

Colloque RFVS Villes, parentalité et santé. Un nouvel enjeu de transversalité des politiques locales, 24 octobre 2012, Villeurbanne,

Gérard NEYRAND

LA PARENTALITÉ FACE AUX PRÉOCCUPATIONS SANITAIRES.

La délicate mise en œuvre d'une démarche préventive.

Je remercie les organisateurs de m'avoir demandé d'intervenir dans ce colloque dont l'importance saute aux yeux, puisqu'il met en relation trois dimensions qui constituent aujourd'hui des préoccupations centrales dans les politiques publiques : la ville, la parentalité et la santé. La tâche qui m'est dévolue d'ouvrir les débats n'est pas des plus faciles, car si, effectivement, ces dimensions ont pris une importance croissante dans la gestion sociale, elles l'ont fait de façon autonome, selon des logiques qui leur sont propres et demeurent fort éloignées les unes des autres.

S'il n'est pas dans la demande ni dans mon propos de traiter de la politique de la ville, qu'en tant qu'acteurs impliqués dans son développement vous maîtrisez bien mieux que moi, vouloir mettre en relation préoccupations concernant **la parentalité** et préoccupations **sanitaires** se révèle une entreprise délicate.

Sans doute cette démarche trouve-t-elle sa motivation dans le constat réalisé par les instances dévolues à l'éducation à la santé, comme l'INPES, que cette volonté éducative de transformer les comportements des populations dans le sens d'une meilleure prise en charge par les individus de leur santé, ne peut faire l'économie d'y impliquer de façon forte les parents.

On se trouve en effet dans une logique de socialisation à la santé de populations chez lesquelles on constate la prévalence de risques sanitaires croissants, comme l'obésité, les maladies cardio-vasculaires, les addictions... ainsi que le met en évidence l'épidémiologie.

Or, de toutes les instances de socialisation, les parents en constituent sans doute la plus importante, car elle accompagne l'enfant tout au long de sa vie et se révèle particulièrement opérante lors de la petite enfance, période dont on sait qu'elle conditionne très largement les attitudes prises à des âges plus avancés.

Mais la chose est doublement complexe :

- d'une part, parce que l'exercice de la parentalité aujourd'hui recouvre tout un ensemble de situation très diverses ;

- d'autre part, parce que l'approche médicale portée par l'épidémiologie ne se prête pas toujours très bien à l'intervention auprès de parents. Essayons de préciser ces deux dimensions.

La parentalité, une notion qui désigne un problème nouveau

Comme le dit très bien mon collègue Claude Martin, dans son rapport sur la parentalité : « L'apparition d'une nouvelle notion dans le débat public est généralement le signe d'un processus de construction d'un problème public nouveau¹ ».

Mais le propre du terme « parentalité » c'est que, s'il apparaît dans le débat public, les médias, les discours politiques, dans les années 1990, cela fait déjà longtemps qu'il est employé par les sciences humaines, en anthropologie pour parler des fonctions parentales, en psychanalyse pour parler du lien psychique parent-enfant, et en sociologie pour parler de la diversification des modes de vie en famille.

Je vais essayer de résumer succinctement les apports de ces approches, car c'est sous leurs éclairages que les intervenants de plus en plus nombreux dans les diverses mesures d'appui et de soutien à la parentalité se positionnent, dans une **perspective psycho-sociale** qui s'avère assez éloignée de l'approche **médico-démographique** de l'épidémiologie, dominante en matière de santé publique.

Pour résumer, je dirais donc que l'approche du rapport parents-enfants sans l'angle de la parentalité insiste sur la dimension des **affiliations** entre enfants et parents. Qu'est-ce que je veux dire par là ?

L'affiliation est la création volontaire d'un lien entre un individu et, soit un autre individu, soit un groupe ou une structure sociale. En matière de parentalité, l'idée d'affiliation insiste sur la démarche, psychique et sociale, nécessaire pour que ce lien entre enfant et parent soit créé et reconnu. En d'autres termes, être géniteur d'un enfant ne suffit pas pour être parent. Il est nécessaire que s'effectue une adoption psychique réciproque entre l'enfant et ses parents, que l'on appellera le processus de **parentalisation psychique** ; et que cette instauration d'un lien soit reconnu par la société, par le biais généralement de la déclaration de naissance mais parfois de l'adoption, qui inscrit l'enfant dans le système de la parenté, ses

¹ MARTIN Claude, *La parentalité en questions. Perspectives sociologiques*, Rapport pour le Haut Conseil de la Population et de la Famille, Paris, 2003, p.12.

places et ses règles. Il y a donc aussi une **parentalisation sociale** qui, dans l'idéal, redouble la parentalisation psychique, en officialisant le lien parent-enfant.

La difficulté dans notre société en mutation, c'est que les familles ont connu un double processus de précarisation, qui les a ainsi doublement fragilisées. Une précarisation des liens conjugaux qui, avec la montée des séparations, a provoqué une fragilisation des liens parents-enfants, et notamment des liens pères-enfants ; et une précarisation des conditions de vie qui, en touchant de plus en plus de personnes, n'a pas manqué de réagir négativement sur les conditions nécessaires à une éducation parentale harmonieuses. Ce qui n'a pas manqué d'influer sur la santé des nouvelles générations, avec, par exemple, l'augmentation continue d'un trouble psychique, la dépression, et d'un trouble somatique, l'obésité... La question sanitaire vient ainsi interpeller la famille en mettant en évidence que l'émergence d'un certain nombre de problèmes de santé publique transite en large part dans l'espace familial, et la socialisation des comportements enfantins que les parents y réalisent.

Mais, comme je le disais, les choses familiales se sont complexifiées, et intervenir auprès des parents dans une logique de soutien doit tenir compte au moins de deux choses :

1) que certaines situations familiales sont plus difficiles à assumer que d'autres (la monoparentalité, par exemple) et que certains acteurs parentaux sont moins légitimes, car mal reconnus comme tels par la société (les beaux-parents, par exemple) ;

2) qu'intervenir dans une logique de promotion de la santé, et de développement d'une politique de prévention, doit composer avec le fait, d'une part, que la santé mentale et la santé physique ne participent pas forcément des mêmes processus et ne peuvent être abordées exactement de la même façon, d'autre part, que les démarches des disciplines scientifiques ou des théories qui sont amenées à en rendre compte s'avèrent bien différentes, manifestant des divergences d'appréhension des problèmes de santé, susceptibles de déboucher parfois sur des conflits. En effet, aborder les choses en sociologue met en avant autre chose que l'abord du médecin ; de même, l'abord du clinicien ne sera pas le même que celui de l'épidémiologue.

Rappelons alors la spécificité de l'épidémiologie, sur laquelle s'appuient les politiques de santé publique.

Les attendus l'épidémiologie : un croisement de logiques

L'épidémiologie est à la santé publique ce qu'est la médecine au patient, c'est une façon d'appliquer à la société et aux grands groupes qui la constituent une logique médicale de soin et de prévention, que le médecin applique d'une autre façon à ces individus isolés que sont ses

patients.

Pour se constituer en discipline scientifique l'épidémiologie, qui comme son nom l'indique, a d'abord visé à circonscrire et éviter les épidémies, s'est dotée de tout un arsenal d'outils et de techniques d'approche des populations, qui participent pour la plupart du croisement entre la logique médicale et l'outil statistique prégnant dans la logique démographique. Ses expressions privilégiées en sont la notion de risque sanitaire (défini par un calcul statistique définissant des seuils), de populations à risque (mettant en relation ces risques sanitaires avec les caractéristiques de certaines populations), et de dépistage visant à déceler la présence de pathologies, préférentiellement au sein de ces populations définies comme « à risque » du fait de leurs caractéristiques économiques, sociales, culturelles ou comportementales...

Le dépistage, essentiellement utilisé au départ dans une approche somatique visant la prévention de maladies physiques, et débouchant souvent sur des campagnes de vaccinations, lorsqu'il est appliqué aux comportements ou aux troubles considérés comme psychiques pose de redoutables questions éthiques et ne manque pas d'interroger les représentants des sciences sociales. Il contrevient, en effet, au projet néolibéral de surveillance douce des populations par intériorisation des normes de comportement jugées socialement légitimes, par la mise en évidence que ce projet ne peut véritablement s'appliquer qu'aux populations dont les conditions d'intégration sociale sont suffisantes pour que cet auto-contrôle puisse s'effectuer.

Le contrôle sanitaire prend alors une dimension sociale et publique, qui pose la question du positionnement des gestionnaires, et de la politique de ville à mettre en place. Je vais reprendre ici l'exemple bien connu du rapport Inserm 2005 sur « les troubles des conduites chez l'enfant et l'adolescent » pour montrer que la logique sanitaire appliquée aux enfants peut convoquer les parents de façons fort différentes. Ce rapport a ainsi lié troubles psychiques et troubles de comportement dans l'espace public, comme la délinquance. Ainsi, lorsque des individus, voire certaines populations, semblent ne pouvoir répondre aux exigences d'intégration sociale et de sociabilité requises et produisent des troubles de l'ordre public, allant des manifestations d'incivilité jusqu'aux actes de délinquance grave, le pouvoir politique est confronté à un double défi. Il lui faut identifier les auteurs de ces troubles et les raisons qui les ont amenés à de tels comportements ; et il lui faut répondre à ceux-ci par une répression motivée (codifiée par le Droit) et, dans l'intérêt du bien public, par une prévention adéquate. Il apparaît manifeste au vu des périodes précédemment écoulées que les stratégies de réponses possibles peuvent être très divergentes.

En matière de santé **mentale**, en effet, les stratégies de soin et de dépression peuvent grandement diverger, et le rapport aux parents s'en trouve, à l'évidence, fortement affecté. Rappelons alors brièvement le contexte évolutif du soin psychique : parallèlement au développement des sciences biologiques : neurologie, génétique, biologie moléculaire... et de la pharmacologie, les orientations de la psychologie centrées sur l'étude des comportements (psychologie expérimentale, behaviorisme, conditionnement...) ont à la fin du XXe siècle repris du poil de la bête. Et l'on assistera au tournant du XXIe siècle à leur alliance stratégique dans la nouvelle orientation psychiatrique du soin psychique vers une approche **comportementale et pharmacologique** des troubles de l'esprit. Approche qui cadre assez bien avec la perspective épidémiologique, mais assez mal avec le soutien à la parentalité, tel que défini, par exemple, par la charte des REAAP.

Le nouvel ordre psychiatrique pharmaco-comportemental

Portée par la psychiatrie américaine qui, plus que toute autre, est liée à l'industrie pharmaceutique, une nouvelle façon d'appréhender la maladie mentale s'est mise en place, symbolisée par la révision du DSM (Manuel statistique des troubles mentaux) en 1980, puis 1994. Elle a pour principe caractéristique d'identifier les troubles psychiques par leurs manifestations comportementales et de les relier aux effets que les molécules plus ou moins récemment découvertes peuvent avoir sur eux. La nosographie s'en trouve bouleversée, car sont alors regroupés sous la même désignation générale les différents symptômes sur lesquels un médicament peut avoir de l'effet, au détriment de la recherche de leur origine. On parlera alors de troubles de l'attention, de troubles de la relation...

Alain Ehrenberg, dans son remarquable travail sur la dépression², montre que « *le choix de l'Association psychiatrique américaine (APA) de construire une classification servant de véritable guide diagnostique releva d'une stratégie pour ancrer solidement la psychiatrie dans la médecine la plus scientifique.* » Cette classification s'appuie sur une description poussée de la symptomatologie de ce qui est désormais désigné comme des troubles (et non plus des maladies) organisés en syndromes (« entités discrètes » associant des symptômes corrélés systématiquement), par rapport auxquels les nouvelles molécules chimiques manifestent une efficacité. Du coup, on peut **soigner les troubles sans avoir à comprendre leur origine**, et la structure sous-jacente qui les organise. Une nouvelle ère débute, celle où « *commence à s'imposer en psychiatrie l'idée que l'on peut soigner le désordre de l'esprit ou*

² EHRENBURG Alain, *La fatigue d'être soi. Figures de la dépression*, Paris, Odile Jacob, 1998, p. 166 et 173.

du comportement par le seul traitement biologique. » Pour une telle perspective, il s'agit bien d'adapter le patient à sa maladie, en faisant disparaître, en contrôlant ou en atténuant ses symptômes, que ce soit par reconditionnement (psycho-cognitif ou comportemental) ou par traitement pharmacologique.

Ce qui amènera certaines analyses critiques à dénoncer l'édification de nouvelles « pathologies » comme caractérisées par les troubles auxquels est censé répondre un nouveau médicament, exemplairement pour l'hyperactivité, soignée par la Ritaline³...

La visée étiologique, que portait entre autres la psychanalyse, semble plus ou moins abandonnée, au profit du rendement comportemental que sont censées avoir, d'une part les thérapies comportementalistes visant un reconditionnement (des TOC par exemple), d'autre part les médicaments soignant les symptômes.

Sérieusement remises en cause, les thérapies « psycho-dynamiques, » basées sur la parole et la relation transférentielle, n'en sont pas pour autant complètement délégitimées pour au moins deux raisons. D'abord le constat bien connu qu'un symptôme soigné, si ses causes ne sont pas élucidées, peut réapparaître sous une autre forme, ou sous la même forme si l'on arrête la prise de médicaments. L'exemple le plus parlant est sans doute celui de la dépression, trouble psychique identifié aujourd'hui comme le plus répandu, et qui réapparaît chez beaucoup de patients dès l'arrêt de la prise de médicaments, neuroleptiques, antidépresseurs, euphorisants ou autres.

La seconde raison réside dans la **résistance effrénée de la pédopsychiatrie**⁴, qui n'a pas beaucoup de mal à démontrer que chez le jeune enfant la plupart des troubles sont d'origine relationnelle, et qu'une prise en charge en ce sens permet bien souvent de les faire disparaître, avec une facilité qui étonne toujours les observateurs non avertis, notamment au regard de la lourdeur de bien des thérapies d'adultes... Je vous renvoie pour exemplifier mon propos à l'impact préventif des Maisons vertes, et autres LAEP.

Mais ce retour en force du bio pouvoir va faire irruption dans l'espace public lorsque le pouvoir politique se saisira, non sans une certaine ingénuité, des résultats supposés scientifiques de ce rapport Inserm très controversé sur « Les troubles des conduites chez l'enfant et l'adolescent », pour les utiliser dans la mise en place d'une nouvelle bio-politique

³ PIGNARRE Philippe, *Les malheurs des psys. Psychotropes et médicalisation du social*, Paris, La Découverte, 2006.

⁴ NEYRAND Gérard (avec la collaboration de Michel Dugnat, Georgette Revest, Jean-Noël Trouvé), *Préserver le lien parental. Pour une prévention psychique précoce*, Paris, PUF, 2004.

visant les très jeunes enfants et leurs parents. Ce qui valut au mouvement « Pas de 0 de conduite » de se constituer⁵... Je ne développe pas, si ce n'est pour rappeler que cela correspond à une période d'accentuation de la précarisation économique.

On le voit, si le modèle médical de prévention et de soin des troubles somatiques est assez bien adapté pour orienter une politique d'intervention auprès des population, il se révèle, par contre, assez mal adapté à une véritable prévention dans le domaine psychique et le domaine social, demandant, à l'évidence, l'implication et la coopération des parents. Ce modèle épidémiologique, de plus, se trouve impuissant à traiter la dimension sociale de la prévention autrement que de façon intrusive, et peu susceptible de produire la confiance nécessaire à une bonne implication des parents dans les dispositifs proposés.

Il devient donc nécessaire de penser une politique de promotion de la santé en direction des parents qui soit pluridisciplinaire dans sa conception, et pluridimensionnelle dans ses applications. Ce qui n'est ni chose facile à réaliser, ni chose facile à faire accepter.

Dans cette optique, il n'est pas sans intérêt de préciser que fin 2009, j'ai été contacté par l'Institut national de prévention et d'éducation à la santé (INPES), ainsi que quatre autres chercheurs, dont l'un intervient aussi aujourd'hui, Olivier Prévôt, pour participer à l'élaboration d'un ouvrage méthodologique de promotion de la santé et de soutien à la parentalité. Je commençais à préparer alors mon dernier livre, paru en novembre 2011, *Soutenir et contrôler les parents. Le dispositif de parentalité*. La parution de cet ouvrage méthodologique articulant santé et parentalité était prévue initialement bien avant la parution de mon ouvrage. Il n'est toujours pas paru, alors qu'il est rédigé depuis longtemps...

L'entreprise interdisciplinaire et interinstitutionnelle que vous développez ici n'est donc pas de tout repos, et reste susceptible de rencontrer bien des obstacles, y compris politiques... mais la manifestation d'aujourd'hui montre votre capacité à surmonter ces difficultés.

Pour autant, intégrer les questions de santé dans les modalités d'accompagnement des familles se révèle à l'évidence pas simple, car elles demandent de se positionner différemment selon la question de santé abordée, tout en veillant à ne pas rompre, par une attitude trop normative ou intrusive, la relation de confiance nécessaire à l'accompagnement.

Dans cette optique, je rappellerais les quelques éléments de positionnement que nous avons élaboré pour positionner l'accompagnement des parents dans une approche définie comme « qualifiante » pour ceux-ci. Cette approche qualifiante, ou requalifiant les parents à

⁵ LE COLLECTIF, *Pas de 0 de conduite pour les enfants de 3 ans !*, Toulouse, érès, 2006.

leur place parentale, me semble particulièrement bienvenue pour que les procédures visant la promotion de la santé puissent être entendues et mises en œuvre par les parents.

Une position d'accompagnement à construire

Parmi les différentes façons d'intervenir sur la parentalité, le soutien et l'accompagnement s'inscrivent dans une approche **qualifiante**, à distinguer d'autres approches plus centrées sur l'aide, voire le contrôle parental.

L'approche « qualifiante » tient à sa détermination à mettre en valeur les ressources des parents. Elle vise à ce qu'ils se sentent qualifiés, c'est-à-dire autorisés, légitimés dans leur responsabilité et leur savoir-faire et savoir-être parentaux.

A l'encontre d'une approche qui tend à enjoindre aux adultes en position parentale de compenser leurs « carences », l'approche qualifiante prend le parti des adultes en position parentale, afin que la limite de leurs compétences soient spontanément compensées par leurs propres ressources. L'incompétence parentale n'est plus considérée comme le mal dont il faudrait guérir les parents mais comme un aléa de la condition humaine de l'être-parent. C'est aider le parent à reconnaître et accepter qu'il ne peut pas être tout-puissant et que la difficulté d'être parent est consubstantielle à la parentalité.

Le « soutien » se propose comme un outil mis à disposition : l'utilisateur le met au service de sa propre cause. Le soutien offre un point d'appui qui laisse au parent la charge éducative, c'est-à-dire la responsabilité parentale, mais qui conçoit que la difficulté d'être parent légitime le recours à un étayage. Ce qui signifie que la parentalité s'exerce à plusieurs. C'est une fonction nécessairement distribuée qui ne peut être la prérogative d'un seul. Aujourd'hui les parents sont plus de deux, et la délégation parentale l'élargit à d'autres : accueillant, enseignants... elle ouvre sur la dimension de l'accompagnement qui implique l'idée du « côte à côte », du cheminement partagé, de l'avancer ensemble.

La parentalité s'appuie ainsi non seulement sur les liens d'alliance (le conjoint, le beau-parent...) mais aussi sur les liens sociaux avec ceux qui concourent à la satisfaction des enfants, et encadrent ou accompagnent la fonction parentale.

Accompagner prend le relai du soutien, s'appuyant sur la production d'une confiance partagée entre les différents parents et les intervenants, et prétend œuvrer autrement que par le contrôle à une prévention qui soit véritablement prévenante à l'égard des parents.