L'EXPÉRIENCE DE LA PRÉVENTION PRÉCOCE AU QUÉBEC

Michel PARAZELLI

Professeur-chercheur, Université du Québec à Montréal

INTRODUCTION

Contrairement au cliché fort répandu, "l'Amérique" n'est pas homogène sur le plan des approches d'intervention et de prévention en général. Même si certains courants idéologiques de la recherche scientifique font tout pour dominer, des résistances plus ou moins actives existent face aux diverses dogmatisations positivistes de l'intervention. C'est pourquoi il importe de bien expliquer non seulement les différentes orientations théoriques qui tentent de guider les pratiques de prévention précoce, mais aussi les principaux enjeux politiques qui les entourent. C'est l'objet même de ma présentation qui débutera par une brève mise en contexte historique de la prévention au Québec. Après quoi, j'aborderai les diverses approches théoriques de la prévention précoce au Québec en résumant les points de critique que nous avons formulés au sein du Groupe d'étude critique de la prévention précoce mis sur pied en 2000 à Montréal. Permettez-moi de vous proposer une lecture des enjeux politiques au sein desquels la prévention précoce s'inscrit et y trouve son utilité. Des liens seront établis entre nos pays respectifs afin de mieux comprendre le sens politique de la résurgence du regard positiviste dans le monde de la recherche sociale. Je terminerai en énonçant des pistes d'actions face à cette situation qui nous interpelle tous dans nos repères théoriques, éthiques et politiques.

MISE EN CONTEXTE HISTORIQUE DE LA PRÉVENTION PRÉCOCE AU QUÉBEC

Au Québec, la critique des approches de prévention précoce s'est amorcée au moment où l'État québécois entreprit une vaste réforme du système des services sociaux et de santé en 1992 [1]. La nouvelle politique de l'époque consacra l'épidémiologie sociale et la prévention comme des orientations à privilégier. Il s'agissait d'une approche médicale de la prévention et qui s'inscrivait dans la même perspective que la *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, déclaration internationale adoptée en 1986 par l'OMS dans le cadre d'un congrès international [2]. Ce choix politique a été considéré par la plupart des intervenants comme un virage positif compte tenu de la perspective plus "globale" suggérée par ce type d'orientations. Cependant, la Charte d'Ottawa entretient une ambiguïté conceptuelle entre la santé physique et la situation sociale des individus en amalgamant le qualificatif "sain" et les termes "d'environnement" et de "bien-être". Cette déclaration invite

(1) Québec, gouvernement, 1992, *Politique de la santé et du bien-être*, Québec : Ministère de la santé et des Services sociaux.

(2) Pour en savoir plus sur le contenu de la déclaration, voir la page web du site de l'OMS/Europe : http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=French

les membres de la communauté internationale à "élaborer des politiques publiques saines" en faisant appel à une "approche socio-écologique" de la santé. On crée ainsi une confusion (par la fusion des genres) entre la prévention médicale et l'intervention sociale via la lecture épidémiologique des problèmes sociaux fondée sur un imaginaire psycho-sanitaire. Les notions référant aux dimensions sociopolitiques de la santé et à celles ayant des connotations sanitaires ou écologiques (dans le sens médical ou hygiénique du terme) se côtoient sans que cela semble poser problème. Bien qu'on évoque la prise en compte des dimensions économiques, culturelles et politiques, les effets de la récession des années 1980, et la résurgence des difficultés économiques au début des années 1990, ont pavé la voie aux tenants de la "psycho-sanitarisation" des problèmes sociaux au détriment de considérations sociopolitiques affectant la santé des individus. Par exemple, au Québec, la lutte contre le déficit budgétaire de l'État constituait une priorité nationale : couper partout où c'était possible tout en ciblant les groupes les plus à risque avec l'apport du réseau associatif. Mentionnons aussi la publication, en 1991, d'un rapport d'experts sur les jeunes intitulé *"Un Québec fou de ses enfants"* qui a contribué à influencer l'orientation de la réforme de 1992. Le cadre de référence théorique de ce rapport s'inscrivait clairement dans une perspective écologique et comportementaliste de la prévention précoce, en qualifiant d'ailleurs de "prévention tardive" les actions entreprises auprès des jeunes de la rue [(3)].

Face aux nombreuses coupures dans les services sociaux et au sentiment d'impuissance vécu par de plus en plus d'intervenants, l'objectif visant à soutenir le développement des enfants donna lieu à une forme de consensus moral. En effet, à première vue, comment ne pas être "pour" l'amélioration des compétences parentales ? De plus, les propositions d'une intervention précoce, intensive, accessible, continue et intégrée trouvèrent un écho au ministère de la Santé et des Services sociaux dans sa visée historique de structurer suivant une optique cybernétique un "continuum de services" dès la naissance des individus [(4)]. C'est dans ce contexte que les organismes communautaires (groupes associatifs) ont été mis à contribution afin de mettre en place des projets d'intervention jouant le rôle des facteurs de protection en constituant ainsi un maillon intégré au continuum de services [(5)]. Pendant les années 1990, des invitations se sont multipliées à participer à des projets tels que la Fondation OLO (programme diététiste *Oeufs, Lait, Orange* pour femmes enceintes) des CLSC et des CHLSD du Québec ; le *Programme d'action communautaire pour les enfants* (PACE) de Santé Canada ; *1-2-3 GO* ! de Centraide ; *Naître égaux et grandir en santé* (NEGS) de la Direction de la Santé publique ; *Y'a personne de parfait* (YAPP) de Santé et Bien-être social Canada ; *Mères avec pouvoir* (M.A.P.) initié par les Centres jeunesse de Montréal. Étant donné le foisonnement de modèles d'intervention mobilisant les acteurs dans un registre moral d'espérance, il était difficile d'obtenir une vision d'ensemble de la situation et de développer un regard critique sur les fondements théoriques et politiques communs à ces programmes de prévention précoce, la quasi unanimité des intervenants rendant difficile l'expression des points de vue différents et divergents.

---

(3) Québec, gouvernement (1991), *Un Québec fou de ses enfants, Rapport du Groupe de travail sur les jeunes,* Québec : gouvernement du Québec.

(4) Mayer, R. (1994), "L'évolution des services sociaux", dans F. Dumont, Y. Martin et S. Langlois (dir.), *Traité des problèmes sociaux*, Québec, Institut québécois de la recherche sur la culture, p. 1 018.

(5) Il est intéressant de constater que cette idée de continuum de services a une histoire dont les jalons remontent aux années 1970 où les relations entre l'État et le communautaire étaient désignées de "collaborations". Au début des années 1980 on parlait de "concertation" et à la fin des années 1980 "d'arrimage". Mais c'est au début des années 1990 que l'on a commencé à parler de "partenariat" et maintenant on discute des "ententes de services".

C'est en 1995 qu'un premier article critique fut publié dans *Le Monde Diplomatique* pour rendre visibles les risques sociopolitiques des programmes de prévention précoce adoptés par la plupart des provinces canadiennes [6]. Pendant ce temps, d'autres tendances scientifiques développèrent leur propre expertise de la prévention précoce en s'inspirant des neurosciences et de l'éthologie. En 2000 était annoncé par trois ministres du Parti Québécois l'octroi de vingt-deux millions de dollars (trente-deux millions d'euros) sur six ans pour l'application d'un programme de prévention précoce intitulé Programme de soutien aux jeunes parents. Tel que présenté, ce programme a pour finalité la prévention dès la grossesse de la reproduction intergénérationnelle de difficultés importantes d'adaptation sociale auprès des jeunes mères dites à risque élevé (jeunes mères monoparentales). À la suite d'un avis de naissance transmis par l'hôpital aux services sociaux, une intervenante sociale effectue une visite à domicile chez la mère jugée à risque afin d'établir un diagnostic socio-sanitaire sur ses compétences parentales et l'environnement familial, après quoi, elle invite ou non la mère à participer à divers programmes d'activités de prévention (stimulation précoce, compétences parentales, etc.). Le but est de prévenir les comportements d'inadaptation sociale des futurs adolescents sur l'ensemble du territoire québécois par une intervention intensive (pendant cinq ans) selon plusieurs axes d'intervention : le développement des enfants, les habiletés parentales, la cessation d'habitudes de vie non appropriées, l'alimentation, etc.

Le "surciblage" et l'intensité de l'encadrement de ce programme de prévention précoce ont contribué à alerter les intervenants face à la possibilité que l'aide aux familles ne devienne que des programmes de contrôle social. C'est au cours de la même année 2000 que des représentantes du monde associatif œuvrant auprès des familles et des jeunes ont sollicité des chercheurs en travail social de l'UQAM (Université du Québec à Montréal) pour réfléchir sur les fondements scientifiques de la prévention précoce et ses conséquences politiques. Le Groupe d'étude critique sur la prévention précoce fut mis sur pied [7]. Voici en bref, les principales activités que le groupe a menées jusqu'à maintenant :

- Rencontres de réflexions autour des enjeux théoriques et politiques des programmes de prévention précoce (liens théories et pratiques).
- Organisation d'un colloque impliquant une centaine d'intervenants d'organismes communautaires famille et jeunesse (2002). Publication des actes de colloque [8].
- Publication d'un article scientifique collectif en 2003 dans la revue *Service social* [9].

---

(6) Parazelli, Michel, 1995, "De la pauvreté traitée comme une maladie", *Le Monde Diplomatique*, n° 501 (décembre) p. 25.

(7) Voici les noms des regroupements associatifs et des chercheurs associés au groupe : Regroupement des organismes familiaux de Montréal (ROCFM), le Bureau de consultation jeunesse, la Fédération des associations de familles monoparentales et recomposées du Québec (FAMRQ), la Fédération québécoise des organismes famille du Québec (FQOF) et le Regroupement des organismes communautaires autonomes jeunesse du Québec (ROCAJQ). Michel Parazelli, François Huot et Annie Gusew, professeurs, École de travail social (Université du Québec à Montréal).

(8) Groupe d'étude critique de la prévention précoce. 2002. *De l'intervention précoce à la prévention féroce ?* (Actes du colloque tenu à Montréal les 3 et 4 mai 2002), Montréal : Groupe d'étude critique sur la prévention précoce.

(9) Parazelli, M., Hébert, J. Huot, F., Bourgon, M., Laurin, C., Gélinas, C., Gagnon, S., Lévesque, S. et M. Rhéaume, 2003, "Les programmes de prévention précoce. Fondements théoriques et pièges démocratiques", *Service Social*, vol. 50, p. 81-121. Article disponible sur le site suivant : http://www.svs.ulaval.ca/revueservicesocial/pdf/500104_Parazelli.pdf

• Participation à des débats publics.

• Élaboration collective d'un projet de recherche-action visant le renforcement collectif de l'appropriation des fondements de l'acte associatif.

Ces activités ont permis aux responsables des regroupements associatifs et aux chercheurs de développer un argumentaire critique face aux promoteurs de ces programmes (trace écrite publique des critiques). S'ensuivirent des actions de résistance et de solidarité entre acteurs associatifs et professionnels de l'État de même que le développement d'expériences de dé-stigmatisation des jeunes mères impliquées dans ce type de programmes. Il est aussi important de souligner que les travaux de notre groupe s'orientent actuellement vers le renforcement de l'appropriation collective des fondements de l'acte associatif des intervenants et des familles. Moins les membres d'une association s'approprient de façon collective les fondements de leurs propres pratiques, plus ils sont vulnérables à la sollicitation extérieure de façon non critique. Finalement, il importe de dire que notre groupe a eu pour effet de faire une brèche dans le faux consensus québécois de la prévention précoce. Dans les divers milieux d'intervention, notre argumentaire critique fut bien reçu, plusieurs disaient d'ailleurs le penser mais ne pas oser l'exprimer.

Notons que le *Programme de soutien aux jeunes parents* lancé en 2000 a changé d'appellation en 2004 pour s'appeler *Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité* (10). Ce changement résulte du jeu d'influences au sein de la Direction de la santé publique qui a pour mandat de coordonner la mise en œuvre de ce programme. En effet, il existe plus d'une approche positiviste de la prévention précoce et celles-ci sont plus ou moins en situation de concurrence auprès des hauts gestionnaires de la santé publique. Avant de vous soumettre quelques interrogations critiques en ce qui regarde certains aspects épistémologiques et politiques, examinons les principales approches théoriques de prévention précoce les plus en vogue actuellement au Québec.

APPROCHES THÉORIQUES DE LA PRÉVENTION PRÉCOCE

Au Québec, les différents modèles de programmes de prévention précoce s'inscrivent dans ce que l'on peut appeler deux grandes approches positivistes : la biopsychologie (étude des déterminants neurophysiologiques et génétiques sur le développement humain) et l'écologie du développement (étude des déterminants comportementaux et environnementaux sur le développement humain) pour ne nommer que les deux principales tendances. Au-delà des différences d'orientation théorique, les chercheurs adoptant ces angles d'approche ont tous l'ambition scientiste visant à prédire et à modifier le cours de l'évolution du développement humain à partir de la connaissance des lois comportementales de ce même développement. L'objectif commun visé par ces approches est l'adaptation sociale des individus à leur environnement.

---

(10) Pour en savoir plus sur le contenu de ce programme, voir le site : http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/961885cb24e4e9fd85256b1e00641a29/91ee81af59d9124385256f03006d9b40?OpenDocument.
Voici la référence bibliographique du document : MSSS. 2004, Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité, cadre de référence, Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux, 79 p.
On peut prendre connaissance des conditions d'implantation de ce type de programmes en consultant le site suivant : http://www.rrsss16.gouv.qc.ca/santepublique/prevention/Enfancejeunesse/service/index.html

Par exemple, pour la tendance biopsychologique, les relations de l'enfant dans son milieu familial jouent un rôle déterminant dans la formation des synapses des cellules nerveuses, de sorte que ces interactions familiales participeraient directement à la construction du cerveau, plus particulièrement à la formation du lobe frontal (siège de l'autocontrôle) encore malléable à la petite enfance jusqu'à l'âge de cinq ans. De la qualité de ces interactions dépendrait une bonne ou une mauvaise "programmation" du lobe frontal structurant les habiletés cognitives de l'enfant, d'où la nécessité d'un dépistage précoce et d'un suivi intensif durant cette période [11]. On comprend alors que des interactions inadéquates entre la mère et l'enfant constituent un risque élevé que l'enfant développe des comportements violents faute de dispositions cognitives d'autorégulation. Des recherches en éthologie viennent compléter l'argumentaire théorique de cette tendance.

Du côté de l'écologie du développement, les chercheurs québécois s'inspirent directement de la recherche aux États-Unis menée par Bronfenbrenner [12] qui a développé un modèle écologique du développement humain selon une conception systémique de l'environnement social. L'unité d'observation de l'écologie du développement est de nature comportementale à travers l'observation des schémas d'interactions comportementales à partir desquels on identifie des facteurs de risques, des facteurs de protection ainsi que des déterminants individuels et environnementaux. Ainsi, ont été identifiés les risques importants dans l'environnement des jeunes occidentaux : pauvreté, monoparentalité, divorce, sous-scolarisation. Deux pistes s'ouvrent alors pour une intervention de type écologique : soit travailler à la création et la mobilisation de ressources médiatrices appropriées dans l'environnement de la personne, soit travailler à l'augmentation des capacités d'une personne afin qu'elle puisse utiliser les différentes ressources présentes (améliorer ses compétences parentales).

Soulignons que deux autres sources d'influence viennent compléter la mise en œuvre des deux premières approches. Il s'agit de l'éthologie (ex. théorie de l'attachement) et de la santé publique (gestion intégrée des modèles). La santé publique ne constitue certes pas une approche en soi, mais ses gestionnaires se sont donné le rôle de créer un amalgame de tous ces modèles de façon à gérer cette diversité d'approches en les impliquant dans les plans d'intervention d'un programme ; ce qui crée en fait une autre approche de la prévention précoce (voir le tableau sur la synthèse des approches).

Ainsi, pour favoriser le développement optimal des enfants vivant en contexte de vulnérabilité, il importe de stimuler le développement cognitif des enfants, de développer des comportements d'attachement parent-enfant et d'augmenter les compétences parentales [13]. Énumérons les points de critique que nous avons développés ailleurs [14] :

---

(11) Pour en savoir plus sur l'argumentaire scientiste de cette approche, visionner le documentaire distribué par l'ONF : *Aux origines de l'agression. La violence de l'agneau* et produit par Tremblay et Gervais, 2006. Site web : http://www.onf.ca/trouverunfilm/fichefilm.php?id=52739&lg=fr&exp=&v=h

(12) Bronfenbrenner, U. 1996, "Le modèle «Processus-Personne-Contexte-Temps» dans la recherche en psychologie du développement : principes, applications et implications", dans Tessier, R. et G. M. Tarabulsy (éds.), *Le modèle écologique dans l'étude du développement de l'enfant*, p. 9-59. Ste-Foy : Presses de l'Université du Québec.

(13) Voir la version pdf du guide de la santé publique en ce qui regarde le développement de l'attachement : http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/0/f0c2afbdd3dafe528525706f0052c53b?OpenDocument.

(14) Pour une analyse plus détaillée, consulter l'article suivant : Parazelli, M., Hébert, J., Huot, F., Bourgon, M., Laurin, C., Gélinas, C., Gagnon, S., Lévesque, S. et M. Rhéaume, 2003, "Les programmes de prévention précoce. Fondements théoriques et pièges démocratiques", *Service Social*, vol. 50, p. 81-121.

Les approches biopsychologiques et écologiques imposent leurs "vérités" aux individus sans considérer le débat démocratique sur les choix normatifs d'une société comme une nécessité.

Les responsables politiques et les gestionnaires institutionnels transmettent un message d'incompétence non seulement aux jeunes mères ciblées à risque, mais aux professionnels dont le jugement et l'expérience ne sont pas sollicités voire dévalorisés si ceux-ci s'éloignent de l'orientation et de la mise en œuvre des programmes étatiques conçus par des experts (d'où les nombreuses formations).

Les conditions de vie et les enjeux sociopolitiques ne figurent jamais dans les stratégies d'actions des programmes, les recherches à l'origine des programmes de prévention précoce demeurant axées sur l'étude des comportements individuels et sociaux d'où l'idée selon laquelle la pauvreté serait traitée comme une maladie.

Le dépistage des groupes à risque favorise une stigmatisation des individus créant ainsi d'autres problèmes sociaux ainsi qu'un sentiment d'insécurité face à l'exercice de la parentalité. On crée aussi une nouvelle catégorie sociale juvénile : l'adolescence virtuelle à risque de délinquance ! On réduit le parcours biographique d'un individu à une trajectoire probabiliste qui qualifie son destin, ce qui a pour effet de stigmatiser l'enfant en le désignant à risque avant même qu'il manifeste les comportements appréhendés. Sous prétexte de prévenir l'exclusion sociale de cette manière, on exclut "virtuellement" ces enfants au nom d'un savoir expert se prétendant infaillible. C'est une forme de violence institutionnelle qui, lorsque administrée à long terme, laisse penser qu'il est possible de contrôler les trajectoires des jeunes sans qu'ils ne réagissent "violemment" à l'adolescence. Voudrait-on prévenir l'adolescence elle-même ? [15].

L'intégration des acteurs associatifs dans la distribution de services associés aux programmes de prévention précoce crée un détournement de leur mission première, celle de soutenir les personnes dans leurs initiatives de façon collective. La dimension "communautaire" des programmes de prévention précoce se réduit à la mobilisation locale des organismes sociaux afin que la "communauté" puisse contribuer aux activités du programme de prévention précoce.

On renforce de façon institutionnelle un paternalisme par la rhétorique de la bienveillance mettant en œuvre une pratique autoritaire : *"C'est pour leur bien"*.

---

(15) Pour un développement de cette idée, voir Parazelli, M., 1999, *Prévenir l'adolescence ?*, dans Gauthier, M. et J.-F. Guillaume (dir.), *Définir la jeunesse? D'un bout à l'autre du monde*, p. 55-74, Saint-Nicolas : Les Presses de l'Université Laval, Québec : Les Éditions de l'IQRC.

Approches positivistes de la prévention précoce au Québec

Logiques / Approches	Dimensions théoriques	Causalités	Unités d'observation (dépistage auprès des parents et des enfants)
Biopsychologie sociale (médecine sociale)	Appréhension spécifique des dysfonctionnements neurologiques et des dispositions génétiques	Déterminismes physiologiques	Comportements agressifs ou violents
Écologie sociale	AppréhensIon dite globale de l'individu inscrit dans des sous-systèmes produisant des schémas d'interaction	Déterminismes environnementaux	Comportements inadaptés face aux situations de stress (favorisant la maltraitance)
Éthologie humaine	Appréhension spécifique des interactions affectives inspirées de l'espèce animale	Déterminismes naturalistes	Comportements affectifs désorganisés, insécures, anxieux, etc.
Santé publique	Appréhension intégrée des modèles théoriques favorisant une lecture épi-démiologique du social	Déterminismes environnementaux, physiologiques et naturalistes	Comportements inadaptés, agressifs et désorganisés

DES RÉSULTATS EN DISSONANCE AVEC LA CERTITUDE DES EXPERTS

Sur le plan de l'évaluation des résultats découlant de ce type de programmes, les chercheurs et les gestionnaires ne disposent pas de données suffisamment étayées quant à l'impact des interventions sur les populations visées pouvant justifier un tel investissement de fonds publics. En effet, les évaluations réalisées jusqu'à maintenant sont loin d'autoriser les gestionnaires de mettre tous les œufs dans le même panier de la prévention précoce. Mentionnons que le présent programme appliqué à tout le territoire québécois est issu en partie de l'expérience d'un programme intitulé *"Naître égaux et grandir en santé* (NEGS)". Ce programme a fait l'objet d'une évaluation très mitigée concernant les résultats obtenus au regard de ses objectifs dont le plus important était la diminution du nombre de bébés ayant une insuffisance de poids à la naissance. En effet, même si on apprend que ce programme a amélioré la qualité de l'alimentation des mères sous-scolarisées, on peut lire, dans le cadre de référence du programme *Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité*, que :

> "[…] le programme NEGS n'a toutefois pas plus d'effet sur l'insuffisance de poids à la naissance que le programme de distribution des suppléments alimentaires associé aux programmes courants. Il n'a pas d'effet non plus sur la réduction de la consommation de tabac. À cet égard, il se peut que le fait de fumer explique, en partie, le peu d'influence d'un tel programme à composantes multiples sur l'insuffisance de poids à la naissance" (16).

(16) MSSS. 2004, *Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité*, Cadre de référence, Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux, p 10.

Ajoutons qu'un autre programme de prévention précoce a été évalué. Il s'agit du programme *1, 2, 3 GO* !. Ce programme, s'inscrivant dans la perspective écologique, a pour but de créer un centre de ressources et de soutien pour mieux inciter les communautés à se mobiliser autour du développement des enfants et des jeunes (large partenariat d'organismes publics et privés). Dans une entrevue accordée à la revue *Prisme* en 2002, l'instigateur de ce projet a admis que les résultats d'évaluation n'étaient pas satisfaisants :

> "Après quatre ans de prise de données, on constate que ces interventions n'ont pas encore d'effet sur le développement des enfants, pas d'effet non plus sur le stress parental, qui est très important dans ces milieux, ni sur le sentiment de compétence des parents. On n'a pas beaucoup d'effet non plus sur la perception que peuvent avoir les parents de leur environnement. Là où on a un effet, c'est sur la capacité de concertation et de coopération entre les services : il y a des indices d'une plus grande construction d'une vision commune entre les intervenants et les services mais, on le voit bien, cela n'a pas encore eu d'effet de percolation jusque dans le développement des enfants" (17).

Plutôt que de remettre en question les fondements de leur approche, les promoteurs de ces programmes évoquent le manque de temps pour que des effets positifs puissent se faire sentir et son corollaire, le manque de ressources financières pour renforcer l'intensité de l'intervention.

AU-DELÀ DES QUERELLES DE CLOCHERS, UNE PERSPECTIVE POLITIQUE TROUBLANTE

La prévention précoce met en lumière non seulement des conflits d'approche, mais aussi tout un horizon politique pour le moins troublant, car il importe aussi d'expliciter les raisons pour lesquelles ces approches positivistes de l'intervention sociale trouvent un écho, une certaine réception dans la population et non seulement auprès des politiciens et des intervenants. Si nous nous plaçons sur les plans idéologique et sociopolitique, à quel imaginaire social peuvent bien répondre ces approches ? Quelles sont les exigences sociales à partir desquelles les approches positivistes de la prévention précoce peuvent s'ancrer ? Ces interrogations nous amènent à formuler des questions plus spécifiques. Pourquoi certains risques majeurs pour la santé ne suscitent pas le même intérêt et l'engagement de la part de l'État (ex. perte massive d'emplois et idéologie de la performance) ? Pourquoi ce retour en force de la sociobiologie sous la forme de la biopsychologie et de la "sanitarisation" des modes de vie ? De quoi la sanitarisation détourne-t-elle le regard et l'action ? Quel est le lien entre la pauvreté et l'héritabilité génétique ?

Formulons quelques hypothèses. Dans le contexte où l'hyperindividualisme et le *"réagencement néolibéral des politiques sociales et privées"* (18) renforcent le climat d'incertitude normative, et où, dit-on, les classes sociales n'existeraient plus, comment désormais expliquer l'existence même des inégalités sociales qui se développent actuellement dans nos pays respectifs ? On observe au Québec que l'écart entre riches et pauvres s'est maintenu et parfois augmenté sur le plan de la mortalité. Comment expliquer cela en l'absence

(17) Gauthier, L. Gauthier, Y. et D. Marchand. 2002, "Entrevue avec Camil Bouchard", *Prisme* n° 38, p. 27.
(18) Karsz, S. 2006. "Nicolas Sarkozy, une certaine vérité de l'action sociale ?" *Actualités sociales hebdomadaires* 7 juillet, n° 2 463, p. 32.

d'une théorie de la lutte des classes par exemple ? Ne pourrait-on pas penser que cette inconsistance théorique, et l'inquiétude qui en résulte, fait en sorte de susciter chez les intervenants, les gestionnaires, les politiciens et les citoyens le désir d'avoir une réponse claire à cette question, de donner un sens au développement de ces inégalités sociales, et d'être rassurés. Les théories biopsychologiques et écologiques associées aux programmes de prévention précoce proposent une interprétation scientifique de ces inégalités à travers une lecture biologique de la pauvreté. On peut douter d'une idéologie mais pas d'une épidémie. La perspective biologique rassure car elle prétend atteindre l'objectivité. C'est d'ailleurs au nom d'une supposée objectivité morale que la santé publique relaie ces approches pour intervenir sur les familles à risque en promouvant un idéal de santé et de parentalité [19].

L'extrait suivant illustre très bien cette voie théorique en développement qu'est la biologie de la pauvreté et qui tente de se substituer aux théories classiques. Il s'agit d'un article publié récemment dans un quotidien montréalais à grand tirage, le journal *La Presse*.

Extrait tiré de l'article de journal suivant : *Gruda*, A. 2006. "Série : Êtes-vous en santé ? La santé dans votre portefeuille. Entre les riches et les pauvres, les écarts se creusent", *La Presse*, samedi 28 janvier, p. Actuel-3.

Les plus démunis sont aussi victimes de leurs habitudes de vie. Ils fument plus, font moins d'exercice et se nourrissent moins bien que les plus riches. Mais les difficultés d'accès aux soins et les comportements nocifs n'expliquent que partiellement la mauvaise santé relative des plus démunis. Des chercheurs s'intéressent à un facteur moins connu : la biologie de la pauvreté. Le comportement des patients pauvres explique 40% de l'écart entre les riches et les pauvres, avance Mark Daniel, professeur à la faculté de médecine de l'université de Montréal. Selon ce spécialiste de la médecine sociale, le 60 % restant s'explique par la "réponse endocrinienne de l'organisme à la situation de pauvreté". En d'autres mots : le stress chronique subi par des gens coincés au bas de l'échelle exacerbe leur vulnérabilité à certaines maladies. "Si on prend deux groupes de fumeurs, un dans Verdun [quartier pauvre], l'autre à Westmount [quartier riche], à quantité de cigarettes égale, il y aura plus de mortalité dans le premier groupe que dans le second"*, dit le Dr Daniel. Le médecin s'intéresse particulièrement au cortisol - une hormone qui joue un rôle anti-inflammatoire et dont le niveau dans l'organisme varie au cours de la journée.* "Quand vous subissez des insultes répétées et que vous ne savez pas comment vous allez payer votre loyer, l'organisme réagit par un état de stress aigu chronique"*, explique le Dr Daniel. Ce stress trouble les fluctuations et perturbe la réponse aux inflammations. Mais les patrons ne vivent-ils pas eux aussi des moments de grand stress? Si, mais il existe un stress sain, relié aux défis quotidiens, dit le Dr Jean-Pierre Roy, de la Direction de la santé publique de Montréal. Et un autre stress, relié au sentiment de "honte, d'accablement et d'impuissance" propre à la misère. Un chercheur britannique Michael Marmot, a suivi pendant plusieurs décennies l'état de santé d'un groupe d'employés de la fonction publique de son pays. Il en conclut que la santé s'améliore à mesure que l'on grimpe dans l'échelle sociale.* "Votre position dans la hiérarchie est intimement liée à vos risques de devenir malade et à votre longévité"*, conclut-il dans son livre* The statute Syndrome. *Bref, un statut social élevé est bon pour la santé ...*

À quand la "misère" comme nouvelle pathologie du DSM ?

(19) Massé, R. 1998, "La santé publique comme nouvelle moralité", *Cahiers de recherches éthiques* n° 22, Fidès, p. 155-176.

LA SANITARISATION DU SOCIAL ET LA GESTION POLITIQUE DE L'INCERTITUDE

Malheureusement, cette tendance ne se limite pas aux frontières des Amériques. Un article récent fait état d'une tendance bien réelle à cette sanitarisation du social de part et d'autre de l'Atlantique [20]. Les auteurs de cet article ont entrepris l'analyse des politiques socio-sanitaires de la France et du Royaume-Uni (Social Exclusion Unit). Après avoir identifier les orientations étatiques en ce domaine, ils en viennent à dire que l'exclusion est vue par les gestionnaires publics comme un déterminant de la santé et parfois comme un état de santé, une souffrance psychique que l'action étatique doit contribuer à réduire en mettant en place des interventions de soutien et d'accompagnement, de reconstruction du soi : *"Désormais, le risque pour le bien-être physique ou psychique de l'individu sert à dire l'exclusion sociale : il lui offre un signifiant dicible"*, pour reprendre l'expression de Didier Fassin (1998) [21]. La sanitarisation du social consiste à réduire tous les comportements humains à leurs dimensions biologiques ou leur physiologie dans le champ de la santé en termes de souffrances ou de bien-être. De ce point de vue, on fait exister une partie exclue sans contrepartie excluante. Le statut d'exclu devient alors dissociable des rapports qui l'ont pourtant fait exister : selon Lévinas *"la construction étatique de l'exclusion sociale a écarté toute une tradition de recherche sur la pauvreté qui avait fait ressortir les liens étroits entre le manque de ressources matérielles et l'exclusion des divers lieux d'exercice de la citoyenneté"* [22]. L'occultation du politique opérée par la sanitarisation du social fait en sorte de transformer les droits en besoins et les inégalités sociales en déterminants de la santé. Le droit réside dans l'accès aux services de protection.

À la lumière des éléments de contexte précédents, permettez-moi de vous proposer les idées suivantes quant au rôle que l'on fait jouer à la prévention précoce et les réactions spontanées qu'elle suscite chez les personnes impliquées dans le processus d'application d'un programme :

- Les programmes de prévention précoce de la violence des jeunes auraient comme visée politique de renforcer le contrôle social en diffusant une représentation apolitique des problèmes sociaux, fondée sur un idéal d'harmonie sociale (adaptation sans conflit) et une morale de l'opérationnalité (sans dysfonctionnement) qui nourrissent bien le cadre politique néolibéral actuel.
- Le point de vue positiviste est celui du dogme qui ne reconnaît pas la pluralité des interprétations sur le devenir humain. Face à cette guerre des interprétations, la réaction spontanée est de renforcer l'artillerie humaniste en guise d'alternative véritable et retomber ainsi dans le piège du dogmatisme. Est-il utile de rappeler ici la mise en garde que Saul Karsz évoquait en conférence d'ouverture en ce qui regarde notre rapport à l'idéologie humaniste : que la bienveillance humaniste ne nous permet pas de penser davantage la prise en compte des situations singulières des personnes marginalisées lorsque notre rapport à cette idéologie prend la forme d'une adhésion à une figure universelle de ce que l'humain doit être, à l'aide de la Raison, alors pro-

(20) Pelchat, Y., Gagnon, E. et A. Thomassin, 2006, "Sanitarisation du social et construction de l'exclusion sociale", *Lien social et Politiques*-RIAC, 55, p. 55-66.
(21) Op.cit., p. 61.
(22) Op.cit., p. 61

mue au rang de religion. Ce n'est pas l'humanisme en soi qui crée cette religion, mais le rapport que chacun et chacune d'entre nous établissons envers les idéologies quelles qu'elles soient.

- Sur le plan politique, on assisterait alors à la mise en place d'une chaîne d'instances ayant pour fonction de rassurer l'ensemble des acteurs participant à quelque niveau que ce soit aux projets de prévention de masse. Telle une cascade, les experts (même en relations conflictuelles entre eux) produisent les discours scientifiques permettant aux responsables politiques et gestionnaires publics de légitimer leur choix d'orientation par la validité supérieure ainsi accordée à certains points de vue parmi l'ensemble des possibilités qui se présentent à eux. Persuadés de la "rectitude" scientifique de ces cadres d'interprétation et d'actions, les administrateurs de la santé publique et les concepteurs de programmes se sentent alors plus qu'autorisés à imposer ces choix aux fonctionnaires de leurs services afin qu'ils coordonnent la mise en œuvre des programmes à être appliqués par les intervenants eux-mêmes. Ces intervenants sont donc à leur tour rassurés par ces fonctionnaires qui prennent bien soin de leur signaler la validité des fondements scientifiques de ces programmes testés objectivement par d'imposantes recherches longitudinales (souvent d'origines états-uniennes). Confortés par la certitude scientifique de leurs interventions, certains intervenants n'hésiteront pas à appliquer, en toute confiance, ces programmes tout en rassurant eux-mêmes les populations à risque visées par ces programmes quant au bien-être qu'elles pourront en retirer en en bénéficiant. C'est ce que la santé publique québécoise appelle la "gestion intégrée des services". Toutefois, il importe de mentionner qu'un certain nombre d'intervenants désirant conserver leur esprit critique et ce qui leur reste d'autonomie professionnelle, développent des actions de résistance envers l'imposition de cette "vérité scientifique" en développant de multiples stratégies de contournement et de transformation.

QUE FAIRE?

J'aimerais terminer en évoquant des pistes d'actions face à cette situation. Plutôt que de proposer un ou des modèles de la prévention qui pourraient se substituer aux approches positivistes (ce qui pourrait représenter une réaction de résistance à court terme), ne pourrions-nous pas surtout mettre en débat les repères normatifs de nos "myopies" partagées afin de cultiver notre sens critique et de nous approprier l'acte de penser, autrement que sous le mode de l'adhésion croyante à des modèles ? Il importe aussi de nous interroger sur les conditions d'existence qui sont induites par nos cadres d'interprétation des réalités sociales qui se présentent à nous. Certaines idées aussi lumineuses soient-elles ne sont pas nécessairement désirables socialement. Est-il possible d'en discuter, dans quel cadre ? Est-il possible de le faire avec les personnes ciblées par ces programmes, afin que celles qui le désirent puissent avoir l'opportunité de dire ce qu'elles pensent de ces programmes et d'en débattre. Bref, plutôt que de reproduire une chaîne de certitudes rassurantes qui clôt les débats en recrutant plutôt des adhérents tout en renforçant le sentiment de toute-puissance de certains dans leurs opérations de prise en charge, pouvons-nous penser la prise en compte de façon la plus démocratique possible ?

Débat après l'intervention de M. Michel PARAZELLI

QUESTION : Je reviens au tout début. Si j'ai bien compris, les jeunes mères sont repérées à l'hôpital parce qu'elles ont une grossesse précoce ?

Michel PARAZELLI : Non. Parce qu'elles correspondent à un profil statistique "à risque".

QUESTION : Quand on parle de prévention de la reproduction intergénérationnelle, ce qui m'étonne dans ce qui est raconté, c'est que tout est pensé "devant". C'est-à-dire que le bébé arrive, mais rien n'est dit sur l'histoire de vie ancienne. Ce n'est pas forcément parce qu'on correspond à un certain nombre de critères, qu'on va reproduire les risques. On connaît bien le travail sur la généalogie et la transmission. Il n'y a rien qui est pensé sur l'histoire de vie des gens.

Michel PARAZELLI : Entendons nous bien, ce ne sont pas "tous" les intervenants et les chercheurs qui travaillent ainsi. De fait, il y a des travaux sur les histoires de vie, la question de l'interaction symbolique, la phénoménologie, la psychanalyse… Mais, le courant qui domine actuellement, qui pèse lourdement et qui mobilise les fonds, le temps des gens, ce sont ces programmes-là. Effectivement, ils ne tiennent absolument pas compte du sens que les personnes donnent à leurs pratiques, à leur histoire, etc. À la limite, ça ne sert à rien.

Sylviane GIAMPINO : Nous avons beaucoup de chance. Celle d'écouter pour une seconde fois Michel Parazelli. Lorsque nous engagions, il y a plusieurs années et pour certaines psychologues de l'ANAPSY il y a vingt ans exactement, des batailles autour des premières tentatives de lutte contre certaines utilisations des concepts de facteurs de risque, de critères de risque, de populations vulnérables, on nous prenait pour des vieillottes qui ne voulaient pas se servir des outils modernes pour mieux aider les familles en difficulté, etc. Autre chance, à travers l'aventure de "Pas de zéro de conduite", nous nous sommes tous, les uns et les autres, rendu compte que nous n'étions pas seuls, dans nos métiers et nos catégories, à ferrailler avec ces problèmes.
La dernière raison pour laquelle nous avons de la chance, c'est que nous avons quelqu'un qui nous présente aujourd'hui ce vers quoi nous allons. Ce n'est pas si fréquent, dans des combats de pensées articulés à la pratique, que nous ayons clairement la définition de ce vers quoi nous ne voulons pas aller. Nous avons beaucoup de chance. Vous nous faites gagner énormément de temps, M. Parazelli. On sait que cette guerre est une guerre de rapidité puisqu'on a, face à nous, tous ces courants positivistes qui sont rapides et apparemment efficaces. Comme toujours, il est plus facile d'employer des outils, soi-disant rationnels, que de réfléchir à : *"Comment je prends en compte l'historicité de ce symptôme ou de cette famille en difficulté ?"*
Évidemment, sur la question : "que faire?", vous avez déjà aussi avancé des choses. Depuis hier, je me dis, mais comment faire, pour que chaque personne qui se retrouve ou qui se retrouvera avec un questionnaire entre les mains ne le remplisse pas.

Michel PARAZELLI : Premièrement, cette pression, ce courant, ne sont pas fatals, non plus. Nous essayons, avec les moyens que nous avons d'en démontrer non seulement l'inefficaci-

té, mais aussi, la non-pertinence sociale, démocratique, etc. Mais, la question que l'on pourrait se poser, le réflexe habituel, dans cette chaîne de réassurance collective, est de remobiliser les certitudes.
C'est là que se situe le nœud de l'avancée politique, au niveau de la réflexion critique qui permettrait aux intervenants de se poser la question : *"Qu'est-ce que je fais avec le questionnaire ?"* Plutôt que de dire : *"Je ne le remplirai pas"*. C'est une première solution. Il y en a peut-être d'autres. Comment faire en sorte de conserver vivante une pluralité des interprétations dans une démocratie ? Sinon, on reproduit ce que je vous ai raconté dans les colloques où il y avait une espèce de gourou, appelons le "écologique social", mais cela peut être "humaniste" aussi. C'est le rapport à l'humanisme, ce n'est pas l'humanisme en soi qui fait problème, c'est le rapport que nous pouvons entretenir avec une vision du monde à laquelle on s'accroche pour se battre. Mais, lorsqu'on s'accroche, on arrête de bouger. Apprendre à vivre avec l'incertitude, ce n'est pas donné à n'importe qui. Honnêtement, je crois que c'est le défi. Ce qui veut dire s'interroger, douter, débattre et cela ne se fait jamais seul. Surtout, ne pas se laisser accrocher. On peut s'accrocher pendant une heure, c'est plaisant, pour vivre un peu l'idéologie, la théorie où les repères sont faits, s'élaborent. C'est ma méthode à moi. Après cela, je la mets de côté, je passe à une autre théorie selon la pertinence, j'essaie de voir dans une sorte de *"considérer une pluralité des points de vue"*. C'est beaucoup plus riche, sauf que c'est insatisfaisant parce qu'on ne peut jamais stabiliser notre sécurité ou notre certitude sur des orientations très sûres. Mais c'est la vie !

Dr Christine BELLAS-CABANE : Je te remercie Michel, ces réflexions sont extrêmement précieuses. Depuis hier, notre réflexion galope. Nous sommes dans l'inconfort, dans le dérangement et dans le remue-ménage. J'entends bien ce danger du dogmatisme. C'est comme si on traversait une tempête, on trouve un petit îlot, on s'y installe, on aimerait bien y rester. Si l'on veut être honnête, il faut replonger dans la tempête parce qu'on ne peut pas seulement se conforter dans cet îlot. L'enjeu est important, il y a l'excitation du risque aussi. Quand tu disais : *"En France, vous avez aussi ces mêmes analyses"*, cela m'a rappelé les romans de Zola. La vision des ouvriers alcooliques qui n'étaient pas capables d'élever leurs enfants correctement. On était en plein dedans, à quel point ils étaient responsables de leur condition sociale.

Michel PARAZELLI : Au XIXe siècle dont nous parlions, nous étions dans la moralité, parce que chaque société fait avec ses outils conceptuels du moment. Pour vous en France, les fous de la réforme, cela paraît comme le modèle le plus lumineux, c'est vers ce but qu'on nous demande d'aller.
Depuis hier, je fais très attention à mes mots. Parce que je suis dans l'inconfort et c'est bien, c'est intéressant. Le mythe étant effectivement celui de la science et de la santé, c'est avec cet outil-là qu'on juge et par rapport à ce mythe. Je trouve important de dire que, depuis hier, les gens tentent de corriger des erreurs linguistiques, mais ce ne sont pas des erreurs linguistiques, ce sont des mots qui expriment un certain rapport. Je ne crois pas qu'il faille changer de termes. C'est plutôt notre "rapport à" auquel il faut réfléchir.

QUESTION : Dans le groupe d'étude critique de la prévention précoce, est-ce qu'il y a des professionnels d'un profil similaire à nos équipes de PMI ? Comment est-ce perçu du côté de ceux qui s'occupent de la santé préventive précoce des enfants au Québec ? Je trouve très intéressant tes points de bilan de mobilisation parce qu'on voit très bien comment avec la culture québécoise qui est une culture nord-américaine, très différente de la nôtre - elle s'en rapproche par la langue, mais elle est très différente - quand on connaît le Québec et qu'on a eu la chance d'y séjourner un peu, on voit bien le leurre de la même langue puisque nos cultures

sont très différentes. En même temps, on se rejoint sur des préoccupations communes qui vont peut-être porter des masques différents mais qui vont nous poser les mêmes interrogations. Je trouve très intéressant quand tu parles de développer un argumentaire critique, car il ne s'agit pas de dire ce que l'on fait ou pas, mais pourquoi nous voulons autre chose. Effectivement, nous sommes dans l'idéologie, nous aussi. Bien entendu.

Michel PARAZELLI : Nous sommes un petit groupe de huit personnes. Il n'y a aucun psychanalyste, aucun médecin. Nous sommes des professionnels du travail social et des personnes du milieu associatif qui travaillent sur le terrain. Je pourrais dire que, de façon périphérique, les pédopsychiatres, les médecins, les psychologues, les anthropologues, les sociologues, s'intéressent à notre travail. Ils lisent ce que nous diffusons. Nous avons les commentaires par la bande. Ce n'est absolument pas une mobilisation publique. Sauf que, dernièrement, j'entends de plus en plus de gens dire : *"Il faudrait se regrouper parce qu'on pense les mêmes choses"*. Dans la question du regroupement, comme dans n'importe quel milieu où le consensus est très fort sur une approche, ceux qui ne sont pas d'accord sont des empêcheurs de tourner en rond. Les gens hésitent à formuler ces choses de façon publique. Nous avons aussi fait le choix, en termes de stratégie, de ne pas trop aller sur la place publique pour dénoncer par un argumentaire critique très élaboré. Nous avons fait un article dans une revue scientifique peu lue, essentiellement par des professeurs. C'est pour au moins conserver des traces et pour équiper les gens du milieu communautaire. Pourquoi n'a-t-on pas fait de débat public ? Parce que nous nous sommes dit que si nous allions sur la place publique, les intellectuels, les leaders de regroupement qui ne sont pas sur le terrain avec les familles, allaient reprendre cette parole. Quel rapport de force arriverions-nous à créer ? Nous exprimons notre position par rapport à des programmes que des organisations ont appliqués. Les organisations elles-mêmes, les gens sur le terrain, les parents ne sont pas mobilisés. Ils ne sont pas invités à discuter.
C'est pourquoi, nous travaillons davantage à renforcer l'appropriation de l'acte critique de penser sur le terrain avant d'exprimer publiquement les choses. Imaginez le scénario suivant dans un contexte où c'est l'approche dominante, les parents intériorisent cette approche, comme on l'a vu tantôt, les organisations aussi. Ce qui risque de se passer, c'est que si la télévision vient voir sur le terrain pour confirmer nos propos, les gens pourraient répondre : *"Nous on trouve ça bien la prévention précoce ; enfin on s'occupe de nous, on a des solutions qui fonctionnent, qui sont efficaces"*. Nous aurons alors l'air fous. La croyance aux experts et aux certitudes professionnelles est très forte. Nous faisons plutôt un travail d'élucidation. Surtout voir comment les gens composent. En dehors de l'humanisme, il existe d'autres approches, d'autres bricolages conceptuels avec lesquels les gens travaillent la relation avec les jeunes mères ou les adolescents. Nous essayons de mettre en valeur ces approches. Nous parlions de savoir comment agir face à ce rapport de domination de l'expert : c'est notre piste actuellement qui consiste à ce que les gens puissent s'approprier leurs propres repères théoriques, éthiques, politiques pour travailler.

QUESTION : Je suis médecin et c'est un grand merci que j'ai envie de vous dire pour votre intervention. Nous avons entendu les mots lutte, guerre, tempête. Vous mettez quelque chose de l'ordre de la perspective, du futur, qui ne soit pas de l'ordre justement de la fameuse guerre. Il est nécessaire parfois de nous réinterroger sur notre dogmatisme, de se redire que les solutions peuvent parfois être bricolées, de nous proposer de ne plus avoir peur, je trouve que ce sont des choses vraiment importantes. Dans ces phénomènes de réassurance, c'est nous qui avons peur, aujourd'hui. Là, on est vraiment dans un colloque de la peur, de la très grande peur. Cette perspective du futur, pour qu'on ne soit pas victimes de ce qui se passe à l'heure actuelle, victimes des lois, mais que nous pouvons y participer, que nous sommes

dedans et que c'est nous qui allons pouvoir travailler auprès des gens, remettre de la pensée. C'est vraiment fondamental. Votre intervention arrive au bon moment dans le colloque. Elle met quelque chose de l'ordre du différent et nous interroge beaucoup.

Michel PARAZELLI : Regarder l'aspect politique, lié au rapport aux théories, aux idéologies, est une chose. Le politique, face au contexte général dans lequel la prévention s'inscrit, est une autre chose. Là-dessus, votre organisation du travail ne vous permet absolument pas, hors de réunions syndicales, de vous en occuper. Les données, dans tous les pays occidentaux, le montrent très bien : la pauvreté diminue, mais les inégalités augmentent partout. Ce n'est pas innocent. Il y a tout un contexte de transformations socio-économiques liées à la libération des marchés, vous connaissez ce discours, qui va produire de futurs clients, si l'hypothèse est bonne. C'est aussi une discussion sur le sens de votre travail avec la fonction sociale ou le rôle social que vous jouez dans le contexte de transformation actuel, ou qu'on veut vous faire jouer. Ou celui que vous voulez jouer.

QUESTION : Pouvoir jouer un rôle, ne pas jouer le rôle qu'on veut nous faire jouer, vous nous avez donné une piste importante. Au moment où nous arrivent toutes ces évaluations sur le travail médico-social, plutôt que d'avoir à réagir par rapport à des normes, pouvoir réagir par la pensée. Que penser avec les personnes dont on est censé s'occuper, dont on a la mission de s'occuper ? Dans le travail de métissage dont il a été question hier, comment leur pensée est-elle à l'œuvre. Nous avons besoin de nous appuyer sur ce que les familles en disent et d'arriver à ce travail de copenser avec elles dans l'objectif de l'évaluation qu'on va nous demander ou qu'on nous demande et qu'on ne veut pas qu'on nous impose. C'est une piste fondamentale et vous l'avez bien définie.

Michel PARAZELLI : Je ne pense pas l'avoir dit. J'avais une note : *"Il faut penser les façons de prendre en compte"*. C'est un programme ! Ce n'est pas donné, c'est à penser, à imaginer et à créer. Je veux dire : la prise en compte, non seulement des populations avec lesquelles vous travaillez, mais aussi entre vous. Je ne crois pas que vous pensez tous la même chose. Comme dans les regroupements où je suis, nous essayons de faire en sorte que la différence de point de vue s'exprime réellement, pour pouvoir aller plus loin.

Dr Pierre SUESSER : Je voulais dire un mot sur le débat qui a eu lieu hier matin avec Saül Karsz et que tu poursuis avec ce propos : attention de ne pas être dans un dogme contre un autre dogme. Je comprends l'intérêt d'attirer l'attention là-dessus, mais je crois qu'il ne faudrait pas que nous nous caricaturions nous-mêmes, comme si le combat mené autour de "Pas de zéro de conduite" était finalement la mise en scène politique d'un dogme par rapport à un autre. Ou alors, c'est peut-être qu'il y a des dogmes qui valent le coup de se bagarrer ensemble pour qu'ils avancent, comme celui de se battre contre tout ce qui robotise notre pensée.
Dans ce registre, à propos de la pluralité des approches dont tu parles, Bernard Golse dit dans la fin de son article : *"Aujourd'hui la société"*, sous entendu la société officielle, *"se bat contre la pensée complexe, et veut qu'il n'y ait plus de pensée"*. De même, je reprendrais l'exemple des grilles dont parlait Sylviane Giampino : si, dans une équipe, on travaille à plusieurs et qu'on produit des outils à partir d'une pensée autour de l'objet de ce travail et que, dans ces outils, il y a une grille, ça peut être acceptable. Mais le problème aujourd'hui, avec la façon dont les grilles arrivent, c'est que ces grilles sont devenues le symbole du fait qu'il s'agit de réduire la pensée pour que cette pensée n'existe plus. Il s'agit simplement d'adapter des modèles économiques. Nous le ressentons bien, les uns et les autres, quelles que soient nos opinions, du centre droit ou du centre gauche vers je ne sais où. Il s'agit quand même de cela. Nous discutions hier de certains outils de dépistage. Sans être un grand spécialiste du langage, je disais qu'il y a des outils de dépistage comme ERTL4, par exemple, qui sont des outils qui ont été

validés, qui ont un intérêt. Mais, s'ils sont utilisés dans un cadre de dépistage de masse, et que les professionnels du dépistage des troubles du langage ne sont pas formés à ce qu'est le langage comme Alain Bentolila nous en avait parlé ici, il y a quelques années, en soulignant sa dimension de *"prise de pouvoir sur le monde, par l'enfant"*, alors là, je pense qu'on fait un travail boiteux. On fait un travail dont nous-mêmes ne sommes pas sûrs du sens. C'est un sens qui viendrait de l'extérieur, qui serait le sens officiel.
Il ne s'agit pas simplement de dire : *"Les grilles, c'est de la merde"*, mais c'est emblématique. Aujourd'hui, tous les exemples que nous avons sont emblématiques de cette offensive politique contre la pensée complexe. Il y a une offensive politique, parce qu'elle est le support idéologique d'un modèle économique et social qui cherche à devenir totalement dominant. On n'est pas forcé d'être tous d'accord là-dessus. Nous sommes nombreux, pour des raisons qui ne sont pas toutes les mêmes, pour des considérations qui ne sont pas toutes les mêmes, à lire ces grilles et à se demander s'il faut les appliquer et comment les appliquer. Ou bien, on nous force à le faire, on courbe l'échine parce qu'on ne peut pas faire autrement, ou bien on essaie de faire "Pas de zéro de conduite" ou autre chose, en essayant de poser le problème politique. Nous avons mis ce débat sur la place publique parce que c'était possible, parce que nous sommes dans un autre cadre que vous.

Michel PARAZELLI : Il est important, sur le plan démocratique, d'exprimer la pluralité des points de vue, mais cela peut démobiliser les militants. Pour moi, aucun problème à accepter des situations paradoxales. Je trouve que c'est important. À la fois, on fait bloc, mais entre nous, il y a des différences.