

La prévention précoce : entre acquis et controverses, quelles pistes pour l'action publique ?

Cinq ans après la publication controversée de l'expertise collective de l'INSERM sur les troubles de conduite chez l'enfant et l'adolescent, quel bilan peut-on tirer des actions visant à prévenir de façon précoce les risques de vulnérabilité sociale et psychologique ⁽¹⁾ ?

Certaines études, essentiellement anglo-saxonnes, indiquent que la mise en place de politiques de prévention dès le plus jeune âge, avant que ne surviennent des risques identifiés, serait efficace sur le long terme du point de vue de la santé, de la réussite scolaire, voire des incivilités. Ces politiques permettraient d'éviter des interventions curatives plus coûteuses pour la collectivité et aux résultats parfois incertains. Elles viendraient s'ajouter aux dispositifs de prévention à vocation universaliste (accueil de tous les publics), moins efficaces pour les publics les plus fragiles.

De nombreux professionnels invitent toutefois à aborder avec précaution la question d'un plus grand ciblage des dispositifs de prévention précoce, voire émettent des réserves sur le principe même de leur mise en œuvre. Faut-il vraiment prévenir dès le plus

jeune âge la survenue de risques dont rien n'assure qu'ils se réaliseront dans les faits ? Où placer la limite entre la prévention et le contrôle ? En d'autres termes, le remède n'est-il pas pire que le mal ? La vigueur de ce débat moral s'explique en partie par la confusion entre des objectifs de développement cognitif (afin de garantir la meilleure insertion sociale et économique possible aux publics vulnérables) et une perspective centrée sur la prévention de la délinquance (qui vise la réduction de facteurs de risques identifiés dans l'environnement des individus). Dans les faits, de nombreux programmes expérimentaux se sont développés en France ces dernières années, à partir de méthodologies principalement issues des États-Unis et du Québec. Il importe alors de déterminer si ces programmes innovants parviennent à concilier critères d'efficacité et principes éthiques. Cette démarche requiert avant tout l'étude du contenu de ces actions, de leurs modes opératoires (identification des publics cibles, modes de coordination entre professionnels, contenu des programmes) et des évaluations disponibles. ■

PROPOSITIONS

- 1 Développer les programmes de prévention précoce ciblés sur les 0-12 ans en complémentarité avec les dispositifs de prévention universalistes existants.
- 2 Garantir dans les programmes de prévention précoce ciblés l'application des cinq principes d'action suivants :
 - libre participation et encouragement à l'implication des parents ;
 - complémentarité entre actions en dehors et au sein du domicile des bénéficiaires ;
 - perspective de réintégration des bénéficiaires dans les dispositifs universalistes ;
 - intervention conjointe sur les enfants et les parents ;
 - intégration d'une dimension participative dans les évaluations scientifiques des programmes.

⁽¹⁾ Cette note s'inscrit dans le cadre d'un cycle de séminaires intitulé "La cohésion sociale par ses instruments" qui s'achèvera en avril 2011. Il est le fruit d'un partenariat entre le Centre d'analyse stratégique et la Direction générale de la cohésion sociale (http://www.strategie.gouv.fr/article.php3?id_article=1249). Les propositions contenues dans la présente note prolongent le séminaire commun du 13 décembre 2010 consacré aux dispositifs de prévention précoce et n'engagent que le Centre d'analyse stratégique.

LES ENJEUX

Depuis le début des années 2000, les États-providence européens développent des politiques de prévention des risques sociaux dans une logique d'investissement social⁽²⁾. Dans cet ensemble de politiques publiques tournées vers l'éducation, la jeunesse et l'enfance, les politiques de prévention précoce suscitent à la fois l'intérêt et la polémique.

La prévention précoce en direction des enfants et des familles vulnérables d'un point de vue économique, social ou culturel répond à deux objectifs complémentaires sans être nécessairement liés dans les dispositifs : d'une part, le développement harmonieux de l'enfant en vue d'une meilleure insertion sociale et économique ; d'autre part, la prévention de la délinquance, afin de garantir l'ordre public et la cohésion sociale.

C'est la coexistence de ces deux dimensions, et souvent leur confusion, qui alimente les réserves morales sur la prévention précoce. Les frontières entre prévention et contrôle étant parfois poreuses, est-il acceptable de cibler des enfants dès leur plus jeune âge ?

Mais le débat n'est pas seulement éthique, il doit aussi porter sur l'efficacité des actions. Les programmes de prévention précoce qui se développent en France et à l'étranger offrent-ils des solutions satisfaisantes pour l'action publique ?

En France, la collectivité dépense beaucoup moins en amont, au titre des programmes de prévention, qu'en aval, par la mise en place de dispositifs curatifs. Malgré les dernières réformes⁽³⁾, les services sociaux interviennent majoritairement au sein des familles quand les difficultés éducatives et familiales sont installées, et que le danger sanitaire et social est avéré. Certes, les services départementaux (action sociale et protection maternelle et infantile), les établissements publics de santé (services infanto-juvéniles, maternités, etc.), les caisses d'allocation familiale ou encore les établissements scolaires initient des actions de prévention. Mais leur poids en termes de crédits affectés demeure limité⁽⁴⁾. L'action publique en matière de prévention doit donc acquérir une visibilité et une légitimité plus assurées, ce qui passe aussi bien par des redéploiements budgétaires que par des dispositifs plus ciblés.

La prévention précoce désigne un ensemble d'actions mises en œuvre dès le plus jeune âge en direction d'une population présentant un risque de vulnérabilité. Il s'agit donc d'une intervention visant à éviter qu'une situation jugée défavorable ne se réalise, dans la mesure où ses conséquences apparaissent dommageables pour l'individu (le jeune enfant et/ou ses parents) comme pour la collectivité. La prévention précoce n'a de sens que si elle ne cible pas un fait précis dont la survenance est hypothétique, mais plutôt un ensemble de facteurs de risque dont la conjugaison nuit au développement psychoaffectif et cognitif de la personne bénéficiaire du programme. La prévention précoce s'inscrit donc dans une approche globale des problématiques individuelles.

La Charte d'Ottawa, adoptée en 1986 par l'Organisation mondiale de la santé, définit trois niveaux de prévention. La prévention primaire désigne "l'ensemble des moyens mis en œuvre pour empêcher l'apparition d'un trouble, d'une pathologie ou d'un symptôme". Elle se situe en amont du processus, quand le risque existe mais n'a pas encore eu de conséquences tangibles⁽⁵⁾. C'est dans ce registre que s'inscrit la prévention précoce. La prévention secondaire consiste à "prendre en charge le problème au

[2] Esping-Andersen G. et Sarasa S. [2002], "The generational conflict reconsidered", *Journal of European Social Policy*, vol. 12, n° 1, p. 5-21 et Delors J. et Dollé M. [2009], *Investir dans le social*, Paris, Odile Jacob.

[3] Cf. loi n° 2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance et loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance.

[4] Par exemple, certains auteurs estiment que 4 % seulement des 5,9 milliards d'euros consacrés à la protection de l'enfance (entendue au sens strict comme regroupant uniquement les services de l'aide sociale à l'enfance) sont affectés à des actions de prévention. Ce chiffre, dont le mode de calcul fait débat, peut surtout être retenu pour la tendance qu'il indique. Cf. Hardy J.-P., Lhuillier J.-M. et Thévenet A. [2010], *L'aide sociale aujourd'hui*, Paris, ESF Éditeur.

[5] Neyrand G. [2004], "La dynamique d'un réseau de prévention psychique précoce. Résistances et perspectives", *Revue française des Affaires sociales*, n° 1, p. 103-125.

tout début de l'apparition du trouble, qui peut ainsi être enrayer". En l'occurrence, une action de prévention secondaire en direction des parents peut avoir des effets en termes de prévention primaire pour leurs enfants⁽⁶⁾. Enfin, la prévention tertiaire a pour objectif d'enrayer les conséquences d'un comportement à risques. Cette typologie permet ainsi de délimiter les objectifs et le public visés par un dispositif de prévention précoce.

L'identification, la sélection et la prise en charge des publics cibles suscitent de nombreuses réserves sur les plans éthique (est-ce moralement justifiable ?) et pragmatique (est-ce efficace ?). Entre réserves éthiques et recherche d'efficacité en matière de prévention précoce, y a-t-il de la place pour une action publique mesurée, coordonnée et respectueuse des personnes ?

Après avoir posé les termes du débat sur le plan moral, cette note examine les conditions de la réussite en matière de prévention précoce, sur la base des évaluations disponibles dans les programmes en cours.

➤ LA PRÉVENTION PRÉCOCE, UN ÉTAT DES LIEUX CONTRASTÉ

(Une approche française plutôt universaliste

En France, la prévention précoce intervient de manière transversale dans l'action publique. Elle recouvre une grande variété de programmes : réseaux de périnatalité, actions de soutien à la parentalité, action éducative précoce⁽⁷⁾, etc. En outre, elle met en jeu des acteurs divers, tous niveaux et secteurs confondus. Au niveau local, elle est majoritairement organisée au travers des services de la Protection maternelle et infantile (PMI) et des réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents (REAAP). Ces dispositifs ont pour caractéristique première d'être ouverts à tous et de reposer sur la participation volontaire des usagers.

Les services de la PMI sont chargés de suivre la période périnatale en organisant notamment l'entretien du

quatrième mois de grossesse, mis en place dans le cadre du plan périnatalité 2005-2007. Cette rencontre informelle et facultative se déroule le plus souvent avec un médecin ou une sage-femme. Elle répond à deux objectifs : accompagner la femme et/ou le couple dans une démarche de prévention et d'éducation et les orienter vers des interlocuteurs appropriés pour les difficultés d'ordre social ou psychosocial. D'après une étude de l'UNAF (Union nationale des associations familiales), cette mesure n'aurait toutefois pas les résultats escomptés : en 2009, plus de 65 % des femmes interrogées ignoraient l'existence de ce dispositif⁽⁸⁾.

Poursuivant des objectifs similaires, les REAAP, créés en 1999, ont pour finalité "de soutenir les parents dans leur rôle éducatif en s'appuyant sur la mise en réseau des intervenants divers travaillant sur ce sujet"⁽⁹⁾. Il s'agit de démarches collectives visant à réunir des parents et à les faire échanger leurs expériences, pour acquérir de nouvelles "compétences" et trouver des solutions aux problèmes qu'ils rencontrent. Pour atteindre cet objectif, les moyens mis en œuvre sur le terrain sont variés. Dans son rapport, la Cour des comptes souligne que les REAAP sont la "seule démarche gratuite et s'adressant à tous les parents"⁽¹⁰⁾. De son côté, l'évaluation de l'IGAS salue l'impact globalement positif du dispositif, notamment sur le plan symbolique : les parents qui participent aux actions collectives se voient relégitimés et déculpabilisés⁽¹¹⁾. Il manque néanmoins une évaluation quantitative de ce programme, pour déterminer si le public touché est bien celui qui a le plus besoin d'être soutenu, et si le dispositif permet de répondre efficacement aux besoins identifiés. Le manque de visibilité de ces réseaux, cumulé à l'absence d'évaluation du dispositif, ont conduit à un affaiblissement des REAAP, une réduction des crédits qui leur sont alloués par l'État et la concurrence toujours plus forte due aux initiatives d'autres acteurs locaux ayant compétence en matière de prévention⁽¹²⁾. Le risque serait alors de faire des REAAP, pilotés par l'État, mais financés également par d'autres entités (Caisses d'allocations



[6] Dugnat M., dir. [1996], *Troubles relationnels père-mère/bébé : quels soins ?*, Ramonville St-Agne, Erès.

[7] Cela concerne les enfants âgés de 6 à 12 ans, la prévention dite spécialisée concernant les adolescents et les jeunes adultes. Cf. Audition de Patrick Beau, magistrat, président de l'association Mission Possible.

[8] UNAF (2010), *Enquête périnatalité. Regards de femmes sur leur maternité*. Disponible sur : http://www.unaf.fr/IMG/pdf/ENQUETE_PERINATALITE.pdf

[9] Roussille B. et Nosmas J.-P. [2004], *Évaluation du dispositif des réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents (REAAP)*, Rapport n° 2004-019, IGAS.

[10] Cour des comptes [2009], *Les politiques de soutien à la parentalité*, Rapport public annuel.

[11] Roussille B. et Nosmas J.-P. [2004], *op. cit.*

[12] Cf. l'audition d'Hubert Valade et Salem Belkessam, Direction départementale de la cohésion sociale, Seine-Saint-Denis.

familiales, Conseils généraux), «une instance interinstitutionnelle qui limite son rôle à la délivrance de subventions aux services et aux associations prenant en charge les actions en faveur de la parentalité»⁽¹³⁾.

Si les dispositifs de prévention précoce français apparaissent plutôt universalistes, les expériences étrangères invitent à s'interroger sur la pertinence d'une politique plus ciblée, sans esquiver les problèmes éthiques qu'elle soulève.

Fondements et essor des politiques de prévention précoce

Aux États-Unis, les premiers programmes d'intervention précoce ont été lancés sur une base expérimentale dès les années 1960. Sur le plan théorique, ces interventions s'appuient notamment sur les apports de l'écologie du développement humain.

☑ L'écologie du développement humain

Le psychologue Urie Bronfenbrenner (1917-2005) fut le promoteur de l'approche par l'écologie du développement humain aux États-Unis⁽¹⁴⁾. Prenant appui sur des études longitudinales⁽¹⁵⁾, ses travaux montrent que le développement d'un enfant est compromis lorsque les facteurs de risque présents dans son environnement (la pauvreté, le fait d'être élevé par un parent isolé, le faible niveau de diplômes des adultes référents, etc.) excèdent les facteurs de protection (la réussite scolaire, l'attachement dont font preuve les parents à son égard...). La démarche clinique associée se donne pour objectif d'intervenir sur l'équilibre entre ces deux types de facteurs pour contribuer au mieux-être de l'individu.

Au Québec, des études initiées dans les années 1980 ont abouti à la publication du Rapport du groupe de travail sur les jeunes, *Un Québec fou de ses enfants*, qui insistait sur

l'enjeu que représentait la petite enfance en matière de prévention, en particulier dans les quartiers pauvres et au sein des familles monoparentales⁽¹⁶⁾. Une étude plus récente menée par Richard Tremblay avance qu'un dollar investi dès le plus jeune âge en matière de prévention permet d'économiser 7 dollars qui auraient sinon été consacrés à des actions répressives et curatives⁽¹⁷⁾. Ces conclusions font naturellement l'objet de débats dans la communauté scientifique.

Richard Tremblay est professeur de psychologie à l'université de Montréal et titulaire de la chaire de recherche du Canada sur le développement de l'enfant. Il participe depuis son lancement, en 1984, au projet ELEM (Étude longitudinale et expérimentale de Montréal), qui consiste à suivre un échantillon de plus de 1 000 garçons ayant fréquenté une maternelle de quartier défavorisé. L'objectif est triple : identifier les facteurs à l'origine des difficultés d'adaptation, suivre leur développement jusqu'à l'âge adulte et en déduire des programmes de prévention précoce. Le projet se situe donc clairement du côté de la lutte contre la délinquance⁽¹⁸⁾. En complément, une étude sur des jumeaux nouveaux-nés au Québec a montré que le développement des enfants serait partiellement influencé par des facteurs environnementaux et biologiques⁽¹⁹⁾. C'est précisément ce dernier point – le risque de réduction des comportements sociaux à des données biologiques – qui suscite de forts débats, en France et ailleurs, en dépit des évaluations somme toute positives de ces programmes. La fin ne justifierait en effet pas les moyens.

Du débat éthique à la naissance d'une polémique

En France, ces questionnements éthiques se sont plus particulièrement fait entendre ces dernières années à l'occasion de la publication de rapports liant explicitement ou implicitement prévention précoce et délinquance.



[13] Bastard B. (2007), «Les REAAP, l'accompagnement des parents au niveau local. Institutions, professionnels et parents : partenaires», *Informations sociales*, n° 139, p. 94-105.

[14] Bronfenbrenner U. (1979), *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*, Cambridge, Harvard University Press.

[15] Une étude est dite longitudinale dès lors qu'elle suit un groupe d'individus dans le temps, en observant leurs évolutions personnelles et collectives en fonction de caractéristiques déterminées en amont.

[16] Bouchard C. (1991), *Un Québec fou de ses enfants*, Rapport du groupe de travail pour les jeunes, gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux.

[17] Tremblay R. (2008), *Prévenir la violence dès la petite enfance*, Paris, Odile Jacob.

[18] Tremblay R., Charlebois P., Gagnon C., Larivée S., Laurent D., Couto S., Ethier L., Durning P. et Soussignan R. (1987), *Les garçons agressifs à l'école maternelle : Étude longitudinale, descriptive, prédictive et explicative*, Rapport présenté au Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS), Montréal, Groupe de recherche sur l'inadaptation psychosociale chez l'enfant.

[19] Tremblay R. (2007), «The development of youth violence: An old story with new data», *European Journal on Criminal Policy and Research*, vol. 13, n° 3, p. 161-170.

En 2005, l'INSERM (Institut national de la santé et de la recherche médicale) a publié une expertise collective sur les troubles de conduite chez l'enfant et l'adolescent⁽²⁰⁾. Les experts sollicités inscrivirent leurs réflexions dans la filiation des travaux sur le repérage précoce et la prévention ciblée des comportements à risques. Ils défendaient l'idée que différents facteurs de risque (d'ordres génétique, neurocognitif et/ou environnemental) peuvent interagir, avec une importance accrue lors des moments de vulnérabilité de l'individu (la mère et l'enfant, par exemple, dans les périodes prénatale et périnatale). Les recommandations allaient ainsi dans deux directions : d'une part, la généralisation des programmes de dépistage et de prévention précoces, en particulier ceux qui ciblent la petite enfance, et, d'autre part, le lancement d'études épidémiologiques auprès de cohortes d'enfants et d'adolescents afin d'estimer la prévalence des troubles de la conduite et leurs différents symptômes.

Notons que le rapport de l'INSERM ne proposait pas d'instituer un programme de prévention par étapes dans une organisation très encadrée, mais suggérait plutôt d'identifier dans l'environnement des enfants les aspects qui induisent le plus fréquemment des comportements déviants. **L'approche adoptée n'était donc pas restreinte aux comportements délictueux, mais visait à empêcher l'isolement d'un jeune et sa marginalisation vis-à-vis de la société, de l'école et de sa famille.**

Cette expertise mobilisa contre elle de nombreux professionnels, dont certains participèrent en 2006 au lancement du collectif "Pas de zéro de conduite pour les enfants de trois ans"⁽²¹⁾. Les signataires de l'appel mirent en avant les **risques de stigmatisation inhérents à l'approche en termes de troubles précoces de la conduite**. Ils fustigèrent par ailleurs une **conception prédictive de la délinquance juvénile**, qui ignorerait les possibilités de "développement singulier de l'être humain". Enfin, les dispositifs de prévention précoce auraient tendance à renforcer **les mécanismes de contrôle social** des populations les plus vulnérables.

Dans le débat public, la réception du rapport de l'INSERM vint s'articuler avec celle du rapport remis peu de temps auparavant au ministre de l'Intérieur par le député Jacques-Alain Bénisti⁽²²⁾. Ce texte mettait au premier plan le dispositif de prévention pour la protection de l'ordre et de la sécurité publics. Deux points firent alors plus particulièrement polémique :

- ▶ le rôle de la maîtrise du français et de l'emploi de la langue d'origine par les parents sur le devenir des enfants ;
- ▶ l'identification d'une "courbe indicative de délinquance", segmentée en tranches de deux ans, différenciant un parcours déviant d'un parcours normal selon un ensemble de comportements et de facteurs de risques.

Comme l'illustrent ces deux exemples, si la prévention précoce est source de polémiques récurrentes, c'est d'abord parce que ses finalités n'apparaissent pas toujours clairement. Elles oscillent entre prévention et prescription, souci du développement harmonieux des enfants et préoccupations d'ordre public par la lutte contre la délinquance juvénile.

Ainsi, à propos de la loi du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance, un auteur a souligné "la potentielle perversité d'une extension à l'infini de la prévention qui revient, par anticipation, à placer sous accompagnement et tutelle publique des personnes et des familles alors même que rien objectivement ne permet de mettre en doute le respect de leurs obligations parentales, surtout si elles ne sont que futures"⁽²³⁾. La réduction du parcours biographique d'un individu à une trajectoire probabiliste ferait de lui la cible d'une "gestion prévisionnelle des risques" vis-à-vis de laquelle on devrait user de prudence méthodologique et de vigilance politique⁽²⁴⁾.

Il apparaît donc nécessaire de distinguer les politiques visant la promotion de l'épanouissement de l'enfant (acquisition de capital social) au sein des familles les plus vulnérables et celles dont l'objectif explicite est de



[20] INSERM (2005), *Troubles de conduite chez l'enfant et l'adolescent*, Expertise collective, Paris, Éditions de l'INSERM. Ce document vient compléter un précédent travail sur les troubles mentaux. Voir INSERM (2002), *Troubles mentaux. Dépistage chez l'enfant et l'adolescent*, Expertise collective, Paris, Éditions de l'INSERM.

[21] Cf. <http://www.pasde0deconduite.org/appe/>. On compte 200 000 signataires à ce jour.

[22] Bénisti J.-A. (2004), *Sur la prévention de la délinquance*, Rapport remis au ministre de l'Intérieur, de la Sécurité intérieure et des Libertés locales, octobre.

[23] Lafore R. (2007), "Les montages institutionnels de la protection de l'enfance : entre justice et administration", *Revue de droit sanitaire et social*, n° 1, p. 15.

[24] Castel R. (1981), *La gestion des risques. De l'anti-psychiatrie à l'après-psychanalyse*, Paris, Éditions de Minuit.

prévenir la délinquance. Les publics se recoupent parfois mais ils ne doivent en aucun cas être systématiquement assimilés, sous peine d'associer les publics les plus fragiles aux auteurs d'actes délinquants.

La manière dont a été reçu le récent rapport de Jean-Marie Bockel illustre bien les tensions actuelles en matière de prévention précoce⁽²⁵⁾. L'ancien secrétaire d'État y souligne que "la lutte contre la délinquance juvénile doit d'abord passer par le soutien à la fonction parentale, dans un contexte de crise de l'autorité et de déstabilisation des structures familiales". Il propose notamment que soit mis en place un "repérage précoce des enfants en souffrance" afin que la réponse sociale ne soit plus fonction des seuls passages à l'acte délinquants. Mais des craintes quant à la stigmatisation de publics dits "à risques" n'ont pas manqué, à nouveau, d'être exprimées. Quels signes justifieront que la puissance publique assume une intervention précoce dans le milieu familial ? Comment se fera l'équilibre entre incitation et coercition ?

❖ QUELLES CONDITIONS DE RÉUSSITE POUR LES PROGRAMMES DE PRÉVENTION PRÉCOCE ?

La pertinence et l'efficacité des programmes de prévention précoce reposent sur l'articulation de deux conditions essentielles :

- ▶ d'une part, la complémentarité des dispositifs de prévention ciblés sur des facteurs de risques et des politiques globales à vocation universaliste ;
- ▶ d'autre part, des procédures de recrutement des bénéficiaires qui garantissent leur libre adhésion et empêchent leur stigmatisation.

Les dispositifs de prévention précoce doivent être complémentaires des politiques universalistes existantes

Au Royaume-Uni, le programme "Sure Start" fournit une illustration utile de cette articulation nécessaire entre approche universaliste et ciblage. Ainsi, au sein de ce

dispositif, le ciblage initial des publics a aujourd'hui laissé place à un fonctionnement beaucoup plus ouvert, reposant sur une logique universaliste. Mais cette évolution fait l'objet de débats parmi les responsables britanniques, qui se fondent sur les récentes évaluations du programme.

❖ Sure Start (Royaume-Uni) : un programme gouvernemental pour "donner le meilleur départ possible aux enfants"

Lancé en 1998 à l'initiative du gouvernement travailliste de Tony Blair, le programme Sure Start s'inscrit dans un objectif global de **réduction de la pauvreté infantile**. En plus de dix ans, il a gagné en ampleur. Il s'agissait à l'origine de cibler les familles résidant dans des quartiers défavorisés, depuis l'annonce de la grossesse jusqu'aux 4 ans de l'enfant. Désormais, le programme s'adresse à tous les enfants jusqu'à 14 ans, voire 16 ans s'ils sont en situation de handicap, avec une implantation locale beaucoup plus large. Le mot d'ordre "**Every Child Matters**" [chaque enfant compte] indique le basculement vers une logique davantage universaliste.

Les centres Sure Start développent une **offre intégrée de services** aux familles (accueil et prééducation des jeunes enfants, soins médicaux). C'est la collectivité qui finance l'ensemble du programme. L'objectif pour 2010 est de parvenir à 3 500 centres homologués.

Les évaluations de ce programme font l'objet de vifs débats dans la mesure où elles livrent un tableau en demi-teinte⁽²⁶⁾. Ainsi, la National Evaluation of Sure Start dirigée par le Pr. Edward Melhuish⁽²⁷⁾ montre que les conséquences positives associées au fait de bénéficier des services offerts par les centres Sure Start ne concernent pas les familles les plus défavorisées (mères adolescentes en situation de monoparentalité, couples sans emploi).

Pour la ministre en charge du dossier, Sarah Teather, les deux interrogations principales doivent concerner :

- l'**opportunité de maintenir une approche universaliste**, seule à même de garantir l'accès de tous au programme mais très coûteuse pour la collectivité, au détriment des publics prioritaires ;
- l'**opportunité de mettre à contribution les familles les plus aisées** et d'affecter les financements publics en priorité aux actions efficaces menées localement dans les centres⁽²⁸⁾.

[25] Bockel J.-M. [2010], *La prévention de la délinquance des jeunes*, Rapport à Monsieur le Président de la République, ministère de la Justice et des Libertés, novembre.

[26] House of Commons, Children, Schools and Families Committee [2010], *Sure Start Children's Centres*, Fifth Report of Session 2009-2010.

[27] Cf. l'intervention du Pr. Melhuish au cours de la séance du 13 décembre 2010.

[28] Anushka Asthana [2010], "Sure Start children's centres told to charge for some services", *The Observer*, 14 novembre.

En France, les réseaux locaux de périnatalité ont fait le choix d'apporter une aide ciblée vers les personnes les plus fragiles, dans une logique différente, mais complémentaire, de celle des PMI. Ces réseaux reposent sur la mobilisation d'acteurs locaux, centres hospitaliers, caisses d'allocations familiales, Conseils généraux (à travers les services PMI et aide sociale à l'enfance), avant, pendant et après la naissance. Par exemple, le réseau de Seine-Saint-Denis Ouest a mis en place des réunions pluridisciplinaires pour discuter entre professionnels des situations repérées comme problématiques (absence d'hébergement stable de la mère, violences conjugales, pathologies psychiatriques, isolement relationnel, etc.). Il s'agit d'améliorer la prise en charge conjointe des patientes présentant des risques médicaux, psychologiques et sociaux. Une permanence d'accès aux soins de santé en périnatalité a également été ouverte dans le cadre de ce réseau pour les femmes sans couverture sociale et/ou ne bénéficiant pas de suivi médical pendant leur grossesse. Enfin, l'Hôpital Delafontaine de Saint-Denis dispose d'une unité de psychiatrie périnatale qui s'adresse à toutes les femmes suivies dans le cadre du réseau. Une puéricultrice se rend au domicile des familles lorsque la situation le nécessite.

Dans les programmes expérimentaux de prévention précoce qui se développent en France, le fait de cibler certains publics est clairement assumé comme une condition de réussite. Sur le plan méthodologique, ces actions reposent sur deux spécificités :

- ▶ l'inscription dans un protocole d'expérimentation sociale "randomisée"⁽²⁹⁾. Cette méthode issue du monde anglo-saxon a été largement soutenue en France par le Haut Commissariat aux solidarités actives contre la pauvreté. Elle repose sur la comparaison de deux groupes, formés de manière aléatoire, l'un bénéficiant de l'intervention et l'autre non. L'évaluation des effets du programme permet, dans un second temps, d'envisager une généralisation à l'ensemble de

la population. Dans le champ de la prévention précoce, les expérimentations ont souvent été initiées par des médecins de santé publique, des psychiatres et/ou des psychologues ;

- ▶ l'identification de facteurs de risques dans l'environnement des publics vulnérables. Elle permet de cibler l'intervention précoce sur les personnes qui en retireront potentiellement le plus de bénéfices. Il s'agit donc de développer une approche fondée sur un principe d'équité, visant à restaurer les conditions d'une égalité des chances. Les critères d'inclusion des personnes sont définis avant la mise en place des programmes, ce qui rompt avec une perspective universaliste d'ouverture inconditionnelle, mais doit lutter contre les inégalités sociales observées à travers le recours aux aides sociales⁽³⁰⁾. Les interventions sont menées le plus souvent auprès des parents, dans le but "d'améliorer les compétences parentales, et notamment le sentiment d'efficacité personnelle et la capacité de coopération avec les professionnels, les institutions et d'autres parents"⁽³¹⁾.

Les promoteurs de ces actions expérimentales en matière de prévention précoce insistent toujours sur la complémentarité de leur démarche avec les systèmes de droit commun. La France dispose d'un secteur social de qualité, particulièrement développé, qu'il ne s'agit pas de remettre en cause. Les interventions précoces ciblées visent simplement à donner plus à ceux qui ont moins, dans une logique de compensation précoce, et à aller vers les publics qui sollicitent peu ou pas du tout les services sociaux. Il apparaît en effet nécessaire de mettre à disposition des publics les plus fragiles des programmes de prévention adaptés à leurs situations et besoins. Ainsi, l'intensification de l'aide apportée par le service compétent serait fonction des besoins de chaque public. Une telle organisation aurait pour avantage d'éviter d'opposer prévention universelle et prévention ciblée, en soulignant la complémentarité de ces deux approches.



[29] La "randomisation" est une technique utilisée à l'origine dans le champ des études médicales. Elle renvoie au fait de répartir au hasard des patients ou des traitements dans le cadre d'essais thérapeutiques visant à déterminer l'efficacité d'une substance médicamenteuse. Ce terme est aujourd'hui utilisé dans d'autres disciplines, comme l'économie. Cf. Duflo E. (2009), *Expérience, science et lutte contre la pauvreté*, Paris, Fayard/Collège de France. Pour une présentation générale, cf. Direction générale de la cohésion sociale (2010), "L'expérimentation sociale : évaluer scientifiquement un dispositif innovant en vue de sa généralisation", *Note remise aux participants de la séance 2 du cycle de séminaires "La cohésion sociale par ses instruments : quelle actualité des approches et des méthodes dans le champ social ?" (Centre d'analyse stratégique – DGCS)*, 25 novembre.

[30] Warin P. (2010), *Le non-recours : définition et typologies*, Document de travail de l'Observatoire des non-recours aux droits et services (ODENORE), juin. Disponible sur : <http://odenore.msh-alpes.fr/node/151>

[31] Cf. Centre d'analyse stratégique (2007), "Analyse : Quelles politiques d'accompagnement des parents pour le bien-être de leurs enfants ? Une perspective internationale", *La Note de veille*, n° 85, décembre.

PROPOSITION 1

Développer les programmes de prévention précoce ciblés sur les 0-12 ans, en complémentarité avec les dispositifs de prévention universalistes existants.

L'organisation des dispositifs de prévention précoce doit viser l'efficacité, en veillant à ne pas stigmatiser des publics déjà vulnérables

Les polémiques sur le retour d'une "police des familles" ne désarment pas. Elles indiquent la difficulté à penser le statut des bénéficiaires des actions de prévention précoce. Pour prévenir les critiques, il faut à la fois garantir la libre adhésion des personnes aux dispositifs et aller à la rencontre des plus vulnérables pour les mobiliser.

Dans cet esprit, l'expérimentation CAPEDEP s'appuie sur une série de visites au domicile des mères et des couples bénéficiaires⁽³²⁾.

CAPEDEP : Une intervention préventive en périnatalité s'appuyant sur des visites à domicile

L'intervention CAPEDEP (**Compétences parentales et Attachement dans la Petite Enfance : Diminution des risques liés aux troubles de santé mentale et Promotion de la résilience**) entend favoriser le développement harmonieux de l'enfant dans sa famille, en luttant contre "le taux de dépression postnatale des mères trois mois après la naissance, en diminuant l'attachement désorganisé chez les enfants de 0 à 12 mois⁽³³⁾, en promouvant les compétences parentales et en réduisant les troubles internalisés et externalisés des enfants à deux ans"⁽³⁴⁾. Initié par une équipe de recherche des **Hôpitaux Maison-Blanche et Bichat** (Paris), ce projet est né d'un double constat : l'augmentation des consultations en psychiatrie pour des enfants présentant des troubles du

comportement et la corrélation statistique entre le fait de vivre dans des contextes de vulnérabilité et l'expression d'une souffrance psychique⁽³⁵⁾.

CAPEDEP propose une **intervention précoce à domicile** en direction de familles avec des risques de vulnérabilité psychosociale, **depuis le troisième mois de grossesse de la mère jusqu'aux deux ans de l'enfant**. Commencé fin 2006, le projet est aujourd'hui dans sa phase d'évaluation. Les premiers résultats ne seront connus qu'en 2011. Cette étude longitudinale "randomisée" a concerné 440 jeunes femmes, leurs enfants et éventuellement leurs conjoints. Les mères, recrutées sur la base du volontariat dans dix maternités de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris, l'ont été en fonction de critères définis en amont : l'âge (moins de 26 ans) et le rang de la grossesse (primipares). Les participantes devaient en outre présenter une des caractéristiques suivantes : déclarer qu'elles élèveront seules leur enfant (isolement social), bénéficier de la couverture maladie universelle ou de l'aide médicale d'État (faibles revenus) ou avoir un niveau d'éducation inférieur à 12 années (critère socioprofessionnel). Pris séparément, aucun des critères retenus ne justifie une intervention précoce. **C'est le cumul des facteurs de risques qui crée la vulnérabilité.**

Après sélection, les participantes ont été réparties de façon aléatoire dans deux groupes distincts (évaluation randomisée). Le premier groupe, bénéficiaire du programme, a reçu la visite régulière de professionnels formés et supervisés⁽³⁶⁾, tandis que le second a bénéficié du dispositif de droit commun organisé par les services de la protection maternelle et infantile.

Les femmes suivies se révèlent être très jeunes (22 ans en moyenne) et peu diplômées (90 % ont un niveau inférieur au bac). Une sur trois vit sous le seuil de pauvreté. Plus de la moitié de la population de l'échantillon n'est pas née en France.

Cette expérimentation fait figure de référence dans d'autres pays européens, notamment l'Irlande⁽³⁷⁾ et l'Allemagne⁽³⁸⁾, où des programmes similaires ont été lancés. Sa démarche

[32] Cf. les auditions de Thomas Saïas et Tim Greacen, Établissement public de santé de Maison-Blanche, Paris.

[33] La théorie de l'attachement, développée par le psychiatre et psychanalyste anglais J. Bowlby (1907-1990), se fonde sur l'idée que la qualité de la relation établie dès les premiers mois entre le nourrisson et le donneur de soins (sa mère par exemple) a une importance capitale dans le développement futur de l'enfant. L'attachement peut être sécurisant (source de bien-être) ou insécurisant (vecteur de psychopathologies). L'attachement est dit désorganisé lorsque le nourrisson manifeste des comportements contradictoires et incohérents envers le donneur de soins (se figer, se blottir sur le sol, etc.). Pour une synthèse récente, cf. Observatoire national de l'enfance en danger (2010), *La théorie de l'attachement : une approche conceptuelle au service de la protection de l'enfance*, Dossier thématique coordonné par N. Savard.

[34] Dugravier R., Guedeney A., Saïas T., Greacen T., Tubach F. (2009), "Compétences parentales et attachement dans la petite enfance : diminution des risques liés aux troubles de santé mentale et promotion de la résilience (CAPEDEP) : une étude longitudinale de prévention précoce des troubles de la relation mère-enfant", *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, vol. 57, n° 6, p. 482-486.

[35] Haddad A., Guédeney A., Greacen T., dir. (2004), *Santé mentale du jeune enfant : prévenir et intervenir*, Ramonville St-Agne, Érès.

[36] Il s'agit de l'occurrence de jeunes femmes ayant le diplôme de psychologue. Au plus fort du programme, elles réalisaient trois visites à domicile par jour, suivies d'une heure de supervision individuelle. Des supervisions collectives étaient organisées toutes les deux semaines.

[37] Le programme "Preparing for Life – Planning together for our children" suit de manière longitudinale 200 familles, depuis l'annonce de la grossesse jusqu'à l'entrée à l'école de leur enfant. <http://www.preparingforlife.ie/>

[38] Le programme "Pro Kind: Early Childhood Intervention Project", qui a débuté en 2006 en Basse-Saxe puis dans la région de Brême, concerne 700 familles jusqu'en 2012. http://www.kfn.de/Research_areas_and_projects/Crime_Prevention/Pro_Kind.htm?lang=en

méthodologique produit des évaluations positives, dont les résultats définitifs seront publiés courant 2011.

De manière générale, la lutte contre la stigmatisation des publics concernés suppose un certain nombre de garanties, qui pourraient être intégrées dans un label ou une charte de la prévention précoce qui encadrerait les dispositifs mis en œuvre :

- **Principe d'action n° 1 : la libre participation et l'encouragement à l'implication des parents.**

La libre participation des publics nécessite qu'ils connaissent l'existence des dispositifs de prévention, ce qui pose, entre autres, la question du stockage et du partage de l'information entre professionnels pour identifier les publics candidats.

- **Principe d'action n° 2 : la complémentarité entre des actions en dehors et au sein du domicile des bénéficiaires.**

Il s'agit de promouvoir des formes d'intervention qui sollicitent directement les publics vulnérables et/ou marginalisés, éventuellement dans une démarche communautaire⁽³⁹⁾.

- **Principe d'action n° 3 : la perspective de réintégration des bénéficiaires dans les dispositifs universalistes.**

Lutter contre les risques de stigmatisation, c'est d'abord créer les conditions d'un retour des publics bénéficiaires d'actions de prévention précoce dans des dispositifs universalistes de droit commun. Cela passe par un accompagnement spécifique et, à l'issue des actions de prévention précoce, par des actions collectives qui consistent à recréer du lien par la mixité des publics.

- **Principe d'action n° 4 : une intervention conjointe sur les parents et les enfants.**

Il s'agit d'impliquer les parents dans le devenir de leurs jeunes enfants à un moment de leur développement où ils peuvent "se sentir impuissants, mais ne sont jamais démissionnaires". C'est la conviction affichée par

Patrick Beau, président de l'association Mission Possible, qui vise la resocialisation de jeunes entre 6 et 12 ans en dehors des moments scolaires⁽⁴⁰⁾.

- **Principe d'action n° 5 : l'intégration d'une dimension participative dans les évaluations scientifiques des programmes.**

Des procédures d'évaluation rigoureuses doivent être développées dans un double objectif : d'une part, saisir les effets sur le moyen et le long terme des actions de prévention précoce mises en œuvre sur le territoire et, d'autre part, permettre une évolution du contenu et des modalités de l'action en fonction des résultats constatés. La démarche privilégiée doit être pragmatique, assise sur des constatations empiriques (*evidence-based*).

La mise en place d'études longitudinales visant à mieux connaître l'impact des programmes de prévention orientés vers des publics spécifiques est une nécessité. Une déclinaison de l'enquête ELFE sur cette base pourrait être envisagée⁽⁴¹⁾. Mais pour que des évaluations de cette nature puissent être menées, il faut que la pérennité des programmes soit garantie sur plusieurs années. On considère généralement que trois années au moins sont nécessaires à un dispositif expérimental pour donner ses premiers résultats. Cette garantie de pérennité peut être apportée par la qualité de l'organisation et du pilotage institutionnels. Il faut en particulier promouvoir un acteur chargé, au niveau national, de la coordination des évaluations des programmes de prévention précoce.

L'évaluation doit par ailleurs être envisagée dès la conception des programmes. Trop d'actions précoces occultent encore cette dimension pourtant centrale. Pour répondre à cette première difficulté, qui suppose l'investissement de moyens en amont du programme, certaines expérimentations mobilisent des équipes universitaires pour un suivi tout au long du programme. C'est le cas du dispositif "Parler Bambin", expérimenté d'abord dans trois crèches puis étendu à douze crèches supplémentaires de l'agglomération grenobloise depuis septembre 2009. Un lien étroit a été établi entre les concepteurs de

[39] La communauté devant ici être entendue comme l'ensemble des liens qui peuvent unir un groupe d'individus (en fonction de l'implantation locale sur un territoire particulier et des pratiques culturelles). La séance 4 du cycle de séminaires "La cohésion sociale par ses instruments" sera précisément consacrée aux approches collectives et aux démarches communautaires en intervention sociale.

[40] Pour une présentation de l'association : www.missionpossible.asso.fr. Citation issue du séminaire Cohésion sociale, séance prévention précoce, actes en ligne prochainement.

[41] L'enquête ELFE (Enquête longitudinale française depuis l'enfance), dirigée par l'INED (Institut national des études démographiques), en partenariat avec de multiples institutions, constitue un modèle de référence. Elle propose de suivre le devenir de 20 000 enfants nés en 2009, à partir de données diverses : suivi passif et permanent, questionnaires individuels répétés, données biologiques et épidémiologiques.

l'expérimentation – une équipe de recherche universitaire – et les intervenants au sein du programme. Des évaluations scientifiques rigoureuses permettent, en fonction des effets constatés, de réajuster le ciblage et les modes d'intervention. Pour le Pr. Edward Melhuish, les diverses évaluations du programme Sure Start montrent aussi que la priorité doit désormais être mise sur le développement des compétences langagières des enfants, comme c'est le cas avec "Parler Bambin".

♥ **"Parler Bambin" : Lutter contre l'échec scolaire par l'acquisition de compétences langagières dès le plus jeune âge**
<http://www.programme-parler.fr/>

Comme l'ont montré de nombreux travaux scientifiques, le niveau de développement des capacités langagières influe de façon importante sur la réussite scolaire. Par ailleurs, la maîtrise du langage oral diffère grandement, chez les enfants de 2 à 6 ans, selon l'origine sociale et/ou le niveau de diplôme des parents. Dès les premières années de la vie, des déterminants environnementaux viennent encore accuser les écarts entre enfants : chômage des parents, habitat dans des zones de ségrégation, monoparentalité. Fort de ces constats, le programme "Parler Bambin" entend intervenir de façon précoce en améliorant l'acquisition des compétences langagières des enfants de 18 à 30 mois. Il s'appuie sur des expériences d'intervention précoce similaires aux États-Unis et au Canada.

"Parler Bambin" a été initié et piloté par le Dr Michel Zorman, médecin de santé publique, en partenariat avec une équipe de recherche en sciences de l'éducation de l'université Pierre-Mendès-France (Cognisciences), le Centre communal d'action sociale et la Caisse d'allocations familiales de Grenoble. La méthodologie privilégiée a d'abord été celle de l'expérimentation randomisée.

Deux groupes d'une quarantaine d'enfants, répartis dans trois crèches, ont été constitués en respectant des critères d'homogénéité sociale. Le groupe bénéficiaire a suivi des ateliers de langage trois fois par semaine, pendant 20 minutes. Animés par les personnels des crèches, qui avaient été spécialement formés aux différents outils pédagogiques mis en place par l'équipe de recherche, ces

ateliers ne réunissaient pas plus de 4 enfants avec un même niveau de développement et de maîtrise du langage. La mobilisation des parents était sollicitée pour compléter le dispositif (démarche de coéducation). Ils devaient poursuivre à domicile le travail réalisé dans les ateliers. L'évaluation de ce programme, réalisée par une équipe de l'INSERM et du CNRS à Montpellier, montre une progression plus importante de l'acquisition du langage chez les enfants bénéficiaires, en particulier lorsque leur niveau de compétence initial était bas^[42].

Des évaluations participatives impliquant les bénéficiaires et les professionnels doivent être réalisées tout au long des dispositifs de prévention précoce. Elles permettent de promouvoir l'implication de l'ensemble des acteurs, pour échapper au risque de stigmatisation inhérent à l'entrée dans un programme ciblé et limiter les abandons en cours d'action. Ces évaluations participatives constituent enfin une étape dans le retour des bénéficiaires vers les dispositifs de droit commun, en leur redonnant une capacité d'action et une responsabilité dans leur devenir.

PROPOSITION 2

Garantir dans les programmes de prévention précoce ciblés l'application des cinq principes d'action suivants :

- libre participation et encouragement à l'implication des parents ;
- complémentarité entre actions en dehors et au sein du domicile des bénéficiaires ;
- perspective de réintégration des bénéficiaires dans les dispositifs universalistes ;
- intervention conjointe sur les enfants et les parents ;
- intégration d'une dimension participative dans les évaluations scientifiques des programmes.



[42] Haut Commissaire à la jeunesse [2009], "Les expérimentations à l'honneur", *La lettre du Haut Commissaire à la jeunesse, Relais jeunesse*, n° 3.

Sur un plan strictement organisationnel, l'efficacité des actions de prévention précoce est conditionnée à l'inscription des programmes de prévention précoce dans un schéma institutionnel qui garantisse la participation de tous les acteurs concernés, quel que soit leur nature (État, collectivités territoriales, associations) et leur secteur d'intervention (social, médical, éducatif). Il s'agit de dépasser les cloisonnements traditionnels entre institutions, notamment en mettant sur pied des **sessions de formations interprofessionnelles pour créer une culture commune dans le domaine de la prévention précoce**. La nécessité de travailler en réseau est d'ailleurs réaffirmée par la loi du 5 mars 2007 relative à la protection de l'enfance. De même, dans son avis sur la pédopsychiatrie, le Conseil économique, social et environnemental fait valoir les apports d'une politique de prévention qui s'appuie sur un repérage précoce des troubles du comportement chez les enfants et sur un travail en réseau avec l'ensemble des acteurs du monde médical et éducatif⁽⁴³⁾. La Défenseure des enfants, Dominique Versini, a également préconisé le développement de "réponses coordonnées d'aide et de soutien aux parents en situation de vulnérabilité", ce qui implique de faire travailler ensemble tous les acteurs qui entrent dans le champ de l'enfance et de la famille (élus, associations, services déconcentrés de l'État)⁽⁴⁴⁾. En la matière, il faut **mettre en place des équipes pluridisciplinaires dans le cadre de réseaux de proximité**. Comme le souligne Thomas Saïas (CAPEDP), c'est le travail de lien réalisé en amont sur un territoire par l'ensemble des professionnels qui fait disparaître la peur du fichage et de la stigmatisation chez les bénéficiaires. Pour ne pas faire reposer le pilotage sur l'engagement de personnalités fortes, certes capables de réunir des acteurs institutionnels, mais sans véritable ancrage pérenne, il faut que les différentes parties prenantes (associations, services du Conseil général, caisse d'allocations familiales, hôpital) s'entendent sur un **référént chargé de l'animation des actions de prévention précoce dans les domaines d'intervention présents sur le territoire**. Ce rôle de référent peut être assuré par des acteurs différents en fonction des programmes, et n'implique pas de compétence hiérarchique. Dans le contexte institutionnel hexagonal où les

compétences sociales sont très partagées, une des conditions de promotion des dispositifs de prévention précoce plus ciblés réside précisément dans le respect des dynamiques et contextes locaux. Il permet d'identifier un acteur responsable du respect de la charte évoquée ci-dessus et garant de la mise en œuvre de méthodes d'évaluation.

CONCLUSION L'idée de prévention précoce est née dès les années 1960. Près de cinquante ans plus tard, en France, elle est toujours sujette à polémique. Les interrogations éthiques sur ces actions invitent à privilégier une prévention "prévenante", attentive aux singularités individuelles, sans schéma prédictif. Les programmes de prévention précoce ne seront acceptés, donc efficaces, que s'ils prennent en compte ces réserves éthiques. Il faudra pour cela répondre aux trois conditions suivantes : la visibilité des actions, l'évaluation de leurs effets et le respect de la diversité des personnes.



Guillaume Malochet,
avec la collaboration de Flore Capelier,
département Questions sociales



[43] Conseil économique, social et environnemental [2010], *La pédopsychiatrie : prévention et prise en charge*, Avis présenté par J.-R. Buisson, février.

[44] Défenseure des enfants [2010], *Précarité et protection des droits de l'enfant*, Rapport public thématique, p. 169 et suivantes.

AUTRES DOCUMENTS À CONSULTER

sur www.strategie.gouv.fr, rubrique publications

Notes d'analyse :

- N° 204 ■ **Médecine de ville : quelles nouvelles pratiques pour quels gains d'efficience ?** (décembre 2010)
- N° 201 ■ **Jeux vidéo : quelle régulation des contenus et des pratiques ?** (novembre 2010)
- N° 199 ■ **La "grand-parentalité active", un triple enjeu de solidarité, de conciliation travail/hors travail et d'emploi des seniors** (novembre 2010)
- N° 187 ■ **Comment soutenir efficacement les "aidants" familiaux de personnes âgées dépendantes ?** (juillet 2010)
- N° 186 ■ **Modèles de carrière et logiques de fin de vie active : quelles leçons de la comparaison européenne ?** (juillet 2010)
- N° 185 ■ **Synthèse du rapport : Vivre ensemble plus longtemps** (juin 2010)

Rapport :

- **"Vivre ensemble plus longtemps"**. Publié à la Documentation française, Rapports et documents, n° 28, 2010

Centre d'analyse stratégique

La Note d'analyse N° 205 - Décembre 2010 est une publication du Centre d'analyse stratégique
Directeur de la publication : Vincent Chriqui, directeur général
Directeur de la rédaction : Pierre-François Mourier, directeur général adjoint
Service éditorial : Olivier de Broca
Secrétariat de rédaction : Delphine Gorges
Impression : Centre d'analyse stratégique
Dépôt légal : décembre 2010
N° ISSN : 1760-5733

Contact presse : Jean-Michel Roullé, responsable de la Communication
01 42 75 61 37 / 06 46 55 38 38
jean-michel.roulle@strategie.gouv.fr

Le Centre d'analyse stratégique est une institution d'expertise et d'aide à la décision placée auprès du Premier ministre. Il a pour mission d'éclairer le gouvernement dans la définition et la mise en œuvre de ses orientations stratégiques en matière économique, sociale, environnementale et technologique. Il préfigure, à la demande du Premier ministre, les principales réformes gouvernementales. Il mène par ailleurs, de sa propre initiative, des études et analyses dans le cadre d'un programme de travail annuel. Il s'appuie sur un comité d'orientation qui comprend onze membres, dont deux députés et deux sénateurs et un membre du Conseil économique, social et environnemental. Il travaille en réseau avec les principaux conseils d'expertise et de concertation placés auprès du Premier ministre : le Conseil d'analyse économique, le Conseil d'analyse de la société, le Conseil d'orientation pour l'emploi, le Conseil d'orientation des retraites, le Haut Conseil à l'intégration.

www.strategie.gouv.fr