

La prévention précoce, une démarche paradoxale

Gérard Neyrand

DANS **DIALOGUE** 2002/3 (N^o 157), PAGES 3 À 13
ÉDITIONS **ÉRÈS**

ISSN 0242-8962

ISBN 2749200156

DOI 10.3917/dia.157.0003

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://www.cairn.info/revue-dialogue-2002-3-page-3.htm>



CAIRN.INFO
MATIÈRES À RÉFLEXION

Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...

Flashez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour Érès.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.



La prévention précoce, une démarche paradoxale

Érès | *Dialogue*

2002/3 - no 157

pages 3 à 13

ISSN 0242-8962

Article disponible en ligne à l'adresse:

<http://www.cairn.info/revue-dialogue-2002-3-page-3.htm>

Pour citer cet article :

"La prévention précoce, une démarche paradoxale", *Dialogue*, 2002/3 no 157, p. 3-13.

Distribution électronique Cairn.info pour érès.

© érès. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

La prévention précoce, une démarche paradoxale

GÉRARD NEYRAND

La notion même de prévention est ambiguë, conflictuelle, paradoxale, jusque dans les références qu'elle mobilise et les interventions auxquelles elle renvoie. Appliquée aux troubles relationnels précoces parents-enfant, elle devient d'autant plus fondamentale qu'elle se révèle plus incertaine. En accentuant les contradictions dont l'idée de prévention est porteuse, la volonté préventive précoce vient révéler l'ampleur des ambiguïtés où la prévention se trouve immergée lorsqu'elle est susceptible d'être efficace au niveau psychique. Mais c'est là justement que le bât blesse, car, à se pencher ainsi sur le berceau désormais en pleine lumière de l'être en devenir, on voit se dessiner l'ombre de *Big Brother* et sa volonté de contrôle des esprits, dont toute entreprise de prévention dans le domaine psychique doit être soupçonnée.

Le premier soupçon est d'ordre *politique*. Quel dispositif de contrôle, et, en définitive, de pouvoir, faut-il générer pour qu'une prévention des troubles relationnels précoces puisse être mise en place ? Car, avec ce que nous savons du développement du jeune enfant et des processus de subjectivation, l'intuition de l'efficacité sociale d'une attitude préventive en matière de relations précoces ne manque pas d'interroger et sur le sens de ce qui est mobilisé dans l'idée d'une telle prévention et sur les moyens susceptibles d'être mis en œuvre pour y parvenir.

D'emblée s'impose la nécessité d'explicitation de la prévention évoquée, du cadre relationnel mobilisé, des modèles interprétatifs convoqués et du dispositif d'intervention nécessaire pour soutenir la possibilité d'une prévention, et ce d'autant plus que celle-ci se veut précoce. On aboutit alors à une série de questionnements tous plus délicats les uns que les autres. Qu'entend-on par prévention ? Qu'est-ce que le trouble relationnel dont on entend se prémunir ? Et, en définitive, n'est-ce pas la définition même de la maladie mentale qui est ici en jeu ? De quelles relations est-il question ? Derrière l'idée sous-jacente d'un cadre relationnel optimal pour le bébé, n'y a-t-il pas un modèle de la *bonne* famille, de la parentalité *adéquate*, avec la *normalisation douce* de la relation idéale, suffisamment bonne mais pas trop, qui implique la bonne personne en négligeant les autres ? Ce qui, dans l'esprit de certains, ne signifie pas moins que le retour de la Bonne Mère sécurisante pour conjurer l'expulsion jadis traumatisante de son sein accueillant. Une nostalgie est à l'œuvre dans cet imaginaire préventif commun que le corps médical¹ entretient, par delà les discours théoriques, dans l'attention accordée à la seule mère dans la périnatalité et la prime enfance, et que relaient les autres institutions, des unités *mère-bébé* à l'école *maternelle* ? Dernière interrogation, mais non des moindres, quelles politiques sociales pour quelle politique de prévention ?

La prévention, un terme qui souffre plusieurs définitions

En matière de santé mentale, et plus encore lorsqu'on se réfère à l'importance de la qualité des liens précoces pour celle-ci, la question de la prévention est classiquement abordée à partir d'une distinction qui oppose le niveau primaire, préventif au sens fort, aux niveaux secondaire et tertiaire. C'est ce que rappelle la définition de l'OMS reprise par Michel Soulé et Janine Noël (1985, p. 3013) : « La prévention primaire comprend tous les actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population, donc à réduire le risque d'apparition de cas nouveaux. [...] La prévention secondaire comprend tous les actes destinés à diminuer la prévalence d'une maladie dans une population, donc à réduire la durée d'évolution de la maladie. Elle prend en compte le dépistage précoce et le traitement des premières atteintes. La prévention tertiaire comprend tous les actes destinés à diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récidives dans une population, donc à réduire au maximum les invalidités fonctionnelles consécutives à la maladie. »

Or, en liant ainsi deux moments spécifiques d'un processus préventif institutionnel caractéristique d'une politique de santé mentale, cette définition minimise l'opposition radicale de démarche entre ces deux aspects, même si ceux-ci doivent être considérés comme complémentaires.

La prévention dite primaire – celle qui correspond à la définition la plus commune – vise à « empêcher une chose fâcheuse de se produire » (*Petit Robert*, article Prévention), et se situe dans une perspective d'amélioration

des conditions d'existence des parents et jeunes enfants, y compris sur le plan psychologique d'une qualité relationnelle conditionnant l'équilibre affectif de l'enfant. C'était par exemple la position de Françoise Dolto (1981, p. 149) quand elle rendait compte de la mise en place dans la société civile d'un nouveau dispositif préventif référé à la psychanalyse : la Maison verte. « Il nous apparaît que c'est la meilleure des prophylaxies des névroses infantiles et de la violence adaptatrice, subie ou agie, des jeunes enfants à la société. » On sort ainsi du champ thérapeutique pour entrer dans celui de la prophylaxie. Ce qui suppose d'articuler la logique médicale du soin où s'origine l'idée prophylactique à une logique d'intervention sociale qui suppose qu'en soient définis les finalités et les moyens, et qui peut concerner des niveaux différents de la pratique sociale, publique ou privée ².

On se trouve là au carrefour d'une visée *éthique*, caractéristique moins d'une position médicale qui reste centrée sur le soin que d'une position humaniste centrée sur la personne, d'une visée *politique*, où l'objectif de bien-être des populations renvoie à l'amélioration de leurs conditions de vie, diversement appréciée par les acteurs du monde politique ou de la société civile, et d'une visée *scientifique* (ou plus exactement *savante* ³) d'utilisation des acquis des sciences dites humaines sur l'importance du relationnel dans la subjectivation et le développement de l'enfant pour promouvoir un modèle d'accompagnement des relations entre les humains, et exemplairement de cette relation diversement considérée comme fondamentale qu'est la relation parentale ⁴. La prévention primaire engage donc un double modèle, de société et de famille.

La prévention dite secondaire (et *a fortiori* la prévention tertiaire) participe, elle, d'une autre logique, plus spécifiquement médicale, celle du soin, même s'il est très précoce. Il s'agit d'enrayer un processus pathologique dont les prémices symptomatiques permettent d'envisager les évolutions possibles... On se trouve confronté alors aux contradictions qui traversent le champ psychiatrique, opposant les tenants d'une conception plus neurologique ou « médicamenteuse » aux tenants d'une conception plus psychique ou étiologique. Comme le rappelle Alain Ehrenberg (1998, p. 173), « commence à s'imposer en psychiatrie l'idée que l'on peut soigner le désordre de l'esprit ou du comportement par le seul traitement biologique. L'action chimique sur l'esprit pathologique n'est plus un potentialisateur de psychothérapie : les baisses de l'humeur ou les somatisations en tout genre sont susceptibles d'être soignées sans que les conflits intrapsychiques aient besoin d'être clarifiés ».

La prévention n'est alors pas du tout la même. Dans un cas, il s'agira d'éradiquer par le biais de substances chimiques les symptômes de la maladie, comme avec les antidépresseurs, dans l'autre, par le biais d'une symbolisation autorisée par la verbalisation des affects et des représentations, d'agir sur le conflit intrapsychique qui est au fondement de la maladie ou du dysfonctionnement.

La tendance contemporaine à mettre l'accent sur les effets thérapeutiques des psychotropes au détriment d'une approche qui veut privilégier le travail psychique du patient trouve cependant ses limites en pédopsychiatrie, où les manifestations symptomatiques du bébé peuvent plus difficilement se dissocier de leur dimension relationnelle, et où la clinique de la relation montre plus ouvertement ses effets positifs. Ce sur quoi insistent avec raison les spécialistes de la périnatalité, c'est l'importance pour l'équilibre psychique du bébé et son développement futur du cadre relationnel où il s'inscrit, et notamment des relations qu'il entretient avec ses parents. La conséquence en est que toute intervention thérapeutique à l'égard des parents se révèle préventive à l'égard du bébé. Ou, pour reprendre la distinction entre primaire et secondaire, que toute démarche de prévention secondaire envers le parent se constitue en prévention primaire pour le bébé.

D'où l'importance de la prise en compte de la relation parentale précoce. D'où aussi la nécessité de faire le point sur les conditions sociales de cette intervention et les implicites qui la fondent, car, « au demeurant, les politiques familiales restent des politiques normatives malgré les ouvertures pratiquées récemment, prenant en compte le pluralisme des formes concrètes de famille » (Chauvière, Sassier, 2000, p. 6).

Aujourd'hui où la norme sociale explicite véhiculée par les médias en matière de vie relationnelle est qu'il n'y a pas de norme, la question de la prévention au sens fort, c'est-à-dire de la prévention dite primaire, ne manque pas d'interroger nos conceptions de la vie sociale et de la relation parentale – *des relations parentales*, devrais-je dire, car la différence faite entre père et mère semble essentielle dans la façon dont se formule la question de la prévention précoce, et fonctionne bien souvent comme un réquisit de cette question. Ce qui ne manque pas de rappeler que l'idée contemporaine d'absence de normes sociales de la vie familiale corrélée à une auto-production normative propre à chaque couple s'élabore sur des normes implicites de genre en matière de parentalité, qui sont d'autant plus fortes qu'il s'agit de périnatalité. Normes dont l'analyse de l'évolution des savoirs en matière de petite enfance et de parentalité a pu montrer l'enracinement dans une tradition aussi bien sociale que savante (Neyrand, 2000) qui entretient leur prégnance par delà les reformulations pratiques des rapports parentaux.

Cette question se trouve diversement abordée selon les modèles préventifs, approche associative articulée à une clinique en libéral ou approche institutionnelle articulée au dispositif social de prise en charge de la périnatalité.

La psychanalyse, source d'inspiration d'une critique en actes de l'action institutionnelle

Si l'on examine ces deux modèles d'intervention préventive, on constate que l'un, porté par la société civile, s'inscrit dans la distance critique à l'égard de l'autre, porté par les institutions de la santé et de l'action sociale.

Prenons comme exemple de cette dynamique la façon dont des psychanalystes, à partir de l'idée de prévention précoce, ont pu prendre une position d'ordre politique dans ce qu'ils désignent classiquement comme extérieur à leur champ de compétences⁵, le *champ social*. Avec l'idée de Maison verte, la psychanalyste Françoise Dolto et son équipe ont pensé un dispositif préventif précoce original qui a su inspirer un grand nombre de réalisations en matière d'accueil familial. Trouvant son fondement à l'intersection d'un positionnement humaniste chrétien où se reconnaissait Dolto – et s'enracinait Lacan⁶ – et des attendus de la technique psychanalytique, l'approche préventive mise en œuvre dans les nouveaux lieux d'accueil parents-enfants peut se lire comme une démarche *maïeutique* au sens socratique⁷, une aide à l'accouchement des esprits. Il s'agit, par une mise à disposition d'accueillants placés en position d'écoute non directement intervenante, d'autoriser l'expression et la verbalisation par les parents et leurs jeunes enfants d'une symptomatologie légère des dysfonctionnements relationnels prenant très largement pour cadre l'espace prédominant d'une primo-socialisation que constitue l'instance familiale.

Cette approche s'appuie sur le constat de la montée des désordres relationnels précoces, liée à la nucléarisation de la famille et la disparition de la sociabilité traditionnelle de proximité, et sur l'inadéquation des réponses institutionnelles, dénoncées comme inappropriées dans leur fonction normative. Elle a l'immense mérite du désenclavement théorico-politique des populations habituellement concernées par l'action sociale et considérées comme « à risques », et de la déstigmatisation à l'égard de toute forme relationnelle atypique. Ne soutenant explicitement aucun modèle particulier de famille, elle promeut cependant une forme de vie familiale, celle d'une famille auto-régulée dans la parole et la communication.

« Rien n'est imposé, mais tout est induit par le cadre offert. C'est de cette manière que les nouveaux dispositifs d'intervention que sont les lieux d'accueil enfants-parents contournent le problème que pose la privatisation de la sphère familiale – potentiellement porteuse de tensions et de conflits – et font valoir, à travers leur structure même, le principe de la nécessaire continuité du lien social. En définitive, ils réussissent un tour de force : obtenir que l'objectif du maintien du lien soit réalisé sans le présenter comme un objectif et sans se substituer aux intéressés. [...] Dans la perspective ainsi esquissée, et pour s'en tenir à la prévention des risques encourus par les individus dans la sphère privée, l'idée dominante est que l'on ne peut se contenter d'informer sur les risques et d'en appeler à la responsabilité de chacun. Encore faut-il doter les individus des atouts nécessaires pour qu'ils puissent mettre en œuvre les capacités dont ils disposent et, pour cela, les placer dans un contexte approprié. C'est en ce sens précisément que les lieux d'accueil enfants-parents constituent des prototypes et des modèles » (Bastard *et al.*, 1996, p. 195-196).

L'ambivalence institutionnelle face aux avancées des dispositifs novateurs

De telles réalisations étant devenues d'une certaine façon des modèles pour les institutions dont elles réalisent la critique en actes et qui en reconnaissent l'intérêt préventif, celles-ci vont essayer de les récupérer pour les intégrer plus ou moins habilement dans leurs propres fonctionnements institutionnels.

Mais, engoncées dans leurs logiques propres, les institutions de la santé et de l'action sociale, tout en se positionnant dans un imaginaire préventif qui sert de principe légitimant et d'horizon politique à leur action, peinent à intégrer ces apports novateurs dont elles ont pourtant besoin pour se renouveler. On peut percevoir dans leur évolution aussi bien la reconnaissance de l'intérêt des innovations et de leur soutien que la difficulté à se plier à une dynamique de renouvellement. Les nouveaux lieux d'accueil de la petite enfance, les ludothèques, les dispositifs novateurs, peuvent tout à la fois être reconnus et soutenus par un certain nombre de mesures réglementaires et de dispositions gestionnaires et se heurter aux pesanteurs des logiques institutionnelles et à leurs difficultés à mettre concrètement en œuvre une logique préventive délestée de tout objectif de gestion/contrôle des populations précarisées, sans compter les résistances à l'égard du travail en réseau et à la collaboration interinstitutionnelle que celui-ci suppose.

Les ambiguïtés de l'idéal institutionnel de prévention se traduisent dans les diverses façons dont cet idéal peut être compris au sein d'instances aux objectifs divergents comme l'Aide sociale à l'enfance, avec la dénomination même de certaines équipes dites de *prévention spécialisée*, et la Protection maternelle et infantile, qui se situe dans un tout autre registre, plus médicalisé que social ou même psychologique. Dès lors, la façon dont cet idéal cherche à s'affirmer dans la mise en place d'un *dispositif de périnatalité psychique*⁸ se heurte non seulement aux contradictions idéologico-politiques d'une insuffisante élaboration de la signification sociale de la prévention dans les sociétés démocratiques, mais aussi aux multiples incohérences d'un quadrillage institutionnel incoordonné.

Sur les territoires de vie, plusieurs logiques se déploient et s'entrecroisent, et bien souvent ont pour effet de se neutraliser à travers les contradictions qu'elles révèlent. Elles renvoient tout autant à la diversité des façons de concevoir la prévention précoce qu'à la diversité des insertions territoriales que leur définition institutionnelle suppose. Logique de la santé publique, organisant le travail des hôpitaux et la psychiatrie de secteur ; logique de la territorialisation des instances étatiques d'action sociale que sont les Caisses d'allocations familiales ou les Directions départementales des actions sanitaires et sociales. Logique de la décentralisation des instances départementales qui organisent la Protection maternelle et infantile et les Directions des interventions sanitaires et sociales. Logique de la gestion politique des municipalités sur les services offerts aux habitants des communes...

Confronté à l'entrecroisement des logiques et aux divergences des conceptions préventives, l'usager bien souvent ne s'y retrouve plus. Cela ne fait que renforcer sa tendance à se méfier de toute volonté préventive à son égard, et le pousse un peu plus à se montrer rétif à entrer dans le cadre d'une gestion prophylactique dont il entrevoit les enjeux de pouvoir à travers les contradictions des positionnements institutionnels. La question est d'autant plus délicate que la période périnatale constitue un moment de fragilisation et de déstabilisation parentale dont les effets perturbateurs sur la relation à l'enfant sont d'autant moins identifiés comme posant problème par les parents que les normes de milieu concernant la parentalité sont strictes et le suivi médico-psychologique peu opérant. C'est le cas pour nombre de personnes d'origine étrangère et/ou en situation précaire. Ils ne consultent que lorsque la difficulté que présente leur enfant est trop manifeste pour être déniée, ce qui renforce leur assignation au contrôle et à la thérapie lourde, et les prive d'une prévention qui les libérerait d'un rapport contraint au champ de la santé et de l'action sociale. L'impact préventif des lieux d'accueil parents-enfants en quartiers d'habitat social (Ème, 1993, 1999) est à cet égard révélateur des potentialités d'un accueil de proximité débarrassé de toute visée de maîtrise.

Toujours est-il que l'objectif du travail en réseau, que met en avant par exemple Françoise Molénat (2000), semble en bien des territoires particulièrement difficile en ce que la difficulté à faire coïncider réseau institutionnel et réseau d'acteurs apparaît souvent insurmontable. Comme le relève Michel Dugnat, « si les secteurs de psychiatrie publique favorisent, parfois, des phénomènes qui s'apparentent à ceux des réseaux d'acteurs, ils ne sont actuellement qu'exceptionnellement moteurs de réseaux institutionnels⁹. » Il semblerait qu'au-delà des questions de personnes, la question d'une coordination interinstitutionnelle, pourtant souhaitée par les nouvelles directives¹⁰, soit loin d'être résolue, tant elle rencontre dans la confrontation des structures hiérarchiques institutionnelles la question de la régulation des relations de pouvoir.

C'est d'autant plus fâcheux qu'une véritable prévention psychique, c'est-à-dire relative à la régulation des relations interindividuelles et des liens intersubjectifs, ne peut logiquement être mise sur pied que si on dépasse les logiques d'assujettissement des acteurs aux institutions qui définissent le cadre de leur intégration sociale. Ce qui suppose l'adhésion de ces acteurs au projet d'émancipation de leurs *normes d'existence* (Prokhoris, 2000) contraintes, pour que les processus de subjectivation nécessaires à une telle prévention psychique puissent se dérouler et se défaire les nœuds qui perturbent les échanges familiaux.

De quelques attendus d'une perspective préventive anormative et autorégulée

Ces constats étant posés, il devient nécessaire de préciser ce que peut vouloir dire l'idée d'une prévention relationnelle précoce s'affranchissant des rapports de pouvoir et d'assujettissement et de la volonté d'emprise caractéristique du politique. Quels rapports suppose-t-elle entre les normes individualisées de la vie quotidienne, qui structurent le *monde vécu* cher à Habermas (1997), et les normes sociales, qui régissent les relations entre les acteurs ? Quels modèles relationnels mobilise-t-elle tant dans la sphère privée avec son réseau d'interactions familiales que dans la sphère publique avec sa structure institutionnelle, la société civile et le pouvoir politique ? Enfin, quelle paraît être, dans le champ complexe des rapports sociaux contemporains, la capacité sociale à mettre en œuvre une prévention subjective dans une dynamique de coordination souple entre les différents acteurs, autorisant l'espoir d'une autorégulation de la relation parentale par les parents eux-mêmes dans leur rapport au dispositif institué ?

Cette question, qui constitue en quelque sorte l'objet même du processus de recherche que je mène actuellement (Neyrand et coll., 2003), ne peut à l'évidence trouver de réponse définitive. Peuvent cependant être évoquées quelques pistes à suivre.

Peut-être convient-il d'abord d'identifier la coexistence des deux conceptions de la prévention psychique qui ont été constituées en modèles préventifs.

Le premier modèle, classique dans le domaine de la psychiatrie et dans celui de l'action sociale, est un *modèle d'adaptation* de l'individu aux différentes contraintes qui pèsent sur lui, internes et externes. Centré sur la dynamique intrapsychique, il promeut un renforcement du Moi comme instance de contrôle des pulsions et de soumission au « principe de réalité », et n'est pas sans rapport avec les principes d'une *Ego psychology* à l'américaine aisément en phase avec l'approche dominante dans le champ institutionnel de la santé mentale. Cette approche dominante, bien souvent mono-institutionnelle, privilégie le travail sur la mère, véritable pivot de l'intervention, et participe de la traditionnelle survalorisation de la relation mère-enfant dont on connaît les raisons et la logique ¹¹, au détriment de l'ouverture à la triade et à l'entourage de l'enfant que le second modèle autorise plus facilement.

Ce second modèle, en effet, est un *modèle d'expression*, centré sur la nécessité pour le sujet d'élaborer un mode d'interaction relationnelle qui permette une expression régulée des pulsions. En cela, il met l'accent sur la dynamique interpsychique et correspond beaucoup plus à l'idéal démocratique d'une prévention anormative tendant vers une autorégulation familiale. Porté par une certaine conception de l'accueil et de l'écoute du petit enfant fortement influencée par la psychanalyse – qu'elle soit d'inspiration lebovicienne ou lacanienne et doltoienne –, ce modèle trouve son pendant institutionnel dans la promotion du travail inter-institutionnel et interprofessionnel

en réseaux, d'inspiration beaucoup plus communautaire, sur l'ensemble de la constellation familiale (Stern, 1985 ; Dugnat, 1997).

Sans doute plus efficace quant à ses effets préventifs à long terme, ce modèle est aussi plus coûteux à court terme, puisqu'il suppose une plus grande attention accordée au psychologique, une mobilisation des acteurs familiaux au-delà du cercle restreint de la dyade et une coordination forte entre professionnels. Il se révèle cependant d'autant plus nécessaire que l'on veut échapper à la logique de fonctionnalisation de la santé mentale, celle qui met en œuvre une démarche d'investigation et de contrôle des processus de parentalisation et qui prend la forme d'une intervention normative auprès des plus démunis¹². Il permet aussi de répondre au risque de *monoparentalisation* sociale et psychique dans les populations précarisées¹³.

Mais le passage à un tel positionnement préventif suppose un repositionnement théorique et institutionnel sur la question de la prévention précoce capable de s'affranchir d'un modèle de société s'appuyant sur le *familialisme* asymétrique ancien¹⁴ pour investir pleinement l'autonomisation des individus. Autonomisation qu'a pu illustrer aussi bien l'émancipation des femmes que la montée d'une conception éminemment relationnelle du familial, et que résume l'expression non exempte de paradoxes de « démocratie familiale » (Fize, 1990).

Dès lors, pour que l'idée de prévention précoce puisse véritablement fonctionner, débarrassée des logiques désobjectivantes du contrôle institutionnel qui limitent la prévention à la conformité aux normes réductrices du familialisme traditionnel, il apparaît nécessaire de promouvoir une démarche qui s'inspire d'une clinique de la relation parentale, et, plus globalement, de la relation socialisante de tout acteur en charge de jeunes enfants (parents et famille, mais aussi professionnels de première ligne, médecins, accueillants), et qui s'articule à une clinique du social¹⁵ capable de répondre aux situations de détresse, où le travail en réseau œuvre pour la restauration d'une subjectivation autorégulée.

Gérard Neyrand, sociologue.
Responsable de recherche au CIMERSS,
175 rue Canobio 13320 Bouc-Bel-Air.
cimeress @ wanadoo.fr

BIBLIOGRAPHIE

- BASTARD, B. ; CARDIA-VONÈCHE, L. ; EME, B. ; NEYRAND, G. 1996. *Reconstruire les liens familiaux. Nouvelles pratiques sociales*, Paris, Syros.
- CASTEL, R. 1981. *La gestion des risques*, Paris, Minuit.
- CHAUVIÈRE, M. ; SASSIER, M. 2000. « Décrypter les implicites », dans M. Chauvière, M. Sassier, R. Allard, B. Ribes (sous la direction de), *Les implicites de la politique familiale*, Paris, Dunod.

- COMMAILLE, J. 1993. *Les stratégies des femmes. Travail, famille et politique*, Paris, La Découverte.
- DOLTO, F. 1981. « La Boutique verte », *Enfants en souffrance*, Paris, Stock.
- DOLTO, F. 1985. *La cause des enfants*, Paris, Robert Laffont.
- DUGNAT, M. (dir.). 1997. *Le monde relationnel du bébé*, Toulouse, érès.
- DUGNAT, M. « Psychiatrie périnatale et politique de secteur : un état des questions », *Information psychiatrique*, à paraître.
- EHRENBERG, A. 1998. *La fatigue d'être soi. Figures de la dépression*, Paris, Odile Jacob.
- ÉLIACHEFF, C. 2001. « Malaise dans la psychanalyse », *Esprit*, n° 273, mars-avril.
- ÈME, B. 1993. *La croisée des liens*, Fondation de France.
- ÈME, B. 1999. *Les modes d'accueil de la petite enfance ou l'institution de la parentalité*, CRIDA/CNAF.
- FIZE, M. 1990. *La démocratie familiale*, Paris, Presses de la Renaissance.
- FOUCAULT, M. 1966. *Les mots et les choses*, Paris, Gallimard.
- HABERMAS, J. 1987. *Théorie de l'agir communicationnel*, Paris, Fayard.
- LEFAUCHEUR, N. 1997. « Qui doit nourrir l'enfant de parents non mariés ou démariés ? », *Recherches et prévisions*, n° 47.
- MOLÉNAT, F. 2001. *Naissance : pour une éthique de la prévention*, Toulouse, érès.
- NEYRAND, G. 2000. *L'enfant, la mère et la question du père. Un bilan critique de l'évolution des savoirs sur la petite enfance*, Paris, PUF.
- NEYRAND, G. 1995. *Sur les pas de la Maison verte*, Paris, Syros.
- NEYRAND, G. ; ROSSI, P. 2002. *Les femmes « chefs de famille » en situation précaire. L'exemple de Marseille*, CIMERSS-CODIF/DRDFE, FAS, préfecture BdR, Conseil général, Conseil régional, DDASS.
- NEYRAND, G. 2003. (avec la collaboration de Michel Dugnat, Georgette Revest, Jean-Noël Trouvé), *Quelle prévention des troubles de la relation parentale précoce ? Acteurs et contexte institutionnel*, CIMERSS/MIRE.
- PROKHORIS, S. 2000. *Le sexe prescrit*, Paris, Flammarion.
- ROUDINESCO, É. 1994. *Généalogies*, Paris, Fayard.
- SOULÉ, M. ; NOËL, J. 1985. « La prévention médico-psychosociale précoce », dans *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, PUF, 1995, tome IV.
- STERN, D. 1985. *Le monde interpersonnel du nourrisson*, Paris, PUF, 1989.

RÉSUMÉ

La tendance contemporaine à mettre l'accent sur les effets thérapeutiques des psychotropes au détriment de l'approche psychologique trouve ses limites en pédopsychiatrie, où les manifestations symptomatiques du bébé peuvent difficilement se dissocier de leur dimension relationnelle et où la clinique de la relation montre ouvertement ses effets positifs. Ce sur quoi insistent avec raison les spécialistes de la périnatalité, c'est l'importance pour l'équilibre psychique du bébé et son développement du cadre relationnel où il s'inscrit, et notamment des relations qu'il entretient avec ses parents. La conséquence en est que toute intervention thérapeutique à l'égard des parents se révèle préventive à l'égard du bébé. Ou, pour reprendre la distinction entre primaire et secondaire, que toute démarche de prévention secondaire envers le parent se constitue en prévention primaire pour le bébé. D'où l'importance de la prise en compte de la relation parentale précoce.

D'où aussi la nécessité de faire le point sur les conditions sociales de cette intervention et les implicites qui la fondent.

NOTES

1. Remarquons combien ce terme est révélateur de l'emprise fonctionnaliste dans le domaine médical, dont la communauté des représentants peut se concevoir comme un *corps* médical soignant des corps souffrants à qui l'on enjoint de rester *patients*.
2. La position de Dolto en l'occurrence s'opposait à la logique institutionnelle classique en dénonçant le contrôle social dont elle est porteuse. « Ils font des fiches qui suivent l'enfant toute sa vie. Cette inquisition policière, justement, nous ne voulons pas la servir », dans *La cause des enfants*, Paris, Robert Laffont, 1985, p. 556. Pour une analyse du contexte d'émergence de l'idée de Maison verte et la mise en perspective de ses attendus au regard de l'évolution socio-institutionnelle voir mon ouvrage *Sur les pas de la Maison verte*, Paris, Syros, 1995, p. 31-79.
3. Il faudrait à cet égard rappeler le caractère illusoire de la prétention des corpus de savoirs traitant de l'humain à être considérés comme des sciences humaines. Comme le rappelait justement Michel Foucault : « La culture occidentale a constitué, sous le nom d'homme, un être qui, par un seul et même jeu de raisons, doit être domaine positif du *savoir* et ne peut pas être objet de *science* », *Les mots et les choses*, Paris, Gallimard, 1966, p. 378.
4. C'est bien ici le sens que l'on peut donner aux circulaires du 9 mars 1999 et du 30 mars 2001 promouvant les *Réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents*.
5. Alors même que les écrits analytiques de philosophie sociale sont profusion...
6. Ainsi que le reconnaissait son frère, le bénédictin Marc-François Lacan, qui, selon Élisabeth Roudinesco, « était persuadé que son frère Jacques était demeuré par sa doctrine dans la foi de Dieu », dans *Généalogies*, Paris, Fayard, 1994, p. 124. Pour une explicitation des enjeux des positions lacaniennes et de leurs interprétations, voir Caroline Eliacheff, « Malaise dans la psychanalyse », *Esprit*, n° 273, mars-avril 2001.
7. Pour une explicitation des deux modèles « maïeutique » et « empathique » à l'œuvre dans les nouveaux lieux d'accueil familiaux, voir notre analyse collective : Bastard Benoît, Cardia-Vonèche Laura, Eme Bernard, Neyrand Gérard, *Reconstruire les liens familiaux. Nouvelles pratiques sociales*, Paris, Syros, 1996.
8. Voir l'article de Michel Dugnat dans ce numéro.
9. Michel Dugnat, « Psychiatrie périnatale et politique de secteur : un état des questions », *Information psychiatrique*, à paraître.
10. *Décrets dits de périnatalité* d'octobre 1998 ; Arrêté du 8 janvier 1999 prévoyant la création des *Commissions régionales de la naissance*.
11. Voir les chapitres II à IV de *L'enfant, la mère et la question du père*.
12. Se rappeler l'analyse déjà ancienne de Robert Castel dans *La gestion des risques*, Paris, Minuit, 1981.
13. Voir notre approche de cette question dans Neyrand Gérard, Rossi Patricia, *Les femmes « chefs de famille » en situation précaire. L'exemple de Marseille*, CIMERSS-CODIF/DRDFE, FAS, préfecture BdR, conseil général, conseil régional, DDASS, 2002. Le rapport de la recherche est disponible auprès de la DRDFE de PACA, 04 91 15 61 61 ; drdfpaca@online.fr.
14. Sur les grands paradigmes inspirant la politique familiale voir Nadine Lefaucheur, « Qui doit nourrir l'enfant de parents non mariés ou démariés ? », *Recherches et prévisions*, n° 47, 1997. Voir aussi Jacques Commaille, *Les stratégies des femmes. Travail, famille et politique*, Paris, La Découverte, 1993.
15. Ainsi que Patricia Rossi définit son approche de psychologue clinicienne auprès des populations précarisées.