition même fait appel au droit et à la règle sociale (et non classiquement à la règle biologique et à l'humain). Il aurait été nécessaire d'avoir des appuis et des références tant du côté des sciences fondamentales (biologie, génétique etc.) que des sciences humaines (sociologie, psychologie, psychanalyse, sciences de l'éducation, histoire, droit). Ces dernières sont presque totalement absentes de l'expertise.
- 15 Les pédopsychiatres s'appuient sur une classification française, construite spécifiquement pour la clinique pédopsychiatrique, et en cela différente du DSM IV. La CFTMEA (classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent) prend en compte l'ensemble du fonctionnement psychopathologique d'un enfant qui va bien au-delà des symptômes, et ne s'appuie pas sur la seule analyse statistique de ce qui est observé. C'est-à-dire que les troubles à expression comportementale (colères, opposition, conduites agressives et « antisociale ») sont compris comme un symptôme d'une difficulté plus globale de l'enfant.
- 16 En médecine, symptômes et diagnostics sont des éléments bien distincts qui ne doivent pas être confondus. Cette distinction entre symptôme et diagnostic apparaît dans l'expertise INSERM bien tenue. Or, c'est cette distinction sur la question du diagnostic qui permet de mobiliser la médecine et les soignants et de différencier son intervention de l'implication des autres acteurs notamment celle des enseignants et des éducateurs... C'est une des raisons qui amènent la majorité des professionnels de santé en France à ne

pas retenir la terminologie « trouble des conduites ». De ceci, le rapport INSERM ne parle pas.

Des facteurs génétiques à l'origine du trouble des conduites ?

- 17 Tout en reconnaissant que « l'exposition à un type d'environnement » peut favoriser ou non l'expression des troubles, les auteurs du rapport insistent sur l'importance du « taux d'héritabilité génétique » qui serait proche de 50 %. Ils font état des recherches sur les gènes de vulnérabilité, font référence à une « pathologie multifactorielle » (laquelle est en réalité un symptôme et non une maladie) et évoquent le déterminisme génétique.
- 18 La présentation de ces recherches avec une vision déterministe qui aboutit à des propositions de médecine prédictive fait resurgir des dangereuses thèses déterministes du XIX^e siècle où on parlait de « criminels-nés » et des « classes dangereuses ».
- 19 Rappelons la mise en garde très actuelle de chercheurs⁵ en biologie moléculaire pour ne pas seulement considérer « l'humain comme un ensemble d'actions régies par des codes et des signaux ».

Des pré-requis pour proposer un dépistage non réunis

- 20 Est-il possible d'envisager le dépistage d'un trouble alors que sa définition est controversée ? Alors que l'on ne sait pas précisément ce que l'on dépiste (les signes précurseurs, les symptômes, le trouble de conduite) ? Que nous ne disposons pas d'outils de dépistage ? Que le repérage médical systématique des traits de personnalité et des facteurs de risque familiaux posent des problèmes éthiques majeurs ? Alors, enfin, que les professionnels de santé de l'enfance et de l'adolescence sont loin d'adhérer à la base conceptuelle proposée ?
- 21 À titre d'exemples :
 - Il est recommandé, à l'âge de 36 mois, de noter sur le carnet de santé (ou de comportement ?) si l'enfant éprouve du « remords », s'il « ne change pas sa conduite », s'il se rend coupable de « morsures » ou est incriminé dans des « bagarres » (p. 47 de la synthèse du rapport) ; à 4 ans, s'il continue à mentir ; plus tard, si l'enfant présente un « index de moralité affective bas » (p. 17 de la synthèse du rapport).
 - Les professionnels devront savoir repérer le tempérament à risque qui serait caractérisé par « la froideur affective, la tendance à la manipulation, le cynisme, l'agressivité, l'absence de sentiment de culpabilité ». Mais ce tempérament à risque peut prendre également de bien étranges formes : « L'attrait pour la nouveauté, le goût de l'exploration, l'absence d'anxiété anticipatoire, une diminution du sentiment de peur ».
- 22 Ces concepts pour caractériser un « tempérament à risque » renvoient bien plus à un registre moral et normatif qu'au registre médical et psychologique.
- 23 Les effets délétères des politiques de dépistage ne sont pas abordés. Parmi eux, il faut citer celui qualifié d'effet de prédiction, ou « effet d'attente », que tous les pédagogues et professionnels de l'enfance connaissent bien : l'enfant repéré, dépisté, « étiqueté » d'une certaine façon se conforme à l'image, au regard, à l'hypothèse, au « diagnostic » que les adultes ont porté sur lui. La prévention en matière de développement psychique est particulièrement soumise à ce risque et d'autant plus que les risques de surdiagnostic sont réels.

Des approches thérapeutiques univoques

- 24 Le groupe d'experts INSERM recommande d'utiliser des modalités de traitement qui sont toutes d'inspiration comportementaliste et basée sur les techniques rééducatives. Les techniques définies comme psychodynamiques considérant la globalité du sujet sont passées sous silence, en particulier les approches systémiques et psychanalytiques. Or ces approches médicalisées et humanistes sont les plus utilisées en France.
- 25 Le groupe d'experts recommande en seconde intention d'utiliser les traitements pharmacologiques. Ils recommandent également de développer de nouveaux essais cliniques avec des associations de médicaments y compris dans la prévention du trouble des conduites. Les initiateurs de l'appel « Pas de zéro de conduite pour les enfants de trois ans » rappellent qu'il existe très peu de données de psychopharmacologie chez l'enfant et l'adolescent. Mais aussi les dérives observées aux USA où près de 8 millions d'enfants sont sous psychotropes et les rappels à la prudence de l'Afssaps dans l'utilisation de ces médicaments chez l'enfant. Ainsi en 2004, sept mille enfants étaient sous Ritaline soit six fois plus qu'en 1997. Rappelons que les experts INSERM avancent le chiffre de 9 % d'enfants atteints du trouble des conduites en France...

3- Une instrumentalisation possible du rapport

- 26 L'annonce concomitante d'un plan de prévention de la délinquance qui prône une détection très précoce des « troubles comportementaux » chez l'enfant utilisant le rapport pour justifier les mesures annoncées en est la parfaite illustration. Ce plan veut notamment mettre en place un suivi des enfants dès la crèche, il est aussi question d'instituer un carnet de comportement. Il s'agit :
- d'une véritable instrumentalisation des acteurs de la santé ou de l'éducation à des fins de surveillance ou de contrôle des familles et de leurs jeunes enfants ;
 - d'une inacceptable médicalisation des problèmes sociaux qui dénote une confusion des rôles entre la sphère de la santé et celle de la police ou de la justice.
- 27 Les données fortement moralisantes et normatives qui émaillent le rapport en font un possible instrument de contrôle social. Si dans certaines populations, même avant la conception d'un enfant, il faut pister la graine de déviant dans le désir des mères et dans le comportement des pères, puis suivre pas à pas la manifestation des premières oppositions, l'expression des premières colères, pour intervenir au plus vite, quelle est la part de liberté et de chance laissée à des sujets en devenir, à leurs familles, dans l'instauration d'une relation, dans les choix éducatifs ?
- 28 **En conclusion, outre les éléments de cette analyse, le rapport INSERM soulève plusieurs questions :**
- 29 ***Le registre très normatif dans lequel il s'inscrit :*** Les éléments inspirés par l'étude de la seule littérature anglo-saxonne inscrivent les recommandations du rapport dans un registre moral pour le moins étonnant. Le remords, le sentiment de culpabilité, l'indice de moralité bas, relèvent plus de la catéchèse que de la science. Comme le dénonce Michel Parazelli⁶, les campagnes de prévention sous-tendues par des valeurs éducatives implicites d'un certain courant de pensée, aussi bien en Amérique du Nord qu'au Québec, relèvent d'une approche plus dogmatique que scientifique. Elles ont pour objectifs la

normalisation des comportements et une éradication de la différence. Outre la question délicate du mélange des genres entre éducation et médecine, cette posture ethnocentrique est peu respectueuse des valeurs propres aux populations visées.

- 30 Par ailleurs, certains éléments marqueurs du « tempérament à risque » comme « le goût de l'exploration, la diminution d'un sentiment de peur » sont en fait des qualités très valorisées dans certains milieux, celles qui fondent les explorateurs, les sportifs de haut niveau, les scientifiques. Est-ce à dire qu'il convient de ne pas les réprimer chez les enfants de milieu favorisés, là où l'environnement permet leur développement positif et de les éteindre chez ceux des seules populations à risque, afin d'étouffer tout tempérament agressif susceptible de les conduire vers des comportements violents ? C'est le danger des campagnes ciblées selon les facteurs de risque tels « la précarité, le faible niveau de scolarité des mères » comme le préconise aussi bien le texte de l'INSERM que les rapports Bénisti dans le cadre du projet de loi contre la délinquance. Au lieu de considérer l'agressivité comme réactionnelle à des conditions de vie difficiles, n'y a-t-il pas là un essai de naturalisation des comportements dont seraient responsables l'entourage et les gènes de porteurs malades qu'il conviendrait de « soigner » ?
- 31 **La science au service d'un idéal sécuritaire** : S'il est vrai que la science a contribué à la maîtrise du monde et de ses dangers, s'il est vrai que la prévention permet tous les jours d'éviter la survenue d'accidents et de maladies, nous ne pouvons pas rester indifférents à la phobie du risque qui envahit nos sociétés occidentales. Il faut désormais tout prévenir : les anomalies génétiques, les accidents néonataux, les maladies périnatales, les troubles du comportement, les maladies sexuellement transmissibles, l'addiction au tabac, à la drogue, à l'alcool, l'obésité, l'anorexie mentale, les accidents opératoires, les intempéries. Une sage femme me faisait part récemment de son inquiétude, devant les injonctions de plus en plus nombreuses faites aux femmes enceintes au cours de leur grossesse. Elles n'ont plus le temps « de rêver leur bébé » tant les dangers pressentis deviennent pesants, tant la somme de précautions s'allonge. Jusqu'où va-t-on aller ? Jusqu'à montrer un cadavre aux jeunes accouchées comme preuve du risque inévitable de mort qu'elles viennent de transmettre à leur enfant en lui donnant la vie ? Jusqu'aux permis de procréer ?
- 32 La prédiction est en train de remplacer la prévention. Le rapport INSERM a franchi ce pas en s'appuyant sans distance sur des théories fondées sur la génétique, la statistique et les modèles animaux dans une dérive scientiste qui fait fi de la complexité et de l'imprévisibilité de l'être humain, de ses capacités d'analyse et du sens qu'il accorde à ses comportements. Les questions soulevées par cette posture sont celles de la place et la représentation de l'enfant dans nos sociétés. Qui est-il ? Un être au destin génétiquement et socialement inscrit, ou un humain singulier qui écrit au jour le jour son histoire dans une capacité de mouvement toujours renouvelée ? Doit-on lui donner le goût de l'imprévisible, des joies de la découverte, le préparer aux risques inhérents à la condition humaine, ou l'élever dans une société fondée sur l'idéal du risque 0 qui fait de ses membres « des infirmes du hasard » ? Sont-ce là des questions réservés aux seuls experts ?
- 33 **Le contexte de l'approche scientifique** : Au risque de rester désespérément stérile, une démarche de recherche ne peut être inféodée au socialement acceptable ou politiquement correct. Néanmoins, elle ne peut être indifférente au contexte qui l'a produite et dans lequel elle s'inscrit. Elle ne peut établir des recommandations sans évaluer au préalable les conséquences de leur application. Ce sont des fautes méthodologiques et éthiques qui

peuvent être reprochées au rapport d'expertise. En se coupant des apports des sciences humaines, le groupe d'experts ne s'est pas donné les moyens d'appréhender les démarches de prévention existantes, les valeurs qui les sous-tendaient, les dynamiques d'évolution. Sans prendre en compte les mouvements politiques qui cernaient ses travaux, le groupe d'experts, « au nom du bien de l'enfant et de la maîtrise de sa souffrance » a donné aux politiques qui font de la sécurité leur fond de commerce, la matière première d'un contrôle social scientifiquement labellisé. Entendons-nous bien, il ne s'agit pas là de les accuser de complicité avec les pouvoirs en place, il ne s'agit pas de mettre en doute leur volonté de trouver des solutions aux problèmes croissants des familles et des enfants. Toutefois, il est légitime de s'étonner de l'aveuglement et de l'irresponsabilité peu compatibles avec leurs fonctions, dont ils ont fait preuve en ne mesurant pas la dimension politique de l'orientation de la recherche et de ses conclusions.

- 34 La publication imminente du projet de loi contre la délinquance va leur donner prochainement l'opportunité de s'exprimer sur l'instrumentalisation de leurs travaux.

NOTES

1. PMI : Protection maternelle et infantile
2. Le rapport complet et le rapport de synthèse se trouvent sur le site de l'Inserm.
3. L'appel réclame que soit offerte aux enfants et aux familles « la palette thérapeutique la plus variée » et non exclusivement les approches psychanalytiques.
4. Extrait du texte rédigé alors par le groupe des initiateurs. Il sera publié dans son intégralité dans le livre « pas de 0 de conduite pour les enfants de 3 ans » éditions Eres, à paraître le 28 mai 2006.
5. Point de vue de Pierre Sonigo, chercheur en biologie moléculaire, journal Le Monde (04/10/2005).
6. Parazelli M, professeur, chercheur à l'école de travail social, Université du Québec à Montréal, in Revue service social 50 (1), 2003