

PRÉVENTION ET PETITE ENFANCE

38

Christine BELLAS-CABANE et Pierre SUESSER

Prévention et enfance, une préoccupation qui vient de loin

À partir des XVII^e et XVIII^e siècles, la conception de l'enfance évolue⁽¹⁾. L'enfant n'est plus considéré comme l'« adulte en miniature » hérité du Moyen Âge, mais comme un être dont la fragilité et l'incomplétude nécessitent sa protection au sein d'une famille qui se nucléarise et sa séparation du monde des adultes par l'école⁽²⁾.

Dès 1750, faute de pouvoir guérir l'enfant malade, les médecins font une place de plus en plus grande à la prévention de la maladie par l'hygiène : ils feront campagne pour que l'enfant soit nourri exclusivement de lait maternel sans bouillies, baigné tous les jours, qu'on cesse de l'emballoter...

Au milieu du XIX^e siècle, les enquêtes de Villermé [13] dénoncent les conséquences du travail des enfants sur leur santé et influencent l'élaboration de la loi de 1841 qui limitera leur temps de travail. La puissance publique se penche aussi sur le contrôle des enfants placés en nourrice avec la publication de la loi Roussel en 1874.

La diffusion des vaccins depuis Jenner (1796) et de l'hygiène pastoriennne assoit la prévention à l'égard des jeunes enfants dans une prééminence médicale, dont témoignent la généralisation des consultations de nourrissons et l'instauration du carnet de santé dans le courant du XX^e siècle.

Prévention en périnatalité et petite enfance : un décor multimodèle

À l'aube de la vie et de la petite enfance, la prévention en santé se veut tout à la fois précoce (intervenir au plus tôt dans le processus de développement du fœtus, puis de l'enfant) et primaire (intervenir avant la survenue d'une affection pour empêcher qu'elle ne se déclare). Ce double positionnement de la prévention, à cette période de tous les possibles, suppose de la prudence dans la délimitation de son objet et de la rigueur dans la définition de ses objectifs.

(1) Thèse développée par P. Ariès dans son ouvrage *L'Enfant et la Vie familiale sous l'Ancien Régime*, Paris, Le Seuil, 1975.

(2) Martin C. L'enfant au centre des politiques sociales européennes (<http://www.oif.ac.at/sdf/sdf03-04-Martin.pdf>).

L'histoire de la prévention est marquée par plusieurs modèles successifs et partiellement enchevêtrés qui déterminent peu ou prou les pratiques actuelles des acteurs de santé :

– le modèle biomédical issu de l'approche hygiéniste développée dans le cadre de la lutte contre le péril infectieux et marqué par les immenses progrès thérapeutiques de la médecine moderne : exemples des vaccinations, de la diététique alimentaire. Sa limite tient à une réduction essentiellement organiciste du champ de la prévention ;

– le modèle épidémiologique lié à l'approche populationnelle de la prévention et au développement des techniques statistiques de définition de facteurs de risque affectant des groupes de personnes : exemple du saturnisme avec le dépistage de masse en population ciblée par l'exposition au risque plomb. Sa limite est liée à l'application à des individus d'un modèle probabiliste collectif et à la confusion fréquemment observée entre la notion de corrélation et celle de causalité des phénomènes ;

– le modèle par l'éducation à la santé et l'approche des comportements de santé qui se situe au carrefour des sciences médicales et des sciences humaines, notamment la sociologie et la psychologie : par exemple, les campagnes de prévention des accidents domestiques visant à augmenter un contrôle rationnel des familles sur leur environnement de santé pour réduire le risque de survenue d'événements indésirables. Sa limite réside dans un modèle essentiellement comportementaliste.

Ces divers modèles de prévention ont pour vertu de prendre appui sur des connaissances stables et vérifiées dans un état actuel de la science, et donc de fonder raisonnablement l'action préventive. Ils comportent cependant l'écueil de situer le discours et la pratique préventifs dans le registre d'une norme moyenne, qui peut se révéler plus ou moins inopérante confrontée au domaine du développement singulier de l'enfant dans sa constellation familiale et sociale.

Prévention en périnatalité et petite enfance : les détours nécessaires

Un détour par la psychologie clinique du développement

En ce début de XXI^e siècle, construire une démarche de prévention dans le domaine de la petite enfance relève d'un effort

d'anticipation des difficultés possibles du développement de l'enfant en adoptant une attitude prévenante et ouverte qui permette d'adapter les connaissances théoriques à chaque situation. Il s'agit naturellement de considérer l'aspect physique de l'enfant (croissance statur pondérale, maturation de ses organes et fonctions) et ses acquisitions motrices ou cognitives, mais également de s'attacher à son développement psycho-affectif en tentant de prendre en compte tous les facteurs qui peuvent le favoriser ou le contrarier. Les travaux de pédiatres tels Grenier ou Brazelton ont montré l'importance d'un environnement suffisamment *secure* pour le développement des capacités remarquables que chaque bébé possède à la naissance. Les apports de pédopsychiatres et psychanalystes tels Françoise Dolto, Myriam David, Serge Lébovici, Michel Soulé ou Françoise Molénat, sur l'instauration des premières relations entre l'enfant et sa mère, ont permis de comprendre qu'agir sur l'élaboration de ces premiers liens, aider les parents à prendre confiance dans leurs propres ressources à la lumière de leur histoire sont des actes de prévention fondamentaux. À ce titre, la prévention s'inscrit bien dans « toute démarche qui consiste à éviter des dommages occasionnés dans la personne, cela en prenant soin de sa dignité, et en soutenant sa capacité à renouer la confiance » [7].

Pour appréhender le développement psycho-affectif de l'enfant, tout examen clinique vise à apprécier ses capacités relationnelles, ses réactions à la frustration et au stress ainsi que ses modes de retour au calme, sans oublier les réactions de ses parents et leur adéquation à la situation. Il s'agit ici d'une démarche de prévention généraliste et globale, qui ne peut prédire le trouble qu'elle tente de prévenir, car on ne peut savoir avec certitude quelle conséquence aurait entraîné le risque enrayé. L'être humain étant considéré dans sa complexité, toutes ses composantes (psychique, physique et cognitive) sont d'égale importance et en interrelation étroite les unes avec les autres. Agir sur l'une ne signifie pas intervenir dans son seul domaine, ni utiliser une seule « boîte à outils » conceptuelle. Ainsi, prévenir un trouble du langage ne peut se limiter à la vérification des « instruments du langage » tels que l'audition ou les praxies buccofaciales ou encore l'intégrité de certaines aires cérébrales, mais doit également apprécier le désir de communication et de relation de l'enfant et de son entourage, sa capacité à s'ouvrir et à considérer l'autre. Par ailleurs, tout signe doit être mis en sens. Il ne s'agit pas de cataloguer les facteurs de risque ou les premiers symptômes de troubles avérés, mais de les mettre en perspective dans l'histoire de l'enfant au sein de sa famille. En un mot, il ne peut y avoir de prévention isolée d'un trouble sans que soit considéré l'état de santé⁽³⁾ de l'enfant dans sa globalité.

Enfin, le détour par la psychologie du développement dans l'approche de la prévention invite à considérer que « la clinique avec les bébés et les très jeunes enfants [...] doit prendre en compte soigneusement le vécu émotionnel du praticien [...] [elle] exige du clinicien une attention à double valence, dirigée à la fois vers l'enfant du dehors (soit l'enfant de chair et d'os qui est celui de la rencontre), et vers l'enfant du dedans (soit l'enfant que le clinicien a lui-même été, et qui demeure enfoui au fond de sa psyché) » [8].

(3) Ici, le terme santé est entendu dans son sens élargi de « bien-être physique, psychique et social ».

Un détour par le regard socio-anthropologique

L'enfant ne pouvant être considéré isolément, toute prévention en santé doit prendre en compte son environnement familial et social, les règles qui y régissent les relations, les critères éducatifs et les représentations de la santé qui influencent les comportements. Il n'est pas question ici de réduire les comportements familiaux ou les choix en termes de santé ou d'éducation aux seuls critères socioculturels, chaque situation étant par essence singulière, mais de prendre de la distance par rapport à des critères de normalité qui sont plus souvent fondés sur l'histoire, les valeurs et la culture de la société occidentale que scientifiquement validés (Encadré 1). Il ne s'agit pas non plus de cataloguer l'ensemble des coutumes et des comportements socialement et culturellement fondés de toutes les familles auxquelles on s'adresse, mais d'arriver à repérer quel sens prend telle ou telle attitude dans un groupe donné. Ainsi y a-t-il mille bonnes façons d'accueillir un enfant, de le nourrir, de

Encadré 1 Notion de normes.

Il convient ici de distinguer les notions de normes relevant de paradigmes différents : biologique, médical et anthropologique. Dans le domaine biologique, la norme est établie à partir de valeurs statistiques et expérimentales permettant de définir une fourchette de chiffres à l'intérieur de laquelle les données recueillies sont considérées comme normales. Ici, la norme rejoint la notion de moyenne. Sur le plan médical, la norme relève à la fois de valeurs physiobiologiques et de données liées à l'habitus des sujets (comportement, environnement, coutumes, choix alimentaires, etc.). Selon cette définition, les notions de normal et de pathologique sont liées au somatobiologique et au culturel et les façons d'appréhender un trouble ou de soigner peuvent être différentes d'une aire culturelle à l'autre. Actuellement, le concept d'*evidence-based medicine* (EBM) reconnaît comme données médicales véritablement fondées uniquement celles qui sont validées sur le plan statistique, réduisant la maladie au seul désordre biologique et le soin à cette seule restauration. Malgré le souci de rigueur que le concept d'EBM soutient, on doit déplorer l'appauvrissement de la notion de soin qu'il a entraîné. La statistique soumet la clinique et le patient n'est plus considéré comme un sujet complexe, mais comme un ensemble ou une sous-partie d'organes malades. Cette réduction (culturellement de plus en plus admise dans une société du chiffre) est préjudiciable à la prise en compte globale du malade, et elle est particulièrement délétère dans le champ de la santé psychique.

En outre, les travaux de G. Canguilhem ont montré que, même au niveau le plus biologique et physiologique qui soit, l'une des caractéristiques fondamentales du vivant était précisément la capacité que possède tout organisme vivant à fabriquer sa propre norme, y compris en s'écartant de la statistique, en réponse à une contrainte venue du milieu, ou même propre à l'organisme lui-même.

Dans le domaine anthropologique, la norme est fondée sur un certain nombre de valeurs culturelles et sociales qui permettent de désigner un sujet, un état ou un comportement conforme à l'attente de la société.

répondre à ses besoins, de le soigner et de l'éduquer, qui reposent toutes sur des données empiriques et des conceptions sur la place de l'enfant, son éducation et sa santé souvent différentes d'un groupe à l'autre ou d'une société à une autre.

L'abord socio-anthropologique permet de les découvrir, de les reconnaître et de les promouvoir comme le montrent les travaux d'Hélène Stork et de Marie-Rose Moro. Claude Mourne Jacquot, médecin de PMI et anthropologue, a décrit et analysé les échanges entre les professionnels de PMI et des familles migrantes autour des soins de puériculture dispensés aux bébés [10]. Cette rencontre permet une mise à distance de ses certitudes et transforme le regard de chacun sur la notion de « bonnes pratiques ». Ce phénomène d'acculturation réciproque s'inscrit dans une démarche de prévention des troubles de la relation ou des dysfonctionnements, dont les conséquences peuvent affecter gravement l'avenir de l'enfant.

Toutefois, la référence à la norme en vigueur dans un groupe donné ne peut suffire à justifier certains comportements. Il est important d'en apprécier les effets sur la santé de l'enfant et de prévenir ceux qui entraînent des conséquences délétères. Cela peut être le cas des mutilations sexuelles de l'enfant ou de certaines pratiques coutumières dangereuses. L'abord socio-anthropologique peut permettre, sans les braquer, d'expliquer aux parents pourquoi tel ou tel acte ne peut être admis en fonction non seulement de valeurs culturelles, mais également de conséquences graves sur la santé de l'enfant prévisibles à la lumière des données médicales actualisées. Ce dialogue « préventif » peut permettre de sensibiliser des parents parce qu'ils ne sont pas considérés a priori comme maltraitants.

A contrario, la lecture culturelle ne peut tout expliquer et il est important d'apprécier les variables à toute norme dans une société donnée pour les distinguer des comportements déviants ou pervers de certaines familles.

Enfin, la démarche socio-anthropologique ne doit pas être comprise comme un simple moyen de décodage des fonctionnements différents, mais comme une posture d'ouverture à la singularité de chacun, quelle que soit son origine.

Dans le champ de la prévention et plus particulièrement de la puériculture, il est fréquent de constater que des conseils sont donnés par des professionnels de santé qui les dispensent comme des vérités scientifiques alors qu'ils ne témoignent que de la norme socioculturelle en vigueur dans leur société à une période donnée (habillement, alimentation, sommeil, jeux...).

Prévention et petite enfance : le dispositif de la protection maternelle et infantile (PMI)

Fondements et évolution de la PMI

Le 2 novembre 1945, le gouvernement issu du Conseil national de la résistance crée, par l'ordonnance dite de PMI, un dispositif pour lutter contre la morbidité et la mortalité infantiles, alors effroyables⁽⁴⁾. Cette ordonnance, accompagnée d'un ensemble de mesures sociales – organisation de la Sécurité sociale, protection de la santé des enfants d'âge scolaire, prestations familiales – sans

(4) Mortalité infantile de 110 pour 1 000 en 1945.

lesquelles elle n'aurait pas eu d'efficacité, fixe ainsi le cadre de la protection médicosociale de toutes les femmes enceintes, en suite de couches, ainsi que de tous les enfants de 0 à 6 ans. La dyade mère-enfant est pour la première fois reconnue par le législateur qui les associe dans un même texte. Il y inscrit l'obligation d'une surveillance sanitaire régulière, gratuite et accessible à tous. Dans chaque département, il crée un service de PMI où, lors des consultations de nourrissons et d'enfants de moins de 6 ans ou au cours des visites de toutes les mères, effectuées à domicile par les assistantes sociales, de nombreux conseils sont dispensés portant aussi bien sur les soins d'hygiène et l'alimentation que l'éveil et l'éducation des enfants. La législation s'adresse à toutes les familles et tous y contribuent : médecins de PMI, médecins libéraux et hospitaliers.

Grâce à cet ensemble de mesures et au formidable essor économique de l'après-guerre, la morbidité et la mortalité infantiles vont rapidement diminuer. Progressivement, les pratiques de prévention se transforment. Elles passent d'une conception hygiéniste à une approche plus globale des problèmes de santé, comprenant les aspects biomédicaux, sociaux, psychologiques et culturels. Au-delà du simple contrôle sanitaire, la prévention consiste dès lors également à stimuler les compétences des plus petits, à soutenir les relations parents-enfants et à prendre en charge les dysfonctionnements éventuels. Le personnel recruté par le service de PMI doit désormais être plus spécialisé et diversifié pour répondre à cette évolution des missions : sages-femmes, puéricultrices, psychologues, éducatrices de jeunes enfants, psychomotriciennes, etc.

L'ensemble des personnels et intervenants dans le champ de la prévention en santé au sens large du terme se forme à l'approche médico-psycho-sociale globale. La loi du 18 décembre 1989 affirme ce mouvement en redéfinissant clairement les objectifs des missions de PMI : « protection et promotion de la santé de la famille et de l'enfant »⁽⁵⁾.

La promotion de la santé familiale et infantile consignée dans le Code de la santé publique

La loi de 1989 redéfinit le dispositif de PMI qui conjugue des actions sur les déterminants de santé, des interventions dans les milieux de vie, l'organisation d'une continuité entre soins préventifs et curatifs, l'articulation entre les actions médicosociales de terrain et des activités de santé publique, des actions en direction de la population générale et des actions ciblées, l'accessibilité, la gratuité et le développement des pratiques de pluridisciplinarité et de partenariat. Le service départemental de PMI est placé sous l'autorité du conseil général et les activités prévues au titre de la PMI sont inscrites dans le Code de la santé publique (articles L. 2112-1 et L. 2112-2) : il s'agit notamment de consultations médicales préventives, de visites à domicile, de bilans de santé en école maternelle, d'actions médicosociales de soutien aux familles, d'activités de planification et d'éducation familiales, d'actions de prévention et de prise en charge des mineurs en danger, d'activités

(5) Dans ce texte législatif, les mesures de prévention et de protection ne concernent plus la seule dyade mère-enfant, mais la famille dans son ensemble. Cette évolution témoigne de la transformation de la conception de l'enfant et de la parentalité, par laquelle on reconnaît au père toute sa place.

Encadré 2 Principales dispositions du Code de la santé publique relatives à l'organisation et aux missions de la PMI (en vigueur au 22 mai 2008).

• *Article L. 2111-1* : « L'État, les collectivités territoriales et les organismes de Sécurité sociale participent, dans les conditions prévues par le présent livre, à la protection et à la promotion de la santé maternelle et infantile qui comprend notamment :

« 1° Des mesures de prévention médicales, psychologiques, sociales et d'éducation pour la santé en faveur des futurs parents et des enfants ;

« 2° Des actions d'accompagnement psychologique et social des femmes enceintes et des jeunes mères de famille, particulièrement les plus démunies ;

« 3° Des actions de prévention et de dépistage des handicaps des enfants de moins de six ans ainsi que de conseil aux familles pour la prise en charge de ces handicaps ;

« 4° La surveillance et le contrôle des établissements et services d'accueil des enfants de moins de six ans ainsi que le contrôle, la surveillance et l'accompagnement des assistants maternels mentionnés à l'article L. 421-1 du Code de l'action sociale et des familles. »

• *Article L. 2111-2* : « Les services et consultations de santé maternelle et infantile, les activités de protection de la santé maternelle et infantile à domicile, l'agrément des assistants familiaux ainsi que l'agrément, le contrôle, la formation mentionnée à l'article L. 421-14 du Code de l'action sociale et des familles et la surveillance des assistants maternels, relèvent de la compétence du département qui en assure l'organisation et le financement sous réserve des dispositions des articles L. 2112-7, L. 2112-8, L. 2214-1, L. 2322-6 et L. 2323-2. »

• *Article L. 2112-1* : « Les compétences dévolues au département par l'article L. 1423-1 et par l'article L. 2111-2 sont exercées, sous l'autorité et la responsabilité du président du conseil général, par le service départemental de protection maternelle et infantile qui est un service non personnalisé du département.

« Ce service est dirigé par un médecin et comprend des personnels qualifiés notamment dans les domaines médical, paramédical, social et psychologique. Les exigences de qualification professionnelle de ces personnels sont fixées par voie réglementaire. »

• *Article L. 2112-2* : « Le président du conseil général a pour mission d'organiser :

« 1° Des consultations prénuptiales, prénatales et post-natales et des actions de prévention médico-sociale en faveur des femmes enceintes ;

« 2° Des consultations et des actions de prévention médico-sociale en faveur des enfants de moins de six ans ainsi que l'établis-

sement d'un bilan de santé pour les enfants âgés de trois à quatre ans, notamment en école maternelle ;

« 3° Des activités de planification familiale et d'éducation familiale ainsi que la pratique d'interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse dans les conditions définies par le chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre III de la présente partie ;

« 4° Des actions médicosociales préventives à domicile pour les femmes enceintes notamment des actions d'accompagnement si celles-ci apparaissent nécessaires lors d'un entretien systématique psychosocial réalisé au cours du quatrième mois de grossesse, et pour les enfants de moins de six ans requérant une attention particulière, assurées à la demande ou avec l'accord des intéressés, en liaison avec le médecin traitant et les services hospitaliers concernés ;

« 4°bis Des actions médicosociales préventives et de suivi assurées, à la demande ou avec l'accord des intéressées et en liaison avec le médecin traitant ou les services hospitaliers, pour les parents en période post-natale, à la maternité, à domicile, notamment dans les jours qui suivent le retour à domicile ou lors de consultations ;

« 5° Le recueil d'informations en épidémiologie et en santé publique, ainsi que le traitement de ces informations et en particulier de celles qui figurent sur les documents mentionnés par l'article L. 2132-2 ;

« 6° L'édition et la diffusion des supports d'information sanitaire destinés aux futurs conjoints et des documents mentionnés par les articles L. 2122-2, L. 2132-1 et L. 2132-2 ;

« 7° Des actions d'information sur la profession d'assistant maternel et des actions de formation initiale destinées à aider les assistants maternels dans leurs tâches éducatives, sans préjudice des dispositions du Code du travail relatives à la formation professionnelle continue.

« En outre, le conseil général doit participer aux actions de prévention et de prise en charge des mineurs en danger ou qui risquent de l'être dans les conditions prévues au sixième alinéa de l'article L. 221-1 et aux articles L. 226-1 à L. 226-11, L. 523-1 et L. 532-2 du Code de l'action sociale et des familles.

« Le service contribue également, à l'occasion des consultations et actions de prévention médico-sociale mentionnées aux 2° et 4°, aux actions de prévention et de dépistage des troubles d'ordre physique, psychologique, sensoriel et de l'apprentissage. Il oriente, le cas échéant, l'enfant vers les professionnels de santé et les structures spécialisées. »

d'agrément et de contrôle des modes d'accueil de la petite enfance, du traitement d'informations épidémiologiques et en santé publique relatives à la maternité et à la petite enfance (Encadré 2).

Il convient ici de distinguer plusieurs niveaux d'intervention : les actions collectives des actions plus individuelles, les actions de prévention primaire des actions de prévention secondaire. Ainsi l'éducation à la santé, les dépistages systématiques de masse et les programmes spécifiques de santé publique viennent-ils se combiner avec les consultations individuelles, le soutien et l'accompagnement familial. Tout découpage est inévitablement schématique. En effet, une même famille peut bénéficier d'actions collectives et individuelles, et relever d'actions de dépistage ou de prévention généraliste. Par ailleurs, ces actions ne sont pas

développées par les seuls services de PMI, mais par l'ensemble d'un réseau sanitaire et social qui comprend, outre les équipes de PMI, les médecins libéraux, pédiatres et généralistes, les personnels hospitaliers en maternité et pédiatrie, les sages-femmes libérales et hospitalières, les assistantes sociales, les équipes des centres médicosychologiques (CMP), de santé scolaire et des réseaux d'aides spécialisées aux élèves en difficulté (RASSED). Une seule catégorie de professionnels ne pourrait remplir l'ensemble des missions de prévention dans leur complexité. La pluridisciplinarité et le travail en réseau sont incontournables. Bien que chaque action ait sa propre pertinence, c'est l'ensemble du dispositif qui permet la mise en œuvre d'une prévention cohérente et non iatrogène.

Pratiques et modalités d'intervention de la PMI (Encadré 3)

Une pratique inscrite dans le registre du développement global et des interrelations

Dès la période de la grossesse, les mesures de prévention développées en direction des femmes enceintes ont pour but non seulement de prévenir les problèmes médicaux risquant de mettre en danger le bon déroulement de la grossesse, la santé de la mère et de l'enfant, mais également les dysfonctionnements des premières relations. Au cours de l'entretien du quatrième mois de grossesse, le vécu de la femme, les difficultés qu'elle exprime ont autant d'importance que les données biomédicales [6].

Après la naissance, la mère et l'enfant peuvent bénéficier d'un suivi à domicile aussi bien pour la surveillance de problèmes médicaux particuliers que pour accompagner la mère dans l'instauration du maternage et lui donner confiance dans ses capacités. L'éveil de l'enfant, les premiers échanges peuvent ainsi être soutenus et stimulés par la puéricultrice. Au cours des consultations de nourrissons, au-delà des données biométriques et des conseils diététiques, l'observation des interrelations parents-bébé permet d'apprécier l'ajustement du maternage aux attentes et aux besoins de l'enfant. Le dialogue avec les mères leur permet d'exprimer leurs inquiétudes et parfois l'ambivalence de leurs sentiments vis-à-vis de l'enfant. Une prise en charge par le (la) psychologue, un soutien à domicile par une technicienne d'intervention sociale et familiale, un accompagnement par une puéricultrice, une éducatrice de jeunes enfants ou une psychomotricienne peuvent être

proposés, prévenant ainsi des troubles de la relation aux conséquences néfastes pour l'enfant.

La santé est considérée de manière globale. L'appréciation des éléments physiques et psychiques est conjointe et les actions de prévention portent sur l'ensemble des déterminants.

Ainsi, les relations intrafamiliales, l'implication du père, la situation sociale de la famille sont-elles notées comme des éléments aussi importants que les antécédents médicaux personnels ou familiaux de l'enfant. La prise en compte des difficultés sociales et psychologiques de la famille accompagne les soins médicaux préventifs comme les vaccinations, l'administration des vitamines, le suivi de la croissance, etc.

Une pratique fondée sur la prise en compte de l'histoire de l'enfant et de sa famille

Le dispositif de PMI est un outil de prévention individuelle mais aussi de santé publique qui organise le recueil de données épidémiologiques précieuses pour évaluer l'état de santé global d'une population. Toutefois, la légitimité de cet objectif statistique ne saurait justifier la réduction des actions de dépistage à leurs seuls effets quantitativement mesurables.

Il en va ainsi des bilans de santé en écoles maternelles. L'âge de 3-4 ans choisi pour ce bilan devrait permettre d'obtenir une photographie sanitaire de cette classe d'âge sur l'ensemble du territoire. Ces bilans associent aux dépistages sensoriels (vision et audition) un examen médical qui a pour objectif le dépistage et la prise en compte des difficultés physiques et sensorielles de l'enfant sur le plan individuel et le recueil de données épidémiologiques sur le plan de la santé publique (courbes statur pondérales, état nutritionnel et vaccinal, pathologies particulières). Le dépistage de difficultés psychiques affectant l'enfant doit compléter le bilan. Ces actions de prévention pourraient être très bénéfiques pour la santé des enfants si elles étaient pratiquées dans l'esprit de la loi de 1989. Il est en effet très utile d'évaluer l'état de santé d'un enfant (bien-être physique, psychique et social) pour tenter de résoudre ses difficultés et de prévenir leur aggravation sans le stigmatiser. Pour ce faire, tout symptôme, toute caractéristique comportementale doit être mis en sens par le dialogue avec les parents et les enseignants. Il ne s'agit pas de faire passer à l'enfant une batterie de tests censés établir sa normalité, mais d'évaluer globalement son état de santé en recueillant, à côté des données objectives de l'examen, celles plus subjectives mais d'égale importance, contenues dans les propos de l'enfant et de son entourage.

Souvent, pour des raisons économiques et au prétexte d'une efficacité qui ne considérerait que les données quantitatives, ces actions de prévention sont réduites à des dépistages de masse sous forme de questionnaires constitués d'items qui dissocient les données recueillies de l'histoire de l'enfant. Les symptômes ou signes qu'il manifeste, s'il ne sont pas mis en sens et resitués dans le récit familial par ses parents, ne permettent pas de mettre à jour son état global de santé. Pire, dans l'illusion d'une prétendue objectivité, cette méthode tendant à réduire l'enfant à des symptômes est de nature à le figer dans une catégorisation stigmatisante hautement préjudiciable à un dénouement favorable de ses difficultés.

Encadré 3 Quelques points de repère sur les dispositifs et les pratiques dans le domaine de la protection maternelle et infantile.

- Implication de divers acteurs : État, collectivités locales, organismes de Sécurité sociale (article L. 2111-1 du Code de la santé publique) ; définition légale des missions (articles L. 2111-1 à L. 2111-4 et L. 2112-1 à L. 2112-10 du Code de la santé publique).
- Approche globale des problèmes de santé (aspects biomédicaux, sociaux, psychologiques...).
- Dimension essentielle de prévention et promotion de la santé, action sur les déterminants de santé, intervention dans les milieux de vie (la cité, la famille), notion de continuum entre les soins préventifs et les soins curatifs.
- Articulation étroite d'actions médicosociales de terrain (consultations, visites à domicile, accueils...) et d'activités programmées de santé publique (action sur les « facteurs de risque », éducation pour la santé, réseaux, santé communautaire...).
- Activité en population générale (familles, enfance, jeunesse) et actions contextuelles ciblées.
- Accessibilité : gratuité, structures de proximité et/ou intervention au sein des milieux de vie.
- Développement de pratiques de pluridisciplinarité et de partenariat, travail en réseau.

Encadré 4 La prévention aux « enclaves de l'inattendu »⁽¹⁾ : l'histoire d'Eddine. (D'après l'article du Dr Colette Bauby, médecin de PMI. « Le pire n'est jamais certain ». *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*, Toulouse, Erès, n° 67-2007/1.)

Eddine est né en 1995 en banlieue parisienne. Sa mère, 40 ans, veuve, a déjà un enfant de huit ans. Pour sa sécurité, elle est venue vivre en France mais elle ne parle pas le français, n'a pas de papier, ne travaille pas et vit avec un monsieur de 20 ans plus âgé qu'elle. Le papa d'Eddine touche une toute petite retraite. Ces quatre personnes vivent dans une minuscule chambre d'un hôtel peu salubre.

Eddine vient en consultation régulièrement au centre de PMI et la puéricultrice intervient très fréquemment au domicile car la maman comprend difficilement les conseils donnés. Au cours de la deuxième année, le comportement d'Eddine devient inquiétant : il est inabordable, inexaminable, il hurle, tape, crie, panique dès qu'on l'approche, est toujours dans les bras de sa maman. Il ne supporte pas qu'on lui dise non. Le langage ne se met pas en place. C'est un enfant obèse, mais ce sujet ne peut pratiquement pas être évoqué.

La maman, quant à elle, ne fait pas de démarches pour régulariser et améliorer sa situation. Elle ne va pas au cours d'alphabetisation, ne travaille pas et la recherche d'un logement pour la famille est un problème difficile à résoudre. Le couple se dispute, vacille, est au bord de la rupture, sans que rien ne soit expliqué à Eddine.

Il faudra plusieurs années de travail acharné du service de PMI, médecin et puéricultrice, de l'assistante sociale de secteur, de l'école, du CMP et d'une orthophoniste pour que la situation commence à bouger. La possibilité d'une aide éducative administrative a aussi été discutée avec les parents. Mais surtout Eddine a été extrêmement aidé par son frère aîné dont le rôle a été fondamental comme figure d'identification. Petit à petit, le comportement de cet enfant

évolue, se transforme et le fait passer d'« enfant sauvage » à enfant « avide de savoir ».

À 6 ans, Eddine entre à l'école primaire. Il va beaucoup mieux physiquement et moralement. Son poids se stabilise. Il peut commencer les apprentissages scolaires avec les soutiens spécifiques nécessaires. La maman va au cours d'alphabetisation, elle commence à travailler.

En 2006 et 2007, la pédiatre revoit Eddine. Il a grandi, minci. Il a un cursus scolaire sans histoire avec le soutien de l'orthophoniste. Il va bien, est souriant, à l'aise. Il parle volontiers. La famille a enfin déménagé dans un appartement HLM. La maman travaille et le frère aîné est au lycée. Au total, la situation de cette famille s'est dénouée favorablement.

Cette histoire enseigne que le pire n'est jamais certain, qu'une situation sociale extrêmement difficile peut anéantir toute l'énergie d'une famille et la rendre tout à fait démunie, y compris pour les soins de base d'un tout petit enfant, qu'un grand frère « résilient », gentil et aidant est précieux, c'est un allié fondamental des professionnels médicaux, psychologiques et sociaux. Le temps ayant passé, il apparaît certain qu'il a été le pivot sur lequel Eddine s'est appuyé pour pouvoir avancer. La confiance est indispensable : de la famille envers les professionnels et des professionnels envers la famille. Sans cette confiance mutuelle ils n'auraient pu avancer ensemble.

(1) Ansermet F. Les effets iatrogènes de la prédiction. In : Collectif Pas de zéro de conduite. Enfants turbulents : l'enfer est-il pavé de bonnes préventions ? Toulouse, Erès, 2008 : 59-68.

Enfin, il est important de ne pas prédire l'avenir d'un enfant à partir de symptômes ou de troubles précocement diagnostiqués. Les capacités de l'enfant, les relations avec son entourage, les rencontres qu'il peut faire, l'aide personnalisée qui lui est apportée tissent au jour le jour une évolution qui peut être accompagnée favorablement sans être prédite.

Une pratique insistant sur la mise en valeur des points d'appui favorables au développement de l'enfant

S'il est utile de dépister les pathologies et souffrances dont sont porteurs les enfants ou les premiers signes de leurs manifestations, il est capital d'ancrer les mesures de prévention dans leurs potentialités plus que dans leurs manques. Il en est de même pour les dysfonctionnements familiaux auxquels sont souvent confrontés les professionnels de PMI. Partir du positif permet souvent de redonner confiance à des parents ou des enfants touchés par la maladie ou le handicap ou rendus vulnérables par des difficultés de tout ordre. C'est souvent par ce regard bienveillant porté sur leur enfant que des parents peuvent reprendre espoir dans ses capacités, retrouver une relation plus sereine et accepter ainsi des prises en charge parfois très lourdes. En accord avec la famille, il est aussi souhaitable de s'appuyer sur les ressources humaines de son entourage et de les valoriser (Encadré 4).

Prévention et petite enfance, un champ d'actions en questions

Prévention, anticipation et prédiction

La prévention, en particulier dans sa dimension primaire, est une pratique qui se situe en équilibre plus ou moins stable entre des attitudes anticipatoires et des postures prédictives, tant de la part des soignants que parfois des parents.

On écartera de la discussion les champs spécifiques où la dimension prédictive de la prévention est inhérente au problème posé et, loin d'y faire obstacle, facilite l'élaboration de réponses : c'est le cas, par exemple, d'affections somatiques bien identifiées, classiquement la phénylcétonurie ou l'hypothyroïdie néonatale, où l'absence de mesure préventive spécifique conduit immanquablement à l'installation de la maladie. Dans ce contexte, l'anticipation par le dépistage et la prédiction par la connaissance de l'histoire naturelle de la maladie fondent légitimement la dynamique de prévention.

Mais dans le champ du développement global de l'enfant, associant les dimensions somatique, cognitive, affective, sociale, culturelle, etc., la nature d'anticipation ou de prédiction de la prévention se pose dans d'autres termes : « Face à l'incertitude de l'avenir d'hier et d'aujourd'hui, deux positions contrastées sont possibles : l'anticipation et la prédiction » [9]. Or, là où « la prédiction risque de coloniser l'avenir, l'anticipation mesurée le négocie » [9].

Cette consciente distinction entre anticipation et prédiction est donc essentielle pour gérer au mieux les écueils qui guettent les pratiques préventives dès lors qu'elles touchent au développement global de l'enfant, en particulier dans le domaine psychorelationnel.

La prévention, conçue comme une pratique prudente d'anticipation appuyée pas à pas sur la mémoire et le vécu des enfants et de leur famille, favorise l'émergence de solutions qu'ils vont s'approprier.

A contrario, la prédiction inscrit la prévention dans une dynamique déterministe qui corsète le regard et l'action des acteurs vers un aboutissement prédéfini. La logique prédictive repose aussi sur une réduction erronée de la personne à la difficulté de santé qui la touche, voire aux facteurs de risque qui l'affectent. Le déterminisme fait ici bon ménage avec le « blâme de la victime » [5] qui risque alors d'être rendue seule et unique responsable de son état de santé (« on vous l'avait bien (pré)dit ! »). Ce carcan conceptuel conduit à dénaturer la relation de soins et à gauchir toute alliance thérapeutique avec l'enfant et ses parents⁽⁶⁾. Ainsi, une prévention marquée par la tendance prédictive enfermerait patients et soignants dans des réponses souvent inappropriées et potentiellement stigmatisantes, et viendrait paradoxalement renforcer les difficultés observées.

Prévention, repérage, dépistage

L'un des champs de la pratique de prévention concerne les actions de dépistage [2, 4] – prévention dite secondaire. Il s'agit, à l'aide d'examens et de tests, de rechercher l'existence d'affections ou de troubles dont certains signes sont présents mais qui ne s'expriment pas cliniquement d'une façon immédiatement perceptible au patient ou au soignant. Les pratiques de dépistage sont utiles et indispensables dans de nombreux domaines de la médecine, en particulier en pédiatrie, par exemple sur le plan sensoriel ou de la santé buccodentaire, de la croissance, du développement... Le dépistage est donc un acte médical de prévention, répondant à des méthodes validées d'examens (sensibilité et spécificité des tests) et requérant la compétence d'équipes de professionnels de santé formées à cet effet.

Toute autre est la notion de repérage qui n'appartient pas à la sphère médicale mais indique le fait de découvrir, de percevoir ou de reconnaître une certaine caractéristique chez autrui à partir de ses propres capacités d'observation ou d'entrée en relation, sans finalité soignante. Pourtant, une pratique intitulée « repérage » se répand actuellement, consistant à soumettre à l'entourage scolaire ou familial d'un enfant des questionnaires, des grilles de cotations sur son comportement. Cela génère une indifférenciation entre la désignation de difficultés par cet entourage de l'enfant et un dépistage d'allure médicalisée en vue d'un diagnostic, à l'aide d'outils pour lesquels l'enseignant ou les parents ne disposent pas de la compétence nécessaire. Or les outils utilisés risquent de figer le regard de l'entourage sur l'enfant, du fait d'une illusion « scientifique » de mesure attachée à la forme de ce repérage. Il est à

(6) « De nombreuses études indiquent qu'un regard négatif porté sur un enfant peut avoir des conséquences négatives sur ses capacités. Une médecine préventive qui permettrait de prendre en charge, de manière précoce et adaptée, des enfants manifestant une souffrance psychique ne doit pas être confondue avec une médecine prédictive qui emprisonnerait, paradoxalement, ces enfants dans un destin, qui, pour la plupart d'entre eux, n'aurait pas été le leur si on ne les avait pas dépistés. Le danger est en effet d'émettre une prophétie autoréalisatrice, c'est-à-dire de faire advenir ce que l'on a prédit du seul fait qu'on l'a prédit. » Avis n° 95 du Comité consultatif national d'éthique, février 2007 (<http://www.ccnethique.fr/francais/start.htm>).

craindre dans ces conditions « la réduction d'une personne à des paramètres fragmentaires [qui] comporte toujours des risques d'interprétation arbitraire et d'exclusion »⁽⁷⁾.

Une clarification s'avère donc nécessaire : le repérage des difficultés d'un enfant par un adulte partageant sa vie quotidienne n'est aucunement critiquable dès lors qu'il ne procède pas d'un protocole pseudo-médical mais s'appuie sur les capacités propres de l'adulte. Le dépistage garde alors sa place de procédure médicalisée, préservant l'enfant et son entourage d'une confusion des rôles toujours péjudiciable.

S'il faut distinguer le dépistage du repérage, il convient aussi de souligner que la prévention ne se résume nullement au dépistage. Dans son acception la plus large, la prévention « sans référence à un risque précis [...] renvoie à l'idée de promotion de la santé » [12]. Il s'agit de prévention dite universelle qui, dans le domaine de l'enfance et de la famille, s'adresse à toute la population concernée et, en phase avec la multipotentialité du développement de l'enfant, vise à instaurer l'environnement le plus favorable au déploiement de sa santé et de son bien-être. Réduire la prévention globale au seul dépistage de risques identifiés priverait notamment les enfants et leur famille de supports essentiels que sont l'accompagnement et la guidance parentale face aux difficultés « habituelles » du développement où la dimension interrelationnelle est fortement sollicitée. Une pratique de prévention anticipatoire disponible à la survenue de bifurcations inattendues du développement trouve ici toute sa place dans une perspective de non-cristallisation de ces difficultés, à condition que toute l'énergie et la disponibilité professionnelles n'aient pas été dirigées vers les seules actions de dépistage.

Enfin, il convient de rappeler constamment que la prévention et le dépistage ne prennent tout leur sens que si les équipes de soins compétentes pour la prise en charge des difficultés ou des maladies ainsi identifiées sont facilement accessibles.

Prévention généraliste, prévention ciblée et facteurs de risque

La pédiatrie sociale, la psychologie du développement, la santé publique et l'épidémiologie, la pédagogie sont autant de disciplines qui concourent à la compréhension des grandes étapes de la maturation qui vont conduire le petit enfant jusqu'à l'âge adulte. Elles nous enseignent que, sur ce chemin, des difficultés peuvent survenir, susceptibles de toucher tout enfant ou toute famille, dans le domaine somatique ou psychique, sans qu'il soit possible de déterminer à l'avance qui sera « ciblé » : c'est le cas des maladies infectieuses ubiquitaires où la parade préventive repose sur la vaccination de toute une population infantile ; dans un autre champ, les difficultés d'ajustement relationnel entre un petit nourrisson et sa mère peuvent aussi survenir dans toute famille, sous l'influence de facteurs complexes incluant l'histoire personnelle, familiale et l'environnement, c'est ici que l'attention vigilante au quotidien des professionnels de la petite enfance envers les signaux qu'émet la dyade mère-enfant « pose » la première pierre d'un travail préventif pour favoriser le développement psychique de l'enfant. Par delà ces deux exemples, de nombreux domaines de la santé et du développement de l'enfant justifient que les actions de prévention envers les jeunes enfants et leur

(7) Avis n° 95 du Comité consultatif national d'éthique (<http://www.ccnethique.fr/francais/start.htm>).

famille s'inscrivent dans une pratique généraliste s'adressant à toute cette population.

D'autre part, l'épidémiologie, la santé publique, mais aussi la sociologie ou l'anthropologie permettent de cerner certaines situations spécifiques où un groupe de population, une tranche d'âge, etc., sont soumis à un risque particulier pour leur santé. On étudie en épidémiologie ces « facteurs de risque » [1]. L'exposition de populations d'enfants à un facteur de risque (par exemple, la présence de peintures au plomb dégradées dans les logements construits avant 1948) justifie de prendre des mesures de prévention ciblées à l'égard de ces populations (travaux palliatifs ou sous-traction au risque dans le cas cité).

La notion d'exposition ou de situation à risque est à différencier de celle, erronée, mais souvent mentionnée en pratique, de « famille » ou d'« enfant à risque ». Une telle approche laisserait entendre que le risque n'est pas un élément qui affecte l'enfant mais qu'il lui est « incorporé », dans un raccourci qui naturaliserait la maladie ou la difficulté de façon stigmatisante. Ce glissement sémantique s'exprime tout particulièrement autour du concept de « vulnérabilité », très utilisé dans le domaine de la santé familiale : certaines populations de familles sont dites vulnérables sur le plan psychique, souvent à partir de critères sociaux défavorables, alors que la pratique démontre que nul ne peut être réduit à la vulnérabilité d'un moment et que des études⁽⁸⁾ indiquent que les périodes ou situations de vulnérabilité – la grossesse en est une – peuvent toucher des personnes de toutes catégories sociales.

Le juste usage des facteurs de risque, bien compris dans leur dimension strictement statistique, doit donc permettre de retenir l'attention des professionnels pour déterminer si tel enfant ou telle population infantile doit ou non faire l'objet de mesures de prévention ciblées sur l'exposition au risque repéré.

La prévention auprès du jeune enfant et de sa famille campe ainsi sur deux axes d'intervention dont aucun ne doit être sacrifié au profit de l'autre : la prévention généraliste pour tous combinée à une démarche de prévention ciblée en fonction de l'exposition à certain risques.

Prévention, protection et promotion de la santé

Les politiques de prévention comportent nécessairement une composante de protection des populations. La puissance publique met en œuvre des dispositifs de protection dans le domaine de la santé et de l'enfance (protection sociale, protection maternelle et infantile), « l'enfance, qui ne peut guère dépendre d'une solidarité égalitaire, relève de la protection » [11]. La protection de la santé est bien illustrée dans sa dimension préventive par la politique vaccinale en direction des nourrissons et des enfants. Le dispositif de protection maternelle et infantile concrétise un ensemble de mesures à vocation essentiellement préventive, où la dimension de protection va de la prise en charge à 100 p. 100 des vaccinations proposées ou du financement d'un mode d'accueil

(8) « Dans l'étude menée par l'unité U502 de l'Inserm, une comparaison, pour ce qui est des CSP, des données des parquets avec celles de la population générale (données du recensement de la population par l'INSEE en 1999 pour les mêmes départements) montre que, dans cette étude le pourcentage de mères cadres mises en cause dans le décès de leur enfant ne diffère pas significativement de celui qu'on attendrait compte tenu de la répartition des CSP dans la population générale. » Extrait de « Vers le plan national violence et santé », rapport général, Dr Anne Tursz, ministère de la Santé et des Solidarités, mai 2005 : 28-29.

aux mesures de protection de l'enfant lorsqu'il se trouve confronté à une situation de carence ou de violence susceptible de compromettre sa santé et son développement. Une telle « prévention-protection », rarement suscitée par la demande des patients, « part du risque ou de la menace que l'on veut éviter » [12].

À l'autre extrémité de son spectre, l'activité de prévention débouche sur le concept de promotion de la santé. Cette fois-ci, « elle vise le sujet, s'appuie sur sa participation active et n'est pas orientée vers un risque spécifique » [12]. L'expérience des lieux d'accueil parents-enfants, des groupes de parents se réunissant dans les structures de PMI ou des maisons vertes⁽⁹⁾ illustre ce travail de promotion de la santé : un cadre de rencontre non directif y laisse place à la créativité conjointe des familles et des professionnels pour élaborer chemins et traverses, à partir des expériences et des préoccupations parentales pour la santé, le bien-être et le développement de leur enfant. Cette facette de la prévention, encore insuffisamment explorée, est à développer. Elle incarne en effet – contrairement à la protection qui demeure « extérieure » au sujet – une pratique à visée holistique impliquant dialectiquement, dans le registre des « choix de santé », l'autodétermination de la personne en interaction avec le monde.

Prévention et évaluation

Pour évaluer une politique ou un programme de santé, on vérifie si les objectifs sont bien atteints en fonction de la finalité globale recherchée. Mais les concepts, les méthodes, les outils ne sont pas superposables selon que l'évaluation concerne les domaines de la prévention-dépistage, de la prévention-protection ou de la prévention-promotion de la santé. La culture médicale de l'évaluation tire essentiellement ses références du champ de l'épidémiologie et les indicateurs sont avant tout quantitatifs : mortalité infantile, mortalité périnatale, indicateurs de morbidité. L'évaluation quantitative des résultats fait la preuve de son efficacité dans les domaines où la prévention repose sur la prévisibilité de la maladie au vu des facteurs de risque qui lui sont associés par une relation de type causal. Ces situations, nous l'avons vu, sont cependant bien loin de résumer le champ de la prévention en santé maternelle et infantile. Ainsi la dynamique du développement personnel ou familial échappe-t-elle au critère de prévisibilité et les actions de prévention ne pourront pas ici s'évaluer en termes d'effets mesurables. Pour certaines d'entre elles, l'évaluation, au moyen d'indicateurs quantitatifs et/ou qualitatifs, pourra consister à vérifier que les conditions de réalisation de l'action respectent les principes directeurs qualitatifs. Lors des bilans de santé en école maternelle par exemple, on peut évaluer si les objectifs consistant à instaurer un dialogue avec les parents et à valoriser l'enfant sont bien atteints. Cependant, l'instauration d'indicateurs qualitatifs peut elle-même s'avérer problématique. Des phénomènes observables tels les modifications ou les « normalisations » de comportement d'enfants peuvent être érigés en but à atteindre, et l'on perçoit là le risque d'être normatif, réducteur, voire coercitif. D'autres approches de l'évaluation consistent non pas tant à évaluer un résultat final qu'à construire en marchant une

(9) Carte d'identité de la maison verte : « Un lieu de rencontre et de loisirs pour les tout-petits avec leurs parents. Pour une vie sociale dès la naissance, pour les parents, parfois très isolés devant les difficultés quotidiennes qu'ils rencontrent avec leurs enfants. Ni une crèche ni une halte-garderie, ni un centre de soins, mais une maison où mères et pères, grands-parents, nourrices, promeneuses sont accueillis... et leurs petits y rencontrent des amis » (Françoise Dolto, <http://www.francoise-dolto.com/maison.htm>).

dynamique, à faire émerger les problématiques, à leur donner un sens, à proposer une stratégie d'action ou un projet partagés, faisant le pari de l'intelligence collective et de la créativité collégiale des acteurs. Évaluation et prévention peuvent donc faire bon ménage à condition que la forme de l'évaluation soit adaptée à son objet et qu'elle ne constitue pas un enjeu de pouvoir [3].

Soins préventifs et soins curatifs

Il est classique d'opposer « la prévention » et « les soins ». Ce découpage entre prévention et soins n'est pas à rejeter globalement, il garde toute son utilité pour définir des politiques de santé dans une dimension macrosociale et permet de déterminer certains enjeux prioritaires de la décision en santé publique. Il permet aussi d'établir, pour éclairer la nécessité de le combler, le différentiel abyssal de financement entre les soins préventifs et les soins curatifs dans la dépense nationale de santé.

Dans le champ de la prise en charge individuelle des enfants, cette distinction entre soins et prévention reste aussi opérante dans une réelle mesure puisque, selon le contexte de la prise en charge, on interviendra, ici, pour une affection aiguë qui requiert en urgence un traitement pharmacologique adapté (des antibiotiques face à une infection sévère) et, là, pour une difficulté transitoire du développement de l'enfant qui pourra bénéficier de mesures d'accompagnement préventif (proposition de structure d'accueil de jour souple pour aider à l'individuation de l'enfant).

Cependant, dans bien des domaines de la santé et tout particulièrement en matière de pédiatrie du développement, les soins comportent des dimensions préventives et curatives intriquées ou en continuum.

C'est le cas lorsque la prise en charge curative de l'otite séreuse prévient un retard de langage lié à l'hypo-acousie de transmission ou quand le dépistage (acte de prévention secondaire) d'un strabisme du nourrisson permet, par sa correction curative, la prévention de l'amblyopie.

Plus complexe dans ses ressorts, la prise en compte d'éléments de souffrance psychologique chez une femme enceinte et la palette de réponses médicales, psychologiques ou sociales apportées en soutien définissent une forme d'intervention que l'on peut raisonnablement qualifier de « préventivo-thérapeutique » : en offrant un cadre contenant de métabolisation des difficultés psychiques, elle apporte une aide immédiate, tout en pariant sur des impacts favorisant l'établissement prochain de la relation mère-bébé.

Ainsi la limite entre soins préventifs et curatifs devient-elle souvent floue ou s'efface-t-elle pour laisser place à une conception globale de la santé et du développement de l'enfant où les effets pluriels de l'intervention professionnelle s'interprètent avec nuance dans un registre préventivo-curatif combiné. À l'adage « mieux vaut prévenir que guérir », on pourrait alors substituer « mieux vaut prévenir pour guérir et guérir pour prévenir » !

Conclusion

La discussion sur les enjeux de la prévention dans le domaine de la petite enfance conduit à la qualifier de pratique complexe et exigeante.

Complexe car on agit là sur le développement précoce et global de l'enfant et sur l'équilibre familial. La prudence en la matière invite à évaluer soigneusement les conséquences du déplacement d'une pièce du puzzle sur l'ensemble, compte tenu du caractère polyfactoriel et interactif du développement. La prévention doit être comprise comme une pratique et une pensée qui se construisent en alliance et en délicatesse entre familles et professionnels.

Exigeante car la complexité de son objet impose que les acteurs de la prévention y soient initialement formés et soutenus au long cours par un questionnement collectif et périodique sur leur pratique. Plus avant encore, un travail sur le vécu émotionnel des professionnels est à favoriser pour venir enrichir utilement leur expérience fondée sur la formation et la pratique.

Ainsi la prévention en périnatalité et petite enfance, à la fois professionnelle et artisanale, est-elle bien affaire d'orfèvre, entre dentelle et porcelaine...

BIBLIOGRAPHIE

1. ANCELLE T. Épidémiologie. *In* : F Bourdillon, G Brücker, D Tabuteau. *Traité de santé publique*, 2^e éd. Paris, Flammarion Médecine-Sciences, 2007 : 125-132.
2. BOURDILLON F, BRÜCKER G, TABUTEAU D. Définitions de la santé publique. *In* : F Bourdillon, G Brücker, D Tabuteau. *Traité de santé publique*, 2^e éd. Paris, Flammarion Médecine-Sciences, 2007 : 1-4.
3. COLOMBO MC. Prévention et évaluation, quels outils pour quels objectifs ? *In* : Actes du XXXIII^e colloque du Syndicat national des médecins de PMI. L'écu, le directeur et le docteur : la PMI entre responsabilité professionnelle et responsabilité politique. Paris, novembre 2007 : 115-125.
4. CZERNICHOW P, MERLE V. Dépistage. *In* : F Bourdillon, G Brücker, D Tabuteau. *Traité de santé publique*, 2^e éd. Paris, Flammarion Médecine-Sciences, 2007 : 209-215.
5. DESCHAMPS JP. Porter un regard nouveau sur l'éducation à la santé. *Rev Prat*, 1984, 11 : 485-497.
6. DUGNAT M. L'entretien prénatal précoce, un exemple concret de dilemme prévenance/prédiction en périnatalité. *In* : Collectif Pas de zéro de conduite. *Enfants turbulents : l'enfer est-il pavé de bonnes préventions ?* Toulouse, Érès, 2008 : 181-203.
7. GIAMPINO S. Non à trois ans tout n'est pas joué. *In* : Pas de zéro de conduite pour les enfants de trois ans. Toulouse, Érès, 2006 : 63-70.
8. GOLSE B. Le rapport de l'Inserm 2005 sur le trouble des conduites chez l'enfant, ou le TOP des TOP ? *In* : Pas de zéro de conduite pour les enfants de trois ans. Toulouse, Érès, 2006 : 73-81.
9. MISSONNIER S. La prévention, l'anticipation et la prédiction. *Revue Spirale*, 2007, 41 : 85-96.
10. MOURNE-JACQUOT C. Culture et puériculture. *In* : Actes du XXXII^e colloque du Syndicat national des médecins de PMI. La prévention dans tous ses états, la prévention dans tous ses débats. Paris, novembre 2006 : 99-103.
11. REY A. Protection. Actes du XXVI^e colloque du Syndicat national des médecins de PMI. Paris, novembre 2000.
12. SAN MARCO JL, LAMOUREUX P. Prévention et promotion de la santé. *In* : F Bourdillon, G Brücker, D Tabuteau. *Traité de santé publique*, 2^e éd. Paris, Flammarion Médecine-Sciences, 2007 : 194-202.
13. VILLERMÉ LR. Tableau de l'état physique et moral des ouvriers employés dans les manufactures de coton, de laine et de soie. Paris, 1840, 2 volumes.