

« Pas de zéro de conduite pour les enfants de trois ans'»

Résumé du rapport par Pierre Poloméni

Les initiateurs de l'appel « Pas de zéro de conduite pour les enfants de trois ans » ont analysé avec attention le rapport Inserm sur le trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent. Ils s'inquiètent des dérives scientifiques de ce rapport et de sa possible instrumentalisation à des fins de contrôle social. Les initiateurs de l'appel « Pas de zéro de conduite pour les enfants de trois ans », forts de 120 000 signatures, mènent une action citoyenne afin de défendre le principe d'une médecine prévenante et non prédictive.

La méthode

L'analyse du choix de la méthode souligne :

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

■ Résumé des fiches du dossier de presse du collectif de « Pas de zéro de conduite », avec information du D^r F. Bourdillon, président de la SFSP.

de recourir à des conférences d'experts avec jury et/ou auditions publiques.

Le contenu

Le trouble des conduites est défini par les experts avant tout par la « répétition et la persistance de conduites au travers desquelles sont bafoués les droits fondamentaux d'autrui et les règles sociales » (p. 6) (définition issue des critères du DSM IV).

Voici donc un « trouble », au sens de la médecine puisque nous sommes dans ce champ, dont la définition même fait appel au droit et à la règle sociale (et non classiquement à la règle biologique et à l'humain). Il aurait été donc nécessaire d'avoir des appuis et des références tant du côté des sciences fondamentales (biologie, génétique, etc.) que des sciences humaines (sociologie, psychologie, psychanalyse, sciences de l'éducation, histoire, droit). Ces dernières sont presque totalement absentes de l'expertise.

Les pédopsychiatres s'appuient sur une classification française, construite spécifiquement pour la clinique pédopsychiatrique, et en cela différente du DSM IV. La CFTMEA (classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent) prend en compte l'ensemble du fonctionnement psychopathologique d'un enfant qui va bien au-delà des symptômes, et ne s'appuie pas sur la seule analyse statistique de ce qui est observé. C'est à dire que les troubles à expression comportementale (colères, opposition, conduites agressives et « antisociale ») sont compris comme un symptôme d'une difficulté plus globale de l'enfant.

En médecine symptômes et diagnostics sont des éléments bien distincts qui ne doivent pas être confondus. Cette distinction entre symptôme et diagnostic apparaît dans l'expertise Inserm bien tenue. Or, c'est cette distinction sur la question du diagnostic qui permet de mobiliser la médecine et les soignants et de différencier son intervention de l'implication des autres acteurs notamment celle des enseignants et des éducateurs, ... C'est une des raisons qui amènent la majorité des professionnels de santé en France à ne pas retenir la terminologie « trouble des conduites ». De cela, le rapport Inserm ne parle pas.

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

Tout en reconnaissant que « l'exposition à un type d'environnement » peut favoriser ou non l'expression des troubles, les auteurs du rapport

insistent sur l'importance du « taux l'héritabilité génétique » qui serait proche de 50 %. Ils font état des recherches sur les gènes de vulnérabilité, font référence à une « pathologie multifactorielle » (laquelle est en réalité un symptôme et non une maladie) et évoquent le déterminisme génétique. La présentation de ces recherches avec une vision déterministe qui aboutit à des propositions de médecine prédictive fait resurgir des dangereuses thèses déterministes du XIX^e siècle où on parlait de « criminels-nés » et des « classes dangereuses ». Rappelons que des chercheurs en biologie moléculaire nous mettent en garde pour ne pas seulement considérer l'humain comme un ensemble d'actions régies par des codes et des signaux.

Des prérequis pour proposer un dépistage non réunis

Est-il possible d'envisager un dépistage devant un trouble dont il apparaît que la définition est controversée, que l'on ne sait pas précisément ce que l'on dépiste (les signes précurseurs ?, les symptômes ?, le trouble de conduite ?), que nous ne disposons pas d'outils de dépistage, que le repérage systématique médical des traits de personnalité et des facteurs de risque familiaux posent des problèmes éthiques majeurs, enfin que les professionnels de santé de l'enfance et de l'adolescence sont loin d'adhérer à la base conceptuelle proposée.

À titre d'exemples :

- Il est recommandé, à l'âge de 36 mois, de noter sur le carnet de santé (ou de comportement ?) si l'enfant éprouve du « remords », s'il « ne change pas sa conduite », s'il se rend coupable de « morsures » ou est incriminé dans des « bagarres » (p. 47 de la synthèse du rapport); à 4 ans, s'il continue à mentir; plus tard, si l'enfant présente un « index de moralité affective bas » (p. 17 de la synthèse du rapport).

- Les professionnels devront savoir repérer le tempérament à risque qui serait caractérisé par « la froideur affective, la tendance à la manipulation, le cynisme, l'agressivité, l'absence de sentiment de culpabilité ». Mais ce tempérament à risque peut prendre également de bien étranges formes: « L'attrait pour la nouveauté, le goût de l'exploration, l'absence d'anxiété anticipatoire, une diminution du sentiment de peur ». Ces concepts pour caractériser un « tempérament à risque » renvoient bien plus à un registre moral et normatif qu'au registre médical et psychologique.

Les effets délétères des politiques de dépistage ne sont pas abordés. Parmi eux, il faut citer celui qualifié d'effet de prédiction, ou « effet

d'attente », que tous les pédagogues et professionnels de l'enfance connaissent bien : l'enfant repéré, dépisté, « étiqueté » d'une certaine façon se conforme à l'image, au regard, à l'hypothèse, au « diagnostic » que les adultes ont porté sur lui. La prévention (cf. fiche 5) en matière de développement psychique est particulièrement soumise à ce risque et d'autant plus que les risques de surdiagnostic sont réels.

Des approches thérapeutiques univoques

Le groupe d'experts Inserm recommande d'utiliser :

- Des modalités de traitement qui sont toutes d'inspiration comportementaliste et basée sur les techniques rééducatives. Les techniques définies comme psychodynamiques considérant la globalité du sujet sont passées sous silence, en particulier les approches systémiques et psychanalytiques. Or ces approches médicalisées et humanistes sont les plus utilisées en France.

- En seconde intention d'utiliser les traitements pharmacologiques. Trois classes de médicaments non spécifiques existent : les antipsychotiques, les psychostimulants et les thymorégulateurs. Leur action est supposée essentiellement « anti-agressive ».

Il existe peu de données de psychopharmacologie chez l'enfant et l'adolescent : la plupart des données d'efficacité et de tolérance ont été obtenues chez l'adulte. Les experts soulignent d'ailleurs que ces essais ont été, le plus souvent, effectués chez l'adulte et « dans d'autres indications que le trouble des conduites » (p. 285).

Aux USA, près de 8 millions d'enfants de 3 à 20 ans prennent aujourd'hui des psychotropes : antidépresseurs, calmants, ou psychostimulants (notamment de la Ritaline). Dans ce pays, certains professeurs incitent les parents à aller consulter un psychologue, un médecin afin de calmer par un traitement médicamenteux les enfants déclarés hyperactifs. Les laboratoires sont les premiers bénéficiaires de la mise en place des programmes de dépistage psychologique dans ce pays. De nombreuses associations américaines se mobilisent pour protester contre la montée en puissance de la médicalisation des écoliers, collégiens et lycéens. Des alertes sur les recrudescences de suicide ont amené la « Food and Drug Administration » (l'équivalent de notre Afssaps) à inscrire des avertissements sur les boîtes de médicaments.

En France, en 2004 et tout récemment en 2006, l'Afssaps a rappelé que la prescription d'un antidépresseur ne doit intervenir qu'en seconde intention, dans le cadre d'une dépression majeure. Ainsi, si la prescription

d'un antidépresseur s'avère nécessaire chez un enfant ou un adolescent, une surveillance étroite du patient doit être effectuée et s'accompagner de la recherche d'un comportement suicidaire, surtout en début de traitement. Il avait même été question, en 2004, d'interdire la prescription d'antidépresseurs chez les enfants de moins de 18 ans. En France, la prescription de psychotropes chez l'enfant est longtemps restée un tabou. Ni les pédopsychiatres en dehors de quelques services, ni les pédiatres, ni les généralistes ne prescrivent facilement de psychotropes. Toutefois, les statistiques montrent que le nombre de boîtes de Ritaline vendues est en forte croissance. Ainsi, en 2004, 7 000 enfants étaient sous Ritaline, soit six fois plus qu'en 1997.

L'annonce des chiffres de prévalence du trouble des conduites évoquant jusqu'à 9 % des enfants atteints ne peut manquer de faire évoquer une stratégie visant à promouvoir une nouvelle maladie (le trouble des conduites), avec son traitement psychotrope à la clé. Nous en avons l'habitude en France, grande consommatrice de psychotropes où près de 20 % des prescriptions d'antidépresseurs chez l'adulte sont considérées comme non justifiées. De plus de nombreux médecins pensent que prescrire des psychotropes chez le tout petit est pure folie, alors que la structure cérébrale n'est pas encore complètement mise en place et que l'on ne dispose pas d'études réalisées chez l'enfant.

Dans les traitements proposés du « trouble des conduites » au sens retenu dans l'expertise de l'Inserm, si les thérapies à visée rééducatives ne marchent pas, ce sont des traitements médicamenteux qui seront proposés, avec dans ce cas des prescriptions à long terme : en effet, l'effet attendu des médicaments psychotropes est de calmer le « trouble », mais les molécules n'ont pas pour fonction de « guérir » une conduite... Plus grave, au-delà des aspects « thérapeutiques » qui viennent d'être examinés, les experts évoquent des traitements préventifs, c'est à dire censés prévenir l'apparition du trouble des conduites et donc proposent une indication à partir des facteurs de risque.

Une instrumentalisation possible du rapport

L'annonce concomitante d'un plan de prévention de la délinquance qui prône une détection très précoce des « troubles comportementaux » chez l'enfant utilisant le rapport pour justifier les mesures annoncées en est la parfaite illustration. Ce plan veut notamment mettre en place un suivi des enfants dès la crèche, instituer un carnet de comportement, administrer des médicaments pour les plus récalcitrants. Il s'agit :

- d'une véritable instrumentalisation des acteurs de la santé ou de l'éducation à des fins de surveillance ou de contrôle des familles et de leurs jeunes enfants,
- d'une inacceptable médicalisation des problèmes sociaux qui dénote d'une confusion des rôles entre la sphère de la santé et celle de la police ou de la justice.

Les chroniqueurs des journaux ne s'y sont pas trompés ; il suffit de lire leurs titres :

Le magazine *Elle* titre « Fliquez pas les bébés »

Le journal *Le Monde* : « Délinquants de 3 ans »

La Vie : « Punitive Fiction »

Sud-Ouest : « Faut-il alerter les bébés »

Libération : « Les tous petits pris dans le tout sécuritaire » / « Qui veut fichier les enfants ? »

Le Quotidien du Médecin : « La traque des gosses » ; « Non à la traque du trouble des conduites à des fins d'ordre public »

L'Humanité : « On se croirait revenu au XIX^e siècle »

Le Nouvel Observateur : « les enfants terribles au rapport »

On assiste, à travers l'utilisation des travaux de chercheurs qui parlent de taux d'hérédité de 50 %, au retour d'une idéologie que l'on croyait à jamais disparue sur les classes sociales dangereuses ou les criminels-nés. Familles à risque, demain vous aurez à vous abstenir de faire des bébés. Les données fortement moralisantes et normatives qui émaillent le rapport en font un possible instrument de contrôle social. Si dans certaines populations, même avant la conception d'un enfant, il faut pister la graine de déviant dans le désir des mères et dans le comportement des pères, puis suivre pas à pas la manifestation des premières oppositions, l'expression des premières colères, pour intervenir au plus vite, quelle est la part de liberté et de chance laissée à des sujets en devenir, à leurs familles, dans l'instauration d'une relation, dans les choix éducatifs ?

Ce que nous défendons

Nous défendons le fait que rien n'est définitivement joué dans l'histoire d'un être humain. Pas plus à 3 ans qu'après. Même s'il est vrai que les interventions précoces permettent d'éviter des souffrances ultérieures, nous sommes persuadés qu'à chaque âge de la vie, il est possible d'intervenir pour soulager la souffrance psychique, réassurer la personnalité, développer de nouvelles compétences, de meilleures capacités

de relation. Nous défendons les thèses de la plasticité cérébrale et psychique qui éclairent les phénomènes de résilience.

Nous défendons le fait qu'un humain, adulte ou enfant n'est pas un organisme programmé et programmable. Quelque soit le codage de son ADN, un humain n'est pas un simple organisme ; il ne peut être réduit à son capital génétique. L'influence de ses gènes n'est qu'une matrice d'explication de son comportement, de son caractère, de ses talents et de ses limites. Son histoire, ses rencontres, sont également importantes. Sa pensée, ses capacités réflexives et émotives relèvent de phénomènes certainement très complexes dont l'essentiel nous échappe encore. Pour autant, nous refusons des explications simplistes et dangereuses.

Nous défendons le fait que les manifestations d'opposition, de désobéissance et de distance par rapport aux normes sociales ne sont pas, en soi, des signes de pathologie. Elles témoignent le plus souvent de mouvements psychiques accompagnant les étapes du développement normal des enfants. Elles peuvent également être révélatrices de la capacité de révolte des enfants soumis à des contraintes excessives ou inadaptées, ou aux stress inhérents à des conditions de vie difficiles dans un contexte socio-économique de précarité. Les soignants comme les professionnels de la petite enfance, régulièrement confrontés à des situations d'enfants en difficulté (placés, hospitalisés) ont appris à se méfier du calme apparent des enfants inhibés, de leur apathie et de leur silence. Les premiers signes d'opposition et de colère sont guettés comme annonciateurs d'un mieux être.

Nous défendons une prévention des pathologies mentales qui ne soit ni inductrice, ni un système de validations auto prédictives. La prévention des pathologies mentales, ne peut se fonder sur des critères de prédiction. Dans une tentative d'approche globale du sujet, elle doit tenter de décrypter le message dont le symptôme est porteur, de déceler la souffrance sous jacente et ses causes, d'organiser autour de l'enfant et de sa famille, un système de soutien propre à résoudre leurs difficultés, à développer leurs compétences. Elle doit aider les enfants et les familles à échapper aux représentations sociales dans lesquelles elles sont enfermées, et à un destin qui pourrait sembler irrémédiablement tracé.

Ce que nous refusons

Nous refusons que le politique usurpe ses fonctions en se substituant aux soignants pour définir le normal et le pathologique en matière de santé mentale. Dans une démocratie, les responsables politiques

chargés de l'ordre public ne sont pas chargés d'établir la politique de soins, ni le parlement à définir le contenu des savoirs professionnels.

Nous refusons que les institutions dédiées à la recherche et la connaissance usurpent leurs fonctions en produisant des corpus qui manquent de distance par rapport à des idéologies. Dans le champ de la santé, quand les institutions scientifiques ne se préoccupent pas des valeurs qui sous-tendent les hypothèses de la recherche, quand elles n'appréhendent pas l'ensemble des approches, quand elles choisissent parmi les experts, seuls ceux qui sont susceptibles de valider les thèses pré-établies, quand elles ne placent pas l'humain au centre de leurs débats, loin de servir l'avancée de la connaissance, elles dévalorisent le concept même d'approche scientifique.

Nous refusons la médicalisation des problèmes sociaux, qui met exclusivement l'accent sur des déterminants et la responsabilité individuels des problèmes de santé, en évacuant tous les déterminants sociaux, environnementaux, culturels, politiques, etc., exonérant par là même la société et les pouvoirs publics de leur propre responsabilité.

Nous refusons l'abandon d'un modèle « prévenant » de la prévention au profit de modèles prédictifs et déterministes qui font clairement sortir la santé ou l'éducation de leur champ pour être utilisées à des fins normatives.

Nous refusons que les institutions de santé, d'éducation, d'action sociale voient leurs missions détournées vers la surveillance ou le contrôle des familles et des enfants, à des fins de sécurité et d'ordre public. Le risque en est principalement la confusion des rôles entre la sphère de la santé, celle de l'éducation, celle de la police et celle de la justice. Ces domaines doivent rester distincts, la confiance qu'accordent les citoyens aux différentes institutions est à ce prix.