

Gérard NEYRAND

PRÉVENTION PSYCHIQUE PRÉCOCE ET SOUTIEN DES PARENTS : QUELLES APPROCHES¹

L'idée d'une prévention *psychique précoce* est née avec la psychanalyse, même si celle-ci a toujours manifesté une certaine réticence à la reprendre, malgré les quelques propos de Freud en ce sens et l'apport de sa fille ou celui de Françoise Dolto. Elle n'est donc pas si nouvelle, et si elle resurgit parfois au détour d'un écrit ou d'un propos c'est plutôt pour rappeler les difficultés de sa conception et de sa mise en œuvre.

Car un tel type de prévention se heurte d'emblée à deux obstacles : tout d'abord elle se veut *psychique*, c'est-à-dire touchant à un domaine où l'approche médicale ne saurait suffire à épuiser le sujet ; et ensuite elle se veut *précoce*, c'est-à-dire concernant un âge où les perturbations ne peuvent être verbalisées et où le petit enfant dépend étroitement de la qualité des relations qu'il entretient avec les personnes de son entourage.

La complexité est donnée d'emblée dans cette interaction entre le jeu relationnel où se trouve impliqué le bébé et le jeu institutionnel censé le prendre en charge pour le soigner, ou éviter d'avoir à le soigner en devançant des perturbations annoncées.

Ce qui est en jeu ici est bien le processus de *socialisation* pris dans son sens large d'apprentissage des relations humaines et des règles qui régissent ces relations, et qui dépasse largement la notion d'éducation beaucoup plus centrée sur une volonté de formation. La conséquence est que ce que l'on qualifie généralement comme la première relation, la relation du bébé à sa mère, est une relation *sociale*, c'est-à-dire une relation qui est d'emblée prise dans le jeu des significations que la collectivité lui attribue et qui véhicule toute la culture du groupe, donc qui n'est pas plus naturelle qu'une autre...

La seconde conséquence est aussi de mettre l'accent sur le fait que la socialisation en tant qu'elle constitue un processus n'a pas de fin, autrement dit qu'elle ne s'arrête pas à un certain âge et qu'au-delà de l'enfance elle continue. La relation parent-enfant n'est donc pas uniquement une relation de socialisation de l'enfant mais aussi du parent, qui dans l'interaction avec la société et ses codes, sa propre généalogie et le rapport avec son enfant se constitue comme parent en tant que tel. Les travaux psychologiques de ces dernières décennies ont insisté sur cette dimension en introduisant le terme de *parentalisation*², qui

¹ Cette intervention s'appuie sur notre ouvrage *Préserver le lien parental. Pour une prévention psychique précoce* (avec la collab. de Michel Dugnat, Georgette Revest, Jean-Noël Trouvé), Paris, PUF, 2004 et sur notre intervention « Parentalité, socialisation et prévention précoce », 6° journées des unités d'hospitalisation mère-bébé, Marseille, 11 octobre 2003-

² « La parentalisation est l'influence positive (création ou renforcement) exercée par une personne (le bébé par exemple) sur le sentiment qu'a un adulte (le père par exemple) d'être parent. » LAMOUR Martine, BARRACO Marthe, *Souffrances autour du berceau*, Gaëtan Morin éditeur, Paris, 1998, p.28.

débouche inéluctablement sur celui de *parentalité*³, l'un désignant le processus dynamique du devenir parent, l'autre la diversité de l'état de parent.

Dans une première approximation, disons que la parentalité est un terme commode pour désigner la diversification des regards sur l'état de parent, diversification liée à la dissociation que les sociétés occidentales modernes ont réalisé de ses différentes composantes : biologique, socio-juridique, relationnelle. L'une des difficultés de l'emploi de ce terme, en dehors de son aspect heuristique pour aborder la complexification de la situation parentale, est qu'il s'origine et prend appui dans des sphères discursives différentes : anthropologie, psychanalyse, sociologie, politiques sociales, comme je l'ai analysé dans mon ouvrage sur le dispositif de parentalité : *Soutenir et contrôler les parents* (2011)

On pressent bien que le processus de diffusion de ces termes n'est pas neutre, il indique que quelque chose a changé dans la configuration même de l'ordre familial et dans la façon de l'appréhender, et donc que l'idée même de prévention précoce est avant tout relationnelle, et suppose la diversification des angles d'approche du contexte familial, en complément de la nécessaire attention apportée à la relation bébé-mère, et parfois au-delà dans la mesure où les proches significatifs pour un bébé ne se limitent pas aux membres de la famille, l'évolution de la théorie de l'attachement vers un pluri-attachement le montre bien.

Présentons alors de façon très schématique, ce qui constitue l'essentiel des mutations familiales qui ont contribué à complexifier l'approche de la prévention.

Une réorganisation de la structure relationnelle de la famille

Sous l'effet d'évolutions de nature et de temporalité différentes s'opère au tournant des années 70 une mutation de l'ordre référentiel du social, dont la principale caractéristique est de procéder à la réorganisation des rapports entre les sexes et entre les générations.

Les composantes de ce processus sont bien connues :

- mise en avant de la liberté et de l'autonomie individuelle, qui passe par la réaffirmation de l'égalité des individus, notamment des femmes avec les hommes, ce qui correspond à une véritable refondation des rapports entre les sexes ;
- contestation de l'autorité traditionnelle, considérée comme patriarcale et répressive,
- promotion de l'échange et du dialogue comme modèle relationnel, ce qui bouleverse l'agencement antérieur des rapports entre générations.
- Mais aussi, primat de la jouissance et de la réalisation de soi, et mise en avant de la problématique identitaire.

Ce qui n'ira pas sans des conséquences rapides et importantes sur l'ordre familial au travers ce bouleversement de ses composantes relationnelles : montée de l'union libre, puis des naissances hors mariage ; montée des divorces et des séparations, puis des recompositions familiales ; en d'autres termes, désinstitutionnalisation du mariage et de la conjugalité, et, par voie de conséquence réorganisation de la parentalité.

La parentalité se trouve, en effet, profondément remaniée dans ce gigantesque bouleversement. Sans pouvoir développer l'analyse, évoquons le sens profond de ces

³ BRUEL A. , FAGET J. , LUCILLE J. , JOECKER M. , NEIRINCK C. , POUSSIN G. , *De la parenté à la parentalité*, Ramonville Saint-Agne, Érès, 2001 ; MARTIN Claude, *La parentalité en questions. Perspectives sociologiques*, Rapport pour le Haut Conseil de la Population et de la Famille, site la Documentation française, 2003 ; NEYRAND Gérard, "Mutations sociales et renversement des perspectives sur la parentalité", in Didier le Gall et Yamina Bettahar (dir.), *La pluriparentalité*, PUF, 2001 ; HOUZEL Didier (dir.), *Les enjeux de la parentalité*, Toulouse, Érès, 1999 ; SOLIS-PONTON Leticia (dir.), *La parentalité. Défi pour le troisième millénaire*, Paris, PUF, 2002.

transformations. Celui-ci résiderait dans *la diversification et la complexification* des rapports parentaux, et ce, aussi bien au niveau des positions parentales, qui deviennent plus ouvertes, plus complexes et éventuellement plus flottantes, qu'au niveau des acteurs susceptibles d'endosser ces positions, à la fois plus variés et éventuellement plus instables.

De fait, on assiste à une extrême ouverture du champ de la parentalité, celle-ci pouvant ne concerner qu'une seule personne, telle cette jeune mère dont le compagnon de quelques soirs s'est éclipsé précocément avant même d'apprendre que sa partenaire était, comme l'on dit, « enceinte de ses œuvres », et qui ne trouve dans son entourage aucun appui pour soutenir sa parentalité⁴ ; jusqu'à cet autre cas extrême, cet enfant né sous X (ou d'une procréation médicalement assistée avec donneurs) et dont ses parents adoptifs finissent par se séparer, mais continuent tous deux à l'élever en résidence alternée tout en recomposant l'un après l'autre une famille : parents biologiques, parents socio-juridiques, par lesquels passe la filiation officielle, et parents éducateurs sont complètement ou partiellement dissociés. L'enfant se retrouvant ici avec pas moins de six références parentales, composant ce qu'on pourrait appeler son propre *dispositif de parentalité*, et avec lesquelles il aura à se débrouiller pour se construire une identité qui lui soit propre.

Une prévention psychique précoce ?

Face à cette ouverture du champ et la complexification de la genèse possible des troubles de la parentalité, comment peut se positionner la volonté de prévention psychique précoce ?

L'une des réponses préconisées par une approche plus médico-psychiatrique serait d'en rester au symptôme et de traiter celui-ci efficacement grâce aux progrès impressionnants de la pharmacologie contemporaine, quitte à établir à l'aide d'une batterie très élaborée de tests psychologiques ce qu'il en est véritablement de ces symptômes.

Or, il me semble bien que ce placage d'un modèle médical, qui a fait ses preuves en matière de prophylaxie somatique, sur la visée préventive en santé mentale précoce s'avère contre-productif dans le domaine de la petite enfance. En effet, il fait l'impasse aussi bien sur la vie psychique des sujets impliqués (enfant et parents) que sur la prise de cette vie psychique dans l'interaction relationnelle (la dynamique de la parentalité). Avec la meilleure volonté du monde, la tentative de passer outre la dimension encombrante de la vie psychique en mettant en œuvre une démarche de dépistage des troubles mentaux centrée sur une taxinomie des manifestations symptomatiques indexée à la réponse pharmacologique, s'avère redoutable à trois niveaux : celui de l'éthique de l'intervention politique dans la gestion sociale de la santé mentale, celui de l'économie psychique des populations, et celui de la pertinence sociologique de la démarche.

Les expertises collectives de l'Inserm, *Troubles mentaux : dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent* (2002), et *Troubles des conduites chez l'enfant et l'adolescent* (2005), résument cette démarche : « *Les recherches empiriques portant sur l'étiologie des troubles anxieux chez l'enfant ont permis d'identifier un certain nombre de facteurs de risque (antécédents familiaux de troubles affectifs, fréquence des événements de la vie stressants auxquels l'enfant est confronté...).* Différents programmes de prévention ont été développés, fondés le plus souvent sur des techniques cognitivo-comportementales, dont le but est de réduire l'impact de ces facteurs de risque tout en optimisant les compétences de l'enfant en termes de stratégies d'ajustement et d'adaptation. » (synthèse, 2002)

⁴ Ce qui la conduira bien souvent dans une trajectoire de précarisation très difficile à contrôler, comme notre travail sur le sujet le met en évidence. Cf. NEYRAND Gérard, ROSSI Patricia, *Monoparentalité précaire et femme sujet*, Ramonville Saint-Agne, Érès, 2004.

Dans ce passage est clairement mis en évidence de quelle façon un ensemble de glissements sont effectués pour passer de la démarche classique, mais difficile, de mise en œuvre dans l'écoute thérapeutique d'une volonté *compréhensive* des maladies et leur genèse, à une démarche d'identification de caractéristiques statistiquement associées à des troubles très vagues (« troubles anxieux »), mais qui ont pour trait partagé de réagir aux mêmes médicaments. Glissement donc de *maladies* cliniquement spécifiées à des *troubles* amalgamés par une sensibilité partagée à un médicament ; glissement de l'analyse clinique des trajectoires personnelles de nouage des troubles pathologiques à l'explicitation de caractéristiques « favorisant » l'émergence de ces troubles sous le vocable de « facteurs de risques » ; glissement d'une appréhension de la vie psychique par l'écoute d'une parole signifiante à des « stratégies d'ajustement et d'adaptation » de l'enfant à son environnement par des « techniques cognitivo-comportementales » qui s'apparentent au conditionnement ; glissement enfin de la *prévention* au *dépistage*.

Ce qui indique sans ambiguïté que *sous le terme de prévention on peut entendre des choses bien différentes et, sous certains points de vue, antinomiques*. Dans cette logique de dépistage, qui participe d'une démarche de prévention non psychique mais médicale, est déniée ce qui fait justement la spécificité de la dimension *psychique* de la prévention, *a fortiori* lorsqu'elle se veut précoce : que le trouble est *relationnel*, et sans aide peut se structurer en maladie organisée ; qu'une écoute appropriée d'une parole signifiante pour le sujet peut avoir un effet thérapeutique ; qu'une prévention précoce est d'abord relationnelle, et évite l'enfermement dans la maladie par un médicament qui bloque le symptôme.

Or, la prévention psychique consiste peut-être moins à vouloir empêcher la survenue de faits imprévisibles, qui risqueraient d'apparaître compte-tenu des facteurs de risques que présentent les parents, qu'à fournir un cadre pour que ces faits ne deviennent pathogènes, soit en aidant le sujet à prendre appui dans ses apprentissages, soit en l'écoutant exprimer ce qui de son rapport au monde provoque sa souffrance.

Plutôt que développer des procédures d'encadrement et de régulation des personnes, qui participent de micro-pouvoirs sociaux, il semble plus judicieux de promouvoir une intervention attentive et coordonnée en maternité, en hôpital, en crèche ou en maternelle, mettant en réseau professionnels de l'accueil, du social et du soin, enfant et parents, et passant par l'écoute et l'accompagnement et aboutissant à une requalification parentale.

Conclusion : un dispositif d'accueil, d'écoute et de participation parentale

Sans nier l'intérêt de l'utilisation de médicaments ou de techniques de préservation de l'intégrité corporelle, notamment en période de crise et de souffrance intense, on peut qualifier d'*expressive* une démarche préventive ou thérapeutique qui privilégie l'expression par les sujets de ce qui les préoccupe, les entrave, les fait souffrir, que cette expression s'appuie sur le langage verbal ou – à plus forte raison pour le bébé – non verbal⁵. Cette démarche suppose donc comme condition la mise en place d'un dispositif d'écoute qui permette cette expression. Elle se révèle d'autant plus pertinente qu'elle articule différentes possibilités d'écoute et de réponse aux différents points de la chaîne des institutions d'accueil et de soin que sont amenés à fréquenter les parents et leurs enfants.

⁵ NEYRAND Gérard, « Divergence des modèles de prévention précoce », in *Le collectif Pas de 0 de conduite pour les enfants de 3 ans !*, érès, 2006, p.141-148 & NEYRAND Gérard (dir.), *Faut-il avoir peur de nos enfants ? Politiques sécuritaires et enfance*, Paris, La Découverte, 2006.

Elle demande pour être véritablement efficace deux choses : une *qualité minimale d'écoute* des professionnels (liée à leur formation) et le *temps nécessaire* au déploiement de cette écoute, afin que le sujet puisse être entendu dans la complexité de ce qu'il a à énoncer et de ce qu'il demande de dénouer. Il est clair que les mutations contemporaines touchant aux mœurs, à l'organisation de la vie familiale, à la conjugalité et à la parentalité, rendent particulièrement nécessaire la participation des parents à une prévention qui les concerne au premier chef, celle des troubles d'une parentalité dont les cadres d'exercice se trouvent déstabilisés par les évolutions sociales.

Bien que l'impact de ces évolutions sur les formes familiales et les dispositifs de parentalité ne puisse se lire directement que sur un nombre limité de structures familiales, il est clair que ces évolutions concernent l'ensemble des familles et affectent les représentations sociales de la parentalité et la façon dont peut se concevoir un soutien et un accompagnement à son égard. Les professionnels se trouvent ainsi confrontés à une diversification des attitudes dont ils ont à tenir compte et qui complexifie considérablement le travail de prévention, surtout lorsqu'ils sont en présence de situations où les parents s'avèrent désemparés et leur demandent de les aider à trouver les repères adéquats à leur parentalité naissante.

La difficulté d'adoption par les professionnels d'une telle attitude incitant à une participation concertée est double, puisqu'il s'agit à la fois d'être en capacité à tenir une position d'écoute subjective et de ne pas être porteur d'une normativité relationnelle, particulièrement déplacée en un temps de diversification des règles du jeu social et de complexification des positions désirantes. L'éthique d'expressivité portée par les professionnels vise, en s'éloignant du contrôle normatif, à l'élaboration par des parents-sujets d'une dynamique relationnelle pacifiée par leur participation à un dispositif de soutien qui reconnaisse leur compétence parentale, et la compétence du bébé à leur permettre d'être parents. Ce que nous avons essayé d'expliciter dans *Malaise dans le soutien à la parentalité*⁶.

C'est autour de cette véritable *alliance thérapeutique* entre parents et professionnels que pourrait se jouer l'avenir de la prévention psychique précoce, et sans doute de l'idée même de prévention, en ce qu'elle suppose à la fois la capacité des professionnels à mobiliser des attitudes adéquates à la rencontre des parents et la capacité des parents à se saisir de l'opportunité qu'offre le cadre d'écoute qui leur est proposé pour répondre à leur désir, plus ou moins bien exprimé, de bénéficier d'un soutien.

⁶ NEYRAND Gérard, COUM Daniel, WILPERT Marie-Dominique, *Malaise dans le soutien à la parentalité. Pour une éthique d'intervention*, Toulouse, érès, 2018.