

SANTE DE LA MERE ET DE L'ENFANT

« L'importance de la prévention au quotidien et des métiers qui y contribuent »

Conférence de Sylviane Giampino Psychanalyste, psychologue prévention et petite enfance co fondatrice de l'association des psychanalystes de France.

La prévention est malmenée par les politiques, l'organisation de la santé est en mutation, en mouvement.

20 années d'actions morcelées (PMI) conservées et identifiées l'essentiel pour que l'essentiel soit pérennisé. Qu'est-ce que la prévention comment repositionner la prévention ?

Pour l'enfant il n'y a pas de différence entre son psychique et son physique, comme Dolto l'a dit tout est langage, tout est corps aussi. Il y a une remontée de la pensée déterministe.

La pensée déterministe :

La réalité "scientifique" est-elle l'indice de la vérité ? A-t-elle un point de vue particulier ou sa valeur est-elle indépendante des données ? Si le chercheur ne peut réellement répondre à cette question, car il participe à ce processus, la philosophie permet de discriminer plusieurs courants de pensée :

Le déterminisme classique fait référence à l'idée formulée par Laplace sur base de la mécanique de Newton : si nous connaissons l'état du monde à un moment donné, nous pouvons alors en principe calculer tous les événements qui se sont produits dans le passé et tous les événements qui surviendront dans le futur.

Il nous faut "seulement" un programme basé sur les lois du mouvement de Newton et tenir compte des conditions initiales du système. Ce déterminisme causalement fermé prétend que nous sommes dotés d'une véritable liberté et créativité

Le déterminisme dit scientifique est défini comme étant une doctrine selon laquelle l'état de tout système physique clos à tout instant du temps peut être prédit, même de l'intérieur du système, avec n'importe quel degré de précision stipulé, en déduisant la prédiction de théories, en conjonction avec des conditions initiales dont le degré de précision peut toujours être calculé dès lors que le projet de prédiction est donné. Dans sa version forte, le déterminisme prédit si le système en question sera un jour dans cet état ou non. Ce que nous ne pouvons pas prédire, c'est le comportement du système pour tous les instants du temps. Cependant, puisque l'autoprédiction est impossible eu égard à l'incomplétude des conditions initiales, le déterminisme "scientifique" peut-être réfuté et avec lui, toute théorie déterministe censée fondée sur les résultats ou les succès de la science.

Ces deux définitions du déterminisme sont en étroite relation avec le réductionnisme, bien que ce dernier ne doive pas nécessairement être déterministe.

1) Elle détermine biologiquement (recherche en neurobiologie) elle nous fait croire que l'adaptation de l'enfant dans son milieu pour être dû à ses gènes. Aux USA on pratique des IRM aux criminels pour argumenter des jugements et créditer la thèse des gènes criminels. Entre prévention et prédiction sont deux orientations à l'opposé. Pour l'enfant qui se développe si l'on prédit ce qu'il va devenir il va s'inscrire dans cette prédiction.

2) La pensée déterministe sociale s'est aller vers une santé moins bonne.

3) Le déterministe psychologique, tout se joue avant 6 ans de Doston, tout se joue avant 3 ans ??? Pas de Dolto tout se joue avant la naissance. Cette pensée déterministe est fallacieuse parce qu'elle induit une pensée qui trace l'avenir. Elle est anxiogène pour les familles et les professionnels.

Les signes précurseurs datent de fin 1970. Les psychologues en crèche et en PMI ont refusé d'utiliser les tests au profit du travail avec les familles et les enfants. Le système GAMIN avait pour but d'informatiser le travail (jusqu'à fin 1990) dans les services pour que la logique de l'ordonnance de 1945 soit appliquée puisqu'il était prévu de protéger l'enfant.

G.A.M.IN. ou l'oubli de l'humain

Loi informatique et libertés – Article 10 : « Aucune décision produisant des effets juridiques à l'égard d'une personne ne peut être prise sur le seul fondement d'un traitement automatisé de données destiné à définir le profil de l'intéressé ou à évaluer certains aspects de sa personnalité. »
« La CNIL a eu à apprécier un certain nombre de traitements au regard de cette prescription. L'un des premiers traitements qu'elle eut à examiner, dénommé "GAMIN", avait pour objet de permettre, sur la base des informations de nature médicale et sociale recueillies à partir des certificats de santé établis dans le cadre de la protection maternelle et infantile, la sélection automatique des enfants devant faire l'objet d'une surveillance médico-sociale particulière. Ce dossier a soulevé dans les années 80-81 de profondes craintes. Sélectionner un enfant sur le fondement de certificats médicaux, de certificats de PMI, n'est-ce pas le fichier à jamais ? Assurer le suivi du nouveau-né n'est-ce pas le "marquer", d'abord comme étant un enfant qui doit faire l'objet d'un suivi, puis, comme adulte qui a été un enfant suivi ? », a écrit Michel Gentot, président de la Cnil de février 1999 à janvier 2004.

À l'origine du système G.A.M.IN., Gestion Automatisée de Médecine Infantile, il y a une loi : la loi n° 70-633 du 15 juillet 1970, relative à la délivrance obligatoire de certificats de santé à l'occasion de certains examens médicaux préventifs. Il s'agissait de mettre en place une surveillance médicale et sociale, de nature administrative, de tous les enfants en bas âge. Ce système devait être abandonné suite à un avis défavorable émis par la Cnil en juin 1981 relativement à sa finalité principale. Cet épisode est resté célèbre comme exemple de mise en place d'un contrôle généralisé de populations avec risque d'exclusion sociale irrévocable – une situation toujours d'actualité.

Ci-dessous une présentation succincte de G.A.M.IN. très fortement inspirée d'un ouvrage d'André Vitalis

Ce système sophistiqué de protection maternelle et infantile devait permettre de sélectionner automatiquement les enfants à surveiller médicalement, à partir de 170 critères. Une assistante sociale était alors dépêchée dès le huitième jour puis revenait régulièrement pour prendre en charge un enfant signalé comme "prioritaire" c'est-à-dire "à risques"

Une mise en place progressive et secrète

A - Par voie de circulaires

1. La loi du 15 juillet 1970 relative à la délivrance obligatoire de certificats de santé à l'occasion de certains examens médicaux préventifs est la mise en oeuvre d'une volonté d'organiser une protection sanitaire plus efficace, notamment en ce qui concerne les invalidités graves, en collectant une meilleure information médicale sur les nouveaux nés.

Ce souci de prévention n'était pas nouveau : une ordonnance de 1945 avait prévu, pour améliorer l'état sanitaire de la population, l'établissement d'examens médicaux gratuits pour tous les enfants de zéro et six ans. Toutefois, faute d'avoir prévu des sanctions pour faire respecter cette obligation, l'application de ce texte fut limitée.

La loi du 15 juillet 1970 a voulu porter remède à cette situation. Afin d'améliorer la surveillance sanitaire des jeunes enfants, et particulièrement la détection précoce des invalidités et handicaps, cette loi rendait obligatoire, dès les premiers âges de la vie, l'établissement de certificats de santé que les médecins devaient envoyer à l'administration de la Protection sanitaire et sociale (PMI). Cette fois l'obligation était assortie d'une sanction : le versement des allocations familiales aux parents était conditionné par la présentation de ces certificats à la caisse compétente.

2. Le recours à un traitement informatique est envisagé pour exploiter l'information contenue dans les certificats de santé. Une circulaire du ministre de la Santé du 1er septembre 1972, concernant l'application de la loi, évoque la possibilité de recourir à l'informatique. Et pour la première fois apparaît la catégorie d' « enfants à risques ».

3. Le dépistage des enfants à risques concerne des risques de nature médicale et également de nature sociale. C'est la circulaire du 13 juin 1973 qui offre la définition la plus complète du système GAMIN, en allant bien au-delà du texte de la loi. Au premier objectif des certificats de santé concernant la protection sanitaire des enfants en bas âge, elle en ajoute un second, car ces certificats doivent également « apporter au niveau national et par le moyen de l'informatique, une meilleure connaissance épidémiologique et donner notamment la possibilité d'une planification des besoins futurs en équipements et personnels des établissements spécialisés pour inadaptée ».

4. Un programme informatique national permet de rendre automatique la détection des « enfants à risques ». Une circulaire du 13 mai 1974 achève la construction du système GAMIN. Elle indique en effet que les services du ministère de la Santé ont mis au point un programme d'exploitation informatique des certificats de santé qui permet l'émission de fiches « enfant prioritaire en surveillance PMI ». Ce sont ces dernières fiches qui déclenchent l'intervention d'une puéricultrice ou d'une assistance sociale auprès de la famille concernée afin de confirmer ou d'infirmer le ou les risques.

La circulaire fait mention des risques retenus dans le programme. On relève pour les risques sociaux : célibat de la mère, profession de l'allocataire ou de la mère (salarié agricole, mineur, apprenti ouvrier, manoeuvre, femme de ménage, étudiant, militaire du contingent, ancien agriculteur, sans profession), nationalité étrangère de la mère lorsque la profession est l'une des précédentes.

Les risques médicaux sont très nombreux. Ils concernent l'état physique de l'enfant (poids, taille, périmètre crânien...) ainsi que les conditions de l'accouchement. On a parfois quelques difficultés à qualifier la nature du risque comme par exemple dans le cas du critère suivant : « âge de la mère inférieur à 18 ans ou supérieur à 40 ans ».

Le champ d'application ayant été ainsi considérablement étendu par circulaire en prenant en compte les « enfants à risques sociaux », 40 % de la population enfantine est maintenant considérée comme population « à risque ».

Les possibilités de sauvegarder les informations sur support magnétique ont amené les promoteurs de GAMIN, à envisager l'extension du système jusqu'à l'âge de dix-huit ans en l'enrichissant avec les informations en provenance de la médecine scolaire.

GAMIN n'était plus un dispositif de dépistage précoce des handicaps, mais était devenu la base d'un stockage du profil médical de toute la population.

B - La pratique du secret.

La part prépondérante prise par des circulaires dans la création de GAMIN, circulaires adressées individuellement à des fonctionnaires tenus à l'obéissance hiérarchique, mettait l'opération à l'abri de tout débat public. Le caractère progressif de cette définition et de la mise en place pratique du système a également contribué à en masquer les différents enjeux.

Les exécutants se trouvaient dans une situation inconfortable, entre un public totalement ignorant des modalités de cette opération et une administration qui a toujours oeuvré dans l'opacité.

Le grand public n'a jamais été informé du rôle exact des certificats de santé. Les parents d'un nouveau-né n'ignoraient pas qu'un bilan de santé était établi par un médecin au cours des huit premiers jours et entre les 9^e et 24^e mois de la vie de l'enfant, et qu'une attestation devait être envoyée à la caisse d'allocations familiales pour pouvoir bénéficier des allocations postnatales, en revanche ils ne savaient pas que ces certificats alimentaient un fichier informatisé qui repérait les « enfants à risques ».

Les parents ne connaissaient en général pas le contenu de la partie médicale des certificats, couverte par le secret médical, que le médecin remplit souvent en l'absence des parents et envoie directement au service PMI de la Direction de l'Action sanitaire et sociale. L'attestation qu'ils doivent faire parvenir à la caisse d'allocations familiales comporte en effet uniquement des renseignements d'état civil.

De la même façon, la surveillance prioritaire d'un enfant peut être faite à l'insu de sa famille qui ne connaîtra jamais les raisons et les suites (l'établissement d'une fiche) de la visite d'un travailleur social qui doit veiller, selon les termes d'une circulaire, « à ce que les familles ne soient pas alertées inutilement ou brutalement ». Il est ainsi prélevé sur les enfants des informations qui touchent à leur personnalité la plus profonde sans que les parents soient au courant de la destination ni des usages futurs de ces informations.

Les concepteurs du système GAMIN n'ont fait aucun effort pour informer les usagers du système,

c'est-à-dire toutes les familles, de ses modalités et finalités. Comme on l'a vu, sous le couvert d'une application de la loi, ils ont progressivement mis en place une opération qui n'avait plus grand-chose à voir avec les intentions du législateur. Cette action, menée dans le plus grand secret, avait plusieurs objectifs.

L'un d'entre eux concerne la gestion. Comme l'a déclaré un conseiller du ministre : « Pourquoi le Ministère de la Santé s'oriente-t-il vers un développement de l'informatique dans les secteurs sanitaires et sociaux ? Je crois que la première réponse a été fournie, et je m'excuse d'être amené à répéter ce que d'autres avant moi et ce que d'autres reprendront probablement par la suite : c'est parce que nous avons un immense secteur à gérer ! » Pour l'administrateur, l'informatique apparaît comme un moyen d'assurer la maîtrise d'un nombre considérable et sans cesse croissant d'informations dans le suivi des dossiers, les tâches de contrôle et de programmation. La réalisation d'un emploi optimal des ressources tel qu'il est préconisé par la discipline nouvelle qu'est l'économie de la Santé passe également par l'emploi de l'ordinateur.

Une utilité contestée

La participation à la conception du système GAMIN de professionnels chargés de l'appliquer fut des plus réduites. Elle se limita, lorsqu'elle eut lieu, à des aspects secondaires, comme la consultation du Conseil de l'Ordre des médecins à propos du contenu des certificats de santé.

La Commission « Informatique et Libertés » a relevé le refus de certains praticiens de remplir les certificats devant l'absence de toute information sur les objectifs et les modalités de réalisation. Puis des réactions de nature plus collective se sont fait jour pour contester l'utilité du système. Elles émanent de certaines organisations syndicales ou associations de médecins et de travailleurs sociaux. Ainsi, le syndicat de la médecine générale a pris position contre l'opération en donnant à ses adhérents à son dernier congrès de Lyon, la consigne de refuser de remplir des certificats.

Le système, compte tenu de sa lourdeur, est d'un secours limité pour l'aide médicale et sociale qui peut être apportée aux familles. Dans le cas de handicaps qui nécessitent une intervention rapide, comme par exemple la luxation congénitale de la hanche ou le pied bot, la fiche de signalement arrive trop tard. Heureusement, le système traditionnel basé sur l'envoi aux services sociaux, par le service d'état civil de la mairie, des avis de naissance dans les 48 heures, a été maintenu. Dès réception de cet avis, les puéricultrices et les assistantes sociales organisent des visites systématiques auprès des familles concernées. GAMIN faisait donc double emploi avec cet ancien système.

Le travail social qui reposait sur l'aide devient d'abord un travail de collecte d'informations sur la population. Le travailleur social est ainsi transformé en agent de renseignements. À terme, les relations de confiance qu'il a su établir avec les familles peuvent en souffrir. Son rôle est avant tout un rôle de traducteur. Il doit traduire dans le code administratif de la fiche, les problèmes de son « client » et, inversement, dans un langage compréhensible par le « client » la réglementation bureaucratique. Cela ne laisse que peu de place à l'initiative personnelle.

Par ailleurs, dans sa tâche principale de collecteur d'informations, le travailleur social ne peut pas rendre compte de la complexité d'une situation compte tenu du caractère limité et standardisé des renseignements qu'il doit transmettre. « Une donnée sociale ne peut être considérée comme telle, que dans un vécu et selon le destinataire. Si on la "traduit" en une donnée simple, objective et univoque et si on l'extrait du contexte, non seulement ce n'est pas une donnée fiable, mais ce peut être une donnée déformée, trahie, fautive... Le langage informatique ne peut jamais traduire un processus. Il décalque rigoureusement une réalité, il ne l'analyse jamais. C'est un langage mort. Si les données sont limitées et standardisées au départ, les réponses seront limitées et standardisées à la sortie ».

« Quel est le sens d'un travail, s'interroge V. de Gaulejac, qui consiste, pendant 8 heures par jour, à coder des informations qu'on ne comprend pas, sur des gens qu'on ne connaît pas non plus, pour des raisons qui échappent complètement ? Quel progrès pour l'humanité ! Quelle réussite dans l'amélioration de la qualité de vie ! »

Alors qu'auparavant les travailleurs sociaux déterminaient eux-mêmes la priorité de la surveillance et de l'aide à apporter à l'occasion des visites faites systématiquement avant et après la naissance, leur travail leur est maintenant dicté par la machine. Ils deviennent des chargés de mission par et pour l'ordinateur.

(article mis en ligne le samedi 20 juin 2009)

Aujourd'hui c'est la logique que nous devons travailler en fonction de ce qu'il faut éviter.

Le problème des relations mères-enfant ne peut pas se réduire au seul fait de cette relation mère-enfant. La responsabilité est partagée entre la mère, le père et la société, il faut donc regarder plus loin que cette seule relation mère-enfant. L'accent est mis sur le psychique du visible et non sur le psychique des profondeurs. Les outils proposés sont calés sur le visible évaluable, mesurable, alors que la santé psychique est plutôt sur un registre qui ne se voit pas, donc pas mesurable.

La prévention mécanique se veut être une prévention de masse. Les outils pour évaluer la population à risque sont l'informatisation et la rationalisation des flux de la prévention.

J-P Valin est le créateur de l'évaluation.

Le dépistage : l'évaluation identifie les problèmes à l'aide de procédure rapide et peu coûteuse, pas plus de 10 à 30 min, effectuées par un personnel non professionnel. Il est similaire au tri médical par groupe. Derrière ces grilles de mesures, des questionnaires d'entretien. Ciblage des populations à risque et mise en mémoire informatique des questionnaires. Dans les écoles maternelles, le questionnaire de consultation de prévention est dangereux. Il induit des préconisations dues aux résultats. Permet aux adultes de voir si les enfants sont capables d'être sociables et de contrôler leurs émotions avec des outils de managements (comme dans les grandes entreprises ...) avec la marionnette « Brin d'amis ».

Le ressort idéologique pose question, il est important à connaître pour identifier les théories sous-jacentes. Chacun est libre ou pas d'appliquer ces théories en sachant ce que l'on fait. Illusion infantile de la toute-puissance face à des problèmes beaucoup plus complexes.

Prévention toujours plus tôt Richard Tremblant signe avec la maison de solen une recherche qui veut s'inscrire dans le champ de la petite enfance. Il théorise la prévention de la délinquance dès la maternelle, enfant turbulent, incivil Il a découvert que les enfants de 8 ans avec des problèmes les avaient déjà à 24 mois. Il a donc fait des statistiques et mesuré le taux d'agressivité par des grilles d'évaluation. Si l'on prend la réflexion dans ce sens et que l'on remonte jusqu'à l'école maternelle, la crèche, et pourquoi pas jusqu'à la conception

C'est le déterministe qui a quelque chose à vendre aux politiques et ils vendent correctement leur théorie. Le problème est qu'avec ces théories l'enfant qui se construit plus probablement sur la pensée anxieuse deviendra sûrement ce que l'on attend de lui, c'est-à-dire un délinquant. L'anxiété et l'angoisse se répercutent comme un effet pathogène sur l'enfant. Mme Tabarot alimente cette nouvelle façon de faire et de penser. Inventer un mode d'accueil pré élève les 2/3 ans, les jardins d'éveil.

Transparence, information préoccupante qui doit être largement partagée. Nous vivons dans une société qui veut tout savoir sur tout le monde et tout de suite. Cette société veut que nos enfants soient inhibés et apeurés. Les tests faits en maternelle posent de grandes questions. On demande aux enseignants de mesurer le niveau de conduite des enfants : élevé, faible, contrôle des émotions, absence de culpabilité, absence de timidité, pas peur de l'incertain. La logique du trouble, repérer ce qui se voit, comme si la difficulté se voyait alors qu'elle est dans la plus part des cas invisibles.

C'est la même chose dans nos pratiques, on nous demande que tout soit visible, alors que ce n'est pas possible. Comment faire avec tout cet invisible ?

Lorsqu'un enfant présente des symptômes, c'est un appel, signé d'une demande, signé d'une souffrance, qu'il faut décrypter à plusieurs. Le symptôme est création unique à chacun.

L'illusion des politiques ... que cela change (il croit au père Noël) tous ces outils font croire que l'on a les moyens de faire bien, alors que douter, vaciller, aide les familles.

La prévention rhizome fonctionne sur trois registres :

l'accompagnement de la vie quotidienne des familles. Mettre les enfants dans de bonnes conditions. Intelectocuteur pendant la grossesse, autour de la naissance, confier son enfant à qui ? Nourriture, première séparation, suivi médical de l'enfant. Question de disponibilité et de pratiques professionnelles.

Ambivalence autour des enfants dont nous nous occupons parce que nous traitons notre propre enfance dans nos métiers. Si nous avons été les enfants merveilleux de nos parents, nous ne serions pas impliqués comme cela, si nous avons été sur des rails sans difficulté. Comment faire ce travail sans être préoccupé et sensible.

Mission d'accompagner les enfants à une adaptation dans notre société qui véhicule des problématiques de maternocentrage.

Le père et le social sont là d'emblé, et ce n'est pas par étapes que l'enfant doit rentrer dans le monde. Héritiers des évolutions des idées, efficace et précieux, éclairage fondamental sur les problèmes de carences. Mme psychologue de l'enfance a donné une image pathétique de l'enfant séparé de sa mère. Voile gris quand il doit être séparé, une photo avec une focale très étroite sur l'enfant.

Année 1970 pour des îlots de recherche relation père enfant.

Année 1980 relations enfant famille et enfant société. Personne relais dans la famille.

La séparation mère enfant entachée par le spectre de l'idéalisation.

La carence c'est le manque de sens par le manque de mots qui crée le manque de lien.

On ne peut pas penser socialisation sans la séparation. L'attachement se construit parce qu'il y a un manque de socialisation. Socialisation : processus psychique qui définit la capacité de revenir dans son monde intérieur sans être dévoré par des angoisses. La séparation est un processus de vie normale.

1. Différenciation entre soi et non-soi.
2. Identification de soi (quelle place a-t-on ?).
3. Sentiment de la permanence d'existence.

Le bébé est sensitif et télépathe. L'enfant entend lorsqu'il dort. Il naît en dépendance vitale, immature psychiquement et physiquement, s'il n'a pas les soins, il meurt. À l'adolescence il y a la reprise des trois premières années de la vie.

L'enfant est capable de s'attacher à plusieurs personnes, finit l'exclusivité de la mère. Pourquoi le manque serait toujours attribué à la mère. Le bébé a besoin de rythme, de repère quand il arrive dans ce monde. Le problème c'est lorsque l'on confond la socialisation, bonne habitude, avoir des limites, un cadre.

La pratique de contention, de limite de mouvement, stimulation de l'éveil, n'est pas sûre que cela soit préventif.

Risque de dressage précoce (toujours assis) position assise devant l'écran, on les prépare. On veut faire trop tôt et trop vite.

On développe la stimulation cognitive et on confond précocité des acquisitions et intelligence. L'équilibre d'un enfant ce n'est pas un problème de femme, c'est un problème de couple, de société. Rien ne nous dit quel est le meilleur mode d'accueil pour l'enfant.

Élargir la palette de mode d'accueil :

1. Mode d'accueil qui personnalise l'enfant, sa famille et les professionnels.
2. Mode d'accueil qui protège la sécurité de l'enfant, repères ...
3. Mode d'accueil qui encourage la vitalité découvreuse des enfants. Pulsions qui se tournent vers le savoir. Pour ordonner le monde, l'enfant doit pouvoir le désordonner.
4. Mode d'accueil qui respecte la dignité des enfants, dans son corps, sa pudeur, sa famille, sa culture. Respecter ce qu'il ne sait pas faire dans un monde de performance.
5. Mode d'accueil qui accompagne l'enfant dans des relations claires entre parents et professionnelles. Invalidation générale des familles et des professionnels. On prête aux parents un pouvoir éducatif qui est très relatif, la consommation, les médias, les TV.

Construction d'idéaux qui dénarcissent les familles qui ne sont pas dans la norme. Pression d'excellence qui pèse sur les familles et les professionnels : 0 défaut. Les parents comme les professionnels sont dans le même bateau. Deuil des illusions des temps modernes. Ce qui nous constitue comme humain c'est notre fragilité. L'illusion de la modernité c'est que tout le monde soit performant. Il y a donc un deuil à faire.