

Prévention psychologique et petite enfance : pratiques de la PMI

*Intervention aux journées de perfectionnement des pédopsychiatres d'exercice public
Paris, le 19 octobre 2009*

Introduction

Je remercie chaleureusement Gérard Schmit et les organisateurs de ces journées pour leur invitation qui permet de poursuivre le dialogue entre pédopsychiatres et professionnels de PMI. Notre rencontre s'est inscrite en plein débat sur la prévention psychologique et les effets iatrogènes de la prédiction et ces questions restent prégnantes dans l'expérience de la PMI et sans doute dans celle des équipes de pédopsychiatrie.

1. Quelques principes de fonctionnement de la PMI

Il s'agit ici de principes généraux, déclinés diversement selon les départements qui ont en charge la PMI

→ Le dispositif et les services de PMI s'adressent aux enfants de moins de 6 ans et à leur famille, aux femmes, aux adolescents, ils ont une vocation universelle et reposent sur les principes de gratuité et de proximité : la PMI est ouverte à tous, tout en accordant une attention particulière aux personnes en situation de vulnérabilité ou de précarité sur le plan social. Mais la mixité sociale est essentielle, d'une part elle contribue à éviter de stigmatiser les familles les plus en difficulté, d'autre part elle témoigne que le champ de la prévention dans le domaine de l'enfance, comme celui des soins, doit pouvoir bénéficier à tous.

→ En PMI nous cultivons une approche globale de la santé et du développement de l'enfant, tentant d'appréhender les domaines somatique, psychique, social, culturel et d'environnement, pour se garder de réduire notre regard sur l'enfant ou sa famille à telle ou telle difficulté qui les affecte. Nous travaillons pour cela en équipes pluridisciplinaires (médecins, puéricultrices, auxiliaires de puériculture, sages-femmes, psychologues, éducatrices de jeunes enfants, conseillères conjugales et parfois psychomotriciens, orthophonistes, etc.).

→ Nous développons une complémentarité des actions : consultations, bilans de santé, accueils individuel ou de groupe, visites à domicile par des puéricultrices et des sages-femmes, entretiens psychologiques, groupes de paroles, accueils parents-enfants, soutien par des travailleuses familiales à domicile, intervention dans les milieux de vie et de socialisation (modes d'accueil, écoles maternelles...)

→ Nous travaillons en partenariat avec d'autres services ou professionnels : médecins traitants, services de pédiatrie hospitaliers et maternités, école maternelle et primaire (santé scolaire et psychologies scolaires notamment), services sociaux, aide sociale à l'enfance, intersecteurs de pédopsychiatrie et bien d'autres.

2. Panorama succinct des pratiques en PMI tournées vers la prévention psychologique

Depuis 20 ans, le changement de terminologie dans la loi qui définit les missions et objectifs de la PMI, de la « protection maternelle et infantile » à la « protection et promotion de la santé de la famille et de l'enfant » marque une volonté de privilégier une prévention offensive à une prévention défensive. Il ne s'agit pas seulement d'éviter ce qui peut advenir de fâcheux pour la santé mais d'accompagner ce qui peut advenir d'heureux pour le développement de l'enfant.

Cela se traduit par les multiples temps et champs de pratiques exposés ci-après, principalement issus de l'expérience des départements qui ont consacré des moyens suffisants à leurs missions de PMI.

→ En période périnatale, un axe important du travail s'est développé autour de l'instauration des premiers liens mère-enfant, parents-enfant.

Dans cette période particulière la clinique nous a enseigné qu'il est difficile de savoir si et comment la souffrance psychique va se traduite ou évoluer, quelle famille sera touchée, quels troubles ces difficultés risquent d'entraîner : troubles psychiques et du développement, maltraitance, difficultés dans les apprentissages, troubles somatiques. Plutôt qu'un dépistage ciblé, il convient d'accompagner globalement cette période de bouleversement, de vulnérabilité que représentent la grossesse et la naissance. Dans cette perspective, la constitution de partenariats et de réseaux entre équipes de maternité et de PMI, la proposition aux futures mères d'un entretien prénatal au 4^{ème} mois de grossesse sont autant d'atouts pour prendre en compte, en relais entre équipes de maternités et de PMI, les fragilités des mères, des ajustements difficiles, des réponses inadéquates.

Les sages-femmes et puéricultrices de PMI peuvent intervenir à la maternité et à domicile avant et après la naissance. A ce moment, elle dialoguent, écoutent, conseillent et informent sur de multiples aspects qui posent questions ou provoquent des inquiétudes maternelles : accompagnement de la mise en route de l'allaitement, problèmes d'alimentation, ou face aux pleurs du nourrisson, à ses rythmes de sommeil.

Parfois il s'agit de mères en plus grande difficulté (présentant une pathologie psychiatrique, des conduites addictives, une situation de grande isolement ou de précarité sociale, ou femmes subissant des violences conjugales). Les puéricultrices s'y rendent souvent, tentent d'accompagner les gestes maladroits, de s'appuyer sur les ressources du bébé dans la mise en relation, d'apprécier sa « capacité de séduction », d'étayer l'appréhension d'une « existence mutuelle du bébé pour la mère et de la mère pour le bébé ».

Cette prise en charge peut être difficile, surtout si on l'engage seul, elle nécessite le soutien de l'équipe de PMI, de la psychologue notamment, on fait souvent appel au concours de travailleuses familiales, on recherche un mode d'accueil.

Le travail en lien avec l'assistante sociale est essentiel lorsque les conditions de vie, l'absence de travail, de logement, influent très défavorablement sur la santé familiale.

Et si parfois quelques situations conduisent à des mesures de placement pour préserver le développement et la santé de l'enfant, on cherche, autant que faire se peut, à partager nos inquiétudes avec les parents, à ne pas les déposséder de l'histoire qui se construit avec leur enfant.

Dans tout ce travail très précoce, il s'agit sans porter de jugement de valoriser les capacités des enfants et des parents, de leur laisser la parole sur leur savoir des difficultés. On exerce là une forme de prévention fondamentale, par un effet de préservation de leur dignité.

→ Lors des consultations de nourrissons, ce travail se poursuit. Nous y sommes également confrontés à ces problèmes d'ajustement, aux problèmes éducatifs, aux situations où des enfants sont « excités » ou au contraire passifs, certains sont jaloux de la naissance d'un puîné, d'autres mangent mal, dorment mal. Les situations de séparations difficiles lors de l'entrée en crèche ou à la maternelle suscitent aussi des questions de la part des parents.

Les pédiatres, avec la puéricultrice et l'équipe de PMI, apportent autant que possible des réponses qui font écho peu ou prou en pratique au *praticable en trois temps* proposé par Graciela Crespin dans son ouvrage « *L'épopée symbolique du nouveau-né*¹ » : un accompagnement consistant en une réassurance sur l'absence d'affection somatique et des conseils sous forme d'une guidance souple, avec une ouverture à la parole de la mère, des parents – et de l'enfant quand il peut s'exprimer – sur le sens qu'ils donnent aux événements (*en évitant les écueils de la banalisation, de la disqualification, de l'interprétation*¹). Enfin, lorsque cet accompagnement reste sans effet sur les symptômes et l'angoisse exprimée, la proposition d'une prise en charge psychologique sera formulée, pas toujours suivi d'effet du moins dans l'immédiat. Tout en respectant le cheminement des parents, nous leur manifestons, par notre attention réitérée aux difficultés qu'exprime l'enfant, que nous restons des soignants préventifs engagés auprès de lui et d'eux-mêmes.

Ce travail d'accompagnement en consultation bénéficie dans certains centres de l'intervention d'une psychologue de PMI. Des éducatrices de jeunes enfants, des psychomotriciennes parfois, accompagnent le cheminement des enfants, par des séances où le jeu, le travail sur le tonus, le schéma corporel sont autant d'outils pour aider les enfants dans leur développement et renforcer la confiance des parents dans les potentialités de leur enfant. Certaines équipes ont développé d'autres activités en salle d'attente comme l'éveil musical des tout petits (association « enfance et musique ») ou des ateliers autour du livre et des comptines (avec la participation de la bibliothèque municipale), qui créent des situations de plaisir et de partage propices aux investissements relationnels des jeunes enfants.

Tous ces moments « d'attention et d'engagement conjoints » contribuent souvent au déblocage de situations.

→ Les lieux ou temps d'accueil parents-enfants, auxquels la PMI participe constituent aussi des espaces de prévention précieux. Les accueillants ont appris à

¹ Crespin G. *L'épopée symbolique du nouveau-né*. Toulouse, Erès 2007, p.172-178

recevoir, observer et prendre en compte de nombreux « petits signes » : des regards, des mots, des gestes, la façon de porter son enfant. Des conseils et des attentions sont prodiguées par d'autres parents ou par les accueillants. Les échanges portent souvent sur l'éducation, la nécessité de poser des limites, les difficultés habituelles (sommeil, alimentation...).

Si des situations relationnelles plus graves sont pressenties, les professionnels essaient d'en parler aux parents, d'ouvrir un espace de confiance. Ces accueils ont souvent une fonction contenante pour les enfants et de soutien pour les parents en difficulté psychique. Ils permettent aussi la socialisation de mères très isolées.

Les difficultés des enfants, qu'ils soient agressifs et turbulents ou au contraire passifs, hypotoniques, ne passent pas inaperçues. Parfois ces enfants trouvent leur place et leurs premières difficultés s'améliorent. Si les troubles persistent, on accompagne les parents vers des prises en charge.

→ Dans les modes d'accueil, le travail de la PMI, aux côtés des équipes de crèches et des assistantes maternelles, consiste aussi à soutenir les enfants et leur famille, par exemple pour surmonter l'épreuve de la séparation où l'enfant exprimera parfois son angoisse au travers de comportements agressifs, ou d'une anorexie, d'un refus de dormir, ou pour d'autres d'un repli. Aider à décrypter les manifestations du mal être de l'enfant, écouter la difficulté d'une maman à le confier, considérer le regard du personnel qui accueille l'enfant et le soutenir face à l'expression parfois bruyante de sa détresse contribuent là encore à la prévention de difficultés psychologique plus nouées.

→ Lors des bilans de santé en moyenne section à l'école maternelle, les équipes de PMI peuvent aborder avec les parents de nombreuses questions relatives au développement de l'enfant dans un contexte qui, pour beaucoup, est celui de la première expérience de socialisation. Les éventuelles difficultés relationnelles, les troubles du langage, des manifestations d'instabilité psychomotrice sont prises en compte. Le dépistage de troubles sensoriels, jusque là passés inaperçus, permet parfois la sédation de certaines difficultés de comportement.

Le dialogue avec les enseignants, tout en restant soucieux du secret professionnel, permet de mieux comprendre certaines situations.

Le travail de coopération avec les enseignants, avec les équipes des RASED, ouvre aussi l'espace d'une réflexion commune sur la façon dont l'évolution de l'école maternelle vers toujours plus d'évaluation performative de ses jeunes « élèves » peut venir perturber gravement les plus fragiles d'entre eux.

3. Quelques réflexions sur les enjeux en prévention pour la petite enfance

Au terme de cet échantillon des pratiques de prévention en PMI, quelques enjeux méritent d'être soulignés.

La prévention psychologique en PMI :

- ➔ s'inscrit dans registre du développement global de l'enfant et des interrelations avec sa famille, son entourage ;
- ➔ s'appuie sur les potentialités et les ressources de l'enfant et de la famille pour pouvoir aborder les difficultés, les obstacles, etc. ;
- ➔ cherche à resituer les problèmes dans l'histoire familiale et ne se contente pas d'une observation de surface des phénomènes ;
- ➔ consiste en un accompagnement, un étayage de la relation bébé parents, cherchant à instaurer une confiance entre parents et professionnels ;
- ➔ traduit une approche non déterministe du développement, non prédictive, ouverte aux effets de rencontre et d'aide apportée.

Notre pratique en PMI se retrouve bien illustrée par la notion que développe Sylviane Giampino dans son récent ouvrage « *Nos enfants sous haute surveillance*² », de *prévention en rhizomes* avec ses trois registres : la prévention par l'accompagnement de la vie quotidienne, le soutien dans les aléas de la vie ordinaire, l'aide psychologique face aux accidents de la vie.

L'expérience en PMI nous a aussi conduit à formuler quelques distinctions utiles autour de la notion de prévention :

➔ Prévention, anticipation et prédiction

Dans le champ du développement global de l'enfant, nous avons appris que, selon le mot de Sylvain Missonnier là où « *la prédiction risque de coloniser l'avenir, l'anticipation mesurée le négocie*³ ». 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 alors 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. Le risque est ici que l'enfant se conforme à l'attente inquiète de l'adulte et qu'il développe le trouble qu'on voulait éviter.

➔ Prévention, dépistage et « repérage »

Les pratiques de dépistage sont utiles et indispensables dans de nombreux domaines de la pédiatrie, ce qui inclut la dimension psychologique et psychopathologique. Dans ce sens des outils comme le *CHAT* ou ceux testés dans le cadre de la recherche *Préaut*⁴ ont leur place dès lors qu'ils sont utilisés par des professionnels de santé formés et qu'ils contribuent, de façon contextualisée, au dépistage puis au diagnostic d'affections identifiées.

Tout autre, le « repérage » de difficultés d'un enfant par un parent, un enseignant..., s'il peut contribuer à leur prise en compte, ne peut s'appuyer en aucun cas sur des « protocoles » comme les grilles d'évaluation de comportement qui fleurissent

² Giampino S, Vidal C. *Nos enfants sous haute surveillance*. Paris, Albin Michel 2009, p 88-98

³ Missonnier S. *La prévention, l'anticipation et la prédiction*. Revue Spirale, 2007/1, n° 41, p.85-96

⁴ http://www.preaut.fr/recherche_presentation/

actuellement en milieu scolaire. De telles pratiques se traduisent par une confusion des rôles hautement préjudiciables à l'ensemble des acteurs impliqués.

Bien sûr la prévention à son tour ne se résume pas au dépistage. En effet réduire la prévention globale au seul dépistage de risques identifiés peut priver les enfants et leur famille de supports essentiels que sont l'accompagnement et la guidance parentale face aux difficultés « habituelles » du développement.

➔ Prévention généraliste ou ciblée, facteurs de risque et vulnérabilité

De nombreux domaines de la santé et du développement de l'enfant justifient que les actions de prévention s'inscrivent dans une pratique généraliste s'adressant à tous (ex. des difficultés d'ajustement relationnels entre mère et bébé susceptibles de survenir dans toute famille sous l'influence de facteurs complexes incluant l'histoire personnelle, familiale et l'environnement). D'autre part, il existe certaines situations spécifiques où les enfants sont exposés à une difficulté particulière pour leur développement et qui requièrent des mesures de prévention ciblées (ex. des enfants dont les parents présentent une déficience mentale, une priorité pourra être donnée à leur socialisation précoce dans un mode d'accueil collectif).

En revanche le concept de « vulnérabilité » doit être discuté : il est très utilisé dans le domaine de la santé familiale, laissant entendre que certaines populations de familles sont en soi vulnérables sur le plan psychique, souvent à partir de critères sociaux défavorables. La pratique démontre pourtant que nul ne peut être réduit à la vulnérabilité d'un moment, encore moins aux facteurs de risque qui l'affectent, et des études confirment que les périodes ou situations de vulnérabilité – la grossesse et les premiers mois après la naissance en sont un exemple – peuvent toucher des personnes de toutes catégories sociales⁵. La pertinence relative du concept de « vulnérabilité » dans le champ de la prévention ainsi que la prudence quant aux effets de stigmatisation possibles nous incitent à utiliser plutôt les notions de *périodes ou situations de vulnérabilité* que celles de *personnes ou groupes vulnérables*.

4. Des thématiques à partager, une coopération à renforcer dans les pratiques, la formation, la recherche entre la pédopsychiatrie et la PMI (et d'autres...)

Les coopérations entre la PMI et les intersecteurs de pédopsychiatrie existent de longue date. La solidité et la pérennité des liens et des pratiques de coopération dépendent de nombreux facteurs, dont l'histoire et la culture des intervenants et des deux institutions sur les terrains, l'évolution des moyens de chacun, les configurations sociales et administratives locales, entre autres.

Comment renforcer et développer ce partenariat ?

⁵ « Dans l'étude menée par l'U 502 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 – Mai 2005 – Ministère de la santé et des solidarités, pp.28-29.

Tout d'abord évoquons brièvement l'intérêt qu'il peut y avoir à travailler conjointement entre équipes autour de thématiques qui émergent ou qui demeurent prégnantes dans nos expériences.

On peut citer quelques thèmes, sans être exhaustif :

- les contextes où une pathologie mentale dans le milieu familial nous confronte au double enjeu de la prévention et de la protection de l'enfance ;
- les effets de la pression croissante qui s'exerce sur les enfants dans une société de la performance qui favorise une surstimulation précoce des tout petits ;
- les enjeux sur le développement affectif et cognitif des enfants de la consommation prématurée de la télévision et des nouvelles technologies de la communication, ce que certains auteurs qualifient de « *captation de l'attention*⁶ » ;
- le retentissement psychique sur les bébés et les enfants des situations où leurs mères subissent des violences conjugales.

Ce travail sous la forme de séminaires communs, de formations post-universitaires, etc. viendrait renforcer les liens par le partage des expériences et des apports théoriques, à distance du traitement partenarial des situations de familles qu'ensemble nous avons à connaître.

Sur le plan de la coopération dans les pratiques de terrain auprès des enfants et des familles, ne faut-il pas, là où la tradition s'en est perdue, refonder sur un mode fonctionnel des espaces commun de travail permanent comme le prévoyaient les secteurs unifiés de l'enfance ? Il s'agirait de rassembler en collectif de travail souples mais pérennes tous les professionnels de l'enfance sur un territoire commun : PMI, santé scolaire et RASED, pédopsychiatrie, acteurs de la pédiatrie hospitalière, aide sociale à l'enfance, protection judiciaire de la jeunesse, services sociaux, etc. Cette articulation fonctionnelle de toutes les institutions favoriserait des habitudes de travail partenarial dans le champ des soins préventifs qui nous intéresse, les situant aussi en continuum avec celui des soins curatifs.

L'enjeu de la formation continue en psychologie et psychopathologie peut aussi rassembler nos énergies :

- d'une part avec la contribution des pédopsychiatres à la formation des autres intervenants de santé auprès des enfants. Je pense ainsi aux initiatives comme la formation des professionnels de premier recours auprès des enfants au repérage des souffrances psychiques des enfants et des adolescents, à partir du référentiel produit par le collège de pédopsychiatrie de la fédération française de psychiatrie⁷ ;

⁶ Voir les travaux de Bernard Stiegler, philosophe, directeur de l'Institut de recherche et d'innovation du Centre Pompidou

⁷ Schmit G. *Souffrance psychique de l'enfant et de l'adolescent : introduction au référentiel de la fédération Française de Psychiatrie*. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence 54 (2006) 389-390

- d'autre part dans le cadre de formations conjointes entre professionnels des secteurs de pédopsychiatrie et de PMI, santé scolaire, etc., sur des problématiques comme celles évoquées précédemment

Enfin, le champ de la recherche est aussi un terrain de coopération prometteur :

- on peut évoquer par exemple des expériences comme la recherche Préaut (cf. note 4) visant la validation d'indicateurs de troubles de la communication chez le bébé au cours des deux premières années de la vie pouvant présager un trouble grave du développement du spectre autistique. Des séminaires de sensibilisation et de formation à destination des praticiens de premier recours, des publications viennent compléter cette recherche et contextualiser l'usage de tels indicateurs.
- il faudrait enfin promouvoir des recherches dans le domaine de la prévention psychologique qui soient largement inclusives en terme d'apports : sciences humaines (anthropologie, sociologie, psychologie, philosophie, éthique), génétique et neurobiologie, sciences de l'éducation, sciences juridiques, auxquels s'associeraient les pratiques de terrain (participation de psychiatres, pédiatres, médecins de famille, personnels de santé engagés dans la prévention, PMI, santé scolaire, psychologues travaillant dans le domaine de la petite enfance, enseignants, associations de parents...).

En conclusion

Au terme de ces quelques propositions, formulons-en en une dernière qui fait le lien avec le domaine abordé par François Bourdillon⁸. Dans le cadre de la mise en place des Agences Régionales de Santé, les secteurs unifiés de l'enfance version années 2010, évoqués précédemment, devraient trouver leur pendant auprès des pôles de prévention des futures agences. Il s'agirait d'y constituer une instance régionale pour la promotion de la santé de l'enfant et de la famille, chargée de mutualiser les expériences, de favoriser une pensée plurielle sur les enjeux de la prévention et d'impulser des stratégies partagées, en s'appuyant sur les pratiques de terrain et à la fois en favorisant les élaborations locales, notamment dans ce domaine de la prévention psychologique.

Notre rencontre d'aujourd'hui, élargie à l'ensemble des professionnels concernés, s'avère bel et bien nécessaire et fondamentale dans la durée, autour des enjeux de la prévention psychologique en faveur du jeune enfant et de sa famille.

Pierre SUESSER
Président du syndicat national
Des médecins de PMI

⁸ cf. son intervention lors de ces journées