

## **Textes de la journée d'étude « Enjeux et paradoxes de la prévention » organisée le 27 novembre 1998 par l'équipe Aide et Prévention Enfants-Parents de Charleroi**

### **Introduction de la journée**

Reine VANDER LINDEN,  
psychologue – Aide et Prévention Enfants-Parents Charleroi.

C'est un plaisir pour l'équipe de voir l'intérêt que le thème de la prévention suscite dans le réseau et au-delà.

Ce thème, nous l'abordons – c'est une nécessité – à travers une réflexion générale, en prenant de l'altitude, se décollant du concret pour interroger ce qui sous-tend la création de programmes et d'actions préventives pour poser la question : mais à qui cela sert-il ? Et surtout pour questionner l'état d'esprit dans et avec lequel nous construisons nos initiatives préventives.

Pour ceux qui ne connaissent pas l'équipe, il importe de la situer : constituée par le décret du 29 avril 1985 (abrogé par celui du 16 mars 1998), elle est une équipe SOS pluridisciplinaire que ses membres, en 1991, ont désiré rebaptiser « *Equipe Aide et Prévention Enfants-Parents* » mettant ainsi l'accent sur l'approche thérapeutique et préventive des problèmes d'abus et de violence intrafamiliale.

En 5-6 ans, la clinique nous avait montré à suffisance que le symptôme amené (abus ou violence) n'est qu'un aspect parmi d'autres de la souffrance des familles et que la lecture qu'il est opportun d'en faire est une lecture contextualisée parce que nous sommes persuadés que la richesse et la force des systèmes humains résident précisément dans leur complexité.

Les familles nous ont appris que la maîtrise que nous cherchions, au début de notre pratique, à avoir sur leur symptomatologie ne faisait qu'alimenter la source de la violence, et que développer de l'empathie ou une préoccupation exclusivement pour une partie du système (en l'occurrence celle qui apparaît comme victime) amenait à une impasse. Par contre, expérimenter une relation de confiance ou sentir chez les soignants une préoccupation réelle à l'égard de chaque membre du système familial, mobilise leurs ressources et amène le changement.

La chance que nous avons dans l'équipe de pouvoir réfléchir avec l'éclairage de toutes les disciplines différentes aux situations qui arrivent chez nous, a élargi, année après année, notre questionnement clinique à la sphère institutionnelle, sociale, culturelle et politique.

Buber le disait déjà au milieu de ce siècle dans « *Guilt and guilt feeling* ».

Chaque science qui s'est détachée d'un contexte compréhensif et assure pour elle-même l'indépendance de son domaine n'est arrivée de cette manière qu'à limiter de plus en plus étroitement son propos et les enseignements de ses travaux.

Le chercheur ne peut, en toute vérité, rester en contact avec la réalité ; contact sans lequel tout son travail ne devient qu'un jeu bien réglé – s'il ne pose pas son regard encore et encore au-delà des limites d'une sphère de travail qui n'est pas la sienne – mais qu'il doit envisager avec toute sa capacité de recherche s'il veut légitimer sa propre tâche.

Cette contextualisation des situations nous amène régulièrement à nous poser la question de savoir s'il ne fallait pas changer de métier et investir dans le secteur de la politique.

Quand nous réfléchissons aux conditions d'une prévention qui tiennent compte du réel, nous nous apercevons que les questions convergent quel que soit le terrain à partir duquel elles

surgissent : terrain de la santé, de la périnatalité, de l'éducation et de la scolarité ou dans leurs composantes dysfonctionnelles : (le terme est-il bien choisi ?) problématique de la toxicomanie, de la maltraitance, de la délinquance, du décrochage scolaire, ...

Du plus microscopique (ce qui se passe dans les familles) au plus macroscopique, toutes les origines du mal-être et de la souffrance doivent être examinées. Toutes les disciplines et les différents éclairages que celles-ci apportent pour ce, sont nécessaires. Toutes les responsabilités sont à questionner et bien sûr la conception du bien être doit faire l'objet de discussions dialectiques dont les arguments doivent être rendus les plus explicites possibles.

La santé, le bien-être ne pouvant s'instituer en norme au risque de tous les abus de pouvoir possible de la part de ceux qui ont à garantir ce bien-être et cette santé. Comme le fait remarquer John Stuart Mill, « *la fonction préventive du gouvernement est bien plus susceptible de donner lieu à des abus et de s'exercer au détriment de la liberté que la fonction punitive. En effet, il n'est pratiquement rien dans la sphère de la liberté d'action la plus légitime qui ne puisse être représenté comme étant de nature à faciliter telle ou telle forme de délinquance* ».

Comment alors « penser » et organiser la prévention dans une réflexion qui puisse rester mouvante, sans cesse battue en brèche, sans cesse dialectisée ?

Plus que les projets préventifs en eux-mêmes, c'est le débat dialectique à partir duquel s'initient ces projets qui garantit l'effet préventif.

Comment établir des cadres préventifs sans rigidifier des balises, sans que les actions soient au service d'une norme, sans prise de pouvoir créée par l'asymétrie de position entre les « bénéficiaires » et ceux qui mènent l'action ?

La réponse à ces questions réside toujours et toujours dans le dialogue.

Dialogue interdisciplinaire, dialogue entre champs professionnels différents, dialogue avec ceux pour qui la prévention se met en place. Ce dialogue enfin doit aussi mettre en tension les polarités qui répondent à des épistémologies différentes : soit d'un côté, une prévention qui est conçue en terme de repérage, dépistage et action spécifique sur un problème ou un symptôme, soit de l'autre côté, celle qui se conçoit en terme de promotion de bien-être, de santé, etc.

Pour illustrer ces propos un peu théoriques, je voudrais vous parler d'une préoccupation qui tient l'équipe à cœur depuis des années.

Cette matinée est en quelque sorte un peu l'apéritif d'un projet de prévention périnatale qui prendrait simplement la forme d'un réseau dans lequel des professionnels puissent penser (réfléchir) ensemble sans autre ambition.

Ce qui nous a guidés ?

Lorsque nous rejoignons l'histoire périnatale des parents et des enfants qui viennent au centre, nous nous apercevons que dans un très grand nombre de cas, celle-ci était difficile et fragilisait d'emblée l'établissement du lien d'attachement.

Que les difficultés proviennent d'une fragilité d'ordre somatique du côté de la mère ou de l'enfant, d'un deuil périnatal précédemment vécu, ou d'une vulnérabilité psychologique liée à l'histoire de la femme, du couple ou encore des conditions dans lesquelles la grossesse est apparue, chaque fois, les parents nous disent que « ça ne s'est pas bien passé, qu'ils ne comprenaient pas leur bébé, qu'il leur apparaissait trop étranger, trop différent de ce qu'ils avaient imaginé, qu'ils se sentaient seuls, incompetents, dépassés, parfois jugés par le personnel hospitalier pris entre des conseils contradictoires de la part des soignants, ... ».

Quand on écoute par ailleurs le souci des soignants à être accueillants, attentifs, disponibles malgré les conditions parfois impossibles dans lesquelles ils doivent faire leur travail ; s'ils ne

trouvent pas rapidement appui eux-mêmes, dans leur équipe ou leur service, pour faire face aux émois que ces situations suscitent en eux, on mesure alors combien certaines situations de deuil, de fragilités psychiques ou de misère sociale chez les mères, fragilisent ces soignants, les isolent et leur font perdre leurs repères, ... on ne peut que faire le constat que l'issue à toute cette vulnérabilité est de se relier à d'autres, faire des liens pour trouver appui. Tant du côté parents que du côté soignants.

Dans un pays où la médicalisation de la grossesse permet à toutes les femmes quelle qu'elles soient, d'avoir accès à des professionnels, on ne peut que constater que les outils de prévention sont à disposition.

Ce qui est intéressant, c'est que les femmes enceintes peuvent à travers un projet valorisant, celui d'avoir un enfant, avoir accès à de l'aide en utilisant comme ticket d'entrée la préoccupation pour leur grossesse. Les professionnels peuvent, eux, s'intéresser à elle et investir une relation en dehors de toute stigmatisation liée à telle ou telle défaillance repérée.

Quand cette rencontre peut se faire « sur le terrain de la normalité », il se crée des points d'appui à partir desquels les mères, les parents et les professionnels peuvent développer leurs compétences même si dans d'autres domaines les choses sont difficiles.

Si alors survient un accident, se dévoile une fragilité, les repères sont plantés pour aménager d'autres aides, trouver des relais, installer des liens avec d'autres champs professionnels, un vrai partenariat pour créer ou recréer de la sécurité.

Pour l'avoir expérimenté, nous faisons foi dans la sécurité qu'un réseau peut apporter pour les professionnels et par ricochet pour les parents. Les liens, les appuis déjouent alors les luttes de pouvoir et les incompréhensions, créent de l'humanité.

Pour reprendre les propos de Monsieur Titran : partout où l'on crée de l'humanité, on devient préventif.

De plus en plus, j'observe que ce soit dans le secteur curatif, celui de la formation ou de la prévention, que la qualité de l'intervention dépend plus de l'état d'esprit dans lequel elle est menée que de la stratégie élaborée pour le mener.

---

## **Prévention : enjeux et paradoxe**

Myriam DE SPIEGELAERE,  
Ecole de Santé Publique – ULB.

### **Introduction**

La prévention est un enjeu essentiel de nos sociétés. Cette notion cache derrière un consensus simple : « mieux vaut prévenir que guérir », des oppositions qui concernent l'orientation même du développement social et des conflits de pouvoirs.

Le mot « prévention » n'a son sens actuel que depuis le milieu du XX<sup>ème</sup> siècle. Si actuellement la prévention se définit comme « l'ensemble des mesures prises pour prévenir un danger, un risque, un mal, pour l'empêcher de survenir », à l'origine, la prévention était « l'action de devancer, d'aller au devant pour hâter l'accomplissement ». Ce sens originel se retrouve en partie dans la définition de prévenir : « aller au devant de quelque chose » ou même « satisfaire à l'avance » (quelqu'un de prévenant).

On le voit donc, le paradoxe existe dans la définition même du concept.

## La prévention dans la trajectoire de la civilisation occidentale

De tout temps l'homme a subi la maladie et pour survivre, il a dû apprendre à lutter. L'homme primitif a lutté contre la maladie de la même manière qu'il luttait contre les animaux ou contre les intempéries : de manière défensive. Cette forme de lutte défensive contre la maladie prévaut toujours actuellement et est appelée la médecine « curative ».

Cette réponse défensive, « curative », n'est pas propre au domaine de la santé : ex. la réponse répressive au problème de la violence des jeunes, l'aide alimentaire offerte aux pauvres, les « chauffoirs » pour les sans-abri en hiver, etc.

L'amélioration des connaissances, la meilleure compréhension des différents éléments qui concourent à la survenue d'un événement fâcheux, ont permis progressivement à l'homme de passer à l'offensive, de prévenir l'attaque.

La prévention s'inscrit donc dans le mouvement de modernisation de la société. Elle permet à la société d'avoir une plus grande capacité d'intervention sur elle-même.

La prévention participe à l'effort de rationalisation de la société en contribuant à domestiquer les passions humaines, en rationalisant et en normalisant les conduites. Cette évolution tend vers le remplacement d'un social « organique » par un social rationalisé, « artificialisé ». Inévitablement donc, par le processus de développement sociétal qui la supporte, la prévention nourrit une destruction des régulations spontanées de la vie communautaire [ex. la prévention des accidents de la circulation ↗ rationalisation des modes de circulation, normalisation des conduites (code) et destruction d'une organisation antérieure de l'espace public].

Cette logique de modernisation qui permet une plus grande capacité d'intervention sur le fonctionnement social rencontre l'opposition corporatiste de groupes professionnels préoccupés de maintenir un certain pouvoir. Par exemple, une partie du corps médical a toujours freiné le développement de la médecine préventive qui, puisque celle-ci échappe en grande partie aux médecins, leur faisait perdre un certain pouvoir sur leur « domaine réservé ».

C'est le même type de lutte de pouvoir qui oppose les partisans d'une aide humanitaire « curative » auprès des populations du tiers-monde (et l'aide humanitaire d'urgence est certainement la forme la plus « contrôlée » d'aide) et les partisans d'une approche préventive par le soutien aux groupes locaux par essence non « contrôlables ».

De manière générale, on constate que les détenteurs de moyens financiers, qui sont aussi souvent les détenteurs du pouvoir, sont plus réticents à abandonner une approche strictement curative qui permet un plus grand contrôle et une plus grande concentration de pouvoir.

Parallèlement à la *logique de modernisation*, la prévention est également sous-tendue par une *logique de domination* : l'ouverture créée par la modernisation est appropriée par des « technocrates », des professionnels spécialistes du comportement individuel et communautaire adéquat. En ce sens, la prévention peut être considérée comme un *outil de domination technocratique* qui vise à normaliser les conduites humaines et à happer le plus tôt possible les populations susceptibles de perturber l'ordre social.

La prévention est tout naturellement un outil de contrôle social. Toute société tend à se consolider en renforçant le consensus autour de la norme et donc en stigmatisant les écarts à la norme. La prévention renforce le consensus par rapport à la norme (ex. le choix des problèmes auxquels elle s'applique n'est pas neutre et est basé le plus souvent sur des représentations sociales : la masturbation chez les jeunes garçons il y a quelques décennies, la violence dans les quartiers défavorisés actuellement, ...).

Mais la prévention est également un outil de domination technocratique dans son appel à la *responsabilité individuelle*. Par exemple, dans le champ de la santé où la prévention passe par la « rééducation » des individus. « Chacun est invité à s'auto-programmer, à s'auto-

réguler pour atteindre un état de dépassement où il peut s'affirmer comme être autonome, indépendant, puissant et vigoureux capable de résister aux sollicitations qui viendraient ébranler sa béate quiétude et que pourrait lui tendre son environnement communautaire. La prévention s'affirme alors comme la production d'un sur-homme, d'une sur-femme qui a appris à ne pas fumer, à boire modérément, à s'activer suffisamment, à manger de manière équilibrée, à user de son sexe correctement, sous la conduite des professionnels » (Renaud G.).

Peu à peu, l'homme se soumet à l'expertise comme critère de guidance des conduites.

« L'homme en vient à se rapporter au travail par le médium de la technologie, à son désir par le médium de la sexologie, à la nourriture par celui de la diététique, à l'enfant ou au nourrisson par celui de la pédagogie ou de l'élevage rationnel, à la nature par celui de l'écologie, d'une façon générale à son corps, sa vie et les autres par mille petits modèles scientifico-psychologiques ou sociologiques » (Lefort C.).

Heureusement, les communautés humaines ne se laissent pas facilement rationaliser. On observe des mouvements de résistances divers face à cette logique dominatrice et normalisatrice :

- ?? Certains comportements provocateurs ou des comportements de prises de risques excessifs des jeunes, peuvent être interprétés comme une révolte face à la domestication du social et une recherche solidarités organiques.
- ?? On observe également que des personnes qui se sentent menacées, parce que leurs conduites s'écartent de la norme, évitent les services préventifs. Ces personnes, souvent en situation d'exclusion sociale ou appartenant à des communautés culturellement minoritaires, fuient le contrôle social.
- ?? L'approche communautaire s'est également développée en partie en opposition à cette logique et suite à la désillusion de la prévention comme panacée à la résolution des problèmes.

La prévention va alors osciller entre ces deux pôles : le *contrôle* et l'*autogestion* ; le contrôle illustré par la domination technocratique et l'autogestion par l'approche communautaire.

L'intérêt pour la *participation communautaire* est né de tendances qui sont apparues après la seconde guerre mondiale face à la réalité de la situation sanitaire en tiers-monde. La première étant la renonciation progressive à l'illusion que le système médical de type occidental pouvait améliorer la santé de la majorité des habitants de la planète. L'accent a dès lors été mis sur des soins de santé préventifs axés sur la communauté et fondés sur les priorités épidémiologiques. Les planificateurs pensaient que l'éducation pour la santé contribuerait beaucoup, en développant les connaissances de la population, à améliorer la situation sanitaire. Mais cette politique a dégénéré en un simple enseignement, généralement dispensé par des experts à des profanes et ne contribuant que fort peu à l'amélioration escomptée. On a donc adopté de nouvelles conceptions pour la prestation des soins de santé, sous-tendues par l'idée que pour parvenir à une amélioration sensible de la situation sanitaire, il fallait que les collectivités prennent part aux décisions concernant les services de santé.

C'est ainsi que s'est développée la notion de soin primaire dont la *participation communautaire* est considérée comme l'élément principal.

« La **participation communautaire** est un processus dans lequel les individus et les familles, d'une part prennent en charge leur propre santé et leur bien-être comme ceux de la communauté, et d'autre part développent leur capacité à concourir à leur propre développement comme à celui de la communauté » (OMS, 1986).

Logiquement, et parallèlement à l'évolution des approches développées en tiers-monde, ce sont les intervenants de terrain, engagés auprès de populations socialement défavorisées ou aux valeurs et modes de vie différents, qui ont développé dans notre pays une approche communautaire des soins de santé (les maisons médicales par exemple).

En effet, l'action communautaire semble particulièrement adaptée à l'amélioration de la santé des groupes culturellement minoritaires ou socialement les plus défavorisés, c'est-à-dire les groupe de populations qui se sentent les plus menacés par la prévention « technocratique », normalisante et stigmatisant les écarts à la norme.

Mais sous le terme « action communautaire » se cachent des objectifs et donc des modes de participation très variés. Ce concept ne peut être abstrait de l'environnement idéologique dans lequel il mûrit (ex. approche communautaire au Québec dans un contexte très libéral et l'approche communautaire développée dans certaines régions d'Amérique centrale). Comme toute action dans le domaine de la prévention, l'action communautaire peut être un outil de contrôle social, lorsque les communautés sont chargées de prévenir les comportements inadéquats de leurs membres. L'action communautaire peut être récupérée par des technocrates : les communautés sont sollicitées pour appliquer un modèle et arriver aux objectifs fixés par l'appareil technocratique. Elle peut aussi avoir comme objectif le désengagement des responsabilités du service public au profit des communautés dans une optique d'économies financières.

### **Prévention ? Promotion**

Deux concepts qui s'opposent (mais sont complémentaires et non exclusifs) : la notion de prévention et la notion de promotion. Si au départ ces deux concepts étaient bien identifiés (par exemple dans la définition de l'OMS), un phénomène de mode tend actuellement à appeler « promotion pour la santé » tout ce qui relève de la prévention, de l'éducation pour la santé... Ce glissement de terme est probablement révélateur de la prise de conscience des échecs de la « prévention ».

Ces deux concepts sont cependant très différents tant dans leurs stratégies que dans leurs objectifs.

**A. La prévention :** tend à éviter un événement ou un état identifié (maladie, mort, déchéance, ...) soit en supprimant des facteurs nocifs (ex. la lutte contre le tabagisme), soit en renforçant des facteurs protecteurs (ex. la vaccination – additive ou soustractive).

Dans notre système médico-social, les interventions préventives et curatives ne sont pas différentes par leur approche mais uniquement par le moment où elles se situent par rapport à l'évolution de la « maladie » ou du problème dans le temps. La prévention est en quelque sorte au service du curatif : « pour mieux guérir il faut prévenir ».

La prévention est axée sur la *gestion des risques* : il s'agit d'abord d'*identifier les individus ou les groupes « à risques »* (par l'épidémiologie et le dépistage) et ensuite soit de les *orienter vers le secteur curatif* [prise en charge par le système médical curatif, les interventions de remédiations (scolaires ou autres), ou la prise en charge par les institutions judiciaires, etc.], soit de les *éduquer* (l'éducation à la santé ou à la gestion d'un budget par exemple) ou d'intervenir sur l'environnement de manière à diminuer le risque.

Cette « gestion des risques » implique une série de *paradoxes* et d'*effets pervers*.

Ceci implique que l'on identifie les publics cibles à partir de caractéristiques négatives (comportements « déviants », manques). Une clientèle particulière est donc marquée et stigmatisée par l'intervention préventive. Par exemple dans les programmes de « prévention de l'exclusion sociale », on en arrive ainsi au paradoxe que pour prévenir l'exclusion, on identifie, et on marginalise, une population (ex. « les contrats de sécurité », la prévention de la violence à l'école dans les quartiers défavorisés, ...).

Dans la prévention axée sur la gestion des risques et orientée vers des publics cibles, l'aspect de contrôle social est particulièrement marqué. C'est un autre paradoxe de la

prévention que lorsqu'elle veut s'orienter vers les groupes de populations qu'elle a désignées comme « à risque », elle les fait fuir automatiquement tant ceux-ci se sentent menacés par la répression plus ou moins violente des comportements « nocifs » que la prévention implique (ex. la peur du placement des enfants est une des raisons majeures de l'irrégularité du suivi préventif des jeunes enfants et explique la difficulté pour les travailleurs de terrain d'établir une relation de confiance avec les parents les plus exclus, difficultés d'atteindre les personnes « à risque » dans les programmes préventifs pour les toxicomanes, ...).

La prévention comme « gestion des risques » est également à l'origine d'un profond malentendu entre professionnels et population « à risque ». Pour les professionnels, ce sont les comportements dits « à risque » qui constituent les « problèmes ». Et les interventions mises en place visent donc à lutter contre ces comportements. Pour les personnes concernées par contre, ces comportements constituent le plus souvent une réponse adaptative à un contexte de vie difficile (ex. tabagisme chez les mères enceintes très pauvres comme « calmant », ou grossesse chez les adolescentes, etc.).

**B. La promotion** se définit par rapport à un état positif, flou, sans notion de maladie ou de déficience (ex. promotion de la santé).

L'approche promotionnelle est une approche axée sur « le soutien à l'émergence de configurations d'événements avantageux » (Bloom), proactive, visant l'accentuation des compétences et des opportunités. Dans cette approche, on ne parle plus de population à risque et il n'y a plus de référence au pathologique, aux déficiences ou aux problèmes.

Pour l'OMS, une approche visant la promotion de la santé doit être orientée vers la santé en tant que ressource et vers la mise en place des conditions favorables à l'amélioration de la santé et du bien-être. Ce qui implique le recours à de multiples stratégies : la création de milieux favorables, le renforcement de l'action communautaire, l'acquisition d'aptitudes individuelles, l'élaboration de politiques publiques saines et la réorientation des services de santé (OMS, Charte d'Ottawa, 1986).

Les concepts de prévention et de promotion se différencient donc par leurs stratégies mais aussi par leurs objectifs. On peut parler de « prévention du cancer du poumon » ou de « prévention du tabagisme » et toutes les stratégies qui visent à empêcher les jeunes de fumer, à aider les fumeurs à arrêter de fumer, etc. sont de l'ordre de la prévention. Par contre, si on parle de promotion, on ne devrait plus envisager les problèmes de manière verticale (jeunes, tabac, cancer), mais la santé en général. Les stratégies qui visent à améliorer l'estime de soi des adolescents, leur bien-être par l'activité physique et des loisirs épanouissant, leur support social par le développement de lieux où ils peuvent s'exprimer librement et s'entraider spontanément sont des exemples de stratégies de promotion. Bien évidemment, ces stratégies peuvent aboutir à une diminution du nombre de jeunes qui commencent à fumer, mais ce n'est pas leur objectif.

Le problème qui se pose actuellement, c'est que nous ne possédons pas d'indicateurs de « bien-être », de « santé positive ». Et donc, la plupart du temps, on évalue des interventions de promotion à partir d'indicateurs négatifs. Ce qui crée une certaine confusion.

Si on développe une intervention de promotion, par exemple la création d'un lieu où les jeunes puissent se rencontrer et faire des activités sportives dans un quartier défavorisé, au lieu de mesurer l'efficacité de cette intervention en terme de « bien-être » ou de « santé » ce qui est bien son objectif, on tentera de la mesurer en terme de diminution de la délinquance par exemple. Si on ne peut mesurer d'effet sur la délinquance, l'échec sera mis sur le compte de l'inefficacité des mesures de promotion (alors qu'on ne connaît pas le gain en bien-être pour les jeunes de cette intervention).

Dans la pratique, on constate donc une confusion entre ces deux concepts et la distinction entre les deux est souvent difficile. L'attention de la société est plus souvent orientée vers

les problèmes que vers les aspects positifs (et c'est particulièrement vrai envers les adolescents qui n'intéressent la société qu'au travers de leurs comportements dérangeants) et très peu d'outils existent pour évaluer le mieux-être, la santé envisagée de manière positive, la bientraitance, etc.

Dans notre pays, les trois types d'approches coexistent : l'approche curative, l'approche préventive et l'approche promotionnelle. Ces trois approches ne s'excluent pas, elles sont complémentaires. Il s'agit de les utiliser à bon escient, elles ont des objectifs, des exigences spécifiques et sont toutes porteuses d'une certaine efficacité et d'un certain nombre d'effets pervers.

### **La prévention, facteur d'accentuation des inégalités sociales de santé ?**

Un des problèmes les plus lancinants de nos sociétés occidentales à l'heure actuelle, est l'évolution progressive vers une société à deux vitesses, où les écarts ne cessent de croître entre ceux qui « ont plus » et ceux qui « ont moins ». Et c'est pour cela que la question de savoir si la prévention permet de diminuer les écarts ou les accentue doit être posée. Cette question peut être illustrée au travers de l'étude des services préventifs pour enfants. En Belgique, comme dans d'autres pays européens, la création et le développement progressif de services préventifs pour enfants ont été sous-tendus par l'idée que des services préventifs gratuits, accessibles à tous, basés sur le dépistage des maladies ou des troubles de croissance, et l'éducation des populations pour qu'elles adoptent des comportements favorables à la santé des enfants permettraient une plus grande égalité face à la santé. Implicitement, on considère que puisque ce sont les populations socialement défavorisées qui ont le plus besoin d'être éduquées (parce que leur niveau d'instruction est moindre et que leur style de vie implique plus de risques pour la santé) et qui ont le plus besoin de dépistage (puisqu'elles consultent en général tardivement), ce sont elles qui tireront le plus de bénéfices des services préventifs et donc que ceux-ci permettront de diminuer les écarts de santé entre groupes sociaux.

En fait, quand on évalue l'impact des programmes préventifs actuellement mis en œuvre sur les inégalités sociales de santé chez les enfants, on s'aperçoit que, sauf pour certains types de vaccination, les programmes préventifs ne diminuent pas les inégalités et qu'ils peuvent même les accentuer. Pourquoi ?

Parmi les multiples obstacles à la participation des services préventifs à la réduction des écarts, j'en citerai deux :

1. La plupart des programmes préventifs ne sont pas adaptés aux capacités financières ou aux conditions de vie de certaines familles (ex. : programme de prévention des caries dentaires).
2. Dans les structures préventives, la prévention est le plus souvent prise dans un sens restrictif et réduite à deux types d'intervention : le dépistage (suivi du renvoi vers le secteur curatif) et l'éducation à la santé (individuelle ou collective, le plus souvent envisagée comme une technique pour « faire passer un message, faire prendre conscience des effets nocifs ou bénéfiques de tel ou tel comportement et tenter de modifier les comportements à partir d'un modèle normatif). Réduite à ces deux aspects, la prévention, comme stratégie isolée, ne réduit pas les inégalités sociales de santé et elle peut même les accentuer.

En effet, les bénéfices des dépistages sont directement liés à la capacité à utiliser de manière efficace les soins de santé curatifs, capacité elle-même directement liée au statut social (ex. : dépistage de l'acuité visuelle de loin, caries). La rupture entre services préventifs et curatifs réduit, voire annule, les effets d'égalisation attendus par les consultations préventives gratuites. Les interventions de dépistage qui sont réalisées par les services préventifs ne seront réellement préventives que si une prise en charge thérapeutique existe en aval.



Quant à l'éducation à la santé, elle profite à ceux qui ont les aptitudes et les moyens de modifier leur environnement et leurs attitudes dans le sens qui est proposé. Sans intervention visant à renforcer ces aptitudes et ces moyens dans les groupes sociaux les plus défavorisés, l'éducation à la santé peut être un facteur d'accentuation des écarts. De plus le contenu de l'éducation à la santé traduit les préoccupations des intervenants, préoccupations fortement marquées par les valeurs culturelles propres aux classes sociales auxquelles ils appartiennent.

On pourrait penser, comme je l'ai signalé tout à l'heure, que l'approche promotionnelle et l'action communautaire sont plus pertinentes pour réduire les écarts de santé. C'est certainement vrai en partie. Mais il ne faut pas se leurrer : l'approche promotionnelle et l'action communautaire ne sont pas la « panacée » pour diminuer les inégalités. Tout d'abord parce que les communautés socialement défavorisées ont moins de moyens que les autres pour « imprimer » leur culture aux services de santé et modeler les programmes ou les services de santé selon leurs besoins.

Certains projets de terrain, menés dans différents pays, montrent que l'action communautaire peut effectivement réduire les inégalités sociales de santé si elle respecte certaines conditions. L'une d'entre elles est qu'elle soit mise en place dans une volonté réelle de désinstitutionnaliser la santé, ce qui implique de la part des planificateurs et des professionnels d'accepter une perte de pouvoir et une plus grande indépendance des populations dites « à risques ». Une autre condition, qui est liée, est que l'action communautaire soit exempte de tout objectif de contrôle social. Or, vouloir modifier les comportements pour les rendre cohérents avec les représentations de la santé propres aux groupes sociaux dominants est une façon d'assurer la cohérence sociale et donc une forme de contrôle social. Une troisième condition est que les communautés les plus défavorisées soient suffisamment soutenues (moyens, engagement, durée).

Les rencontres de partage du savoir entre pairs apparaissent comme une démarche préventive et promotionnelle (les deux approches s'y côtoient le plus souvent) très intéressante à cet égard.

Ces rencontres permettent de développer des connaissances nouvelles (différentes des connaissances individuelles de chaque participant et de celles des professionnels) utiles à la résolution de problèmes et utilisables dans les conditions de vie des familles.

Il ne s'agit pas de lieux où se transmettent des savoirs de professionnels à profanes, mais des lieux d'élaboration d'un savoir collectif dans une démarche auto-réflexive. Les éléments de connaissance qui sont élaborés au cours de ces rencontres doivent être restitués aux personnes concernées pour qu'elles puissent se les réapproprier et les utiliser de manière consciente à la fois dans leur vie quotidienne et dans l'élaboration de leur pensée. Cette étape est essentielle car c'est elle qui permet que les connaissances ainsi recueillies ne servent pas uniquement aux professionnels de santé pour optimiser leur action, mais aussi à la population comme élément dynamisant et qui mène à l'action. En ce sens, de telles rencontres participent au processus d'« empowerment » (« l'empowerment est un processus par lequel une personne, qui se trouve dans des conditions de vie plus ou moins incapacitantes, développe, par l'intermédiaire d'actions concrètes, le sentiment qu'il est possible d'exercer un plus grand contrôle sur les aspects de sa réalité psychologique ou sociale qui sont importants pour elle ou pour ses proches. Ce sentiment peut déboucher sur l'exercice d'un contrôle réel » - Le Bossé, 1993).

## Références

- ?? AUTES M. Echouer, c'est réussir (à propos de la prévention et de quelques paradoxes). *Revue Internationale d'Action Communautaire* 1984 ; 11/51 : 187-194.
- ?? COLIN C., BOYER G., OUELLET F., MARTIN C. Extrême pauvreté, maternité et santé. Ed. Saint-Martin, Montréal, 1992.

- ?? DESCHAMPS JP. La grossesse dans l'adolescence : une stratégie d'adaptation ? In Les Cahiers de l'AP-HP. Organisation des soins périnataux en Ile de France. Grossesses aux âges extrêmes. 5<sup>ème</sup> journée parisienne obstétrico-pédiatrique. Paris : Doin, 1997 : 70-72.
- ?? DE SPIEGELAERE M. Prévention et inégalités sociales de santé chez l'enfant et l'adolescent. Contribution au rôle des structures préventives pour une réduction des inégalités sociales de santé. Thèse de Doctorat en Science de la Santé Publique, Université Libre de Bruxelles, 1998.
- ?? GINGRAS P. L'approche communautaire. Essai de conceptualisation. Centre de recherche sur les services communautaires. Université de Laval, 1988.
- ?? GULDAN GS. Obstacles to community health promotion. *Soc. Sci. Med.* 1996 ; 43(5) : 689-695.
- ?? LE BOSSE Y., LAVALLEE M. Empowerment et psychologie communautaire. *Les Cahiers internationaux de psychologie sociale*, 1993 ; 18 : 7-20.
- ?? OFFICE DE LA NAISSANCE ET DE L'ENFANCE. Prévention et petite enfance. Guide de médecine préventive du nourrisson et du jeune enfant. Communauté française de Belgique, 1997.
- ?? ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, 1986.
- ?? PAQUET G. Santé et inégalités sociales. Un problème de distance culturelle. Document de recherche n° 21, Institut québécois de recherche sur la culture, 1989.
- ?? POURTOIS JP., DESMET H., LAHAYE W. Epistémologie de la communication : du donné à la donnée. In La connaissance des pauvres. Groupe InterUniversitaire Recherche et pauvreté, Ed. Travailler le social, Louvain-la-Neuve, 1996.
- ?? RENAUD G. Les « progrès » de la prévention. La prévention entre le contrôle et l'autogestion ? *Revue Internationale d'Action Communautaire*, 1984 ; 11/51 : 35-43.
- ?? RENAUD M. De l'épidémiologie sociale à la sociologie de la prévention : 15 ans de recherche sur l'étiologie sociale de la maladie. *Rev. Epidem. Santé Publ.*, 1987 ; 35 : 3-19.
- ?? RIFKIN SB. Participation communautaire aux programmes de santé maternelle et infantile. Planification familiale. Organisation Mondiale de la Santé, Genève, 1990.

---

## Que touche-t-on au cœur de l'individu, du groupe ou de l'institution quand on fait de la prévention ?

Monique MEYFROET,  
psychologue.

### La prévention

Avant de tenter de répondre à la question fondamentale qui m'est posée, nous devrions, sans doute, faire un détour par le rappel de quelques définitions et par l'explication des buts que les différents types d'actions préventives souhaitent atteindre.

La prévention est liée, par tradition, à l'action médicale et elle s'adresse généralement au collectif plutôt qu'à l'individuel. Son objectif est de préciser les risques et les dangers.

Le lien de causalité est supposé être clair ; on est dans le domaine médical et l'idée est la suivante : « *Mieux vaut prévenir que guérir* ».

Dans le champ de la santé mentale, ces éléments sont, en réalité, bien moins complexes à déterminer et à étudier que dans le domaine de la santé physique. Ainsi et selon Marceline Gabel : « *Lorsqu'il s'agit de prévenir des comportements dangereux et non des maladies, chacun sait que les échecs ont à voir avec cet écart entre l'information et la connaissance qui seraient protectrices et l'histoire de chaque individu au niveau psychoaffectif où il se situe* ».

Pourtant, il est sans aucun doute important de rappeler que dans les années'60, aux Etats-Unis, c'est bien en se référant à cette philosophie de la prévention que va se créer un mouvement qui donnera naissance aux Centres de Santé Mentale. Le souci premier était de faire sortir tous les malades mentaux des hôpitaux psychiatriques, par le biais du travail ambulatoire.

### Définitions

Nous reprenons ici les définitions formulées par l'Organisation Mondiale de la Santé. Elle distingue trois types de prévention :

La prévention primaire comprend tous les actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population et donc à réduire le risque d'apparition de cas nouveaux. Ceci débouche donc sur un programme vaste d'amélioration de la qualité de la vie et des réformes d'institutions sociales. Elle se situe avant les processus pathologiques.

La prévention secondaire rassemble tous les actes destinés à diminuer la prévalence d'une maladie dans une population, donc à réduire la durée de l'évolution de la maladie. Elle prend en compte le dépistage précoce et le traitement des premières atteintes afin d'éviter le développement de la maladie. Elle se situe pendant les processus pathologiques.

La prévention tertiaire vise à empêcher la maladie, déjà développée, de s'aggraver et de rechuter, grâce à un suivi et à un travail social, professionnel et familial. Elle se situe après les processus pathologiques.

Le National Institute of Mental Health américain souhaite se démarquer de la position très médicale de l'O.M.S. et va, lui, dans le sens de réduire la définition à la seule prévention primaire.

### Illustration

La curiosité m'a poussée à consulter « Enfants Magazine », un magazine édité à l'attention des parents, afin de repérer si des messages de prévention trouvaient leur place dans ce type de journal populaire.

Effectivement dès la couverture on peut lire : « Dossier : la mort subite du nourrisson – les succès de la **prévention** – nos **conseils** au quotidien » (le caractère gras est repris du journal lui-même).

On lie bien d'entrée de lecture les deux termes : prévention et conseils. Ceci semblerait nous mettre sur la voie d'une réponse à la question première « Que touche-t-on lorsque l'on fait de la prévention ? ». En effet, les conseils d'apparence « technique » (ex. : mettre son enfant sur le dos, respecter la température entre 18 et 20°, ...) parlent à notre intellect, ils touchent nos capacités cognitives et veulent nous transmettre un savoir-faire.

Cependant, à y regarder de plus près, on se rend compte qu'ils comportent une autre dimension.

Ainsi, lorsque l'article aborde un autre conseil : « Ne pas laisser l'enfant dans une atmosphère enfumée » on touche à un autre élément. En fait, si les parents fument, il s'agit là de comportements difficilement réductibles à un savoir-faire et le conseil de fumer à l'extérieur de la maison est sans doute judicieux mais il risque de contraindre les mères qui fument à laisser leurs enfants seuls, sans surveillance, les obligeant ainsi à choisir entre deux maux.

Le « bon conseil » risque là de parler à la tête mais également à la culpabilité latente des parents qui ont beaucoup de mal à « bien » faire, seuls, l'éducation de leurs enfants.

Le message plus culpabilisant vient aussi du fait que l'illustration par dessin qui accompagne l'article, représente une femme enceinte en train de fumer !

Il s'agit là d'un message caché qui traduit les valeurs de l'auteur de l'article alors que dans le monde médical la question de laisser fumer (un peu) les femmes habituelles fumeuses lorsqu'elles sont enceintes et incapables de gérer leurs tensions internes autrement, se pose sérieusement.

Il est à prévoir que la portée des « conseils » distribués largement à tous (prévention primaire) reste très relative. Au mieux, les bénéficiaires du message apprennent une notion qui se fixera ou non. Au pire, les conseils induisent un malaise, une culpabilité qui les fera tomber aux oubliettes après peu de temps et sans amener de réel changement.

Pourtant toute campagne n'est pas à rejeter en bloc.

Par exemple, certains messages concernant l'existence de la maltraitance ont pu attirer l'attention du grand public sur ces questions. Ils n'en ont peut-être pas réduit ni le nombre de victimes, ni l'ampleur du phénomène et ne sont donc pas des mesures « préventives », mais ils ont sans doute contribué à une prise de conscience plus globale de l'existence de la problématique.

Il s'agit ici d'une autre manière de toucher les gens, pas nécessairement leurs attitudes.

De ce qui précède, nous pourrions émettre la question de la légitimité d'une action psychologique préventive, de sa validité et des conditions qui seraient indispensables à son développement.

C'est à cette explication que je consacrerai la deuxième partie de mon intervention.

### **Un paradoxe**

La « prévention primaire » qui souhaite prévenir l'apparition des troubles s'adresse de manière globalisée à tous, comme si chaque acteur de problèmes relationnels, était mû par les mêmes mécanismes intrapsychiques.

Lorsqu'on souhaite toucher à ces mécanismes internes, comme ceux qui régissent par exemple la maltraitance, il s'agit d'être au plus proche de la personne que nous souhaitons toucher et pas dans la généralisation des messages.

C'est pourquoi, je propos avec d'autres auteurs d'ailleurs, une autre manière de concevoir la prévention primaire : celle de la rencontre personnelle, individuelle ou familiale, la rencontre réelle de groupe ou d'institution.

Peter Fonagy, psychiatre et chercheur anglais, considère que la forme d'avenir de la prévention psychologique sera celle qui s'inscrit dans l'intervention précoce.

### **La prévention des troubles psychologiques**

La première question qui se pose à nous est celle de la légitimité de ce type d'intervention.

Pendant très longtemps, les actions préventives n'ont pas fait l'objet d'évaluation, ou bien quand celles-ci ont eu lieu, elles ont donné des résultats très mitigés, voire franchement négatifs.

Les interventions étaient souvent motivées par les croyances des opérateurs eux-mêmes et ne reposaient que de manière lointaine sur des concepts théoriques.

A ce jour, nous disposons de concepts qui peuvent nous guider dans l'élaboration de processus préventifs ; parce qu'ils reposent à la fois sur des théories développementales intéressantes et, parce que les liens entre les développements relationnels dysharmonieux et la pathologie ultérieure ont pu être mis en évidence.

Je ne pourrai, faute de temps, exposer toutes ces notions aujourd'hui mais je peux me résumer en disant que nous disposons de bases suffisamment solides pour que notre approche professionnelle soit assurée.

Ainsi, par exemple, nous savons que les parents abusifs ont, le plus souvent, des attentes irréalistes et des espoirs démesurés à propos de leur enfant, qu'ils attachent également une importance extrême à la discipline et au bienfait des punitions... A partir de ces connaissances et de notre conception du développement de l'enfant en général et de leur enfant en particulier, nous pouvons prétendre changer cet abord parental et ce, entre autres, par le travail psychologique individuel ou familial. Ce travail réalisé, en consultation ou à domicile, est porté par divers professionnels.

A ce propos dans une consultation de nourrissons, cette proposition de visite à domicile de la psychologue, conjointement ou non avec la TMS, est souvent bien accueillie par des parents « déçus » par le comportement de leur enfant mais qui ne viendraient, en principe, pas pour cette cause à une consultation spécialisée dans un centre.

### **Que se passe-t-il au cours de cette rencontre ?**

Sans vouloir à aucun moment nier que nous avons des connaissances (il s'agit même là de notre légitimité à intervenir), le but n'est pourtant pas d'en faire état dans un premier temps, mais bien de les mettre, de même que notre expérience clinique et relationnelle, au service des parents et familles.

Barnard et ses collaborateurs ont d'ailleurs bien documenté ce fait dans leur travail préventif personnel : c'est bien en cherchant à établir une véritable relation, et non un champ de travail intellectuel avec les familles visitées, que nous pourrons opérer au mieux les changements désirés.

J'aurais envie de dire que ce travail se fait comme une vraie rencontre, entre personnes différentes et qui ont, sans doute, des choses à apprendre l'une de l'autre et à échanger l'une avec l'autre.

Dans mon travail de consultation de nourrissons, les parents viennent avec une (ou des) question(s), telle que : « mon enfant n'est pas aussi gentil avec moi que je ne le voulais » ou « je ne sais pas m'y prendre avec lui pour me faire obéir »...

De mon côté, mon souci est celui de la relation entre ces parents et cet enfant, comment la gèrent-ils, qui vit quoi, pourquoi cela s'est-il enclenché de cette manière...

J'ai envie, comme eux, d'apprendre quelque chose de cette visite et de partager, au mieux, mes observations avec eux.

C'est par le biais de ces échanges que nous pourrons de manière conjointe opérer des changements de représentations mentales tant de l'autre (souvent l'enfant, dans mon cadre de travail) que de soi, que de ses demandes dans la relation.

Par exemple, nous savons et nous expérimentons souvent que dans les familles dites maltraitantes, les violences proviennent, en partie du moins, d'attentes irréalistes que les parents développent à l'égard de leur enfant. Cet enfant, n'arrivant pas à produire les comportements escomptés, devient rapidement « un mauvais enfant » qu'il s'agit alors de contrôler, de discipliner, voire de contraindre de manière brutale. Cette conception erronée de l'enfant repose elle aussi sur un vécu douloureux qu'ont les parents de leur propre enfance.

Notre rencontre avec eux aura donc à traiter de ces deux aspects. C'est ma part « de vie », la partie vivante et créatrice de ma vie mentale que j'utilise dans la rencontre tant pour entrer en relation avec leur partie vivante, souvent souffrante, que leur part innovatrice, créatrice. Cette énergie psychique mise en commun leur permettra, à plus long terme, de se forger de nouvelles représentations mentales d'eux-mêmes (ayant intégré leur partie d'enfance douloureuse), de leur enfant et de ses réelles compétences, mais aussi d'une relation d'aide.

Nous devons, nous professionnels, servir de modèle analogique comme partie respectueuse et soutenante dans la relation.

Est-ce là une attitude professionnelle ?

Je le crois. En effet, nous devons et pouvons en tant que professionnel vérifier et être vigilant qu'il n'y ait pas dans la part que nous transmettons, une partie dysfonctionnante de notre vie psychique. De plus, il y a lieu de s'assurer que les chemins que nous poursuivons sont clairs et reposent sur des concepts théoriques aussi pointus que possible.

Si je n'étais pas professionnelle, sans doute aurais-je moins de capacités et d'habitudes à dénouer ce qui m'appartient en propre et ce qui est à l'autre ou aux autres.

Etre professionnel, c'est pouvoir se reposer sur des bases solides pour s'en dégager, pour éviter d'y être enfermé et non pas comme sans doute on l'a laissé croire trop longtemps, se protéger d'un investissement émotionnel dans les relations aux patients.

Un certain nombre d'études éclairent d'ailleurs ces questions (cfr. Barnard et al. 1985, Johnson et Walker 1987, Muir 1992, ...).

Le point que je souhaiterais mettre en évidence ici, est bien celui qui concerne la partie émotionnelle, qui semble nécessaire dans l'investissement des intervenants, même si je reconnais qu'il s'agit d'un point délicat, difficile à préciser, voire très controversé.

En effet, les constats qui proviennent des recherches menées par Cox, Pound et Puckering (1992), nous indiquent que des interventions préventives menées par des « bénévoles amicaux », formés de manière minimale, auprès de jeunes mères, sont tout aussi encourageantes, voire porteuses de meilleurs résultats que ceux obtenus par des professionnels confirmés exerçant la même activité.

Ces observations mettent l'accent sur le caractère sympathique, non menaçant de la relation mère-intervenant.

Sans doute est-il possible d'être « sympathique et non menaçant » pour tout intervenant, professionnel chevronné ou non, mais il faut reconnaître que le travail de prévention est toujours vécu comme usant et exigeant et qu'il peut mettre, à certains moments, les professionnels en état d'épuisement émotionnel.

C'est, me semble-t-il, à ce phénomène qu'il faudrait, en partie du moins, imputer l'indisponibilité émotionnelle qui touche les intervenants et qui risque d'infliger à la relation avec les jeunes parents ce caractère rigide ou contraignant des interventions que parfois ils décrivent.

Bien sûr, le travail de prévention est basé sur la relation, doit pouvoir être mené de manière sécurisante pour les deux partenaires. Une des conditions de cette sécurité réside, selon moi, dans la prévisibilité dans le temps de la continuité de cette relation.

Ce n'est malheureusement pas toujours le souci majeur des institutions qui nous chargent du domaine préventif.

### **Le travail dans les institutions et les formations**

Ce travail repose, en bref, sur les conceptions décrites précédemment.

Il s'agit, tant dans les formations, supervisions d'équipes ... que dans le travail institutionnel, de toucher les professionnels au cœur de leur partie vivante et créatrice.

Trouver un chemin qui les amènera à vibrer et à pouvoir modifier les représentations mentales qu'ils se sont forgées, souvent de manière défensive, des « enfants à problèmes » tel est, selon moi le but de ce travail tout à fait préventif en terme d'avenir.

Si cette démarche s'accomplit sur la voie émotionnelle, tout en n'excluant en rien la réflexion intellectuelle, explicative ou l'appel aux connaissances, alors on peut espérer des changements dans les attitudes, dans les comportements chez les professionnels qui ont à mener des interventions préventives.

Dans le travail que nous menons, tant avec des individus dans les familles, les parents qu'avec les professionnels du monde social ou de l'enfance, nous ne pouvons jamais garantir une certitude dans l'évolution.

Souvent, la seule chose que nous partageons réellement avec eux, c'est l'espoir ou l'illusion que cela est possible. Il ne s'agit pas à mes yeux d'un constat d'échec déprimant, mais bien de l'idée que c'est peut-être sur cette base-là, pourtant très précaire que quelqu'un d'autre, plus tard, pourra réellement construire un mieux-être.