

International Review of Community Development Revue internationale d'action communautaire



Prévention et petite enfance : trois scénarios Prevention and early childhood Prevención y primera infancia: Tres guiones

Marie-Louise Carels and Gentile Manni

Number 11 (51), Spring 1984

La prévention, entre le contrôle et l'autogestion

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1034632ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1034632ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Lien social et Politiques

ISSN

0707-9699 (print)

2369-6400 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Carels, M.-L. & Manni, G. (1984). Prévention et petite enfance : trois scénarios. *International Review of Community Development / Revue internationale d'action communautaire*, (11), 135–140. <https://doi.org/10.7202/1034632ar>

Article abstract

In the present context in French-speaking Belgium (characterized by an attack on social security programmes, by shrinking job possibilities and by measures designed to encourage women to remain home) the question arises whether available places in day-care centers will be filled by social work "cases" (i.e. children from severely underprivileged families or victims of child abuse and neglect). If this is to be the case, will it be possible for day-care centers to continue to fulfill their educational role in relation to children while at the same time recognizing the primary role of the parents? Or is day-care going to become a place for screening, guiding and observing problem children and families. The authors outline three possible scenarios concerning prevention and early childhood and show how the specialists which are coming into the picture (sent by social work agencies) are tending to transform the role of day-care from one of primary prevention to one of secondary prevention. The authors suggest that under the right circumstances—financial, educational and cultural—a third scenario can be envisaged in which day-care would be integrated into an overall programme of basic services offered on an universal basis in much the same way as is already the case in France and Italy.

la prévention :
comment s'en
débarrasser...
comment elle
ressurgit

Prévention et petite enfance : trois scénarios

M.-L. Carels
G. Manni

En Belgique, comme ailleurs, la situation est aujourd'hui dominée par la crise. Deux idées traversent le discours de tous les hommes politiques : coordination et rationalisation.

Le ton était donné dans la Déclaration de l'exécutif de la Communauté française en janvier 1982 :

- En matière de *politique sociale* : « Élaboration d'un plan systématique coordonnant les organismes et les services. » « La limitation des moyens financiers impose de satisfaire en premier lieu les besoins réels et d'opérer les choix au niveau des critères et des degrés d'intervention. »
- En matière de *politique de santé* : « Créer les outils nécessaires à la définition des besoins, à l'organisation et à l'évaluation des actions. » « Définir un programme de priorités en matière de construction, d'équipement et de transformation des hôpitaux. »

- Par contre, pour la *politique culturelle* : « L'Exécutif entend que la logique du développement culturel s'imprime aux modèles économiques et non l'inverse. » « Un Fonds pour le développement culturel... devrait permettre à l'administration de gérer plus efficacement les crédits au bénéfice des utilisateurs... » « Pour les activités socio-culturelles, les politiques seront en priorité axées sur les écoles en milieu défavorisé, sur les activités inscrites dans un projet éducatif global. La formation professionnelle veillera à une efficacité maximale. »
- En bref, il s'agit de « dégager des priorités claires et judicieuses : il y a tant de choses à faire et nous avons si peu de moyens. »

Le gouvernement au pouvoir (coalition libérale et social-chrétienne) remet en question les fondements de la sécurité sociale (solidarité, droits individuels de chaque travailleur) ouvrant ainsi la porte

à un dangereux glissement de l'assurance sociale vers l'assistance publique ; la notion de droit a tendance à être supplantée par la notion de besoin (famille comme unité de revenu, restriction des dépenses collectives, développement des assurances privées...).

Dans ce contexte, on est en droit de penser que les efforts vont se concentrer sur les populations dites à hauts risques (familles déshéritées, pauvres, marginales). Le ministère des Affaires sociales de la Communauté française déclare que le projet de budget dans le secteur social n'est pas un budget de misère. Il est *austère*, mais sévérité et gravité ne seraient pas incompatibles avec initiative : « il sera possible malgré les difficultés écono-

136 miques du budget de suivre le chemin que nous avons choisi : soulager les vraies misères et venir au secours des plus déshérités¹ ».

Or, depuis la réforme institutionnelle créant les régions et les communautés en 1980, la prévention en matière de santé, justice, etc., relève des communautés. Notons tout de suite que la façon dont s'exercent les actions de prévention n'est pas indépendante du contexte global. Ainsi, en matière de santé, la politique préventive reste largement dominée par une conception libérale de la médecine avec rémunération à l'acte².

Dans la Communauté française, le ministère des Affaires sociales occupe une place prépondérante en matière de prévention. En effet, c'est à lui qu'il revient d'énoncer la politique et de promouvoir les actions concernant la protection de la mère et du jeune enfant, ainsi que les actions préventives et l'hébergement en matière de protection de la jeunesse ou en matière d'hébergement des handicapés adultes et enfants. Il regroupe donc une série de compétences concernant à peu près tous les groupes d'âge : jeunes enfants, futures et jeunes mères, jeunesse « en danger », handicapés enfants et adultes, 3^e âge. Seul lui échappe l'homme adulte qui, âgé de 20 à 60 ans, travaille.

On le voit, le ministère des Affaires sociales définit son terrain en termes de population plutôt qu'en

termes de secteur. Son pouvoir est relativement étendu dans la mesure où il gère, coordonne et peut contrôler des actions — en matière de santé, éducation, prévention, protection — concernant à peu près toute la population. Par ailleurs, l'intégration — au sein d'un même ministère communautaire — de secteurs dépendant auparavant de différents ministères nationaux (Santé, Justice, Éducation nationale) permet de coordonner les actions autrefois dispersées. Le ministère des Affaires sociales est désormais en position de mener une politique concertée, ce qui renforce l'efficacité du contrôle préventif des populations.

D'une façon générale, en matière de prévention, trois scénarios sont possibles :

- une prévention totale, conçue sous forme de dépistage pour toute la population, équivalent du système français GAMIN³ ;
- une prévention centrée sur des populations que l'on définit comme présentant de « hauts risques » avec repérage et interventions techniques et individuelles ;
- un développement qualitatif des services de base destinés à toute la population, une intégration des « cas » dans le fonctionnement ordinaire des institutions dans une perspective de réinsertion sociale, à l'instar de ce qui se passe à Bologne.

C'est en nous centrant sur la crèche, équipement collectif d'accueil de jour des enfants de moins de trois ans, que nous tenterons de cerner comment, en Belgique francophone, la prévention à l'endroit de la petite enfance met en jeu ces trois scénarios. Le risque existe, sous couvert de rationalisation et d'économie, d'une part d'utiliser ces équipements socio-collectifs ouverts à tous comme outil de mise sous tutelle — observation, guidance, contrôle — et, d'autre part, de marginaliser plutôt que de réinsérer socialement les popula-

tions dites à risques. Tout ceci nous rapproche des deux premiers scénarios envisagés. Quant au troisième, nous voudrions indiquer comment et à quelles conditions il peut se développer comme alternative.

C'est à travers les organisations et les actions destinées à la petite enfance — rassemblées sous l'autorité de l'O.N.E. — que nous passerons en revue les questions que soulève chacun de ces scénarios.



Scénario 1 : La prévention comme dépistage généralisé

Depuis 1919, l'Oeuvre nationale de l'enfance (organisme paratataïque dépendant du ministère de la Santé et de la Famille) avait pour mission d'encourager, de développer et de contrôler tout ce qui relevait de la protection de la mère et de l'enfant. Depuis la communautarisation, l'O.N.E. dépend du ministère des Affaires sociales et s'est vu fixer par décret (en 1983) une nouvelle dénomination — Office de la naissance et de l'enfant — et surtout de nouvelles fonctions. Apparaît explicitement dans les textes la notion de *prévention* tandis que l'accent est mis sur les familles, les mères et les enfants qui courent des *risques* particuliers.

On est en droit de penser que l'O.N.E. joue un rôle dans le dépistage et le triage des populations, à partir des consultations et surveillances de nourrissons, des consultations prénatales, toutes définies

en termes de prévention primaire ⁴. Ainsi, lors de la journée sur l'avenir de l'O.N.E. (18 mars 1982), c'est en mettant l'accent sur le dépistage que le D^r Richard, pédiatre conseiller à l'O.N.E., définit le nouveau rôle des consultations de nourrissons ⁵. Il s'agit de dépister les problèmes, mais aussi les risques.

L'O.N.E. a établi un Coefficient de risque d'accouchement prématuré (le C.R.A.P.) basé sur des données médicales, biologiques, sociales et psychologiques. Ces risques sont dépistés dans les consultations prénatales. Les différentes données recueillies et codées sont d'ordre sanitaire (ex. : prise de poids...), médicale (ex. : malformation utérine) et socio-économique (ex. : logement non fonctionnel, grossesse illégitime...).

Par ailleurs, pour chaque usager (les mères dans les consultations prénatales, les enfants dans les consultations de nourrissons) est constitué un dossier rassemblant des informations variées. Quel usage est-il fait de ces informations ? Chez les médecins « non-O.N.E. », le dossier — s'il y en a un — reste entre les mains du praticien et celui-ci l'utilise comme il l'entend. Dans les structures O.N.E., les dossiers peuvent circuler ; certaines consultations renvoient notamment les dossiers à l'Administration centrale, d'autres les transmettent à l'Inspection médicale scolaire, d'autres les détruisent... Les usagers ne sont pas informés de cette circulation ; en outre, sous prétexte de respect du secret professionnel, ils n'y ont pas accès et en ignorent même parfois l'existence.

Jusqu'à présent, il peut donc y avoir, pour toute une catégorie d'usagers, accumulation et circulation de données qui échappent à leur contrôle.

Sans faire de l'ordinateur le mauvais-objet-responsable-de-tous-les-maux, on peut s'interroger sur les conséquences de l'introduction récente de l'informatique à l'O.N.E. L'exemple français du système GAMIN montre bien comment des

systèmes qui individuellement peuvent paraître anodins, une fois interconnectés, génèrent alors une véritable « machine ⁶ » d'informations et de pouvoirs échappant non seulement au travailleur social, mais aux spécialistes en contact avec le « patient » : les décisions concernant les familles et les enfants sont prises en commissions par des experts administratifs qui détiennent toutes les informations codées sur les individus.

Scénario 2 : La prévention centrée sur des populations à hauts risques

Parmi les indices ou facteurs de risques recueillis lors des dépistages précoces, figurent toute une série de données sociales et économiques sur lesquelles les médecins et les spécialistes n'agissent pas ⁷. Dans le contexte actuel de crise (déficit des finances publiques, remise en cause du système actuel de sécurité sociale), il est évident que l'action de l'État ne s'oriente pas dans le sens d'une amélioration des conditions économiques des plus défavorisés (diminution des allocations familiales, taxation des revenus de remplacement).

Jusqu'à une époque récente, les enfants étiquetés comme « handicapés sociaux », issus de « familles à risques » étaient retirés de leur milieu familial et placés dans des institutions spécialisées (pouponnières, centres d'accueil, maisons

maternelles). Aujourd'hui, les raisons tant d'ordre scientifique (hospitalisme, régression des enfants placés en institutions) que d'ordre économique (rationalisation budgétaire), conjuguent leurs effets : les placements diminuent, les actions en milieu ouvert sont encouragées ⁷. On observe une tendance à maintenir les enfants « handicapés sociaux » dans leur famille, tout en les confiant à des institutions tout-venant, parmi lesquelles les crèches et les préguardiennats. L'insertion des « handicapés sociaux » dans ces institutions est aussi une façon de rentabiliser ces services, réputés coûteux, et de moins en moins fréquentés par la population « normale », vu le contexte économique et social (chômage des femmes, diminution des naissances). La question primordiale, ici, est de savoir si la crèche est en mesure de favoriser la réinsertion sociale de ces cas.

Si, historiquement, les crèches comme les consultations de nourrissons avaient un rôle explicite de prévention primaire (*diminuer la mortalité* infantile et garder ainsi en vie la main-d'oeuvre nécessaire pour le pays), après les années de guerre, les crèches ont glissé de la sauvegarde vers un rôle de *garde*. Petit à petit, elles ont été investies d'un rôle éducatif traversé par, au moins, deux grandes tendances ; d'une part, une tendance à la scolarisation à travers laquelle les spécialistes, enseignants et personnel de la petite enfance ont revendiqué que la crèche exerce un rôle éducatif pour échapper à une image (et une réalité) par trop hygiénico-sanitaire ; d'autre part, une tendance concevant la crèche comme lieu de compensation des handicaps socio-culturels.

Actuellement, la crèche est traversée par ces divers courants sans avoir pour autant les moyens de développer sa spécificité. Ses moyens financiers sont en diminution. L'État accorde des subsides

138 de recherche principalement à des études de coûts ou de besoins concernant les différents modes de garde. Il reste qu'en privilégiant des populations à hauts risques, les crèches sont soumises à de nouvelles demandes. En effet, introduire des « cas » par le biais de divers services sociaux, c'est introduire de nouvelles demandes comme l'observation de l'enfant en dehors du milieu familial, l'observation des attitudes parentales au travers de la propreté de l'enfant, par exemple...

L'arrivée de demandes extérieures, dans une institution aussi fragile que la crèche, vient modifier les pratiques professionnelles des puéricultrices : par exemple, si des pédiatres demandent à des puéricultrices de réaliser des observations d'enfants sur la base d'items de test, la perspective de dépistage, de notation, de repérage prend le pas sur l'établissement d'une relation positive avec l'enfant.

Ainsi, faire noter à des puéricultrices « si l'enfant de 30 mois marche entre 2 lignes parallèles distantes de 20 cm » ou « si l'enfant de 36 mois fait 2 boutonnières en 3 minutes », c'est :

- induire chez elles un jugement sur l'enfant (il réussit ou non la performance attendue à tel âge) et une attitude liée à ce jugement (effet pygmalion de la prédiction) ;
- consacrer beaucoup de temps à des choses qui ne sont guère utiles ni à elles ni à l'enfant ;
- les « obliger » à organiser et à faire exécuter par l'enfant des activités pédago-

giques souvent sans grand intérêt. Ex. : pour noter si l'enfant de 30 mois « marche entre deux lignes parallèles distantes de 20 cm », ou si l'enfant de 36 mois « fait deux boutonnières en trois minutes », la puéricultrice doit placer l'enfant dans une situation artificielle et le forcer en quelque sorte à obéir à une consigne rapidement et correctement ;

- renforcer une représentation de l'enfant comme détaché des contingences matérielles et sociales.

A fortiori, quand les demandes d'observation viendront de services sociaux à propos de cas qui peuvent être dramatiques, les attitudes du personnel face à l'enfant et à ses parents seront plus encore dominées par une volonté de contrôle et de dépistage⁹.

Il ne s'agit pas de dire que l'insertion d'enfants « à problèmes » (handicapés sociaux, mentaux ou physiques) dans les institutions tout-venant ne peut être positive, au contraire. Toutefois, pour que cette insertion soit réussie, il faut qu'un nombre minimal de conditions soient réunies.



Scénario 3 : Les conditions d'une alternative

En suivant l'histoire de l'insertion dans une crèche communale d'une petite fille issue d'un milieu marginal¹⁰, qui présentait un retard de développement, on a pu dégager certaines conditions d'une alternative. Élise avait été confiée à la crèche par le Centre de santé pour observation. Mais, rejetant le rôle qui leur était assigné, les puéricultrices et l'équipe de direction ont fait une analyse réaliste de la situation (expériences antérieures de l'enfant, relation affective avec la mère, bonne volonté de celle-ci...) et ont organisé leur travail pour affronter progressivement les difficultés. Leurs observations n'ont pas servi à établir un diagnostic, mais à réguler leurs actions envers l'enfant. La crèche peut constituer une alternative au placement si elle peut développer ses potentialités en fonction d'un minimum de conditions :

1) *Un personnel en nombre suffisant*. Dans cette crèche, les puéricultrices utilisaient une partie de leur temps pour organiser leur travail, participer à des réunions, s'informer, se former. L'encadrement subsidié par l'O.N.E. — une puéricultrice pour sept enfants (38 heures/semaine) — est insuffisant pour adopter ce mode d'organisation. Les restrictions qui frappent les communes ont conduit les responsables communaux de cette crèche

che à réduire considérablement le nombre de puéricultrices qu'ils subsidiaient, mettant en péril le travail entrepris.

2) Une « idéologie » de base favorable à la crèche. La crèche est considérée (par la directrice et, à sa suite, par une partie du personnel) comme un lieu positif qui doit assurer aux enfants :

- un cadre de vie où l'enfant expérimente un espace physique, social et humain différent de celui offert par la famille ;
- des conditions de repos et de sommeil satisfaisantes ;
- des conditions favorables de développement et d'épanouissement ;
- un lieu de vie collective où adultes, puéricultrices et parents partagent la responsabilité de l'éducation.

3) L'accueil et le respect de la culture des parents. Ainsi les puéricultrices et l'équipe ont interprété aussi positivement que possible les comportements d'Élise et de sa mère ; elles ont manifesté une tolérance « dosée » envers les comportements « différents » d'Élise et de sa mère ; elles ont tenu compte des conditions de vie de la famille, non pour l'accuser, mais pour dépasser ces conditions.

4) La priorité accordée au travail entrepris avec les enfants, fil directeur de l'action. Depuis l'entrée d'Élise à la crèche jusqu'à sa sortie, les deux puéricultrices responsables, assistées par l'équipe de direction, sont restées « maîtresses » de leur travail. Il n'y a pas eu d'intervention directe de spécialistes (psychologue, kiné, logopède...) par rapport à cette enfant, ni de demande de renseignements ou d'observations à son sujet ou celui de sa mère de la part des différents services sociaux qui étaient en contact avec ce « cas » (Centre public d'aide sociale, hôpital, Centre psycho-médico-social, Comité de protection de la jeunesse, Centre de guidance de la commune).

5) Le souci constant d'éviter la routine, de favoriser l'ouverture de la crèche et des puéricultrices et d'encourager les initiatives¹¹.

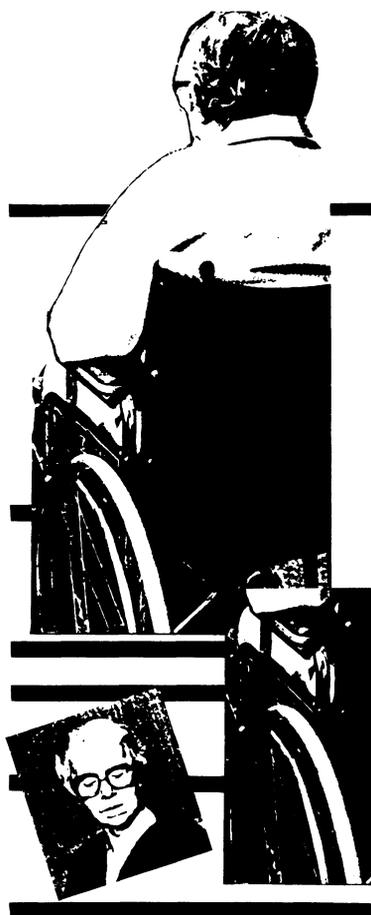
Dans ces conditions, l'insertion d'Élise a suscité des questions et provoqué des pratiques qui se sont révélées intéressantes pour les enfants (individualisation, établissement d'une relation continue avec un groupe d'enfants, importance des points de repères pour l'enfant, prise en compte des pratiques des parents...).

En résumé, c'est la qualité d'un équipement collectif comme la crèche qui détermine la possibilité d'accueillir des enfants « marqués » et d'avoir des actions positives envers l'enfant et sa famille.

Des expériences étrangères apportent d'autres éléments à l'analyse de l'intégration des enfants à problèmes dans les structures ordinaires.

- En France, où de plus en plus on intègre des enfants handicapés dans les crèches, le rapport du C.T.N.E.R.H.I.¹² sur cette intégration met bien en évidence que les attitudes des éducatrices avec l'enfant handicapé sont le reflet de ce qui se fait avec les autres enfants ; selon la dynamique interne préexistante, l'insertion de l'enfant handicapé sera facteur de réflexion et progrès pour toute l'équipe ou grain de sable bloquant un fonctionnement déjà fragile.
- En Italie, les enfants handicapés sont accueillis dans les crèches, insérés dans l'école (il n'y a plus d'école spéciale). C'est le fruit de longues et difficiles discussions collectives, d'un large mouvement social porté par les spécialistes, les enseignants et soutenus par les syndicats. L'entrée des enfants handicapés dans les structures ordinaires s'accompagne de l'entrée de spécialistes (logopèdes, kinésithérapeutes, psychologues...). Leurs interventions se font à deux niveaux : celui de l'enfant — dans la mesure du possible dans la classe... — et celui de l'institution avec comme effet une diffusion des connaissances et des pratiques à tous (enfants et institution)¹².

Aussi, l'alternative consiste-t-elle à penser la crèche en termes de prévention primaire, tout en s'assurant qu'elle dispose de moyens financiers suffisants et que soit favorisée une « culture » de la crèche



140 (au sens de recherches, expérimentations, actions diverses, larges débats tant chez les travailleurs des crèches que les utilisateurs).

Si la crèche et les autres équipements socio-collectifs se voient désormais investis d'un rôle de prévention primaire, il faut que s'affirme parallèlement la possibilité pour ces institutions de trouver leur spécificité et de développer un projet cohérent. Enfin, cette nouvelle orientation ne peut être conçue hors du cadre d'un contrôle démocratique sur l'intervention des spécialistes.

Marie-Louise Carels
Gentile Manni
Atelier-7
Laboratoire de pédagogie
expérimentale — Université
de Liège

NOTES

¹ « Discussion du Budget 83 de la Communauté française », 28.1.1983, p. 48.

² Par exemple, les consultations prénatales ou de nourrissons sont un lieu où peut s'exercer notamment le recrutement d'une clientèle future pour les médecins de ces consultations.

³ Contrairement à ce qui se passe en Italie par exemple, les services collectifs (crèches) ne sont pas considérés comme des lieux de prévention primaire.

⁴ Richard, J., « Le rôle d'information et de dépistage de la consultation de 0 à 3 ans », *Revue L'Enfant*, n° 3-4, Bruxelles, 1982.

⁵ Masson, A., *Mainmise sur l'enfance, Genèse de la normativité*, Paris, Payot, 1980.

⁶ [...] « Un dépistage non assorti de mesures actives de prévention [...] n'est pas éthiquement acceptable. Cependant, de telles mesures sont si multiples, si complexes à mettre en oeuvre que bien des programmes préventifs sont incomplets, ou vite arrêtés. Il n'est pas simple d'aider une jeune mère célibataire isolée, mal logée, sans emploi ; un couple enfermé dans un cercle vicieux, où alcoolisme, chômage, rejet, isolement social, mesures inadéquates et incoordonnées de prise en charge se conjuguent pour rendre la situation inextricable. C'est tout le problème d'une intervention adaptée, à la fois pour l'enfant et pour les parents. » Strauss, P. et Manciaux, M., *L'Enfant maltraité*, Paris, Éd. Fleurus, Coll. Pédagogie psychosociale, 1982, p. 249.

⁷ [...] « Ce n'est presque pas une boutade — si j'attachais au pas de chaque enfant placé dans la Communauté française, un éducateur toute la journée, cela me coûterait moins cher que le système actuel d'hébergement », M. Monfils, C.C.F., mars 1982.

⁸ Burgues, M.-H., *Le Placement privé et le Mandat des parents*, document ronéotypé, Laboratoire de pédagogie expérimentale, Université de Liège, 1983.

⁹ Carels, M.-L., Manni, G., en collaboration avec Verviers, G., et Strauven, J., *Élise ou l'Accueil positif*, document ronéotypé, Laboratoire de pédagogie expérimentale, Université de Liège, 1983.

¹⁰ Depuis 1981, la crèche, soutenue par une équipe universitaire avec qui elle a accepté de travailler, élabore un projet pédagogique. Carels, M.-L. et Manni, G., *Du modèle de Loczy à l'élaboration d'un projet pédagogique en crèche*, Laboratoire de pédagogie expérimentale, Université de Liège, 1983.

¹¹ A.E.R., *Intégration du jeune enfant handicapé en crèche et en maternelle*, Publications du CTNERHI, Paris, 1981.

¹² Carels, M.-L., et al., *Les Crèches à Bologne*, Laboratoire de pédagogie expérimentale, Université de Liège, 1977.