

Mesure et démesure dans la prévention en santé mentale

Une analyse de la stratégie nationale multisectorielle de développement

des compétences psychosociales chez les enfants et les jeunes (2022-2037)

par Xavier Briffault, chercheur en sciences sociales et épidémiologie de la santé (CERMES3-CNRS)

Troubles mentaux : nature, prévalence, prise en charge – état des lieux

La gravité des troubles mentaux pour la santé individuelle et la santé publique fait aujourd'hui l'objet d'un très large consensus (Prince et coll., 2007). D'une part, en raison de leurs contributions spécifiques à la charge de morbi-mortalité : 14 % de la charge globale des maladies et 32 % des années de vie passées avec une incapacité¹ dans le monde leur sont attribuées – en raison essentiellement des troubles dépressifs unipolaires et bipolaires, des mésusages de l'alcool et des troubles psychotiques – ; ils sont en cause dans la majorité des suicides et tentatives de suicide (respectivement près de 10 000 et 200 000 en France) ; ils impactent très sévèrement la capacité à fonctionner des personnes qui en souffrent et souvent celle de leurs proches, et sont responsables de souffrance qui peuvent être plus graves encore que celles engendrées par de nombreuses maladies somatiques. Maladies somatiques à l'augmentation de la prévalence desquelles, d'autre part, ils contribuent d'ailleurs largement, par de multiples mécanismes et pour de nombreuses pathologies (*ibid*).

Les troubles mentaux concerneront selon les chiffres communément cités environ une personne sur cinq au cours de sa vie. Ils sont donc, en plus d'être souvent graves, fréquents. Ils présentent de surcroît, à la différence de la plupart des maladies somatiques, la caractéristique de survenir tôt dans la vie – souvent dès l'adolescence – et donc d'impacter l'entièreté de la trajectoire de vie, en raison de leur regrettable propension à se chroniciser. Il ne fait donc aucun doute qu'il faille mettre en œuvre des moyens efficaces pour en diminuer l'impact et en réduire la prévalence et l'incidence.

En diminuer l'impact et la prévalence s'avère malheureusement difficile. Les synthèses de l'ittérature dont nous disposons sur les évaluations scientifiques d'efficacité menées dans le monde depuis plusieurs décennies montrent en effet que les traitements disponibles sont très peu efficaces, et ce, qu'il s'agisse de pharmacothérapie ou de psychothérapie. La méga-analyse extrêmement complète – 102 méta-analyses, 3782 essais contrôlés randomisés, pour un total de 650 514 patient(e)s étudié(e)s – de Leichsenring, Ioannidis et leurs collègues (Leichsenring et coll., 2022), publiée dans *World Psychiatry* en février 2022, parvient en effet à des conclusions désolantes. La différence standardisée des moyennes (*d* de Cohen) entre les traitements et les placebos est en effet de 0,35, une taille d'effet très petite, quel que soit le standard d'évaluation utilisé (Ellis, 2010), ce qui fait dire aux auteurs dans leur conclusion que « après plus d'un demi-siècle de recherche, des milliers d'essais cliniques randomisés et des millions de fonds investis, la taille de l'effet des psychothérapies et des pharmacothérapies pour les troubles mentaux est limitée, ce qui suggère un effet plafond pour la recherche sur les traitements telle qu'elle est menée actuellement. Un changement de paradigme dans la recherche semble être nécessaire pour réaliser de nouveaux progrès ».

S'ajoute à cette efficacité très insuffisante le fait que les services de soin en psychiatrie et en pédopsychiatrie sont le plus souvent très difficiles d'accès, et que les délais d'attente peuvent atteindre plusieurs mois. C'est le cas en particulier en France, et l'explosion des troubles anxiodépressifs, du sommeil et des usages de substances qui sont observés depuis la crise Covid (cf. les chiffres de l'enquête récurrente Coviprev de Santé Publique France²), tout particulièrement chez les jeunes, n'a fait qu'aggraver la situation, déjà très préoccupante.

¹ YLD, Years Lived with Disability, dans la terminologie anglophone.

² <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/coviprev-une-enquete-pour-suivre-l-evolution-des-comportements-et-de-la-sante-mentale-pendant-l-epidemie-de-covid-19>

De la prévention en santé mentale

S'il est un domaine où l'adage populaire « mieux vaut prévenir que guérir » se vérifie tout particulièrement, c'est donc bien en santé mentale. Il est alors logique et souhaitable que la puissance publique travaille, en s'appuyant sur la littérature scientifique, à mettre en œuvre des politiques de prévention efficaces, utiles et pertinentes – qu'elles soient universelles, sélectives ou indiquées, primaires, secondaires ou tertiaires – qui visent à réduire l'incidence des troubles. Il faut se réjouir de l'existence en France, comme dans d'autres pays, d'agences nationales de santé publique et de structures ministérielles qui conçoivent, mettent en œuvre et évaluent les politiques et les programmes de prévention. Ce qui n'exclue pas d'observer leurs propositions, de les analyser, et d'entrer dans le détail de ce qui est mis en place pour s'apercevoir qu'il y a parfois loin entre les bonnes intentions exprimées, les objectifs affichés, et la réalité des effets des actions, empiriquement/expérimentalement observés a posteriori lorsqu'elles sont effectivement exécutées, ou anticipées par des analyses logiques/méthodologiques a priori lorsqu'elles vont l'être. Et ce même lorsque les programmes mis en œuvre ont reçu le qualificatif de « probant » ou « *evidenced-based* » pour justifier leur sélection dans les politiques de santé publique.

L'intérêt majeur que porte le dispositif de santé publique à la santé mentale des populations et des individus est un phénomène dont l'importance n'a cessé de croître au cours des deux dernières décennies. Si cette préoccupation n'est pas totalement nouvelle, jamais l'engagement n'avait atteint une intensité et un niveau de structuration semblable à celui que l'on peut observer aujourd'hui. Les opérateurs de santé publique s'intéressent à la santé mentale, en tant que concept, en tant que discipline scientifique, en tant qu'objet politique, mais aussi et surtout, désormais, ils s'intéressent d'un point de vue pratique à notre santé mentale, celle de « la population » comme celle de chacun de ses individus. Ce phénomène, observable tant en France qu'au niveau international, s'étend sur trois dimensions.

D'une part, l'attention traditionnellement dévolue par le milieu psychiatrique aux « maladies mentales » « graves » – quelle que soit l'imprécision éventuelle dont ces termes ont pu être entachés depuis qu'il existe une discipline psychiatrique – s'est étendue aux « troubles mentaux » dits « caractérisés » (les *mental disorders* du DSM par exemple), qui ne sont plus *stricto sensu* considérés comme des *maladies* mentales, puis à la souffrance psychique, et enfin à la santé mentale, tout d'abord dans les altérations qu'elle pouvait subir, puis dans sa plus grande généralité comme santé mentale « positive ».

D'autre part, parallèlement, la focalisation principale sur le traitement, c'est-à-dire la prise en charge des maladies ou des troubles lorsqu'ils sont déjà présents, s'est élargie pour englober désormais la prévention des troubles, prévention conçue comme devant être entreprise le plus précocement possible, c'est-à-dire pour un individu donné dès sa naissance, voire avant, par exemple en agissant sur ses (futurs) parents – c'est le point que j'examinerai plus loin. Outre la *prévention* des troubles, le dispositif de santé publique a également étendu sa juridiction sur la *promotion* de la santé mentale, c'est-à-dire non plus seulement la tentative d'éviter ces troubles, mais celle de développer – empiriquement et normativement – dans la population des caractéristiques spécifiquement conçues comme relevant d'une santé mentale « positive ».

Enfin, ces deux accroissements des juridictions du dispositif de santé publique se sont accompagnés d'une politisation croissante des enjeux liés à la santé mentale. Dans les sociétés démocratiques contemporaines, la « bonne » santé mentale définit de plus en plus ce qu'est une vie « bonne », et constitue de plus en plus, pour reprendre les termes d'Alain Ehrenberg, une « raison d'agir » (Ehrenberg 2011), qu'il s'agisse d'agir pour la préserver ou pour la développer. S'agissant de santé publique, ce triple mouvement se présente évidemment comme œuvrant pour l'amélioration de la santé de la population, et plus généralement pour le bien-être, voire le Bien, de celle-ci, et de chacun des individus qui la compose.

Pour autant, et sans qu'aucun procès d'intention ne soit a priori intenté à ce dispositif, ce mouvement « bienveillant » et ces bonnes intentions méritent qu'on s'interroge sur les modalités de leur développement, les spécificités de leurs orientations, et les conséquences envisageables. En effet, le caractère « total » (dans les thématiques – des maladies psychiatriques à la santé mentale positive –, dans le temps – du prénatal au post-mortem [avec le deuil] –, dans l'espace – de la population dans son ensemble à chacun de ses sous-groupes « à

risque » et jusqu'à chacun de ses individus) des ambitions de la santé publique dans ce domaine laisse supposer que ce sera bientôt le tout de l'humain qui relèvera de la juridiction de son dispositif. Il est donc nécessaire de s'interroger sur le type de construction anthropologique qui s'opère en ces lieux où la santé publique intervient sur la santé mentale, ainsi que sur la réalité des efficacités revendiquées par et pour les programmes mis en œuvre. Et ce tout particulièrement lorsqu'ils s'inscrivent dans un marché mondialisé dans lequel la santé globale des populations fait l'objet de transactions commerciales et d'actions de lobbying, qui se limitaient jusqu'alors à la promotion des médicaments par les laboratoires pharmaceutiques mais s'étendent désormais à tous les domaines de la vie, dont celui de la formation aux « bonnes pratiques parentales, que nous allons examiner.

Quand la santé globale des populations devient un enjeu « total »

A tous ces égards, la récente instruction interministérielle « du 19 août 2022, relative à la stratégie nationale multisectorielle de développement des compétences psychosociales chez les enfants et les jeunes – 2022-2037³ », mérite une attention toute particulière.

D'une part parce qu'elle est inédite, tant par son objet que par son ampleur. Adressée par les ministres « de la Justice, du Travail, du Plein Emploi et de l'Insertion, de l'Éducation nationale et de la Jeunesse, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, de l'Agriculture et de la Souveraineté alimentaire, de la Santé et de la Prévention, des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes handicapées, des Sports et des Jeux olympiques et paralympiques » aux « préfets de région, directeurs généraux des agences régionales de santé, recteurs d'académie, directeurs régionaux de l'agriculture, de l'alimentation et de la forêt », avec copie aux « préfets de département, directeurs inter-régionaux de la Protection judiciaire de la jeunesse, directeurs régionaux de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités, délégués régionaux et départementaux à la jeunesse, à l'engagement et aux sports, président de la Mission interministérielle de la lutte contre les drogues et les conduites addictives, directeur général de la Caisse nationale d'assurance maladie, directeur général de la Caisse nationale des allocations familiales, directrice générale de l'Agence nationale de santé publique, directeur de l'École nationale de protection judiciaire de la jeunesse » (p.1), l'instruction montre d'emblée 'étendue des institutions qu'elle engage, et la variété des domaines qu'elle couvre : justice, éducation, travail, économie, santé, assurance-maladie, allocations familiales, drogues, sectes... La cible institutionnelle est vaste.

La cible populationnelle également. L'objet de l'instruction est en effet « la définition d'une stratégie multisectorielle à décliner dans les territoires qui permette la réalisation d'un objectif générationnel », en l'occurrence le développement des « compétences psychosociales » (CPS) des enfants et des jeunes, « grâce à des interventions coordonnées tout au long de leur parcours, organisées dans leurs différents milieux de vie » (p.3). Plus précisément « l'ambition de la présente stratégie est de permettre à tous les enfants de développer leurs compétences psychosociales dès le plus jeune âge, pendant toute leur croissance et dans tous les milieux. Cette première stratégie nationale multisectorielle a ainsi pour objectif principal de définir, pour les quinze prochaines années, un cadre commun à tous les secteurs, incluant les tapes et les moyens à mobiliser, afin que la génération 2037 soit la première à grandir dans un environnement continu de soutien au développement des compétences psychosociales. A cette fin, un changement d'échelle est nécessaire dans le développement des CPS, suivant une offre universelle proportionnée ». Comme on le voit, l'ambition est totale ; ce sont tous les enfants, à tous les âges, dans tous les milieux, et pour tous les temps, qui sont visés par cette ambition de prévention primaire universelle.

Quelles bases scientifiques ?

L'instruction s'appuie sur divers « textes de référence » et en particulier sur différents plans et programmes nationaux de santé antérieurs, mais aussi et surtout sur un document de cadrage scientifique rédigé par Santé

³ N° DGS/SP4/DGCS/DGESCO/DJEPVA/DS/DGEFP/DPJJ/DGESIP/DGER/2022/131, <https://Solidarite-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2022/2022.18.sante.pdf>

Publique France qui en détermine le référentiel de déploiement : « Les compétences psychosociales : un référentiel pour un déploiement auprès des enfants et des jeunes. Synthèse de l'état des connaissances scientifiques et théoriques réalisé en 2021 » (Santé Publique France, 2022). C'est ce texte qui définit les fondamentaux scientifiques des actions mises en œuvre, et en particulier les programmes considérés comme probants et donc dignes d'être implantés en population : « Un cadre de référence commun est désormais à disposition de tous : il s'agit du référentiel établi par l'Agence nationale de santé publique (Santé Publique France) sur la base des connaissances scientifiques et théoriques actuelles. Y sont définies les principales CPS et décrits les effets des programmes probants, ainsi que les caractéristiques des interventions efficaces » (p.6).

L'instruction justifie la mise en œuvre de ces programmes en affirmant que « chez les enfants et les jeunes, les CPS ont un impact positif sur le développement global, le bien-être, la résilience, la réussite scolaire, et permettent de réduire les troubles anxio-dépressifs, le suicide et les conduites à risque (en matière de comportements sexuels, violences, addictions, etc.) ». Chez les adultes, « le renforcement des CPS améliore le sentiment personnel d'efficacité, les relations adultes-enfants et la qualité de vie. Au niveau collectif, le renforcement des capacités des personnes et leur meilleure santé mentale sont un enjeu fondamental en matière d'investissement social. Dans ce champ, le développement des compétences psychosociales dans le cadre de la promotion de la santé revêt une importance particulière : il contribue pleinement à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population ; il augmente la capacité des personnes à participer à la société ; il concourt à réduire les inégalités sociales et de santé ». De fait, ce sont les points qui font l'objet d'un large consensus et il faut se réjouir que des actions puissent être mises en œuvre pour en favoriser le développement. *La question est : quelles actions, visant quels objectifs, et avec quels effets ?*

L'instruction poursuit en écrivant que « ce développement se fait de façon optimale lorsque l'enfant expérimente et observe les CPS dès son plus jeune âge dans son entourage familial, social et scolaire. Cela passe par un ancrage des CPS dans la vie quotidienne avec une cohérence dans l'interaction des environnements dans lesquels l'enfant évolue ». Cette affirmation est elle aussi tout à fait consensuelle. Ce sont les conséquences qui en sont tirées qui vont poser un problème. L'instruction poursuit en effet en affirmant : « c'est pourquoi cet objectif nécessite la sensibilisation et la formation aux CPS des adultes au contact des enfants et des jeunes, ainsi que l'appui aux compétences des parents » (p.5). Ce n'est donc pas seulement la totalité des enfants qui est visée, mais aussi leur entourage. C'est-à-dire, à terme, l'ensemble de la société et ce, nous allons le voir, par des programmes structurés et normalisés de formation : « il s'agit de programmes de développement des CPS structurés, souvent sous forme d'ateliers, qui s'inscrivent dans la durée, et qui ont fait la preuve de leur efficacité sur les déterminants ciblés par les interventions » (p.4).

Cette ambition de conformer l'ensemble de la société à une norme politiquement définie par des interventions d'ingénierie sociale qui agissent sur les comportements éducatifs des parents et reposent sur des dispositifs expérimentalement conçus s'inscrit dans la droite ligne d'idéologies portées par des théoriciens de la purification psychosociale, tels que Richard Tremblay. Le psychologue canadien, spécialisé en « violence de l'enfant », a été l'un des auteurs du rapport d'expertise collective de l'INSERM sur les troubles de conduites⁴ (INSERM, 2005) qu'il a particulièrement inspiré (il y est cité plus de cent fois), ainsi que les auteurs de l'INPES puis de Santé Publique France impliqués dans le développement des politiques de prévention en santé mentale. Richard Tremblay est un prosélyte de l'essai contrôlé randomisé (ECR) comme substitut à la compréhension du fonctionnement humain, supposée impossible. Il affirme ainsi que « l'effort nécessaire pour décrire le développement complet des différents niveaux bio-psycho-sociaux impliqués dans les problèmes de santé mentale est de loin plus important que l'effort nécessaire pour cartographier le gène du génome humain. Le seul raccourci disponible est l'expérimentation » ; c'est pourquoi, selon lui, « nous devons utiliser ces interventions qui sont bien testées et étudier soigneusement le développement de leurs effets bio-psycho-sociaux potentiels depuis la période prénatale jusqu'à la période prénatale de troisième génération au moins ». Ceci afin d'éviter que ne continue à se répandre « le Mal originel » qui corrompt l'humanité : « sans expériences et sans suivi à long terme, nous ne pouvons pas prétendre avoir mieux que Hobbes comment empêcher le pêché originel de devenir un mal à un âge où "la raison échoit normalement aux hommes" » (Tremblay, 2010). Si elles ne peuvent pas, en toute rigueur étymologique, être qualifiées d'eugénistes puisqu'il ne s'agit pas de choisir les bons et les

⁴ Qui fut l'un des déclencheurs du mouvement Pas de zéro de conduite (<https://www.pasde0deconduite.org>).

mauvais sur leurs gènes (mais tout de même sur leur expression épigénétique, comme le développe Tremblay : « Ces interventions ne modifieront pas les gènes, mais elles changeront probablement l'expression des gènes »), il s'agit clairement d'interventions de sélection et de formatage social qui peuvent être qualifiées, littéralement, de *totalisantes* en tant qu'elles visent tous les comportements, de tout le monde, en tout temps, et en tous lieux.

Admettons, temporairement, que cette ambition puisse être légitime, puisqu'il s'agirait d'éviter « le Mal » (qui est mauvais) et de faire advenir « le Bien » (qui est bon), et qu'en la matière la fin puisse justifier les moyens. Il s'agit donc dans un premier temps d'examiner lesdits moyens afin de déterminer s'ils permettent bien, au moins, d'atteindre les objectifs revendiqués, avant de se demander si ce que font à la société et à ses membres ces entrepreneurs de morale et leurs programmes ne mériterait pas davantage de réflexion préalable, de contrôle démocratique et de propositions alternatives.

La (con)formation des parents est l'alpha et l'oméga de ce type d'entreprise. Les parents sont en effet, nous l'avons vu, parmi les principaux déterminants de la construction de l'enfant et de sa future santé mentale ; ce sont donc eux qu'il faut cibler pour façonner les générations à venir. C'est ce que rappelle à nouveau Tremblay lorsqu'il affirme que « toutes les preuves suggèrent que la prévention du développement de graves problèmes de comportements perturbateurs doit commencer au plus tard à la conception et doit cibler les femmes qui ont des antécédents de problèmes d'adaptation sociale ». Il est intéressant de noter que le terme « comportement perturbateur » – disruptive behaviour – apparaît sous sa forme abrégée « DB » près d'une centaine de fois dans le texte de vingt-cinq pages de Tremblay, illustrant l'obsession de l'auteur et de l'argumentaire qu'il développe pour la dangerosité supposée de l'enfant et de ses comportements « disruptifs ». Pour lutter contre cette dangerosité supposée, davantage même que les parents ce sont bien les mères – et plus généralement les femmes – qu'il faut cibler, en tant qu'elles seraient porteuses de la transmission viciée : « En fait, nous devons renverser notre façon de penser la prévention des comportements perturbateurs : les hommes sont beaucoup plus touchés, mais les femmes devraient être notre cible principale pour éviter une nouvelle génération d'hommes et de femmes atteints de comportements perturbateurs. » Il s'agit donc bien de *corriger* les femmes pour *prévenir* les problèmes chez les enfants : « Ces interventions sont en fait des interventions correctives pour les femmes qui ont un long passé de problèmes d'adaptation sociale et mentale. »

Du programme américain au dispositif français

C'est ce type de raisonnement ouvertement gynophobe qui va fonder le recours aux programmes dits « probants » de formation aux « bonnes pratiques parentales » pour le développement des compétences psychosociales des enfants, an l'occurrence dans l'instruction interministérielle au programme SFP (*Strengthening Families Program*), devenu PSFP (Programme de soutien à la fonction parentale) après avoir été retravaillé par l'Agence nationale de santé publique. Le programme PSFP est mentionné dès la page 4 de l'instruction : « Il s'agit notamment du programme [...] de soutien aux familles et à la parentalité (PSFP) dans sa version pour les 12-16 ans qui réunit enfants et parents. [...] D'autres programmes et interventions CPS sont également mis en œuvre sur le territoire français comme, par exemple, PSFP 3-6, PSFP 6-11. » La filiation du programme PSFP français avec le programme nord-américain SFP est très clairement mentionné dans le référentiel de Santé Publique France : « Depuis plus de dix ans l'INPES puis Santé Publique France ont soutenu la diffusion, la traduction, l'adaptation, l'expérimentation et l'évaluation de programmes probants en France grâce à des partenariats avec des structures associatives ([...] le Codes 06 pour PSFP) » (p.7). ; « Les programmes CPS probants tels que "Unplugged" ou le programme familial "SFP" (*Strengthening Families Program* devenu "Programme de soutien aux Familles et à la fonction parentale", PSFP en France) ont ainsi démontré d'importants bénéfices sur la santé » (p.9) ; « Les programmes CPS probants tels que le programme enfants et jeunes LST (*Life Skills Training* de Botvin) ou le programme familial SFP (*Strengthening Families Program* de Kumpfer, devenu PSFP en France) se sont développés dans les pays anglo-saxons dans les années 1970 » (p.24). Il existe donc une filiation claire, directe, revendiquée et assumée entre SFP et PSFP⁵.

⁵ On la retrouve sur le site « Clefs Parentalité » où il est précisé que « malgré son achèvement et son utilisation dans 35 pays au monde, dont 9 pays européens, il aura fallu 7 ans et 3 étapes majeures à SFP ou *Strengthening Families Program* pour devenir, dans la voix des familles.

Le processus d'implantation de SFP en France a en fait commencé dès 2008, comme le relatent Lamboy et ses collègues dans leur présentation de la stratégie nationale française de promotion de la santé mentale des jeunes : « En 2008, dans le cadre d'une campagne de communication visant à lutter contre la consommation de substances psychoactives chez les jeunes, et à remobiliser les parents qui ont "baissé les bras", une synthèse de la littérature sur la parentalité et les programmes de parentalité a été réalisée par l'INPES. Elle a mis en évidence l'efficacité de certains programmes parentaux basés sur le développement des CPS des parents (et des enfants), tels que le programme Triple P et le Strengthening Families Program (SFP). Ils ont des effets positifs sur le comportement des parents, la qualité des relations parents-enfants, et la prévention des comportements à risque des enfants et des jeunes (violence, toxicomanie, etc.) à grande échelle, à court et à long terme. En complément de la campagne nationale "Parentalité et prévention de la consommation de substances psychoactives chez les jeunes", L'INPES a donc décidé de mener une recherche-action pour tester et évaluer le programme de développement des compétences psychosociales SFP. » Cependant « les projets expérimentaux de l'INPES se sont heurtés à de nombreuses difficultés, notamment des questions de transférabilité, d'acceptabilité et de mise en œuvre. Au vu des difficultés rencontrées par cette première recherche évaluative sur les CPS, les expérimentations ont été confiées à des associations françaises de prévention et de promotion de la santé ayant une présence locale. L'INPES, devenu Santé Publique France, a supervisé l'évaluation et a apporté son soutien financier à l'expérimentation et aux premiers déploiements » (Lamboy et coll., 2022).

Les limites préoccupantes du programme SFP...

IL s'agit d'un programme que je connais bien, pour avoir été chargé par l'INPES en 2008 d'en évaluer la transposition en France à partir des supports originaux du programme américain. Je relate dans un ouvrage paru quelques années plus tard (Briffault, 2016) le processus qui a mené de cette demande à ma recommandation d'abandonner cette évaluation et la mise en œuvre du programme en raison des trop nombreux doutes sur la réalité de l'efficacité alléguée de celui-ci, et surtout de la présence dans les supports de recommandations de « bonnes » pratiques parentales, qui s'avéraient en réalité être des pratiques largement démontrées dans la littérature scientifique internationale comme délétères pour la santé mentale des enfants et des adultes qu'il deviendraient.

Je résume très brièvement dans les paragraphes suivants quelques éléments centraux de l'argumentaire que j'ai développé dans cet ouvrage (après d'autres : Ioannidis, 2005 ; 2016a ; Gorman, 2003 ; 2015 ; 2017 ; 2018 ; Gorman et coll., 2007 ; Holder, 2010) – auquel je me permets de renvoyer les lecteurs intéressés –, pour conclure que le programme SFP ne devrait pas être implanté en France et, en particulier, surtout pas en prévention primaire universelle comme cela est ordonné dans l'instruction interministérielle. J'aborderai ensuite l'analyse des données empiriques récemment obtenues dans quatre essais contrôlés randomisés dans quatre pays différents, qui montrent que, contrairement aux allégations d'efficacité avancées dans la communication commerciale de SFP, le programme non seulement est inefficace mais il semble même accroître les problèmes de santé mentale et de consommation de drogues qu'il est censé éviter.

Le premier point est que – comme le précise le site de référence qui le diffuse⁶ – le programme SFP a été conçu il y a plus de quarante ans en Iowa pour les parents usagers de drogues ayant des enfants de 6 à 11 ans. L'objectif du projet initial, financé par le National Institute of Drug Abuse, était de « découvrir les compétences dont les parents ont besoin pour empêcher leurs enfants de consommer de l'alcool et des drogues ». C'est dans un contexte similaire que le programme SFP a été lancé en France en 2008, comme le précisent Lamboy et ses collaborateurs (2022), dans le cadre d'un financement de la MILDT⁷. L'intervention n'a jamais été conçue pour être un dispositif de promotion de la santé mentale positive en population générale. Elle se situe au contraire dans la lignée des politiques préconisées par Tremblay (2010) pour lutter contre la délinquance et la violence,

françaises PSFP, ou Programme de soutien aux familles et à la parentalité » (<https://clefsparentalite-psfp.com/psfp/psfp-recherche-et-developpement/>), désormais « recommandé par Santé Publique France et la MILDECA » (<https://clefsparentalite-psfp.com/psfp/>).

⁶ <https://strengtheningfamiliesprogram.org/>

⁷ Mission interministérielle de lutte contre les drogues et toxicomanies, devenue MILDECA.

supposées concerner tous les enfants : « les familles fortes évitent de nombreuses conséquences négatives : toxicomanie, grossesse chez les adolescentes, échec scolaire, agressivité et délinquance » (site SFP). Il s'agit avant tout de protéger la société contre les supposés dangers qu'ils représentent et de les maintenir en tant que force productive : « Le bien-être d'une nation dépend de familles fortes et aimantes. Elles ont pour mission de produire la prochaine génération de citoyens émotionnellement sains, responsables, éduqués, sans dépendance et prêts à maintenir l'infrastructure physique et sociale de la société » (*ibid*).

Deuxièmement, les résultats obtenus par les études d'efficacité sont faibles et de peu d'intérêt. A titre d'exemple, la revue de littérature de la Cochrane Collaboration mentionnée sur le site SFP et ayant servi de base au choix de SPF en France en 2008 (Foxcroft et coll., 2002) précise ainsi qu'« il n'a pas été possible de tirer des conclusions définitives sur l'efficacité des interventions de prévention à court et à moyen terme. A plus long terme, le Strengthening Families Program (SFP) s'est révélé être une intervention de prévention prometteuse. Le nombre nécessaire de traitement (NNT) pour le SFP sur quatre ans pour trois comportements d'initiation à l'alcool (consommation d'alcool, consommation d'alcool sans permission et première ivresse) était de neuf (pour les trois comportements) ».

Troisièmement, ces résultats déjà faibles ne résistent pas à une analyse méthodologique approfondie des dispositifs expérimentaux et de recueil de données qui ont servi à les construire. Les problèmes sont multiples, et je renvoie les lecteurs intéressés à mon ouvrage (Briffault, 2016) – chapitre 7 – concernant les analyses techniques approfondies, pour ne donner ici qu'un exemple qui concerne le recueil de données lui-même ; un biais majeur à ce niveau est évidemment de nature à vicier l'ensemble des analyses qui s'ensuivent.

Comme j'ai pu le constater lors de l'évaluation de l'implantation française du programme en 2008, le package d'évaluation des résultats est fourni avec le programme par ses concepteurs/vendeurs/formateurs. Examinons-le en détail.

Il comprend en particulier deux importants questionnaires intitulés « test pré-post rétrospectif », l'un destiné aux enfants, l'autre aux adultes. Les questionnaires sont remplis par les parents et les enfants lors d'une séance supplémentaire, ou à défaut lors de la dernière séance de « remise des diplômes ». Cette séance d'évaluation est encadrée par les animateurs mêmes qui ont animé les quatorze séances du programme. Des « instructions aux personnes chargées de gérer ce questionnaire » sont associées au questionnaire, et assorties de la mention suivante : « Attention : à lire à l'avance. Ne *pas*⁸ lire à haute voix ! » Il y est précisé : « nous savons que le processus d'évaluation peut paraître intrusif. Nous nous en excusons, mais nous avons besoin de votre aide et de votre soutien pour effectuer ce travail – de façon à ce que SFP puisse devenir un "programme basé sur des données probantes". Cette qualification est essentielle pour le fonctionnement et le financement à long terme du programme. Sans ce niveau d'évaluation aucun financement ne sera possible *via* les sources nationales, fédérales ou régionales. Nous avons ici l'opportunité de voir à quel point ce programme est fructueux pour votre communauté. Votre attitude est contagieuse et vous vous êtes posés vous-mêmes en tant que leaders et modèles de comportement pour ces familles ». Comme le mentionnait Holder (2010), l'importance de l'évaluation pour les financements publics est clairement mise en exergue, en préalable au remplissage par les sujets, en présence des animateurs, du questionnaire d'évaluation.

Les instructions « *à lire exactement tel quel* » aux parents avant le remplissage du questionnaire sont les suivantes : « Votre famille et vous-mêmes vous êtes inscrits pour participer au Programme de soutien à la parentalité afin d'aider votre famille à devenir plus forte, plus aimable et plus organisée. Vous avez appris à être de meilleurs parents et vos enfants ont appris de nombreuses compétences sociales nouvelles pour se faire des amis plus facilement, mieux se comporter à la maison et mieux s'en sortir à l'école. Pour savoir dans quelle mesure vos enfants et vous-mêmes avez changé, nous allons vous poser quelques questions. Nous vous poserons tout d'abord des questions sur votre famille et vous-mêmes *avant* ce stage, puis nous vous interrogerons pour savoir comment est votre famille *maintenant*. S'il vous plaît, répondez à ces questions de façon aussi honnête et exacte que possible. Vos réponses sont confidentielles et ne seront communiquées à personne, y compris aux

⁸ Tous les soulignements sont d'origine.

membres du personnel et de l'organisme qui travaille avec votre famille. Les résultats seront envoyés à notre évaluateur, à l'Université d'Utah, sans que les noms y figurent. » Il est par ailleurs précisé : « (1) Prévoyez une enveloppe en papier kraft adressée au docteur XXX, YYY⁹. (2) Demandez aux parents de glisser les questionnaires une fois complétés dans cette enveloppe. (3) Lorsque vous les avez tous ramassés, faites-en des photocopies puis envoyez les originaux au docteur XXX par courrier. » Comme le soulignait Hoder, les évaluations sont donc assurées par les concepteurs/vendeurs/formateurs du programme. Ces conflits d'intérêt, associés aux pressions sur les animateurs à propos des liens entre évaluation et financement, et aux instructions présentées dans les consignes de remplissage et lues par les animateurs en séance, orientant clairement les parents et les enfants dans le sens d'une évaluation positive (« Vous avez appris à être de meilleurs parents et vos enfants ont appris de nombreuses compétences nouvelles ») vont indubitablement dans le sens d'une majoration attendue des résultats de l'évaluation.

Les parents remplissent cinq échelles d'évaluation pré-post, le score pré-étude étant évalué rétrospectivement en demandant aux répondants *après* le programme quel était leur score *avant* le programme sur les différentes variables évaluées. On appréciera la précision des résultats qu'il est possible d'obtenir avec ce type de questions. Ainsi que le soulignait à nouveau Holder, les évaluations sont toutes fondées sur des autodéclarations des sujets, et non sur des mesures objectives. Les comportements autodéclarés sont par ailleurs d'une précision toute théorique. Que signifie par exemple « boire de l'alcool jusqu'à intoxication » (de l'ivresse légère au coma éthylique) ou « je bois de l'alcool » (d'un panaché hebdomadaire à un demi-litre de vodka quotidien), ou encore « force spirituelle » ? il existe bien dans le DSM-IV une définition technique de l'intoxication alcoolique, avec au moins un des signes suivants se développant pendant ou peu après la consommation d'alcool : discours bredouillant, incoordination motrice, démarche ébrieuse, nystagmus, altération de l'attention ou de la mémoire, stupeur ou coma. Mais il est très douteux que les sujets évalués en aient connaissance et s'y réfèrent pour leurs réponses.

Le contexte de remplissage du questionnaire, déjà mentionné, soumet par ailleurs les sujets à une pression normative manifeste, encore accentuée pour les enfants. Les rédacteurs du kit d'évaluation en sont d'ailleurs bien conscients, qui précisent : « Sachant que les enfants de cette tranche d'âge ont souvent tendance à vous dire ce que vous voulez entendre, vous devrez faire très attention à ne pas orienter leurs réponses. Vous pouvez prendre un peu de temps au début de la séance pour établir le contact avec l'enfant, mais veillez à ne lui faire aucun commentaire tendancieux une fois que vous commencez l'entretien. Lisez la question, notez la réponse qui correspond le mieux à la réponse de l'enfant ; passez ensuite immédiatement à la question suivante. Même de petits gestes, des hochements de tête, des clins d'yeux, des froncements de sourcils, etc., de votre part, influenceront la façon dont l'enfant répondra à ces questions. » Sachant cela, on pourra s'interroger sur l'effet d'introduire le remplissage du questionnaire en leur disant « Vos parents ont appris à être de meilleurs parents et vous avez appris de nombreuses compétences sociales nouvelles pour vous faire des amis plus facilement, satisfaire vos parents et être mieux à l'école ». On pourra également se demander comment il est possible aux animateurs d'atteindre ce niveau de neutralité pour un programme qu'ils ont eux-mêmes animé durant quatorze séances et comment les enfants, et même les adultes, peuvent ne pas intérioriser ce que les animateurs souhaitent qu'ils disent de leurs « progrès », et dont dépendent les financements du programme.

Quatrièmement, et c'est un problème encore plus grave qu'une efficacité dont le niveau déjà très faible ne résiste pas à une analyse du processus de fabrication des résultats : le programme contient des recommandations de pratiques parentales dont la littérature montre qu'elles sont délétères. Et ce problème n'est pas contingent ; il est directement et inextricablement lié au cadre théorique dans lequel s'est inscrit ce programme lors de sa conception, il y a quarante ans. SFP repose en effet centralement sur la théorie skinnerienne du conditionnement opérant et les techniques de récompenses positives et négatives qu'elle propose, comme le décrit par exemple la revue Cochrane de Furlong et ses collaborateurs : « Ainsi, les programmes fondés sur la théorie du conditionnement opérant consistent à enseigner aux parents des techniques de renforcement positif et négatif, en les aidant à se concentrer sur le comportement positif de l'enfant (en le félicitant et en le récompensant) et à ignorer ou à introduire des limites et des périodes d'exclusion pour le comportement négatif de l'enfant » (Furlong et coll., 2012). Plus spécifiquement, dans SFP ces techniques dont l'objet d'une séance dédiée (la séance 5), sous

⁹ XXX et YYY étant respectivement la chercheuse universitaire conceptrice initiale du programme et la société qui le commercialise.

la forme d'un protocole destiné à apprendre aux parents comment ignorer leur enfant lorsque celui-ci ne les satisfait pas. Cette séance, intitulée « *noticing and ignoring* », précise de la façon suivante les choses fondamentales pour bien ignorer son enfant :

Quelques points importants à retenir quand vous ignorez votre enfant

1. Ne regardez pas l'enfant. Détournez la tête ; faites demi-tour ; éloignez-vous ; quitter la pièce si nécessaire.
2. Ne montrez aucun sentiment. Utilisez un « silence de marbre ».
3. Ignorez-le en ne parlant pas à l'enfant, en faisant quelque chose d'autre, en accordant de l'attention à quelqu'un qui fait quelque chose de positif.
4. Ne touchez pas l'enfant, et ne le laissez pas vous toucher.
5. Ignorez systématiquement le comportement [...]. Ne cédez pas, spécialement si l'enfant augmente sa crise. Si vous cédez, vous lui apprenez que s'il se comporte suffisamment mal, vous cèderez.
6. Vérifiez que d'autres ne récompensent pas l'enfant. Si le comportement que vous ignorez ne diminue pas, peut-être qu'il est récompensé par d'autres, tels que des proches ou des amis. Si c'est le cas, expliquez à la personne ce qu'est le problème et pourquoi vous voulez qu'elle l'ignore.
7. Prenez garde au harcèlement. Pour certains enfants, même le harcèlement est une récompense (c'est de l'attention, après tout). Votre harcèlement va en fait augmenter le comportement problématique.
8. Arrêtez d'ignorer dès que le comportement cesse. *Récompensez le comportement voulu dès que possible.*

Les effets dévastateurs de l'ignorance de l'autre, du retrait affectif et de la déconnexion relationnelle et émotionnelle entre un enfant et les personnes significatives de son entourage, au premier rang desquelles ses parents, sont connus depuis longtemps. L'expérience célèbre de Tronick (Tronick et coll., 1978) connue sous le nom de Face-to-Face Still-Face Paradigm (adoption d'une « face de marbre » de la mère face à son enfant) a contribué à en montrer expérimentalement les mécanismes. Dans une synthèse plus récente (Tronick, 2004), l'auteur en décrit les effets de la façon suivante : « Pourquoi les nourrissons, et en fait tous les êtres humains, recherchent-ils si fortement des états de connexion interpersonnelle, et pourquoi l'échec de cette connexion cause-t-il de tels dommages à leur santé émotionnelle, mentale et physique ? Lorsque la rupture des liens est chronique, comme c'est le cas dans certains orphelinats, les nourrissons et les enfants sont angoissés, déprimés, apathiques et ne se développent pas. Dans des situations moins extrêmes, lorsque les personnes qui s'occupent des enfants se retirent et ne sont pas disponibles sur le plan émotionnel, les nourrissons sont d'humeur triste et renfermée. » Tronick ajoute que « même dans le cadre de manipulations expérimentales qui rompent brièvement le lien interactif entre les nourrissons ou les enfants et les autres, comme le Face-to-Face Still-Face Paradigm ou la Strange Situation Procedure, les nourrissons et les enfants se mettent en colère, sont angoissés, frustrés, et/ou se retirent et sont apathiques ». Au contraire, « lorsque la connexion est établie avec une autre personne, il y a une expérience de croissance et d'exubérance, un sens de la continuité et un sentiment de synchronisation, ainsi que le sentiment de connaître le sens du monde de l'autre. La déconnexion donne lieu à une expérience de rétrécissement, de perte de continuité, d'insensibilité à l'autre. Le sentiment de déconnexion est douloureux et, à l'extrême, il peut donner lieu à des sentiments terrifiants d'anéantissement.

Dévastatrices à court terme, ces techniques de contrôle psychologique par retrait d'affection et rupture du lien le sont encore plus à long terme, et ceci est connu depuis longtemps. Ainsi, Verhoeven et ses collaborateurs, dans leur synthèse de littérature de plusieurs études longitudinales (Verhoeven et coll., 2010), montrent que ces techniques ont des effets délétères sur la santé mentale des enfants, et tout particulièrement sur des fonctionnements qui sont précisément ceux qui sont supposés être améliorés par les programmes de parentalité : « L'utilisation par les parents du contrôle psychologique (c'est-à-dire le retrait d'affection, les cris) nuit à l'estime de soi et à l'intégrité de l'enfant, ce qui peut, à son tour, entraver le développement d'un comportement socialement accepté et entraîner des niveaux élevés de comportement d'extériorisation. [...] Des niveaux élevés de contrôle psychologique et de punition physique conduisent à des niveaux élevés de comportement externe des enfants [...] En fait, plusieurs études ont établis un lien entre des niveaux élevés de ces comportements parentaux négatifs et les comportements externalisés des enfants. [...] Le contrôle psychologique maternel est

associé à une augmentation de l'agressivité chez les tout-petits. Une étude sur l'agression chez les enfants d'âge préscolaire a montré une relation positive entre le contrôle psychologique maternel et l'agression physique chez les garçons. »

La notion de « contrôle psychologique » a une définition opérationnelle claire, et qui correspond point pour point aux recommandations de conditionnement par l'ignorance préconisées par SFP. Ainsi trois échelles différentes (la Psychological Control Scale-Youth Self-Report – PCS YSR – ; la Psychological Autonomy versus Psychological Control – CRPBI – ; et la Psychological Control Scale-Observer Report – PCS-OBS) contiennent-elles les descriptions suivantes (Barber, 1996) : « Ma mère (mon père) est une personne qui évite de me regarder quand je l'ai déçue ; si je l'ai blessée, elle arrête de me parler jusqu'à ce que je lui fasse à nouveau plaisir ; elle est moins amicale avec moi, si je ne vois pas les choses comme elle (lui) les voit » ; « Les membres de la famille détournent leur regard, se détournent, ont une expression faciale mécontente ou quittent physiquement l'interaction lorsqu'un autre membre de la famille exprime quelque chose de contraire à leurs attentes. » Tous ces comportements sont associés à une dégradation de plusieurs indicateurs de santé mentale de l'enfant et du futur adulte.

Ces analyses méthodologiques a priori suggèrent très fortement que les rapports coûts-bénéfices et bénéfices-risques du programme SFP ne sont pas bons, et qu'il n'est pas raisonnable de l'imposer à l'ensemble de la population française. Il n'est en effet guère envisageable qu'un programme qui rassemble en son sein des recommandations inefficaces et des recommandations délétères puisse *in fine* s'avérer bénéfique et sans risque.

... confirmées par les données empiriques

Des résultats expérimentaux récemment publiés viennent conforter cette conclusion, en démontrant a posteriori l'inefficacité du programme SFP sur les indicateurs ciblés dans quatre essais contrôlés randomisés, réalisés dans quatre pays différents : en Suède en 2014 (Skärstrand et coll., 2014), en Allemagne en 2016 (Baldus et coll., 2016), en Pologne en 2017 (Foxcroft et coll., 2017), enfin en 2022 au Royaume-Uni (Segrott et coll., 2022). Les quatre essais contrôlés randomisés concluent unanimement à l'inefficacité du programme SFP.

En Allemagne, l'étude a porté sur 292 familles réparties dans quatre villes différentes (Hamburg, Munich, Schwering, Hanovre) et a examiné les usages d'alcool, de tabac et de cannabis et les problèmes de comportements (mesurés avec la Reynolds Adolescent Adjustment Screening (RAASI) et le Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)) avec un suivi à 6 et 18 mois. Pour tous ces indicateurs, les auteurs concluent que « dans l'ensemble, les effets de taille moyenne constatés dans les essais américains précédents n'ont pas pu être reproduits dans le contexte allemand ».

En Pologne, l'étude a porté sur 511 familles (614 enfants, dans 20 lieux différents. Les indicateurs primaires étudiés étaient la consommation d'alcool, de tabac, et d'autres drogues non légales. Les indicateurs secondaires étaient les pratiques parentales, les relations parents-enfants, et les problèmes comportementaux des enfants, avec un suivi à 12 et 24 mois. Les conclusions des auteurs ont été les suivantes : « Nous n'avons trouvé aucune preuve de l'efficacité du programme SFP 10-14 sur la prévention de la consommation d'alcool ou de tabac, le comportement parental, les relations parents-enfants ou le comportement problématique de l'enfant lors du suivi à 12 ou 24 mois, dans un vaste essai contrôlé randomisé clusterisé en Pologne [...] Dans l'ensemble, ces résultats suggèrent que le SFP 10-14, tel qu'il a été adapté et mis en œuvre en Pologne, n'est pas efficace pour améliorer les compétences parentales, les relations parents-enfants et les résultats en matière de toxicomanie. »

En Suède, l'étude a porté sur 587 enfants et leurs parents, dans 19 écoles de Stockholm. Les indicateurs évalués portaient sur les épisodes d'ivresse, la consommation de tabac, les usages de drogues illicites, et les comportements disruptifs (« *norm breaking* »), avec un suivi à 12, 24, et 48 mois. Conclusion des auteurs : « aucun effet préventif n'a été constaté pour le tabagisme, la consommation d'alcool et de drogues illicites et d'autres comportements contraires aux normes, et les modérateurs n'ont pas eu d'incidence sur le résultat. La version suédoise du SFP 10-14 n'a pas été efficace pour prévenir la consommation de substances psychoactives chez les jeunes dans un contexte suédois ».

Au Royaume-Uni l'étude, particulièrement sérieuse, a porté sur 715 familles (919 parents et 931 enfants réparties dans sept régions différentes. Les indicateurs primaires, secondaires et tertiaires mesurés étaient la consommation et les usages excessifs d'alcool, l'ivresse, l'usage de cannabis, la consommation de tabac, les performances scolaires (General Certificate of Secondary Education (GCSE)) ; les comportements parentaux (General Child Management Scale Child Report), le fonctionnement familial (Family Relationship Index), le bien-être et le stress des enfants (Short Form Health Survey (SF-36)), l'état de santé des parents (General Health Questionnaire et EuroQol-5 Dimension (EQ-5D)). Des mesures de la fidélité d'implémentation du programme ont également été utilisées pour garantir la conformité de la mise en œuvre effective aux instructions des manuels. Les conclusions des auteurs ont été les suivantes : « Nous n'avons trouvé aucune preuve de différences entre les groupes deux ans après le début de l'étude pour les résultats primaires (consommation d'alcool et ivresse des jeunes au cours des trente derniers jours) ou pour tout autre résultat lié à la consommation de substances. De même, il n'y a pas de différences entre les groupes en ce qui concerne le bien-être, le stress et les problèmes émotionnels et comportementaux des jeunes. » Les auteurs précisent que « les résultats de notre étude contrastent avec les évaluations du SFP 10-14 menées aux Etats-Unis, dans lesquelles des effets à long terme sur la consommation de substances ont été détectés », mais que « l'absence d'effet de l'intervention dans le contexte britannique correspond à celle d'essais européens plus récents dans lesquels des versions adaptées du SFP 10-14 ont été évaluées », en citant les études allemande, polonaise et suédoise qui viennent d'être présentées. Ils évoquent également les multiples critiques sur la crédibilité des allégations d'efficacité de publications initiales sur le programme SFP : « Les essais de SFP 10-14 menés aux Etats-Unis ont été critiqués pour leur approche de l'analyse de données et de la présentation des résultats, certains suggérant que cela aurait pu conduire à des affirmations infondées sur l'efficacité de l'intervention. »

L'être humain est-il soluble dans la formalisation scientifique ?

S'il existe des domaines qui sembleraient a priori échapper à toute possibilité de formalisation scientifique, la parentalité est de ceux-là. La relation parents-enfants, où sont humanisés et éduqués ces derniers, est l'un des principaux lieux de leur développement et de leur construction. Lui supposer une définition, et des lois d'exercice scientifiquement fondées, semble également supposer une définition préalable et scientifique de l'humain en devenir auquel elle permet l'accès à la vie tout d'abord, à l'éducation et à l'humanité ensuite, à l'autonomie adulte enfin. Qu'est-ce qu'un être humain ? et qu'est-ce qu'un « bon » être humain, celui qu'une « bonne » parentalité scientifiquement fondée se fixerait comme objectif et dont elle devrait permettre le développement ?

La redoutable difficulté de la question et le fait qu'à ce jour personne – hors les régimes totalitaires – n'est jamais parvenu à y apporter une réponse satisfaisante, ne semble pas arrêter les « préventeurs » et les concepteurs de programmes de formation aux bonnes pratiques parentales, qui n'hésitent pas à proposer aux parents des comportements et des modes d'éducation fondés sur des évaluations expérimentales et des règles systématiques, forts d'avoir censément obtenu une différence statistiquement significative (ou alléguée comme telle) entre un programme testé et une intervention placebo sur un indicateur ou un autre (le fait d'avoir consommé de l'alcool par exemple), qui justifie « scientifiquement » le modèle de parentalité, et donc d'humanité que véhicule implicitement le programme testé. Ce qui légitimerait subséquemment que ce modèle soit imposé à l'ensemble d'une population, en l'occurrence la population française, comme le stipule l'instruction interministérielle du 19 août 2022.

Cette instruction et le projet politique qui la sous-tend posent de graves et multiples problèmes, dont seule une partie a été évoquée dans le présent texte. Rappelons ceux qui concernent spécifiquement les programmes SFP/PSFP en tant que l'une des composantes principales de ce dispositif de formation des parents et des enfants aux compétences psychosociales.

Tout d'abord le programme SFP, conçu dans les années 1980 en Iowa pour les parents usagers de drogues illégales n'a jamais été pensé pour faire de la prévention primaire universelle en santé mentale, encore moins de la promotion de la santé mentale positive, en population française.

Ensuite, contrairement aux allégations de publications anciennes qui ont conduit à son adoption par l'INPES à la fin des années 2000 – dans le cadre là encore d'un financement dédié à la prévention de l'usage de drogues –, puis à sa recommandation par Santé Publique France, le programme n'est pas efficace. Hier suggéré par des analyses méthodologiques approfondies, son inefficacité est aujourd'hui largement expérimentalement démontrée pour tous les indicateurs étudiés, y compris les usages de drogues, par quatre essais contrôlés randomisés menés en Europe dans les dix dernières années.

Plus grave encore, , non seulement n'améliore-t-il pas la santé mentale des enfants, mais il l'altère. Plusieurs des recommandations centrales du programme SFP sont non seulement empiriquement démontrées comme ayant des effets délétères à court et à long terme, mais encore considérées comme relevant de comportements déshumanisants et destructeurs dans le cadre des relations entre proches (Karantzas et coll., 2022). C'est le cas en particulier des comportements d'ignorance et de rejet volontaires et ostensibles de l'autre dans une relation (« *stonewalling* » selon la terminologie utilisée dans ce champ), qui sont par exemple connus depuis longtemps comme des prédicteurs de dégradation de la santé mentale des partenaires et de rupture dans les relations conjugales (Gottman, 1993), mais aussi des comportements de retrait volontaire d'affection et d'affection conditionnelle qui montrent à la personne qu'elle n'est appréciée que pour les fonctions qu'elle assure, la ravalant au rang d'une « marchandise exploitable qui n'est utile que lorsqu'elle a de la valeur » (Karantzas et coll., 2022).

L'idée même d'imposer par une décision gouvernementale un modèle unique de parentalité à toute une population par une politique de santé publique à l'ampleur inédite est – c'est un euphémisme – problématique, quand bien même cela serait au nom de la bienveillante intention d'éviter aux enfants de devenir alcooliques, tabagiques, drogués, violents, délinquants... Choisir de surcroît pour le faire un programme inefficace, délétère et déshumanisant conçu il y a quarante ans en Iowa sur la base d'une théorie périmée¹⁰ du fonctionnement humain est d'une inquiétante étrangeté. En vérité, il y a quelque chose de complètement fou, ou de complètement idiot, à prétendre que la totalité des enfants nés et à naître seraient à ce point dangereux et à risque de criminalisation qu'il faudrait mettre en place une politique systématique de destruction de leur humanité pour éviter ce fléau à la société.

C'est de la même idiotie que se moque Jean de La Fontaine lorsqu'il relate l'absurdité du comportement de cet ours qui, voulant protéger le sommeil de son ami sur le front duquel une mouche s'est posée, projette un pavé sur l'insecte, tuant la mouche et l'ami d'un même mouvement bien intentionné¹¹. C'est à Vincent Descombes, qui s'en sert de support dans le chapitre « Le raisonnement de l'ours » de son ouvrage éponyme (Descombes, 2007), que j'emprunte cette référence au fabuliste. L'ours – que j'utilise ici, on l'aura compris, comme une allégorie de la santé publique en santé mentale – est, dit Descombes, un mauvais raisonneur. Non parce qu'il aurait tiré de prémisses explicitement posées des conséquences qui n'en découleraient pas logiquement, mais parce qu'« il a oublié qu'il n'était pas seulement en charge d'une fin unique [...], mais aussi de tout un ensemble complexe et diffus de fins qu'il lui appartenait d'ordonner dans sa libération » (*ibid.*, p.120). C'est bien le cas de la santé publique en santé mentale : obnubilée par ses louables intentions d'empêcher ses administrés, adultes comme enfants, nés ou à naître, de boire, de fumer, d'être distraits, tristes, anxieux, bizarres, opposants, énervés, différents, de conduire trop vite, d'écouter trop fort, de bronzer trop longtemps, de consommer des aliments-trop-gras-trop-salés-trop-sucrés ou moins-de-5-fruits-et-légumes-par-jour, bref, de nuire à l'idéal de santé totale de l'OMS, la santé publique a oublié que c'était seulement s'ils demeuraient des humains, avec tout ce que cela (pré) suppose, qu'il y avait peut-être un intérêt à ce qu'ils boivent moins, fument moins, s'agitent moins et mangent plus de brocolis. S'il faut instituer comme cadre éducatif des enfants, ou comme cadre thérapeutique des patients, plus généralement comme cadre de vie des administrés de la santé publique, une boîte de Skinner pour qu'ils décalent de quatre ans – si les écoles du bras contrôle en Iowa du sud n'ont pas fait une soirée d'anniversaire de plus que celles du bras intervention parentale – leur première consommation de bière non autorisée, aurons-nous vraiment fait mieux que l'ours de La Fontaine et son pavé ?

¹⁰ Même dans le champ des thérapies comportementales et cognitives, l'utilisation de la théorie du conditionnement opérant skinnérien n'est plus qu'un lointain souvenir.

¹¹ L'ours et l'amateur des jardins, fable de Jean de La Fontaine, 1678.

Dans le champ de la santé publique, le pavé s'appelle souvent Evidence-Based-Medicine. Issue de la louable intention de fonder scientifiquement les affirmations parfois difficilement vérifiables des cliniciens, l'EBM s'est progressivement imposée comme une exigence normative, pour le meilleur et pour le pire ; en l'occurrence, surtout pour le pire. « L'EBM a été dévoyée », affirme John Ioannidis dans son émouvante lettre à feu David Sackett, qui en eut l'idée (Ioannidis, 2016b). Pour le chercheur aux 470 000 citations, et au facteur *h* de 238, « les essais randomisés influents sont largement réalisés par et au profit de l'industrie [...] Ils les font très bien, ils obtiennent de meilleurs résultats sur les listes de contrôle de "qualité", et ils sont plus prompts que les essais non industriels à afficher ou à publier leurs résultats ». Le problème est que c'est juste qu'ils posent souvent les mauvaises questions avec de mauvais proxy à court terme, de mauvaises analyses, de mauvais critères de réussite et de mauvaises déductions. L'épidémiologie des facteurs de risque est devenue experte dans la publication de triturations de miettes de données, et pour dicter des politiques reposant sur des preuves fallacieuses. Mais, ajoute ironiquement Ioannidis, « qui se soucie de ces petits problèmes ? »

Si l'on souhaite, pour la bonne santé mentale des enfants, empêcher que l'ours sécuritaire des politiques de santé publique ne leur lance ses programmes de parentalité à la tête, il faudrait pourtant s'en soucier. Car, toujours selon Ioannidis, « dans de nombreux endroits, la médecine et les soins de santé gaspillent les ressources de la société et deviennent une menace pour le bien-être humain ». S'il porte ce jugement sévère, c'est à propos d'une médecine de santé publique totalitaire et scientiste plutôt que scientifique. Car c'est pour ajouter aussitôt que « beaucoup de mes meilleurs alliés au fil des ans ont été des médecins en exercice qui connaissent de première main les problèmes majeurs et ce qui compte vraiment pour la santé et la maladie. David [Sackett], vous avez admirablement défini et clarifié l'EBM lorsque vous avez exprimé cette dualité : "Il s'agit d'intégrer l'expertise clinique individuelle aux meilleures preuves externes" ».

C'est en effet cette intégration qu'il faut viser pour apporter à la population un réel service de prévention en santé. Ce n'est pas en faisant appliquer en population générale auprès de populations d'enfants captifs (à l'école, en PJJ, ou ailleurs) des programmes inefficaces et délétères par des exécutants formés en quatre jours que cet objectif pourra être atteint. Bien au contraire, il en résulterait une dégradation générale de la santé mentale et un appauvrissement du niveau intellectuel, culturel et relationnel que s'avèrerait rapidement être un désastre, même sur le terrain économique que ces programmes sont censés favoriser.

C'est pourquoi il est essentiel que les praticiens en santé, spécialistes des enfants, mais plus généralement tous les cliniciens, s'emparent de ce sujet et fassent ce qui est en leur pouvoir pour arrêter l'ours sanitaire devenu fou. Les actions du collectif Pas de zéro de conduite avaient en leur temps réussi à mettre un coup d'arrêt à ces politiques alors émergentes. Maintenant qu'elles ont émergé et qu'elles se diffusent massivement, il sera plus difficile de les arrêter. Mais l'éthique commande de s'y employer.

L'éthique mais aussi, probablement, le droit. La loi n°2019-721 du 10 juillet 2019 relative à l'interdiction des violences éducatives ordinaires complète en effet l'article 371-1 du Code civil, en stipulant que « l'autorité parentale s'exerce sans violences physiques ou psychologiques ». L'utilisation de techniques qui sont amplement démontrées comme délétères pour la santé mentale de l'enfant peut, en toute hypothèse, s'analyser comme violence psychologique. A ce titre, il faut s'interroger, et interroger, sur leur légalité.

L'éthique, le droit, mais avant tout la raison. Pas seulement la raison hypothético-déductive et statistique de la science expérimentale, celle de l'EBM et des programmes « probants », mais aussi et pour ce qui nous occupe ici, surtout, la *phronesis*, cet exercice d'un sens qui, selon Descombes et Castoriadis (Descombes, 2007, p.304), « permet de distinguer ce qui est pertinent et ce qui ne l'est pas », de s'intéresser non plus seulement à ce qui existe, mais à ce qui importe.

S'agissant de prévenir la violence, la déviance, les comportements perturbateurs, l'usage des drogues dans la société au risque de l'usage de programmes déshumanisants, il convient de bien décider ce qui importe vraiment, et ce qui est réellement pertinent au regard de ce que l'on est capable d'éviter pour le prix des dégâts psychologiques et anthropologiques qui seront engendrés par ces programmes.

En 2021, selon les statistiques du ministère de l'Intérieur (SSMSI, 2022) il y a eu en France :

- 842 homicides ;

- 441 000 violences physiques hors ménage à caractère criminel ou correctionnel, ayant entraîné une incapacité temporaire d'au moins huit jours pour la victime. Ces violences augmentent de façon constante avec la taille des zones urbaines, passant de 2,3 pour 1 000 habitants en zone rurale à 6,3 pour 1 000 dans les zones de 100 000 à 200 000 habitants, illustrant l'importance des facteurs environnementaux dans le phénomène. Les violences physiques au sein des ménages ont fait, quant à elles, en moyenne 268 000 victimes par an ;

- 294 000 victimes de violences sexuelles ;

- 122 000 vols avec violence, 554 000 vols sans violence.

On peut donc considérer qu'environ un million de personnes sont victimes de violences chaque année. Incontestablement, c'est regrettable. Ces violences sont commises par des délinquants, qui sont au nombre de 555 000 à avoir été condamnés en 2021, dont 98,5 % pour des délits. Parmi eux le taux de réitérants est de 40 %, soit un peu plus de 200 000 personnes.

Est-il vraiment pertinent de conformer l'ensemble de la population française à un « savoir-être » déshumanisé pour tenter de prévenir chez ces 200 000 à 500 000 personnes violentes des comportements qui ne seront en vérité guère prévenus, et même possiblement aggravés, par des actions de préventions dysfonctionnelles ? On peut très sérieusement en douter.

« La quantification n'est pas la transposition d'une réalité intangible qui lui préexisterait, et elle n'a pas les propriétés de vérité et d'absolu qu'on lui prête. C'est une opération qui façonne, qui produit, qui conduit (en partie) le monde » écrit Olivier Martin (2020). « L'empire des chiffres, affirme-t-il dans son ouvrage éponyme, est immense. » Immense en effet, et même, pour ce qui concerne les ambitions de l'instruction interministérielle du 19 août 2022 « relative à la stratégie nationale multisectorielle de développement des compétences psychosociales chez les enfants et les jeunes – 2022-2037 » que nous avons analysée, absolument démesuré. Rien, en effet, dans les mesures qu'elle revendique ne justifie l'hubris de sa mise en œuvre sur une population qui, faute d'une mythique Némésis pour remettre les chiffres et les politiques qui s'en réclament à leur place, devra compter pour se protéger sur la vigilance et la résistance dont sauront faire preuve les professionnels concernés lorsque ces programmes leur seront imposés.

Bibliographie :

BALDUS, C. ; THOMSEN, M. ; SACK, P.M. ; BRÖNING, S. ; ARNAUD, N. ; DAUBMANN, A. ; THOMASUS, R. 2016. « Evaluation of a German version of the Strengthening Families Programme 10-14 : A randomised controlled trial », *European Journal of Public Health*, vol.26, n°6, p.953-959, <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckw082>

BARBER, B.K. ; 1996. « Parental psychological control : Revisiting a neglected construct », *Child development*, vol.67, n°6, p.3296-3319, <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1996.tb01915.x>

BUFFAULT, X. ; 2016. *Santé mentale, santé publique : un pavé dans la mare des bonnes intentions*, Presses universitaires de Grenoble.

DESCOMBES, V. ; 2007. *Le raisonnement de l'ours*, Paris, Le Seuil.

EHRENBERG, A. ; 2011. « La société du malaise », *Adolescence*, T.29, vol.3, n°3, p.553-570, <https://doi.org/10.3917/ado.077.0553>

ELLIS, P.D. ; 2010. *The Essential Guide to Effect Sizes : Statistical Power, Meta-Analysis, and the Interpretation of Research Results*, Cambridge University Press.

- FOXCROFT, D.R. ; CALLEN, H. ; DAVIES, E.L. ; OKULICZ-KOZARYN, K. 2017. « Effectiveness of the strengthening families programme 10-14 in Poland : Cluster randomized controlled trial », *European Journal of Public Health*, vol.27, n°3, p.494-500, <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckw195>
- FOXCROFT, D.R. ; IRELAND, D. ; LOWE, G.B.R. 2002. « Primary prevention for alcohol misuse in young people », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003024>
- FURLONG, M. ; MCGILLOWAY, S. ; BYWATER, T. ; HUTCHINGS, J. ; SMITH, S.M. ; DONNELLY, M. 2012. « Behavioural and cognitive-behavioural group-based parenting programmes for early-onset conduct problems in children aged 3 to 12 years », *Campbell Systematic Review*, vol.8, n°1, p.1-239, <https://doi.org/10.4073/csr.2012.12>
- GORMAN, D.M. 2003. « The best of practises, the worst of practises : The making of science-based primary prevention programs », *Psychiatric Services*, vol.54, n°8, p.1087-1089.
- GORMAN, D.M. 2015. « Flexible data analysis and evaluations of the SFP 10-14 », *European Journal of Public Health*, vol.25, n°5, p.900-901, <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckw155>
- GORMAN, D.M. 2017. « The decline effect in evaluations of the impact of the Strengthening Families Program for Youth 10-14 (SFP 10-14) on adolescent substance use », *Children and Youth Services Review*, n°81, p.29-39.
- GORMAN, D.M. 2018. « Sources of bias and need for caution in interpreting the result of Spoth et coll.'s (2017) PROSPER study », *Psychological Medicine*, vol.48, n°4, p.694-696.
- GORMAN, D.M. ; CONDE, E. ; HUBER, J.C. 2007. « The creation of evidence in "evidenced-based" drug prevention : A critique of the strengthening families program plus life skills training evaluation », *Drug and Alcohol Review*, vol.26, n°6, p.585-593, <https://doi.org/10.1080/09595230701613544>
- GOTTMAN, J.M. 1993. « A theory of marital dissolution and stability », *Journal of Family Psychology*, vol.7, n°1, p.57-75, <https://doi.org/10.1037//0893-3200.7.1.57>
- HOLDER, H. 2010. « Prevention programs in the 21st century : What we do not discuss in public », *Addiction*, vol.105, n°4, p.578-581, <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02752.x>
- INSERM, 2005. *Expertise collective. Trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent.*
- IOANNIDIS, J.P.A. 2005. « Why most published research findings are false », *PLoS Med*, vol.2, n°8, p.124, <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0020124>
- IOANNIDIS, J.P.A. 2016a. « Why most clinical research is not useful », *PLoS Medicine*, vol.13, n°6, p.1-10, <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002049>
- IOANNIDIS, J.P.A. 2016b. « Evidence-based medicine has been hijacked : A report to David Sackett », *Journal of Clinical Epidemiology*, n°73, p.82-86, <https://doi.org/10.1016/j.clinepi.2016.02.012>
- KARANTZAS, G.C. ; SIMPSON, J.A. ; PIZZIRANI, B. 2022. « The loss of humanness in close relationships : An interpersonal model of dehumanization », *Current Opinion in Psychology*, n°46, <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2022.101317>
- LAMBOY, B. ; BECK, E. ; TESSIER, D. ; WILLIAMSON, M. ; FRERY, N. ; TURGON, R. ; SHANKLAND, R. 2022. « The key role of psychosocial competencies in evidenced-based youth mental health promotion : Academic support in consolidating a national strategy in France », *International Journal of Environmental Research and Public Health*, n°19, p.16641, <https://doi.org/10.3390/ijerph192416641> Academic
- LEICHSENRING, F. ; STEINERT, C. ; RABUNG, S. ; IOANNIDIS, J.P.A. 2022. « The efficacy of psychotherapies and pharmacotherapies for mental disorders in adults : an umbrella review and meta-analytic evaluation of recent meta-analysis », *World Psychiatry*, vol.21, n°1, p.133-145, <https://doi.org/10.1002/wps.20941>
- MARTIN, O. 2020. *L'empire des chiffres ; sociologie de la quantification*, Paris, Armand Colin.
- PRINCE, M. ; PATEL, V. ; SAXENA S. ; MAJ, M. ; MASELKO, J. ; PHILLIPS M.R. ; RAHMAN, A. 2007. « No health without mental health », *Lancet*, vol.370, n°9590, p.859-877, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61238-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61238-0)

SANTE PUBLIQUE FRANCE. 2022. *Les compétences psychosociales : un référentiel pour un déploiement auprès des enfants et des jeunes. Synthèse de l'état des connaissances scientifiques et théoriques réalisé en 2021*, vol.370, n°9590, p.859-877, <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/les-competences-psychosociales-un-referentiel-pour-un-deploiement-aupres-des-enfants-et-des-jeunes-synthese-de-l-etat-des-connaissances-scientif>

SEGROTT, J. ; GILLESPIE, D. ; LAU, M. ; HOLLIDAY, J. ; MURPHY, S. ; FOXCROFT, D. ; MOORE, L. 2007. « Effectiveness of the Strengthening Families Programme in the UK at preventing substance misuse in 10-14 year-olds : A pragmatic randomised controlled trial », *BJM Open*, vol.12, n°2, p.1-14, <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-049647>

SKÄRSTRAND, E. ; SUNDELL, K. ; ANDREASSON, S. 2014. « Evaluation of a Swedish version of the Strengthening Families Programme », *European Journal of Public Health*, vol.24, n°4, p.578-584, <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckt146>

SSMSI. 2022. *Insécurité et délinquance en 2021 : bilan statistique*, <https://www.interieur.gouv.fr/Interstats/Publications/Hors-collection/Insecurite-et-delinquance-en-2021-bilan-statistique>

TREMBLAY, R.E. 2010. « Developmental origins of disruptive behaviour problems ; The "original sin" hypothesis, epigenetics and their consequences for prevention », *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol.51, n°4, p.341-367, <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2010.02211>

TRONICK, E.Z. 2004. « Why is connection with others so critical ? », *Emotional Development*, p.293-315.

TRONICK, E.Z. ; ALS, H. ; ADAMSON, L. ; WISE, S. ; BRAZELTON, T.B. 1978. « The infant's response to entrapment between contradictory messages in face-to-face interaction », *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, vol.17, n°1, p.1-13.

VERHOEVEN, M. ; JUNGER, M. ; VAN HAKEN, C. ; DEKOVI, M. ; VAN HAKEN, M.A.G. 2010. « Parenting and children's externalizing behavior : Bidirectionally during toddlerhood », *Journal of Applied Development Psychology*, vol.31, n°1, p.93-105, <https://doi.org/10.1016/j.appdev.2009.09.002>

Article extrait de l'ouvrage :

Le succès de la prévention en santé familiale, infantile et juvénile – Comment en prendre la mesure ?

sous la direction de Maryse Bonnefoy, Cécile Garrigues & Pierre Suesser (Ed. Erès 2023)

<https://www.editions-eres.com/ouvrage/5110/le-succes-de-la-prevention-en-sante-familiale-infantile-et-juvenile-comment-en-prendre-la-mesure>

