

La France est un pays riche de ses enfants et le taux de natalité ne fléchit pas. L'enjeu est de les conduire à la vie d'adulte dans les meilleures conditions possibles pour chacun. Afin d'y parvenir, le parcours de l'enfance et de l'adolescence doit éviter un certain nombre d'écueils.

Plus que les risques de maladies somatiques, aiguës ou chroniques, qui ne seront pas traitées ici, le dossier s'attachera à décrire les conditions du développement physique et psychique des enfants et des jeunes, ainsi qu'à appréhender les conditions favorables aux acquisitions et aux apprentissages sociaux. Les professionnels en charge de la santé et du développement des enfants et des jeunes pourront y puiser des réflexions et des sources d'actions concrètes.

La santé : un capital en construction dès l'enfance

Le sommaire se trouve en 4^e de couverture.

Dossier coordonné par
Renée Pomarède
Pédiatre, médecin de santé publique
Philippe Jeammet
Professeur de psychiatrie de l'enfant
et de l'adolescent



Que sait-on de la santé des enfants et adolescents ?

Les enfants et les jeunes sont globalement en bonne santé. Cependant, ils acquièrent à cette période des comportements qui vont conditionner leur avenir en matière de santé.

Santé des enfants et des jeunes, données chiffrées

Béatrice Tran

Chargée de mission,
Haut Conseil de la
santé publique

Anne Tallec

Directrice de l'ORS
Pays de la Loire,
membre du HCSP

Pierre Arwidson

Directeur des affaires
scientifiques,
Institut national
de prévention
et d'éducation
pour la santé

Entre 0 et 25 ans se suivent la période périnatale, celles de l'enfance, de l'adolescence et l'entrée dans la vie adulte, avec des caractéristiques propres à chacune, en matière de santé. Ce sont les périodes du développement physique et psychique, des acquisitions culturelles et scolaires, de l'intégration à la vie sociale. L'environnement prénatal et familial joue un rôle majeur au cours de ces périodes de la vie, qui sont porteuses d'occasions multiples d'expérimentations nouvelles et de développement de comportements de prise de risque et de prévention.

Les enfants et les jeunes sont globalement en bonne santé. Cependant, les comportements qui se mettent en place à cette période vont conditionner leur avenir en matière de santé. Leurs problèmes sont un enjeu particulier en ce sens qu'ils engagent le capital de développement et d'avenir de notre société.

Quelques-uns ont un pronostic sévère immédiat ou à long terme.

État des connaissances

La mortalité globale est faible et en baisse [21]. La plus grande part des décès concerne la tranche d'âge des 15-24 ans (3236 décès en 2010), touchant les

garçons de façon plus importante, principalement pour des causes de mort violente (accidents de la route, suicides, homicides), et les enfants de moins d'un an (2977 décès en 2010), dont les taux bruts de mortalité sont les plus élevés (326 décès pour 100 000 habitants vs 38,4 entre 15 et 24 ans), principalement par le fait d'affections d'origine périnatale ou des conséquences de malformations congénitales, mais aussi des morts subites du nourrisson ou de causes accidentelles. S'ajoutent à tous les âges, mais particulièrement entre 1 et 4 ans, les accidents de la vie courante.

Les problèmes de santé sont variables selon les catégories d'âge et sont souvent socialement marqués.

La périnatalité est encore un sujet de fragilité dans notre pays.

En 2010, la prématurité est en légère hausse par rapport à 2003 : elle passe de 6,3 à 6,6 % des naissances vivantes (10^e rang en Europe). Parallèlement, la proportion d'enfants de petits poids de naissance (moins de 2 500 g) est stable à 6,4 %. Les disparités sont particulièrement marquées entre la métropole et la Guadeloupe, la Guyane et La Réunion, puisque les taux de prématurité et d'enfant de petit poids y sont près de deux fois plus élevés qu'en métropole. Le taux de

*Les références entre
crochets renvoient à la
Bibliographie générale
p. 56.*

prématurité est très lié aux facteurs sociaux : il passe de 4 %, quand la mère a un niveau d'études supérieures, à 9 % en cas de niveau scolaire primaire. Ces inégalités, présentes dès la naissance, vont s'accroître au cours de la vie, la fréquence des déficiences cognitives et des difficultés scolaires augmentant chez les anciens grands prématurés selon un gradient inverse du niveau d'études de la mère.

Le nombre de grossesses pathologiques est en augmentation, par combinaison de plusieurs facteurs : augmentation de l'âge moyen à la maternité, dégradation des situations économiques et sociales des couples, augmentation de prévalence de la surcharge pondérale et de l'obésité des mères et augmentation de la part des déclarations de grossesses tardives [9].

Le dépistage néonatal systématique de cinq maladies graves, mis en place il y a 40 ans et géré par l'Association française pour le dépistage et la prévention des handicaps de l'enfant (AFDPHE) permet de repérer, diagnostiquer et prendre en charge très rapidement les nouveau-nés atteints de phénylcétonurie, hypothyroïdie congénitale, hyperplasie congénitale des surrénales, drépanocytose et mucoviscidose. Près de 20000 enfants en ont bénéficié ; leur pronostic vital et leur développement psychomoteur ont ainsi été sauvés. Le principe de la systématisation du dépistage néonatal de la surdité a été acté en 2012.

Le niveau de la vaccination est globalement satisfaisant en France, mais la couverture vaccinale est clairement insuffisante pour certains vaccins, conséquences de l'influence importante dans notre pays des ligues antivaccinales, ce qui entraîne des risques de survenue de foyers épidémiques (ex : rougeole, coqueluche, méningite). Des vaccins permettant la prévention de cancers, comme celui de l'hépatite B, ont de longue date rencontré une très forte résistance, tout comme le vaccin anti-HPV (prévention du cancer du col de l'utérus) pour lequel à peine un tiers des jeunes filles concernées sont vaccinées [45].

Les troubles des apprentissages ont des conséquences sur le développement, les acquisitions scolaires et l'insertion sociale des enfants. Ils doivent être précocement repérés et pris en charge : les enfants atteints de dyslexie représenteraient environ un quart des enfants ayant des difficultés en lecture [51]. La prévalence de la dyspraxie est estimée de 5 à 7 % des enfants de 5 à 11 ans. Les données manquent sur la prévalence de la dyscalculie. De même, la fréquence des troubles d'hyperactivité avec déficit de l'attention et des troubles envahissants du développement (type autisme) sont difficiles à déterminer.

Le surpoids et l'obésité sont des sujets préoccupants et emblématiques des inégalités sociales de santé.

Début 2000, de 10 % à 16 % des enfants de 3 à 17 ans étaient en surpoids et 3,5 % à 4 % étaient obèses, avec des prévalences plus élevées dans les milieux les plus modestes. La stabilisation récente du surpoids et de l'obésité, avec un léger recul parmi les

5-6 ans, masque un accroissement des inégalités entre catégories sociales : la surcharge pondérale des enfants de CM2 dont le père est ouvrier est restée stable et la prévalence de l'obésité est passée de 5,1 % à 6,1 % en trois ans, alors qu'elle a diminué chez les enfants de cadre ou de profession intellectuelle supérieure.

Désormais, il y a dix fois plus d'enfants obèses dans les familles d'ouvriers que dans celles des cadres, contre quatre fois plus en 2002¹ [25]. Chez les jeunes adultes de 18-24 ans, la prévalence de l'obésité est passée de 2,1 % en 1997 à 5,4 % en 2012, ce qui représente l'évolution la plus forte parmi toutes les tranches d'âge.

La santé mentale a un poids important dans la morbidité des jeunes. Les troubles mentaux constituaient en 2007, avec les troubles du comportement, le premier motif d'admission en affection de longue durée (ALD) des moins de 15 ans [87]. La fréquence des recours en secteurs de psychiatrie infanto-juvénile illustre également le poids important des troubles de santé mentale à ces âges, souvent sous-estimés par les familles.

Les violences subies ou provoquées sont mal mesurées. L'Observatoire national de l'enfance en danger, créé en 2004, indique qu'en 2010 19 mineurs sur 1000 sont pris en charge par les services de la protection de l'enfance. La mortalité des enfants du fait de maltraitance est sujette à des biais de déclaration qui minorent ce problème, mal décrit par les seules statistiques de décès. Le repérage est important car les violences subies dans l'enfance et non prises en charge sont liées aux violences agies à l'âge adulte.

Les motifs de recours au médecin chez les enfants de moins de 25 ans sont en premier lieu les maladies d'origine respiratoire (27 motifs pour 100 séances avant un an, 36,6 entre 1 et 14 ans et 21,2 entre 15 et 24 ans), révélant le poids des infections respiratoires aiguës des voies aériennes, mais également de l'asthme [25]. Les hospitalisations des enfants de moins de 15 ans représentent 52 % des séjours pour asthme. Alors que les taux annuels d'hospitalisation pour asthme baissent chez les enfants de plus de 10 ans, aucune diminution n'est observée chez les moins de 10 ans et augmentent même chez les plus jeunes [25].

L'adolescence est l'âge des prises de risque sur la route ou dans le domaine de la sexualité (même si l'on constate, en France, moins de grossesses chez les adolescentes que dans d'autres pays comme les États-Unis ou le Royaume-Uni), des consommations de produits psychotropes, des troubles du comportement alimentaire, de la violence dirigée contre soi ou contre autrui et des déséquilibres dans la vie quotidienne.

La route est la première cause de mortalité chez les 15-24 ans, même si l'on observe une diminution du nombre de décès par accidents (notamment de transport) de 39 % chez les hommes et 50 % chez les femmes de cette classe d'âge entre 2000 et 2008 [1]. Les jeunes paient également un lourd tribut sous forme

1. Drees 2011



La santé : un capital en construction dès l'enfance

de séquelles et de handicaps, les victimes corporelles d'accidents de la route sont essentiellement masculines et âgées de moins de 30 ans [25].

Le suicide est la deuxième cause de décès entre 15 et 24 ans chez les garçons, la troisième chez les filles. Dans les douze derniers mois, environ 1 % des 15-30 ans ont fait une tentative de suicide. Cette tranche d'âge est ainsi la plus concernée. À l'échelle de la vie entière, 5 % des 15-30 ans déclarent avoir déjà fait une tentative de suicide [2, 4]. On note toutefois une diminution de la mortalité par suicide de 11 % chez les hommes et de 23 % chez les femmes de 15 à 24 ans entre 2000 et 2008 [1].

Consommations de psychotropes

Tabac

La précocité de l'expérimentation est identifiée comme un facteur de risque important pour l'installation durable dans la consommation et la dépendance. On observe une hausse du tabagisme récent parmi les adolescents, après plus de dix ans de forte baisse, plaçant la France parmi les pays à plus forte prévalence tabagique en Europe, avec 38 % de fumeurs à 16 ans. La proportion de fumeurs quotidiens augmente (32 % en 2011 contre 29 % en 2008 [46]), elle atteint 40,9 % des 20-25 ans. Les inégalités sociales, liées à la situation de chômage chez les jeunes, se sont accrues entre 2000 et 2010 en matière de tabagisme [4].

L'âge d'initiation au tabagisme a légèrement reculé en 5 ans (de 15,2 à 15,6 ans) [4], mais les deux dernières années de collège sont des périodes charnières de forte diffusion du tabagisme chez les jeunes et 30 % des collégiens ont déjà expérimenté le tabac [46]. Ces niveaux élevés chez les plus jeunes s'opposent à la baisse tendancielle du tabagisme mesurée parmi les adolescents depuis bientôt une décennie, laissant entrevoir des résistances aux politiques de santé publique menées ces dernières années. L'impact de la cigarette électronique sur ces publics est difficile à anticiper.

Alcool

Parmi les jeunes adultes (actifs occupés, chômeurs ou étudiants), les comportements d'alcoolisation se mettent en place, avec pour certains l'installation des premières dépendances. Certaines « pratiques d'abus régulières » peuvent présenter des risques sanitaires et sociaux élevés, notamment en termes d'accidents domestiques, d'accidents de la route, de violences associées, mais aussi de coma éthylique pouvant entraîner la mort ou des complications somatiques et psychiques graves.

À l'adolescence, les consommations excessives ponctuelles ont des effets délétères sur le cerveau, notamment sur la mémoire et les fonctions d'apprentissage. L'âge à la première ivresse est démontré être un facteur prédictif des problèmes d'alcool ultérieurs [16].

La consommation régulière des jeunes de 17 ans a augmenté significativement entre 2008 et 2011 : elle est passée de 0,8 % à 0,9 % pour la consommation

quotidienne, et de 8,9 % à 10,5 % pour la consommation d'au moins 10 fois dans le mois. On enregistre également une hausse significative des ivresses tant répétées (3 à 9 fois dans l'année) que régulières (≥ 10 fois), avec un rapprochement des comportements entre filles et garçons [82]. Ces dernières caractéristiques se sont accentuées entre 2005 et 2010. Pour les jeunes hommes, la situation de chômage ou d'inactivité est un facteur de risque. Les ivresses répétées concernent près de deux fois plus d'étudiants en 2010 qu'en 2005, cette proportion ayant doublé sur la période parmi les jeunes femmes [4].

Cannabis et autres drogues illicites

La consommation de cannabis chez les jeunes s'est stabilisée à un niveau élevé depuis le début des années 2000. Entre 15 et 30 ans, 13 % des femmes et 25 % des hommes déclarent avoir consommé du cannabis au cours des douze derniers mois. L'âge d'initiation est en léger recul (16,7 ans entre 2000 et 2005 ; 17 ans entre 2005 et 2010) [4]. Les consommations régulières, combinant cannabis et drogues licites, culminent entre 20 et 25 ans, ce qui laisse penser que cette période de la vie demeure particulièrement sujette aux consommations de drogues régulières et multiples, en lien avec les enjeux liés à la construction d'une identité affective, sociale et professionnelle aux débuts de l'âge adulte [4].

Addictions aux jeux vidéo

Les jeux vidéo, les conduites alimentaires (anorexie, boulimie), les comportements compulsifs répétés, les achats compulsifs, les dépendances sexuelles et affectives, les dépendances sectaires et les dépendances à l'activité physique peuvent être considérés à l'origine de comportements addictifs ; ils concernent une proportion relativement faible de la population [20]. Il est encore difficile d'établir, à l'heure actuelle, l'importance de ces addictions en termes d'impact de santé publique.

Santé sexuelle

Si l'âge médian au premier rapport sexuel a peu évolué depuis 30 ans et se situe autour de 17,5 ans, les premiers rapports sexuels à l'âge du collège s'accroissent [46]. Les méthodes contraceptives sont majoritairement utilisées, mais sont absentes dans 1 cas sur 10.

La sexualité précoce constitue un enjeu de santé publique car elle est un indicateur de risque vis-à-vis des infections sexuellement transmissibles et des grossesses non désirées.

Malgré une large utilisation des méthodes contraceptives, dont la pilule d'urgence, utilisée par plus de 4 femmes sur 10 de 15 à 24 ans, un tiers des grossesses survenues au cours des 5 dernières années chez les femmes de 15 à 29 ans sexuellement actives étaient non prévues ; et les femmes les moins diplômées et les moins favorisées financièrement avaient moins fréquemment utilisé une contraception. Par ailleurs, le taux de recours à l'IVG est le plus élevé parmi les

20-24 ans (27 femmes sur 1000) et parmi les femmes de moins de 20 ans, il est stable (15 femmes sur 1000). Il est nécessaire de rappeler la plus grande vulnérabilité des jeunes en situation de changement de statut ou de rupture.

La plupart des adolescents initiés ont utilisé un moyen contraceptif lors du dernier rapport (88,7 %), le moyen le plus déclaré étant le préservatif (85,4 %), suivi de la pilule (33 %), puis de la pilule du lendemain (16,5 %).

Mais plus d'un élève sur 10 (11,3 %) n'a utilisé aucun mode de contraception lors du dernier rapport sexuel, proportion en hausse depuis 4 ans [46].

La pilule est largement la plus utilisée (78 % des cas). L'utilisation du préservatif a reculé depuis le début des années 2000, passant de 13 % à 9 % des méthodes utilisées [4].

Situations professionnelles

En 2012, 37 % des 15-24 ans et 54 % de l'ensemble des 15-29 ans sont actifs, c'est-à-dire en emploi ou au chômage selon les critères du Bureau international du travail (BIT). Le taux de chômage atteint 24 % pour les 15-24 ans « actifs », contre 8 % entre 30 et 49 ans. Il atteint 45 % chez les jeunes ayant récemment terminé leur formation initiale sans diplôme ou seulement diplômés du brevet.

Selon les enquêtes ESPS 2010 [22] et l'enquête HSM 2008 [48], 9 à 12 % des jeunes âgés de 20 à 29 ans ne sont pas protégés par une complémentaire santé (ou par la CMU-C) en France. Les jeunes en situation de chômage et les inactifs (hors étudiants) sont les plus concernés. Chez les jeunes au chômage notamment, 20 à 25 % ne sont pas couverts par une complémentaire santé contre 6 à 11 % des étudiants et 8 à 10 % des actifs.

L'entrée dans la vie active ou dans la formation professionnelle peut aussi générer des risques dont la prévention n'est pas toujours anticipée. L'enquête sur la surveillance médicale aux risques professionnels (SUMER 2010) a ainsi mis en évidence qu'une part importante des apprentis, soit 26,5 % d'entre eux, sont exposés, parfois très tôt (dès 14 ans) à des agents cancérigènes (garages, menuiserie, construction, mécanique). Ces expositions précoces sont sources, dès le début de l'entrée dans le parcours professionnel, d'itinéraires de santé défavorables aux catégories les moins élevées dans l'échelle sociale.

Inégalités de santé

La jeunesse est une période qui recouvre des réalités et des problématiques de santé diverses, aux différents âges du développement. Même si les enfants et

les adolescents sont globalement « en bonne santé », on observe, dès la naissance, les effets du gradient social sur les différentes composantes de la santé, qui s'accroîtront et marqueront au long du parcours de vie l'évolution du capital santé.

Les inégalités sociales de santé se construisent dès l'enfance et même avant, puisqu'elles remontent à la génération antérieure, aux conditions de vie des parents. Cette dimension est développée sous le nom de « *life course* », que l'on pourrait traduire par épidémiologie biographique. Ainsi, les mesures à prendre pour réduire les inégalités sociales de santé concernent, au-delà du secteur de la santé, de nombreux autres secteurs connexes, et doivent prendre place dès les premiers âges de la vie.


Les disparités géographiques s'associent aux inégalités sociales dans des relations complexes. Ceci est vrai pour la prévalence de l'obésité chez l'enfant [25], la consommation d'alcool et la fréquence d'ivresses répétées [4]; s'ajoutent également l'influence du contexte local sur les déterminants de santé.

Déterminants

L'enfance et la jeunesse représentent un moment clé, essentiel pour agir sur les déterminants de santé ; ce sont des périodes fondamentales durant lesquelles le rapport à la santé se construit, les conditions et les comportements favorables à la santé se mettent en place, la plasticité et l'engagement dans l'apprentissage sont tels que l'impact potentiel d'actions d'éducation pour la santé et de promotion de la santé agissant sur les conditions de vie, les situations sociales et économiques et les normes sociales pourrait être à son maximum.

L'effet de l'activité physique dès l'enfance sur la santé du futur adulte, comme facteur de prévention des principales maladies chroniques, mais aussi d'amélioration de la santé mentale, est démontré [49]. La pratique sportive débutée dès l'enfance augmente la probabilité de pratiquer une activité physique ou sportive à l'âge adulte.

Améliorer la santé d'une population et réduire les inégalités nécessitent de s'engager de façon déterminée dès l'enfance dans la prévention des risques pour la santé (agir sur les environnements de vie notamment) et l'éducation à la santé (permettre à chacun de maîtriser les connaissances et les compétences lui permettant de faire des choix responsables en matière de santé, consolider l'estime de soi) [11].

Il convient de mettre l'accent sur le suivi longitudinal de la santé, de la période prénatale à l'âge adulte, en privilégiant ce que les Anglo-saxons appellent le « *life course development* ». 



Santé perçue et comportements de santé des jeunes

Pierre Arwidson

Directeur des affaires scientifiques

François Beck

Département
Enquêtes et analyses statistiques

*Institut national
de prévention
et d'éducation
pour la santé*

*Les références entre
crochets renvoient à la
Bibliographie générale
p. 56.*

À l'adolescence et au début de l'âge adulte, les jeunes construisent leurs représentations et acquièrent des comportements qui peuvent avoir des conséquences immédiates ou ultérieures sur leur santé. Il s'agit d'une période charnière, d'autant plus qu'elle est également synonyme de changements dont l'impact ne doit pas être négligé : physique (puberté), scolaire (fin du lycée et éventuellement études supérieures), professionnelle (début de la vie active ou période de chômage), familiale (départ du domicile parental, mise en couple, premier enfant...). Placer l'effort de prévention sur les jeunes apparaît donc crucial d'autant plus lorsque le retard de certaines acquisitions dès les premiers âges de la vie constitue le socle de l'installation des inégalités sociales de santé [67, 89].

La santé des jeunes est l'objet de toutes les attentions et de toutes les inquiétudes souvent relayées et amplifiées par les médias sur la base de faits divers ou de reportages ciblés montés pour provoquer de l'émotion. De ces émotions peuvent naître et se répandre certaines croyances. De ce fait, le regard porté sur cette tranche d'âge manque parfois de recul et de perspectives. Les enquêtes en population générale sont donc indispensables pour quantifier les pratiques engagées au cours de cette période de la vie. Le recours aux enquêtes représentatives menées auprès des jeunes permet de rendre compte des pratiques de la jeunesse par une description de leurs comportements reposant sur leurs propres déclarations.

Santé perçue

Globalement, 96 % des jeunes de 15 à 30 ans se déclarent en bonne santé. La moitié d'entre eux considère même que leur santé est excellente ou très bonne (47 %). Ces perceptions tendent à diminuer avec l'avancée en âge : 59,5 % des 15-19 ans se disent en très bonne santé, alors que les 20-25 ans ne sont plus que 45 % à avoir cette opinion et les 26-30 ans sont encore moins nombreux, soit 38 % [4]. Leur perception positive révèle également de fortes disparités entre les sexes. Les jeunes femmes présentent toujours une appréciation plus négative de leur santé que les hommes du même âge. Selon l'échelle de Duke, elles obtiennent un score en matière de qualité de vie inférieur de plus de 10 points sur les indicateurs de santé physique : 70 pour les femmes et 80 pour les hommes. Elles s'avèrent aussi plus sujettes aux problèmes d'anxiété (36 vs 28) et de dépression (34 vs 24). Notons enfin que parmi l'ensemble des jeunes, ce sont les jeunes chômeurs qui se considèrent le plus fréquemment en mauvaise santé (9 %).

Comportements de santé des jeunes : quelques facteurs de risque ou de protection

C'est parmi les 15-30 ans que la prévalence du tabagisme est la plus élevée (44 % de fumeurs actuels dont 36 % de quotidiens). Entre 2005 et 2010, cette prévalence a augmenté de 3 points alors qu'elle avait baissé de 5 points entre 2000 et 2005 passant de 46 % à 41 % (les jeunes scolarisés ou étudiants fumeurs de manière régulière sont 23 %, ceux qui ont un emploi sont 42 %, alors que les chômeurs sont 53 %).

L'âge d'initiation de la première cigarette est fortement corrélé à la fois au fait de fumer quotidiennement et au fait de fumer au moins dix cigarettes par jour. Ainsi, ceux qui ont fumé leur première cigarette avant 14 ans sont 66 % à fumer quotidiennement entre 20 et 25 ans et 30 % à en fumer au moins dix par jour. Ceux qui ont commencé à 18 ou 19 ans ne sont que 33 % à fumer quotidiennement et 14 % à fumer au moins dix cigarettes par jour entre 20 et 25 ans.

La consommation annuelle d'alcool chez les 15-30 ans a augmenté de 3,5 points entre 2005 et 2010 (82 % vs 79 % ; $p < 0,001$). L'usage hebdomadaire est en légère hausse par rapport à 2005 avec 48 %. L'usage quotidien, bien que faible – 2,5 % entre 15 et 30 ans – est stable, alors qu'il diminue en population générale (15 % en 2005 ; 11 % en 2010).

En 2010, un tiers des 15-19 ans a rapporté au moins une ivresse au cours des douze derniers mois (40,8 % des garçons, 25 % des filles), contre un quart en 2005.

Les sex-ratios concernant les ivresses et alcoolisations ponctuelles importantes ont nettement diminué entre 2005 et 2010, les rapprochements étant particulièrement visibles parmi les jeunes, cette tendance ayant également été relevée dans de nombreux pays européens [44].

Entre 2005 et 2010, on constate une augmentation des consommations d'alcool hebdomadaires ou ponctuelles importantes, que ce soit chez les actifs, les étudiants ou les chômeurs. Le statut d'étudiante est fortement corrélé à l'augmentation de survenue d'ivresse, alors que c'est la situation de chômage ou d'inactivité qui l'est avec le risque chronique chez les hommes.

La consommation de cannabis n'a pas varié entre 2005 et 2010 alors qu'elle avait augmenté de 2000 à 2005. En 2010, l'usage régulier (au moins 10 fois par mois) de cannabis concernait 2,5 % des 15 à 30 ans, et 11 % au cours des 30 derniers jours et 19 % au cours 12 derniers mois. La France reste néanmoins un des pays d'Europe où la prévalence au cours des 30 derniers jours est la plus élevée [44].

En 2010, moins d'un pour cent (0,9 %) des 15-30 ans (0,5 % des hommes et 1,3 % des femmes) déclarent

avoir fait une tentative de suicide au cours des douze derniers mois. Cette proportion apparaît relativement stable depuis 2000. Cinq pour cent des 15-30 ans (2,7 % des hommes et 7,3 % des femmes) déclarent avoir déjà fait une tentative de suicide au cours de leur vie.

La moyenne des temps de sommeil déclarés par les 15 à 30 ans est de 7 h 26, ce qui apparaît insuffisant par rapport au temps de sommeil recommandé à ces âges. Ainsi, 23 % des jeunes (vs 17 % des 31-45 ans) se trouvent aujourd'hui en dette de sommeil (par convention quand il y a une différence d'au moins 90 minutes entre le temps de sommeil effectif et celui jugé nécessaire pour être en forme le lendemain, ce qui est équivalent de plus d'une nuit de sommeil chaque semaine).

Le temps moyen de sommeil diminue avec l'avancée en âge. Il passe de 7 h 37 pour les 15-19 ans à 7 h 27 pour les 20-25 ans, puis à 7 h 15 pour les 26-30 ans. Cette baisse du temps de sommeil, amorcée dès le collège, s'avère liée à une concurrence avec les loisirs et le temps passé devant les écrans (télévision, ordinateur, tablette ou téléphone portable), tout comme pour les collégiens. L'usage, le soir, d'outils électroniques et audiovisuels aurait pour conséquence une diminution de 30 à 45 minutes de temps de sommeil [63].

Tout comme leurs aînés, les jeunes peuvent être concernés par les troubles du sommeil. Ainsi, les 15-30 ans sont 13 % à déclarer avoir eu beaucoup de problèmes de sommeil au cours des 8 derniers jours. Ce chiffre est quasi constant depuis 2000 (12 %). Les jeunes sont aussi 17 % à être insatisfaits de leur sommeil, 14 % à être en insomnie chronique et 8 % à somnoler régulièrement pendant la journée.

De manière générale, les femmes entre 15 et 30 ans sont plus nombreuses que les hommes du même âge à être sujettes aux troubles du sommeil : 19 % d'entre

elles sont insomniaques vs 9 % de leurs homologues masculins.

Les différences de troubles du sommeil sont également liées à la situation socio-professionnelle du jeune. Les étudiants sont, en effet, plus nombreux à avoir une dette de sommeil (28 %) que les jeunes actifs (20 %) et surtout que les jeunes qui sont au chômage (18,5 %).

L'âge et le sexe apparaissent comme des variables discriminantes importantes pour tous ces comportements de santé. Une approche mêlant le genre et l'appréhension de la santé et des comportements de santé semble particulièrement adaptée ; les jeunes filles tendent ainsi à se déclarer en moins bonne santé que les jeunes hommes, à davantage souffrir de problèmes de santé mentale ou de troubles du sommeil, mais consomment moins de substances psychoactives qu'eux. Elles présentent par ailleurs des habitudes alimentaires globalement plus favorables à leur santé. Ces différences traduisent des représentations de la santé spécifiques et des attitudes « genrées » à l'égard de la santé qu'il convient de ne pas négliger quand on intervient auprès de ces publics. On le voit aussi sur ces quelques exemples, les inégalités sociales de santé ne se dessinent pas qu'en termes de morbidité et de mortalité survenant très majoritairement en fin de vie, elles se cristallisent dès les plus jeunes âges et l'adolescence, notamment autour des comportements de santé. La jeunesse ne recouvre pas une catégorie uniforme, mais il existe différentes jeunesse et plusieurs critères pèsent sur les comportements de santé et le recours aux soins des jeunes. Intervenir auprès des jeunes permet de prévenir la survenue ultérieure de problèmes de santé ou l'installation de comportements défavorables à la santé. Il semble crucial d'agir le plus précocement possible pour obtenir une réduction des inégalités sociales de santé. **f**

Les cohortes d'enfants et d'adolescents en France

Le principe des cohortes épidémiologiques est le suivi longitudinal d'un groupe de sujets. Une distinction majeure doit être faite d'emblée entre cohortes de malades souffrant d'une pathologie particulière et cohortes en population générale.

L'objectif des cohortes de malades est d'étudier l'évolution d'une maladie, naturelle ou sous traitement, elles incluent un nombre souvent restreint de sujets habituellement recrutés en milieu médical. Il existe de nombreuses études de cohortes d'enfants souffrant de pathologies diverses ou d'adolescents ayant fait une tentative de suicide, par exemple.

Nous ne citerons ici que les cohortes en population générale, qui s'intéressent essentiellement aux causes

des maladies, particulièrement les maladies multifactorielles aux déterminants environnementaux et génétiques multiples. Concernant spécifiquement les enfants et les adolescents, un intérêt majeur des cohortes en population est l'étude du développement physique, cognitif et moteur, psychologique, affectif, social. Ces cohortes doivent inclure et suivre des échantillons parfois très vastes, pour lesquels sont recueillies, de façon prospective, des données personnelles, de mode de vie, sociales, professionnelles et environnementales, et s'accompagnent de biobanques.

Les cohortes d'enfants

Plusieurs cohortes « de naissance » existent actuellement en France. On peut citer la cohorte Eden, mise

Marie Zins
Marcel Goldberg
Unité Cohortes épidémiologiques en population, UMS 011, Inserm-UVSQ, Villejuif
Marie-Aline Charles
UMS Ined-Inserm-Elfe, Paris



La santé : un capital en construction dès l'enfance

en place de 2003 à 2006, qui a recruté 2 000 femmes à la fin du premier trimestre de grossesse et recueilli des données auprès de la mère, du père, et lors des examens des enfants suivis depuis. Eden s'intéresse aux déterminants pré et post natals précoces du développement psychomoteur et de la santé de l'enfant, comme l'impact de la nutrition de la mère pendant la grossesse sur le développement et la santé de l'enfant, l'apparition d'un surpoids, d'asthme, à l'exposition aux polluants, aux toxiques et aux allergènes pendant la grossesse et les premières années de vie, ou le rôle des facteurs socio-économiques, psycho-affectifs [6].

La cohorte Pélagie suit, en Bretagne depuis 2002, environ 3 500 couples mères-enfants pour étudier les effets de composés toxiques dans l'environnement. Les premières études ont porté sur le rôle de la consom-

mation de produits de la mer pendant la grossesse, l'exposition professionnelle des femmes enceintes aux solvants, ainsi que l'exposition environnementale à des pesticides (agricoles et biocides) [15].

La cohorte Paris a pour but d'étudier les relations entre la santé respiratoire, les allergies au cours des premiers mois et des premières années de vie, et le mode et le cadre de vie des jeunes enfants, notamment les caractéristiques des environnements intérieur et extérieur dans lesquels ils évoluent. Elle a inclus près de 4 000 nouveau-nés recrutés dans des maternités parisiennes entre 2003 et 2006, et qui font l'objet d'un suivi régulier [43].

Actuellement, la plus importante cohorte d'enfants française est la cohorte Elfe. Lancée depuis avril 2011, elle concerne plus de 18 000 enfants. Des données sont

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 56.

Les Forums Adolescents de la Fondation Pfizer, un observatoire du bien-être adolescent, par les adolescents et les adultes

Comportements à risque, différences entre les sexes, passage à l'âge adulte... Depuis 2005, la Fondation Pfizer pour la santé de l'enfant et de l'adolescent – en partenariat avec le ministère de l'Éducation nationale et l'Inserm – offre une tribune ouverte aux adolescents, soucieuse de faire entendre leurs opinions et attentes des adultes, à travers les Forums Adolescents (FA). Ces Forums sont des lieux d'expression, de dialogue et de confrontation des points de vue entre, d'une part, les lycéens qui travaillent en région, plusieurs mois en amont du Forum, avec leurs équipes éducatives sur la thématique de l'année; et d'autre part, des experts des communautés scientifiques, médicales ou des sciences humaines. Ces échanges intergénérationnels sont illustrés notamment par les résultats d'une enquête nationale sur la thématique et ceux du Baromètre Bien-être Adolescent, menés par Ipsos pour la Fondation Pfizer : ils permettent une compréhension plus fine de l'adolescence tout en s'attaquant aux idées préconçues.

intégration aux pairs – et montre chaque année un décalage de perceptions qui, même s'il a tendance à diminuer en 2013 *versus* les années précédentes, reste très marqué. Par exemple, 25 % des adolescents déclarent se sentir mal dans leur peau¹ contre 62 % des adultes (vs 74 % en 2012) et 65 % des adultes estiment que les ados sont souvent sous pression¹ (vs 74 % en janvier 2012²) contre 47 % des ados¹.

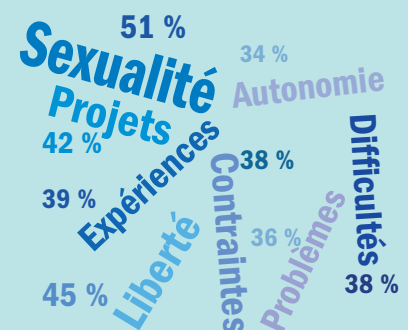
Ces résultats enseignent que, dans leur grande majorité, les adolescents vont mieux que ce que les adultes peuvent penser et qu'il est important, pour eux, de rester positifs et d'avoir confiance en l'avenir, et donc en eux.

L'adolescence, une périoderisée ?

Le Forum 2013 s'intéressait au passage à l'âge adolescent puis adulte. Pour les ados interrogés par Ipsos¹, l'adolescence balance entre ouverture du champ des possibles – liberté (45 %), projets (42 %) ou expériences (39 %) – et adversité – difficultés (38 %), contraintes (38 %) et

problèmes (36 %). Pour les ados impliqués dans les Forums, cette période est jalonnée de premières fois, aux vertus initiatiques ou intégratrices comme la première ivresse, le premier joint ou pari dangereux relevé; ou marquant le début de l'autonomie, comme les premiers emplois d'été, relations sexuelles, vacances sans parents/adultes ou déplacements seul. L'adolescence devient moment des expériences, des émotions fortes mais aussi apprentissage du renoncement et des conflits relationnels. Grâce à cela, « on s'endurcit », comme l'écrit un adolescent dans sa lettre à son jeune frère : l'adolescence, « c'est ce moment qui forge ta personnalité et qui bien souvent renforce ton caractère. » Prendre des risques, braver les interdits, chercher ses limites, vivre ses premières fois sont

L'adolescence pour les ados



Nathalie Dupin
Fondation Pfizer
Laïla Idtaleb
Ipsos
Philippe Jeammet
Président de la
Fondation Pfizer

Non, nos ados ne broient pas du noir !

Depuis 10 ans, le Baromètre Bien-être Adolescent Ipsos/Fondation Pfizer questionne, en regards croisés Ados/Adultes et en huit items – sentiment de bien-être général ou à l'école, facilité de parler des problèmes, sentiment de pression ou

1. Enquête Ipsos Santé réalisée auprès de 800 adolescents âgés de 15 à 18 ans, de 800 adultes âgés de 25 ans et plus, interrogés en ligne et de 200 seniors âgés de 60 ans et plus interrogés par téléphone du 23 octobre au 13 novembre 2012.

2. Enquête Ipsos Santé réalisée auprès de 807 adolescents de 15 à 18 ans et de 822 adultes de 25 ans et plus interrogés en ligne du 12 au 19 janvier 2012.

recueillies à la maternité, puis lors d'étapes d'intérêt particulier (à 2 mois, une fois par an jusqu'à 4 ans, puis de façon plus espacée). Elfe aborde les multiples aspects de la vie de l'enfant sous l'angle des sciences sociales, de la santé et de la santé-environnement. Seront notamment ainsi étudiés l'histoire des enfants en prenant en considération celle de leurs parents, la socialisation de l'enfant, les parcours scolaires, la croissance, les pratiques alimentaires, le développement moteur, cognitif, langagier, social et affectif, les inégalités sociales de santé, l'asthme et l'obésité, les effets de l'exposition à différents composants chimiques *in utero* et après la naissance [14].

Les cohortes d'adolescents

La quasi-totalité des cohortes d'adolescents françaises

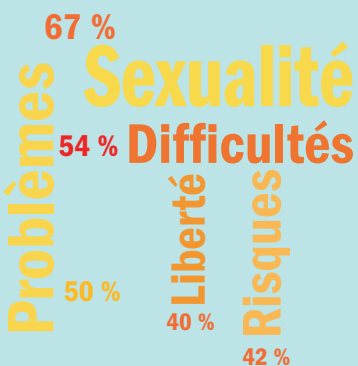
concernent des jeunes suivis parce qu'ils sont porteurs d'une pathologie, notamment psychiatriques, ou sélectionnés pour des comportements addictifs ou des tentatives de suicide. La seule cohorte non sélectionnées sur des critères de santé ou de comportement, à notre connaissance, est la cohorte Tempo, dont les participants sont des enfants de volontaires de la cohorte Gazel [35]. Ils étaient âgés de 4 à 16 ans en 1991 lorsque l'étude a débuté. Ils sont aujourd'hui de jeunes adultes et 1 103 d'entre eux font de nouveau l'objet d'un suivi depuis 2009, alors qu'ils avaient entre 22 et 35 ans. Les recherches s'intéressent tout particulièrement aux difficultés psychologiques ou liées à l'alcool, au cannabis ou à d'autres drogues illicites, qui sont particulièrement fréquentes chez les jeunes adultes [92].

des étapes importantes pour se tester, se connaître, se construire.

Face à eux, les adultes tendent à dramatiser cet âge charnière lorsqu'ils songent aux ados et à la période de profonds bouleversements qu'ils traversent : ils balancent entre difficultés (54 %), problèmes (50 %) et risques (52 %), traduisant sans doute leur inquiétude vis-à-vis du monde adulte qui attend les ados.

L'enquête Ipsos/Fondation Pfizer 2011 sonde la question sous un autre angle, celui des différences : les ados qui se sentaient « différents » présentent des scores de mal-être bien plus élevés que les autres (49 % s'étaient déjà senti mal dans leur peau vs 24 % pour ceux qui ne se sentaient pas différents) et ont tendance à afficher des comportements provocants ou risqués plus prononcés

L'adolescence pour les adultes

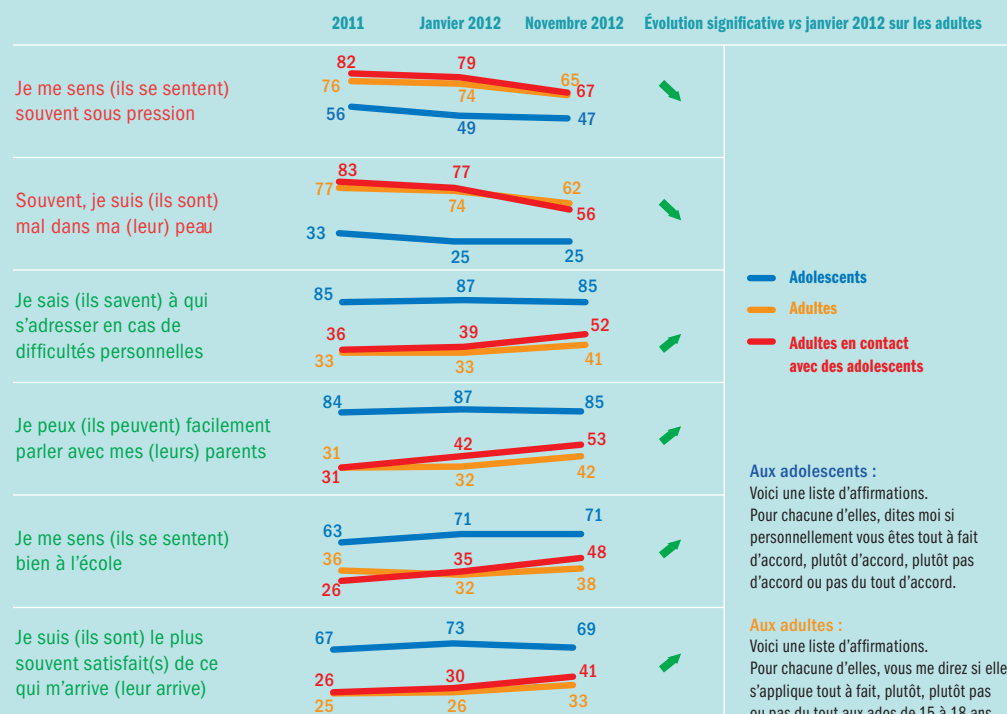


(boire de l'alcool, consommer de la drogue, sécher les cours), qu'ils souffrent ou soient fiers de leurs différences !

En septembre 2013, toujours en partenariat avec le ministère de l'Éducation nationale et l'Inserm, la Fondation Pfizer

a lancé une réflexion auprès de lycéens sur le message de prévention à adresser à leurs pairs pour se protéger des risques. Les résultats vont certainement, une nouvelle fois, bousculer nos visions d'adultes...

Évolution du pourcentage du total d'accord sur le bien-être des adolescents chez les adolescents, les adultes et les adultes en contact avec des adolescents



Source : Baromètre Bien-Être Adolescent 2013 (Ipsos/Fondation Pfizer).



La prévention et la prise en charge

Les problèmes de santé qui surviennent durant l'enfance ou l'adolescence engagent le potentiel de développement de l'individu et risquent de mettre en jeu son avenir. Un important dispositif de prévention, parallèlement à un système de soins spécifique, est mis en œuvre.

Le système de prévention et de prise en charge de la santé de l'enfant et de l'adolescent

Renée Pomarède
Pédiatre, médecin
de santé publique

En France, les enfants et les jeunes sont globalement en bonne santé. Cependant tout problème de santé à cette période prend une dimension particulière car il engage le potentiel de développement de l'individu et, s'il est global, il risque de mettre en jeu l'avenir d'une classe d'âge. C'est pourquoi la société investit dans un important dispositif de prévention, parallèlement à un système de soins spécifique.

Le système de prévention

Le suivi de la grossesse

En France, le taux de fécondité est un des plus forts des pays occidentaux et le système de prévention est organisé depuis de nombreuses années. Les femmes sont suivies au cours de sept examens obligatoires et gratuits. Ces examens sont réalisés par des médecins gynécologues obstétriciens en ville ou à l'hôpital ou par des sages-femmes, à l'hôpital ou dans les services de protection maternelle et infantile des conseils généraux. Néanmoins, le suivi des femmes enceintes n'est pas

toujours optimal. Il est moins bon chez les femmes ayant un statut social ou un niveau d'éducation plus faible.

Outre la surveillance médicale de la grossesse, un entretien au 4^e mois est systématiquement proposé au couple pour entendre leurs besoins et leurs attentes, il permet d'estimer d'éventuelles difficultés psychologiques ou sociales qui pourraient entraver le bon déroulement de la grossesse et la qualité de l'accueil de l'enfant à la naissance.

Les dépistages à la naissance

Un programme de dépistage néonatal a été mis en place depuis 40 ans. Il concerne aujourd'hui cinq maladies graves (phénylcétonurie, hypothyroïdie, hyperplasie congénitale des surrénales, mucoviscidose, drépanocytose) qui en l'absence de traitement rapide ont des conséquences majeures sur le développement somatique et mental des enfants venant de naître. Le dépistage est réalisé à la maternité dans les quelques jours suivant la naissance, par prélèvement sur un buvard de sang

capillaire qui sera rapidement examiné pour assurer une prise en charge précoce (lire l'article page 23).

Les consultations de prévention des premières années de la vie et les dépistages individuels, les services de PMI

Vingt examens médicaux sont obligatoires et gratuits pour assurer la surveillance de l'enfant de 0 à 6 ans (neuf dans la première année, trois dans la deuxième année puis deux par an les années suivantes). Ils visent à surveiller la croissance staturopondérale, le développement physique, moteur, psychique et affectif de l'enfant. Parmi ces examens, trois sont réalisés à des âges clés du développement et donnent lieu à l'établissement d'un certificat de santé (8^e jour, 9^e mois et 24^e mois). Les items de ces examens sont codifiés et permettent de dépister les troubles de la vision, de l'audition, le développement physique (poids, taille, prévention de l'obésité) et psychomoteur, dont les troubles du langage et les troubles psychologiques ou comportementaux (lire l'article page 26) qui pourraient entraver l'insertion de l'enfant dans la communauté et freiner ses acquisitions, notamment scolaires.

Ces examens médicaux sont réalisés en ville par les pédiatres ou les médecins généralistes mais également par les médecins des services de protection maternelle et infantile (PMI).

Les services de PMI sont présents dans chaque département, gérés par le conseil général. Ils sont chargés d'assurer la protection sanitaire de la mère et de l'enfant jusqu'à 6 ans. Suivant la politique du département, les personnels, médecins, sages-femmes et puéricultrices, organisent des consultations et des actions de prévention médico-sociale en fonction des besoins locaux.

Le suivi sanitaire à la période scolaire et les dépistages individuels

En France, la plupart des enfants sont scolarisés à l'âge de 3 ans et les services de promotion de la santé en faveur des élèves ont un rôle important dans le dépistage et la prévention.

Composés de médecins scolaires (environ 1 500), d'infirmières scolaires (environ 7 500) et de secrétaires médicales, le travail se fait en équipe sur une zone géographique comportant écoles, collèges et lycées. Aujourd'hui, les missions de la médecine à l'école sont vastes et les moyens limités; cette question a fait l'objet d'un avis du HCSP [42] (lire l'article page 52).

Le médecin scolaire est médecin de santé publique des enfants; il doit s'assurer de leur épanouissement et de leur insertion. Il est aussi médecin du travail des élèves, il est garant des conditions de travail, de sécurité et d'hygiène.

L'équipe agit dans quatre directions :

1° les examens systématiques de santé en vue de dépistage, selon les recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS);

2° les examens à la demande, des parents, des enseignants ou de l'enfant lui-même;

3° les interventions en situation d'urgence pour la protection de l'enfant en danger ou victime de mauvais traitement;

4° l'éducation pour la santé et la promotion de la santé.

La médecine universitaire

Chaque université organise une protection médicale de ses étudiants. Les services universitaires ou interuniversitaires de médecine préventive et de promotion de la santé sont chargés, pour l'ensemble de la population étudiante, d'effectuer au moins un examen préventif intégrant une dimension médicale, psychologique et sociale, au cours des trois premières années d'études dans l'enseignement supérieur, d'assurer une visite médicale à tous les étudiants exposés à des risques particuliers durant leur cursus et de contribuer au dispositif d'accompagnement et d'intégration des étudiants handicapés dans l'établissement.

Ces services participent aux instances de régulation de l'hygiène et de la sécurité, impulsent et coordonnent des programmes de prévention et des actions d'éducation à la santé.

Les services universitaires de médecine préventive et leurs offres de services sont aujourd'hui hétérogènes sur le territoire.

La politique vaccinale

La politique vaccinale s'intègre dans la politique de lutte contre les maladies infectieuses. Elle tient compte de l'épidémiologie des maladies à prévention vaccinale, des avancées techniques dans ce domaine et des recommandations de l'OMS. En France, le calendrier vaccinal, proposé par le HCSP, est arrêté par le ministre de la santé. Il a été simplifié en 2013 [41]. Les vaccinations sont réalisées par les médecins de PMI pour les enfants jusqu'à 6 ans et par les médecins libéraux à tous les âges. Si la couverture vaccinale est bonne dans les premières années de la vie (diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, rougeole-oreillons-rubéole), elle n'est pas satisfaisante quand la vaccination n'a pas été faite chez le nourrisson, pour les rattrapages notamment rougeole et hépatite B. Les agences régionales de santé (ARS) sont tenues d'entreprendre des actions spécifiques de promotion et d'accès à la vaccination en fonction des besoins dans les régions.

Le carnet de santé et les certificats de santé

Depuis 1970, la délivrance de certificats de santé est obligatoire lors des trois examens médicaux obligatoires réalisés dans les 8 jours suivant toute naissance (CS8), au cours du 9^e mois (CS9) et du 24^e mois.

Le recueil de ces certificats de santé, réalisé par le service de PMI, poursuit un double objectif. Pour les équipes médicales, il s'agit avant tout d'assurer le suivi individuel de la santé des jeunes enfants et d'identifier, à partir de critères médicaux et sociaux, les familles susceptibles de recevoir une aide personnalisée par les

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 56.



La santé : un capital en construction dès l'enfance

services du conseil général. Les certificats de santé jouent aussi un rôle important de surveillance sanitaire et sociale puisqu'ils permettent de produire tous les ans des données statistiques et épidémiologiques aux niveaux départemental et national. Le ministère de la Santé (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) réalise des exploitations statistiques à partir d'informations administratives (professions des parents, âge de la mère, etc.) et médicales (poids, taille, âge gestationnel, césarienne, pathologies, couverture vaccinale, etc.).

Le système de prise en charge

Les médecins de ville : généralistes, pédiatres

Il y a aujourd'hui en France environ 7 500 pédiatres dont 2 500 installés en ville (1 500 à activité libérale exclusive), en regard de 71 000 médecins généralistes (environ 30 généralistes pour un pédiatre) [24].

Le pédiatre libéral ne suit régulièrement que 20 % des enfants de la population de 0 à 18 ans et il suit ponctuellement 40 à 60 % des enfants de 0 à 2 ans. Son rôle est de suivre le développement et de repérer d'éventuelles vulnérabilités aux âges charnières. Certains se sont spécialisés dans l'accueil de l'adolescent qui reste peu développé en pratique libérale.

Le généraliste assure à partir de 2-4 ans la prise en charge de 80 % des enfants à l'occasion de consultations programmées ou non.

Les médecins et les services hospitaliers : urgences, médecine, chirurgie, surspécialités

Les pédiatres hospitaliers, en centre hospitalier universitaire (CHU) ou en centre hospitalier assurent des soins plus complexes nécessitant le plateau technique de l'hôpital (environ 300 services de pédiatrie), que ce soit en médecine ou en chirurgie. Certaines pathologies nécessitent une surspécialisation des médecins, telle l'oncologie pédiatrique mais aussi la pneumologie, la neurologie, l'endocrinologie-diabétologie, services implantés dans les CHU.

Dans tous les cas, la prise en charge doit être globale, médicale, psychologique et sociale et le plus souvent interdisciplinaire, avec intervention d'autres professions, sages-femmes, infirmières et infirmières puéricultrices, psychologues...

Il est très souhaitable que l'accueil des urgences soit spécifiquement pédiatrique, ce qui se fait le plus souvent.

Une charte de l'enfant hospitalisé règle les relations entre les soignants, l'enfant et sa famille.

La médecine de l'adolescence

D'abord développée autour des prises en charge des troubles psychiques et psychiatriques, la médecine de l'adolescent nécessite une vision large (problématiques non seulement sanitaires, préventives et psychologiques mais aussi familiales, éducatives, juridiques). Les maisons des adolescents, créées depuis 2005, répondent à ces besoins (lire l'article page 30).

Les réseaux de santé

Ils correspondent à une organisation des acteurs pour une prise en charge coordonnée entre la ville et l'hôpital et incluent soins, prévention, éducation thérapeutique. Peu nombreux, ils concernent surtout la nutrition et l'obésité infantile, les pathologies respiratoires, les troubles du langage (plus ou moins troubles neurologiques).

Les dispositifs spécialisés

Psychiatrie

La prise en charge se fait dans les 321 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, qui assurent l'accueil gratuit des enfants et adolescents présentant un trouble mental. Les centres médico-psychologiques (1 500 CMP) sont la porte d'entrée du dispositif. L'hospitalisation à temps complet (environ 2 100 lits en 2009) est inégalement répartie sur le territoire, elle est complétée par des places d'hôpital de jour et d'hôpital de nuit. Il y a environ 1 000 pédopsychiatres auxquels il faut adjoindre les psychologues et les infirmiers formant les équipes.

L'accompagnement médico-social et éducatif est essentiel. Les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) assurent le diagnostic et le traitement en cure ambulatoire d'enfants et de jeunes de 3 à 18 ans souffrant spécifiquement de troubles neuropsychologiques ou de troubles du comportement. Les instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP) accueillent un public d'enfants, d'adolescents ou d'adultes jeunes présentant des difficultés psychologiques ou des troubles du comportement qui perturbent leur socialisation et leurs acquisitions et leur offrent soins, éducation et hébergement partiel ou complet. Dans les autres structures médico-sociales (centre d'action médico-sociale précoce, CAMSP; service d'éducation spéciale et de soins à domicile, Sessad; institut médico éducatif, IME), les enfants atteints de troubles neuropsychologiques sont pris en charge au même titre que les autres types de handicap.

Handicap

Le concept de handicap a des particularités chez l'enfant qui est en perpétuelle évolution. Le handicap doit être régulièrement réévalué. Les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) du conseil général sont le point d'entrée. Elles évaluent tous les types de handicap, y compris psychique, cette notion étant reconnue depuis la loi du 11 février 2005. La Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) de la MDPH se prononce sur l'orientation et les mesures permettant aux personnes handicapées d'être insérées en milieu scolaire, désigne les établissements ou les services correspondant aux besoins de l'enfant ou de l'adolescent (CAMPS, Sessad) et vérifie si le taux d'incapacité permet aux parents de recevoir l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) et son complément.

L'inclusion scolaire, fondement de la socialisation chez

l'enfant, est un objectif, en classe ordinaire ou en classe d'inclusion spécialisée (CLIS) (lire l'article page 40).

Enfance en danger

La protection de l'enfance concerne, au-delà des enfants maltraités, les enfants en danger ou en risque de l'être. Le repérage peut être fait par toute personne au contact de l'enfant et souvent par l'école. Un numéro de téléphone national (le 119) permet à toute personne d'alerter sur une situation de danger avéré ou possible pour un enfant ou un adolescent. La cellule départementale de l'enfance en danger du conseil général est saisie et analyse « l'information préoccupante ». L'autorité judiciaire peut être saisie. Si le mineur ne peut être maintenu dans sa famille, l'aide sociale à l'enfance est chargée de répondre à l'ensemble de ses besoins. Il est alors accueilli soit dans une famille d'accueil agréée, soit dans un établissement d'enfants à caractère social.

Au plan épidémiologique, la mise en œuvre du recueil de « l'information préoccupante » suite à la loi de 2007

ne permet plus de comptabiliser le nombre d'enfants en danger de façon homogène sur l'ensemble du territoire. L'Observatoire national de l'enfance en danger (Oned) fournit bien des données émanant des différentes institutions (Justice, Police, Éducation nationale, Drees) mais elles sont difficilement comparables.

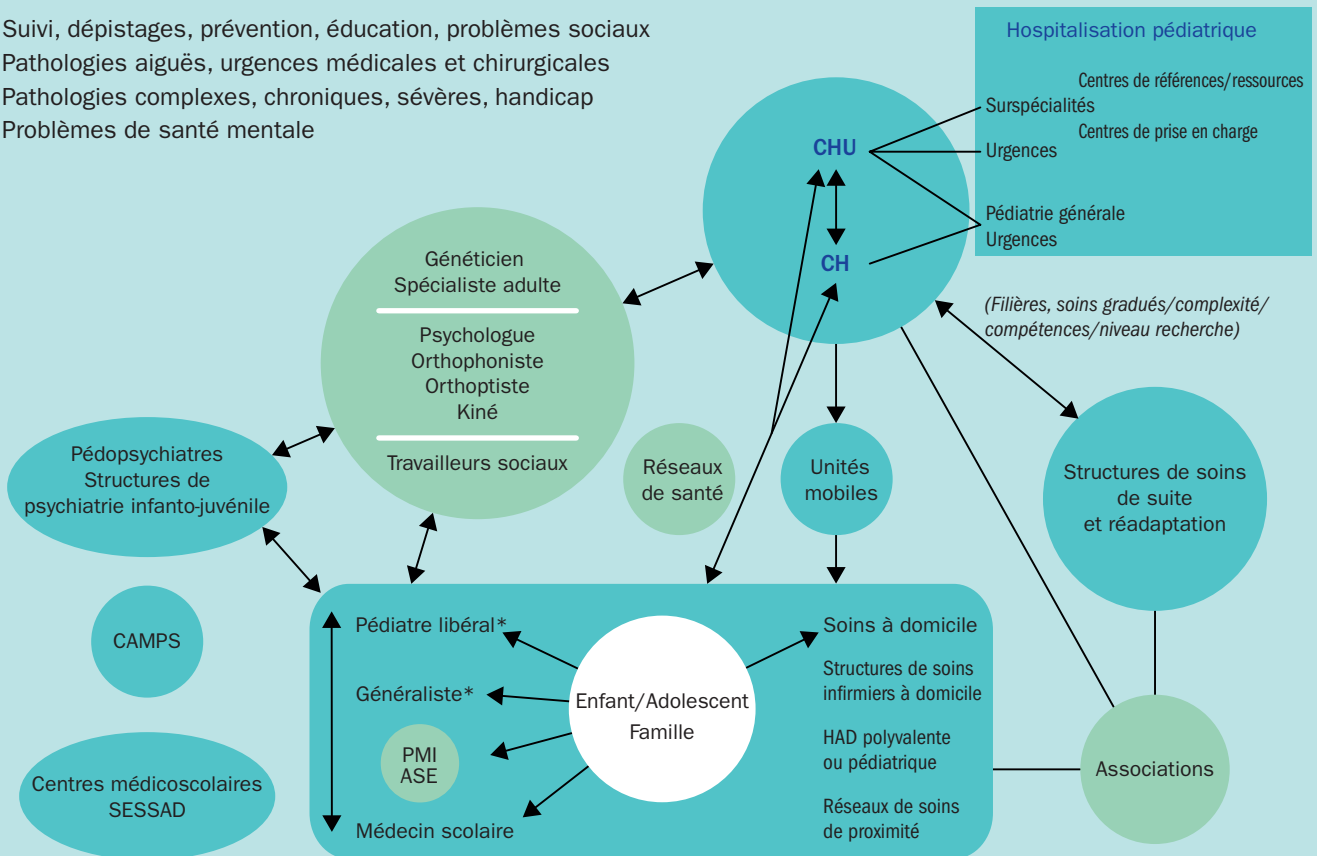
Organisation du système de santé autour des besoins essentiels des enfants et des adolescents au travers des plans de santé publique

Dans un rapport au ministre de la Santé en 2006, le P^r Sommelet [81] réalise un état des lieux quasi exhaustif des besoins de santé de l'enfant et de l'adolescent et fait le constat de la multiplicité et du cloisonnement des structures et des acteurs œuvrant dans ce champ.

L'état de santé des enfants y est considéré comme satisfaisant, mais les inégalités d'accès et le manque de coordination dans les prises en charge individuelles et collectives perdurent. De même persistent des inégalités dans la prise en charge des situations de vul-

L'enfant, l'adolescent et sa famille au centre des acteurs du système de santé (hors périnatalogie)

- Suivi, dépistages, prévention, éducation, problèmes sociaux
- Pathologies aiguës, urgences médicales et chirurgicales
- Pathologies complexes, chroniques, sévères, handicap
- Problèmes de santé mentale



* Cabinet individuel ou de groupe, maison de santé, maison médicale de garde

Source : Rapport Somelet 2006 [81].



La santé : un capital en construction dès l'enfance

nérabilité (certaines maladies chroniques, situations de handicap, environnement socio-familial difficile...) [81]. Ceci justifie l'organisation des ressources par des plans ou des programmes de santé (nationaux ou régionaux) pour répondre aux thématiques prioritaires. Sans viser à l'exhaustivité, les points qui dans les plans de santé publique [61] concernent l'organisation du système de santé pour l'enfant et l'adolescent sont synthétisés ci-après.

Plans périnatalité

Les plans successifs ayant amélioré la sécurité de la naissance, il s'agit maintenant de parfaire la coordination des acteurs (renforcement du travail en réseau pour articuler le travail des professionnels hospitaliers et des professionnels de PMI) et de répondre aux besoins des femmes les plus vulnérables par une prise en charge médico-psycho-sociale, afin d'assurer à l'enfant une naissance dans un climat de sécurité aussi bien physique qu'affective (entretien prénatal précoce pour la prise en compte de l'environnement des femmes et des couples, prévention des troubles de l'attachement mère-enfant).

Plan national maladies rares

L'objectif général des plans de 2005 et de 2009 est d'assurer l'équité pour l'accès au diagnostic, au traitement et à la prise en charge pour ces maladies rares et parfois mal connues des praticiens généralistes ou même pédiatres. La plupart de ces maladies peuvent compromettre le développement psychomoteur de l'enfant.

Pour y parvenir, le premier plan avait labellisé 131 centres régionaux de référence, pour les différents types de maladies rares, avec l'organisation de relais dans des centres de compétence plus nombreux (500). Le deuxième plan a prescrit l'élaboration et la diffusion de protocoles nationaux de diagnostic et de soins avec la HAS. L'information des professionnels et des familles et la formation des professionnels de terrain doivent permettre de rendre plus équitable l'accès à la prise en charge. Pour qu'un maximum de maladies rares soient reconnues et traitées, une évaluation des dépistages et leur éventuel élargissement sont prévus. Le plan actuel qui confirme la pertinence des centres de référence et de compétence, vise à améliorer les coordinations en filières de prise en charge pour les différents types de maladies rares.

Plan autisme

Le 3^e plan Autisme (2013-2017) garde pour les enfants l'objectif d'améliorer le diagnostic et de le rendre plus précoce. Pour cela, un réseau de diagnostic simple est

prévu dans chaque département à partir des structures existantes, les centres d'action médico-sociale précoce (CAMPS) et les centres médico-psychopédagogiques (CMPP), qui seront renforcés, ainsi que des équipes hospitalières et des professionnels libéraux. De plus, un réseau de diagnostic complexe par région s'appuiera sur les centres ressource autisme associés à au moins une équipe hospitalière experte en CHU.

La prise en charge précoce est le 2^e objectif. Pour cela, des pôles régionaux d'interventions très précoces seront associés au réseau de diagnostic complexe. Ils seront constitués d'une part par des CAMSP s'engageant dans cette démarche et d'autre part par de nouveaux Sessad créés pour accueillir et intervenir auprès des très jeunes enfants repérés (300 nouvelles places, 40 postes de médecin chef). De plus, des unités d'enseignement en maternelle (700 places à créer en 5 ans) associeront enseignants et professionnels médico-sociaux.

Plan psychiatrie santé mentale


Le volet pédiatrique visait à améliorer le repérage des troubles et à coordonner les prises en charge pour construire un parcours de soins sans ruptures. Un référentiel de repérage a été mis en place, des collaborations entre les équipes médicales et éducatives étaient favorisées mais restent limitées. Les capacités de prise en charge à temps complet, comme en ambulatoire, ont été légèrement augmentées mais les parcours coordonnés de soins restent encore peu nombreux.

Plan santé des jeunes

Le Plan a pour objectif de permettre aux jeunes de devenir acteurs de leur santé et veut répondre aux besoins des plus vulnérables. En 2008, il prévoit la création d'une maison pour adolescents par département pour permettre la réponse coordonnée à l'ensemble des besoins des jeunes. Il existe aujourd'hui une centaine de MDA, mais elles sont inégalement réparties sur le territoire [26].

Il améliore l'accessibilité au dispositif Fil Santé Jeunes qui répond aux 12-15 ans par téléphone (numéro d'appel 0800 235 236) ou sur Internet, pour toute question de santé physique, psychologique ou sociale.

D'autres plans et programmes nationaux

Plan douleur, Plan nutrition santé, Plan obésité, Plan national de Lutte contre le cancer, Plan de prévention des accidents de la vie courante, Plan national d'amélioration de la qualité de vie dans les maladies chroniques (2007), ont parfois des volets pédiatriques ou bien ont amené des avancées dans les pratiques pédiatriques. 

Les dépistages pédiatriques

En préambule, on reprendra ce qui a été écrit récemment par Pierre Le Coz [60], du Comité consultatif national d'éthique. «*Sur un plan sémantique, le mot dépister appartient au registre de la chasse, puis a été transféré dans l'univers des enquêtes criminelles. Dans les deux cas, ce n'est pas l'intérêt de celui qui est recherché mais celui de tierces personnes. Le côté offensif du verbe dépister ne va pas sans ambiguïté lorsqu'on transpose le concept dans le champ des pratiques médicales.*»

Si le dépistage individuel fait partie de la pratique quotidienne de tout médecin prenant en charge des enfants – pédiatre, généraliste, de Protection maternelle et infantile (PMI), de santé scolaire – il faut le distinguer d'un dépistage généralisé qui s'adresse soit à l'ensemble de la population pédiatrique, soit à une population ciblée ayant des facteurs de risque, qui auront été préalablement déterminés.

Pierre Le Coz [60] estime ainsi que «*le transfert du concept de dépistage du lexique de la chasse à celui de la médecine n'est cependant pas dépourvu d'intérêt sur un plan éthique. Il a l'avantage d'annoncer, en filigrane, le questionnement qui sous-tend tout programme de dépistage : comment dépister des personnes humaines sans prendre le risque de les traiter comme des échantillons d'une espèce ? Comment être sûr que ce soit toujours leur intérêt qui est en jeu et non celui de tiers ? Le dépistage est-il effectué sur un sujet appréhendé comme une personne singulière, protégée dans sa dignité et son intimité ?*» Le concept de dépistage «de masse» renferme une connotation péjorative, évoquant une population fruste et inculte, traitée de façon statistique et anonyme. L'idée de dépistage «universel» serait plus adéquate. De même, les représentations discriminatoires qui s'attachent à l'expression «dépistage ciblé» devraient conduire à lui substituer l'expression de «dépistage spécifique» ou de «dépistage personnalisé» [60].

Les dépistages pédiatriques individuels ou personnalisés

Les examens systématiques de santé constituent une méthode de prévention connue depuis longtemps qui s'est développée avec le désir des autorités sanitaires de mettre l'accent sur la prévention. Ils permettent en effet de suivre la croissance et le développement psychomoteur et mental de l'enfant et d'intervenir rapidement devant la survenue d'une anomalie du développement [74, 80]. Ils constituent de fait l'activité de base de tout médecin de l'enfant.

L'examen du nouveau-né est le 1^{er} des examens de dépistage car il s'agit de vérifier sa bonne adaptation à la vie extra-utérine, et qu'il n'est pas porteur de malformation congénitale à prendre en charge rapidement. Cet examen, tout comme les autres examens systéma-

tiques, est pris en charge complètement par l'assurance maladie ; il fait l'objet d'un certificat de santé, dit du 8^e jour, adressé à la PMI [80].

Les examens systématiques se concentrent surtout au cours des six premières années de la vie avec 20 examens (lire l'article page 26). Ils insistent sur l'importance de la surveillance de l'enfant durant ses premières années qui vont conditionner toute sa vie et sur les grands messages de prévention. Le dépistage et la correction, si possible très précoce, d'une infirmité pourront permettre une relation normale de l'enfant avec le monde extérieur et une reprise de son développement psychomoteur et intellectuel à une période capitale pour son avenir. Il a donc fallu mettre au point des techniques d'examen, les appliquer à tous les enfants et, pour ceux présentant des anomalies, créer les services spécialisés nécessaires. Cette évolution de la politique de l'enfance se poursuit encore de nos jours, mais l'organisation de ces examens systématiques devrait sans doute être revue pour avoir une efficacité optimale, car elle est trop dépendante de la qualité, de la formation et du temps consacré par le médecin à ces consultations médicales. La Haute Autorité de santé (HAS) a proposé d'identifier des consultations dédiées au dépistage à 4 et 9 mois, 2, 3, 4 et 6 ans [37]. Une cotation spécifique valorisant financièrement les actes de dépistage a été instaurée et malgré cela ces recommandations ne sont pas suffisamment appliquées et restent très inégales pour les enfants [27].

Ces dépistages individuels de l'enfant ont fait l'objet de recommandations de la HAS en 2005 de l'âge de 28 jours à l'âge de 18 ans (encadrés page 24) [37, 38] et plusieurs expertises collectives et opérationnelles de l'Inserm [52, 53] sur les différents dépistages chez l'enfant ont été organisées ces dernières années afin de proposer les examens les plus adéquats en fonction de l'âge de l'enfant.

Le repérage de ces différents troubles peut donc être fait individuellement par le médecin traitant mais aussi de façon organisée et systématique en PMI et en médecine scolaire [53]. Néanmoins, le HCSP, dans son avis sur la médecine scolaire en 2013 [42], s'interrogeait sur la finalité et la réalisation d'examen de santé périodiques offerts aux élèves en contexte scolaire, considérant que seuls environ les deux tiers des enfants de 6 ans bénéficient effectivement d'un bilan systématique. La multiplicité des objectifs des examens de santé pose problème car ils ont des caractères très différents, qui doivent être clairement formulés : connaître l'état de santé des enfants et adolescents à l'échelon national ou régional ; repérer, dépister ou diagnostiquer des troubles de l'apprentissage et des problèmes médicaux non mis en évidence par la famille ou la médecine de

Michel Roussey
Professeur
de pédiatrie.
CHU et Université
de Rennes I,
président de
l'Association
française pour le
dépistage et la
prévention des
handicaps de l'enfant
(AFDPHE), Paris

*Les références entre
crochets renvoient à la
Bibliographie générale
p. 56.*



La santé : un capital en construction dès l'enfance

ville ; réduire les inégalités de santé et leur influence sur la scolarité en facilitant la prise en charge médicale et sociale des difficultés rencontrées par les enfants en situation de vulnérabilité [42]. Mais très clairement le bilan systématique de tous les enfants n'est pas un dispositif adapté à un objectif épidémiologique. Il n'est pas nécessaire d'étudier l'intégralité d'une population pour connaître son état de santé. Par contre, l'existence de passages obligés à des moments clé du développement reste nécessaire du fait de la diversité des situations sociales des élèves et de leur inégal suivi médical. Pour être efficaces, ces consultations doivent réellement couvrir l'ensemble de la population du fait des enjeux en matière d'inégalités de santé, ce qui n'est pas le cas dans le contexte actuel. De même, elles doivent offrir une part de contenu modulable en fonction du contexte individuel et socio-économique local et le HCSP rappelle que les examens périodiques de santé sont complémentaires de l'action des familles sans s'y substituer [42]. Le dépistage et la lutte contre les inégalités sociales sont d'ailleurs des priorités de la stratégie nationale de santé.

Deux périodes cruciales doivent faire l'objet d'une consultation systématique : le début de la scolarité obligatoire (entrée dans le système scolaire, ou 6^e année) et le début du collège (entrée dans l'adolescence, ou 12^e année). En effet, le HCSP souligne qu'il n'existe pas d'arguments permettant d'asseoir la pertinence des examens systématiques des 9^e et 15^e années prévus dans la loi de protection de l'enfance du 5 mars 2007. Le premier, parce qu'il se situe dans un système (l'école primaire) qui identifie efficacement les éventuelles difficultés de santé ou d'apprentissage, susceptibles de bénéficier d'une prise en charge à la demande. Le second, peu mis en œuvre dans la réalité, n'est pas situé à un moment du développement au cours duquel un bilan généralisé peut permettre de faire émerger des problématiques de santé. À cet âge, il convient de développer, en articulation avec la famille, la médecine de ville et hospitalière et, avec les services sociaux, l'accompagnement sanitaire individualisé des adolescents, notamment des plus vulnérables. Cet accompagnement est réalisé par des consultations et des entretiens, soit à la demande de l'élève et de sa famille, soit en fonction du contexte familial et socio-économique local, et ce dans un cadre déontologique strict [42].

Le dépistage des troubles de l'audition va servir d'exemple d'un dépistage qui reste toujours individuel lors des examens systématiques, mais qui se fait aussi en population, de façon universelle, à partir du moment où le repérage de la surdité reste toujours tardif alors qu'il peut se faire dès l'examen du nouveau-n   en maternité [79].

Les dépistages pédiatriques en population ou universels

L'examen systématique de l'audition du nouveau-n   a été introduit avec l'arrêté du 23 avril 2012 ; il est

Recommandations de la HAS pour les dépistages individuels de 28 jours à 6 ans [37]

- Troubles psychologiques et psycho-comportementaux
- Retards de développement
- Autisme et troubles envahissants de développement
- Troubles de l'hyperactivité avec déficit de l'attention
- Troubles du langage
- Troubles de l'audition
- Troubles visuels
- Obésité
- Saturnisme

Recommandations de la HAS pour les dépistages individuels de 7 à 18 ans [38]

- Troubles des apprentissages
- Troubles d'hyperactivité avec déficit de l'attention
- Anomalies du développement pubertaire
- Scoliose
- Obésité
- Asthme et rhino-conjonctivite allergique
- Troubles de la vision et de l'audition
- Risques liés à la sexualité
- Troubles anxieux
- Conduites à risque, troubles des conduites, troubles oppositionnels
- Conduites suicidaires
- Consommation de produits
- Troubles du comportement alimentaire
- Dépression

financé depuis la circulaire DGOS du 29 mars 2013 relative à la campagne tarifaire des établissements de santé qui a augmenté le GHS maternité de 18,70 à par nouveau-n  . L'organisation de ce dépistage est gérée par les agences régionales de santé qui ont confié la coordination à un opérateur régional. Celui-ci a pour tâches d'assurer la formation des professionnels de maternité à l'utilisation des matériels permettant de tester l'audition et de recueillir les résultats pour que ceux-ci parviennent ensuite à la Direction générale de la santé. Ce recueil épidémiologique est important pour suivre l'évolution de l'incidence de la surdité permanente d'origine néonatale estimée à 1 nouveau-n   pour 1 000, augmentant de 5 à 7 fois plus chez ceux à risque de surdité [79].

En fait, quand on parle de dépistage néonatal en population, on pense d'abord au dépistage dit du « test de Guthrie ». Selon les dispositions de l'article R. 1131-21 du Code de la santé publique, le dépistage néonatal « s'entend de celui des maladies à expression néonatale,

à des fins de prévention secondaire». Ces dispositions, introduites par le décret n° 2008-321 du 4 avril 2008 relatif à l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou à son identification par empreintes génétiques à des fins médicales, autorisent de procéder au dépistage de maladies génétiques auprès de tous les nouveau-nés ou, dans certains cas, auprès de ceux qui présentent un risque particulier de développer l'une de ces maladies. La liste de ces maladies est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé après avis de l'Agence de la biomédecine¹.

Même si les textes législatifs sont assez récents, le dépistage néonatal avait été introduit progressivement en France dès 1968 pour être proposé systématiquement à l'ensemble des nouveau-nés depuis 1972. Il est pratiqué à 3 jours de vie avec le recueil de taches de sang séché sur un papier buvard spécial et adressé par voie postale à un laboratoire régional de dépistage néonatal référencé.

En pratique, le dépistage néonatal consiste donc à identifier parmi tous les nouveau-nés ceux qui sont susceptibles d'être atteints d'une maladie, qui, bénéficiant d'un diagnostic précoce, auront accès à un traitement efficace pouvant modifier l'évolution de leur maladie avant que n'apparaissent des lésions irréversibles.

Les programmes de dépistage néonatal sont variables selon les pays mais la France a constamment visé trois objectifs :

- « l'égalité », avec un accès identique de tous les nouveau-nés aux tests de dépistage et à la prise en charge thérapeutique, que ce soit en Métropole, dans les collectivités d'Outre-mer, les départements et régions d'Outre-mer et les pays d'Outre-mer (Polynésie, Nouvelle-Calédonie) ;

- « l'efficacité », avec la recherche d'une sensibilité et d'une spécificité maximales limitant les possibilités de faux négatifs (enfants malades non dépistés) et de faux positifs (enfants dépistés mais non malades) ;

- surtout « l'utilité », avec en priorité le bénéfice direct pour l'individu malade. Autrement dit, le programme ne vise que des affections dont le diagnostic précoce engendre une amélioration directe de la qualité de vie du malade [78]. En cela, le programme français est en adéquation avec les critères de dépistage en population générale, dits critères de Wilson et Jungner, édités par l'OMS en 1968 [90]. Il est essentiel de se les rappeler avant d'élargir le dépistage néonatal à de nombreuses maladies qui pourraient en bénéficier grâce aux avancées technologiques [78].

Ce programme de dépistage néonatal constitue un des plus grands succès de santé publique dans notre pays. Il est entièrement financé par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts), sous la tutelle du ministère de la Santé et l'organisation a été confiée dès l'origine à une association loi

1901 dénommée AFDPE. Depuis qu'il existe, plus de 30 millions de personnes ont bénéficié de ce dépistage. Actuellement cinq maladies sont dans le programme : la phénylcétonurie, l'hypothyroïdie congénitale, l'hyperplasie congénitale des surrénales, la drépanocytose et la mucoviscidose. Les résultats annuels sont disponibles sur le site internet de l'association www.afdphe.org.

La drépanocytose est l'exemple d'un dépistage qui peut être ciblé sur une population à risque : il est en effet généralisé Outre-mer mais ciblé pour les nouveau-nés dont les 2 parents sont originaires de pays ou régions à risque élevé pour cette maladie. Néanmoins s'il ne concernait que 19 % de la population des nouveau-nés en Métropole au début de son introduction en 1995, ce pourcentage est de 34 % en 2012. La Haute Autorité de santé vient de rendre un avis où elle ne préconise pas d'étendre le dépistage à tous les nouveaux-nés en Métropole².

Toute modification du programme de dépistage néonatal est en effet étudiée par la HAS à la demande du ministère de la Santé, puisque la liste des maladies pouvant bénéficier de ce programme est fixée par arrêté (arrêté du 22 janvier 2010). On rappelle à cette occasion que ce dépistage s'impose aux professionnels mais est laissé au libre choix des parents. Heureusement, les refus sont infimes (une centaine sur près de 840 000 nouveau-nés par an) : n'oublions pas qu'il s'agit de maladies asymptomatiques à la naissance, qui peuvent laisser des séquelles irréversibles à partir du moment où leur diagnostic se fait plus tard, sur symptômes.

Conclusion

Un dépistage est une action de santé publique, c'est-à-dire une série d'opérations de caractère collectif à

2. HAS. Rapport d'orientation. Dépistage néonatal de la drépanocytose en France. Pertinence de la généralisation du dépistage à l'ensemble des nouveau-nés. Mis en ligne le 11 mars 2014.

Les critères de Wilson et Jungner [90]

1. La maladie doit être un problème important de santé
2. On doit disposer d'un traitement
3. Il faut organiser le diagnostic et le traitement des malades
4. La maladie doit être reconnue à un stade pré-symptomatique
5. La confirmation du dépistage par des méthodes de certitude est obligatoire
6. Le test doit être accepté par la population
7. L'histoire naturelle (évolution) de la maladie doit être comprise
8. Le protocole de traitement doit être défini
9. Le rapport économique coût/bénéfice doit être apprécié
10. La pérennité du programme doit être assurée

1. cf. arrêté du 22 janvier 2010 fixant la liste des maladies donnant lieu à un dépistage néonatal, JO du 30 janvier 2010



entreprendre en vue de l'amélioration de la santé d'une population. L'individu lui-même doit bien sûr en bénéficier. Si un dépistage s'adresse à l'ensemble d'une population, la mise en place de son programme doit répondre à des critères précis rappelés avec ceux de l'OMS [90].

Le dépistage est une étape préalable au diagnostic. Les outils utilisés pour le dépistage sont différents des examens diagnostiques car ils doivent pouvoir être utilisés sans risque sur de larges populations et à un coût unitaire faible. Ils permettent d'individualiser dans la population générale les personnes potentiellement porteuses d'une affection ou d'un trouble et de les différencier, avec une certaine marge d'erreur, des sujets sains. Les sujets au dépistage positif (c'est-à-dire suspects) seront référés aux médecins et soumis à d'autres tests avant que le diagnostic ne soit établi ou récusé. Les outils de dépistage doivent donc répondre à des caractéristiques en termes de

sensibilité, spécificité, valeur prédictive positive et valeur prédictive négative.

Il convient également de distinguer repérage et dépistage. On peut considérer que le repérage s'effectue à l'aide de tests réalisés par des non-professionnels de santé alors que le dépistage est sous la responsabilité de professionnels de santé.

Pour toute mise en place d'un dépistage généralisé, il convient d'estimer les conséquences de l'utilisation des tests de dépistage à grande échelle en termes de disponibilité des ressources (acteurs formés) pour confirmer le diagnostic des enfants testés positivement et leur prise en charge (traitements individuels). Un dépistage généralisé n'a aucun sens si le circuit d'aval de prise en charge du patient n'est pas assuré. En ce qui concerne le dépistage néonatal des maladies rares, la reconnaissance des centres de référence et de compétences, dans le cadre du 1^{er} Plan national Maladies rares, a constitué une avancée importante pour les circuits d'aval. **f**

Repérage des troubles, notamment en milieu scolaire

Léa Conversy

Julie Le Foll

Antoine Guedeny

Service

de psychiatrie

infanto-juvénile,

Hôpital Bichat

Claude-Bernard

APHP, Université

Denis-Diderot Paris 7

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 56.

Le repérage des troubles est primordial puisque le pronostic du trouble, quel qu'il soit, dépend de la précocité du diagnostic et de sa prise en charge.

Actuellement, en France, à l'âge de 3 ans, la quasi-totalité des enfants est scolarisée à l'école maternelle et, du fait de cette scolarisation précoce, l'école est souvent le premier lieu où sont détectés des troubles du comportement, et où se révèlent les troubles des apprentissages [18].

On estime que 20 % des enfants présentent des difficultés scolaires de causes multiples, dont les troubles spécifiques des apprentissages représentent 5 à 6 % soit un enfant par classe [51].

Les intervenants

Tout médecin en contact avec l'enfant dans la toute petite enfance, que ce soit le médecin de PMI, le pédiatre libéral ou le médecin scolaire, va jouer un rôle essentiel dans le repérage des troubles du développement de l'enfant lors de chaque consultation et plus particulièrement lors des examens médicaux obligatoires. Ceux-ci ont pour objet la surveillance de la croissance staturo-pondérale et du développement physique, psychomoteur et affectif de l'enfant ainsi que le dépistage précoce des anomalies ou déficiences.

Un calendrier précis prévoit ces examens médicaux obligatoires : neuf examens au cours de la première année ; trois examens du 13^e au 25^e mois ; deux examens par an jusqu'à l'âge de 6 ans, soit huit examens entre 2

et 5 ans révolus [18, 52]. Les résultats de ces examens obligatoires doivent être inscrits, comme toutes les consultations importantes concernant l'état de santé de l'enfant, dans le carnet de santé délivré à la naissance.

Parmi ces 20 examens, trois sont considérés comme particulièrement importants, car réalisés à un âge clé, et donnent lieu à l'établissement des certificats de santé obligatoires : le premier certificat de santé est établi lors de l'examen réalisé dans les 8 jours qui suivent la naissance ; le deuxième est établi lors de l'examen du 9^e mois ; le troisième est établi lors de l'examen du 24^e mois. Ces trois certificats sont délivrés aux parents avec le carnet de santé de l'enfant. Ils sont standardisés (formulaires Cerfa) [18, 52].

À l'école, tout enseignant peut repérer un trouble, qu'il soit d'ordre relationnel ou développemental et le signaler au médecin scolaire ou au psychologue scolaire, qui pourra réaliser une observation au sein de la classe et/ou un entretien individuel.

Le médecin de l'Éducation nationale ou médecin scolaire réalise, en plus des examens demandés spécifiquement par l'enseignant, un examen systématique de tous les enfants en grande section de maternelle appelé visite médicale obligatoire de la 6^e année.

Dans le cadre de ce bilan, le rôle du médecin scolaire est ainsi défini :

- spécialiste du bilan spécifique permettant de poser le diagnostic médical ;
- coordonnateur du recueil de données médicales,

concernant l'enfant, précédemment recueillies par d'autres médecins et figurant dans le dossier de santé de l'élève ;

- conseiller technique des équipes éducatives pour la prise en compte des difficultés d'apprentissage liées à un trouble de nature médicale ;

- lien entre la famille, la collectivité scolaire et le monde médical. La circulaire insiste sur l'intérêt que ce bilan soit « réalisé en concertation entre médecins, infirmier(ère)s, enseignants, psychologues scolaires, professionnels de soins et familles » [18, 52].

Le contenu de ce bilan médical est aussi précisé (référentiel ENSP) :

- examen médical global de l'enfant ;
- anamnèse auprès de l'enfant et du parent présent notamment pour rechercher la suite donnée aux avis de la PMI lors du bilan de 4 ans ;
- application de tests de dépistage spécifiques pour identifier les troubles ou difficultés susceptibles d'entraver la scolarité de l'élève : déficiences auditives, déficiences visuelles et troubles des apprentissages notamment ceux de la lecture et de l'écriture ;
- analyse des résultats et diagnostic ;
- rédaction d'avis, prescription de conseils ou d'orientation vers le médecin traitant et/ou des spécialistes, destinés aux familles [18, 52].

Cette visite médicale obligatoire de maternelle ayant lieu au cours de la 6^e année, avant l'entrée des enfants dans l'enseignement élémentaire, contribue à dépister les pathologies, les maladies, les déficiences pouvant entraver la scolarité des élèves. Elle est centrée sur les acquisitions et le développement nécessaires à une bonne insertion dans l'école, notamment sur les compétences neurosensorielles pour l'apprentissage des langages. Les parents sont tenus d'y présenter leur enfant, munis du carnet de santé de l'enfant, et aucune participation financière n'est requise.

L'infirmier(ère) scolaire participe également à cette visite médicale obligatoire et, en fonction de son rôle propre, à la détection précoce des difficultés d'apprentissage de l'élève. Dans ce cas, l'accent doit être mis sur la petite enfance et le début de la scolarité primaire afin d'aider les élèves les plus fragiles [18, 52].

Le psychologue de l'Éducation nationale, appelé couramment psychologue scolaire, intervient à la demande des enseignants ou peut être sollicité directement par les parents. Il donne son avis sur l'observation des élèves, l'analyse de leurs compétences et l'identification de leurs difficultés. Avec l'accord des parents, il peut réaliser un bilan psychométrique et participer au projet personnalisé de scolarisation. Il contribue également au réseau d'aides spécialisées aux élèves en difficultés (Rased).

Le Rased, structure interne à l'Éducation nationale, composé de psychologues scolaires, d'enseignants spécialisés chargés des aides soit à dominante pédagogique soit à dominante éducative, peut également participer au repérage et au dépistage des troubles.

Les troubles repérés

Les lieux de collectivité, que ce soient les lieux de garde (crèche) en âge préscolaire ou l'école, dès la maternelle, sont les lieux de prédilection pour repérer les troubles des interactions sociales, les troubles de la régulation émotionnelle, ainsi que les troubles de l'attachement.

L'agressivité physique de l'enfant, des colères intenses et fréquentes, ainsi que sa capacité à se sentir en sécurité dans un groupe et à se séparer de sa figure d'attachement seront repérées.

À l'inverse de ces manifestations bruyantes, le repli, l'isolement et l'excès d'inhibition devront également être repérés et explorés.

Les difficultés scolaires sont un symptôme fréquent dont les causes sont nombreuses et très diverses.

Parmi les troubles des apprentissages, il faut distinguer trois grandes catégories de troubles :

- les troubles isolés et fonctionnels ou retards simples ;
- les troubles isolés et structurels d'origine développementale ou troubles spécifiques des apprentissages (dyslexie/dysorthographe, dyscalculie, dyspraxie, dysgraphie) ;
- les troubles associés ou secondaires à des causes multiples.

En effet, les troubles des apprentissages peuvent révéler de nombreux autres troubles de nature diverse, en particulier les troubles du spectre autistique.

À l'âge préscolaire, l'attention sera portée sur les différents domaines du développement de l'enfant avec une attention toute particulière sur la recherche des signes prédictifs d'un syndrome autistique tels que le défaut d'attention conjointe, l'absence de pointage proto-déclaratif, l'absence d'imitation et de jeu symbolique, les troubles du contact visuel. Le professionnel pourra s'aider du questionnaire *Checklist for Autism in Toddlers* (CHAT) à 9 items développé à des fins de dépistage systématique du syndrome autistique chez des enfants de 18 mois.

À l'âge scolaire, on repérera plus précisément une absence de contact social, un repli, des stéréotypies comportementales et une immutabilité.

Les troubles des apprentissages peuvent également s'inscrire soit dans un tableau de retard global ou déficit intellectuel soit, au contraire, dans celui d'une précocité intellectuelle, qui seront diagnostiqués par un test psychométrique de type échelle de Wechsler.

Les troubles de type hyperactivité avec déficit attentionnel, à différentiel de la turbulence développementale physiologique entre 3 et 5 ans, pouvant être dépistés à l'aide des échelles de Connors, peuvent aussi être révélés par des difficultés scolaires et se compliquer de troubles spécifiques des apprentissages.

Enfin, les troubles des apprentissages peuvent être secondaires à des troubles psychoaffectifs ou à l'émergence de maladies psychiatriques notamment à l'adolescence ; à des carences familiales qu'elles soient éducatives, affectives ou socioculturelles ; voire à de la maltraitance.



La santé : un capital en construction dès l'enfance

Quelques outils d'évaluation

Le choix des outils et tests utilisés pour les dépistages pratiqués à l'occasion du bilan de la 6^e année ne s'impose pas au médecin et sont donc variables au sein des académies et départements [18, 52].

Parmi les plus couramment utilisés, on peut citer :

- les tests psychométriques de Wechsler (WPPSI, WISC);
- la batterie rapide d'évaluation des fonctions cognitives (BREV) pour les enfants âgés de 4 à 9 ans;
- l'Alouette qui définit un âge de lecture;
- le bilan de santé évaluation du développement pour la scolarité pour les 5/6 ans (BSEDS);
- les épreuves de repérage des troubles du langage de l'enfant (ERTL);
- la *Child Behavior Checklist* (CBCL), inventaires des comportements pour les enfants âgés de 4 à 18 ans, et la version courte de la *Brief Infant Toddler Assessment scale* (BITSEA) pour les jeunes enfants jusqu'à 3 ans, et validée en France par Wendland et al. [88].

Propositions pour un meilleur suivi

Comme le souligne le rapport d'expertise de l'Inserm 2009 sur la santé de l'enfant, la pratique des examens de santé systématiques chez l'enfant est solidement ancrée en France. Elle est associée à la généralisation du carnet de santé au tout début de la mise en place de

la protection maternelle et infantile (PMI) et du service de santé scolaire au lendemain de la guerre.

Les examens de santé et de dépistage chez l'enfant font toujours l'objet de textes règlementaires, inscrits au Code de la santé publique. Les secteurs impliqués sont la PMI, l'Éducation nationale, mais également le secteur de la médecine libérale.

Le calendrier et le contenu des examens de santé obligatoires de l'enfant sont précis ainsi que les dépistages à effectuer aux différents âges. Cependant, le taux de couverture de la population n'est pas complet révélant des disparités géographiques. La transmission des informations à travers les certificats de santé est lacunaire, ce qui rend difficile l'utilisation des données épidémiologiques issues des examens de santé [18], mais également l'évaluation du développement et le suivi des enfants basés sur le carnet de santé.

En effet, le Haut Conseil de la santé publique (HCSP), dans son dernier avis relatif à la médecine scolaire, faisait état que seuls les deux tiers des enfants de 6 ans bénéficiaient effectivement d'un « bilan systématique » et déplorait une définition trop large des missions de la médecine scolaire et une multiplicité des objectifs des examens de santé, incompatibles avec les ressources humaines disponibles, dans un contexte où le nombre de médecins scolaires est en baisse constante [42].

Le développement de la personnalité : une histoire de rencontres

Philippe Jeammet
Professeur
de psychiatrie
de l'enfant
et de l'adolescent

Les adultes, et plus particulièrement les parents, sont les premiers acteurs de la construction de la personnalité de l'enfant. L'épanouissement de ses potentialités, son bien-être, sa qualité de vie vont largement dépendre d'eux. Ils sont en effet les acteurs essentiels de l'établissement des liens primaires de confiance entre l'enfant et son environnement et en miroir de la confiance de l'enfant en lui-même. Lien de confiance fondateur de la qualité de l'attachement et notamment de sa dimension sécuritaire. C'est l'intériorisation de celle-ci par l'enfant qui sert de support à la qualité du regard qu'il pose sur lui-même, à son estime de lui, à sa confiance en lui.

L'éducation ne saurait reposer sur la peur mais sur la confiance partagée – qui n'exclut bien sûr ni la mise en garde, ni la vigilance – et la valorisation de l'épanouissement. Prendre soin de soi et se respecter est un droit. Ne pas avoir la maîtrise sur l'éducation ne diminue en rien son importance. C'est reconnaître qu'elle repose essentiellement sur la qualité du lien, plus que sur la force de l'imposition, et sur la motivation des adultes,

c'est-à-dire sur ce qu'ils font et sur ce qu'ils sont, plus que sur ce qu'ils disent.

Comment penser que les adultes ne jouent pas le rôle essentiel dans cette éducation ?

Or, ce soutien qu'apportent les adultes est devenu particulièrement fragile dans notre contexte actuel où tout consensus éducatif a disparu et où l'autorité est souvent vécue comme un abus de pouvoir. À cette disqualification de l'éducatif s'est substituée une valorisation de l'écoute des enfants.

Les parents doivent comprendre que les enfants comme les adolescents sont en attente de liens qui les nourrissent et les construisent. Ils sont dans une quête d'eux-mêmes qui passe par la rencontre avec les autres et dont l'issue dépendra de la qualité de présence des adultes, de leur capacité à transmettre et du contenu de cette transmission. L'absence de réponse n'est pas la liberté, c'est l'abandon.

Tous les êtres vivants se développent à partir de leurs échanges avec l'environnement. Mais les êtres humains se trouvent confrontés à un paradoxe spécifique du fait

de leur accès à la conscience réflexive. Comme tous les êtres vivants, pour devenir eux-mêmes, ils doivent se nourrir des autres, mais en tant qu'êtres conscients, ils doivent se différencier de ceux dont ils ont reçu ce dont ils ont besoin pour se sentir eux-mêmes – paradoxe qui peut s'énoncer ainsi : « *Ce dont j'ai besoin et que je dois recevoir des autres pour me sentir fort, c'est ce qui menace mon besoin d'autonomie* ».

Les adolescents, et plus encore leurs difficultés psychologiques, constituent un observatoire privilégié de ce paradoxe propre à l'être humain. Cet âge est en effet révélateur des héritages de notre enfance, génétique et éducatif, mais aussi des modèles que le monde adulte offre en réponse aux attentes spécifiques des adolescents. C'est l'importance de ces attentes qui confère aux adultes un rôle éducatif, qu'ils le veuillent ou non. Ne pas répondre aux attentes est inévitablement une forme de réponse qui fait autorité.

La clinique montre qu'à contraintes et facteurs de risques semblables, le destin de ces adolescents peut être radicalement différent. Les uns peuvent faire de leur vulnérabilité une chance et une expérience créatrice, les autres peuvent en revanche s'enfermer dans des conduites destructrices qui se caractérisent par une amputation plus ou moins importante de leurs potentialités et une prise de risque qui peut aller jusqu'à mettre leur vie en danger.

Ce basculement vers la créativité ou la destructivité dépend massivement de la qualité des rencontres de l'adolescent avec des adultes. En effet, le choix de la créativité est toujours risqué, car aléatoire, et confronte le sujet au risque de la déception du fait de sa dépendance à la réponse des autres. Paradoxalement, la destructivité offre la sécurité d'une réponse qui ne dépend que de soi. En libérant l'adolescent de ses attentes à l'égard des autres, elle lui donne l'illusion prométhéenne d'être créateur de sa vie, maître de son destin : je n'ai pas choisi de vivre, mais je peux décider de mourir. Un acte de mort qui est en fait le porte-parole d'un désir de vie que l'adolescent n'arrive pas à prendre à son compte.

C'est aux adultes à témoigner de leur confiance en la vie et en l'adolescent, avec la certitude qu'il y a d'autres moyens pour exister que de devenir son propre bourreau. Quelles qu'en soient la nature et la forme, tout échange avec l'adolescent, et au-delà avec toute personne en situation de vulnérabilité narcissique, est susceptible de prendre la dimension d'une rencontre et de se charger d'une signification potentielle que son interlocuteur est souvent loin de soupçonner. À partir de là, cette rencontre peut se transformer en occasion perdue, en révélation ou en point de départ d'un cheminement « initiatique » vers l'aventure de la vie, à défaut de la découverte de la vérité. Toute culture s'efforce d'apporter des réponses organisées aux périodes de changements qui affectent et vulnérabilisent le développement des individus qui la composent. Ce faisant, elle les prémunit des ruptures possibles et les protège des risques de désorganisation.

Ces conditions supposent la prise en compte des caractéristiques émotionnelles et relationnelles des adolescents telles que nous avons essayé de les schématiser, telles que les expriment crûment les rites d'initiation et telles qu'on les retrouve en quelque sorte perverties dans les processus défensifs de la psychopathologie de l'adolescence. Ce qu'il faut penser, ce n'est pas seulement offrir à tout prix un rapprochement relationnel à ces jeunes en difficulté, mais c'est plutôt comment rendre tolérable ce dont ils ont le plus besoin en sachant que plus ils en auront besoin, moins ils pourront tolérer ce qu'on leur apporte. Il y a toute une stratégie à mettre en œuvre qui va s'appuyer sur les deux points qui me semblent être les données fondamentales du développement de la personnalité : le renforcement des assises narcissiques, c'est-à-dire la confiance en soi et dans les autres, et le sentiment d'avoir une valeur pour soi et pour les autres. C'est la qualité de ces deux paramètres qui permet à l'adolescent de recevoir ce dont il a besoin et de tolérer les relations auxquelles il aspire, sans se sentir menacé narcissiquement par son désir même.

Le rôle des adultes : donner confiance et s'opposer aux attitudes destructives

On est là au cœur de la problématique adolescente et au-delà de ce qui fait une part du tragique de l'homme. L'être humain peut craindre ce qu'il désire le plus et faire le contraire de ce qui le rendrait heureux par peur du risque de la déception. Est-ce un choix ? Je ne le pense pas. L'apparition d'un symptôme ou d'un trouble du comportement ne signe pas nécessairement une pathologie avérée. Ils peuvent avoir une valeur adaptative s'ils ne s'installent pas durablement et n'entravent pas le développement de la personnalité et en particulier n'empêchent pas les acquisitions propres à chaque âge, c'est-à-dire s'ils n'ont pas d'effets dénarcissisants qui altéreront l'estime de soi et la confiance en soi. S'ils ne sont donc pas nécessairement pathologiques, ils n'en demeurent pas moins toujours potentiellement pathogènes par leurs capacités d'auto-entretien et même d'auto-renforcement. Pathogènes en ce sens que ces conduites ont pour effet d'accroître la vulnérabilité du sujet en lui faisant courir des risques excessifs et en l'appauvrissant dans ses compétences et donc ses sources de valorisation dans un ou plusieurs des domaines nécessaires à l'épanouissement de chacun : le soin apporté au corps, le développement des apprentissages et des compétences quel qu'en soit le domaine, et tout ce qui relève du champ de la sociabilité. Le pathologique correspond à l'enfermement dans ces conduites pathogènes.

À la violence de ce qui devient un enfermement, il faut pour les parents savoir opposer la force d'un refus à laisser leur enfant s'emprisonner. Mais pour cela il faut se sentir légitime de le faire et donc savoir pourquoi on le fait. La conception que l'on a des troubles psychiatriques et des conduites à risque est essentielle.



La Maison de l'adolescent de Besançon : huit ans au service de la santé des jeunes

Depuis son ouverture en mars 2006, la Maison de l'adolescent de Besançon (MDA) accueille environ sept à huit cents adolescents par an, de 12 à 20 ans, selon une approche de santé globale et sans délai d'attente. Les familles sont étroitement associées à la démarche et les parents peuvent être reçus seuls s'ils le souhaitent. De même, des rencontres d'échanges et de soutien sont proposées aux professionnels intervenant auprès des jeunes et exposés à des situations complexes.

Une équipe et son réseau

Cette structure s'appuie sur une équipe pluridisciplinaire composée de médecins (pédopsychiatre, nutritionniste, pédiatre d'adolescents), infirmiers, psychologues, éducateurs spécialisés, d'une assistante sociale et d'une juriste. Un réseau développé à partir de la MDA, Res'Ado, permet d'élargir le champ d'intervention et de bénéficier de ressources professionnelles diverses. Ainsi, l'Éducation nationale met à disposition de la MDA un temps de présence d'un conseiller d'orientation psychologue qui apporte son expertise auprès des jeunes pour lesquels la problématique scolaire revêt une importance centrale. Une psychologue et deux éducateurs de la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) s'inscrivent également dans le travail d'équipe et participent aux entretiens d'accueil, à l'évaluation de leur situation et à leur orientation le cas échéant. Si la MDA de Besançon est adossée à un service de pédopsychiatrie et donc gérée par un établissement public de santé mentale (financement : agence régionale de santé), elle bénéficie de participations complémentaires, principalement du conseil général du Doubs. Le barreau des avocats d'enfants de Besançon y tient également une permanence ouverte aux adolescents. Au total, cette dynamique partenariale, assez spécifique des MDA en général, conduit à un pilotage décloisonné et pluri-institutionnel. Cela est particulièrement sensible dans la mise en place d'actions de prévention auprès

des jeunes, dont certaines peuvent impliquer dix à quinze institutions ou structures, générant ainsi un réseau collaboratif solidaire et, par là, extrêmement efficace.

Des évolutions bénéfiques pour tous

Concrètement, cette Maison a fait évoluer les pratiques professionnelles d'une psychiatrie « traditionnelle » vers une approche plus globale, donnant une place réelle à la démocratie sanitaire et à un accompagnement sans tabou visant davantage la promotion des compétences des individus et des familles plutôt que le diagnostic de leurs incapacités.

Depuis quelques années, notre environnement professionnel connaît des changements majeurs tant au niveau des attentes des usagers, jeunes et familles, que du point de vue de nos propres représentations, de la compréhension de notre rôle d'acteur de santé, de ce que doit être une relation de soin, de l'intérêt du travail décloisonné et partenarial ou encore de ce qu'il faut prioriser dans un contexte de rareté de ressources... Par ailleurs, la littérature spécialisée se fait souvent l'écho d'une désorientation ou d'une perplexité croissante chez les intervenants psychosociaux, tous métiers confondus, face aux bouleversements en cours et à ce que d'aucuns n'hésitent pas à nommer une mutation anthropologique.

La MDA de Besançon et son réseau de partenaires sont au centre du maelström et ainsi les premiers à se trouver surpris par des vulnérabilités nouvelles, des situations socio familiales inédites, des souffrances majeures souvent peu visibles et noyées dans l'indifférence générale. Pourtant, même si rien n'est parfait et s'il reste à chaque fois beaucoup à faire, l'équipe n'a pas le sentiment d'être débordée par le découragement. L'organisation ainsi décrite se révèle au fil du temps tout à fait pertinente.

Cet optimisme tient amplement sans doute aux spécificités du concept MDA à l'origine d'un complet renouvellement

de certaines postures professionnelles et de la façon de travailler : promotion de la santé, référence à la charte d'Ottawa, approche globale, prévention, éthique forte de service, partenariat, implication participative des jeunes et de leurs familles. Et c'est vrai, osons le dire, il en découle un plaisir de travailler qui nourrit l'engagement, décuple la créativité, porte une dynamique collective inventive. Voilà qui n'est pas rien dans ces temps d'adversité. Il aurait été en effet difficile, sans cette forte et si particulière impulsion, de mettre en place des dispositifs d'aide, de soutien, de soin ou d'éducation dédiés à des publics jusque-là exclus de tout accès aux soins, par exemple, jeunes de la PJJ, publics de quartiers dits difficiles.

Un ancrage dans le vécu

Une MDA doit offrir des réponses très diversifiées dont la qualité essentielle est de répondre concrètement aux besoins des jeunes : le service rendu nécessite d'être évalué et plébiscité par les intéressés eux-mêmes. Lorsque la venue est spontanée, appuyée sur le bouche à oreille, la communication entre pairs, on a là sans doute un critère significatif de pertinence. La réactivité, l'accueil sans délai d'attente représentent un autre élément d'importance. Pour ne pas saturer le dispositif et garantir cet objectif, la MDA propose en moyenne de cinq à six rencontres par situation. Là aussi, l'originalité spécifique de la réponse de cette Maison joue pleinement : l'approche globale, la pluri-professionnalité, la mobilisation des ressources de la personne et de son entourage, permettent la plupart du temps de dépasser l'étape de l'évaluation pour passer à une véritable remise en dialogue de la famille et faciliter, le cas échéant, l'orientation vers des structures appropriées à la problématique adolescente.

Au total, cette nouvelle approche, étendue maintenant à l'ensemble du territoire national, semble représenter une innovation majeure dans la prise en compte des besoins de santé des adolescents et de leurs familles.

Christian Bourg
Pédopsychiatre,
responsable
médical de la MDA
de Besançon

Pascale Baudier
Coordinatrice du
réseau de santé
Res'Ado, MDA de
Besançon

Il est important de l'explicitier et de communiquer sur elle, c'est-à-dire sur le sens qu'ont pour nous ces comportements auprès des parents et des patients que nous avons à rencontrer. L'argument d'autorité n'ayant plus guère de valeur et d'effet aujourd'hui, et c'est à bien des égards heureux, c'est la motivation des intervenants et de la société qui devient importante non pas pour le plaisir d'instaurer un rapport de force, cependant parfois nécessaire et souvent inévitable, mais pour explicitier qu'on n'a pas à être complice d'un comportement destructeur qui est en fait à l'opposé des motivations du sujet. Celui-ci se

détruit, sans en être nécessairement conscient, à la mesure de sa déception, mais il ne faut pas oublier que celle-ci se nourrit de la force de ses attentes et envies. Celui qui a peu de désirs aura peu de chances d'être déçu. C'est parce qu'« il le vaut bien », pour reprendre la formule de certains publicitaires et qui correspond à nos attentes narcissiques d'être vu et reconnu, que nous sommes soucieux qu'il prenne soin de lui-même. Nous ne cherchons pas à le convaincre mais à manifester que notre détermination repose bien sur la conviction de sa valeur en tant qu'être humain et de son aspiration à s'épanouir. ?



Le développement de l'enfant, vulnérabilités et anomalies

Repérer, dépister et prendre en charge les troubles du développement de l'enfant et de l'adolescent nécessitent des interventions diversifiées, coordonnées et adaptées aux besoins de chaque individu.

Le développement psychomoteur, les troubles des apprentissages, les troubles envahissants du développement

Julie Le Foll
Léa Conversy
Antoine Guedeney
Service
de psychiatrie
infanto-juvénile,
hôpital Bichat
Claude-Bernard
APHP, université
Denis-Diderot, Paris

*Les références entre
crochets renvoient à la
Bibliographie générale
p. 56.*

Les trois premières années de la vie représentent la période majeure du développement moteur, cognitif, émotionnel, interpersonnel et des liens d'attachement. Ce développement est sous l'influence de facteurs génétiques mais aussi environnementaux et s'effectue autour d'étapes clés servant de référence pour l'évaluation (encadré page 33). Il est artificiellement divisé en quatre grands domaines : la motricité (globale et fine), la parole et le langage, les interactions sociales, les performances et les connaissances. Jusqu'à l'âge de 5 ans, on parle de retard de développement global si au moins deux des quatre domaines précités sont touchés [5].

Le développement précoce est intense entre la naissance et 18 mois. Il a une tendance autocorrectrice et résiliente, ce qui explique que l'intervention précoce puisse être très efficace. Néanmoins, nous savons que ce qui s'exprime tôt en termes de troubles du développement peut avoir des conséquences durables. Dès lors, il est important de ne pas être dans une attitude

d'attente (« Ça s'arrangera tout seul ») et ce dès qu'il existe une déviation nette par rapport à la moyenne dans un domaine important du développement.

Pour évaluer le développement psychomoteur d'un enfant en consultation, il convient avant tout d'entendre, si elle existe, l'inquiétude des parents et de les écouter. Leur perception est essentielle et permet, dès les premiers instants, de les rendre acteurs de l'intervention. Il s'agit ensuite de recueillir rigoureusement les événements périnataux (grossesse, accouchement), les antécédents (familiaux notamment) et l'histoire du développement précoce. L'évaluation se poursuit par un examen clinique soigneux et précis, à la recherche d'éventuels signaux d'alerte, mais aussi d'éléments pouvant être rassurants quant au développement global de l'enfant.

Tout retard de développement chez un enfant doit faire l'objet d'une évaluation pluridisciplinaire. Il s'agit d'effectuer un bilan somatique complet (en particulier ORL, ophtalmologique, neurologique) et d'évaluer les différents domaines de son développement (communication

Principales étapes du développement de 0 à 3 ans

2 mois	Sourire réponse. L'échange face à face lance l'interaction parent-enfant
3 mois	Maintien de la tête
5-6 mois	Préhension volontaire à distance. Le bébé explore les objets, son corps
6-7 mois	Focalisation de l'attachement, préférence vis-à-vis de la mère (ou de la figure d'attachement principale)
9 mois	Station assise sans soutien
12 mois	Préhension digitale pouce-index. Interactions et vocalisations intenses.
12-18 mois	Marche. Comportement de base de sécurité en cas de stress
15-18 mois	Attention conjointe. Début de la capacité à identifier les émotions de l'autre, ses affects et intentions
18-24 mois	Apparition et explosion du langage, première phrase
20-24 mois	Jeux symboliques, faire semblant
2-3 ans	« 2 ans terribles » : affirmation de soi, rivalité, exclusivité
3 ans	Apparition du « je » ; sens de l'identité

et langage, interactions, domaine cognitif, sensoriel et moteur, comportement, autonomie et scolarité) et de son environnement. Il s'agit notamment de préciser si le retard est global ou limité à un domaine spécifique du développement, comme cela peut être le cas dans les troubles des apprentissages.

Les troubles des apprentissages

Les difficultés scolaires représentent un motif très fréquent de consultations, que ce soit suite à une inquiétude de l'école, des parents ou du médecin traitant. Elles concerneraient près de 20 % des enfants [85]. Mais sous cette appellation se mélangent une multitude de symptômes divers dans leur forme et leur gravité ; se mêlent des valeurs morales (paresse, turbulence, méchanceté), des valeurs médicales (dyslexie, dyscalculie, retard mental...) et des valeurs sociales (l'enfant n'est pas au

niveau de la « norme »). Les « troubles spécifiques des apprentissages » sont à distinguer du simple trouble de l'apprentissage (transitoire) et des difficultés scolaires au sens qu'ils impliquent une (ou plusieurs) difficulté(s) spécifique(s) d'origine neurodéveloppementale, c'est-à-dire indépendante de l'environnement socioculturel (qui peut malgré tout jouer un rôle dans la survenue, la sévérité et l'évolution du trouble). Cela concernerait au moins 5 à 6 % des enfants, soit un enfant par classe [7]. Ces enfants sont indemnes de toute déficience intellectuelle, visuelle ou auditive et de trouble envahissant du développement, mais peuvent se retrouver en échec scolaire. Malheureusement, ces troubles sont souvent méconnus et la plupart du temps diagnostiqués (et pris en charge) trop tardivement alors même qu'ils sont sources de difficultés de communication, d'intégration scolaire et sociale, avec des répercussions à la fois sur le vécu individuel de l'enfant (souffrance psychologique, anxiété, fatigue) et sur le vécu familial [39].

La dyslexie, qui entrave l'apprentissage de la lecture, est le trouble spécifique des apprentissages le plus connu et le mieux étudié. La dyscalculie et la dysorthographe ont fait l'objet de moins de recherches. L'origine de ces troubles est plurifactorielle. Les facteurs de risque actuellement connus, en particulier pour la dyslexie, sont essentiellement des facteurs pathologiques (prématurité, dysmaturité, souffrance néonatale par exemple) et surtout des facteurs développementaux langagiers. La dyslexie, la dysorthographe et la dyscalculie se retrouvent fréquemment associées entre elles [51]. À ces troubles principaux peuvent également s'associer des troubles de l'attention et de la coordination (ou dyspraxie) [85]. Il existe également une association fréquente entre troubles des apprentissages et troubles du comportement ou émotionnel : anxiété de performance, difficultés de relation avec les pairs, relations familiales conflictuelles, faible estime de soi [51].

L'évaluation initiale est essentielle et comprend des bilans somatiques (examen ORL, ophtalmologique et neurologique) et des bilans spécialisés (bilan psychométrique [QI], bilan orthophonique, bilan logico-mathématique pour la dyscalculie, bilan psychomoteur). La réalisation d'un bilan neuropsychologique a ici tout son intérêt. En effet, il permet d'analyser les composantes des fonctions perturbées et de comprendre les mécanismes sous-jacents aux symptômes, en évaluant de façon différentielle les principales fonctions neuropsychologiques : le langage, l'attention, la mémoire, la capacité de raisonnement, les fonctions visuo-spatiales et les fonctions praxiques [85].

Ces troubles spécifiques nécessitent une prise en charge pluridisciplinaire reposant sur des rééducations appropriées (orthophonique, psychomotrice), un accompagnement des parents, un soutien psychologique et des adaptations pédagogiques [7, 85]. En effet, l'équipe scolaire peut notamment faire appel au Rased (réseau d'aides spécialisées aux élèves en difficulté), permettant l'accompagnement de l'enfant et sa famille par diffé-



La santé : un capital en construction dès l'enfance

rents professionnels compétents (psychologue scolaire, enseignant spécialisé). Lorsque cela s'avère nécessaire, il peut également être proposée une orientation en classe pour l'inclusion scolaire, spécialisée dans les troubles spécifiques d'apprentissages (CLIS 4 ou CLIS 1 Troubles des apprentissages).

L'action préventive en milieu scolaire est ici essentielle, particulièrement sur trois groupes d'enfants : les enfants repérés comme à risque en grande section de maternelle (un trouble spécifique du langage oral est un facteur de risque de dyslexie dans 50 % des cas), les enfants en grande difficulté en lecture au CP et les enfants dyslexiques ayant besoin d'adaptations pédagogiques (afin de faciliter les performances dans les domaines préservés et ainsi limiter l'échec scolaire).

Les troubles envahissants du développement

Les troubles du spectre autistique (TSA) sont un groupe de troubles caractérisés par des altérations qualitatives des interactions sociales réciproques et des modalités de communication, ainsi que par un répertoire d'intérêts et d'activités restreint, stéréotypé et répétitif. Ils comprennent des entités cliniques autrefois séparées dans les classifications internationales : autisme, syndrome d'Asperger, troubles envahissants du développement non spécifiés... Leur origine est neurodéveloppementale, mais le modèle est multifactoriel. Les TSA touchent environ 1 enfant sur 150 (soit 6 ou 7 pour 1000) et 4 garçons pour 1 fille. Les signes cliniques sont présents avant l'âge de 3 ans, parfois même très précocement (avant 12 mois), mais le diagnostic est encore souvent trop tardif (à l'entrée à l'école). L'intérêt d'un repérage précoce réside dans la mise en place d'une prise en charge précoce, améliorant le pronostic, le développement et la qualité de vie de l'enfant. Les médecins de secteur (médecins généralistes, pédiatres, médecins de PMI...)

ont donc ici toute leur importance et doivent être en mesure d'identifier les principaux signaux d'alarme (lire encadré).

Malgré un diagnostic parfois difficile à faire avant 2 ans, il n'est pas rare que les parents s'inquiètent très précocement pour leur enfant, identifiant des particularités qu'il est essentiel d'entendre et de prendre au sérieux. Sans poser de diagnostic définitif, la présence de signaux d'alerte très précoces doit conduire à la mise en place d'une surveillance rapprochée, voire d'une intervention spécialisée (lire encadré « Signes d'alerte très précoces »).

À ces difficultés de communication et d'interactions s'ajoutent souvent des difficultés du quotidien, parfois extrêmement agressives pour l'entourage et qu'il ne faut pas sous-estimer : des troubles alimentaires (sélectivité, refus des morceaux ou de certains aliments...) et des troubles du sommeil (difficultés d'endormissement et réveils nocturnes) sont en effet très fréquents. Un retard mental et une épilepsie sont des troubles fréquemment associés (respectivement dans 70 % et 30 % des cas) qu'il convient de rechercher.

Malgré tout, il existe une grande hétérogénéité des situations, des profils cliniques et de l'évolution des enfants ayant un TSA au cours de leur développement. Celle-ci nécessite donc que les interventions éducatives, pédagogiques et thérapeutiques soient diversifiées, complémentaires, coordonnées et adaptées aux besoins singuliers de chaque enfant. Pour cela, une évaluation pluridisciplinaire est indispensable afin de définir les difficultés, les besoins, mais aussi les ressources et capacités adaptatives de l'enfant. Les modalités de prise en charge restent encore très hétérogènes en France, mais il est acquis qu'elles doivent intervenir le plus précocement possible (avant 4 ans), être intensives et multidisciplinaires.

Principaux signaux d'alarme des troubles du spectre autistique

- Communication
 - Pas de babillage à 12 mois
 - Pas de mot à 18 mois
 - Pas d'association de mots à 24 mois
- Interactions
 - Faible réactivité aux stimuli
 - Manque d'accrochage du regard
 - Pas de jeu de faire semblant
 - Pas de pointage
 - Pas d'attention conjointe
- Comportement
 - Stéréotypies, automutilations
 - Jeux répétitifs

Signes d'alerte très précoces

- Avant 6 mois
 - Impression d'« étrangeté », bébé « trop calme », indifférent au monde sonore, regard anormal, défaut d'ajustement postural, rareté du sourire, troubles du sommeil et/ou de l'alimentation.
- Entre 6 et 12 mois
 - Activités solitaires, pas d'imitation, pas de babillage.
- Entre 12 et 24 mois
 - Absence de mots à 18 mois, absence d'association de mots à 24 mois, toute régression du langage, pauvreté des jeux, absence d'imitation, intérêt particulier, activités stéréotypées.

La prise en charge de l'autisme aujourd'hui

Les troubles du spectre autistique (TSA) sont un groupe de troubles caractérisés par des altérations qualitatives des interactions sociales réciproques et des modalités de communication, ainsi que par un répertoire d'intérêts et d'activités restreint, stéréotypé et répétitif. En France, il existe encore une grande hétérogénéité des modalités d'accompagnement des personnes ayant un TSA, selon les régions et établissements, avec une diversité des prises en charge et des approches théoriques [36]. L'hétérogénéité des situations, des profils cliniques et de l'évolution des enfants ayant un TSA au cours de leur développement nécessite que les interventions éducatives, pédagogiques et thérapeutiques soient diversifiées, complémentaires, coordonnées et adaptées aux besoins singuliers de chaque enfant [31, 77]. La prise en charge repose ainsi sur trois points essentiels.

L'évaluation

Elle est indispensable et doit être pluriprofessionnelle afin de définir et ajuster les interventions proposées dans le cadre d'un projet personnalisé d'interventions : il s'agit de définir les difficultés, les besoins, mais aussi les ressources et capacités adaptatives de l'enfant [36]. Elle repose sur des outils d'évaluation validés, utilisés lors de sessions répétées avec l'enfant.

Les résultats de cette évaluation doivent être communiqués et discutés avec les parents. Il s'agit de pouvoir construire avec eux une alliance de travail permettant de les associer au projet de soins.

Cette évaluation est essentielle en début de prise en charge et doit être renouvelée au moins une fois par an, parfois plus régulièrement dans certains domaines. Il s'agit d'évaluer les différents domaines du développement (communication et langage, interactions, domaine cognitif, sensoriel et moteur, comportement, autonomie et scolarité)

et de l'environnement de l'enfant. L'évaluation médicale est également indispensable, notamment dans le but d'identifier, diagnostiquer et traiter les pathologies les plus fréquemment associées aux TSA (épilepsie, troubles du sommeil, anxiété, dépression, troubles du déficit de l'attention avec hyperactivité, troubles nutritionnels).

La proposition d'un projet personnalisé d'interventions

Suite à l'évaluation initiale, les professionnels et les parents co-élaborent un projet d'interventions et ce, le plus précocement possible (idéalement avant 4 ans et dans les 3 mois suivant le diagnostic) [91]. Ce projet comprend des interventions thérapeutiques telles que l'orthophonie, la psychomotricité, la psychothérapie, sollicitant les fonctions ne se développant pas spontanément (attention, fonctions sensorielles et motrices, langage, mémoire, reconnaissance et gestion des émotions...). La mise à disposition, le plus tôt possible, d'outils de communication alternative ou augmentée est recommandée [77].

Le développement de la réciprocité des échanges sociaux nécessite que des interventions spécifiques soient proposées, en séances individuelles (thérapie) ou de groupe (entraînement aux habiletés sociales). Les soins en institution peuvent être associés à des interventions au domicile de l'enfant, permettant une prise en charge globale plus intensive et facilitant la généralisation des acquis [31, 91].

En parallèle de ces interventions, il est indispensable de mettre en place une scolarisation adaptée, soit en milieu ordinaire avec accompagnement professionnel et dispositif spécifique (service d'éducation spéciale et de soins à domicile, auxiliaire de vie scolaire individuel [AVS-i] formé, classe pour l'inclusion scolaire [CLIS, ULIS]...), soit en secteur sanitaire/médico-social,

avec des méthodes pédagogiques adaptées.

Les approches éducatives et comportementales (interventions fondées sur l'analyse appliquée du comportement dites ABA, le programme de Denver, le programme TEACCH [traitement et éducation pour enfants avec autisme ou handicap de la communication]...) ont montré leur efficacité à moyen terme sur le quotient intellectuel, les compétences de communication et le langage, comparativement aux pratiques éclectiques, avec une amélioration pour environ 50 % des enfants [36].

Les psychotropes ne se prescrivent qu'en seconde intention, en cas de dépression, anxiété ou troubles du comportement [77]; quant à la mélatonine sous forme magistrale, elle peut être indiquée en cas de troubles sévères du sommeil.

La nécessité de faciliter l'écoute et le soutien des parents

Il s'agit notamment de leur proposer différentes modalités d'appui : informations sur le diagnostic et les interventions, aide à la compréhension des difficultés spécifiques de leur enfant, soutien psychologique individuel ou en groupe, contact avec les associations de parents, accompagnement dans les démarches nécessaires, notamment auprès de la maison départementale pour les personnes en situation de handicap (MDPH).

Toutes ces interventions doivent ainsi être pensées en équipe et organisées d'un point de vue global. La coordination, la continuité et la complémentarité des interventions sont autant de facteurs favorisant l'efficacité des soins mis en place. Elles rendent ainsi nécessaires les échanges réguliers entre professionnels, les rencontres inter et intra-institutionnelles et les réévaluations régulières de l'enfant ainsi que de son projet personnalisé d'interventions [31].

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 56.

Julie Le Foll
Léa Conversy
Antoine Guedeney
Service de psychiatrie infanto-juvénile, hôpital Bichat Claude-Bernard APHP, université Denis-Diderot, Paris



Compréhension des troubles psychiques à l'adolescence et spécificité de la prise en charge

Philippe Jeammet
Professeur
de psychiatrie
de l'enfant
et de l'adolescent

L'adolescence occupe une place particulière dans le cours de la vie de chaque être humain. On peut considérer qu'elle est la réponse de la société à un phénomène physiologique, la puberté, avec pour conséquences l'accession à la maturité physique et à la capacité de procréer. Cette évolution n'est certes pas propre aux êtres humains mais elle prend chez eux, du fait de leurs caractéristiques psychiques, une importance particulière qui permet de comprendre que dès que les humains se sont organisés en sociétés structurées ils ont éprouvé le besoin d'encadrer ce temps de mutation par des rites, comme s'ils en craignaient les possibles effets désorganisateur sur le groupe.

Chez les êtres humains, cette menace sur le groupe se double en miroir d'une menace semblable pour chaque adolescent. Menace de la perte de la protection parentale et menace de la confrontation avec ses pairs et avec les adultes. Du fait de la conscience qu'il a de lui-même, cette conscience réflexive propre aux humains, cette situation oblige l'adolescent à se questionner sur ses forces propres et sa valeur. L'adolescence n'est pas une maladie bien sûr, mais elle contraint l'adolescent à faire sien, à s'approprier ce qu'il a reçu de ses parents sans l'avoir choisi, héritage génétique et éducatif. On comprend que ce moment exceptionnel de transition puisse être un révélateur puissant à la fois de nos appétences et de nos attentes mais aussi de nos vulnérabilités qu'il contribue à révéler.

La puberté est donc un facteur de vulnérabilisation de l'individu. À ce titre, elle peut servir de modèle à l'observation et à la compréhension des réponses aux menaces de désorganisation de la personnalité et en particulier de tout ce qui entre dans le champ de la psychopathologie. Il existe pendant toute cette période une communauté d'enjeux qui fait de cet âge une période critique, à risques spécifiques. Ces enjeux se situent dans la possibilité de voir ce qui est de l'ordre d'une vulnérabilité dans l'enfance, faire place dans l'adolescence et l'immédiate post-adolescence à des conduites pathogènes car susceptibles de réorganiser la personnalité autour d'elles et de figer le sujet dans la répétition de ces comportements, que l'on peut alors qualifier de pathologiques. C'est cette capacité de fixation et d'organisation, particulièrement active à cet âge, qui en fait tout le risque, mais aussi, à l'inverse, tout l'atout possible.

Les émotions : une menace interne potentielle

Comme l'animal, nous sommes programmés pour réagir

à toute menace sur notre territoire. Réagir, c'est-à-dire mettre en œuvre des réponses actives dont le but est de préserver la vie de l'individu. Réactions déclenchées sous la contrainte d'émotions primaires dont encore une fois nous ne choisissons ni la nature ni l'intensité. Mais ce qui différencie les êtres humains, c'est que les facteurs déclenchant de ces émotions, c'est-à-dire les sources de la menace, se sont considérablement complexifiées, mais aussi que la conscience qu'il en a autorise des possibilités de contrôle et donc de choix de la réponse.

Diversification des sources de la menace parce que celle-ci ne provient plus seulement du monde externe mais de l'intérieur même du sujet. Les émotions suscitées par le seul désir ou besoin de quelqu'un ou de quelque chose peuvent être ressenties comme un pouvoir de celui-ci ou de celle-ci sur nous et donc comme une menace potentielle. Tout objet de désir peut ainsi devenir un facteur de déséquilibre de l'homéostasie de l'individu, une menace pour son autonomie et engendrer un sentiment d'impuissance proportionnel au pouvoir conféré à cet objet. Ceci d'autant plus que les émotions suscitées sont plus fortes. Les émotions humaines ont ainsi cette propriété spécifique de pouvoir être en quelque sorte le cheval de Troie des autres en nous. Toute la vie quotidienne est imprégnée de cette potentialité qui ne prend une tournure dramatique que si la vulnérabilité de l'intéressé est telle que le désir est vécu comme une menace de débordement et de désorganisation. Mais elle contribue aussi aux charmes de la vie, amoureuse notamment. Comme toujours, ce sont les sujets les plus fragiles qui en feront les frais.

Selon le contexte, être ému par une pensée, un souvenir, la présence de quelqu'un, des propos, son attitude à notre égard, peut être source de plaisir intense, d'euphorie, de gratitude, de bonheur, la liste des sentiments positifs possibles est infinie. Dans ce cas loin d'être une menace, les émotions suscitées peuvent renforcer la confiance en soi et le sentiment de sécurité. Mais ce qui est possible dans le positif l'est aussi dans le négatif. Cette valeur négative fait alors des émotions un ennemi interne : « *Si tu me touches, tu me menaces* ». Être ému devient alors synonyme de faiblesse. Par l'émotion, l'autre fait intrusion dans notre intimité et menace l'image que nous voulons avoir et donner de nous-mêmes et au-delà peut faire craindre un effondrement. Ainsi les émotions, qui à l'origine sont là pour perpétuer la vie et protéger l'individu des menaces vécues de l'extérieur, peuvent se transformer, du fait

de la conscience que l'homme en a, en un ennemi de l'intérieur, comme de façon analogique les anticorps destinés à nous défendre des agresseurs extérieurs peuvent donner naissance aux maladies auto-immunes.

La destructivité : une réponse toujours possible à l'impuissance

Quoi qu'il en soit, que la menace vienne de l'extérieur ou de l'intérieur, son caractère menaçant est lié au risque d'impuissance face au danger présumé. Risque que les émotions primaires à but défensif qui surgissent sont censées conjurer par la mise en place de conduites très différentes, voire opposées, dans leurs expressions qui vont de l'agression à la soumission à l'agresseur, mais qui ont en commun de redonner un rôle actif au sujet menacé. Être actifs face à la menace, y compris en faisant le mort ou l'autruche, voilà à quoi sont programmés les êtres vivants. L'homme n'échappe pas à cette règle. Mais à cette conduite qu'on peut qualifier d'instinctive, en tout cas en lien direct avec les émotions primaires déclenchées par la menace, fait écho par la conscience réflexive l'effet de ces conduites sur l'image que l'individu se fait de lui-même. Or ces réponses, quelles qu'elles soient, à partir du moment où elles existent ont un effet positif sur cette image du sujet, parce qu'elles lui donnent le sentiment de redevenir acteur de sa vie, d'échapper à l'impuissance et de renforcer une identité incertaine, voire menacée.

Qu'est ce qui est susceptible de susciter une telle adhésion à ces réponses quelles qu'elles soient ? Le point commun, c'est toujours à mes yeux le défaut de ressources internes de sécurisation et ses conséquences : la nécessité de développer une relation d'emprise et de se cramponner à des éléments perceptivo-moteurs de la réalité externe ou à une conviction interne. La sécurité que le sujet n'a pas, il la trouve dans l'effet de soulagement apporté par le comportement actif qui lui redonne la position d'agent de sa vie.

La clinique psychiatrique, et plus particulièrement celle de l'adolescence, vient illustrer de manière spectaculaire et paradoxale la portée adaptative des troubles psychiatriques qui peut rendre compte de l'adhésion du patient à ses troubles aussi destructeurs puissent-ils être. Demandez à des jeunes filles qui se scarifient pourquoi elles le font, elles hésitent, disent que c'est elles et pas elles, que c'est plus fort qu'elles mais en fin de compte, ce qui revient comme un *leitmotiv*, c'est « ça me soulage ». On peut comprendre comme relevant du même processus le soulagement du mélancolique quand il a programmé son suicide : « *Si cela me soulage c'est que c'est vrai et que c'est mon choix* ». C'est ce que m'ont appris les adolescents : la destructivité comme créativité du pauvre, c'est-à-dire de celui qui se sent impuissant. Avant de s'effondrer, de disparaître, un acte de vie, prométhéen en quelque sorte, reste toujours possible : détruire. « *Je n'ai pas choisi de naître* » nous disent les adolescents qui ont des comptes à régler avec leur filiation ; « *mais je peux choisir de mourir* » affirmant

par-là à la fois une radicale différence avec ceux qui leur ont donné la vie et leur pouvoir démiurgique de refuser ce dont ils ont hérité et qu'ils n'ont pas choisi au profit d'une destruction qui leur appartient. Détruire, y compris soi-même, devient ainsi une façon paradoxale, propre aux êtres humains, de manifester leur volonté d'exister et leur capacité de sortir de l'impuissance et de demeurer agents de leur vie.

Les troubles dits psychiatriques qui apparaissent plus comme des tentatives de maîtrise d'un débordement voire d'une désorganisation émotionnels secondaires à un vécu d'impuissance, de menace sur notre équilibre de ce que l'on peut appeler « l'homéostasie » psychique, ont ceci de spécifiques qu'ils retentissent massivement sur la relation du sujet à lui-même et à son environnement. La dimension psychique n'intervient que par voie de conséquence. Le trouble émotionnel demeure dépendant des neurotransmetteurs, eux-mêmes régulés à la fois par la biologie des émotions et par la qualité des liens de confiance avec l'entourage. Les différents troubles psychiques ne correspondent pas à autant de maladies différentes comme peuvent l'être les maladies infectieuses ou toutes autres maladies somatiques habituelles. Le « choix » des formes d'expression des symptômes psychiatriques dépend à la fois du tempérament du sujet, de sa dimension génétique et de son contexte environnemental, affectif et culturel. C'est la contrainte émotionnelle initiale qui confère son caractère pathogène à ces conduites quand elles génèrent des effets négatifs sur les capacités d'échanges et de développement du sujet. Au fond, tous ces troubles ne sont pas « fous » car ils apportent au sujet un sentiment de se retrouver acteur de sa vie, mais ils sont potentiellement dangereux et injustes car ils dupent le patient sur sa capacité de choisir et sur les conséquences délétères.

Ce caractère contraignant d'une conduite et son pouvoir réorganisateur sur la personnalité de l'adolescent dépendent de deux ordres de paramètres :

- l'importance et la nature des facteurs de vulnérabilité mais aussi de protection ou de résilience qui appartiennent au passé du sujet : comme son hérité, son histoire individuelle et familiale ;
- la conjoncture dans laquelle se déroule l'adolescence, qu'elle concerne l'environnement immédiat de l'adolescent ou le contexte social plus général, en lien aussi bien avec les événements qu'avec la qualité des réponses de l'environnement aux attentes explicites et implicites de l'adolescent.

C'est la conjonction de l'ensemble de ces paramètres qui est spécifique à l'adolescence. Ceux-ci demeurent pour une grande part d'entre eux à l'état de virtualités que l'adolescence est susceptible de concrétiser d'une façon temporaire ou durable voire définitive. Nous nous trouvons donc en présence d'un éventail de possibles entre les situations où le poids des contraintes pathogènes de tous ordres est tel que l'adolescence ne pourra pas se dérouler sans la concrétisation d'une ou



La santé : un capital en construction dès l'enfance

de plusieurs conduites pathologiques, et celles qui ne s'exprimeront, puis ne s'organiseront, qu'en fonction de la nature de la réponse environnementale.

Les motifs de consultation à l'adolescence

Ils sont extrêmement divers. Certains sont plus représentatifs des difficultés de l'adolescent : les troubles du comportement, et à un moindre degré les plaintes somatiques, ne préjugent pas nécessairement de la gravité des difficultés de l'adolescent et ils appartiennent à des registres psychopathologiques différents.

Plusieurs étapes seront nécessaires dans la démarche du thérapeute face à ces motifs de consultation :

- Savoir les entendre et ne pas les disqualifier par une méconnaissance de leur portée pour l'adolescent, par une banalisation et une attitude qui se voudrait rassurante mais qui ignorerait la souffrance et l'attente cachées derrière le motif apparent.
- Savoir les situer dans leur contexte, c'est-à-dire apprécier s'ils se soutiennent pour l'essentiel de leur intrication avec les problèmes et les conflits de l'entourage ou s'ils appartiennent d'une façon déjà bien organisée et contenue à l'économie psychique interne de l'adolescent.
- Savoir évaluer leur signification psychopathologique en particulier par rapport : à un risque de passage à l'acte notamment suicidaire ; à une évolution dissociative ; à une perte des capacités relationnelles ; à un risque d'organisation de la personnalité, de l'identité et de l'image de lui-même qu'a l'adolescent autour de la conduite déviante.

Trois constatations s'imposent au préalable :

- Les adolescents viennent rarement consulter d'eux-mêmes. Ceci demande bien sûr à être relativisé et plus on s'éloigne du début de l'adolescence, plus il est possible que l'adolescent exprime une demande personnelle. Ce sera alors essentiellement pour des motifs de rupture avec la famille : conflits aigus, violences parentales, fugues, prise de drogues. Ces cas restent cependant marginaux par rapport à une demande indirecte qui passe par les parents ou les adultes qui s'occupent de l'adolescent : enseignants, éducateurs.
- Les motifs de consultation varient sensiblement avec l'âge de l'adolescent et la période de l'adolescence correspondante. Plus on s'approche de la fin de l'adolescence, plus l'adolescent présente des symptômes proches de la psychiatrie de l'adulte et plus il peut exprimer une souffrance personnelle.
- Les motifs de consultation et les signes d'alarme ne coïncident pas nécessairement. Du fait même de la difficulté des adolescents à exprimer une plainte personnelle, l'entourage sera surtout sensible aux manifestations les plus bruyantes de l'adolescent pour lesquelles il consultera le plus rapidement, alors qu'elles ne sont pas toujours les plus inquiétantes. Par contre, toutes les attitudes de retrait, de repli sur la famille et sur soi, de répression pulsionnelle, d'inhibition et d'évitement seront tolérées beaucoup plus longtemps alors qu'elles

peuvent témoigner d'un processus pathologique grave qu'il aurait fallu dépister plus précocement.

Il n'est pas nécessaire ici de dérouler le catalogue de la diversité des modes d'expression des difficultés d'adaptation des adolescents à leur situation. Derrière l'extrême variété de ces manifestations, on retrouve ce fond commun de menace et d'insécurité qu'aggrave le sentiment de solitude. Le mode de réponse n'est pas choisi, il répond à cette contrainte émotionnelle à agir et tire son sens non pas tant de sa forme expressive que du fait d'exister et donc d'être agi, même si cet agir est une plainte ou une dépression. En revanche, sa forme et ses effets ne sont pas indifférents, et c'est là le vrai problème. Le caractère pathogène commun réside dans les effets de maîtrise au détriment de ce qui fait la vie, les échanges dans les trois domaines déjà cités. Le degré de pathogénie dépendra bien sûr de la force et de l'étendue de la contrainte ainsi que du domaine concerné. Les conséquences ne sont pas les mêmes s'il s'agit d'une phobie des serpents, d'une agoraphobie ou d'une phobie scolaire ; de même, s'il s'agit de tourner systématiquement trois fois la clé dans la serrure ou de passer une heure à se laver les mains. Il est probable, pour ne pas dire certain, que le champ d'expression de ces contraintes s'élargira au fur et à mesure que nous découvrons d'autres perspectives d'expression de ce qui peut faire notre singularité, comme c'est déjà le cas dans le domaine des choix alimentaires ou du champ du virtuel.

Conduite à tenir

Elle dépend beaucoup de la conception que l'on a des troubles psychiques. Cette conception devrait être partagée par tous les acteurs susceptibles d'être concernés : les parents en premier, mais aussi le milieu scolaire, médical et éducatif. Il convient de repérer le trouble, même et surtout si l'adolescent essaie de le cacher ; d'aider celui-ci à l'exprimer, à en comprendre le rôle et parfois même les avantages immédiats en matière de maîtrise notamment mais aussi les risques d'enfermement et d'autorenforcement. Comprendre qu'il faut chercher à répondre au malaise qui alimente ces troubles par d'autres moyens que de s'abîmer et de se priver, ce à quoi l'adolescent a droit pour s'épanouir dans les trois domaines du développement de son corps, de ses compétences et de sa sociabilité.

Les premières règles de conduite à adopter peuvent se résumer à :

- prendre en compte ce qui ne va pas mais sans le dramatiser, le diaboliser, le psychiatriser ;
- ouvrir le dialogue avec l'adolescent, en accroissant si nécessaire le nombre de personnes impliquées en passant d'un des parents au couple, à la fratrie, à des personnes de confiance mais aussi éventuellement l'école, des intervenants divers comme ceux des maisons de l'adolescent, un psychologue, un psychiatre ;
- ne pas tout focaliser sur l'adolescent, mais pouvoir mobiliser les parents voire la fratrie. Devant le refus de

l'adolescent, c'est aux parents à demander et même à savoir exiger un entretien ou une consultation commune avec l'adolescent, ne serait-ce que parce qu'eux en sont demandeurs et ont besoin d'en parler avec un professionnel.

Le projet thérapeutique fondamental a pour objectif de sortir l'adolescent de l'enfermement lié au sentiment de menace. Il suppose une ouverture vers les circuits normaux, l'école en particulier, parfois vers une mise à distance partielle d'avec la famille par l'internat, la mise en place de réponses thérapeutiques plus spécifiques, individuelles ou familiales, psychothérapie et/ou psychotropes selon les cas. Il est important d'être convaincu que tous ces moyens sont avant tout des outils de liberté susceptibles d'aider l'adolescent à se libérer de ses contraintes internes à effets négatifs.

Le but est toujours d'éviter l'enfermement dans ces comportements et d'éviter que des vulnérabilités pré-existantes ne s'expriment à l'occasion de ces difficultés, essentiellement dans les deux domaines où le poids des facteurs génétiques est important, ceux des troubles de l'humeur et ceux appartenant au champ de la schizophrénie. Il ne faut pas y penser tout le temps mais il faut être attentif le plus tôt possible aux signes en faveur de ces diagnostics qui, on le sait, justifient un traitement adapté précoce, facteur de meilleur pronostic.

Le dilemme et la difficulté du projet thérapeutique seront de satisfaire les besoins de dépendance en tant qu'ils entravent la reprise des besoins de maturation de la personnalité sans renforcer ou créer une dépendance aux soignants par agrippement à leur réalité matérielle. Il faudra donc créer les conditions d'une relation rendue tolérable.

Comment dénouer le piège et ouvrir le lien ? C'est à ce double défi que sont confrontés les thérapeutes de ces patients. Comment les aider à retrouver une motivation à prendre soin d'eux ? Comment rendre tolérable cette motivation et éviter qu'elle ne soit perçue comme un facteur de déséquilibre interne, une perte de la sécurité narcissique que leur procure leur conduite pathogène et un pouvoir sur eux donné à celui qui les motive ? L'expérience montre que cette motivation naît difficilement spontanément et nécessite le détour par l'intérêt pour eux d'un autre ou de plusieurs. Mais comment à la fois faire en sorte que cet intérêt soit perceptible par le patient, qu'il y soit sensible et qu'il le tolère ?

Comment sortir de l'impasse ? À un paradoxe, il faut parfois savoir répondre par un autre paradoxe. Parce que ce dont ont besoin ces patients est aussi ce qui les menace, il faut savoir leur prescrire, et parfois leur imposer, ce qu'ils n'oseraient pas se permettre d'acquiescer ni même de montrer qu'ils le désirent. À cette contrainte interne, il faut savoir opposer une contrainte externe porteuse de liberté potentielle. La prescription et parfois même l'imposition de ce que le sujet attend sans oser se l'avouer peut être paradoxalement quelque chose qui soulage. En effet, avoir des exigences permet à celui qui en est l'objet de satisfaire un certain nombre de ses

désirs et besoins, sans avoir à les reconnaître, mais en pensant qu'il ne fait que subir une contrainte extérieure. Or, celle-ci est toujours ressentie moins péniblement que les contraintes intérieures liées aux besoins et désirs qui représentent la véritable passivité, la plus dangereuse pour l'intégrité du Moi, car ce dernier ne peut se révolter totalement contre elles, comme dans le cas des contraintes externes puisqu'il en est le complice et qu'elles font partie de lui. Mais à condition d'éviter la confrontation en miroir dans l'emprise réciproque. Elle n'est pas toujours évitable, car il faut tenir dans la durée. Mais on l'évitera d'autant plus que ce qui nous fait imposer certaines limites n'est pas le désir d'être le plus fort, mais la conviction, qui s'oppose momentanément à celle du patient, que derrière le refus se cache l'appétit et la peur qu'il inspire. C'est à l'adulte de prendre le parti de la vie parce qu'il sait lui que c'est l'ouverture qui permettra à l'enfant de s'épanouir et de garder un lien de plaisir et non plus de contrainte. Dans ces conditions, les mesures éducatives et pédagogiques, d'ordre individuel ou institutionnel, lorsqu'elles sont nécessaires, ne sont pas antagonistes de la démarche psychothérapeutique, mais au contraire peuvent être conçues comme son complément utile, voire indispensable, et faire partie intégrante de la même approche compréhensive et dynamique de l'adolescent. Au travers de la forme et de la technicité propre à chaque approche (éducative, pédagogique, ergothérapeutique...) il s'agira d'offrir à l'adolescent une zone transitionnelle, dans le sens donné à ce terme par Winnicott, un espace de rencontre avec l'adolescent où puisse se développer une aire d'échanges et de plaisirs partagés, sans que ceux-ci soient sexualisés et excitants, c'est-à-dire sans que l'adolescent ait à prendre clairement conscience de ces plaisirs et surtout sans qu'il ait à se poser la question de leur provenance et du rôle et de la place d'autrui dans leur déroulement. Le but de ce « faire avec l'adolescent » est de restaurer un plaisir de fonctionnement le plus large possible qui s'étaye sur la relation d'une façon la moins conflictuelle possible.

C'est pour tenir compte de ces données qu'il nous paraît que la thérapie bi ou plurifocale représente par sa seule mise en place une potentialité de prévention et de réponse en quelque sorte extemporanée de ces difficultés inhérentes au fonctionnement adolescent. Elle consiste en ce qu'un thérapeute s'occupe de la réalité externe de l'adolescent : son ou ses symptômes, sa famille, son environnement, scolaire notamment. C'est lui qui prescrit des médicaments si nécessaire, ou des thérapies complémentaires, qui pose l'indication de la psychothérapie et peut discuter avec l'intéressé du bien-fondé ou non de la continuité de cette psychothérapie. Le référent, qui est souvent celui qui a reçu initialement le patient et sa famille, constitue le garant narcissique du projet thérapeutique et au-delà de l'adolescent lui-même. Il représente un lien de continuité, se prête facilement à une idéalisation car le lien relativement lâche, en tout cas plus qu'avec le psychothérapeute, permet de



le maintenir plus aisément. Il s'offre enfin comme un transfert latéral possible, tout en garantissant dans la réalité externe un support de différenciation susceptible de soutenir la différenciation des objets internes. La différence de sexe entre les deux thérapeutes peut être sur ce point un atout supplémentaire.

Le travail avec l'adolescent est guidé par cette nécessité première de lui rendre tolérable ce dont il a besoin et dans une certaine mesure ce qu'il désire afin que besoin et désir ne soient pas perçus par lui-même comme un risque d'aliénation à l'objet ainsi investi. Dans cette optique, le travail sur les limites et les fac-

teurs de différenciation est primordial et ce à tous les niveaux : différenciation entre dedans et dehors, entre les intervenants externes avec qui il entre en relation, mais également entre les différentes composantes et représentations qui constituent son monde psychique interne. C'est souligner que la diversification et la complémentarité des intervenants et des approches sont une nécessité, mais la contrepartie en est une nécessaire cohérence dans la diversité. Cette cohérence qui a elle-même fonction de tiers et de limite ne peut venir que d'un travail d'élaboration en commun sur la compréhension des modalités de fonctionnement de ces sujets.

Handicap dans l'enfance

Léa Conversy
Julie Le Foll
Antoine Guedeny
Service
de psychiatrie
infanto-juvénile,
hôpital Bichat
Claude-Bernard
APHP, université
Denis-Diderot, Paris

Qu'appelle-t-on handicap ?

Étymologiquement, le mot handicap vient de la contraction de trois mots anglais *Hand In Cap* (la main dans le chapeau).

Une première classification, la Classification internationale des déficiences incapacités et handicap (CIDIH) ou modèle de Wood, a été élaborée dans les années 1970 par Philip Wood au sein de l'OMS. Elle a été introduite en complément de la Classification internationale des maladies (CIM) qui ne prend pas en compte les conséquences de ces dernières sur la vie de l'individu.

La CIDIH est un modèle tridimensionnel décrivant l'ensemble des phénomènes qui succèdent à la lésion et conduisent au handicap. Le premier niveau d'analyse est lésionnel, caractérisant les déficiences ; le deuxième niveau est fonctionnel, caractérisant les incapacités et le troisième concerne le désavantage social, caractérisant le handicap.

Une déficience est la perte de substance ou l'altération d'une fonction ou d'une structure psychologique, physiologique ou anatomique.

L'incapacité est la réduction, résultant d'une déficience, partielle ou totale de la capacité d'accomplir une action dans les limites considérées comme normales pour un être humain.

Le handicap est le préjudice ou désavantage social pour un individu qui résulte d'une déficience ou d'une incapacité et limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle normal (en rapport avec l'âge, le sexe, les facteurs sociaux et culturels) [19].

La dernière classification de l'OMS, apparue en 2001 pour remplacer la CIDIH, est la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF), qui prend davantage en compte les facteurs environnementaux. Cette nouvelle approche se veut moins négative et vise à faire reconnaître les efforts et actions développés par les personnes handicapées pour s'insérer dans la société.

Dans la CIF, l'OMS propose la définition suivante : « *Handicap est le terme générique qui désigne les déficiences, les limitations d'activités et les restrictions de participation.* »

Dans ce concept comme dans celui de la CIDIH, une même déficience n'entraîne pas forcément les mêmes retentissements sur l'activité ou la participation.

Le fonctionnement décrit le versant positif des composantes d'activité et de participation ; le terme de handicap désigne le versant négatif [19].

La loi française du 11 février 2005 « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » réformant la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées du 30 juin 1975, précise : « *Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activités ou restriction de participation à la vie en société, subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive, d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant* » [17].

L'enfant handicapé est l'enfant qui n'a pas les activités ni la participation normales pour son groupe d'âge dans la société dans laquelle il vit.

Chez le même enfant, la coexistence de plusieurs déficiences avec conservation des facultés intellectuelles définit le multi ou plurihandicap à différencier du polyhandicap, qui associe déficience mentale et déficience physique de cause unique, où l'enfant présente des troubles des capacités de communication et une dépendance majeure.

Origine des handicaps chez l'enfant

Cinq grandes catégories de déficiences sont identifiées :

- les déficiences psycho-intellectuelles, comportementales et/ou cognitives ;
- les déficiences motrices (d'origine congénitale ou acquise) ;

Les références entre
crochets renvoient à la
Bibliographie générale
p. 56.

Les troubles liés à l'exposition à l'alcool *in utero* : une pathologie évitable et mal connue

Les « troubles liés à l'alcoolisme fœtal » (TCAF ou *Fœtal alcohol spectrum disorders*) sont un ensemble de tableaux cliniques plus ou moins sévères, conséquences d'une consommation d'alcool de la mère pendant la grossesse. Outre une hypotrophie néonatale non spécifique pouvant porter sur le poids, la taille et/ou le périmètre crânien, des anomalies faciales, inconstantes et identifiables par un professionnel bien entraîné, les conséquences des lésions cérébrales définitives liées à l'exposition alcoolique *in utero* se manifesteront au cours du développement par des déficits d'apprentissage et de comportement, source de difficultés d'insertion sociale et de limitation d'activités [3]. La toxicité de l'alcool est démontrée dès la phase embryonnaire et tout le long de la grossesse et, bien que des consommations importantes soient associées aux formes les plus sévères, il n'existe pas d'effet seuil ; aussi, l'abstinence pendant la grossesse est le seul message préventif à faire passer. Aucun des signes cliniques évoqués n'est spécifique, le tableau est souvent incomplet et il n'existe pas de marqueurs biologiques ou radiologiques. Le diagnostic de TCAF repose sur un faisceau d'arguments cliniques, dans un contexte d'alcoolisation maternelle. Aussi, le diagnostic est rarement fait ou tardivement, d'autant que la révélation d'une consommation d'alcool pendant la grossesse reste taboue, et non systématiquement recherchée par les professionnels de santé. Ceci explique qu'il n'existe pas ou peu de chiffres de prévalence de ce syndrome : en France, une étude réalisée par l'InVS a estimé, en 2008, à près de 1 pour 1 000 naissances [8] la fréquence de la forme complète du syndrome (syndrome d'alcoolisation fœtale ou SAF)¹, repérable à la naissance.

Les épidémiologistes s'accordent sur un taux de l'ensemble des TCAF de 1 % à 5 % dans les pays développés où des études en milieu scolaire ont été menées (États-Unis, Canada, Italie...) [66]. Il s'agit ainsi de la première cause de retard mental d'origine non génétique et d'un véritable problème de santé publique, pourtant totalement accessible à la prévention. Même en l'absence de traitement, le diagnostic est fondamental à poser : il apporte des clés indispensables pour comprendre le fonctionnement de la personne. Il jette un autre éclairage sur les difficultés de la vie quotidienne, les difficultés d'apprentissage, les comportements non adaptés pour l'âge, le non-respect des règles (oubliées ou non comprises), les oublis répétés, les colères liées à la frustration de ne pas pouvoir (et non de ne pas vouloir), autrement mis sur le compte de la paresse, de la mauvaise volonté ou d'une volonté de mal faire. Ce handicap invisible, s'il n'est pas compris et accompagné, conduit à la déscolarisation puis à la désinsertion sociale. Or, il existe des mesures psycho-éducatives qui améliorent considérablement la vie des personnes avec TCAF, à l'école comme dans leur famille : par exemple, lutter contre l'hyperstimulation auditive et visuelle, mettre en place des pense-bêtes (par *post-it* ou SMS), donner plus de temps pour apprendre, permettre de s'isoler en cas d'excitation trop importante, etc. [13, 62]. Faute d'un accompagnement adéquat, les adolescents, puis les adultes se trouvent facilement entraînés dans des actes de petite délinquance. Aussi, au Canada, des programmes dédiés aux TCAF sensibilisent le personnel de la protection judiciaire de la jeunesse à l'identification de jeunes possiblement atteints de TCAF, leur permettant, si le diagnostic est

confirmé, de bénéficier de circonstances atténuantes, de conditions de sortie de détention aménagées. La compréhension de l'origine de ses difficultés est, de l'avis même des intéressés, un soulagement. De plus, le diagnostic de TCAF chez un enfant permet la prise en charge de la mère, parfois toujours en difficulté avec l'alcool, de repérer les mêmes troubles chez un aîné non diagnostiqué et éventuellement de prévenir l'atteinte d'un enfant à naître.

En matière de prévention, la France a rendu obligatoire sur les bouteilles d'alcool un dessin indiquant que leur consommation est déconseillée aux femmes enceintes. On peut toutefois regretter la taille microscopique du logo. La consommation d'alcool doit être abordée dans les entretiens prénataux, mais c'est en amont de la conception qu'il faudrait sensibiliser les femmes en âge de procréer. La pratique de l'ivresse express festive (*binge drinking*), assez répandue chez les jeunes, peut atteindre l'embryon alors que la jeune fille ne se sait pas enceinte [64]. Aussi, les campagnes de prévention doivent cibler « l'incompatibilité » entre rapports sexuels sans contraception et consommation importante d'alcool. Les médecins traitants et les gynécologues doivent interroger les jeunes femmes sur leur consommation d'alcool et leur désir d'enfant pour les motiver à s'abstenir de boisson alcoolisée dès le tout début de la grossesse. ?

1. Le SAF est le syndrome complet (hypotrophie, anomalies faciales et troubles neurodéveloppementaux) que l'on peut repérer dès la naissance, les TCAF (FASD en anglais) désignant l'ensemble des troubles dont les formes incomplètes, 10 fois plus fréquentes que le SAF, et souvent diagnostiquées plus tardivement en l'absence des anomalies faciales.

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 56.

Juliette Bloch
Directrice scientifique de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)



La santé : un capital en construction dès l'enfance

- les déficiences sensorielles (essentiellement visuelles et auditives) ;
- les déficiences viscérales ;
- les déficiences de présentation ou esthétiques.

Épidémiologie

Les enquêtes nationales concernant le handicap chez l'enfant sont très parcellaires. On estime de 0,5 à 1 % le nombre d'enfants atteints d'une déficience grave chaque année. Il n'y a pas de moyen fiable pour comptabiliser les situations de handicap.

Les situations de handicap d'origine psycho-intellectuelle, comportementales et/ou cognitives sont les plus nombreuses, représentant deux tiers des cas [19].

Le Plan périnatalité 2005/2007 rappelle que 15 000 enfants naissent avec un handicap chaque année, dont 7 500 avec des déficiences sévères. Près de la moitié de ces handicaps est d'origine périnatale (soit 3 000 à 4 000 naissances par an), les autres d'origine génétique [69].

En 2009, près de 170 000 enfant de moins de 20 ans bénéficiaient en France de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) [19].

Évaluation

L'évaluation dépend de l'âge, des signes d'appel et de la présentation clinique, ainsi que du contexte. Elle

comporte un bilan analytique de chaque déficience et un bilan fonctionnel des incapacités [19].

Le suivi des enfants sur une durée prolongée incite à l'utilisation de bilans standardisés tels l'audiométrie, la mesure de l'acuité visuelle, les tests psychométriques, les bilans orthophoniques...

Évaluer les handicaps ne peut évidemment pas se limiter à l'évaluation des fonctions, mais doit tenir compte du mode de vie propre du sujet.

Projet thérapeutique

Le projet thérapeutique consiste en un suivi pluridisciplinaire coordonné de soins et d'éducation à la fois adapté aux capacités de l'enfant et conforme au projet familial. Il doit être réévalué régulièrement selon l'évolution de la situation de l'enfant. Ses objectifs principaux sont la limitation du handicap pour une autonomie plus grande, l'intégration sociale optimale et la préparation de la transition à l'âge adulte [19].

Dispositifs légaux de compensation du handicap

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées définit les grandes orientations en matière de compensation de handicaps. Elle vise à instaurer un guichet unique, la maison départementale des personnes en situation de handicap (MDPH), placée

La prise en charge des enfants handicapés : assurer une continuité

Le développement de l'enfant s'effectue en continuité, avec certains moments cruciaux au cours de ce processus. Or, le fonctionnement des institutions établit au contraire des ruptures franches entre les âges, ce qui est souvent formulé en termes de « découpage des âges ». Si une telle observation s'applique pleinement à tous les enfants, par exemple dans le cadre de leur scolarisation (obligation scolaire à 6 ans, critères de retard ou d'avance en fonction de normes d'âges à tel ou tel palier...), elle est encore plus sensible lorsqu'il s'agit d'enfants ou de jeunes reconnus « handicapés ». Ainsi, les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), dont la fonction est d'effectuer des actions de dépistage, de prévention et d'accompagnement pour enfants « handicapés », sont

habilités pour les âges de 0 à 6 ans. De leur côté, les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (Sessad) peuvent fonctionner à la fois pour les plus jeunes et les plus âgés, soit de 0 à 20 ans. Ces derniers sont parfois spécifiques pour tel ou tel type de déficience (par exemple pour sourds ou aveugles). À ces centres ou services, il convient encore d'ajouter divers services hospitaliers (qui jouent un rôle essentiel dans le suivi d'enfants dont une déficience a été repérée dès la naissance), des services de pédopsychiatrie, des centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP assurant des diagnostics et des traitements, en principe jusqu'à l'âge de 18 ans), etc. Devant ce qu'il faut bien appeler un kaléidoscope institutionnel, face auquel les familles concernées ont du mal à se situer,

la nécessité est devenue de plus en plus pressante de constituer des « guichets uniques », ce à quoi les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) ne répondent encore que partiellement, d'établir des centres de ressources (par exemple pour l'autisme) et, de manière générale, de coordonner les actions, de constituer des réseaux pour remédier aux difficultés de suivi, de mettre en relation les divers professionnels. C'est même à un partage de compétences et à des complémentarités indispensables qu'appelle la complexité même de nombreux cas d'enfants.

Mais au-delà de ces services spécialisés, c'est la question de l'accueil et de l'accompagnement, dans les lieux ordinaires de vie, des enfants en difficultés diverses et plus ou moins graves, qui a été soulevée

Éric Plaisance
Université Paris Descartes, Centre de recherche sur les liens sociaux

sous la direction du conseil général. Elle s'adresse aussi bien aux enfants qu'aux adultes, remplaçant la Cotorep et la commission départementale d'éducation spéciale (CDES) qui ont disparu. Elle comporte une équipe pluridisciplinaire chargée d'évaluer les besoins de compensation de la personne handicapée ainsi que son incapacité permanente, et de proposer un plan personnalisé de compensation du handicap. Cette équipe réunit des professionnels ayant à la fois des compétences médicales ou paramédicales ainsi que dans les domaines de la psychologie, du travail social, de la formation scolaire et universitaire, de l'emploi et de la formation professionnelle [17, 19].

La commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) prend les décisions relatives à l'ensemble des droits de la personne, en matière d'attribution des prestations et d'orientation, sur la base notamment du plan personnalisé de compensation du handicap élaboré par l'équipe pluridisciplinaire.

La CDAPH reconnaît le handicap et fixe un taux d'incapacité, se prononce sur l'orientation de la personne handicapée (milieu ordinaire, établissement spécialisé...), sur les mesures visant à assurer son insertion scolaire ou professionnelle et sociale (attribution d'un temps d'aide de vie scolaire...) et désigne les établissements ou services correspondant aux besoins de l'enfant handicapé et en mesure de l'accueillir. Elle attribue à l'enfant

l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) et, éventuellement, son complément et la majoration, la prestation de compensation du handicap (PCH), payées par la caisse des allocations familiales, ainsi que la carte d'invalidité (si taux d'invalidité > 80 %) et la carte de priorité (macaron GIC grand invalide civil) [17, 19].

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées renforce les actions en faveur de la scolarisation des élèves handicapés. Elle affirme le droit pour chacun à une scolarisation en milieu ordinaire au plus près de son domicile, à un parcours scolaire continu et adapté.

La scolarisation


Les élèves malades ou handicapés ont été pendant longtemps pris en charge par des établissements spécialisés. Actuellement, ils sont de plus en plus scolarisés dans le milieu scolaire ordinaire. Depuis la loi du 11 février 2005, tous les enfants sont obligatoirement inscrits dans une école de référence, généralement la plus proche de leur domicile, même s'ils n'y sont pas présents ou seulement à temps partiel. Le droit à l'éducation pour tous les enfants, quel que soit leur handicap, est reconnu comme un droit fondamental.

Le ministère de l'Éducation nationale estime que 225 560 élèves en situation de handicap étaient scola-

de plus en plus fortement. C'est l'enjeu de ce qui a d'abord été formulé en termes d'intégration dans les années 1980 et que les évolutions internationales actuelles tendent à exprimer comme « inclusion » ou encore comme « éducation inclusive ». Ce n'est pas une superficielle modernisation des terminologies mais une évolution fondamentale qui permet, au lieu de concéder une simple possibilité d'accès aux lieux ordinaires (comme dans l'intégration), de valoriser le droit de chacun à se situer parmi les autres, sans discrimination. En ce sens, la loi du 11 février 2005 dont le titre est significatif (« Pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ») énonce la priorité à la scolarisation en milieu ordinaire en instaurant le droit à

l'inscription dans l'établissement le plus proche du domicile appelé établissement « de référence », pour les enfants handicapés ou avec un trouble invalidant de la santé (selon les définitions de la loi).

De fait, la scolarisation en milieu scolaire ordinaire de ces enfants est en nette progression (95 081 en 2000 ; 210 395 en 2011), mais parallèlement l'accueil et la scolarisation en établissements hospitaliers et médico-sociaux reste stable (autour de 75 000). À cela, plusieurs explications : d'une part, les dispositifs officiels permettent, selon l'évaluation des « besoins » de l'enfant et son projet personnalisé de scolarisation (PPS), la scolarisation en établissements dits « adaptés » ; d'autre part, des handicaps divers se révèlent, voire se diversifient, au cours même de

la scolarisation, par exemple en maternelle, et contribuent donc à l'augmentation des effectifs en milieu ordinaire. Un autre constat important est celui de la diminution progressive de l'accueil en milieu ordinaire en fonction des paliers du système scolaire, car les transitions de l'un à l'autre (du primaire au collège puis au lycée) constituent des obstacles difficiles. Les améliorations souhaitées par différents acteurs et soulignées dans de nombreux rapports seraient d'assurer des liaisons et des accompagnements efficaces, en ne laissant pas la responsabilité entière aux familles. En réalité, la question des accompagnements est bien plus globale et elle se pose à tous niveaux : le statut et la formation des auxiliaires de vie scolaire font partie des débats importants qui sont en cours. 



La santé : un capital en construction dès l'enfance

risés en 2012-2013 dans les établissements relevant de lui : 136 421 dans le premier degré et 89 142 dans le second degré, soit une augmentation de 11 % en un an. Cette forte augmentation reflète l'ampleur de l'engagement de l'école en faveur de l'inclusion des élèves en situation de handicap.

Les enfants handicapés peuvent être scolarisés à l'école maternelle dès l'âge de 2 ans, si leur famille en fait la demande. Chaque école a vocation à accueillir les enfants relevant de son secteur de recrutement. Pour répondre aux besoins particuliers des élèves handicapés, un projet personnalisé de scolarisation (PPS) organise la scolarité de l'élève, assorti des mesures d'accompagnement décidées par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH). Les parents sont étroitement associés à la décision d'orientation de leur enfant et à la définition de son PPS créé par l'équipe de suivi de scolarisation (ESS), qui dépend de la MDPH.

La scolarisation peut être individuelle ou collective, en milieu ordinaire ou en établissement médico-social en fonction du handicap de l'enfant.

En établissement ordinaire, l'enfant peut être en classe ordinaire avec ou sans auxiliaire de vie scolaire individuelle (AVS-I) ou en classe spécialisée, classe d'inclusion spécialisée (CLIS) en école primaire et unités localisées pour l'inclusion scolaire (ULIS) ou section d'enseignement général et professionnel adapté (SEGPA) en secondaire.

Il existe quatre types de CLIS :

- CLIS 1 (ou D), les plus nombreuses, pour les enfants présentant des troubles importants des fonctions cognitives (retard mental global, difficultés cognitives électives, troubles psychiques graves, troubles graves du développement...) ayant la capacité de faire des apprentissages scolaires ;
- CLIS 2 (ou A) pour les enfants ayant des troubles auditifs importants (sourds ou malentendants) ;
- CLIS 3 (ou B) pour les enfants ayant des troubles visuels importants (aveugles ou malvoyants) ;
- CLIS 4 (ou C) pour les enfants ayant une déficience motrice grave ou un trouble de la santé évoluant sur une longue période et/ou invalidant.

Ces classes de douze élèves maximum font partie intégrante de l'ensemble du dispositif de l'enseignement spécialisé en France.

Les CLIS et les ULIS disposent généralement d'un auxi-

liaire de vie scolaire collectif (AVS-co), chargé d'apporter son concours à l'enseignant pour permettre une prise en charge adaptée à chacun des élèves de la classe.

Les lieux de soins médicaux et pédagogiques

En fonction du handicap de l'enfant, les soins peuvent être dispensés au domicile, en ambulatoire ou en institution.


Les consultations peuvent avoir lieu en cabinet libéral, en centre médico-psychologique (CMP) ou en centre médico-psycho-pédagogiques (CMPP).

Le centre d'action médico-sociale précoce (CAMPS) assure une prise en charge multidisciplinaire précoce des enfants de 0 à 6 ans présentant une maladie chronique, neurologique ou génétique.

Le service d'éducation et de soins spécialisés à domicile (SESSAD) est une équipe de suivi à domicile dispensant des soins de proximité pour les enfants de 0 à 20 ans.

L'hôpital de jour (HDJ) est une structure sanitaire qui dispose d'une équipe pluridisciplinaire (pédopsychiatre, psychologue, psychomotricien, éducateur spécialisé, ergothérapeute, instituteur détaché de l'Éducation nationale, assistante sociale...) qui dépend d'un établissement hospitalier et assure des soins polyvalents, individualisés, intensifs en les accueillant plusieurs (demi) journées par semaine.

Certains établissements ont une fonction spécifique.

- Les instituts d'éducation motrice (IEM) et les établissements régionaux d'enseignement adapté (EREA) sont des établissements spécialisés de l'Éducation nationale.
 - Les instituts médico éducatifs (IME), médico-pédagogiques (IMP) qui sont des structures médico-éducatives, ou les instituts médico-professionnels (IM-Pro) accueillent les enfants en grande difficulté intellectuelle ou comportementale.
 - Les instituts spécialisés pour enfants polyhandicapés, les instituts pour jeunes malvoyants ou malentendants sont des structures spécialisées.
 - Les maisons d'enfants à caractère social (MECS) sont des établissements sociaux ou médico-sociaux qui fonctionnent en internat complet ou en foyer ouvert et sont le plus souvent gérés par des associations.
- Le projet de soins d'un enfant présentant un handicap doit être personnalisé et réévalué régulièrement suivant l'évolution de ce dernier, en concertation avec ses parents. 

Enfance et jeunes en danger

Qu'est-ce que la maltraitance ? De quoi parle-t-on ?

Le mot semble simple, ce qu'il recouvre est fort complexe et les définitions sont multiples et plus ou moins opérationnelles. Destinées à catégoriser les situations, les chiffrer, en décrire l'évolution et donc évaluer les actions entreprises, les définitions établies par l'Observatoire de l'action sociale décentralisée (Odas) ont été consignées dans un guide méthodologique réalisé en 1995 et actualisé en 2001 [32]. Elles distinguent l'enfant maltraité, l'enfant en risque et l'enfant en danger (catégorie réunissant les deux précédentes). Connues de tous les professionnels, elles restent d'actualité.

Lorsque l'on évoque les mauvais traitements, on pense spontanément aux atteintes physiques (coups, agressions sexuelles). Pourtant, des études menées dans d'autres pays ont montré le caractère destructurant des humiliations répétées. Les enfants qui en sont victimes deviennent souvent des adultes incapables de socialisation, ne pouvant s'insérer professionnellement ni nouer des relations amoureuses stables, à la santé physique et mentale chancelante. La littérature montre aussi la gravité des négligences et carences affectives isolées.

Si on réfléchit à ce qu'est la maltraitance en termes de conséquences à long terme, on voit bien l'intérêt de la notion d'enfant en danger et d'une définition large qui repose sur la reconnaissance des besoins fondamentaux de l'enfant. Celui-ci, dès la naissance, a besoin bien sûr de manger, de dormir, d'être lavé et soigné, mais il a un besoin tout aussi vital d'amour et de sentiment de sécurité. Ce sentiment, il le puise, dès les premières heures de sa vie, dans l'attachement qui s'instaure entre lui et un adulte (généralement la mère ou le père ou les deux parents) [10]. De nombreux travaux en psychologie ont montré que les jeunes enfants ne peuvent grandir, s'épanouir et devenir des adultes heureux, socialisés et responsables que si leurs besoins physiques, affectifs et éducatifs sont pleinement satisfaits par les personnes qui s'en occupent, très généralement leurs parents [68].

Bien sûr, tout parent a un jour, excédé, donné une gifle ou dit quelque chose de trop blessant et n'est pas pour autant un parent maltraitant. Ce qui constitue la maltraitance, c'est la répétition, la systématisation de la brutalité érigée en pédagogie et le caractère excessif des actes par rapport à l'âge et aux capacités de l'enfant. En effet, qu'apprend-on à un enfant quand les arguments pédagogiques qu'on emploie avec lui sont la supériorité en termes de force physique et de vocabulaire insultant ? On le prive de repères moraux appropriés et on lui apprend que la violence est une forme de communication tout à fait acceptable, qu'il a toute chance de reproduire une fois devenu adulte.

Des chiffres de qualité insuffisante pour appuyer les politiques de prévention et de prise en charge

Les chiffres les plus récents dont on dispose sont difficiles à recouper entre eux car ils portent sur des définitions et des tranches d'âges variées. Que sait-on de sources officielles ?

- qu'en 2006, l'Odas a recensé 98 000 enfants de moins de 21 ans en danger, dont 19 000 enfants maltraités, soit des taux d'enfants en danger variant de 2,7 à 11,8 pour 1 000 selon les départements ;
- qu'en 2013, pour l'Observatoire national de l'enfance en danger (Oned), 273 000 enfants de moins de 18 ans bénéficiaient d'au moins une mesure au 31 décembre 2010, soit 1,9 % de la tranche d'âge ;
- que pour l'Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales (ONDRP), les « mauvais traitements et abandons d'enfants de moins de 15 ans » étaient au nombre de 6 038 en 1996, 14 485 en 2007 et 17 889 en 2011.

Signalons pour mémoire qu'en moyenne 10 % des enfants sont maltraités ou négligés dans les pays à haut niveau de revenus, selon des études publiées par la revue médicale britannique *The Lancet* en 2009 [34].

Si la sous-estimation de la maltraitance en général est hautement probable, en France comme dans d'autres pays, quoique non chiffrée, on a pour la maltraitance mortelle des preuves scientifiques argumentées, particulièrement en ce qui concerne les homicides de nourrissons de moins de 1 an (infanticides) grâce à la recherche menée par l'Unité 750 de l'Inserm [84] auprès de l'ensemble des services sanitaires et des tribunaux de tous les départements de trois régions : Bretagne, Île-de-France, Nord-Pas-de-Calais, sur la période 1996-2000. Au cours de celle-ci, au niveau national, on a pu calculer un nombre annuel moyen d'infanticides officiellement recensés de 17 cas par an, alors que le chiffre révélé par l'enquête de l'Inserm est de 255 infanticides par an. Cette recherche a aussi mis en évidence l'absence de lien entre la maltraitance et le niveau socio-économique.

Un repérage insuffisant des enfants maltraités et en danger par manque de formation des professionnels

Les causes de la sous-estimation de la maltraitance sont multiples et interviennent à toutes les étapes du processus qui va du repérage au signalement éventuel. On peut citer le non-repérage par manque de formation, de toutes les catégories de professionnels, sur les signes d'appel de la maltraitance chez l'enfant et surtout le très jeune enfant, l'insuffisance des investigations médicales, sociales et psychologiques dans les cas suspects, les diagnostics erronés (de causes acciden-

Fabienne Quiriau

Directrice générale de la Convention nationale des associations de protection de l'enfant (CNAPE)

Anne Tursz

Directrice de recherche, Inserm U 988/Cermes

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 56.



La santé : un capital en construction dès l'enfance

telles principalement), la non-révélation des soupçons (pas d'information préoccupante [IP] ou de signalement) et enfin l'« aversion de voir » la réalité [59] (ce refus très humain de considérer comme possible l'horrible et l'impensable).

Il faut ici rappeler que l'expression de la maltraitance peut être discrète. Les enseignants n'ont pas nécessairement appris à penser à la maltraitance devant un enfant ayant un comportement agressif et les médecins généralistes à reconnaître la tristesse chez un bébé ou à s'inquiéter d'un unique bleu chez un nourrisson qui ne marche pas encore.

Une mention particulière doit être faite en ce qui concerne le rôle des médecins. En effet, si l'école accueille tous les enfants à partir de l'âge de 2,5 ans-3 ans, avant cet âge, hors du cercle familial et des amis, seuls les médecins les voient. Par ailleurs, tous les enfants maltraités passent un jour ou l'autre par le système de santé (notamment le cabinet du généraliste et les urgences hospitalières). Il y a de nombreux écrits concernant l'attitude du corps médical face à la maltraitance, indiquant notamment leur insuffisante formation sur le développement normal et pathologique du petit enfant et sur la clinique de la violence ainsi que leur réticence à signaler, surtout dans leur propre classe sociale [29].

La maltraitance incluse dans le danger

La loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance inclut la maltraitance comme une composante du danger. L'enfant est en danger non seulement s'il est maltraité, mais aussi si sa santé, sa sécurité ou sa moralité sont en danger, ou si les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises. Le législateur a souhaité ainsi mettre l'accent sur les

conséquences tant de la maltraitance que des situations de danger pour le développement de l'enfant en ajoutant ce critère à l'article 375 du Code civil déjà en vigueur avant la loi de 2007.

Les termes « maltraitance » et « enfants maltraités » ont donc été substitués par ceux de « danger » et d'« enfants en danger » à l'article L. 221-1 du Code de l'action sociale et des familles. Dans le prolongement, le Service national d'accueil téléphonique pour l'enfance maltraitée (Snatem)¹ est devenu le Service national d'accueil téléphonique pour l'enfance en danger (Snated).

Cette évolution a pu engendrer des appréhensions de la part de professionnels quant à la prévention et à la prise en considération de la maltraitance, estimant que celle-ci a perdu en visibilité étant désormais confondue dans le danger. D'autres ont pu penser que la maltraitance n'était plus une situation exceptionnelle, mais une situation de difficultés familiales parmi d'autres.

Il convient de relever que le danger, quel que soit le degré de gravité, doit induire une protection de l'enfant. Il n'y a pas de petites ou de grandes maltraitements qui permettraient un degré plus ou moins élevé de tolérance. Aucune n'est tolérable pour l'enfant dès lors qu'elle induit un danger ou un risque pour lui, qui compromet son développement à tous les égards. C'est la réponse qu'il y a lieu de moduler compte tenu de la situation et des besoins de l'enfant qu'il faut savoir évaluer, avec pour objectif primordial une protection appropriée, le respect de ses droits et la prise en considération de son intérêt propre, apprécié *in concreto*.

1. Service national de l'enfance maltraitée devenu Service national de l'enfance en danger qui répond au 119.

Jeunes et adolescents en difficultés, l'ARS mobilisée pour réguler les parcours de prise en charge

La coordination des acteurs intervenants auprès des enfants ou adolescents en difficultés peut être améliorée par l'action des agences régionales de santé. L'expérience de l'ARS de Bretagne.

Salima Taymi

Chargée de mission à la direction adjointe prévention promotion de la santé

Jean-Michel Doki-Thonon

Directeur de la santé publique

Agence régionale de santé de Bretagne

Sollicitée par les quatre conseils généraux bretons au début de l'année 2012, l'agence régionale de santé de Bretagne s'est engagée auprès d'eux, à comprendre et à prévenir les ruptures dans les prises en charge de jeunes et adolescents cumulant des difficultés et nécessitant des prises en charge multiples et relevant de différents champs (sanitaire, médico-social, éducatif, judiciaire...).

Plus précisément, il s'agit d'enfants ou adolescents, confiés à l'Aide sociale à l'enfance (ASE) dans le cadre administratif ou judiciaire, présentant des troubles du comportement et ou de la personnalité en lien ou non avec un handicap identifié et nécessitant une prise en charge spécialisée sur le plan de la gestion quotidienne, de la scolarité et du soin. Les difficultés auxquelles certains de ces jeunes sont confrontés émanent du fait qu'ils relèvent à la fois de l'ASE, des services médico-sociaux – institut médico-éducatif (IME), institut médico-professionnel (Impro), institut thérapeutique, éducatif et pédagogique (ITEP)... – et de la psychiatrie (parcours de soins ambulatoire et/ou hospitalier) et qu'ils ne trouvent de solution d'accueil exclusive et complète dans aucune structure de ces trois champs d'intervention.

En tout état de cause, ces jeunes, parfois appelés « incasables », font souvent face à l'épuisement des institutions et des travailleurs sociaux qui se retrouvent dans l'impasse quant à leur prise en charge, ainsi qu'au risque de sortie des dispositifs de prise en charge, voire d'accroissement des troubles et de passage à des situations d'errance et d'urgence.

La compréhension de cette problématique a exigé, outre une appréhension de la littérature

existante sur ce sujet, la réalisation d'un état des lieux basé sur l'étude de situations. Treize monographies de jeunes dits en difficulté ont ainsi été réalisées entre mai et septembre 2013 à partir d'une grille commune et validée permettant de retracer chronologiquement leurs trajectoires personnelles et institutionnelles. Ces études de cas ont été réalisées à partir d'une analyse du dossier individuel du jeune alimenté par l'ASE, ainsi que d'entretiens auprès du référent direct de la situation du jeune et du cadre intermédiaire ou chef de service.

L'étude du dossier papier a permis de mettre à jour la difficulté des référents ASE à disposer de l'ensemble des pièces permettant de retracer la trajectoire institutionnelle du jeune.

Cette première étude a mis en évidence les éléments suivants.

- Un environnement familial fragile conduisant à un placement familial...

La majorité des adolescents et jeunes concernés par l'étude évoluent dans des foyers monoparentaux (le plus souvent portés par la mère) en situation de précarité avec une fratrie connue des services de l'ASE dans le cadre de mesures de prévention (par exemple, une assistance éducative). Dans certains cas, les parents sont connus d'autres services des conseils généraux : la Protection maternelle et infantile ou encore les services en charge des demandes de revenus de solidarité active (RSA). Pour plus de la moitié des situations, les parents présentent des problématiques psychiatriques et/ou des problématiques liées à des conduites addictives pour lesquelles ils ont bénéficié d'un suivi médical ou non. Pour la majorité des situations, on note l'importance des violences intrafamiliales.



- ... qui a du mal à être maintenu dans le temps

Toutes les situations étudiées concernent des jeunes placés en familles d'accueil, dont plus de la moitié l'a été de façon tardive. Ces situations se caractérisent par la succession de familles d'accueil sur de très courtes périodes, voire le chevauchement dans le cadre de l'organisation d'accueils relais – les familles demandant souvent un arrêt de la prise en charge du jeune par manque d'expérience ou parce qu'elles se disent insuffisamment « armées » (absence de supervision, de lieux d'échanges de pratique, de modalités de soutien à la pratique...). Les équipes de l'ASE déclarent mobiliser une grande partie de leur temps dans la recherche d'hébergements pour ces jeunes qui alternent régulièrement familles d'accueil et établissements.

- Une scolarité en « dents de scie »

La grande majorité des jeunes de l'étude est déscolarisée ou bénéficie d'une scolarité adaptée (à temps très partiel). Certains d'entre eux ont changé d'établissement scolaire (jusqu'à 5 fois) pour différents motifs : exclusion définitive pour atteinte à l'intégrité physique d'un pair ou d'un membre du personnel de l'établissement, retrait par un parent du fait d'un désaccord avec la direction...

- Une prise en charge sanitaire plus ou moins continue

La quasi-totalité des jeunes relevant de l'étude bénéficie d'un suivi en pédopsychiatrie ou en centre médico-psycho-pédagogique (CMPP). Pour beaucoup, ce suivi n'est pas inscrit dans la continuité : plusieurs de ces jeunes ne font que transiter par les urgences somatiques ou psychiatriques suite à une crise ou un passage à l'acte sans qu'un suivi leur soit ensuite proposé. D'autres ont connu des discontinuités dans leurs prises en charge, soit du fait de leur absence d'adhésion aux soins proposés, soit du fait d'une décision de l'établissement. La grande majorité des situations concernent des jeunes sous traitement avec des interrogations sur les modalités de renouvellement et de garantie de la bonne observance des traitements.

- Une prise en charge médico-sociale qui pose problème

Tous ces jeunes relèvent d'une prise en charge médico-sociale – notification de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) –, mais celle-ci n'est effective, au moment de la réalisation de l'étude, que pour la moitié des cas (en ITEP surtout). Pour l'autre moitié, leur prise en charge a évolué au cours du temps (temps très partiel) ou ils sont sortis du dispositif en raison de leur comportement ou à l'initiative de l'établissement qui les prend en charge.

- Des trajectoires institutionnelles relevant du bricolage

On relève à travers cette étude la difficulté pour les services de l'ASE d'anticiper dans la gestion des situations de ces jeunes. La stabilisation temporaire d'une situation relève ainsi davantage du bricolage que de la construction d'un parcours.

Le passage d'un dispositif à un autre se concrétise souvent à travers une négociation informelle entre personnes. En effet, à l'exception d'une situation, il n'existe pas d'accord formalisé et validé par les partenaires autour des prises en charges du jeune.

On note une méconnaissance des différents intervenants sur les modalités d'entrée ou de sortie des dispositifs ainsi que du fonctionnement de certains partenaires. Cela génère des situations de crispations et d'incompréhension des mesures entreprises.

Enfin, pour ces jeunes, la multiplicité des intervenants entraîne une déperdition des informations relatives au jeune et une absence de coordination des acteurs autour du jeune : aucun des acteurs n'assume ce rôle et n'est reconnu en tant que tel par les autres. Les parents titulaires de l'autorité parentale restent assez absents ou sont peu associés, ou à l'inverse trop entreprenant et les jeunes eux-mêmes semblent subir les prises en charge qui leur sont proposées.

Les modalités de « droit commun » de coordination des acteurs (maisons des adolescents) sont peu sollicitées pour ces situations.

- La difficulté à quantifier la problématique

Si le département d'Ille-et-Vilaine a estimé à 30 sur environ 2700 jeunes confiés à l'ASE les cas de jeunes les plus complexes, il en est tout autrement pour les trois autres départements. En effet, le conseil général d'Ille-et-Vilaine a procédé à un recensement des situations en interrogeant les centres départementaux d'action sociale (20 en tout) concernant les jeunes ayant des notifications MDPH connues des services (ce n'est pas toujours le cas puisque les notifications sont transmises aux parents encore détenteurs de l'autorité parentale), pour lesquels il n'y a pas d'intégration scolaire et qui ont des troubles du comportement et/ou de la personnalité (trace d'un suivi médical).

Pour les autres départements, les systèmes d'information actuels ne permettent pas de recenser les situations concernées par la présente étude et exigeraient de croiser des données individuelles avec celles des MDPH, ce qui n'est pas sans poser de difficultés.

Partager les dysfonctionnements et co-construire les réponses pour éviter les ruptures dans les parcours de soins

La deuxième phase de l'état des lieux consiste à élargir les discussions et le recueil des points de rupture dans les prises en charge à d'autres acteurs que sont les établissements médico-sociaux, les professionnels de la pédopsychiatrie, l'Éducation nationale, la protection judiciaire de la jeunesse, les maisons des adolescents, les MDPH. Cette deuxième phase consiste en la réalisation d'entretiens collectifs avec les différents professionnels qui s'étendront de mars à juin 2014.

L'état des lieux final repose donc sur un partage des points de rupture dans les prises en charge des jeunes et adolescents en difficulté. Il constitue la base d'un travail plus large de définition de parcours complexes de santé en faveur de jeunes en difficulté, dont l'un des préalables est la coordination des acteurs des différents champs à plusieurs niveaux (stratégique, décisionnel, opérationnel, de proximité) puis ensuite la protocolisation des relations entre les différents acteurs à chacun de ces niveaux.

D'ores et déjà, certains domaines d'amélioration se dégagent, par exemple le partage de l'information sur les situations, la gestion du suivi médical, la formation commune santé/social portant notamment sur les modalités d'entrée et de sortie des dispositifs, l'élaboration de protocoles d'intervention partagée.

Ce travail est mené en parallèle à une réflexion régionale visant à interroger la place et le rôle des dispositifs d'accueil, d'écoute, de prise en charge et/ou d'accompagnement des jeunes en difficulté impliquant la mise en place d'une nouvelle gouvernance.

Dans le cadre de sa mission générale, prévue par la loi HPST, de mise œuvre de la politique de santé publique et de régulation de l'offre de services de soins et de services médico-sociaux, l'ARS joue un rôle majeur en termes d'exigence et de vigilance sur la construction des parcours de soins. Au regard des enjeux autour de la santé des enfants et des adolescents et de la nécessité d'une action coordonnée de nombreux acteurs, dont une part importante relève du champ de compétences de l'ARS (services de pédopsychiatrie, IME, Impro, ITEP, maisons des adolescents...), cette démarche, en cours en Bretagne, montre que l'ARS, qui a pris en considération dans son projet régional de santé les besoins de cette population, se trouve appelée par l'ensemble des acteurs à jouer un rôle moteur dans la régulation des parcours de soins des enfants et des adolescents, en particulier ceux qui sont en souffrance, afin d'éviter les ruptures. 

Épigénétique sociale, épidémiologie biographique et inégalités sociales de santé : une invitation à la prévention ?

Les connaissances nouvelles relatives aux influences de l'environnement cellulaire ou physiologique sur l'expression de nos gènes conduisent à insister sur la nécessité d'investir sur un environnement favorable, durant les premières années de vie, de façon à compenser les inégalités sociales de santé.

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 56.

**Michelle Kelly Irving
Cyrille Delpierre
Thierry Lang**

UMR Université Paul-Sabatier-Inserm
1027, IFRISS, Toulouse

Épigénétique sociale : *a priori* il s'agit d'un oxymore évoquant d'une part un nouveau développement d'une médecine biologique toujours plus performante et technique et de l'autre des préoccupations sociales évoquant la médecine sociale du XIX^e siècle. En réalité, les deux mondes ne sont pas si éloignés et une réflexion sur ces approches peut apporter une contribution importante à la réflexion sur la réduction des inégalités sociales de santé.

Épigénétique : de quoi s'agit-il ?

L'épigénétique fait référence à toute information héritable pendant la division cellulaire en dehors de la séquence de l'ADN elle-même (Feinberg *in* [58]). Les processus épigénétiques sont donc essentiels à la compréhension de la fonction des gènes et de leur expression. C'est un processus de régulation normale de l'expression des gènes, essentiel à la croissance, au développement et au vieillissement des organismes développés. Un point essentiel est que cette régulation de l'expression du génome peut faire varier la susceptibilité aux maladies.

Des modifications épigénétiques au niveau moléculaire ont été impliquées dans l'origine développementale d'un certain nombre de maladies courantes tels les maladies cardiovasculaires, le cancer ou certaines pathologies psychiatriques (Hochberg, Szyf, *in* [58]). Mais au-delà, elles ont été mises en évidence comme un lien plausible entre les facteurs environnementaux, la modification de l'expression des gènes et la susceptibilité aux maladies (Jirtle *in* [58]). Un des mécanismes de base de cette

modification épigénétique est représenté par la méthylation désignant le fait qu'un groupement méthyl soit ajouté à l'ADN. La méthylation de régions critiques des gènes peut affecter l'expression génétique, l'hyperméthylation étant habituellement associée à une réduction de l'expression des gènes, tandis que l'hypométhylation est associée à une activation des gènes. Ces altérations peuvent être stables et de long terme, mais aussi réversibles.

Malgré la référence à la génétique, l'épigénétique s'inscrit dans une perspective plus large, celle de l'épidémiologie biographique...

Un environnement défavorable modifierait des processus biologiques impliqués dans le développement d'un état morbide futur, d'autant plus que l'exposition est précoce. Dans les années 1990, Barker démontra qu'un retard de croissance intra-utérin était corrélé à une augmentation du risque de pathologies cardiovasculaires et métaboliques à l'âge adulte et introduisit le concept de « programmation foetale ». Ce concept postulait que les conditions environnementales durant des fenêtres précises du développement peuvent avoir des effets à long terme sur l'organogenèse des processus métaboliques et physiologiques. Depuis, des travaux en épidémiologie ont montré le rôle de l'environnement sur l'état de santé futur en dehors de la période foetale.

Un des enjeux majeurs de l'épidémiologie sociale est de comprendre la façon dont les facteurs biologiques, psychosociaux et environnementaux sont liés et d'identifier les enchaînements par lesquels ces différents



La santé : un capital en construction dès l'enfance

facteurs peuvent jouer un rôle sur la santé. L'approche de type « *life-course analysis* » (épidémiologie biographique) offre un cadre théorique pour tenter de mieux explorer ces liens. Cette approche se définit comme l'étude des effets à long terme sur la santé des expositions physiques et sociales durant la grossesse, l'enfance, l'adolescence et la vie adulte mais aussi à travers les générations. Ce domaine inclut l'étude des mécanismes biologiques, comportementaux et psychosociaux qui opèrent au travers de toute la vie d'un individu pour influencer son état de santé. Cette approche souligne la notion de chaînes de causalité, « la cause » n'étant alors que la désignation pragmatique d'un point dans la chaîne des événements sur lequel il est possible d'envisager d'intervenir.

Ce que ces deux approches ont en commun

L'environnement façonne le biologique

Ces travaux tentent d'étudier la façon dont l'environnement, notamment social et psychosocial, « pénètre sous la peau » pour participer à expliquer une partie du gradient social de morbi-mortalité dans la quasi-totalité des pathologies chroniques. Une explication, encore peu mise en avant, réside en une action biologique directe des déterminants sociaux et psychosociaux. Ce rôle biologique direct renvoie à la notion d'incorporation biologique (*embodiment*) de l'environnement au sens large (physique, chimique, etc.), et en particulier économique et psychosocial, et à la façon dont il devient biologique.

Un des mécanismes biologiques principaux utilisés par les organismes pour s'adapter à leur environnement comprend les réponses des systèmes au stress, *via* notamment le système hypothalamo-hypophysaire et le système sympathique, qui contrôlent la libération d'hormones de stress. Exposés à un stress chronique, ces systèmes sont en état constant de « surchauffe » (Lutgendorf *in* [58]) avec des conséquences néfastes sur la régulation des systèmes biologiques.

L'épigénétique n'est alors qu'un des mécanismes biologiques par lesquels l'organisme s'adapte à son environnement et *in fine* par lesquels l'environnement « pénètre sous la peau ».

Des expériences stressantes durant l'enfance pourraient ainsi entraîner des modifications de systèmes biologiques, impliquant notamment le système hormonal, inflammatoire, immunologique, ou encore des mécanismes épigénétiques et d'expression génique.

Des facteurs d'exposition précoces et un enchaînement tout au long de la vie

Un jeu subtil d'interrelations entre les fonctions biologiques et l'environnement se poursuit tout au long de la vie. Deux mécanismes sont en fait étroitement liés. L'existence de périodes sensibles pendant le cours de la vie ne peut pas être facilement démembrée d'autres mécanismes tels qu'un processus d'accumulation ou des enchaînements de facteurs défavorables. La façon dont les processus biologiques et comportementaux interagissent avec les facteurs psychosociaux est probablement différente selon la position sociale.

L'absence de déterminisme

Que l'enfance prépare le futur est une idée communément acceptée, mais nous savons aussi que les personnes, les individus peuvent être résilients face aux difficultés de la vie. Il est connu que certains individus arrivent à surmonter de redoutables épisodes dans leur vie. Le développement humain est caractérisé par des périodes de développement rapide. Les facteurs environnementaux sont plus susceptibles d'avoir une influence sur la santé si l'exposition a lieu pendant ces périodes sensibles. La notion d'une période sensible unique est trop schématique et il est probable que des degrés de sensibilité sont en perpétuelle évolution selon les différents systèmes physiologiques. Ces périodes sensibles surviennent le plus fréquemment dans les premières années de vie, mais continuent à survenir tout au long de celle-ci.

Bien que les travaux de recherche suggèrent que pendant cette période sensible une exposition au stress pourrait conduire au développement de maladies chroniques, il est trop simple de penser que cette plasticité de l'organisme s'interrompt, que les dommages sont fixés et aboutiront à une pathologie. Les humains témoignent en effet d'une remarquable adaptabilité physiologique et d'une plasticité cérébrale tout au long de la vie. La question de savoir comment intervenir chez les sujets avec une susceptibilité accrue pendant certaines phases de leur développement et dans certains domaines (éducatif, nutritionnel) est essentielle. Les enfants qui ont dû faire face à une adversité pendant l'enfance ne doivent pas être étiquetés ou considérés comme exposés de façon déterministe à développer des psychopathologies ou des maladies chroniques. Au contraire, la formidable capacité d'adaptation des êtres vivants est une caractéristique probablement plus grande chez les humains du fait de leurs capacités cognitives et socio-

émotionnelles. À un stade précoce de la vie, quand l'investissement des parents est essentiel, des interventions pour améliorer cet investissement parental peuvent prévenir les situations affectives mal adaptées et la dérégulation de systèmes biologiques de l'enfant, améliorant ainsi sa réponse à des événements stressants dommageables à la santé (Mayes *in* [58]). Il est clair que les périodes sensibles ne peuvent pas être aisément dissociées d'un effet cumulatif des expositions, la combinaison de ces deux mécanismes durant la trajectoire de vie d'un individu augmentant probablement de façon conjointe les résultats sanitaires défavorables. Rappelons qu'il existe, au-delà de l'enfance, d'autres périodes sensibles, qu'elles soient biologiques (la ménopause, par exemple) ou sociales (entrée dans la vie active, retraite, parentalité...), justifiant de penser l'incorporation biologique de son environnement comme un processus continu.

Adversité dans l'enfance et santé à l'âge adulte : un exemple de résultats épidémiologiques

Dans une cohorte de naissance britannique de personnes nées en 1958, les événements intrafamiliaux stressants rapportés à l'âge de 7, 11 et 16 ans, ont inclus le fait, pour les enfants, d'avoir eu des parents décédés, divorcés, séparés, alcooliques, mais aussi des problèmes de malnutrition ou de maltraitance signalés par les professeurs. Un lien a été noté entre l'adversité psychosociale durant l'enfance, définie à partir des expositions précédentes, et la survenue d'un cancer avant l'âge de 50 ans, indépendamment des facteurs de risques de cancers connus, comme le tabac, l'alcool mais aussi d'autres variables comme le statut socio-économique dans l'enfance et le niveau d'éducation à l'âge adulte, l'âge de la première grossesse ou encore la dépression. Un risque de cancer deux fois plus élevé a été observé pour les femmes ayant rencontré au cours de leur enfance au moins deux adversités par rapport à celles n'ayant rencontré aucune adversité. Sur la même cohorte, une association entre adversité durant l'enfance et mortalité précoce toutes causes confondues a été observée chez les hommes. Ceux qui ont rencontré au moins deux adversités avaient un risque 57 % plus élevé de mourir avant 50 ans que ceux n'ayant rencontré aucune adversité. Cet accroissement de la mortalité était de 80 % chez les femmes [56, 57].


Conséquences pour la prévention

Ces nouvelles connaissances sur l'incorporation

ration biologique de son environnement tout au long de la vie, avec des périodes sensibles telles que les premières années de la vie, et le développement de l'épigénétique comme mécanisme de cette incorporation n'impliquent pas et ne permettent pas de conclusions au niveau individuel, et par conséquent pas de dépistage ou de prédiction individuels. Les conséquences sont d'ordre collectif. Elles montrent l'importance des facteurs environnementaux, physiques, chimiques et sociaux sur le développement d'un certain nombre d'organes, la santé, et de façon plus nouvelle sur l'expression de gènes. C'est donc une approche collective, sur les premières années de la vie, qui découle de ces nouvelles connaissances scientifiques. Si on prend l'exemple d'une période critique particulière et d'un organe essentiel, le cerveau, il est certain que les premières années de la vie sont une période sensible. Les travaux menés sur une cohorte britannique montrent bien que le développement intellectuel émotionnel et personnel d'enfants suivis jusqu'à l'âge de cinq ans, mesuré par une série de scores, varie considérablement selon la position socio-économique des parents. Les enfants dont les parents ont une position socio-économique favorisée garderont un avantage sur ces tests de l'âge de 22 mois à 120 mois ou rattraperont les enfants nés avec un score élevé si le leur est faible. À l'inverse, les enfants dont les parents ont une position socio-économique faible perdent progressivement leur avantage au cours du suivi s'ils avaient un score initial élevé et ne progresseront pas si leur score initial était faible [28]. Les possibilités de rattraper ce développement cognitif par la mise à disposition de modes de garde des enfants dans les premières années ont été montrées. Sans effet chez les enfants dont la mère a un haut niveau d'études, elle permet en revanche de compenser le désavantage des enfants dont la mère a un faible niveau d'études si ceux-ci bénéficient d'un mode de garde collective ou individuelle en complément du milieu familial [33].

Conclusions

L'épigénétique comme l'analyse du parcours biographique en épidémiologie se présentent comme une incitation à de nouvelles interventions de type multifactoriel. Elles soulignent la nécessité de repenser le rôle de l'environnement précoce dans la production de l'état de santé d'une population et de sa distribution. Investir dans un environnement favorable pour les premières années est important pour

la santé et le bien-être tout au long de la vie. Mais notre capacité, ou la capacité de l'être humain, de s'adapter à son environnement signifie aussi que les interventions pour améliorer sa qualité sont possibles tout au long de la vie pour améliorer la santé et le bien-être : il n'est jamais trop tôt mais il n'est jamais trop tard. 



L'École au cœur des territoires : construire au quotidien la santé de tous les enfants et adolescents

L'École est l'un des lieux privilégiés pour mettre en place les dispositifs qui contribueront à réduire les inégalités sociales et de santé.

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 56.

Comparativement à nos voisins, la France se caractérise par l'absence de politique spécifiquement dédiée à la jeunesse. Les dimensions sanitaire, éducative et sociale propres aux enfants et adolescents sont traitées de façon autonome au sein de textes juridiques et réglementaires relevant de champs distincts. Cette absence de mise en synergie n'est pas sans conséquence sur la santé des jeunes. En effet, les données de la recherche montrent clairement que bien d'autres déterminants que l'accès aux soins et la qualité de ceux-ci conditionnent très fortement la santé [65]. Outre les facteurs individuels, ce sont les conditions et les habitudes de vie qui sont au premier plan. Sont donc concernées toutes les dimensions de la vie des jeunes, qu'il s'agisse de la vie en famille, à l'école au collège ou au lycée, dans le cadre des activités périscolaires, culturelles ou de loisirs.

Par ailleurs, les conséquences sur la santé tant des conditions de vie que des habitudes sont d'autant plus marquées que les personnes sont dans des conditions socio-économiques plus défavorables. Les données disponibles montrent que les inégalités de santé, territoriales comme sociales, s'installent très précocement et que les conduites ayant une influence négative sur la santé clairement établie se mettent en place dès l'enfance ou l'adolescence. Dans notre pays, c'est déjà près d'un tiers des adolescents de 17 ans (31,5 %) qui sont des fumeurs quotidiens [70]. Une récente étude de la Drees réalisée auprès d'élèves en classe de CM2 met en avant le fait que l'obésité touche 7 fois plus les enfants d'ouvriers que les enfants de

cadres. Cette étude montre également par exemple que 45 % des enfants de cadres déclarent manger des fruits et des légumes tous les jours de la semaine, contre 23 % des enfants d'ouvriers [23]. D'une façon plus générale, le rapport Marmott [65] souligne que « le premier objectif politique concernant la réduction des inégalités de santé est de donner à chaque enfant le meilleur départ possible dans la vie par des dispositifs d'éducation et de prise en charge développés proportionnellement au gradient social ». Construire la santé de tous les enfants et adolescents, notamment celle des plus vulnérables d'entre eux, nécessite un engagement réel de l'ensemble des parties prenantes et l'articulation étroite des politiques sanitaire, éducative et sociale.

En France plus qu'ailleurs, l'action publique est principalement orientée vers la prise en charge et le soin, reléguant au second plan la dimension préventive. Si ce déséquilibre peut s'expliquer par un contexte historique, culturel, social et politique propre, il importe de le dépasser. Il est indispensable de s'engager de façon déterminée dans la prévention des risques pour la santé (agir sur les environnements de vie notamment) et l'éducation à la santé (permettre à chacun de maîtriser les connaissances et les compétences lui permettant de faire des choix responsables en matière de santé). Il est ici question d'accompagner les personnes, dans leur grande diversité, de créer un environnement favorable à toutes les étapes de leur développement. Un pas significatif dans cette direction a été fait en septembre 2013 avec la mise en avant de la santé de la jeunesse et de la prévention dans la stratégie nationale de santé.

Didier Jourdan

Laboratoire ACTÉ EA4281,
université Blaise-Pascal Clermont-Ferrand

Offrir un environnement éducatif et sanitaire favorable

À l'échelle de leur territoire de vie, qui est l'échelon adapté pour une offre de protection de la santé, de prévention et d'éducation à la santé, les enfants et adolescents partagent leur temps entre le milieu familial, l'école et le quartier ou le village. La référence au territoire dépasse ici le territoire tel que défini d'un point de vue administratif ou démographique. Il apparaît d'abord comme un territoire vécu. L'Insee produit une carte des territoires vécus sur la base de l'organisation territoriale de l'emploi et des services [47] susceptibles de donner à voir les relations entretenues par les individus à leur espace de vie. La population des enfants et des adolescents présente un vécu spécifique du territoire notamment du fait de sa plus faible autonomie de déplacement que les adultes. Le territoire est donc celui des familles auquel se surajoute celui de l'établissement scolaire. L'établissement est structurant de l'espace physique et humain des enfants et des adolescents. Selon le groupe social, les territoires des jeunes seront différents, mais ce qui est commun à tous, c'est l'établissement scolaire¹. Les activités de loisirs, culturels ou sportifs sont très largement référées à l'espace scolaire et se définissent par rapport à lui. La décentralisation a conduit à donner un rôle de plus en plus important aux collectivités territoriales en matière d'éducation, ce qui les conduit à développer des activités périscolaires. De la même façon, les politiques sociales et sanitaires en direction des jeunes, notamment les plus vulnérables, qui, si elles se structurent en référence à leurs logiques propres, sont très fortement articulées à la vie scolaire.

Les travaux de recherche internationaux, (voir référence dans [83]) comme les rapports de l'OMS, mettent en avant le rôle central du milieu scolaire. Les données disponibles montrent l'efficacité de certains dispositifs dans la réduction des conduites à risque ou la promotion d'une alimentation saine par exemple. La politique de protection de la santé, de prévention et d'éducation à la santé des jeunes se doit d'être intégrée et concerner les différents lieux de vie des enfants et adolescents, un volet scolaire est indispensable.

1. Ceci est valable pour les enfants et adolescents scolarisés. Pour ceux d'entre eux qui sont en institutions éducatives ou bien reçoivent leur instruction en famille, le contexte est différent. Permettre à tous de bénéficier d'une éducation à la santé est un enjeu de premier ordre c'est pourquoi des travaux de recherche centrés sur les besoins éducatifs spécifiques doivent être développés.

La loi d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République offre un cadre pour le développement d'une telle politique. Il est tout d'abord nécessaire de redéfinir les missions de l'école en matière de santé et d'affirmer l'ambition publique en la matière. L'école doit offrir à tous les élèves un environnement favorable à leur réussite éducative tant en ce qui concerne le climat d'établissement que l'accès à un accompagnement sanitaire, social et éducatif adapté. Tous les élèves doivent bénéficier, tout au long de leur scolarité, d'une éducation à la santé, en articulation avec les enseignements, adaptée à la fois à leurs attentes et à leurs besoins ainsi qu'aux enjeux actuels de santé publique. L'objectif est de leur permettre d'acquérir des connaissances, de développer leur esprit critique et ainsi de les aider à adopter des comportements favorables à leur santé en développant leur accès à l'autonomie et à la responsabilité.

De façon opérationnelle, cette redéfinition du cadre de l'action publique en matière de santé à l'école doit s'accompagner de cinq mesures à brève échéance.

Il s'agit d'abord de la réorganisation du pilotage de la politique de santé à l'école à l'échelon national (coopération étroite entre les ministères de la Santé et de l'Éducation nationale), régional (dans le cadre d'une politique régionale portée par les rectorats en lien avec les agences régionales de santé) et local (dans le cadre des comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté et des contrats éducatifs territoriaux).

C'est ensuite la nécessaire relance de la médecine scolaire *via* un recentrage des examens de santé périodiques sur deux consultations devenant réellement systématiques (alors qu'elles ne concernent à présent au mieux que 65 % des élèves!) et par le développement de l'accueil individuel des élèves; le renforcement des liens entre médecine scolaire, médecine de prévention territorialisée, médecine de ville et médecine hospitalière.

La mise en place d'un parcours éducatif en santé pour tous les élèves constitue le cœur du dispositif. Basé sur le socle commun et les programmes scolaires, il décrit les compétences à acquérir à chacune des étapes de la scolarité. Le parcours éducatif, qui prend place au sein des projets d'école et d'établissement, est appelé à être le constituant central du projet du comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté des établissements. Il explicite ce qui est réellement offert aux

élèves compte tenu non seulement des textes officiels mais également des besoins des élèves et des ressources disponibles.

La création en France, comme c'est le cas dans tous les pays européens, d'un réseau national des « écoles, collèges et lycées en santé » doit être réalisé à court terme. Celui-ci assurera la mise à disposition de ressources pédagogiques et l'accompagnement des établissements à l'échelon national et régional.

Il importe enfin de développer un dispositif national de formation, d'accompagnement et de recherche-action, appuyé sur l'École des hautes études en santé publique et un consortium d'universités. L'enjeu est la création d'une culture commune aux personnels enseignants, d'éducation comme sociaux ou de santé, notamment *via* un dispositif de formation initiale et continue mis en place à l'échelon régional au sein des écoles supérieures du professorat et de l'éducation.

L'accroissement des inégalités tant de santé que d'éducation appelle une réponse déterminée des pouvoirs publics. Pour la santé à l'école, c'est le temps de l'action car, comme le rappelait Jean Rostand, « *On a beaucoup parlé de priorités, et même de priorités des priorités. En termes de priorités, je n'en connais que deux : l'instruction publique et la santé publique* ». ❗



tribunes

De quelques difficultés de la prévention dans l'enfance et l'adolescence

Pour être efficace la prévention doit être crédible et reposer sur la confiance donnée à ceux qui la conçoivent. Propositions pour plus de réalisme et moins de dogmatisme.

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 56.

Patrick Peretti-Watel
Sociologue, Inserm UMR 912, Sesstim
ORS Paca, université Aix-Marseille

« Je n'ai plus aucun espoir pour l'avenir de notre pays si la jeunesse d'aujourd'hui prend le commandement demain, parce que cette jeunesse est insupportable, sans retenue, simplement terrible. Notre monde atteint un stade critique. Les enfants n'écoutent plus leurs parents. »¹

Le « péril jeune »

Évidemment, la santé des enfants et des adolescents constitue une priorité de santé publique ; une de plus pourrait-on dire. Toutefois cette priorité-là est sûrement plus impérieuse que d'autres, à la fois parce que les jeunes ont l'avenir devant eux, qu'ils sont l'avenir, et parce qu'ils sont aussi une population vulnérable : comme le rappelle une récente expertise collective de l'Inserm, le cerveau connaît d'importantes étapes de maturation jusqu'à 25 ans, ce qui le rend particulièrement vulnérable aux effets délétères de l'alcool et des drogues illicites [50]. Ajoutons que cette vulnérabilité n'est pas seulement physiologique : les jeunes représentent aujourd'hui une cible de choix pour un marketing parfois très agressif, qui promeut des produits et des activités qui peuvent avoir un impact délétère sur la santé.

Il faut également préciser que les politiques menées en direction des jeunes, et la prévention ne fait pas exception à la règle, ne devraient pas faire l'économie d'une réflexion sur les rapports ambivalents qu'entretient toute société adulte avec « ses » jeunes. Même s'ils sont l'avenir, ou peut-être plutôt justement parce qu'ils le sont, les jeunes ont tendance

à susciter notre inquiétude. Et cela ne date pas d'hier : la citation d'Hésiode, placée en exergue de ce texte, date du huitième siècle avant notre ère. Les historiens ont bien montré le caractère récurrent des tensions intergénérationnelles, les craintes des adultes à l'égard des jeunes s'incarnant dans des stéréotypes menaçants : les « apaches » au début du xx^e siècle, puis les « blousons noirs », les « punks » et les « skinheads », ou plus récemment les « jeunes des banlieues ». Il en va de même, dans une certaine mesure, pour les plus jeunes. L'enfant est un être considéré à la fois comme en danger et dangereux, qu'il faut surveiller de près, comme l'illustrent la répression de la masturbation infantile au xix^e siècle et les fantasmes associés [30], ou plus récemment les tentatives pour repérer les futurs psychopathes dès le plus jeune âge [71].

Rompre avec le stéréotype « du » jeune

Il est utile de garder à l'esprit ces éléments de contexte pour interroger notre propre conception de la jeunesse en tant que cible de la prévention, conception façonnée par la description parfois caricaturale qu'en fait la littérature de santé publique. Tout à la poursuite de la satisfaction immédiate de ses envies, « le » jeune serait narcissique, excessif, impulsif, irréfléchi et d'autant plus insensible aux risques encourus qu'il se sentirait invulnérable. Hésiode le décrivait déjà ainsi : insupportable, sans retenue, terrible. Même si cette description est souvent plus nuancée, et donc plus juste, elle obscurcit notre capacité à comprendre les comportements « des » jeunes, dans leur variété comme dans leur intelligibilité.

1. Hésiode, viii^e siècle avant J.-C.

A fortiori, pour prendre un exemple caricatural, lorsqu'un médecin auditionné en tant qu'expert par les sénateurs leur explique doctement, en « s'appuyant » sur des données épidémiologiques et neurobiologiques, que les jeunes d'aujourd'hui régressent à l'état de primates à cause de la musique trop forte, de la violence et du sexe à la télévision, de la vitesse en deux roues et bien sûr du cannabis, sans même se prononcer sur la scientificité de ce discours, il est clair qu'il véhicule un stéréotype insultant pour les premiers concernés et contre-productif pour la prévention [71].

Primate en devenir, « le » jeune est aussi souvent décrit comme un être très influençable, enclin à imiter les mauvaises habitudes de ceux qui l'entourent : c'est la fameuse « pression des pairs ». Remarquons que lorsqu'ils sont interrogés à ce sujet, les adolescents ont tendance à rejeter cette explication, à nier avoir cédé à une telle pression. Il est bien sûr possible que, dans un souci de présentation de soi, ils préfèrent dissimuler une pression pourtant bien ressentie, ou qu'ils y aient été inconsciemment soumis. Néanmoins, il conviendrait de nuancer une explication massivement rejetée par ceux dont elle est censée décrire le comportement.

Comprendre les conduites à risque juvéniles pour mieux les prévenir implique au préalable que l'on rompe avec ces représentations trop stéréotypées « du » jeune, sans bien sûr verser dans l'excès inverse, en tenant compte de la complexité de l'adolescence et des transformations qui l'accompagnent (par exemple, en ne confondant pas l'égoïsme « transitoire » de l'adolescence avec un narcissisme pathologique [50]).

Restaurer la confiance

Ensuite, il est important de rappeler que la population française semble accorder bien peu de confiance aux autorités chargées de gérer les risques en général, et les conduites à risque en particulier. Selon le dernier Baromètre de l'Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire, qui sonde les attitudes des Français à l'égard de nombreux risques, entre un quart et un tiers de la population a confiance dans les autorités françaises pour leurs actions de protection des personnes dans les domaines suivants : alcoolisme, obésité des jeunes, drogue, tabagisme des jeunes². S'agissant cette fois des informations diffusées, pour ces mêmes domaines, un peu moins d'un Français

sur deux estime qu'on lui dit la vérité sur les dangers qu'ils représentent pour la population.

En ce qui concerne plus précisément les adolescents, des recherches menées en France comme à l'étranger suggèrent que les actions de sensibilisation aux dangers des drogues en milieu scolaire sont peu efficaces et suscitent plutôt l'indifférence des élèves. Mais les résultats les plus frappants sont observés lorsque le message délivré concerne le cannabis, en particulier lorsque cette substance est comparée sans nuance à l'héroïne ou à la cocaïne, un tel message contribuant surtout à convaincre les adolescents que les adultes ne sont pas des interlocuteurs crédibles pour discuter de ces questions [71].

Ajoutons que pour les plus jeunes se pose bien sûr la question de la confiance qu'accordent ou non leurs parents aux autorités de santé. Dans le cas de la vaccination, entre 2005 et 2010, suite à la gestion chaotique de la pandémie H1N1, le niveau de défiance à l'égard des vaccinations en général a été multiplié par quatre (de 8-9 % à 32-36 %) parmi les Français âgés de 25 à 49 ans, qui sont *a priori* ceux qui ont des décisions à prendre concernant la vaccination de leurs enfants [73]. Il est vrai que, fort heureusement, la majorité des parents méfiants font malgré tout vacciner leur progéniture, mais ils sont tout de même significativement moins enclins à le faire que les parents qui déclarent faire confiance aux vaccinations.

Veiller à ce que la prévention ne soit pas instrumentalisée

À l'évidence, restaurer la confiance à l'égard des autorités de santé, en particulier parmi les adolescents et les parents de jeunes enfants, constitue une priorité transversale des politiques de santé (une de plus...). Brosser un aperçu des pistes possibles pour relever ce défi dépasse de loin les ambitions de cette tribune, mais *a minima* il serait nécessaire, pour ne pas détériorer davantage cette confiance, de veiller à ce que la prévention ne soit pas instrumentalisée par des intérêts économiques ou des « entrepreneurs de morale ».

La santé est en effet devenue, une valeur cardinale, un « bien suprême », dans nos sociétés contemporaines, et devenir ici un argument détourné pour servir des intérêts multiples [72]. Encourager la consommation de produits laitiers dans les écoles maternelles, par exemple, pratique initiée par Pierre Mendès-France en 1954, et toujours active il y a peu, était-ce un moyen d'améliorer la santé des enfants ou de résorber les surplus laitiers

générés par la politique agricole commune ? Sous couvert de lutter contre les maladies sexuellement transmissibles, de même, certains pays prônent l'abstinence sexuelle jusqu'au mariage et plus généralement le retour à des mœurs plus traditionnelles. Sans oublier notre Conseil supérieur de l'audiovisuel, qui proposait de mieux prévenir les usages de drogues licites et illicites à l'adolescence en luttant contre la pornographie sur les écrans [72].

En bref, la prévention des conduites à risque, en particulier lorsqu'elle vise l'enfant et l'adolescent, doit rompre avec certains stéréotypes persistants, restaurer la confiance qui lui fait aujourd'hui défaut, ce qui implique de s'abstraire des tentatives d'instrumentalisation dont elle fait parfois l'objet. **f**

2. http://www.irsns.fr/FR/IRSN/Publications/barometre/Documents/IRSN_Barometre_2013.pdf



Bibliographie générale

1. Aouba A., Eb M., Rey G., Pavillon G., Jouglà É. « Données sur la mortalité en France : principales causes de décès en 2008 et évolutions depuis 2000 ». *Bull Épidémiol Hebd.* 7 juin 2011; 22 : 249-255.
2. Aouba A., Péquignot F., Camelin L., Laurent F., Jouglà É. La mortalité par suicide en France en 2006. *Études Résultats.* sept 2009; 702. <http://www.drees.sante.gouv.fr/article4208.html>
3. Astley S.-J. « Validation of the fetal alcohol spectrum disorder (FASD) 4-Digit Diagnostic Code ». *J Popul Ther Clin Pharmacol*, 20 (3) : e416-467; Nov. 15, 2013.
4. Beck F., Richard J.-B. (dir.) *Les comportements de santé des jeunes.* Saint-Denis : Inpes 2013, 344 p. <http://www.inpes.sante.fr/Barometres/barometre-sante-2010/comportement-sante-jeunes/index.asp>
5. Bellman M., Byrne O., Sege R. « Developmental assessment of children ». *BMJ*, 2013, 346.
6. Bernard J.-Y., De Agostini M., Forhan A., de Lauzon-Guillain B., Charles M.-A., Heude B.; EDEN Mother-Child Cohort Study Group. The dietary n6:n3 fatty acid ratio during pregnancy is inversely associated with child neurodevelopment in the EDEN mother-child cohort. *J Nutr*, 2013; 143 : 1481-1488.
7. Billard C. *Troubles spécifiques des apprentissages : l'état des connaissances.* Paris, Signes Editions, 2004, livret 4.
8. Bloch J., Cans C., de Vigan C., de Brosses L., Doray B., Larroque B., Perthus I. Faisabilité de la surveillance du syndrome d'alcoolisation fœtale, France, 2006-2008. Numéro thématique. Femmes et addictions. *Bull Epidemiol Hebd*, 2009; 10-11 : 102-104.
9. Blondel B., Kermarrec M. Enquête nationale périnatale 2010. Inserm/Ministère du travail, de l'emploi et de la santé; mai 2011. <http://www.sante.gouv.fr/enquete-nationale-perinatale-2010.html>
10. Bowlby J. *Attachement et perte.* 1969. London, Hogarth. Traduction française, Paris, 1978-1984, Éditions PUF.
11. Bury J., Deccache A. *Éducation pour la santé. Concepts, enjeux, planifications.* De Boeck Université. 1998. 235 p.
12. Caraglio M., Delaubier J.-P. La mise en œuvre de la loi du 11 février 2005 dans l'Éducation nationale, Note n° 2012-100 (Inspection générale de l'Éducation nationale, Inspection générale de l'administration de l'Éducation nationale et de la recherche), juillet 2012.
13. Ce que les éducateurs doivent savoir sur l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale. http://www.gov.mb.ca/healthychild/fasd/fasdeducators_fr.pdf
14. Charles M.-A., Leridon H., Dargent P., Geay B. « Le devenir de 20 000 enfants. Lancement de l'étude de cohorte Elfe ». *Population & Sociétés*, 475, février 2011.
15. Chevrier C., Petit C., Limon G., Monfort C., Durand G., Cordier S. « Biomarqueurs urinaires d'exposition aux pesticides des femmes enceintes de la cohorte Pélagie réalisée en Bretagne, France (2002-2006) ». *Bull Épidémiol Hebd*, 16 juin 2009 : 23-27.
16. Choquet M., Com-Ruelle L., Arvers P. et al. « Alcoolisation précoce : le consensus des chercheurs ». *Rech Alcoologie.* janv 2012; 42. <http://www.ireb.com/sites/default/files/lettredinformation/Newsletter%20n42.pdf>
17. Code de l'action sociale et des familles. Loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées du 11 février 2005 (loi 2005-102, JO n° 36 du 12 février 2005).
18. Code de l'éducation. *Loi n° 2013-595 du 8 juillet 2013 d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République*, Article 6.
19. Cofemer (Collège français des enseignants universitaires de médecine physique et de réadaptation) *Handicap, Incapacité Dépendance*, 4^e édition. Paris : Elsevier Masson, 2012, 170 p.
20. Costes J.-M., Pousset M., Eroukmanoff V., Le Nézet O., Richard J.-B., Guignard R. et al. « Les niveaux et pratiques des jeux de hasard et d'argent en 2010 ». *Tendances.* sept 2011; 77. <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/tend/tend77.html>
21. CépiDC. Interrogation des données sur les causes de décès de 1979 à 2011. <http://www.cepidc.inserm.fr/inserm/html/index2.htm>
22. Dourgnon P., Guillaume S., Rochereau T. Enquête sur la santé et la protection sociale 2010. Irdes : juill. 2012, 553. <http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2012/rap1886.pdf>
23. Drees. *La santé des élèves de CM2 en 2007-2008. Une situation contrastée selon l'origine sociale.* 2013.
24. Drees. *Les médecins au 1^{er} janvier 2013.* Série statistiques n° 179-Avril 2013.
25. Drees. L'état de santé de la population en France. Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique. 2011. <http://www.drees.sante.gouv.fr/article9985.html>
26. Évaluation de la mise en place des MDA. Rapport Igas octobre 2013. http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2013-142P_MDA_doc.pdf
27. Faujour G. Les conditions de réalisation d'un examen systématique de dépistage des nourrissons de 9, 24 et 36 mois, en pratique de médecine générale libérale. Enquête auprès de médecins généralistes et de médecins de PMI d'Ille-et-Vilaine. Thèse Médecine Rennes 2014.
28. Feinstein L. « Inequality in the early cognitive development of British children in the 1970 cohort ». *Economica* 2003; 70 : 73-98.
29. Flaherty E.-G., Sege R. « Barriers to physician identification and reporting of child abuse ». *Pediatric Annals* 2005; 34 : 349-356.
30. Foucault M. *Les Anormaux, Cours au Collège de France, 1974-1975.* Paris, 1999, Seuil.
31. Fuentes-Biggi J., Ferrari-Arroyo M.-J., Boada Munoz L. et al. « Guide de bonnes pratiques dans le traitement des troubles du spectre autistique ». *Revista de neurologia*, 2006, 43 (7), 425-438.
32. Gabel M., Padieu C. *L'observation de l'enfant en danger : Guide méthodologique.* Édition revue et corrigée, juin 2001. Odas Éditeur.
33. Geoffroy M.-C. et al. « Closing the gap in academic readiness and achievement: the role of early childcare ». *J Child Psychol Psychiatry* 2010; 51 : 1359-1367.
34. Gilbert R., Widom C.-S., Browne K., Fergusson D., Webb E., Janson S. « Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries ». *The Lancet*, 2009; 373 : 68-81.
35. Goldberg M., Leclerc A., Bonenfant S., Chastang J.-F., Schmaus A., Kaniewski N., Zins M. « Cohort profile: the Gazel Cohort Study ». *Int J Epid* 2007; 36 : 32-39.
36. HAS. *Autisme et autres troubles envahissants du développement : interventions éducatives coordonnées chez l'enfant et l'adolescent.* Mars 2012.
37. HAS. *Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 28 jours à 6 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres, médecins de PMI et médecins scolaires.* Saint-Denis-la-Plaine : HAS. Service des recommandations professionnelles, 2005, 132 p.
38. HAS. *Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 7 à 18 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres et médecins scolaires.* Saint-Denis-la-Plaine : HAS. Service des recommandations professionnelles; 2005, 110 p.
39. HAS. *Recommandations sur le dépistage et le diagnostic de l'autisme.* Juin 2010.
40. HCSP. *Avis sur la politique de santé à l'école.* Déc. 2011. <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=272>
41. HCSP. *Avis sur la simplification du calendrier vaccinal.* Décembre 2012. <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=320>
42. HCSP. *La médecine scolaire.* Février 2013. <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=351>
43. Herr M., Nikasinovic L., Foucault C., Le Marec A.-M., Giordanella J.-P., Just J., Momas I. « Prise en charge des sifflements chez le nourrisson dans la cohorte de nouveau-nés ». *Rev Mal Respir*, 2012, 29 : 2-59.
44. Hibell B., Guttormsson U., Ahlstrom S. et al. *The 2011 ESPAD report. Substance use among students in 36 European countries.* Stockholm. The swedish council for information on alcohol and other drugs, 2012.
45. InVS. *Couverture vaccinale par le vaccin HPV chez les jeunes filles pour une et trois doses.* 2011. <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Couverture-vaccinale/Donnees/Papillomavirus-humains>

46. Inpes. *La santé des collégiens en France/2010. Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)*. 2012. <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/detaildoc.asp?numfiche=1412>
47. Insee. *Carte : Territoires vécus - Organisation territoriale de l'emploi et des services*. 2002.
48. Insee. *Enquête Handicap-Santé, volet Ménages*. 2008.
49. Inserm. *Activité physique : contextes et effets sur la santé*. Mars 2008. http://www.inserm.fr/content/download/7296/56185/version/2/file/activite_physique_contextes_effets_sant%C3%A9.pdf
50. Inserm. *Conduites addictives chez les adolescents*. Éditions de l'Inserm, expertise collective, 2014, Paris.
51. Inserm. *Dyslexie, dysorthographe, dyscalculie. Bilan des données scientifiques*. 2007. <http://www.inserm.fr/mediatheque/infr-grand-public/fichiers/thematiques/sante-publique/expertises-collectives/texte-integral-dyslexie>
52. Inserm. *Santé de l'enfant. Propositions pour un meilleur suivi*. Collection Expertise opérationnelle. Paris : Inserm Ed, 2009, 252 p.
53. Inserm. *Santé des enfants et des adolescents. Propositions pour la préserver*. Collection Expertise opérationnelle 2^e édition. Paris : Inserm Ed, 2009, 187 p.
54. Inserm. *Tabac : comprendre la dépendance pour agir*. 2004. <http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/58>
55. Jeammet Ph. *Pour nos ados, soyons adultes*. Odile Jacob, 2010.
56. Kelly-Irving M., Lepage B., Dedieu D., Bartley M., Blane D., Grosclaude P., Lang T., Delpierre C. « Adverse childhood experiences and premature all-cause mortality ». *Eur J Epidemiol*, 2013 ; 28 (9) : 721-734..
57. Kelly-Irving M., Lepage B., Dedieu D., Lacey R., Cable N., Bartley M., Blane D., Grosclaude P., Lang T., Delpierre C. « Childhood adversity as a risk for cancer : findings from the 1958 British birth cohort study ». *BMC Public Health*, 2013 ; 13 : 767. [Epub ahead of print]
58. Kelly-Irving M., Mabile L., Grosclaude P., Lang T., Delpierre C. « The embodiment of adverse childhood experiences and cancer development: potential biological mechanisms and pathways across the life course ». *Int J Public Health*, 2013 ; 58 (1) : 3-11.
59. Krugman R.-D., Leventhal J.-M. « Confronting child abuse and neglect and overcoming gaze aversion: the unmet challenge of centuries of medical practice ». *Child Abuse Negl*. 2005 ; 29 : 307-309.
60. Le Coz P. « Qu'est-ce que dépister ? Approche conceptuelle et éthique ». In Kremp O., Roussey M. *Pédiatrie sociale ou l'enfant dans son environnement. Tome 2*. Collection Progrès en Pédiatrie, 31. Rueil Malmaison : Doin Ed, 2010, 45-56.
61. Le livre des plans de santé publique, mai 2011. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/LDP_2011_BD.pdf
62. Let's Talk FAS. Parent driven strategies in caring for children with FASD. http://www.von.ca/FASD/_fasdtool_fullproof_final.pdf
63. Léger D., Beck F., Richard J.-B., Godeau E., « Total sleep time severely drops during adolescence. Findings from the HBSC study on a nationally representative sample of 11 to 15 year old students ». *PLoS ONE*, 2012 ; 7, 10, e45204. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3474762/pdf/pone.0045204.pdf>
64. Maier S.-E., West J.-R. *Patterns and Alcohol-Related Birth Defects*. <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh25-3/168-174.htm>
65. Marmot M. *Fair Society, Healthy Lives*. The Marmot Review. Février 2010.
66. May P.A., Gossage J.-P., Kalberg W.-O., Robinson L.-K., Buckley D., Manning M., Hoyme H.-E. « Prevalence and epidemiologic characteristics of FASD from various research methods with an emphasis on recent in-school studies ». *Dev Disabil Res Rev*. 2009 ; 15 (3) : 176-192. doi : 10.1002/ddr.68
67. Melchior M., Moffitt T. E., Milne B. J., Poulton R., Caspi A. « Why do children from socioeconomically disadvantaged families suffer from poor health when they reach adulthood ? A life-course study ». *American Journal of Epidemiology*, 2007, 166 : 966-974.
68. Miller A. *C'est pour ton bien. Racines de la violence dans l'éducation de l'enfant*. Aubier Éditions, 1984, réédition 2008, 320 p.
69. Ministère de la santé. *Plan périnatalité 2005-2007 humanité, proximité, sécurité, qualité*. 2004.
70. OFDT. *Drogues chiffres clé*. 5^e édition, 2013 <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/dce/dcc13.html>
71. Peretti-Watel P. *Cannabis, ecstasy : du stigmate au déni*. Paris, 2005, Éditions L'Harmattan, collection Logiques Sociales.
72. Peretti-Watel P., Moatti J.P. *Le principe de prévention*. Paris, 2009, Seuil, collection La République des Idées.
73. Peretti-Watel P., Verger P., Raude J., Constant A., Gautier A., Jestin C., Beck F. « Dramatic change of public attitudes toward vaccination during the influenza A/H1N1 pandemic in France ». *Eurosurveillance*, 18 (44).
74. Pierre M., Roussey M. « Suivi du nourrisson ». *Rev Prat Med Générale*, nov. 2012 ; 26, 889 : 729-734.
75. Plaisance É. *Autrement capables. École, emploi, société : pour l'inclusion des personnes handicapées*. Paris, Autrement, 2009, collection Mutations.
76. Plaisance É., Bouve C., Schneider C. « Petite enfance et handicap. Quelles réponses aux besoins d'accueil ? » *Recherches et prévisions*, 2006, 84, 53-66.
77. Rattaz C., Ledesert O., Ouss G. et al. « État des lieux des pratiques d'accompagnement sanitaire et médico-social des personnes avec troubles envahissants du développement (TED) dans trois régions françaises ». *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2013, 61 (1), 31-38.
78. Roussey M. « Dépistage néonatal : évolution, nouveautés ». *Rev Prat* 2010 ; 24 : 469-471.
79. Roussey M., Dauman R. « Le dépistage néonatal de la surdité ». In Kremp O., Roussey M. *Pédiatrie sociale ou l'enfant dans son environnement Tome 2*. Collection Progrès en Pédiatrie 31, Rueil Malmaison : Doin Ed, 2010, 33-44.
80. Roussey M., Kremp O. « Examens systématiques de l'enfant ». *Pédiatrie*, 4-002-B-10, 2007.
81. Sommelet D. « L'enfant et l'adolescent : un enjeu de société, une priorité du système de santé ». *Arch Pediat* 2007 ; 14 : 1011-1019.
82. Spilka S., Le Nézet O., Tovar M.-L. « Les drogues à 17 ans : premiers résultats de l'enquête ESCAPAD 2011 ». *Tendances*. févr 2012 ; 79. <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/tend/tend79.html>
83. St Leger L., Young I. « Creating the document "Promoting health in schools: from evidence to action" ». *Global Health Promotion*, 2009, 16 (4), 69-71.
84. Tursz A. *Les oubliés. Enfants maltraités en France et par la France*. 2010, Paris, Seuil.
85. Vaivre-Douret L., Tursz A. « Les troubles de l'apprentissage chez l'enfant : un problème de santé publique ? ». *Adsp*, mars 1999, 26.
86. Vilain A., Mouquet M.-C. « Les interruptions volontaires de grossesse en 2010 ». *Études Résultats*. juin 2012 ; (804). <http://www.drees.sante.gouv.fr/article10978.html>
87. Weill A., Vallier N., Salanave B. « La fréquence des 30 affections de longue durée ». *Adsp*, juin 2007 ; 59 : 18-29.
88. Wendland J., Foucault C., Saïas T. et al. « French validation of the brief infant-toddler social and emotional assessment (BITSEA) in a population of 600 infants aged 12 to 36 months ». *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2012, 60 (5S) : 286-292.
89. White M., Adams J., Heywood P. How and why do interventions that increase health overall widen inequalities within populations? in Babones S. (dir.), *Social Inequality and Public Health*. Bristol : Policy Press, 2009 : 65-82.
90. Wilson J.-M.G., Jungner F. *Principles and Practice of Screening for Disease*. OMS, Public Health Papers, 34, 1968.
91. Wood H., Eliez S. « Diagnostic et prise en charge précoces des enfants avec autisme ». 2010. http://www.autisme.ch/portail/attachments/039_Wood.Eliez.2010.02.pdf
92. Yaogo A., Fombonne E., Kouanda S., Lert F., Melchior M. « Lifecourse socioeconomic position and alcohol use in young adulthood : results from the french tempo cohort study ». *Alcohol and Alcoholism*. 2013 ; 49: 109-116.