

Collection « Petite enfance et parentalité »

dirigée par Marie-Françoise Dubois-Sacrispeyre

Entre psychanalyse et éducation, cette collection offre réflexions et questionnements, expériences et formation à tous ceux qui se sentent concernés par la petite enfance – ses modes d'accueil et de soins, sa contribution à la compréhension de notre fonctionnement psychique, sans oublier ses implications dans le développement des adultes de demain – mais aussi la naissance à la parentalité, ses bouleversements et ses conséquences, ses aléas et ses potentialités.

Retrouvez tous les titres parus sur
www.editions-eres.com

Santé mentale du jeune enfant : prévenir et intervenir

Ont collaboré à cet ouvrage

Jean-Louis Adrien
T. Berry Brazelton
Dominique Brengard
Marc Brodin
Bertrand Cramer
William Dab
Hilton Davis
Annick-Camille Dumaret
Claude Finkelstein
Peter Fonagy
Maria Pilar Gattegno
Nicole Guédeney
Veronika Ispanovic
Jean-Paul Liauzu
Michel Manciaux
Anna Paradisiotou
Kaija Puura
Joshua Sparrow
Maurice Titran
Richard E. Tremblay
John Tsiantis
Merja-Maaria Turenen
Jean Vuillermoz

Sous la direction de
Alain Haddad, Antoine Guédeney
et Tim Greacen

Santé mentale du jeune enfant : prévenir et intervenir

Ce livre s'est constitué à partir d'une réflexion sur l'évaluation initiée dans l'équipe du docteur Alain Haddad, du secteur infanto-juvénile du 19^e arrondissement, avec l'aide du professeur Antoine Guédény du CHU de Bichat-Claude Bernard, et de Tim Greacen du Laboratoire de recherche de l'EPS Maison Blanche (Tim Greacen). Cette réflexion s'est poursuivie lors d'un colloque, le 6 octobre 2003, au ministère de la Santé : « Prévention et promotion de la santé mentale de la petite enfance : quelle évaluation ? », organisé par le Laboratoire de recherche de l'EPS Maison Blanche avec le soutien de la Direction générale de la santé. Les articles réunis dans ce livre sont issus de ces deux démarches. Ils ne correspondent donc pas forcément aux présentations données lors du colloque, ni à l'ordre de présentation : si certains sont des reproductions quasi exactes, d'autres n'y figurent pas ou ont été entièrement réécrits, développés avec des ajouts de nouveaux auteurs ou, dans le cas de travaux en cours, actualisés. Nous tenons à remercier plus particulièrement l'ensemble des personnels des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile de l'EPS Maison Blanche (secteurs des docteurs Brengard et Haddad) ainsi que Formation et recherche Maison Blanche (Dominique Granger et Alain Fabre), les services communication (Julie Fabre et Christine Weber) et des finances (Laurent Bérard) pour leur précieux concours.

Conception de la couverture :
Anne Hébert

Version PDF © Éditions érès 2012
ME - ISBNPDF : 2-7492-2938-6
Première édition © Éditions érès 2004
33 avenue Marcel-Dassault, 31500 Toulouse
www.editions-eres.com

Table des matières

<i>William Dab, Jean Vuillermoz, Claude Finkelstein</i> Introductions	7
PREMIÈRE PARTIE : PRINCIPES DE PRÉVENTION, PRINCIPES D'ÉVALUATION	
<i>Marc Brodin</i> L'évaluation des actions de prévention Quelques principes et leçons d'une pratique	17
<i>T. Berry Brazelton, Joshua Sparrow</i> Les « points forts » : intervention préventive de première ligne.....	29
<i>Bertrand Cramer</i> Intervention précoce et prévention Les interventions psychothérapeutiques précoces ont-elles un effet préventif ?.....	41
<i>Peter Fonagy</i> Quelles preuves pour une prévention fondée sur les preuves ?	49
<i>Hilton Davis, Veronika Ispanovic, Kaija Puura, John Tsiantis, Merja-Maaria Turenen, Anna Paradisiotou</i> Comment évaluer la promotion de la santé ? Premiers résultats du Projet européen de promotion précoce de la santé.....	69

DEUXIÈME PARTIE :
LA PSYCHOPATHOLOGIE DE LA PETITE ENFANCE

Jean-Paul Liauzu
La démarche d'évaluation et la psychopathologie
de la petite enfance 83

Jean-Louis Adrien, Maria Pilar Gattegno
Dépistage précoce de l'autisme à l'aide de films familiaux
Apport de la recherche et d'une démarche rétrospective
dans la dynamique de soins 85

Nicole Guédeney
À propos du dépistage des dépressions maternelles postnatales (PDN)
Limites et inconfort de l'évaluation..... 95

Richard E. Tremblay
Comprendre et prévenir les troubles du comportement :
que ferait Claude Bernard ?..... 101

TROISIÈME PARTIE :
LES CONTEXTES PATHOGÈNES

Dominique Brengard
La prise en compte des contextes pathogènes
dans les démarches d'évaluation des actions de prévention précoces 117

Michel Manciaux
Évaluation d'actions de prévention de la maltraitance 121

Annick-Camille Dumaret
Évaluation de prises en charge précoces et interventions
médico-sociales auprès de familles « à risque »
Analyse d'une démarche exploratoire 127

Maurice Titran
Les compétences réciproques
Un mécanisme d'évaluation d'une stratégie nouvelle d'accompagnement
des familles à vulnérabilités multiples 139

Bibliographie..... 147

Introductions

WILLIAM DAB

Directeur général de la santé

« Prévention et promotion de la santé mentale de la petite enfance : quelle évaluation ? » : dans ce titre un peu long, je voudrais mettre l'accent sur « évaluation ». Et je remercie tout particulièrement les experts étrangers qui viennent nous apporter leur expérience dans ce domaine où nous sommes relativement déficitaires.

Il y a exactement vingt ans, revenant d'une formation nord-américaine en épidémiologie, je cherchais un service clinique où à la fois faire mon travail d'interne et mettre en application une démarche épidémiologique avec des outils alors tout neufs. Il se trouve que le service qui m'a alors accueilli était un service de psychiatrie – plutôt orienté vers la prise en charge des jeunes adolescents. Il s'agissait du service d'Hubert Flavigny, dont j'ai plaisir à évoquer la mémoire aujourd'hui. Outre une initiation à la prise en charge des problèmes psychiatriques des jeunes adolescents, j'ai pu réaliser l'évaluation d'un outil qui était alors nouveau dans le dispositif du service. Il s'agissait d'un appartement-relais thérapeutique que nous avons évalué sur une période de dix-huit mois, travail qui a été publié dans *Psychiatrie de l'enfant*, dirigée par le regretté Serge Lebovici. Ce travail nous avait donné l'occasion d'utiliser – je crois pour la première fois en France – les outils du DSM-3, ce qui avait donné lieu à des débats tout à fait passionnants sur la possibilité de quantifier la singularité de ce qui se passe dans la relation thérapeutique. Et je dois dire que si les psychiatres semblent les plus réticents aux démarches de quantification dans le domaine de la santé, j'avais néanmoins trouvé là un esprit de tolérance et d'ouverture que très peu de services cliniques m'ont offert dans la suite de mon parcours.

Introductions

WILLIAM DAB

Directeur général de la santé

« Prévention et promotion de la santé mentale de la petite enfance : quelle évaluation ? » : dans ce titre un peu long, je voudrais mettre l'accent sur « évaluation ». Et je remercie tout particulièrement les experts étrangers qui viennent nous apporter leur expérience dans ce domaine où nous sommes relativement déficitaires.

Il y a exactement vingt ans, revenant d'une formation nord-américaine en épidémiologie, je cherchais un service clinique où à la fois faire mon travail d'interne et mettre en application une démarche épidémiologique avec des outils alors tout neufs. Il se trouve que le service qui m'a alors accueilli était un service de psychiatrie – plutôt orienté vers la prise en charge des jeunes adolescents. Il s'agissait du service d'Hubert Flavigny, dont j'ai plaisir à évoquer la mémoire aujourd'hui. Outre une initiation à la prise en charge des problèmes psychiatriques des jeunes adolescents, j'ai pu réaliser l'évaluation d'un outil qui était alors nouveau dans le dispositif du service. Il s'agissait d'un appartement-relais thérapeutique que nous avons évalué sur une période de dix-huit mois, travail qui a été publié dans *Psychiatrie de l'enfant*, dirigée par le regretté Serge Lebovici. Ce travail nous avait donné l'occasion d'utiliser – je crois pour la première fois en France – les outils du DSM-3, ce qui avait donné lieu à des débats tout à fait passionnants sur la possibilité de quantifier la singularité de ce qui ce passe dans la relation thérapeutique. Et je dois dire que si les psychiatres semblent les plus réticents aux démarches de quantification dans le domaine de la santé, j'avais néanmoins trouvé là un esprit de tolérance et d'ouverture que très peu de services cliniques m'ont offert dans la suite de mon parcours.

Au-delà de ces aspects personnels, je souhaitais vous faire part aujourd'hui de ma préoccupation en matière de santé publique en ce qui concerne les problèmes de santé mentale. L'Organisation mondiale de la Santé rappelle que, parmi les dix grandes pathologies de ce XXI^e siècle, cinq seront des pathologies mentales. La prévalence vie entière estimée par l'OMS pour les pathologies mentales est de l'ordre de 10 % – ce qui en fait l'un des plus grands problèmes de santé publique que nous avons à affronter. Tout le monde est également frappé par la rapidité de l'évolution de ces problématiques et par l'émergence de nouveaux problèmes qui se répandent dans la population, au point que l'on peut parfois parler d'épidémie : les conduites addictives, la souffrance psychique liée aux situations d'exclusion sociale, les problèmes d'abus sexuels, et de façon plus générale, les situations induisant des traumatismes psychologiques. Selon un travail récent d'expertise collective de l'INSERM, un enfant ou adolescent sur huit est concerné par un problème de santé mentale.

Le Dr Philippe Cléry-Melin vient de remettre au ministre un rapport remarquable, qui va nous permettre d'avancer dans ce domaine. Je vous rappelle que le texte de la loi relatif à la politique de santé publique est actuellement en première lecture à l'Assemblée nationale. Cette loi, qui n'est pas une loi d'annonce – c'est plutôt une loi « cadre » comme on aurait dit au temps de la IV^e République –, vise à nous donner un cadre permettant de relier de façon systématique les ressources, les pratiques professionnelles et l'état de santé. S'il appartient bien évidemment au ministre de dire les suites qu'il entend donner au rapport Cléry-Melin, du point de vue de la Direction générale de la santé et de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, il sera sans doute question de faire ensemble une proposition, de traduire en plan d'actions ce rapport très riche, qui va de la prévention jusqu'à la prise en charge et à la réadaptation, sans oublier les problèmes de recherche. Il s'agit d'un matériel qui devrait nous permettre de développer un plan intégré de prise en charge et de prévention des problèmes de santé mentale, un peu comme nous avons été en mesure de le faire début 2003 dans le domaine du cancer.

De ce point de vue, je voudrais rappeler à quel point l'évaluation est une problématique importante dans ce domaine. La maladie mentale fait plus peur que les autres maladies. Elle est plus ignorée, elle est plus dissimulée, elle est plus niée. Elle est moins débattue sur la scène publique, sauf lors d'événements réveillant l'émotion collective, comme la tuerie au conseil municipal de Nanterre. Le psychiatre lui-même fait peur. Encore souvent, on dit au patient qu'on va l'envoyer voir un « neurologue » ou un « spécialiste des nerfs ». On n'ose pas parler de maladie mentale. Or en

Au-delà de ces aspects personnels, je souhaitais vous faire part aujourd'hui de ma préoccupation en matière de santé publique en ce qui concerne les problèmes de santé mentale. L'Organisation mondiale de la Santé rappelle que, parmi les dix grandes pathologies de ce XXI^e siècle, cinq seront des pathologies mentales. La prévalence vie entière estimée par l'OMS pour les pathologies mentales est de l'ordre de 10 % – ce qui en fait l'un des plus grands problèmes de santé publique que nous avons à affronter. Tout le monde est également frappé par la rapidité de l'évolution de ces problématiques et par l'émergence de nouveaux problèmes qui se répandent dans la population, au point que l'on peut parfois parler d'épidémie : les conduites addictives, la souffrance psychique liée aux situations d'exclusion sociale, les problèmes d'abus sexuels, et de façon plus générale, les situations induisant des traumatismes psychologiques. Selon un travail récent d'expertise collective de l'INSERM, un enfant ou adolescent sur huit est concerné par un problème de santé mentale.

Le Dr Philippe Cléry-Melin vient de remettre au ministre un rapport remarquable, qui va nous permettre d'avancer dans ce domaine. Je vous rappelle que le texte de la loi relatif à la politique de santé publique est actuellement en première lecture à l'Assemblée nationale. Cette loi, qui n'est pas une loi d'annonce – c'est plutôt une loi « cadre » comme on aurait dit au temps de la IV^e République –, vise à nous donner un cadre permettant de relier de façon systématique les ressources, les pratiques professionnelles et l'état de santé. S'il appartient bien évidemment au ministre de dire les suites qu'il entend donner au rapport Cléry-Melin, du point de vue de la Direction générale de la santé et de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, il sera sans doute question de faire ensemble une proposition, de traduire en plan d'actions ce rapport très riche, qui va de la prévention jusqu'à la prise en charge et à la réadaptation, sans oublier les problèmes de recherche. Il s'agit d'un matériel qui devrait nous permettre de développer un plan intégré de prise en charge et de prévention des problèmes de santé mentale, un peu comme nous avons été en mesure de le faire début 2003 dans le domaine du cancer.

De ce point de vue, je voudrais rappeler à quel point l'évaluation est une problématique importante dans ce domaine. La maladie mentale fait plus peur que les autres maladies. Elle est plus ignorée, elle est plus dissimulée, elle est plus niée. Elle est moins débattue sur la scène publique, sauf lors d'événements réveillant l'émotion collective, comme la tuerie au conseil municipal de Nanterre. Le psychiatre lui-même fait peur. Encore souvent, on dit au patient qu'on va l'envoyer voir un « neurologue » ou un « spécialiste des nerfs ». On n'ose pas parler de maladie mentale. Or en

parler est justement ce qui est important en santé publique. Car les retards à la prise en charge constituent un authentique facteur de risque et d'aggravation de ces pathologies.

Il y a une certaine opacité pour la population à l'égard de ces problèmes et, facteur aggravant, une relative opacité pour les pouvoirs publics qui, en fait, ne savent ni quelle population ni quelle démarche doivent avoir priorité. L'évaluation n'est pas seulement une démarche de recherche, ce qu'elle est fondamentalement. L'évaluation participe aussi à une démarche de santé publique et de prise en charge. Nous avons besoin de l'évaluation pour mettre en évidence, jeter de la lumière et de la transparence sur un domaine que notre société a trop tendance à occulter.

Vous avez choisi d'aborder ces questions par le biais de la petite enfance, un choix évidemment judicieux dans une optique de promotion et de prévention. Quelle est la spécificité des problématiques évaluatives appliquées à ce segment de la population ? Quelles sont les innovations en termes de méthodes ? Dans le cadre de l'évaluation des programmes, et celui plus classique de la démarche épidémiologique, quelles sont les particularités du domaine de la santé mentale auxquelles il nous faut penser ? Y a-t-il du nouveau en matière de critères d'évaluation ? Dispose-t-on d'indicateurs sensibles, spécifiques, prédictifs, que nous devrions privilégier ? Il s'agit de questions d'autant plus importantes que le projet de loi relatif à la santé publique comporte une innovation importante (dans son rapport annexé) qui induit la mise sous objectifs du système de santé publique en France. Quand cette loi sera adoptée, le travail de santé publique s'organisera de manière à nous permettre de suivre et d'atteindre cette centaine d'objectifs qui formeront le tableau de bord de notre système de santé. Parmi ces objectifs, de nombreux concernent la santé mentale.

Il s'agit d'une première étape ; nous pourrions l'améliorer, notamment avec les questions que vous vous posez aujourd'hui. Y a-t-il de nouveaux critères, de nouvelles approches qui permettraient de proposer des objectifs plus pertinents ? Concernant la faisabilité de l'évaluation : avons-nous les équipes ? Avons-nous l'expérience ? Avons-nous les chercheurs ? Avons-nous les praticiens maîtrisant ces méthodes ? Comment sont-ils organisés ? Que faut-il faire pour les renforcer ? Quelle articulation avec les organismes de recherche ? Je me pose ces questions très opérationnelles car, si ces méthodes ne restent que dans la sphère des chercheurs, elles ne nous aideront pas à améliorer la pertinence de nos politiques publiques.

Je serai donc à l'écoute de vos recommandations. Que faut-il mettre en premier ? Que faut-il mettre en second ? Nous ne pourrions pas tout faire en même temps. Stratégiquement, sur quoi l'administration de la santé devrait-elle mettre l'accent ? Quels sont leviers qui nous permet-

parler est justement ce qui est important en santé publique. Car les retards à la prise en charge constituent un authentique facteur de risque et d'aggravation de ces pathologies.

Il y a une certaine opacité pour la population à l'égard de ces problèmes et, facteur aggravant, une relative opacité pour les pouvoirs publics qui, en fait, ne savent ni quelle population ni quelle démarche doivent avoir priorité. L'évaluation n'est pas seulement une démarche de recherche, ce qu'elle est fondamentalement. L'évaluation participe aussi à une démarche de santé publique et de prise en charge. Nous avons besoin de l'évaluation pour mettre en évidence, jeter de la lumière et de la transparence sur un domaine que notre société a trop tendance à occulter.

Vous avez choisi d'aborder ces questions par le biais de la petite enfance, un choix évidemment judicieux dans une optique de promotion et de prévention. Quelle est la spécificité des problématiques évaluatives appliquées à ce segment de la population ? Quelles sont les innovations en termes de méthodes ? Dans le cadre de l'évaluation des programmes, et celui plus classique de la démarche épidémiologique, quelles sont les particularités du domaine de la santé mentale auxquelles il nous faut penser ? Y a-t-il du nouveau en matière de critères d'évaluation ? Dispose-t-on d'indicateurs sensibles, spécifiques, prédictifs, que nous devrions privilégier ? Il s'agit de questions d'autant plus importantes que le projet de loi relatif à la santé publique comporte une innovation importante (dans son rapport annexé) qui induit la mise sous objectifs du système de santé publique en France. Quand cette loi sera adoptée, le travail de santé publique s'organisera de manière à nous permettre de suivre et d'atteindre cette centaine d'objectifs qui formeront le tableau de bord de notre système de santé. Parmi ces objectifs, de nombreux concernent la santé mentale.

Il s'agit d'une première étape ; nous pourrions l'améliorer, notamment avec les questions que vous vous posez aujourd'hui. Y a-t-il de nouveaux critères, de nouvelles approches qui permettraient de proposer des objectifs plus pertinents ? Concernant la faisabilité de l'évaluation : avons-nous les équipes ? Avons-nous l'expérience ? Avons-nous les chercheurs ? Avons-nous les praticiens maîtrisant ces méthodes ? Comment sont-ils organisés ? Que faut-il faire pour les renforcer ? Quelle articulation avec les organismes de recherche ? Je me pose ces questions très opérationnelles car, si ces méthodes ne restent que dans la sphère des chercheurs, elles ne nous aideront pas à améliorer la pertinence de nos politiques publiques.

Je serai donc à l'écoute de vos recommandations. Que faut-il mettre en premier ? Que faut-il mettre en second ? Nous ne pourrions pas tout faire en même temps. Stratégiquement, sur quoi l'administration de la santé devrait-elle mettre l'accent ? Quels sont leviers qui nous permet-

traient de démultiplier nos outils ? Bref, c'est à une véritable pédagogie de l'évaluation à laquelle je vous invite au travers de ces questions pour lesquelles les réponses manquent encore.

Nos professionnels restent réticents à la démarche évaluative, ne nous cachons pas cela. Mais nous notons une évolution des états d'esprit, et si nous arrivons à sortir d'une évaluation faite sur le modèle du contrôle pour aller vers une évaluation, une auto-évaluation, comme modèle d'amélioration des pratiques, la santé du pays et la santé des patients en bénéficieront.

*
* * *

JEAN VUILLERMOZ

Président du conseil d'administration de l'EPS Maison Blanche,
Conseiller de Paris

L'établissement public de santé Maison Blanche est un hôpital public qui intervient sur les arrondissements de Paris les plus touchés par le chômage et la précarité, avec des populations très mélangées, un habitat social des plus importants et des quartiers qui cumulent de nombreuses difficultés. Ce sont en même temps des quartiers que j'aime et qui sont à aimer, par leur diversité et par l'inventivité de leur population et de leurs habitants. Je suis donc fier de présider cet établissement dont le projet consiste à fermer l'asile à Neuilly-sur-Marne pour faire en sorte que les soins des malades se fassent dans la ville, là où habitent ceux qui ont besoin de ces soins, et non pas ailleurs comme ce fut le cas jusqu'à maintenant.

Je suis élu du 19^e arrondissement qui compte 175 000 habitants, soit autant qu'une ville de province, avec, contrairement à l'ensemble des autres arrondissements de Paris, une population en progression. C'est aussi un arrondissement où les problèmes de santé des enfants et des familles sont importants, où la violence des jeunes se remarque tous les jours. Comme les autres arrondissements dont s'occupe l'hôpital Maison Blanche, il y a une progression constante des familles monoparentales – cela est une caractéristique de Paris – et une fragilité du tissu social.

La petite enfance constitue le terrain de prédilection de la prévention et de la promotion de la santé mentale. Comment organiser cette prévention dans un cadre rigoureux et scientifique ? Les hypothèses sur les causes des troubles psychologiques sont souvent mal définies, objets de recherches diverses et variées, avec des résultats parfois en opposition. Il existe cependant des invariants qui se retrouvent dans toutes les études.

traient de démultiplier nos outils ? Bref, c'est à une véritable pédagogie de l'évaluation à laquelle je vous invite au travers de ces questions pour lesquelles les réponses manquent encore.

Nos professionnels restent réticents à la démarche évaluative, ne nous cachons pas cela. Mais nous notons une évolution des états d'esprit, et si nous arrivons à sortir d'une évaluation faite sur le modèle du contrôle pour aller vers une évaluation, une auto-évaluation, comme modèle d'amélioration des pratiques, la santé du pays et la santé des patients en bénéficieront.

*
* * *

JEAN VUILLERMOZ

Président du conseil d'administration de l'EPS Maison Blanche,
Conseiller de Paris

L'établissement public de santé Maison Blanche est un hôpital public qui intervient sur les arrondissements de Paris les plus touchés par le chômage et la précarité, avec des populations très mélangées, un habitat social des plus importants et des quartiers qui cumulent de nombreuses difficultés. Ce sont en même temps des quartiers que j'aime et qui sont à aimer, par leur diversité et par l'inventivité de leur population et de leurs habitants. Je suis donc fier de présider cet établissement dont le projet consiste à fermer l'asile à Neuilly-sur-Marne pour faire en sorte que les soins des malades se fassent dans la ville, là où habitent ceux qui ont besoin de ces soins, et non pas ailleurs comme ce fut le cas jusqu'à maintenant.

Je suis élu du 19^e arrondissement qui compte 175 000 habitants, soit autant qu'une ville de province, avec, contrairement à l'ensemble des autres arrondissements de Paris, une population en progression. C'est aussi un arrondissement où les problèmes de santé des enfants et des familles sont importants, où la violence des jeunes se remarque tous les jours. Comme les autres arrondissements dont s'occupe l'hôpital Maison Blanche, il y a une progression constante des familles monoparentales – cela est une caractéristique de Paris – et une fragilité du tissu social.

La petite enfance constitue le terrain de prédilection de la prévention et de la promotion de la santé mentale. Comment organiser cette prévention dans un cadre rigoureux et scientifique ? Les hypothèses sur les causes des troubles psychologiques sont souvent mal définies, objets de recherches diverses et variées, avec des résultats parfois en opposition. Il existe cependant des invariants qui se retrouvent dans toutes les études.

Parmi eux, la relation précoce entre la mère et l'enfant, entre les parents et l'enfant, est fondamentale. En raison de son état de dépendance, le jeune enfant, dès sa naissance (et parfois même avant), est soumis à de multiples influences extérieures. Ces influences l'aident à se construire, à se développer, aussi bien sur le plan physique que sur le plan psychique. Un dysfonctionnement de ce lien avec l'extérieur peut entraîner des conséquences plus ou moins graves pouvant aller jusqu'à des troubles psychiques graves, voire à mettre en péril la vie du jeune enfant.

De tout temps, la société s'est préoccupée du bon développement des jeunes enfants. Elle a essayé de pallier les manquements et les insuffisances de certains parents, en recueillant par exemple les enfants dont les parents sont défaillants. Les avancées progressives de la médecine ont permis d'établir des dispositions nouvelles de protection et de prévention de la petite enfance. Les premières lois de protection materno-infantile (PMI) datent des années 1870 ; elles se sont régulièrement développées à travers le siècle dernier, permettant une diminution de la mortalité périnatale et une amélioration du développement du jeune enfant.

L'ensemble des actions de prévention et de promotion de la santé physique ont contribué à cela. Elles sont le résultat d'études et de recherches scientifiques menées sur les plans national et international, avec des protocoles et des méthodologies d'évaluation de plus en plus rigoureux. Ces actions sont soit imposées par le législateur, comme les vaccinations et soit proposées et conseillées à l'aide de programmes de communication (médias, publicités, etc.), comme la prévention du VIH/SIDA.

Qu'en est-il pour le domaine qui nous préoccupe aujourd'hui : la santé mentale de la petite enfance ?

La meilleure connaissance du développement psychologique ainsi que des relations précoces du très jeune enfant a permis ces dernières années de développer un ensemble de stratégies de prévention. De nombreux auteurs nationaux et internationaux, dont certains éminents ici présents, ont développé des protocoles et des techniques de prévention des maladies précoces du jeune enfant, et de promotion de la santé mentale en général.

Mais les évaluations des actions de prévention et des prises en charge précoces sont encore rares en France. Nous espérons que ce colloque aidera à avancer la réflexion dans ce domaine, peut-être à donner un nouvel élan à la recherche en pédopsychiatrie. D'autant plus que les actions de prévention figuraient dans les missions du secteur public de pédopsychiatrie au moment de leur création. Et l'actualité – avec notre prochaine loi sur la santé publique – vient compléter et renforcer ces

Parmi eux, la relation précoce entre la mère et l'enfant, entre les parents et l'enfant, est fondamentale. En raison de son état de dépendance, le jeune enfant, dès sa naissance (et parfois même avant), est soumis à de multiples influences extérieures. Ces influences l'aident à se construire, à se développer, aussi bien sur le plan physique que sur le plan psychique. Un dysfonctionnement de ce lien avec l'extérieur peut entraîner des conséquences plus ou moins graves pouvant aller jusqu'à des troubles psychiques graves, voire à mettre en péril la vie du jeune enfant.

De tout temps, la société s'est préoccupée du bon développement des jeunes enfants. Elle a essayé de pallier les manquements et les insuffisances de certains parents, en recueillant par exemple les enfants dont les parents sont défaillants. Les avancées progressives de la médecine ont permis d'établir des dispositions nouvelles de protection et de prévention de la petite enfance. Les premières lois de protection materno-infantile (PMI) datent des années 1870 ; elles se sont régulièrement développées à travers le siècle dernier, permettant une diminution de la mortalité périnatale et une amélioration du développement du jeune enfant.

L'ensemble des actions de prévention et de promotion de la santé physique ont contribué à cela. Elles sont le résultat d'études et de recherches scientifiques menées sur les plans national et international, avec des protocoles et des méthodologies d'évaluation de plus en plus rigoureux. Ces actions sont soit imposées par le législateur, comme les vaccinations et soit proposées et conseillées à l'aide de programmes de communication (médias, publicités, etc.), comme la prévention du VIH/SIDA.

Qu'en est-il pour le domaine qui nous préoccupe aujourd'hui : la santé mentale de la petite enfance ?

La meilleure connaissance du développement psychologique ainsi que des relations précoces du très jeune enfant a permis ces dernières années de développer un ensemble de stratégies de prévention. De nombreux auteurs nationaux et internationaux, dont certains éminents ici présents, ont développé des protocoles et des techniques de prévention des maladies précoces du jeune enfant, et de promotion de la santé mentale en général.

Mais les évaluations des actions de prévention et des prises en charge précoces sont encore rares en France. Nous espérons que ce colloque aidera à avancer la réflexion dans ce domaine, peut-être à donner un nouvel élan à la recherche en pédopsychiatrie. D'autant plus que les actions de prévention figuraient dans les missions du secteur public de pédopsychiatrie au moment de leur création. Et l'actualité – avec notre prochaine loi sur la santé publique – vient compléter et renforcer ces

démarches, fixant des objectifs à atteindre et donc des méthodes d'évaluation à peaufiner et à mettre en œuvre.

Pour conclure, il nous faut également parler des moyens. On ne peut parler de mission et d'action qu'à partir du moment où des moyens sont spécifiquement mis à disposition. Sans cela, la prévention et la promotion de la santé mentale de la petite enfance resteront des activités marginales et sans espoir d'une véritable recherche d'efficacité et de réussite.

Une des particularités de la France est que les présidents des conseils d'administration des hôpitaux sont des élus – et je ne fais pas exception à la règle. Rien ne me prédisposait à devenir président d'un hôpital psychiatrique. Mais si un sujet préoccupe un grand nombre d'élus, c'est bien la prévention des troubles de santé mentale de la petite enfance, c'est bien la promotion de la santé mentale dès la plus jeune enfance. Pour cela, il faut de l'argent ! Mais lorsque les budgets se font rares, et quand la croissance économique est faible, cela devient de plus en plus difficile. Il s'agit donc de choix politiques. Souhaitons vraiment que la santé mentale et que la protection de la santé mentale de la petite enfance soient suffisamment prises en compte. Si la réponse est oui, évaluons. Dans le contexte actuel, c'est seulement ainsi que vous obtiendrez les moyens de le faire.

*
* * *

CLAUDE FINKELSTEIN

Présidente de la Fédération nationale des associations
des patients et ex-patients de la psychiatrie

Il est rare pour moi, présidente de la Fédération nationale des patients et ex-patients de la psychiatrie, d'aborder le sujet de la santé mentale de la petite enfance. En effet, notre travail jusqu'à présent à la FNAP-PSY concerne plutôt les patients adultes. Nous avons mis un peu de côté la gérontopsychiatrie et la pédopsychiatrie, domaines dans lesquels il y a vraiment beaucoup à faire. La raison principale de ce non-investissement n'est pas anodine : il s'agit de la peur. Peur de voir trop de choses pour lesquelles nous ne pourrions rien faire. Et pourtant, nos rencontres avec les pédopsychiatres nous ont convaincus qu'il faut quand même agir, ne serait-ce que parce que les petits enfants d'aujourd'hui seront les enfants et les adolescents de demain, et les adultes d'après-demain. Et comme je suis une ardente passionnaria de la prévention, si la prévention peut commencer quelque part, c'est bien là. Or c'est précisément là, nous sommes obligés de le constater, qu'il y a très peu de moyens.

démarches, fixant des objectifs à atteindre et donc des méthodes d'évaluation à peaufiner et à mettre en œuvre.

Pour conclure, il nous faut également parler des moyens. On ne peut parler de mission et d'action qu'à partir du moment où des moyens sont spécifiquement mis à disposition. Sans cela, la prévention et la promotion de la santé mentale de la petite enfance resteront des activités marginales et sans espoir d'une véritable recherche d'efficacité et de réussite.

Une des particularités de la France est que les présidents des conseils d'administration des hôpitaux sont des élus – et je ne fais pas exception à la règle. Rien ne me prédisposait à devenir président d'un hôpital psychiatrique. Mais si un sujet préoccupe un grand nombre d'élus, c'est bien la prévention des troubles de santé mentale de la petite enfance, c'est bien la promotion de la santé mentale dès la plus jeune enfance. Pour cela, il faut de l'argent ! Mais lorsque les budgets se font rares, et quand la croissance économique est faible, cela devient de plus en plus difficile. Il s'agit donc de choix politiques. Souhaitons vraiment que la santé mentale et que la protection de la santé mentale de la petite enfance soient suffisamment prises en compte. Si la réponse est oui, évaluons. Dans le contexte actuel, c'est seulement ainsi que vous obtiendrez les moyens de le faire.

*
* * *

CLAUDE FINKELSTEIN

Présidente de la Fédération nationale des associations
des patients et ex-patients de la psychiatrie

Il est rare pour moi, présidente de la Fédération nationale des patients et ex-patients de la psychiatrie, d'aborder le sujet de la santé mentale de la petite enfance. En effet, notre travail jusqu'à présent à la FNAP-PSY concerne plutôt les patients adultes. Nous avons mis un peu de côté la gérontopsychiatrie et la pédopsychiatrie, domaines dans lesquels il y a vraiment beaucoup à faire. La raison principale de ce non-investissement n'est pas anodine : il s'agit de la peur. Peur de voir trop de choses pour lesquelles nous ne pourrions rien faire. Et pourtant, nos rencontres avec les pédopsychiatres nous ont convaincus qu'il faut quand même agir, ne serait-ce que parce que les petits enfants d'aujourd'hui seront les enfants et les adolescents de demain, et les adultes d'après-demain. Et comme je suis une ardente passionnaria de la prévention, si la prévention peut commencer quelque part, c'est bien là. Or c'est précisément là, nous sommes obligés de le constater, qu'il y a très peu de moyens.

J'ai visité de nombreuses institutions, dont celles s'occupant de pédopsychiatrie. Certains endroits étaient odieux, horribles, mais d'autres m'ont mis du baume au cœur et ils constituent des modèles de qualité pour la France. Je pense notamment à un excellent travail mère-enfant à la Roche-sur-Yon et au service créé par le Dr René Berouti à Maison Blanche sur la mère et l'enfant. Ce que je déplore, c'est qu'il y a trop peu de services comme cela, malgré les bonnes volontés. C'est difficile, il faut faire bouger l'institution, trouver les moyens, développer le travail en réseau – car on sait bien qu'en pédopsychiatrie, le travail se fait non seulement avec l'enfant mais surtout avec tout ce qu'il y a autour de lui : sa famille, son entourage, l'école... En France, il manque énormément de ce qu'on a pu appeler *l'aide aux aidants naturels*. Plutôt que de retirer des enfants d'une famille maltraitante, essayons de voir, à coût égal, comment on pourrait aider cette famille avant que ça aille mal. Des sommes importantes sont souvent dépensées pour placer des enfants alors que si l'on en donnait seulement la moitié à la famille naturelle et à son suivi, on obtiendrait que l'enfant reste ou revienne chez lui. Ce n'est pas à vous, professionnels, que je vais apprendre cela : tous les enfants ont besoin de rester dans leur famille. J'ai vu des enfants qui préféreraient être maltraités et rester dans leur famille. C'est abominable. On ne peut pas, adulte, penser cela. Et bien si. Il y a un lien qu'il faut respecter. Nous devons aider ces mères en détresse chez qui on voit bien pendant la grossesse que quelque chose ne va pas, et que, dans les jours qui suivent l'accouchement, on renvoie pourtant chez elles sans aide, sans suivi. Je peux vous en parler, j'en étais une. Je ne parle pas non plus des enfants dont les parents sont en souffrance psychique : on connaît trop bien le non-suivi, la non-aide « apportés » à ce public obligatoirement fragile.

Tout cela c'est de la prévention. Je suis désolée que, dans notre pays, il y ait si peu de prévention et si peu d'évaluation dans le domaine de la santé mentale – j'étais très heureuse d'entendre le Directeur général de la santé l'évoquer. Car si, comme le disait Sully, labourage et pâturage sont les deux mamelles de la France, les deux mamelles de la santé publique ne sont à mon avis rien d'autre que la prévention et l'évaluation qui en est faite.

J'ai visité de nombreuses institutions, dont celles s'occupant de pédopsychiatrie. Certains endroits étaient odieux, horribles, mais d'autres m'ont mis du baume au cœur et ils constituent des modèles de qualité pour la France. Je pense notamment à un excellent travail mère-enfant à la Roche-sur-Yon et au service créé par le Dr René Berouti à Maison Blanche sur la mère et l'enfant. Ce que je déplore, c'est qu'il y a trop peu de services comme cela, malgré les bonnes volontés. C'est difficile, il faut faire bouger l'institution, trouver les moyens, développer le travail en réseau – car on sait bien qu'en pédopsychiatrie, le travail se fait non seulement avec l'enfant mais surtout avec tout ce qu'il y a autour de lui : sa famille, son entourage, l'école... En France, il manque énormément de ce qu'on a pu appeler *l'aide aux aidants naturels*. Plutôt que de retirer des enfants d'une famille maltraitante, essayons de voir, à coût égal, comment on pourrait aider cette famille avant que ça aille mal. Des sommes importantes sont souvent dépensées pour placer des enfants alors que si l'on en donnait seulement la moitié à la famille naturelle et à son suivi, on obtiendrait que l'enfant reste ou revienne chez lui. Ce n'est pas à vous, professionnels, que je vais apprendre cela : tous les enfants ont besoin de rester dans leur famille. J'ai vu des enfants qui préféreraient être maltraités et rester dans leur famille. C'est abominable. On ne peut pas, adulte, penser cela. Et bien si. Il y a un lien qu'il faut respecter. Nous devons aider ces mères en détresse chez qui on voit bien pendant la grossesse que quelque chose ne va pas, et que, dans les jours qui suivent l'accouchement, on renvoie pourtant chez elles sans aide, sans suivi. Je peux vous en parler, j'en étais une. Je ne parle pas non plus des enfants dont les parents sont en souffrance psychique : on connaît trop bien le non-suivi, la non-aide « apportés » à ce public obligatoirement fragile.

Tout cela c'est de la prévention. Je suis désolée que, dans notre pays, il y ait si peu de prévention et si peu d'évaluation dans le domaine de la santé mentale – j'étais très heureuse d'entendre le Directeur général de la santé l'évoquer. Car si, comme le disait Sully, labourage et pâturage sont les deux mamelles de la France, les deux mamelles de la santé publique ne sont à mon avis rien d'autre que la prévention et l'évaluation qui en est faite.

I
PRINCIPES DE PRÉVENTION,
PRINCIPES D'ÉVALUATION

I
PRINCIPES DE PRÉVENTION,
PRINCIPES D'ÉVALUATION

Marc Brodin

L'évaluation des actions de prévention

Quelques principes et leçons d'une pratique

Au-delà d'une méthodologie huilée comportant un argumentaire, des objectifs précis, une formulation adaptée des voies et des moyens, entreprendre l'évaluation d'actions et de programmes de prévention est l'occasion de se remettre en mémoire quelques repères structurants des démarches de prévention et de leur évaluation.

Le vivant (plus que l'histoire de nos institutions) devrait déterminer nos politiques publiques préventives de santé.

Et pourtant, il y a deux manières de procéder pour la formulation d'une politique de santé publique ou de prévention :

– la première consiste à regarder, de manière assez précise, de quoi souffre la population d'un pays. Quelles sont les situations cliniques ? Quelles sont les fréquences épidémiologiques des maladies ? Quelles sont les pré-occupations psychologiques des familles ? Quelles sont les demandes ? C'est le diagnostic de la situation. Ce sont les faits de santé ;

– la seconde manière procède en sens inverse. Considérer que des institutions et des organisations, créées par l'histoire et datées culturellement, sont établies une fois pour toutes. Chercher comment celles-ci peuvent encore résoudre les problèmes de santé d'aujourd'hui, sans pourtant véritablement changer de missions originelles. En d'autres termes, des solu-

Marc Brodin, pédiatre, hôpital Robert Debré ; professeur de santé publique à la faculté de médecine Xavier Bichat ; ancien président de la Société française et de la Fédération européenne des sociétés de santé publique, ancien président de la Conférence nationale de santé, président du Conseil scientifique de la CNAM-TS.

Marc Brodin

L'évaluation des actions de prévention

Quelques principes et leçons d'une pratique

Au-delà d'une méthodologie huilée comportant un argumentaire, des objectifs précis, une formulation adaptée des voies et des moyens, entreprendre l'évaluation d'actions et de programmes de prévention est l'occasion de se remettre en mémoire quelques repères structurants des démarches de prévention et de leur évaluation.

Le vivant (plus que l'histoire de nos institutions) devrait déterminer nos politiques publiques préventives de santé.

Et pourtant, il y a deux manières de procéder pour la formulation d'une politique de santé publique ou de prévention :

– la première consiste à regarder, de manière assez précise, de quoi souffre la population d'un pays. Quelles sont les situations cliniques ? Quelles sont les fréquences épidémiologiques des maladies ? Quelles sont les pré-occupations psychologiques des familles ? Quelles sont les demandes ? C'est le diagnostic de la situation. Ce sont les faits de santé ;

– la seconde manière procède en sens inverse. Considérer que des institutions et des organisations, créées par l'histoire et datées culturellement, sont établies une fois pour toutes. Chercher comment celles-ci peuvent encore résoudre les problèmes de santé d'aujourd'hui, sans pourtant véritablement changer de missions originelles. En d'autres termes, des solu-

Marc Brodin, pédiatre, hôpital Robert Debré ; professeur de santé publique à la faculté de médecine Xavier Bichat ; ancien président de la Société française et de la Fédération européenne des sociétés de santé publique, ancien président de la Conférence nationale de santé, président du Conseil scientifique de la CNAM-TS.

tions institutionnelles d'abord, en lieu et place de tout diagnostic de santé approfondi.

Nos organisations sont, par construction, le reflet de l'histoire de nos cultures et de nos systèmes de valeurs. Elles sont, par définition, condamnées à l'obsolescence. C'est le vivant, la personne malade, sa souffrance, le maintien de son bien-être qui doivent être le socle de la construction de nos politiques publiques de santé ou de prévention. La définition du rôle de nos organisations et des évolutions souhaitables est seconde, et se doit d'être conséquente.

La prévention devrait prendre en compte l'ensemble (des quatre phases) de l'histoire naturelle des maladies.

La prévention institutionnelle historique, typiquement française, c'est la protection du nourrisson et de sa maman, de l'écolier, du travailleur, notamment la médecine du travail et la protection « passive » en fonction des postes professionnels. Il existe parallèlement de nombreuses autres actions de prévention, et certaines sont conduites hors du ministère de la Santé : les normes AFNOR avec l'industrie, la prévention du dopage avec la jeunesse et le sport, la prévention des accidents avec les transports, la prévention des infections dans les élevages avec l'agriculture, etc. Nombre des activités de prévention, dans les collectivités territoriales, se réalisent par le biais des programmes régionaux de santé. Des fonds nationaux affectés à la prévention sont gérés par l'assurance maladie ; il s'agit en particulier des financements consacrés aux centres d'examen de santé de la Sécurité sociale, et aux activités d'éducation ou de promotion de la santé conduites par l'Institut national de prévention et d'éducation en santé.

La prévention se réfère à des connaissances scientifiques, médicales ou épidémiologiques ; des raisonnements probabilistes cernent des univers de certitudes. La prévention se réfère à des repères de morbidité ou de mortalité évitable, et à des démarches de programmation. La prévention primaire (éducation et promotion de la santé) s'adresse à nos comportements et ne relève pas d'abord de l'offre de soins. La prévention primaire (la vaccination des enfants) s'adresse à notre environnement et relève souvent d'un exercice professionnel spécialisé. La prévention secondaire associée aux actes de dépistage (affections graves ou chroniques débutantes, maladies génétiques) relève d'abord de l'offre de soins, dans le cadre de politiques publiques de santé. La prévention tertiaire vise à limiter les séquelles et à permettre une réadaptation. L'éducation thérapeutique du patient est, à ce stade, une intervention professionnelle déterminante. La figure 1 rappelle les quatre phases d'évolution d'une maladie. Les der-

tions institutionnelles d'abord, en lieu et place de tout diagnostic de santé approfondi.

Nos organisations sont, par construction, le reflet de l'histoire de nos cultures et de nos systèmes de valeurs. Elles sont, par définition, condamnées à l'obsolescence. C'est le vivant, la personne malade, sa souffrance, le maintien de son bien-être qui doivent être le socle de la construction de nos politiques publiques de santé ou de prévention. La définition du rôle de nos organisations et des évolutions souhaitables est seconde, et se doit d'être conséquente.

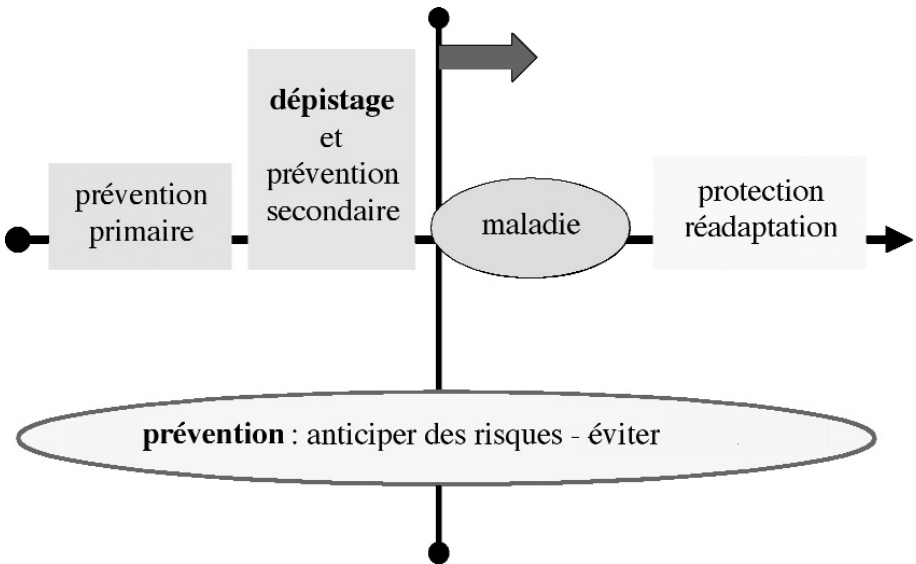
La prévention devrait prendre en compte l'ensemble (des quatre phases) de l'histoire naturelle des maladies.

La prévention institutionnelle historique, typiquement française, c'est la protection du nourrisson et de sa maman, de l'écolier, du travailleur, notamment la médecine du travail et la protection « passive » en fonction des postes professionnels. Il existe parallèlement de nombreuses autres actions de prévention, et certaines sont conduites hors du ministère de la Santé : les normes AFNOR avec l'industrie, la prévention du dopage avec la jeunesse et le sport, la prévention des accidents avec les transports, la prévention des infections dans les élevages avec l'agriculture, etc. Nombre des activités de prévention, dans les collectivités territoriales, se réalisent par le biais des programmes régionaux de santé. Des fonds nationaux affectés à la prévention sont gérés par l'assurance maladie ; il s'agit en particulier des financements consacrés aux centres d'examen de santé de la Sécurité sociale, et aux activités d'éducation ou de promotion de la santé conduites par l'Institut national de prévention et d'éducation en santé.

La prévention se réfère à des connaissances scientifiques, médicales ou épidémiologiques ; des raisonnements probabilistes cernent des univers de certitudes. La prévention se réfère à des repères de morbidité ou de mortalité évitable, et à des démarches de programmation. La prévention primaire (éducation et promotion de la santé) s'adresse à nos comportements et ne relève pas d'abord de l'offre de soins. La prévention primaire (la vaccination des enfants) s'adresse à notre environnement et relève souvent d'un exercice professionnel spécialisé. La prévention secondaire associée aux actes de dépistage (affections graves ou chroniques débutantes, maladies génétiques) relève d'abord de l'offre de soins, dans le cadre de politiques publiques de santé. La prévention tertiaire vise à limiter les séquelles et à permettre une réadaptation. L'éducation thérapeutique du patient est, à ce stade, une intervention professionnelle déterminante. La figure 1 rappelle les quatre phases d'évolution d'une maladie. Les der-

nières étapes relèvent d'abord de l'intervention du médecin (libéral ou hospitalier), alors que les premières étapes relèvent fortement de l'activité d'autres groupes professionnels.

Figure 1. La prévention et les quatre phases de la maladie

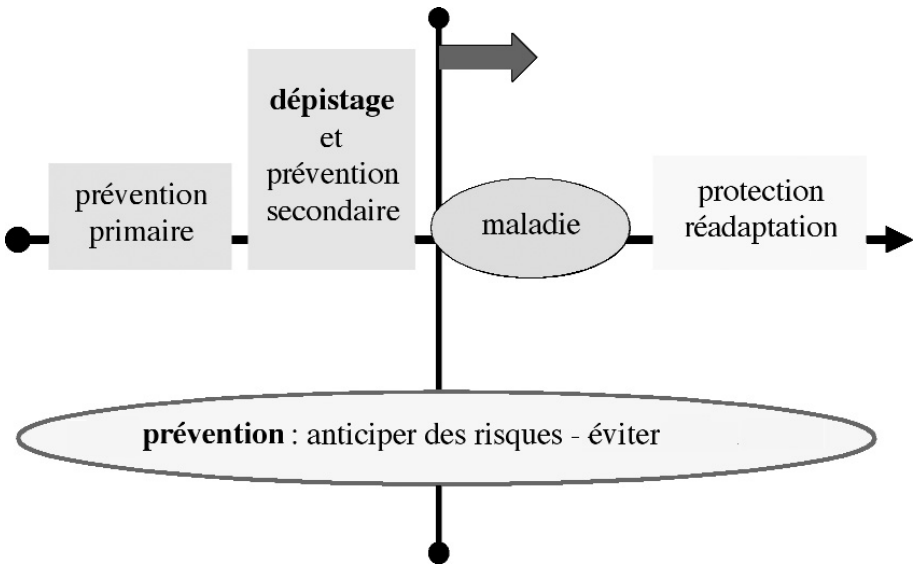


La prévention de type secondaire peut être estimée à plusieurs milliards d'euros dans le budget « risque » de l'assurance maladie. Il s'agit de sommes d'argent dépensées pour un test de dépistage, un examen visuel ou auditif par exemple, dans l'optique de repérer une affection débutante, pour agir tôt et prévenir efficacement. Nous confondons souvent le dépistage collectif planifié (pour une population qui ne se plaint de rien) et le diagnostic individuel orienté par des symptômes.

La prévention primaire, ou généralisée et universelle, est destinée à la population générale ou à des groupes qui n'ont pas été sélectionnés sur la base d'un risque défini. La prévention secondaire, ou sélective, vise un sous-groupe d'individus ayant un risque significativement plus élevé que la moyenne de développer un trouble. La prévention tertiaire, ou indiquée, s'adresse à des sujets qui présentent des signes d'appel.

nières étapes relèvent d'abord de l'intervention du médecin (libéral ou hospitalier), alors que les premières étapes relèvent fortement de l'activité d'autres groupes professionnels.

Figure 1. La prévention et les quatre phases de la maladie



La prévention de type secondaire peut être estimée à plusieurs milliards d'euros dans le budget « risque » de l'assurance maladie. Il s'agit de sommes d'argent dépensées pour un test de dépistage, un examen visuel ou auditif par exemple, dans l'optique de repérer une affection débutante, pour agir tôt et prévenir efficacement. Nous confondons souvent le dépistage collectif planifié (pour une population qui ne se plaint de rien) et le diagnostic individuel orienté par des symptômes.

La prévention primaire, ou généralisée et universelle, est destinée à la population générale ou à des groupes qui n'ont pas été sélectionnés sur la base d'un risque défini. La prévention secondaire, ou sélective, vise un sous-groupe d'individus ayant un risque significativement plus élevé que la moyenne de développer un trouble. La prévention tertiaire, ou indiquée, s'adresse à des sujets qui présentent des signes d'appel.