

Quels choix avons-nous en matière d'évaluation précoce et de prévention ?

Gilbert Levet

Number 1, Special, Winter 2012

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1008635ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1008635ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Université du Québec à Montréal

ISSN

0843-4468 (print)

1703-9312 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this document

Levet, G. (2012). Quels choix avons-nous en matière d'évaluation précoce et de prévention ? *Nouvelles pratiques sociales*, (1), 172–182.
<https://doi.org/10.7202/1008635ar>



NPS

Quels choix avons-nous en matière d'évaluation précoce et de prévention ?

Gilbert LEVET

Psychologue psychanalyste



POSTFACE

INTRODUCTION

L'évaluation précoce et la prévention sont sur toutes les bouches, dans tous les articles, de toutes les affirmations. Chacun y va de sa vérité souvent assortie d'éléments qualifiés de probants afin de les parer de vertus qu'elles n'ont pas. D'autres interrogent ces « vérités » scientifico-politiques, en constatant que non seulement cela ne fonctionne pas, mais que, de plus, ils ne se reconnaissent pas dans les choix éthiques et épistémologiques qui sont au fondement de ces « vérités » scientifico-politiques. Dans ce numéro de la revue *Nouvelles pratiques sociales*,

nombre d'auteurs interrogent à leur manière les fondements épistémologiques et éthiques des pratiques et concepts reliés à l'évaluation précoce et à la prévention.

Pour ma part, psychologue clinicien et psychanalyste, ayant travaillé de nombreuses années tant en bureau privé qu'en service de pédopsychiatrie avec des enfants âgés de quelques mois à l'adolescence, je me suis particulièrement intéressé au TDAH, trouble de l'attention avec ou sans hyperactivité. Tout m'a intéressé dans ce qui se cache derrière cet acronyme : la soudaine épidémie de cas au point que l'on peut se demander si nos enfants ne sont pas des mutants, la naissance d'un médicament avant même que soit créée la « maladie », l'invasion d'un jargon que personne, jusque-là, n'aurait osé utiliser à propos d'enfants, l'adoption rapide par les psychologues, les enseignants et d'autres professionnels de nouvelles théories qui chosifient, réifient leurs clients, enfin l'adoption d'une idéologie qui vise dorénavant à protéger les biens et non plus les personnes, etc.

Je vais donc profiter de la substantifique moelle qu'offre le magnifique travail accompli par mes confrères dans ce numéro pour présenter ma position de clinicien à propos de l'évaluation précoce et de la prévention. Il s'agit d'une réflexion en cours, tant le sujet est vaste et recoupe plusieurs champs épistémiques, réflexion entreprise très tôt dans mon cursus universitaire, qui a été ensuite formalisée par ma thèse de doctorat, puis poursuivie dans mes travaux et mes articles ultérieurs jusqu'à la publication d'un livre (Levet, 2011). Ce livre se veut un livre pour la défense des enfants et de leurs parents. Le privilège qui m'est offert par les responsables du numéro de conclure la somme de travaux ici rassemblée, ce dont je les remercie chaleureusement, donne à ma contribution une forme particulière, mais qui sera cependant, je l'espère, tout autant appréciée des lecteurs. Dans la conclusion de mon livre, je fais remarquer que ce n'est pas la première fois dans l'Histoire que le corps social s'en prend à un sous-ensemble qui le constitue. Ainsi le patriarcat a longtemps et fortement maintenu (et toujours dans de nombreux pays) les femmes dans une position et un statut serviles, elles qui étaient qualifiées de génétiquement et neurologiquement inférieures. Il n'y a pas si longtemps, de brillants esprits estimaient leurs cerveaux inférieurs puisque notamment incomplets. Aujourd'hui, ce sont les enfants qui sont l'objet des bons soins des instances savantes et économiquement puissantes comme ceux de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) du côté français ou comme du Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants (CEDJE) de monsieur Richard Tremblay (2008) du côté québécois, pour ne citer qu'eux. Entendu que ces instances savantes et économiques ne sont que l'expression d'un corps social ici et maintenant.

LE TDAH N'EXISTE PAS OU LE TDAH VRAI SYMPTÔME ET FAUSSE MALADIE

Ma position vis-à-vis de mes confrères psychanalystes est délicate, car pour la psychanalyse, c'est simple : le TDAH n'existe pas. Ils ont raison, mais est-ce une raison pour ne pas dénoncer cette violence qui est faite aux enfants ?

Le TDAH est juste un symptôme, rien de plus. Un symptôme de quoi ? Le plus souvent d'angoisse. Mais ce n'est pas une pathologie en soi. N'importe qui, enfant ou adulte, peut avoir une baisse de sa capacité d'attention s'il subit un stress, une perte importante, un deuil, une difficulté, etc. Lorsque l'on parlait encore français, on disait que quelqu'un était « distrait » ou « dans la lune ». Faisons un parallèle avec le monde médical ; si quelqu'un a de la fièvre, cela alerte le soignant sur l'existence d'un problème, mais ce seul signe ne suffit pas à faire un diagnostic : cette fièvre peut venir d'une grippe, d'une infection, d'une maladie plus sérieuse. Mais la maladie n'est pas la fièvre et la fièvre est juste un symptôme. Il en est de même pour le déficit d'attention et l'hyperactivité. Chez l'enfant, c'est juste un symptôme et non pas une affection neurologique ni génétique. Les enfants sont très sensibles aux variations qui se produisent dans leur environnement. Que cet environnement soit défaillant, quelle qu'en soit la cause, et l'enfant va en porter le symptôme. Qu'il y ait une maladie, une séparation mal gérée, un deuil, des mauvais traitements physiques ou psychologiques dans la famille, de la violence, et l'enfant en est le plus souvent généralement affecté. Son angoisse va se manifester par de la difficulté à se concentrer et il va s'agiter. Il n'y a là ni maladie neurologique ni maladie génétique. J'ajoute que l'enfant que l'on accuse de TDAH est souvent, en plus d'être angoissé par son environnement, un enfant dépressif. La logique, la prévention voudraient que l'on s'attaque à la source de l'angoisse de l'enfant, qu'on l'en libère en s'attaquant aux éléments perturbateurs. Pourtant ce n'est pas ce que l'on fait. On montre l'enfant du test comme on montrait, il n'y a pas si longtemps, la femme du doigt. On l'enferme dans un diagnostic, dans une dénomination (celle de sa maladie), on lui fait porter la responsabilité de ce qu'il subit de son environnement et on met même son avenir en péril.



Comment s'y prendre ? Les auteurs de la revue montrent certains procédés, j'y associe les miens.

LE DSM EST SOUS-TENDU PAR UNE DOUBLE IDÉOLOGIE : SÉCURITÉ DES BIENS ET UTOPIE HOLISTIQUE

Le DSM, *Diagnostic and Statistical Manual* ou Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux est devenue la bible moderne (encore une !) de toute personne s'occupant de santé mentale sur la planète. Il a supplanté toutes les autres nosographies ou presque. Ce DSM obéit, au moins pour la question qui nous occupe, à une double idéologie. La première est que ce qui est important et qui sert à définir/nommer/qualifier n'est pas la souffrance du sujet, mais les atteintes à la protection des biens et/ou des personnes : ce que l'on juge, ce sont des « comportements perturbateurs », des « troubles des conduites » et en particulier la « destruction de biens matériels, la fraude ou le vol, les violations graves de règles établies », sans parler des « troubles oppositionnels avec provocation », et j'en passe.

La seconde idéologie est une forme d'utopie holistique qui peut se résumer ainsi : l'utopie de la trilogie parfaite. D'abord, un diagnostic fondé sur un comportement, ensuite, un médicament pour ce dysfonctionnement comportemental, enfin, une thérapie *ad hoc* pour ce même dysfonctionnement comportemental. D'où, de façon à atteindre un jour l'objectif, la progression du nombre de diagnostics : 60 pour le DSM1 en 1952 ; 145 pour le DSM2 en 1968 ; 230 pour le DSM3 en 1980 ; 410 pour le DSM4 en 1994.

Cette double idéologie aurait-elle un lien avec le fait que 96 % des rédacteurs du DSM sont financés, d'une manière ou d'une autre, par l'industrie pharmaceutique ?

LE DISCOURS DU SAVOIR-POUVOIR FABRIQUE DE NOUVEAUX SUJETS

Vignette clinique. Une dame vient consulter avec son enfant, car l'enseignante a diagnostiqué (?) un TDAH. L'enfant attend sagement, d'un air penaud, dans son fauteuil. Je me demande qui a bien pu le qualifier d'hyperactif. Je propose à la maman qu'ils reviennent avec le père. En effet, pour le TDAH des enfants, je traite en prenant en compte l'environnement de l'enfant, donc sa famille. La maman est surprise et me dit : « Mais docteur, c'est neurologique ! » C'est cela le pouvoir des mots. Faire croire à une mère de famille, qui n'a aucune connaissance en médecine ni en psychologie, que son enfant est atteint d'une maladie neurologique alors qu'il est seulement angoissé et que personne n'a pris le soin d'aller voir ce qui dans son environnement peut l'angoisser. Ici on voit bien que ce discours du savoir-pouvoir vient occuper toutes les places, celles de la mère, mais aussi celle du père (on notera l'inutilité du père dans le discours de la mère) et celle du savoir.

Je reçois très fréquemment des adultes qui viennent avec ce diagnostic déjà posé, qui l'avancent à la première séance comme explicatif de tous leurs malheurs, mais nous n'aurons plus à en reparler beaucoup par la suite. Ce n'est pas tant que je n'en parle plus, c'est mon client lui-même qui parle d'autre chose, car le problème n'est pas là. Le problème, la plupart du temps est dans l'histoire du sujet, histoire récente ou ancienne, histoire personnelle ou histoire familiale, récente ou parfois sur plusieurs générations. Il est des patients qui tiennent cependant à ce diagnostic et s'y cramponnent comme pour ne pas avoir à en dire plus. Ils ont leurs raisons et elles sont à respecter... et à comprendre.

Marie-Eve Sylvestre, dans un autre champ, retrace, à la suite de Foucault qui enseignait que le discours a un pouvoir constitutif, l'évolution du vocabulaire à propos des « pauvres ». Ainsi, sous la plume des chercheurs, les « pauvres » sont devenus d'abord des « exclus », puis des « précaires » et tout dernièrement « vulnérables ». S'agit-il seulement d'une question de vocabulaire ? Non. Il est aisé de comprendre que c'est toute l'approche, le regard, l'écoute et jusqu'à l'éthique qui sont modifiés par l'évolution du terme. Les « pauvres » victimes de crises (1929, 2008...), de guerres, de conditions environnementales effrayantes (choisissez), de systèmes économiques (le totalitarisme, les licenciements et délocalisations du capitalisme par exemple) deviennent des « vulnérables », c'est-à-dire des personnes fragiles. L'ombre de Malthus plane sur ce discours : ne seraient-elles pas génétiquement mal adaptées ? Parallèlement, comme le souligne l'auteure, les « dispositifs de savoir-pouvoir », les qualifiant de « vulnérables », leur font perdre leur capacité de choisir et de s'émanciper un peu comme les femmes auparavant. Que peut faire un enfant face aux résultats de tests de Conners (principal instrument de détection de TDAH) qui auraient été « administrés » successivement par les parents, une autre fois par les enseignants, une troisième fois par le professionnel ? Que peut faire l'enfant face à ce monstre tricéphale ?

La nomination pathologisante, façon TDAH neurologique, assigne l'enfant à une seule place, celui qui a une maladie neurologique, avec la collaboration d'adultes qui deviennent les collaborateurs du bio-pouvoir lui-même bras armé du corps social, alors que l'enfant a besoin d'occuper de multiples places pour se développer. C'est même la fonction essentielle du jeu de l'enfant que de pouvoir occuper la place, dans le jeu, de maman, de papa, de la maîtresse, de la marchande, du méchant, de la princesse, etc.

Freud lui-même a expérimenté un problème de nomination délicat. Par égard pour le corps social dans lequel il vivait avant la Première Guerre mondiale, il hésite longtemps à utiliser le terme « sexualité » et choisit le terme « eros ». Il va regretter plus tard ce choix et il le dit : « Moi-même aussi j'aurais dû dès le début procéder ainsi et me serais épargné par là bien

des contradictions... On ne peut savoir où cette voie nous mène ; **on cède d'abord sur les mots et puis peu à peu aussi sur la chose** » (1921 : 84, notre soulignement).

LA NORME ET LA SANTÉ TOTALITAIRE

L'arme redoutable dont dispose le savoir-pouvoir, avec la complicité du corps social, c'est-à-dire de ceux qui acceptent activement ou passivement ce système, est de définir ce qu'est la norme et, par voie de conséquence, ce qu'est un enfant normal, comme dans d'autres temps, d'autres pouvoirs par exemple le pouvoir hommes-religion définissait ce qu'était une femme dans la norme – on disait alors qu'elle devait être « honnête ». Roland Gori (2005) nomme santé totalitaire cette nomination, cette assignation à un symptôme érigé en pathologie. Une fois la norme établie, l'enfant est traqué, car tous, parents, enseignants, psychologues, éducateurs, n'ont de cesse que d'évaluer l'enfant par rapport à la norme puis de le ramener dans la norme, de faire de la prévention précoce en fonction de la norme. Le seul qui n'a pas la parole dans ce système est l'enfant ou le sujet. C'est ce qu'un auteur, André Turmel, nomme dans son article « le dispositif cognitif collectif ». Avant on pouvait commencer une thérapie par un : « Que puis-je pour vous ? » Aujourd'hui, il faudrait la commencer par « Alors je vois que vous avez cassé votre crayon, que vous avez laissé tomber votre efface trois fois et que votre score au test N est de... ». Que peut répondre un enfant à cela ? Il pourrait éventuellement dire que maman ne l'aime plus ou trop, que papa est parti ou gronde fort, que mamie est morte, que ça se chicane tout le temps à la maison, etc. Mais répondre aux résultats du test, personne ne le peut.

EXILÉS DE L'INTIME¹

Ce système de santé, d'éducation et de rééducation ignore le sujet, l'individu, la personne. Il traite le symptôme et n'a que faire de la souffrance du sujet que l'on n'interroge même pas. Emmanuel Aubert présente dans ce même numéro de la revue un exemple éloquent dans le milieu carcéral, un exemple « probant » pour parler comme dans les Centres d'excellence : la disparition des évaluations cliniques personnalisées afin d'évaluer le risque de récidence au profit de modèles actuariels donc statistiques. Pour avoir dû faire ce type d'évaluations cliniques personnalisées, je dois reconnaître que cela demande beaucoup de formation, beaucoup d'expérience et que c'est un exercice

1. R. GORI et M.-J. DEL VOLGO (2008). *Exilés de l'intime. La médecine et la psychiatrie au service du nouvel ordre économique*, Paris, Denoël.

risqué avec certains types de personnalité, alors qu'un modèle actuariel peut être mené par des professionnels ayant reçu une formation moindre : c'est moins onéreux. Comme le dit fort bien l'auteur qui lie le phénomène à un modèle positiviste benthamien : « le positivisme observable dans le champ clinique de la psychologie tend à réduire la complexité humaine à des variables sommaires en concentrant son analyse sur le comportement. Cette concentration comportementale sert à écarter la psychologie de l'étude du psychisme – par essence impossible à transposer sans un réductionnisme expérimental – pour mieux normaliser son sujet d'étude ». C'est vrai pour la population carcérale, c'est vrai pour les enfants sous menace d'un diagnostic TDAH, et pourquoi pas, bientôt, pour nous tous.

RETOUR À L'ÉVALUATION PRÉCOCE

L'article de Martin Dufresne dans ce numéro à propos de l'expertise collective de l'INSERM (Expertise collective, 2005) me donne l'occasion de revenir sur le débat qui a eu lieu en France autour de ce rapport bien connu maintenant. Les rapports et la proposition de loi du Dr Benisti qui s'en suivit s'inspiraient de travaux québécois et français pour affirmer que tout enfant qui bouscule un autre enfant à la garderie ou regarde les oiseaux par la fenêtre de la classe doit déjà être considéré comme un futur délinquant. Le rapport de l'INSERM, réclamé et financé par le pouvoir en place lui-même émanation du corps social, arrivait à ce moment du débat déjà politisé en fournissant la caution de la science. S'ensuivit une forte réaction encadrée par le collectif Pasde0deconduite et qui connut un grand succès. Mouvement auquel je me suis joint activement : non, à l'évaluation façon INSERM ou Richard Tremblay ; non, à la stigmatisation de l'enfant ; non, à la qualification génétique ou neurologique scientifiquement erronée de qui piège l'enfant dans une terminologie qui le « pathologise » et l'humilie ; non, à la bonne conscience des adultes, parents ou professionnels, qui se congratulent mutuellement de leur « excellence ».

La question que je pose dans mon livre est : Sommes-nous pris dans ce dilemme : pathologisation de l'enfant ou bien « pas d'évaluation » ? La position du collectif aujourd'hui, six années après, est qu'il faut de la « prévention prévenante ». Mais peut-on prévenir, même de façon prévenante sans évaluer ? Ou doit-on alors faire de la prévention prévenante avec toute la population enfantine ? Ma position est qu'il faut évaluer, certes, mais pas l'enfant, puisqu'il n'est que le symptôme. Il faut évaluer puis intervenir en priorité sur les conditions environnementales qui provoquent le symptôme. Nous reviendrons sur ce point dans notre conclusion.

De mon bureau, à l'époque dans un hôpital pour enfant, j'ai écouté et noté la souffrance des enfants, bien sûr, mais aussi la plainte des parents et je me suis particulièrement attaché à ce qu'ils disaient, et en particulier à ce qu'ils disaient l'un de l'autre, la mère du père et le père de la mère. De tout cela, j'ai tiré l'idée de *tresse causale*, à savoir que la cause de ce symptôme (le TDAH) qui apparaît chez l'enfant est diverse, multiple, complexe et engendrée par son environnement. Que ces éléments causaux environnementaux sont enchevêtrés, entrelacés, d'où la formule de tresse causale. Il s'agit d'un trouble de la culture, d'une *culturopathie* et non pas d'un trouble neurologique chez l'enfant. Y voir une cause unique tout comme en négliger les causes sont une égale violence faite à ces enfants. Parmi ces éléments, le nouveau rapport entre les deux sexes dans les pays occidentaux m'a semblé à interroger. En effet, l'égalité des sexes est probablement la plus grande révolution de l'humanité après l'invention de l'agriculture il y a 15 000 ans ou l'invention de l'écriture il y a 5 000 ou 6 000 ans. C'est-à-dire un changement tel qu'il engendre une culture nouvelle, différente en profondeur et c'est loin d'être terminé. D'ailleurs, les fortes et nombreuses résistances de la part des hommes et de certaines femmes en montrent bien l'enjeu. J'avance donc que parmi les différents éléments causaux qui, mis ensemble, forment une tresse causale, les difficultés de certains et certaines à accepter une répartition différente des rôles, des attentes, des places, des désirs, etc., sont encore peu étudiées. Les conséquences de cette révolution n'ont pas encore été toutes entrevues, y compris celles sur les pathologies, les symptômes et la clinique en général. Mais dire cela, que la modification du rapport entre les sexes peut avoir des conséquences autres que celles d'une simple libération des femmes, est une position difficile. Certains y voient une nostalgie de la toute-puissance paternelle, ce qui serait une régression catastrophique. Il n'est que de se tourner vers l'Afghanistan par exemple pour voir où nous étions il n'y a pas si longtemps et où nous retournerions. Malgré cela, il faudra bien étudier de plus près les conséquences psychiques de la mise en place récente de l'égalité des sexes dans notre culture. Il n'y a pas là qu'un bienfait pour les femmes... et les hommes. Je persiste donc en considérant qu'il y a là un terrain de recherche.

QUELLE(S) SOLUTION(S) AVONS-NOUS ?

D'un côté, nous avons la santé totalitaire, façon INSERM ou Richard Tremblay, caractérisée par le déni de l'histoire et de l'environnement du sujet au sens de son histoire à lui, personnellement, la nomination aliénante d'une maladie qui n'existe que par ceux qui l'ont créée, la stigmatisation de l'enfant, etc. Mais de l'autre, qu'y a-t-il ?

Il y a ce que le collectif *Pas de conduite* propose dans leur dernier livre, *Enfants au carré? Une prévention qui ne tourne pas rond* (2011). Pour reprendre les termes mêmes de Sylviane Giampino, une des leaders de ce collectif, les objections du collectif portent sur trois ambivalences. La première est l'idée selon laquelle on pourrait conditionner très tôt les enfants à des conduites socialement adaptées sans leur laisser le temps de procéder par tâtonnements, essais, jeux, etc. La deuxième est la médicalisation, c'est-à-dire faire croire que lorsqu'il y a un malaise chez un enfant, c'est psychologique alors que l'enfant est la caisse de résonance des difficultés de son environnement (famille, école, etc.). La troisième ambivalence relève de la culpabilisation, c'est-à-dire déclarer que tout individu est responsable de ce qu'il est, en le coupant de son réseau, de son environnement, de son histoire. La proposition de «prévention prévenante» est très proche de ce qui se passe à la Maison Verte en France ou à La Maison buissonnière au Québec.

À ce propos, l'article d'Irène Krymko-Bleton, fondatrice de La Maison buissonnière à Montréal, est explicite de ce que peut être cette prévention prévenante. La Maison buissonnière est ouverte à tout enfant de moins de quatre ans avec son ou ses parents, un grand-parent ou sa gardienne, sans inscription ni rendez-vous, pas de dossier, des accueillants hautement qualifiés dans l'accueil et l'intervention (psychanalytique) de l'enfant et sa famille, y compris des enfants qui ne parlent pas encore, mais qui s'expriment déjà à leur manière, par leurs corps, leurs regards, etc. Il n'y a aucun ciblage d'une population à risque. Y vient qui veut. La Maison buissonnière «parie» sur l'enfant, c'est-à-dire, selon les termes de la fondatrice, que

tout enfant qui est né viable possède en lui les forces qui le poussent à grandir et à se développer selon le programme génétique qui soutient son devenir de femme ou d'homme. Pour que ce développement puisse avoir lieu et se dérouler de façon harmonieuse, cet enfant doit trouver à sa naissance des adultes qui l'investissent et un maternage suffisamment bon, c'est-à-dire ajusté étroitement à ses besoins et à sa personne...

À ce point-ci de notre réflexion, on ne peut s'empêcher de penser que se dessine un territoire immense où ni la prévention prévenante, ni l'accueil libre, ni le développement harmonieux ne peuvent se faire entendre, faute de moyens, faute de faire consensus dans le corps social. À Montréal, La Maison buissonnière reçoit 40 enfants par jour, une goutte d'eau par rapport au nombre considérable d'enfants en souffrance ou «ritalinisés». Une goutte d'eau aussi en termes de moyens financiers de la Maison buissonnière comparés à ceux de la «nouvelle philanthropie». L'article d'Élise Ducharme dans ce numéro montre que la prévention n'est plus seulement l'expression actuelle du corps social, telle que la pratique de nombreuses petites associations de quartier par exemple, mais aussi de la nouvelle philanthropie, liée, elle, au savoir-pouvoir. Il existe des solutions intermédiaires comme

l'approche pikléienne décrite dans l'article du Regroupement des centres de la petite enfance (CPE) de la Montérégie qui privilégie l'importance de la relation entre l'adulte et l'enfant, mais cela ne devrait-il pas être toujours le cas dans les CPE par exemple ? Et où sont les parents dans ce modèle ? Que fait-on des enfants qui vont mal et qui, chaque jour après le centre, retournent vers leur environnement dysfonctionnel ? Comment faire pour que ces enfants qui sont en souffrance, une souffrance repérable par leur agitation ou leur distraction, ne soient pas raflés du côté d'un neurologue aliénant, tout-puissant, richement doté par le bio-pouvoir ?

J'ai envisagé dans mon livre que ce soit la famille entière qui soit aidée lorsqu'un enfant est repéré comme souffrant. Ils font partie de la tresse causale qui met l'enfant à mal. Après tout, on aide bien les parents lorsqu'ils sont en graves difficultés financières, lorsqu'il y a un degré de violence ou d'abus intolérable dans la famille, lorsqu'il y a consommation de produits qui peuvent nuire à l'enfant, pourquoi ne pas aider les familles lorsqu'elles ne parviennent pas à « investir l'enfant ni à assurer un maternage suffisamment bon, c'est-à-dire ajusté étroitement à ses besoins et à sa personne » ? Aider les parents ne veut pas dire les infantiliser et ne veut pas dire non plus en faire des éducateurs, chacun son métier. Aider les parents veut dire travailler avec eux pour le bien de l'enfant qu'ils aiment. Aider les parents veut dire les respecter et les écouter sans tomber dans une autre tentation totalitaire, par exemple la prescription d'attachement décrite dans ce numéro par Anne-Marie Piché à propos des parents adoptants.

HÉLAS, NOUS ALLONS AVOIR RAISON...

C'est la science qui va donner raison aux approches recommandées par le collectif, et partagées entre autres par La Maison buissonnière, par les rédacteurs de ce numéro spécial et par moi-même puisque je me considère comme un militant du droit de l'enfant à se développer harmonieusement. En effet, de plus en plus de travaux **autour** de la génétique, cela s'appelle l'épigénétique, semblent montrer que les conditions dans lesquelles les enfants sont aimés ou pas, ou mal, éduqués ou pas, ou mal, sécurisés ou pas, ou mal, alimentés de manière satisfaisante ou pas, etc., ont un impact direct sur la manière dont les gènes de leurs ADN peuvent s'exprimer de telle ou telle manière. Autrement dit, dans le domaine de la santé mentale et des capacités cognitives et sociales, les gènes ne sont plus ces transmetteurs rigides, unicodes, sans nuance dont on nous parlait en disant « c'est génétique », mais au contraire ils transmettent un champ de possibilités, une palette d'options. Il n'est que de se référer à un article récent qui montre comment les conditions socioéconomiques dans lesquelles vivent les gens affectent la méthylation de leur ADN et donc l'expression des gènes

(Borghol *et al.*, 2011). Quelles sont les conséquences pour nous thérapeutes, éducateurs et autres de ces découvertes récentes ? C'est d'abord que si ces enfants vont mal, c'est que leurs environnements vont mal. Secondement, c'est que ces inflexions malheureuses² dues aux environnements malheureux peuvent être réversibles. D'où la nécessité d'évaluation et l'impératif de travailler sur l'environnement et pas seulement sur l'enfant. Sinon que se passe-t-il avec ces méthodes d'excellence ? Prenons une comparaison : imaginons que ces enfants TDAH soient par exemple des grands brûlés. Ils sont traités le jour par des spécialistes, mais le soir, après le traitement, on les renvoie dans leurs familles qui les rebrûlent. Cela n'a aucun sens. Autrement dit, non seulement nous ne faisons rien ou peu pour les aider à échapper à des conditions qui mettent leur sérénité et équilibre en péril, mais, de plus, les actions prises par certains aggravent la situation des enfants parce qu'ils évitent de traiter l'environnement et ciblent l'enfant, alors seul contre tous. Il est urgent qu'une alternative en termes de recherche sur la tresse causale qui engendre ce type de souffrance chez l'enfant comme en termes de solutions soit trouvée. Des facteurs environnementaux ont été assez puissants pour plonger les enfants dans une grande détresse aux graves conséquences sur l'expression de leurs gènes. Quelle réponse fait-on à cela ? Une réponse comportementale alors que c'est l'environnement qu'il faut modifier le plus tôt possible pour atténuer les effets néfastes, voire les annuler.

BIBLIOGRAPHIE

- BORGHOL, N., SUDERMAN, M., MCARDLE, W., RACINE, A., HALLETT, M., PEMBREY, M., HERTZMAN, C., POWER, C., et M. SZYF (2011). « Associations with Early-life Socio-economic Position in Adult DNA Methylation », *International Journal of Epidemiology*. DOI: dyr147v1-dyr147.
- COLLECTIF PASDE0DECONDUITE (2011). *Les enfants au carré ? Une prévention qui ne tourne pas rond !*, Toulouse, Érès.
- EXPERTISE COLLECTIVE (2005). *Trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent*, Rapport synthèse, Paris, Institut national de la santé et de la recherche médicale.
- FREUD, S. (1921). *Psychologie des masses et analyse du Moi*. OCF.F, vol. XVI.
- GORI, R. et M.-J. DEL VOLGO (2008). *Exilés de l'intime. La médecine et la psychiatrie au service du nouvel ordre économique*, Paris, Denoël.
- GORI, R. et M.-J. DEL VOLGO (2005). *La santé totalitaire : Essai sur la médicalisation de l'existence*, Paris, Denoël.
- LEVET, G. (2011). *Enfant hyperactif, enfant trahi*, Toulouse, Érès.
- TREMBLAY, R. E. (2008). *Prévenir la violence de la petite enfance*, Paris, Odile Jacob.

2. J'utilise le terme de malheureux pour ne pas utiliser de termes blessants ou culpabilisants pour le milieu familial tels « inadéquats » ou « dysfonctionnels ».