

# Problèmes posés par la prévention des troubles psychiques chez l'enfant pré-scolaire

B. Cramer

Service de Guidance Infantile, Département Universitaire de Psychiatrie, Genève (Professeur G. Garrone)

L'étude systématique de la prévention des troubles psychiques est un fait relativement récent dans l'histoire de la psychiatrie. En fait, le mouvement de prévention a connu un essor particulièrement important aux Etats-Unis depuis les années 60, et certains auteurs sont allés jusqu'à qualifier ce développement comme étant la troisième révolution en psychiatrie: la première révolution étant celle de Pinel, qui fait sortir le patient psychiatrique d'un environnement purement carcéral; la deuxième révolution étant l'introduction des médicaments psychotropes et la troisième étant la préoccupation préventive qui a été le résultat de deux courants, tout d'abord une influence de l'essor important de la médecine somatique préventive – dont on connaît les succès considérables –, puis la réalisation qui est devenue de plus en plus cruciale au cours des 10 ou 15 dernières années de l'incapacité des structures existantes à faire face à la demande toujours croissante de soins et de thérapies pour les troubles psychiques. Une influence importante a joué ici aussi un grand rôle, c'est le développement de la notion de psychiatrie de communauté: dans ce mouvement, on s'éloigne du modèle clinique habituel qui se situe dans la relation avec un patient et on emprunte alors des modèles qui s'apparentent à la médecine préventive, c'est-à-dire surtout des modèles épidémiologiques, avec comme souci principal l'application de principes d'hygiène mentale à des populations entières. On verra bien vite que ce changement dans la méthodologie de la rencontre entre soignants et soignés est une des difficultés principales dans le développement de la psychiatrie préventive: à savoir: le clinicien, d'une façon générale, a de la peine à passer d'un modèle de relation duelle à une conceptualisation qui s'adresse non plus à des individus isolés, mais des populations tout entières. Ce problème a été évident dans le développement de la médecine somatique préventive, il est encore plus aigu en ce qui concerne le développement de la psychiatrie préventive: en effet, surtout depuis l'avènement de l'influence de la psychanalyse dans le champ psychiatrique, l'on considère que la relation entre le psychiatre ou l'agent de santé mentale et son patient est l'instrument le plus important, soit au niveau de l'effet thérapeutique, soit même au niveau de la recherche. La pensée préventive représente donc un défi à la tradition intellectuelle et méthodologique à laquelle a été habitué le clinicien. Lorsqu'on parle de prévention en psychiatrie, il nous faudra pouvoir employer des concepts avec lesquels nous sommes généralement peu familiers et il nous faut pouvoir

**Quelles sont les possibilités et les limites d'une approche préventive des troubles psychiques chez l'enfant pré-scolaire? La prévention primaire, est-elle un but utopique ou réaliste?**

inventer un nouveau langage, ce qui ne va pas sans difficultés.

## Prévention primaire

Lorsqu'on parle de prévention primaire, la notion esquissée plus haut de l'application non pas à des individus, mais à des populations entières, ressort d'une façon particulièrement marquante. En effet, on peut proposer comme définition de la prévention primaire le développement et la promotion de la santé mentale dans la population, ainsi que l'abaissement du risque du développement de désordres psychiques dans une population d'enfants; cette action s'applique aux éléments pathogènes putatifs que l'on trouve soit à l'intérieur de l'enfant et au niveau de son bagage biologique et psychique, soit au niveau de son environnement social, soit au niveau de tous ces facteurs à la fois. Cette intervention, et c'est cela qui définit la prévention primaire, doit être appliquée avant l'apparition d'une pathologie qu'on puisse identifier.

### *Difficultés méthodologiques en prévention primaire:*

On peut tout de suite signaler quelles sont les difficultés majeures dans cet effort de prévention primaire: en ce qui concerne le premier volet de la prévention primaire, soit la promotion de l'hygiène mentale, elle est faite généralement sur le mode d'éducation et de sensibilisation des personnes qui s'occupent de petits enfants, que ce soient des groupes de parents ou des groupes d'infirmières, de pédiatres et de jardinières d'enfants. On essaie par là d'inculquer à ces personnes responsables d'enfants certains principes d'hygiène mentale d'une part, et à les sensibiliser aux problèmes de relation et à l'impact que ces problèmes peuvent avoir sur le développement de l'enfant. Les difficultés de ce genre d'approche sont évidentes à tous ceux qui tentent de faire ce genre de programme: premièrement la transmission de connaissances concernant le développement et l'hygiène mentale de l'enfant est sujette à de nombreux aléas. Il y a des problèmes de langage, de différences de culture intellectuelle, qui font que cette transmission de connaissances est extrêmement difficile à faire et que d'autre part elle dépend de la réceptivité de ces groupes qu'on essaie de sensi-

biliser à des notions de psychologie qui ne manquent pas d'éveiller des conflits et des résistances chez les participants de ces groupes; deuxième difficulté, il est presque impossible de démontrer l'effet positif ou négatif que peuvent avoir ces efforts d'éducation et de sensibilisation: on s'engage donc souvent dans des programmes qui consomment beaucoup de temps et d'énergie sans pouvoir évaluer scientifiquement les résultats qu'on croit avoir obtenus. Troisième difficulté, c'est l'aspect de manque de spécificité de ce genre d'activité. Lorsque l'on pratique ces techniques de sensibilisation de groupe, on se rend bien compte qu'on ne prévient nullement le développement d'un trouble spécifique, que ce soit la psychose ou que ce soit le développement d'un trouble de caractère, mais plutôt qu'on pense contribuer à une amélioration très générale des conditions qui permettent un développement optimal de la santé mentale de l'enfant. Il y a donc là un manque de rigueur et de validation concrète qui interfère avec le degré de crédibilité de ce genre de programme. Cela ne revient pas à dire qu'il faut abandonner ce genre d'effort, au contraire, mais il faut bien savoir quelles sont les limitations de ce genre d'approche.

En ce qui concerne le deuxième volet de la prévention primaire, soit l'abaissement du risque du développement du désordre mental dans la population, là on est peut-être un peu mieux outillé. Il est évident par exemple qu'en ce qui concerne les troubles liés à des séquelles de traumatismes périnataux par exemple, on peut exercer des mesures de prévention primaire qui s'adressent à la mère enceinte et à la situation d'accouchement et également à la situation de la relation précoce entre la mère et l'enfant juste après la naissance. Là il est bien évident que notre action préventive peut être beaucoup plus facilement définissable et que notre opérationnalité est plus facile à démontrer puisqu'on peut mettre en évidence certains éléments pathogènes ponctuels, comme par exemple des traumatismes obstétricaux dont on sait qu'ils peuvent avoir, dans un grand nombre de cas, des effets pathogènes à long terme. Mais là encore, comme de nombreuses études ont pu le prouver [9], l'élément lésionnel ne peut nullement préjuger à lui seul de toute l'évolution de l'enfant, et c'est bien souvent au niveau de la relation mère enfant que s'installeront les variables les plus importantes quant au devenir de cet enfant.

On voit d'emblée, lorsqu'on parle de prévention primaire en psychiatrie, qu'on reste loin du modèle médical et des programmes que les conceptualisations de cause à effet telles qu'on les trouve en médecine somatique permettent d'établir. Il n'y a que très peu de situations en psychiatrie comparables aux effets préventifs étonnants qu'on peut obtenir par exemple dans le cas de déficience nutritionnelle ou vitaminique. L'exemple de l'intervention diététique dans les cas d'idiotie phénylpyruvique est un exemple tout-à-fait unique et difficile à suivre d'une façon générale lorsqu'on parle de psychiatrie préventive chez l'enfant.

On peut donc déjà résumer certaines difficultés inhérentes à la prévention primaire dans le champ de la psychiatrie infantile: tout d'abord le manque de spécificité de notre action du fait des difficultés que nous rencontrons à mettre en évidence des causes uniques, ponctuelles, et des relations de cause à effet facilement démontrables: l'enfant est un être en développement; on connaît les capacités de récupération par la maturation ou de reprise à des niveaux ultérieurs du développement de certains éléments pathogènes ou traumatisants au début de la vie, ceci à la faveur de la fantasmatization et de la réévocation après coup de certains éléments traumatiques qui auraient pu sembler anodins à première vue. Nous savons également que l'enfant est sujet à des influences qui sont non seulement d'ordre biologique, et non seulement d'ordre intrapsychique, mais qu'il est constamment inondé par des influences qui peuvent être très changeantes au cours du développement, venant de son milieu immédiat et de ses parents plus particulièrement et que donc nous sommes dans l'incapacité, dans la plupart des cas, de mettre en évidence des variables qu'on pourrait juger pathogènes en soi, et dont on pourrait étudier l'impact d'une manière linéaire sur le développement de l'enfant. Cela rend notre activité préventive très difficile et généralement remarquablement peu spécifique.

#### Prévention secondaire

La prévention secondaire, à première vue, semble être une activité plus spécifique, et plus proche d'un modèle qui est généralement familier au médecin qui est le problème du diagnostic précoce. En effet, tout l'effort de la prévention secondaire devient payant dès qu'il peut s'établir sur la base d'un diagnostic précoce qui permet alors l'intervention d'éléments curatifs à bas prix. C'est précisément à cause de l'importance de la précocité du diagnostic pour effectuer une prévention qui sera payante, que la population aux âges les plus bas est la plus intéressante à discuter lorsqu'on parle de prévention. En effet, la plupart des théories étiopathogéniques dans le domaine de la psychiatrie tendent à mettre en évidence l'importance des éléments pathogènes et de leur impact à des âges précoces. En fait, on assiste souvent à un réductionnisme génétique qui se manifeste entre autres par des théories et des pratiques qui suggèrent que c'est dans les tout premiers moments de la vie que se joue toute la destinée de l'enfant et qu'il y a lieu alors d'intervenir précisément aux moments les plus précoces du développement. Il existe là une forme de mythe des origines dont il est difficile de nous débarrasser en pensée psychiatrique: on assigne en effet aux événements les plus précoces et à la structuration précoce le poids d'éléments déterminant *absolument* le reste du développement de l'individu. Dans cette optique de réductionnisme génétique, on émet l'hypothèse que l'activité préventive doit être appliquée aux tout premiers moments du développement de l'enfant, et même, à l'extrême, pendant la grossesse de la mère, comme si on pouvait par cette intervention influencer de

manière profonde le développement des relations précoces et de la structuration mentale infantile. Il est vrai que cette approche a bien trouvé de nombreuses confirmations valables au niveau de la pratique: – je pense ici particulièrement aux travaux concernant l'étude de la relation mère enfant précoce, et les interventions parfois fort payantes qu'on peut avoir à ce niveau, permettant un déblocage de certaines déficiences du maternage; – on peut également considérer que les effets les plus payants à long terme de l'approche psychothérapeutique et psychanalytique sont ceux qui cherchent à modifier les caractéristiques de la structure mentale dans son fonctionnement le plus primitif. Mais il faut également critiquer ce point de vue et reconnaître que des activités préventives peuvent avoir un impact très important à tous les stades du développement: dans cette optique on suit un modèle développementaliste, c'est-à-dire que l'on considère qu'à chaque étape du développement correspondent certains conflits, certaines difficultés qui peuvent être résolus avec plus ou moins de bonheur et où certaines interventions, dont nous parlerons par la suite sous le terme d'«interventions de crise» par exemple, peuvent aider de façon importante à prévenir le développement de pathologies ultérieures.

#### *Difficultés de la prévention secondaire*

S'il est vrai que le succès de la prévention secondaire dépend d'un dépistage précoce, il faut quand même reconnaître que cela ne va pas sans problèmes. Premièrement, il n'a pas encore pu être démontré de façon non équivoque que le dépistage précoce de la psychose chez l'enfant, par exemple, a pu opérer des résultats préventifs indéniables. Deuxième difficulté c'est la définition même des critères de dépistage de signes précoces de perturbations qui nous posent problème. En effet, par exemple, la psychiatrie du nouveau né est un domaine que nous connaissons mal et pour lequel nous sommes également mal préparés, ceci en grande partie à cause du fait que les signes probables de perturbations qu'on pourrait appeler psychiques sont parfois fort équivoques, sont généralement peu différenciées, et sont manifestées au niveau du fonctionnement somatique. D'autre part, à des âges plus avancés, nous avons souvent la plus grande peine à établir ce qui correspond réellement à un symptôme pathologique, d'une part, et encore plus de peine à établir les pronostics sûrs.

#### **Problèmes de pronostics et de prédiction**

Le diagnostic en psychiatrie infantile doit être essentiellement axé sur la dimension pronostique: nous savons qu'il existe de nombreux signes de stress psychique ou de difficultés développementales qui se manifestent par des activités dites symptomatiques, mais qui, en fait, sont difficiles à rattacher à une structure stable, pathologique ou pathogène, qu'on pourrait mettre en évidence à partir de ces manifestations symptomatiques. Ce qui est particulièrement important en psychiatrie infantile, c'est d'arriver à déter-

miner, non seulement sur la base de symptômes isolés, mais sur la base d'un fonctionnement, quelle sera la portée de certaines manifestations à long terme. On voit déjà les difficultés qu'on a dans cette approche. En effet, les signes extérieurs, les manifestations dites symptomatiques, ne suffisent pas toujours, sauf dans des cas extrêmement graves, à nous indiquer le degré de pathologie et un pronostic certain. D'autre part, si on doit s'attacher à définir un fonctionnement, plutôt qu'un comportement de surface, cela demande des investigations souvent fort étendues et cela va dépendre essentiellement de facteurs très subtils qui sont de l'ordre de la relation entre le diagnosticien et son petit patient. Il s'agit là donc de l'établissement de critères de fonctionnement pathologique à portée pronostique qui sont des critères difficilement définissables de façon absolue et difficilement transmissibles d'un professionnel à l'autre.

On voit dès lors que la transmission par des psychiatres et des psychologues à des autres professionnels, tels que des jardinières d'enfants par exemple, de critères de dépistage précoce, est extrêmement difficile à faire. En effet, lorsqu'on essaie d'enseigner ces signes précoces à des autres professionnels, on assiste soit à des effets de psychiatrisation massive, soit à des méconnaissances sélectives de certains signes indubitables de pathologie.

Autre problème méthodologique: dans le domaine du développement de la personnalité et de la psychopathologie, les efforts de synthèse à partir des éléments qu'on observe dans les développements, sont beaucoup moins fructueux que les efforts d'analyse rétrospective qu'on peut faire, comme par exemple c'est le cas en psychanalyse avec un adulte: il est beaucoup plus facile d'établir un fil rouge de causalité lorsque l'on prend un adulte et qu'on essaie d'analyser les différents éléments qui ont contribué à la formation d'une psychopathologie. La prédiction, par contre, et cela a été démontré par toutes les études qui cherchent à mettre en évidence une prédiction au niveau du fonctionnement de la personnalité, est extrêmement peu convaincante. Ce manque de conviction dans les prédictions tient à de nombreux facteurs: d'abord au fait que le développement de l'enfant n'a jamais un caractère linéaire et qu'en fait les enchaînements se passent plutôt sur un mode de développement en spirale, avec des reprises, souvent surprenantes, d'éléments antérieurs du développement dans de nouvelles structures sur un mode qui est rarement prévisible. D'autre part, la continuité de phénomènes psychiques, si elle est assez facile à démontrer dans certains cas de psychose chez l'enfant, devient beaucoup plus subtile et difficile à déterminer dans des cas d'autres psychopathologies. L'exemple le plus frappant dans ce domaine est celui de la dépression: premièrement, il est très difficile de mettre en évidence des éléments dépressifs, ou même des équivalents dépressifs chez l'enfant et, deuxièmement, il est très difficile de savoir quels sont les facteurs dans le fonctionnement psychique d'un enfant, ou même dans les événements de sa vie, qui

vont le prédisposer à une dépression. Cette difficulté de la prédictabilité de la dépression est un des problèmes les plus lancinants en psychiatrie, puisqu'on sait qu'en effet la dépression est une des psychopathologies les plus fréquemment rencontrées chez l'adulte [10]. Un autre facteur rend la prédictabilité très difficile en ce qui concerne la psychopathologie de l'enfant. En effet, le développement de la psychopathologie ne dépend pas seulement de l'organisation psychique et du bagage chromosomique, ou intellectuel, de l'enfant: l'environnement de l'enfant, et particulièrement le poids de la relation entre parents et enfant, va jouer un rôle crucial dans le développement de l'enfant. On sait, par exemple, que les enfants peuvent être sans pathologie évidente jusqu'à un certain âge et que lorsqu'ils arrivent à une certaine phase de leur développement, qui entre en consonnance avec des conflits que leurs parents ont eus au même stade de développement que l'enfant, c'est souvent à ce moment là que se déclenche une psychopathologie qui n'aurait pas pu être prévue auparavant, sinon par une étude concertée et systématique du fonctionnement psychique des parents. Ce point de vue est fondamental dans toute la théorie de la psychopathologie de l'enfant, d'une part, et de la prévention également: on verra par la suite que les programmes de prévention primaire et même une bonne partie des efforts de prévention secondaire, doivent tenir compte de l'approche systémique, à savoir de l'inter-pénétration d'éléments dynamiques pathogènes ou maturants, venant non seulement de l'enfant, mais également des parents, et que donc l'effort préventif devra s'adresser souvent à la famille, autant qu'à l'enfant. Ce point de vue des systèmes doit être constamment gardé à l'esprit lorsqu'il s'agit de prévention.

#### *Différents niveaux d'actions préventives*

On peut ainsi déterminer différents genres de programmes de prévention: des programmes qui sont centrés sur l'enfant, qui est considéré comme un système fermé, et où on met l'accent sur le développement de pathologies, soit biologiques, soit intrapsychiques; on peut orienter les programmes sur la famille, comme par exemple on le fait lorsqu'on s'occupe d'enfants de mères schizophrènes, ou de familles en crise. On peut également organiser des mesures préventives qui sont centrées sur la société, ou sur des institutions qui s'occupent d'enfants.

Après avoir esquissé les problèmes méthodologiques majeurs que nous rencontrons en prévention, on peut proposer deux notions qui permettent d'esquiver certaines difficultés liées aux notions – toujours incertaines – d'étiopathogénèse: il s'agit de la notion de groupes à haut risque et de la notion de crise.

#### **Les groupes à haut risque**

A partir de différentes hypothèses étiologiques, on peut désigner des groupes d'enfants à haut risque pour le développement de pathologie: les hypothèses qu'on

emploie sont soit de transmission chromosomique, interactionnelle ou sociogénétique.

On désigne ainsi des *facteurs* de risques et l'on étudiera leur impact sur l'enfant, cherchant à mettre en évidence des réactions de vulnérabilité et d'invulnérabilité. La prévention s'attachera à renforcer l'invulnérabilité de l'enfant, soit au niveau de l'enfant lui-même, soit au niveau du milieu. Parmi ces groupes, le mieux étudié est celui des enfants de mère psychotique: sur 207 adolescents, enfants de mères psychotiques, Mednick trouvera 20 cas de décompensation psychotique après 7 ans d'études [7]. Il compare le groupe psychotique au groupe épargné et met en évidence quatre variables liées à la présence de psychose chez l'enfant: hospitalisations psychiatriques de la mère lorsque l'enfant est en bas âge, psychose particulièrement grave de la mère, plus grande fréquence d'accouchements anormaux et réponses galvaniques cutanées aberrantes chez l'adolescent.

On voit ici que la prévention primaire pourra s'adresser soit à la condition de l'accouchement dans le but d'éviter des traumatismes périnataux, soit au niveau des séparations, soit encore tout au long du développement de la relation mère enfant: c'est ainsi que plusieurs centres ont mis sur pied des programmes de prise en charge systématique des mères psychotiques et de leurs enfants.

D'autres groupes à haut risque peuvent être désignés: les enfants défavorisés culturellement, les enfants présentant des maladies somatiques chroniques, des enfants de familles perturbées, etc.

La plupart de ces programmes optent pour une activité simultanée au niveau des parents – pour soutenir le maternage – et au niveau de l'enfant – par inclusion dans des jardins d'enfants et crèches spécialisés, ou dans des programmes visant à renforcer les ressources de l'enfant.

#### **La crise**

La vie d'une famille ou d'un individu est souvent mise en déséquilibre par des situations de crise caractérisées par leur aspect inattendu, entraînant une mise en échec des patterns habituels et provoquant un remaniement des rôles et des relations. Il s'agit d'un changement généralement irréversible, dont les exemples les plus traumatiques sont: le décès d'un proche, la maladie d'un proche, un changement dans l'insertion sociale, etc.

Ces crises peuvent entraîner soit une évolution maturante, soit une désorganisation pathogène: ainsi la naissance d'un enfant prématuré peut – si elle est mal négociée – entraîner des altérations massives de la relation mère enfant, entraînant parfois des rejets massifs [5].

L'activité préventive consistera à déterminer des situations de crise, en étudier le déroulement et mettre sur pied des systèmes d'aide d'urgence aux membres de la population faisant face à la crise.

Dans le cadre de la petite enfance, on peut prévoir de nombreuses crises (par exemple l'hospitalisation de

l'enfant, l'entrée à l'école) où les professionnels d'hygiène mentale peuvent aller au devant des mères et enfants en crise, évitant l'installation de développements pathologiques.

La notion de crise a l'avantage de sortir du cadre des oppositions normalité-pathologie; elle ne préjuge pas d'une étiologie spécifique; elle permet des interventions a minima, touchant de larges segments de la population avant l'installation de pathologies avérées [2].

### Programmes possibles en prévention

Des programmes peuvent s'appliquer à l'enfant, à la famille ou à l'environnement élargi de l'enfant.

Un programme typique concernant l'enfant, c'est le programme d'enrichissement culturel d'enfants qu'on considère déprivés culturellement sur la base de leur appartenance à un groupe socioculturel défavorisé. On cherche ainsi à prévenir une pathologie cognitive – comme cela a été fait dans le programme «Headstart» aux Etats-Unis.

La plupart des programmes concernant la petite enfance s'adressent à la famille et plus spécialement à la relation mère enfant: ou bien on définit des relations mère enfant à haut risque (par ex. à haut risque pour un syndrome d'enfant battu) et on intervient pour soutenir le maternage [1], ou bien on désigne des relations mère enfant en crise que l'on cherche à débloquer par des interventions de crise, soit sur un mode de soutien ponctuel, soit sur un mode de thérapies brèves [4].

La prévention au niveau de l'environnement élargi s'adresse aux institutions s'occupant de la première enfance: les pédiatres et les services de pédiatrie sont une cible de choix [8]; les crèches et jardins d'enfants également, ainsi que tous les services d'Etat touchant à l'enfance.

Ici l'activité préventive se base sur un travail de sensibilisation et d'éducation des professionnels ainsi que sur des modifications proposées pour le changement du fonctionnement de certains services, comme on a pu le faire au niveau d'unités de prématurés par exemple. Les problèmes de méthodologie rencontrés lors de l'établissement de ces genres de programmes ont été bien décrits par Caplan [3]. Une description de la réalisation d'un éventail de tels programmes est fournie par Manzano, dans le cadre du Service de Guidance Infantile de Genève [6].

### La prévention, but utopique ou but réaliste

Dans ce travail, je me suis essentiellement adressé aux problèmes de prévention primaire. Je n'ai qu'incidemment touché aux problèmes de prévention secondaire ou tertiaire qui sont peut-être mieux connus.

La grande tentation de la prévention primaire, c'est la tentation mégalomane. Il faut bien la connaître pour éviter de tomber dans une tentation opposée concernant la prévention qui est l'attitude défaitiste et l'attitude de renoncement à la prévention, ce qui entraîne

souvent un repli du psychiatre vers des activités cliniques plus traditionnelles. En effet, dans un premier temps, on espère pouvoir, grâce à des programmes de prévention primaire, obtenir les mêmes résultats étonnants qu'on a obtenus en prévention primaire en médecine. Le modèle médical reste très important en psychiatrie et donne lieu à des espoirs d'éradication des troubles psychiques. Cette tentation mégalomane, on la voit la mieux à l'œuvre dans des formulations exclusivement environmentalistes concernant la prévention des troubles mentaux. C'est ainsi qu'on espère, en changeant certains environnements, ou certaines conditions extérieures, pouvoir ainsi totalement éradiquer les troubles psychiques, comme si ces derniers étaient essentiellement le résultat de traumatismes, ou de pressions pathogènes venant de l'environnement. C'est ici qu'une approche psychanalytique semble absolument indispensable, pour toujours remettre en question nos modèles étiologiques et étiopathogéniques, et surtout pour éviter une tentation unilatéralement environmentaliste et manipulatrice de l'environnement: cette correction ne peut être faite que si l'on tient compte des caractéristiques de l'activité psychique et de la créativité psychique de l'enfant, avec toute l'importance des caractéristiques de la structure mentale de l'enfant sur le développement de psychopathologie ultérieure. S'il est vrai qu'on peut minimiser, ou diminuer l'impact de situations stressantes en fournissant des programmes qui s'appliquent à modifier l'environnement de l'enfant, il est également vrai que l'on reste toujours confronté avec l'importance de la contribution des facteurs intrapsychiques dans le développement de la psychopathologie de l'enfant. C'est là qu'il faut reconnaître certaines limitations des programmes préventifs: il est en fait avéré que, jusqu'à présent, aucun programme de prévention n'a réussi à prévenir réellement et de façon convaincante le développement de troubles psychiques majeurs, que ce soit de l'ordre de la schizophrénie, ou de la dépression, ou de la psychopathie. Il est évident que nos formulations étiopathogéniques sont encore beaucoup trop pauvres pour pouvoir asseoir une théorie certaine et une pratique absolument opérationnelles de la prévention primaire. Cela ne doit pas nous entraîner vers un nihilisme concernant la prévention et il est de plus en plus évident qu'il n'est pas indispensable d'avoir une théorie cohérente de l'étiopathogénie pour pouvoir mettre sur pied des programmes de prévention: en fait, le même problème s'est posé en prévention des affections somatiques. Le scorbut, p. ex., a été prévenu bien avant qu'on ait découvert le rôle de la vitamine C. Il n'en reste pas moins vrai que l'un des plus gros problèmes de la prévention primaire, c'est que nous sommes incapables à l'heure actuelle de fournir une *validation* de nos efforts préventifs: en effet, il est impossible, jusqu'à présent, de déterminer et de prouver de façon certaine quelle a été l'efficacité de programmes de prévention primaire: si l'on est bien convaincu que, p. ex., la sensibilisation des pédiatres, des jardinières d'enfants et

des infirmières s'occupant d'enfants joue un rôle important dans la prévention de certains troubles de la relation mère enfant, p. ex., nous n'avons aucun moyen de recherche pour tester cette hypothèse d'une façon absolument scientifique. Si les programmes préventifs d'éducation et de sensibilisation du personnel s'occupant de petits enfants ne peuvent pas nous donner de sentiment de conviction du bien fondé de nos hypothèses, il n'en est pas de même pour les programmes de prévention s'adressant directement à la relation mère enfant, comme p. ex., dans l'étude de la situation de crise. Ici, on peut bien documenter, par des études cliniques, que des interventions de crise qui sont souvent des interventions a minima et très économiques, ont un effet favorable et durable sur le développement de l'enfant. C'est surtout dans cette direction là qu'il me semble que le psychiatre doit pouvoir s'orienter avec le plus de sentiment de sécurité et de rentabilité opérationnelle. Il nous semble donc indispensable, pour éviter de tomber dans le piège de la manipulation environmentaliste mégalomane, de toujours s'assurer que les programmes de prévention soient planifiés sur la base de connaissances dérivées non seulement de notions épidémiologiques et écologiques, mais bien également de notions cliniques tirées de la situation thérapeutique. De même, s'il y a un intérêt à démedicaliser la prévention, notamment en encourageant le travail de paraprofessionnels dans ce champ, la contribution du point de vue clinique reste essentielle dans la mise sur pied de programmes préventifs valables. Il nous semble donc qu'un des défis posés par la prévention primaire réside dans l'alliance qu'il va falloir mettre sur pied entre différents modèles de conceptualisation: le modèle médical, le modèle étiopathologique, le modèle normatif, le modèle adaptatif et bien d'autres encore, alliance également au niveau de différents concepts tels que sociogénèse et psychogénèse; point de vue thérapeutique et point de vue préventif; il faut maintenir ici un point de vue dialectique permettant une interpénétration qui doit être mutuellement enrichissante. Finalement, il y a une autre alliance qu'il faut pouvoir développer ici, c'est celle entre l'identité de thérapeute, de clinicien, et l'identité liée au travail préventif, ainsi que l'alliance entre différents professionnels, psychiatres d'une part, professionnels s'occupant de la petite enfance d'autre part, et d'autres para professionnels qui ont un impact sur la santé mentale des enfants pré scolaires. Finalement, malgré la note quelque peu sceptique qu'on peut émettre à l'heure actuelle vu qu'on a un certain recul sur les programmes de prévention primaire qui se sont développés dans ces 15 dernières années, il n'en reste pas moins que, particulièrement dans le champ de la toute première enfance, la prévention primaire reste un champ potentiellement très fertile, que ce soit au niveau de la recherche et des applications, et qu'il nous semble indispensable que la prévention primaire devienne une préoccupation généralisée au niveau de l'enseignement d'une part, et des planifications sociales et médicales d'autre part.

### Résumé

La prévention primaire pose plusieurs problèmes de méthodologie: la transmission de notions d'hygiène mentale est très difficile à pratiquer. La validation des programmes de promotion d'hygiène mentale est impossible. La prédiction de psychopathologie n'est possible que dans peu de cas. Le dépistage précoce présente presque autant de difficultés. Ces difficultés doivent être connues par ceux qui travaillent en prévention, ne serait-ce que pour éviter le piège de la manipulation mégalomane de l'environnement dans l'espoir – toujours déçu – d'éradication totale des troubles psychiques. Quelques modèles de concepts et programmes préventifs sont proposés.

### Summary

#### Problems in prevention of psychiatric disorders in preschool children

In primary prevention, we meet many methodological difficulties: the promotion of mental health requires the transmission of specialized knowledge: this is in fact very difficult to realise. Validation of such programs is impossible. Moreover, primary prevention remains generally unspecific, often helpless—as in the case of psychosis.

Problems of prediction are so important that we are not even able to predict—and then to prevent—the development of depression, one of the most common forms of psychiatric disturbance.

Early diagnosis (secondary prevention) is also still inadequate: in most cases, we do not know how symptoms detected in early childhood will develop.

In view of the poor state of etiopathogenic theories, 2 concepts are being used preferentially in prevention: high risk groups, and the notion of crisis. Large segments of population can be evaluated from these points of view and provided with preventive interventions. Prevention programs can address themselves to either the child himself, his family, or his larger environment.

Most successful prevention programs organised by psychiatrists have addressed themselves to the early mother-child interaction. This is one of the most valuable targets for high risk or crisis interventions. Now that various preventive programs have been active for years, one can start evaluating the first results of primary prevention: while difficulties are enormous, one should not regress to comfortable isolationism of clinical work only. On the other hand, utopian dreams of eradication of psychic troubles through environmental manipulation are not valid any longer.

### Zusammenfassung

#### Probleme der Prophylaxe psychischer Störungen bei Kleinkindern im Vorschulalter

Die Prophylaxe psychischer Störungen bei Kleinkindern stösst auf verschiedene methodische Schwierigkeiten: Die Förderung der Psychohygiene als Vorbeugung seelischer Störungen erfordert fachmännische Kenntnisse. Eine solche Vermittlung ist jedoch schwer durchführbar und eine Bewertung derselben unmöglich. Überdies sind solche frühen, prophylaktischen Massnahmen oft ungenau umschrieben oder beschränken sich auf ein hilfloses Abtasten wie z. B. im Falle der Psychosen.

Die Probleme der Vorhersage sind so gross, dass in den meisten Fällen eine solche unmöglich ist. Damit ist natürlich auch ein Entgegenwirken psychopathologischer Entwicklungen erschwert. Früherfassungen und Frühdiagnosen sind ebenfalls immer noch mit grossen Schwierigkeiten verbunden. In den meisten Fällen kann man die Entwicklung der in der frühen Kindheit auftretenden Symptome nicht voraussehen.

Angesichts dieser Tatsachen spricht man im Bereich der Prophylaxe besser von «Krise» und «hohem Risiko». Mit diesen beiden Begriffen kann der Grossteil der Kinder ermittelt werden, was von diesem Gesichtspunkt aus vorbeugend einzugreifen erlaubt.

Eine solche Prophylaxe kann sich sowohl an das Kind selbst, als auch an seine Familie oder seine nächste Umgebung wenden. Am meisten Erfolg bei Krisenfällen oder bei Kindern mit hohem Risiko wurde mit den Massnahmen erzielt, die sich an die Mutter-Kind-Beziehung richteten.

Heute, wo solche vorbeugende Massnahmen über etliche Jahre verfolgt werden konnten, kann mit einer Auswertung der ersten Resul-

tate begonnen werden. Zwei wichtige Punkte sollten hervorgehoben werden: Obwohl die Schwierigkeiten einer Prophylaxe enorm sind, sollte man diese so weit als möglich ausbauen und die klinische Arbeit nicht auf das Heilen beschränken. Auf der andern Seite sollte man sich klar bewusst sein, dass eine Ausrottung psychischer Störungen durch Beeinflussung der Umwelt ein utopischer Traum ist.

#### Bibliographie

- [1] *Ayoub, C., and Pfeifer, D.*, An approach to the prophylaxis of child abuse and neglect. Travail présenté au Congrès Mondial «Child abuse and neglect», OMS, Genève, 1976.
- [2] *Caplan G.*, Prevention of mental disorders in children. Ed. G. Caplan. Tavistock Publ. London, 1961.
- [3] *Caplan, G.*, The theory and practice of mental health consultation. Basic Books. N.Y., 1970.
- [4] *Cramer, B.*, Interventions psychothérapeutiques brèves avec parents et enfants. La Psychiatrie de l'Enfant, *XVII*, 1, 53–117 (1974).
- [5] *Cramer, B.*, A mother's reactions to the birth of a premature baby. In: Klaus M., Kennel, J., Maternal-Infant Bonding. Mosby, St-Louis, 156–166, 1976.
- [6] *Manzano, J.*, Activités préventives du Service de Guidance Infantile. Les Cahiers médico-sociaux 3, 117–125 (1976).
- [7] *Mednick, S. A.*, Breakdown in individuals at high risk for schizophrenia: possible predispositional perinatal factors. Mental Hygiene 54, 1, 50–63 (1970).
- [8] *Michaud, C., et Cramer, B.*, Consultation psychiatrique en service de pédiatrie. Helv. paediat. Acta 31, 199–210 (1976).
- [9] *Parmelee, A. H., Sigman, M., Kopp, C. B., and Hober, A.*, The concept of a cumulative risk score for infants. In: Aberrant development in infancy human and animal studies. Ed.: N. R. Ellis. John Wiley & Sons, 1975.
- [10] *Rutter, M.*, Psychological development, prediction from infancy. J. Child Psychol. and Psychiat. 11, 49–62 (1970).

#### Adresse de l'auteur:

Dr. Bertrand Cramer, Service de guidance infantile, 23, rue Ferdinand-Hodler, CH-1207 Genève.