

Etude épidémiologique de la morbidité psychique de l'enfant à l'âge de latence

R. Henny

Office Médico-Pédagogique Vaudois, Lausanne

Le Fonds National de la Recherche Scientifique nous a permis de réaliser une enquête sociologique et clinique dont l'intention était de vérifier l'adéquation du Service de psychiatrie infantile, service communautaire, à son intention de dépistage et de traitement des enfants présentant des troubles psychologiques. L'on sait fort bien que toute enquête épidémiologique dans le champ de l'hygiène mentale révèle la prévalence de troubles psychiques et mentaux à un taux fort élevé dans la population, qu'elle soit infantile ou adulte. Lin à Taïwan indique un taux de prévalence de plus de 10 %. Srole, dans la Midtown Study, très large enquête intéressant un quartier de Manhattan, révèle un taux de prévalence de troubles mentaux d'une certaine gravité de 23,3 %. En ce qui concerne les enfants, rappelons l'enquête de Weber à Berne qui parmi 1532 écoliers entre 7 et 16 ans, découvre 21 % d'entre eux souffrant de troubles névrotiques et 8 % de difficultés intellectuelles. En Angleterre, Rutter évalue à 6,3 % le taux de prévalence d'enfants inadaptés parmi les 2193 enfants entre 9 et 11 ans domiciliés sur l'Île de Wight.

Il n'était toutefois pas évident que dans notre petit pays (canton de Vaud), largement agricole, aux villes relativement modestes et encore enracinées dans la campagne, nous nous trouvions devant une situation telle que celle décrite notamment par nos collègues étrangers. Pour le vérifier, nous avons choisi une cohorte de 300 enfants tirés au hasard, parmi les enfants de 9 ans du canton, cette cohorte se répartissant selon des critères sociologiques que nous pouvions déterminer par des enquêtes préalables: enfants vaudois, confédérés, étrangers, enfants des villes, des bourgs et de la campagne, enfants issus de différents milieux socio-culturels, etc. Les enquêteurs se sont fixés sur l'âge de 9 ans, en raison de l'organisation des troubles psychiques relativement stables qu'il n'est pas trop difficile de détecter à cet âge, en même temps que la possible mobilisation de ces enfants, pour autant que les parents puissent se laisser convaincre de l'utilité de cette enquête. C'est l'âge de latence, avec ses compromis défensifs classiques, c'est aussi l'âge où les enfants sont encore regroupés dans une seule filière scolaire qui permet leur repérage plus facilement que plus tard. Il n'est pas ici dans notre intention de développer la méthodologie de cette recherche, si ce n'est pour rappeler qu'en fonction de notre intention de comparaison du fonctionnement du Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent avec les besoins réels de la population enfantine, nous

Cette étude d'un échantillon tiré au hasard de 300 enfants âgés de 9 ans démontre que la morbidité psychique pèse plus lourd sur les groupes socio-professionnels inférieurs, mais que par contraste, les services de psychiatrie infantile sont mieux connus dans les milieux aisés.

avons organisé une investigation de ces familles et de ces enfants à peu près sur le modèle de ce qui est normalement mis en forme lors d'une demande de consultation dans le cadre du Service médico-pédagogique.

Après une lettre adressée aux familles choisies, choix qui impliquait chaque fois un jumeau statistique en fonction d'un risque de refus opposé par les parents, c'est l'assistante sociale de l'équipe de recherche qui s'est rendue sur place pour interroger la famille, la mère le plus souvent, et prendre la mesure du milieu social et affectif dans lequel l'enfant évoluait. A cette occasion, les parents étaient motivés à se rendre à notre consultation à Lausanne, pour y subir un examen psychiatrique et psychologique relativement complet: à savoir:

- un entretien prolongé entre le psychiatre et le ou les parents,
- un entretien psychiatrique avec l'enfant
- un examen psychologique de l'enfant, comprenant un niveau intellectuel, une épreuve perceptive, un test de Rorschach et, pour évaluer le langage écrit, une dictée corrigée par un logopédiste
- un examen médical succinct, le tout étant complété par un questionnaire rempli par l'instituteur.

Nous devons relever ici en passant que toute enquête de ce genre implique une ambiguïté de par la mobilisation active de familles non demanderesses. Les chercheurs furent constamment gênés par leur position et notamment dans la découverte d'une pathologie qu'il était difficile de dénoncer comme telle à des parents qui n'étaient nullement motivés à une entreprise thérapeutique. Il est en effet difficile de demander tant au psychiatre d'enfants qu'au psychologue de se situer complètement en dehors et en observateur neutre des éventuels troubles psychologiques présentés par l'enfant et sa famille et de la souffrance qui connote inévitablement ces difficultés.

Un premier biais dans la constitution de la cohorte d'enfants observés est lié au refus d'un certain nombre de familles: 28 parmi les 300 désignées, 28 enfants qui ont été, selon la méthodologie prévue, remplacés par

des jumeaux statistiques. Il est difficile de savoir quelle est la direction de cette distorsion statistique, ce faible 10 % de notre cohorte d'enfants représentant peut-être une population plus pathologique en fonction de la méfiance de ces familles. Nous avons toutefois collationné un certain nombre de renseignements sur ces familles à l'occasion de la visite à domicile et il ne nous est pas apparu d'une façon évidente qu'il s'agissait de sujets qui se situaient en dehors d'une façon marquante des coordonnées phénoménologiques des enfants examinés.

Une considérable banque de données a pu ainsi être collationnée à la faveur de cette enquête relativement approfondie des enfants choisis et de leur entourage. Notre intention n'est d'en présenter ici que quelques éléments se situant à la fois sur le plan sociologique et clinique.

Réactions à notre demande:

Une des préoccupations des chercheurs était de savoir comment se situait le Service de psychiatrie dans la cité et notamment quelle était la connaissance que nos clients potentiels pouvaient en avoir (voir *tableaux I et II*). 167 familles avaient une idée précise de l'existence et du fonctionnement du Service, tandis que 133 ne le connaissaient que très mal ou pas. Le lieu de résidence: ville ou campagne ou la distance du lieu de résidence à la consultation centrale ou sectorisée ne révélaient pas de différence significatives quant à la connaissance du Service dans la population. Par contre, cette information se marquait lourdement au niveau des catégories socio-professionnelles des milieux choisis comme au niveau de la nationalité des familles.

Tableau I. Connaissance du Service de psychiatrie infantile dans la population par nationalités

Nationalité	Idée nulle ou vague		Idée précise		Total
	Nbre	%	Nbre	%	
Suisses	90	37,2	152	62,8	242 100,0%
Italiens Espagnols	34	87,2	5	12,8	39 100,0%
Autres nationalités	9	47,4	40	52,6	19
Total	133	44,3%	167	55,7%	300 100,0%

Il faut ajouter brièvement ici, pour l'intelligence de ce qui suit que la cohorte de 300 enfants choisis au hasard comprenait 242 Suisses (80,7 %) et 58 enfants étrangers (19,3 %). Parmi eux 32 enfants issus de familles italiennes et espagnoles et 19 d'autres nationalités. Du point de vue socio-professionnel, nous avons regroupé ces familles parmi 3 catégories; aisées: 50 enfants (16,7 %), moyennes: 186 enfants (62,0 %), et

Tableau II. Connaissance du Service de psychiatrie infantile dans la population par catégories socio-professionnelles

Milieux	Idée nulle ou vague		Idée précise		Total
	Nbre	%	Nbre	%	
Aisées	10	20,0	40	80,0	50 100,0 %
Moyens	81	43,5	105	56,5	186 100,0 %
Modestes	42	66,0	22	34,0	64 100,0 %
Total	133	44,3	167	55,7	300 100,0 %

4/5 des familles de catégories aisées connaissent bien notre service, alors que cette proportion est de 1/3 parmi les familles de catégories modestes.

modestes: 64 enfants (21,3 %). Ces proportions recourent à peu près fidèlement les caractéristiques sociologiques de la population vaudoise, avec quelques différences peu significatives sur lesquelles nous ne voulons pas insister ici.

Nous voyons, aux *tableaux I et II*, que la connaissance du Service de psychiatrie infantile est fortement liée à la catégorie socio-professionnelle, comme à la nationalité des familles. Nous ne sommes en effet guère étonnés de découvrir que ce sont les enfants issus des milieux les plus favorisés qui connaissent le mieux le service médico-pédagogique, tandis que les familles de niveau socio-économique modeste et les familles étrangères en méconnaissent l'existence.

Epidémiologie des troubles psychologiques de l'enfant, catégorisée par le diagnostic en pédo-psychiatrie.

Il était évidemment essentiel de connaître la prévalence des troubles psychiques des enfants de 9 ans choisis selon les catégories diagnostiques utilisées dans le cadre du service, catégories qui se réfèrent à une classification française notamment et reprise par certains groupes de travail de l'OMS en fonction des classifications à venir des causes de maladie et de mort. Les patients du Service médico-pédagogique sont regroupés en 11 catégories diagnostiques:

1. variation de la normale
2. troubles réactionnels
3. troubles spécifiques du développement
4. troubles névrotiques
5. troubles de la personnalité et du caractère
6. troubles psychotiques
7. troubles de l'évolution libidinale
8. troubles somatiques vraisemblablement psychogènes
9. troubles directement liés à une atteinte organique en dehors du retard mental
10. retard mental sans encéphalopathie évidente
11. autres troubles indéterminés.

Tableau III. Diagnostic par sexe

Diagnostic	Garçons		Filles		Total	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
1	44	27,7	61	43,3	105	35,0
2	1	0,6	1	0,7	2	0,7
3	7	4,4	4	2,8	11	3,6
4	95	59,8	64	45,4	159	53,0
5	4	2,5	2	1,4	6	2,0
6	1	0,6	1	0,7	2	0,7
7	2	1,3	0	0	2	0,7
8	1	0,6	1	0,7	2	0,7
9	1	0,6	4	2,8	5	1,6
10	0	0	1	0,7	1	0,3
11	3	1,9	2	1,4	5	1,7
Total	159	100,0	141	100,0	300	100,0

Selon le 3ème tableau on constatera que ces diagnostics se répartissent en deux grandes catégories, à savoir les enfants normaux pour 35 % d'entre eux et les enfants présentant des troubles dits névrotiques pour 53 %, avec une disparité relativement importante entre les filles et les garçons, puisque près de 60 % des garçons de 9 ans présentent une organisation névrotique cliniquement vérifiée. Les autres diagnostics sont peu représentés. A noter que l'on a trouvé dans notre cohorte un seul enfant présentant un retard mental sans encéphalopathie évidente, 5 autres débiles toutefois se trouvant dans la catégorie diagnostique No 9, c'est-à-dire des enfants cérébro-lésés.

Pour rester à ce niveau descriptif, nous avons relevé les symptômes les plus fréquemment rencontrés chez les enfants choisis: *tableau IV*. Ces découvertes confirment dans notre population les observations d'autres auteurs (*Harnack, 1948*).

Ce point de vue phénoménologique déjà bien connu n'est guère intéressant. Le psychiatre d'enfant reste essentiellement préoccupé par une perspective pronostique, à savoir la pondération d'une observation actuelle, en fonction d'un devenir. C'est bien en faveur des enfants les plus menacés d'une évolution défavorable, amputante des possibilités créatrices et adaptatives du futur adulte, qu'il doit intervenir pour tenter d'en corriger les facteurs dynamiques, chargés d'un potentiel pathogène.

Les études épidémiologiques touchant à la psychiatrie de l'enfant se heurtent régulièrement à cette difficulté. Il se révèle peu fiable d'utiliser des catégories diagnostiques réservées à l'adulte dans sa structure figée et tous les auteurs se sont heurtés à ce même taux très élevé de prévalence de troubles névrotiques chez l'enfant, troubles qui paraissent pour une large part liés à son évolution développementale. Il fallait donc chercher une issue plus discriminante des observations

faites en se référant notamment à une perspective structurale, dynamique et, par là, prospective des phénomènes observés. C'est ainsi que la cohorte des 300 enfants choisis au hasard a été distribuée en 4 catégories, sensées discriminer l'importance de leurs difficultés actuelles, prises dans le réseau des forces qui sous-tendent tant leur appareil psychique (conflits internalisés) que celles qui agissent dans leur relation à leur entourage significatif (conflits familiaux et scolaires). Les chercheurs se sont rapportés, dans cette tentative, à des notions telles que la force du Moi, les possibilités de création, de jeu, de travail et d'adaptation, la richesse de la fantasmatisation, l'efficacité, la rigidité ou la mobilité des mécanismes de défense, la perception et le branchement sur la réalité, l'ouverture aux identifications secondaires et enfin à la maturité affective.

Quatre niveaux dits de gravité ont été ainsi ségrégués:

- *niveau I*: il n'y a pas de problèmes particuliers, le Moi fonctionne bien, on peut considérer qu'il s'agit d'un sujet normal ou présentant des phénomènes liés à des variations de la normale
- *niveau II*: quelques troubles de peu de gravité sont observés ne gênant pas le fonctionnement du Moi de l'enfant
- *niveau III*: troubles marqués, l'enfant parvient encore à fonctionner, mais au prix d'une économie précaire et coûteuse. L'anxiété est déjà manifeste.
- *niveau IV*: les perturbations sont telles que l'enfant ne parvient plus à fonctionner d'une façon adéquate, ses possibilités adaptatives et créatrices sont sérieusement amputées et l'anxiété est prégnante.

En se rapportant au *tableau No V*, l'on trouvera, selon le sexe, la répartition des 300 enfants dans ces 4 caté-

Tableau IV. Description de l'échantillon / Données cliniques (symptomatologie détaillée)

- l'instabilité psychomotrice chez	17,9% des garçons et 7,8% des filles
- les vomissements (en tant que symptôme psychosomatique) chez	5,7% des garçons et 1,4% des filles
- les douleurs abdominales chez	14,1% des garçons et 10,0% des filles
- les troubles du sommeil chez	51,9% des garçons et 45,7% des filles
- l'énurésie diurne chez	1,2% des garçons et 2,8% des filles
- l'énurésie nocturne chez	9,5% des garçons et 8,0% des filles
- les habitudes nerveuses chez	28,2% des garçons et 23,0% des filles
- les traits phobiques chez	48,0% des garçons et 44,6% des filles
- les phénomènes d'anxiété chez	58,2% des garçons et 33,0% des filles
- l'inhibition chez	10,8% des garçons et 10,0% des filles
- d'autres symptômes névrotiques, regroupant : grande timidité, solitude, anxiété, manque de confiance en soi chez	26,1% des garçons et 30,7% des filles

Tableau V. Répartition des 300 enfants dans 4 catégories selon le niveau de gravité

Niveaux de gravité	Garçons		Filles		Total	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Gravité 1	34	21,5	34	24,1	68	22,7
Gravité 2	26	16,5	43	30,5	69	23,1
Gravité 1-2	60	38,0	77	54,6	137	45,8
Gravité 3	49	31,0	36	25,5	85	28,4
Gravité 4	49	31,0	28	19,9	77	25,8
Total	158*	100,0	141	100,0		100,0

* 1 garçon pour lequel nous n'avons pu déterminer le niveau de gravité est exclu de ce tableau.

Tableau VI. Niveau de gravité de l'enfant / Catégorie socio-professionnelle

Niveau de gravité	Milieu aisé		Milieu moyen		Milieu modeste		Total	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
1	20	40,0	37	20,0	11	17,1	68	22,7
2	13	26,0	46	24,8	10	15,6	69	23,0
3	14	28,0	52	28,1	19	29,6	85	28,4
4	3	6,0	50	27,0	24	37,5	77	25,7
Total	50	100,0	185*	100,0	64	100,0	299	100,0

* 1 enfant sans indication pour le niveau de gravité.

gories ainsi déterminées. L'étude mathématique de ces différentes catégories et notamment par des techniques d'analyse multivariée et d'analyse discriminante les révèle significatives avec une courte distance entre les niveaux I et II de gravité et les niveaux III et IV, la plus grande distance se situant entre le niveau II et le niveau III indiqués dans le tableau cité. Pour la suite du travail, nous avons confondu en une seule catégorie les niveaux de gravité I et II, considérant ces cohortes d'enfants comme étant normaux et ayant un bon pronostic pour leur développement et leur autonomisation. Nous devons donc d'emblée constater que plus de la moitié des enfants présentent des troubles d'une certaine gravité, le quart d'entre eux étant au niveau IV, avec pour chacun des sexes une différence très significative, vérifiée par le test du Chi²: 31 % des garçons pour environ 20 % des filles. Il s'agit là d'un résultat intéressant et qui nous donne une réponse sur l'origine de la prévalence des garçons dans les consultations de psychiatrie infantile. L'étude de la population du Service médico-pédagogique révèle en effet et très particulièrement à la phase de latence, une majorité de consultants garçons, soit environ 2 garçons pour 1 fille. Cette disparité tend à s'effacer aux âges extrêmes de la consultation, soit chez les très jeunes enfants, soit encore chez les adolescents ou la réparti-

tion des sexes des consultants tend à s'égaliser. Cette surreprésentation des garçons à l'âge de latence se vérifie être le fruit de difficultés qui sont donc particulières à cet âge de la vie, difficultés qu'il est du reste difficile de spécifier et qui pourraient être largement liées à des facteurs développementaux encore peu élucidés.

Les chercheurs se sont évidemment efforcés de déterminer des relations entre la description sociologique de l'échantillon choisi et son élaboration clinique. L'importance du facteur socio-culturel ou socio-économique s'est révélée d'emblée. Au *tableau No VI*, nous avons évalué le niveau de gravité en fonction de la catégorie socio-professionnelle des familles. La pesée mésologique sur l'évolution de l'enfant s'y révèle dans toute son ampleur. Tandis que le 6 % seulement des enfants issus de milieux aisés sont en catégorie IV, au même niveau de gravité on retrouve 37,5 % des enfants issus de milieux modestes. Ces résultats sont extrêmement significatifs et lourds de sens. Pour préciser les qualités de la cohorte des familles socio-économiquement modestes, les chercheurs ont mis en rapport cette qualité économique et culturelle avec la nationalité. Le *tableau VII* révèle que la majorité de ces familles sont issues d'Italie ou d'Espagne, familles déplacées qui représentent en Suisse

Tableau VII. Catégories socio-professionnelles - nationalité

Catégorie socio-professionnelle	Suisses	Italiens	Espagnols	Autres nationalités	Total
Catégorie aisée	41 16,9 %	1 3,1 %	0	8 42,1 %	50 21,3
Catégorie moyenne	167 69,0 %	8 25,0 %	3 42,9 %	8 42,1 %	186 62,0%
Catégorie modeste	34 14,1 %	23 71,9 %	4 57,1 %	3 13,8 %	64 16,7%
Total	242 100,0 %	32 100,0 %	7 100,0 %	19 100,0 %	300 100,0 %

Tableau VIII. Répartition des niveaux de gravité selon la nationalité, à l'intérieur des seules catégories modestes:

Niveau de gravité	Suisses		Espagnols + Italiens		Autres		Total
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	
1	6	17,6	4	14,8	1	33,3	11
2	5	14,7	4	14,8	1	33,3	10
3	12	35,2	7	25,9	0		19
4	11	32,3	12	44,4	1	33,3	24
Total	34	100,0	27	100,0	3	100,0	64

On constate essentiellement qu'il y a davantage de Suisses (35,2 %) que d'étrangers (25,9 %) dans les enfants de niveau 3.

une certaine forme de prolétariat. L'on notera que les familles étrangères d'autres nationalités, venant de France ou des pays anglo-saxons, se recrutent dans la catégorie aisée. Nous devons donc bien constater que les enfants issus de milieux simples, faibles économiquement, se révèlent plus fragiles que les autres et particulièrement les enfants issus de milieux italiens ou espagnols. Pour tenter d'éclairer davantage ces notions, les chercheurs ont tenté de répertorier les différents niveaux de gravité selon la nationalité à l'intérieur des seules catégories modestes. C'est le *tableau No VIII*. Il révèle qu'en réalité c'est bien le niveau socio-culturel et socio-économique qui est déterminant, plus encore que la nationalité et que les enfants suisses de milieux équivalents à ceux issus d'Italiens ou d'Espagnols ne sont pas privilégiés par rapport aux étrangers.

En creusant les raisons des difficultés des enfants, l'on n'a guère été étonné de retrouver les perturbations provoquées par la séparation d'avec la mère dans les premières années de vie. Tous les événements vécus concordent pour défavoriser les enfants issus de milieux économiquement faibles et particulièrement le travail de la mère et par là la nécessité d'un placement, soit à la journée, soit à la semaine, soit encore dans des milieux institutionnels où le sujet jeune a pu être placé pendant plusieurs années. Le *tableau IX* est démonstratif du travail de la mère pendant les 3 premières années de la vie de l'enfant et démontre l'importance de ce facteur que l'on sait lourdement pathogène du développement. Dans la même perspective, mais nous n'avons guère la place de le développer, les placements se révèlent hautement significatifs et discriminants des enfants les plus perturbés de la cohorte. Le *tableau X* indique le niveau de gravité en fonction de la longueur de la séparation d'avec le milieu familial et se révèle encore une fois hautement significatif.

Tableau X. Placement des enfants en dehors du milieu familial / niveaux de gravité

Niveaux gravité	Placem. nuls	6 mois	6 mois 1 an	1 an 3 ans	3 ans	Total
1	66 25,1%	0	0	1 10,0%	1 10,0%	68
2	63 23,9%	3 60,0%	1 10,0%	1 10,0%	0	68
3	78 29,7%	0	2 20,0%	2 20,0%	2 20,0%	84
4	55 20,9%	2 40,0%	7 70,0%	6 60,0%	7 70,0%	77
Total	262	5	10	10	10	297

Une foule de données a pu être ainsi recueillie, données dont nous ne pouvons faire état dans leur intégralité en raison de la nécessité de résumer ce travail. Il nous importait de connaître si le psychiatre d'enfants et l'équipe de guidance infantile étaient capables d'une certaine façon de motiver et de mobiliser les familles les plus problématiques découvertes à la faveur de cette enquête, familles, nous le rappelons, qui n'étaient nullement notifiées au départ à une investigation psychologique et donc bien moins à une intervention psychothérapique. Après l'investigation, les parents étaient informés qu'ils pouvaient s'adresser au psychiatre de l'équipe des chercheurs, et ils étaient informés du numéro de téléphone auquel ils pouvaient s'adresser à lui et du moment où ils seraient assurés d'avoir la réponse attendue. Ici encore il s'avère que le facteur socio-économique pèse lourdement sur l'intérêt et la motivation des parents à l'intervention psychopédagogique. D'une façon tout à fait significative ce sont les parents des milieux les plus évolués qui

Tableau IX. Travail de la mère à l'extérieur les 3 premières années - nationalité - catégorie socio-professionnelle

	Suisses		Suisses		Total		Etrangers		Etrangers		Total		Total	
	Cat. modeste		cat. moyenne aisée		Suisses		cat. modeste		Cat. moyenne aisée		Etrangers			
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Travail à plein temps	4	10,8	9	4,2	13	5,2	12	48,0	7	28,0	19	38,0	32	10,7
Pas de trav. à plein temps	33	89,2	202	95,8	235	94,8	15	52,0	18	72,0	31	62,0	266	89,3
Total	37	100,0	211	100,0	248	100,0	25	100,0	25	100,0	50	100,0	298	100,0

2 cas sans indication

1 femme étrangère sur 2 de catégorie modeste a travaillé à plein temps pendant les 3 premières années

1/3 catég. moyennes, aisées

1 Suisse sur 10 dans les catégories modestes

1 Suisse sur 25 dans les catégories moyennes, aisées

reprennent contact pour demander l'opinion de l'équipe de guidance et pour éventuellement mettre en œuvre une mesure thérapeutique au sens large du terme, que ce soient des mesures d'ordre pédagogique, psychopédagogique ou psychothérapique.

L'hypothèse des chercheurs qui avaient imaginé que le facteur sociologique pouvait jouer un rôle dans l'organisation des troubles de la personnalité de l'enfant, mais aussi dans le recours au service de guidance infantile et la mise en œuvre de mesures psychothérapiques s'est donc vérifiée d'une façon massive, si lourde en réalité qu'elle n'a pas été sans mobiliser une certaine consternation de l'ensemble du Service destiné au traitement des enfants et si possible de ceux qui parmi la population sont les plus menacés d'une évolution défavorable. Le Centre universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent du canton de Vaud se trouve fonctionner d'une façon satisfaisante pour des enfants issus de milieux évolués, milieux dont les parents comprennent le sens et l'intention d'une investigation diagnostique, du discours du psychologue et du psychiatre et des mesures qui peuvent être mises en œuvre pour susciter une reprise évolutive. Malheureusement, les familles étrangères et particulièrement les familles socio-économiquement faibles, souvent mal adaptées à la communauté cantonale, non seulement connaissent mal le service mais ne savent guère l'utiliser. C'est à ce niveau que l'équipe de guidance doit se reposer un certain nombre de problèmes logistiques et réélaborer des tactiques et des stratégies qui permettent la prise en charge de ce type d'enfants et de familles à la faveur probablement de techniques qui intéressent autant les enfants que les adultes (traitements de famille) ou de moyens psychopédagogiques qui ont une dimension actuelle et une valeur immédiatement pragmatique pour l'enfant et nous pensons particulièrement à des petits unités psychopédagogiques destinées à des enfants qui ont de la peine à

l'école, où l'on pourrait en même temps que planifier un encadrement scolaire, organiser des loisirs et par là développer à la fois le langage et les possibilités créatrices, tout en permettant des liaisons sociales d'autant plus indispensables que ces milieux vivent d'une façon particulièrement isolée, souvent aliénée, dans leur village ou leur quartier.

Zusammenfassung

Epidemiologische Studie der psychischen Gesundheit von Kindern in der Latenzphase

In einer psychiatrischen Untersuchung bei 300 zufällig ausgewählten 9-jährigen Kindern im Kanton Waadt ergab sich, dass die Knaben häufiger pathologische Befunde aufwiesen als die Mädchen, Kinder aus untern Sozialstufen häufiger als Kinder aus höhern Sozialstufen, Ausländerkinder häufiger als Schweizerkinder, Kinder, die in den ersten drei Lebensjahren von ihren Familien getrennt waren, häufiger als Kinder, die durchwegs in ihren eigenen Familien bleiben konnten. Auf der andern Seite war der kinderpsychiatrische Dienst bei den Bevölkerungsgruppen, in denen pathologische Befunde am häufigsten sind, am wenigsten bekannt. Die sich aus diesen Befunden ergebenden Fragen im Zusammenhang mit der anzuwendenden Interventionsstrategie des kinderpsychiatrischen Dienstes werden diskutiert.

Summary

Epidemiologic study of mental health of children at the age of latency

A random sample of 300 9-year-old children in the canton of Vaud were given a psychiatric examination. Boys showed psychopathology more often than girls, lower class children more than higher class children, children of foreign origin more than children of Swiss parents, children who had been separated from their families during their first three years of life more than children who had not been separated. On the other hand, the child psychiatric services were less well known by persons from those population groups, in which children showed psychopathologic findings more often. Questions concerning the intervention strategies that follow from these observations are discussed.

Adresse de l'auteur

Professeur René Henny, Office Médico-Pédagogique Vaudois, 14, avenue Mon-Repos, CH-1005 Lausanne.