Conseil
Supérieur de la Santé



La santé mentale des jeunes enfants (0 - 5 ans)

Novembre 2025
N° 9742

Droits d'auteur

Conseil Supérieur de la Santé
Avenue Galilée, 5 bte 2
B-1210 Bruxelles

Tél.: 02/524 97 97
E-mail: info.hgr-css@health.fgov.be

Tous droits d'auteur réservés.
Veuillez citer cette publication de la façon suivante :
Conseil Supérieur de la Santé. La santé mentale des jeunes enfants (0 - 5 ans). Bruxelles : CSS; 2025. Avis n° 9742.

La version intégrale de l'avis peut être téléchargée à partir de la page web: www.conseilsuperieurdelasante.be

Avec le support du :
Service Public Fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement

Cette publication ne peut être vendue.

Conseil
Supérieur de la Santé

AVIS DU CONSEIL SUPERIEUR DE LA SANTE N° 9742

La santé mentale des jeunes enfants (0 - 5 ans)

In this scientific advisory report, which offers guidance to public health policy-makers, the Superior Health Council of Belgium provides recommendations on the promotion of early childhood mental health through integrated, preventive, and developmental interventions for children from the prenatal period to five years of age.

This report aims to provide health professionals, decision-makers, early childhood care providers, and community actors with specific recommendations on the development and implementation of a coherent national strategy to support mental health from the earliest stages of life.

Version validée par le Collège du
1er octobre 2025[1]

Résumé

La petite enfance est une période de grande sensibilité, au cours de laquelle les bases du développement cognitif, émotionnel, physique et social se mettent en place. Les recherches récentes ont mis en lumière l'impact déterminant des premières années de vie sur la santé physique et mentale, la réussite scolaire, l'intégration sociale et la productivité future. Ces données plaident en faveur d'un investissement accru dans les soins prénataux, périnataux et postnataux, tant du point de vue éthique qu'économique ou sociétal. Les besoins spécifiques de cette tranche d'âge sont cependant rarement exprimés, et la santé mentale infantile reste largement sous-reconnue et sous-investie dans les politiques publiques, alors qu'elle constitue un enjeu crucial de santé publique.

Dans cette perspective, le Conseil supérieur de la santé (CSS) a décidé d'élaborer un avis de propre initiative concernant la santé mentale des jeunes enfants, dans l'objectif de formuler des recommandations fondées sur des données probantes.

Cet avis couvre la période de la conception à la cinquième année de vie, dans une vision qui n'est pas déterministe. La grande plasticité du cerveau à cette période (y compris durant la grossesse) le rend en effet particulièrement sensible aux influences environnementales positives et négatives. La santé mentale du jeune enfant ne peut cependant pas être déconnectée d'une vision plus large du bien-être, à chaque étape de l'existence. L'enfant se développe par ailleurs au sein d'un système social. L'environnement du jeune enfant influence sa santé et son bien-être, et est également le mieux placé pour voir émerger les besoins d'accompagnement. La promotion de la santé mentale des enfants ne peut donc être dissociée du soutien à l'environnement dans lequel ils grandissent. Les recommandations concernent donc également d'autres secteurs que celui de la santé.
Ainsi, les solutions ponctuelles ou techniques proposées (l'utilisation de tests de détection par exemple) ne seront utiles que si des changements structurels visant à améliorer **les conditions de vie des familles** sont également mis en place**.** L'avis décrit les déterminants

[1] Le Conseil se réserve le droit de pouvoir apporter, à tout moment, des corrections typographiques mineures à ce document. Par contre, les corrections de sens sont d'office reprises dans un erratum et donnent lieu à une nouvelle version de l'avis.

de santé d'ordres sociaux, environnementaux, biologiques, affectifs et comportementaux à prendre en compte. Il faut également garantir un **accès suffisant** au soutien nécessaire, en prévoyant un **continuum d'interventions** favorisant la santé mentale des jeunes enfants.

Ce continuum, décrit dans le présent avis, inclut des actions de prévention (y compris au niveau sociétal), de repérage, de dépistage ciblé et des interventions précoces.
La recherche scientifique montre en effet que chaque euro investi pour soutenir les familles durant cette période de la petite enfance offre un retour bien plus élevé que les dépenses consacrées ultérieurement aux mesures de soutien et de traitement. Le CSS recommande donc en premier lieu une **approche de santé publique** afin de promouvoir la santé mentale dès la petite enfance par des interventions universelles qui ont démontré leur efficacité sur le long terme : fournir un environnement sain, et un niveau socio-économique qui permette l'accès à une alimentation saine, à une éducation de qualité, à des activités de jeu et de loisirs, à des interactions sociales positives, ainsi que des conditions de vie qui favorisent le bien être des parents et des enfants, avec une attention particulière pour les groupes vulnérables.
Il est également important de **sensibiliser toute la population** (par divers moyens, et en particulier des campagnes d'information) aux enjeux de la parentalité, au développement de l'enfant et aux facteurs positifs permettant de développer une bonne santé mentale dès la petite enfance. Enfin, il faut légitimer le besoin de se sentir soutenu dès la conception, faciliter l'accès à des professionnels et offrir un accompagnement suffisant des (futurs) parents (entretiens prénataux et soutien à la parentalité).
Même dans des contextes favorables, certains enfants auront cependant besoin d'un soutien spécifique. Le repérage des **signes précoces** de vulnérabilité, qu'ils concernent la mère, le co-parent, l'enfant ou la relation entre eux, doit donc être intégré aux pratiques de tous les professionnels en contact avec les familles. Ces observations doivent s'appuyer sur une **formation** adéquate et suffisante **des professionnels** à chaque échelon, un accès à des outils de repérage validés, et une collaboration étroite entre les intervenants. Certains signes d'alerte absolus nécessitent une action immédiate.
Lorsque le repérage identifie une vulnérabilité persistante, un dépistage doit être fait à l'aide d'instruments standardisés, en fonction du niveau de soins, du contexte et du professionnel impliqué.
Etant donné l'évolution rapide et l'impact important des dynamiques de développement dans cette phase de la vie, un **parcours de soins** doit être mis en place sans attendre. Celui-ci peut inclure une phase d'accompagnement et de soutien avant même le diagnostic, par des professionnels de première ligne. Les interventions peuvent porter sur l'enfant, sur les parents ou sur la relation qui les unit, et sur l'environnement. Il se prolongera, si nécessaire, par une évaluation spécialisée suivie d'une prise en charge thérapeutique.
Ces actions doivent être envisagées dans une **perspective intégrée**, transdisciplinaire, transectorielle et continue, en repensant les frontières traditionnelles entre les soins destinés à la (future) mère, à l'enfant et à la famille dans son ensemble. Pour cela, le CSS recommande la mise en place de **réseaux de périnatalité** basés sur les réseaux existants et articulés autour d'endroits physiques implantés au plus près des familles. Ces réseaux doivent viser à déstigmatiser la demande d'aide, à faciliter l'accès aux soins, à assurer la continuité du suivi et à renforcer la collaboration interprofessionnelle, en particulier pour les familles en situation de vulnérabilité.
Le CSS insiste également sur la nécessité de dépasser le morcellement actuel des interventions, en assurant une coordination structurelle et politique entre tous les niveaux de pouvoir et domaines concernés. Ces recommandations ne pourront produire leur plein effet que si elles sont **mises en œuvre globalement**, de manière cohérente et transversale. La création de conditions favorables au développement de l'enfant relève en réalité d'une **responsabilité collective,** qui engage non seulement les professionnels de santé, mais aussi les décideurs, les parents et la société dans son ensemble. Les groupes vulnérables doivent aussi être impliqués dans la conception et la mise en œuvre des politiques futures.

Finalement, l'avis aborde également les questions éthiques et juridiques soulevées par certaines de ces recommandations (par exemple concernant le secret professionnel ou la protection du fœtus).

En conclusion, le CSS estime qu'investir dans la santé mentale des jeunes enfants constitue un choix éthique, économique et sociétal. Les bénéfices sont multiples pour le développement des individus et pour la société dans son ensemble : amélioration de la santé physique et mentale, réduction des inégalités, renforcement de la résilience collective et diminution des coûts sociaux futurs (dépenses de santé, chômage, criminalité).

Mots clés et MeSH *descriptor terms*[2]

MeSH terms*	***Keywords***	***Sleutelwoorden***	**Mots clés**	***Schlüsselwörter***
Infant Mental Health	*Infant Mental Health*	*Geestelijke gezondheid van zuigelingen*	Santé mentale infantile	*Psychische Gesundheitvon Säuglingen*
Perinatal Mental Health	*Perinatal Mental Health*	*Perinatale geestelijke gezondheid*	Santé mentale périnatale	*Perinatale psychische Gsundheit*
Neurodevelopmental disorders	*Neurodevelopmental disorders*	*Ontwikkelingsstoornissen*	Trouble du neurodéveloppement	*Entwicklungsstörungen*
Early Intervention	*Early Intervention*	*Vroege interventies*	Interventions précoces	*Frühintervention*
Early diagnosis	*Early detection*	*Vroege opsporing*	Détection précoce	*Frühzeitige Erkennung*
Ethics	*Ethics*	*Ethiek*	Ethique	*Ethik*
Public Health	*Public Health*	*Volksgezondheid*	Santé publique	*Öffentliche Gesundheit*
Prevention	*Prevention*	*Preventie*	Prévention	*Prävention*

MeSH (Medical Subject Headings) is the NLM (National Library of Medicine) controlled vocabulary thesaurus used for indexing articles for PubMed http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh.

[2] Le Conseil tient à préciser que les termes MeSH et mots-clés sont utilisés à des fins de référencement et de définition aisés du scope de l'avis. Pour de plus amples informations, voir le chapitre « méthodologie ».

TABLE DES MATIÈRES

Table des matières 4
I Introduction et question 8
1 Enoncé du problème 8
2 Réflexions préliminaires 9
II Méthodologie 12
III Elaboration et argumentation 13
1 Approche de santé publique : définition et concepts 13
1.1 L'approche populationnelle 13
1.2 Prévention 14
1.3 Travail en réseaux 15
1.3.1 Périnatalité : besoins et enjeux d'un travail en réseau 15
1.3.2 Modèles de réseaux 16
1.3.3 Conclusions 19
2 Santé mentale des jeunes enfants 20
2.1 La santé mentale des jeunes enfants 20
2.2 Intérêt de la prévention et de l'intervention précoce 21
3 Déterminants de santé 22
3.1 Les déterminants sociaux 22
3.2 Les déterminants environnementaux 23
3.3 Les déterminants biologiques 23
3.3.1 Facteurs génétiques 23
3.3.2 Facteurs obstétricaux 24
3.4 Les expériences de la petite enfance 24
3.5 Les déterminants comportementaux 25
4 Prévention primaire : aspects sociétaux 26
4.1 Respect des droits de l'enfant : environnement sain et niveau socio-économique 26
4.2 Bien-être des parents 27
4.3 Informations et sensibilisation 27
4.4 Disponibilité et formation des professionnels 28
5 Période prénatale et accouchement 29
5.1 Santé mentale des (futurs) parents 29
5.2 Prévention primaire 30
5.3 Prévention secondaire 31
5.3.1 Repérage 31
5.3.2 Dépistage 33

5.3.3 Dépistage ciblé et diagnostic 33
5.4 Prévention tertiaire 34
6 Période Postnatale (le jeune enfant) 35
6.1 Relation parents – enfant 35
6.1.1 Vulnérabilités de l'enfant 36
6.1.2 Troubles psychiques parentaux 36
6.2 Prévention primaire 38
6.3 Prévention secondaire 39
6.3.1 Les parents 39
6.3.2 Les enfants 39
6.4 Surveillance développementale et détection 40
6.4.1 Les observations naturelles 41
6.4.2 Surveillance au niveau populationnel : les carnets de santé et livrets de détection 43
6.4.3 Surveillance en première ligne : les grilles d'observation du développement 43
6.5 Dépistage 44
6.5.1 Les outils de première ligne 44
6.5.2 Les outils de deuxième ligne 45
6.6 Prévention tertiaire - Interventions précoces 47
6.6.1 Interventions auprès des parents 47
6.6.2 Interventions auprès de l'enfant 49
6.6.3 Interventions dans l'environnement de l'enfant 50
7 Situation en Belgique 51
7.1 Modèle belge et morcellement des compétences 51
7.2 Grossesse et naissance 51
7.3 Petite enfance : promotion de la santé et prévention primaire et secondaire 53
7.3.1 Fédération Wallonie-Bruxelles : l'Office de la Naissance et de l'Enfance 53
7.3.2 Flandre : Opgroeien 54
7.3.3 Rôle des professionnels de la santé 56
7.4 Prévention tertiaire (interventions précoces) 57
7.4.1 Initiatives fédérales 57
7.4.2 Initiatives régionales 58
7.5 Enseignement 60
IV Conclusions et recommandations 61
1 Approche de santé publique et stratégie nationale intégrée. 61
2 Soutien précoce et adapté 62
2.1 Organisation intégrée et continuité des soins 62

2.2 Interventions précoces....64
2.2.1 Période prénatale....64
2.2.2 Accouchement et période périnatale....65
2.2.3 Petite enfance....65
V Recommandations pour la recherche....68
1 Recherche scientifique....68
2 Questions éthiques....68
VI Références....70
VII Composition du groupe de travail....84
VIII Annexes....86
1 Annexe 1 : Cartographie basée sur les recommandations....86
2 Annexe 2 : Recommandations du COMSMEA....90
3 Annexe 3 : Recommandations issues du rapport « Morcellement des politiques publiques et santé mentale de l'enfant dans les 30 premiers mois »....92
4 Annexe 4 : Grille de développement de la HAS....93
5 Annexe 5 : Grille d'observation du développement 18 mois – 6 ans utilisée par l'ONE....96
6 Annexe 6 : Schéma de la procédure Van Wiechen....97
7 Annexe 7 : Exemples d'outils pour professionnels de première ligne....99
8 Annexe 8 : Exemples d'outils pour professionnels de deuxième ligne....100
9 Annexe 9 : Outils diagnostiques....103
10 Annexe 10 : Part dédiée à l'apprentissage du (neuro/psycho) développement normal et des troubles du (neuro/psycho) développement chez le jeune enfant dans différentes formations en Communauté française de Belgique....108

Liste des abréviations utilisées

ACE	*Adverse Childhood Experiences*
ADBB	Alarme Détresse Bébé
ADT	*Autism Discriminative Tool*
APA	*American Psychiatric Association*
APND	Aide Post-Natale à Domicile
ASQ	*Age and Stage Questionnaire*
CLB	*Centra voor leerlingenbegeleiding*
COMSMEA	Comités de santé mentale pour enfants et adolescents
CPP	Conseil prénatal personnalisé
CRA	Centre de référence autisme
CSS	Conseil Supérieur de la Santé
DC:0-5	*Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood, Zero to Five*
DSM-5-TR	*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision*
EPDS	*Edinburgh Post-natal Depression Scale*
GAD	*Generalised Anxiety Disorder Scale*
HAS	Haute Autorité de santé
ICD-11	*International Classification of Diseases, 11th Revision*
KCE	Centre fédéral d'expertise sur les soins de santé
M-CHAT	*Modified Checklist for Autism in Toddlers*
NBAS	*Neonatal behavioral Assessment Scale*
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONE	Office de la Naissance et de l'Enfance
PEP'S	Partenaire Enfant-Parent
PHQ	*Patient Health Questionnaire*
SAP	Services d'Accompagnement Périnatal
SCQ	*Social Communication Questionnaire*
TDAH	Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité
TSA	Troubles du spectre de l'autisme
TND	Trouble du neurodéveloppement
TSPT	Trouble du stress post-traumatique
UMB	Unité Mère Bébé
VWVJ	*Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg*
WAIMH	*World Association for Infant Mental Health*

I INTRODUCTION ET QUESTION

1 Enoncé du problème

La santé mentale des plus jeunes, bien qu'étant primordiale dans le développement futur des individus, reçoit souvent une attention et des ressources insuffisantes des politiques publiques. En-dessous de 5 ans, les besoins en santé mentale sont principalement non exprimés par l'enfant et souvent trop peu reconnus, sous-estimés et donc discriminés. Il s'agit ainsi par définition d'une catégorie de population vulnérable. Par conséquent, une approche spécifique de cette catégorie d'âge dans la mise en place d'actions de santé publique s'impose. En 2021, les Académies de médecine[3] publiaient un avis mettant en évidence l'importance de la prévention en matière de soins périnataux (prénataux et postnataux) et de la psychiatrie infantile, comme facteur pouvant améliorer les conditions de vie de toute une société. Les trois premières années de vie s'avèrent décisives dans la vie d'un individu. D'après cet avis, l'investissement dans la petite enfance devrait être soutenu, tant d'un point de vue éthique qu'économique.

Suite à un appel à thèmes du Conseil supérieur de la santé (CSS) pour son programme de travail dans le domaine de la santé mentale, trois organisations (l'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE), le *Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn* (VIVEL), et le centre thérapeutique autonome asbl Aire Libre (un centre indépendant d'aide thérapeutique) ont chacune fait une proposition de projet concernant la prévention et la détection précoce des problèmes de santé mentale chez les enfants entre la période in utero et l'âge de 5 ans. Elles partageaient l'inspiration commune selon laquelle la prévention, la détection précoce des problèmes et les remèdes ont un effet bénéfique sur la santé mentale et physique ultérieure de l'individu et de son environnement. Ces propositions ont été choisies comme priorité par le groupe permanent « santé mentale » du CSS.

Dans cet avis, le CSS vise donc à identifier les pratiques porteuses et les lacunes de la politique de santé mentale à l'égard des jeunes enfants et à formuler des conseils fondés sur des données probantes afin de combler ces lacunes.

Il a fallu pour cela d'abord mieux préciser le périmètre de l'avis.
Au niveau de la **tranche d'âge**, il a été décidé de se pencher sur la période allant de la conception à la cinquième année de vie de l'enfant. Ce texte fait référence à ce groupe en tant que "jeunes enfants", bien que le CSS soit conscient que la période de conception et la grossesse ne sont pas entièrement couvertes par ce terme. Le cerveau fait encore l'objet de nombreux développements jusqu'à l'âge de 5 ans, et est particulièrement vulnérable aux influences contextuelles. Certains traits et symptômes des troubles mentaux sont encore *in statu nascendi*, et ne sont pas toujours reconnaissables et cristallisés comme chez les enfants plus âgés. Le système de classification multiaxial des troubles de la santé mentale et du développement chez les nourrissons et les enfants de la naissance à l'âge de 5 ans « *Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood : Zero to Five* » (DC: 0-5, 2021), souligne que les troubles du développement dans cette tranche d'âge peuvent présenter des caractéristiques différentes selon les enfants et leur contexte de vie.
En ce qui concerne le **type d'interventions** de santé publique et les problèmes sur lesquels il se concentrerait, le CSS a décidé de porter son attention principalement sur le repérage, le dépistage et l'intervention précoce, en accordant également une place à l'approche de santé publique de la prévention des troubles mentaux et à la promotion du bien-être de l'enfant et de son environnement. En effet, le soutien à la santé mentale des enfants doit partir d'une

[3] https://www.armb.be/fileadmin/sites/armb/uploads/Document-site/pdf/Avis/2021/AVIS_DES_ACADEMIES_SUR_L_ORGANISATION_DES_SOINS_EN_SANTE_MENTALE_DES_ENFANTS_ET_DES_ADOLESCENTS.pdf

vision de l'enfant en développement au sein de son système. Les jeunes enfants grandissent et se développent en relation avec leur(s) parent(s) ou d'autres responsables éducatifs, et dans un contexte. Celui-ci doit leur offrir un maximum de possibilités d'épanouissement. Promouvoir la santé mentale des enfants ne peut donc être dissocié du soutien à l'environnement dans lequel l'enfant grandit. Un environnement qui influence à la fois la santé et le bien-être du jeune enfant, et d'où peuvent émerger des besoins d'accompagnement.
En ce qui concerne le **type de troubles**, le groupe de travail a décidé de se concentrer sur les types d'affections décrits dans le document DC: 0-5 et, dans la mesure du possible, de suivre l'approche multidimensionnelle de cet instrument de classification. Pour la période prénatale, à notre connaissance, il n'existe pas d'outil de classification spécifique. Pour ce qui concerne les troubles dont pourraient souffrir les femmes enceintes et les co-parents durant cette période, les classifications du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision* (DSM-5-TR, American Psychiatric Association – APA, 2022) ou de la *International Classification of Diseases, 11th Revision* (ICD-11, World Health Organization – OMS, 2018) sont appliquées.

Les questions posées portent donc notamment sur les actions préventives à mettre en œuvre au niveau sociétal pour promouvoir la santé mentale et le développement mental des jeunes enfants, les méthodes et les outils à recommander dans la population cible pour un dépistage précoce, et les interventions précoces à mettre à disposition pour restaurer ou réhabiliter la santé mentale de la population cible lorsque des troubles de la santé mentale ou du neuro développement sont identifiés. Est-ce qu'une approche transdisciplinaire du dépistage, de la détection précoce, du diagnostic et de l'intervention présente des avantages et, dans l'affirmative, comment doit-on la soutenir ?

Enfin, il est apparu clairement dès le début des débats que le CSS devrait également se pencher sur les **questions médico-légales et éthiques** que soulèveront les recommandations. En effet, les soins apportés à la femme enceinte, à la jeune mère et au jeune enfant sont souvent des entités distinctes, que le groupe de travail considère davantage comme un continuum. L'annulation de ces frontières peut susciter des questions en ce qui concerne le secret professionnel des prestataires de soins de santé et peut entrer en conflit avec le droit à la vie privée des individus et des familles. Des questions éthiques peuvent également se poser en ce qui concerne, par exemple, le degré d'applicabilité de la participation aux programmes de dépistage, la légitimité des programmes de dépistage et de détection précoce lorsqu'il y a de longs délais d'attente pour une intervention, et la responsabilité d'une société de pourvoir aux soins de santé mentale adéquats à la suite de tels programmes de dépistage.

2 Réflexions préliminaires

Un point de départ pour cet avis est que la réflexion éthique ne devrait pas avoir lieu après coup, comme une « réflexion sur » certaines questions scientifiques, mais que la réflexion conceptuelle et éthique va de pair avec une réflexion scientifique sur l'approche proposée en matière de santé mentale des enfants. Si un certain nombre de points apparus lors du travail d'élaboration de l'avis n'ont pas pu être mis en pratique lors de sa rédaction, ils devraient être pris en compte dans son développement.

Plus précisément, l'avis met en évidence quatre piliers sur lesquels doit reposer une approche éthique de la prévention des problèmes de santé mentale chez les jeunes enfants.

1) Les initiatives doivent être plus que de simples sparadraps

La génétique, et plus récemment la médecine de précision et la médecine personnalisée sont très médiatisées dans le cadre de la médecine préventive. Il est donc tentant de penser à la prévention des problèmes de santé mentale chez les enfants en termes de tests de détection.

Or, les déterminants importants de la santé mentale demeurent la capacité de grandir dans un environnement favorable, l'accès à une alimentation saine et l'accès aux soins. S'il peut être utile d'investir davantage dans des tests spécifiques, cela restera un pansement s'il n'y a pas aussi, et surtout, un investissement dans ces aspects fondamentaux. Par exemple, il peut être utile de diagnostiquer certains problèmes de développement à un stade précoce, mais cela n'est utile que si cela conduit également à une prise en charge thérapeutique personnalisée. Ceci signifie également que la situation actuelle, avec de longues listes d'attente pour la réalisation d'un diagnostic, porte d'entrée quasi obligée vers un suivi thérapeutique, et devenant en réalité un goulet d'étranglement, doit être corrigée[4].

2) Une approche basée sur la responsabilité collective et le soin

L'éthique des soins, telle que décrite par Tronto (2020), met l'accent sur l'importance du *care* en tant que responsabilité collective, relationnelle et éthico-politique. Cette approche est basée sur la vulnérabilité humaine et l'interdépendance. Il prône le partenariat et la communication bidirectionnelle (De La Bellacasa, 2017 ; Kittay, 2019). Dans le contexte de la prévention des problèmes de santé mentale chez l'enfant, l'éthique des soins déplace l'accent de la responsabilité individuelle à la responsabilité collective, dans laquelle les professionnels, les autorités, les parents[5] et les communautés travaillent conjointement pour créer un environnement fiable et favorable. La responsabilité collective consiste à tenir compte de la diversité et des besoins des enfants, à leur fournir un soutien approprié et à former une micro-communauté dans laquelle les enfants se sentent psychologiquement en sécurité et valorisés. En intégrant l'éthique des soins dans les politiques et les pratiques relatives aux soins de santé mentale pour les jeunes enfants, les soins peuvent se transformer en un outil puissant, collectif et durable de prévention précoce des problèmes de santé mentale (pour la population dans son ensemble, de l'enfant à l'adulte). Cette responsabilité collective dans les programmes et les politiques de prévention, permet à chaque enfant de grandir dans un environnement favorable, sans stigmatiser ou culpabiliser davantage parents ou enfants. En joignant soins et responsabilité collective, la distinction entre une approche de « santé publique » et une approche individualisée est en partie supprimée.

3) L'importance d'impliquer les groupes vulnérables[6]

L'injustice épistémique est l'injustice commise lorsqu'on ne reconnaît pas quelqu'un comme un sujet de savoir. Par exemple, lorsque nous parlons de contextes éducatifs problématiques, nous devrions tenir compte des expériences et des opinions de ceux qui grandissent ou élèvent des enfants dans de tels contextes. Ne pas le faire est, d'une part, injuste. D'autre part, c'est aussi une occasion manquée. En effet, les experts du vécu possèdent un type de savoir spécifique qu'eux seuls peuvent détenir. Une pratique de la connaissance qui ne reconnaît pas ou n'intègre pas cette forme particulière de savoir dans les processus décisionnels est, par définition, incomplète.
Afin de pouvoir offrir un soutien inclusif aux parents et enfants en situation de vulnérabilité, il est donc important d'impliquer activement ces groupes dans la prise de décision quant aux politiques à mettre en œuvre. Dans certains cas cependant, il est très difficile de mobiliser les parties prenantes, par exemple parce que certains groupes sont difficiles à atteindre ou parce qu'ils ont tendance à rejeter les soins de santé mentale. Pourtant, une prévention efficace et durable nécessite l'implication de ces groupes dans l'élaboration des démarches : la participation des personnes concernées est essentielle à la compréhension des situations

[4] Voir par exemple https://www.vrt.be/vrtmax/a-z/pano/2024/pano-s2024a7/

[5] « Parents » est à considérer dans cet avis comme un terme générique recouvrant toutes les configurations parentales possibles

[6] Comme précisé dans l'introduction, les bébés, jeunes enfants et femmes enceintes sont par définition des populations vulnérables puisqu'il s'agit de personnes qui présentent une fragilité particulière sur le plan physique et/ou psychique et/ou social. Lorsqu'il est fait référence dans cet avis aux groupes vulnérables, cela concerne les personnes qui présentent une vulnérabilité supplémentaire (qui peut être aigue ou chronique, de type socioéconomique, psychique etc.).

vécues et à la prise en compte des savoirs expérientiels au même titre que les autres formes de savoirs.

4) Une perspective développementale

Il est maintenant scientifiquement établi que lors de certaines périodes de vie (grossesse, trois premières années) le développement des enfants s'avère particulièrement sensible aux influences contextuelles multiples, positives et négatives (voir chapitres 2 et 3 du présent avis). Une approche principalement axée sur ces périodes est donc justifiable. Dans le même temps, il est important de souligner que le « développement » des enfants ne s'arrête pas après ces périodes sensibles. Un discours qui insiste de manière trop déterministe sur l'impact de ces périodes sensibles risque d'occulter l'importance des influences positives, à considérer comme des facteurs protecteurs ou médiateurs, à chaque instant de la vie. Idéalement, une approche qui se concentre principalement sur les premières années fait partie intégrante d'une vision plus large des soins de santé axée sur le bien-être mental tout au long de la vie.

II MÉTHODOLOGIE

Après analyse de la demande, le Collège et le président du groupe de travail ont identifié les expertises nécessaires. Sur cette base, un groupe de travail ad hoc a été constitué, au sein duquel des expertises en éthique, neuropédiatrie, orthopédagogie, pédiatrie, pédopsychiatrie, psychiatrie, psychomotricité, psychologie, sage-femme, santé publique étaient représentées.
L'organisation de la Belgique en entités fédérales et régionales entraîne des différences dans les forces, les faiblesses et les lacunes en termes de prévention, de détection et de traitement des soins de santé mentale dans les régions. C'est pourquoi le groupe de travail était composé d'experts des régions de Wallonie, de Flandre et de Bruxelles. La situation et les lacunes éventuelles de la Communauté germanophone n'ont pas été prises en compte séparément.
Les experts de ce groupe ont rempli une déclaration générale et *ad hoc* d'intérêts et la Commission de Déontologie a évalué le risque potentiel de conflits d'intérêts.

L'avis est basé sur une revue de la littérature scientifique, publiée dans des journaux scientifiques (*peer-reviewed*) et des rapports d'organisations nationales et internationales compétentes en la matière, ainsi que sur l'opinion des experts. Il s'est avéré impossible de répondre complètement au grand nombre de questions en se basant uniquement sur la littérature scientifique primaire. Nous avons donc également consulté des articles de synthèse et des directives nationales existantes provenant de pays européens et nord-américains, ainsi que des directives d'organisations telles que la *World Association for Infant Mental Health (WAIMH)*. Des schémas de dépistage existants d'institutions telles que l'ONE et *Opgroeien* ont également été inclus. Pour obtenir des contributions des organismes impliqués dans la santé mentale de la population cible, et pour adapter les conseils à ces organismes et au domaine de la santé mentale dans les différentes régions belges, nous avons contacté plusieurs acteurs du secteur, dont certains étaient impliqués dès le départ : l'ONE, *Opgroeien,* VIVEL, les Comités de politique en matière de santé mentale pour enfants et jeunes (COMGGKJ), les associations scientifiques WAIMH Vlaanderen et WAIMH Belgo-Luxembourgeoise. Le groupe de travail sur la prévention des événements indésirables de l'enfance de la Fondation Roi Baudouin a également été contacté.
En raison de l'ampleur du travail, le groupe de travail a été divisé en plusieurs sous-groupes, chacun ayant une mission définie :

1. Énoncé du problème et méthode
2. Approche de santé publique
3. Informations scientifiques et recommandations pour la période pré- et périnatale
4. Informations scientifiques et conseils pour les 0-5 ans
5. Cartographie des conseils, à différents stades du développement, de la prévention à l'intervention précoce, et par type de prestataire de soins
6. Intégration dans les réseaux de soins existants et questions de communication
7. Considérations éthiques et médico-légales

Chaque sous-groupe a recueilli ses propres informations scientifiques et formulé des conseils scientifiquement fondés pour son domaine spécifique, ces données étant ensuite présentées, discutées et approuvées au sein du groupe complet.

Après approbation de l'avis par le groupe de travail, le Collège a validé l'avis en dernier ressort.

III ELABORATION ET ARGUMENTATION

1 Approche de santé publique : définition et concepts

La prise en charge de la santé mentale des jeunes enfants est une responsabilité partagée et sociétale. Cette prise en charge doit être assurée tout au long des différentes étapes de la trajectoire de développement de ces jeunes enfants. La décision de partir d'une approche de santé publique a donc été prise en connaissance de cause.
L'approche de santé publique se concentre sur ce dont un individu a besoin pour se sentir en bonne santé (mentale), mais aussi sur ce qui est nécessaire pour maintenir une population entière ou certains groupes cibles en bonne santé (mentale) grâce à des efforts organisés par la société (Dykxhoorn et al., 2022). Il y a donc une attention sur la prévention des problèmes ou des difficultés, sur l'anticipation d'éventuels facteurs de risque (cf. le latin *praevenire* : prévenir, anticiper), ainsi que sur les facteurs de protection présents, et ce pour chaque individu au sein de la population.
L'organisation des soins préventifs, anticipatifs et curatifs pour la santé mentale des jeunes enfants repose sur l'universalisme proportionné, qui combine une approche universelle et une approche ciblée pour atteindre tous les groupes, y compris ceux qui ont le plus de besoins (Carey et al., 2015).

1.1 L'approche populationnelle

L'approche populationnelle est une stratégie spécifique de santé publique, qui vise à « maintenir et à améliorer la santé et le bien-être de la population d'un territoire donné en rendant accessible un ensemble de services sociaux et de santé pertinents et coordonnés répondant aux besoins exprimés et non exprimés de la population et dans le même temps, en agissant en amont sur les déterminants de la santé grâce à la collaboration des différents acteurs du territoire » (Pradier, 2017).

Ce type d'approche va donc s'intéresser à l'ensemble de la population d'un territoire, et pas seulement aux individus qui utilisent des services, ce qui permet de toucher également ceux dont les besoins sont peu exprimés, comme les (futurs) parents et les jeunes enfants. Les idées fortes de l'approche sont de mobiliser les actions en amont des problèmes de manière à réduire la pression sur les services de santé et susciter des changements dans la manière de planifier et de dispenser des services de santé à l'échelle locale.

Concrètement, une approche populationnelle fonctionne de la manière suivante :
- définir une population circonscrite (régions telles que les zones de 1ère ligne, les communes, les provinces ou encore une ville) qui va faire l'objet d'observations et d'actions afin de concentrer les efforts ;
- évaluer les besoins de la population sur ces territoires en faisant appel à différentes sources de données (données administratives, données d'enquêtes/de sondage, données de la recherche scientifique ; opinion de divers experts, opinion des professionnels de santé, opinion de la population ou de ses représentants…) de façon à avoir une compréhension des principaux déterminants de la santé (qu'ils soient physiques, biologiques, sociaux, culturels ou encore économiques) ;
- concevoir des modèles de services de santé intégrés ; lieux où les différentes interventions de santé individuelle, de santé publique, sociales et environnementales s'articulent et se complètent au bénéfice de la population. C'est là que prennent place les partenariats avec les acteurs du système de santé, les services sociaux, les autres acteurs de la vie collective et bien sûr la population (Boisvert et al., 2020).

Ainsi, au niveau des jeunes enfants, l'approche populationnelle cherche d'une part à répondre aux besoins de **prise en charge** médicale et sociale (soigner/guérir) des enfants pour les traiter et éviter des complications ; mais aussi d'autre part à **prévenir** l'apparition de

psychopathologies, de troubles de santé mentale des personnes à risques et au niveau de la population (100 %), et **promouvoir la bonne santé** mentale pour que les personnes ne deviennent pas à risque. Les services de santé, majoritairement axés sur le diagnostic et le curatif, doivent donc s'organiser pour créer un continuum d'intervention allant de la promotion de la bonne santé mentale et de la prévention jusqu'à la réadaptation et cela en mobilisant les professionnels de santé et du champ médico-psycho-social, les différents acteurs présents sur le territoire de manière intersectorielle ou encore la population elle-même. Les différents niveaux du continuum de la santé permettent d'agir sur les psychopathologies du jeune enfant.

1.2 Prévention

Au départ du continuum d'interventions, on retrouve la "**prévention**", concept très large pouvant être interprété de différentes manières. La prévention vise à ce que les enfants et les jeunes grandissent en meilleure santé, dans de meilleures conditions de sécurité et avec plus de chance de développement optimal.
Selon l'OMS, la prévention consiste en « l'ensemble de mesures visant à éviter ou réduire le nombre ou la gravité des maladies ou accidents ».
Arango et al. (2018) définissent plusieurs types de prévention :

La promotion de la santé se centre sur le risque : elle repose sur la capacité des individus et des groupes à agir sur leurs conditions de vie, et vise à l'instauration d'un environnement culturel favorable à la santé, cohérent avec les messages d''éducation pour la santé fournis (par exemple, des programmes scolaires favorisant une alimentation saine ou le développement de compétences d'adaptation positive).

La prévention primaire consiste en une diminution de l'incidence d'une maladie, c'est-à-dire la réduction d'apparition de nouveaux cas.
Au niveau de la prévention primaire, les auteurs font la distinction entre

- la prévention universelle, qui s'adresse à l'ensemble de la population, sans distinction basée sur le niveau de risque individuel (par exemple, des programmes scolaires visant à prévenir le harcèlement scolaire) ;
- la prévention sélective, qui vise des sous-groupes spécifiques de la population qui présentent des facteurs de risque particuliers (comme les interventions ciblant les enfants de parents souffrant de troubles mentaux) ;
- la prévention indiquée, qui vise des individus identifiés comme présentant des signes précurseurs ou des symptômes légers suggérant le développement potentiel d'un trouble (par exemple, les interventions chez les personnes à haut risque clinique de psychose, présentant des symptômes atténués et une baisse récente du fonctionnement).

La prévention secondaire consiste en tous les actes destinés à réduire la prévalence de la maladie et donc sa durée d'évolution (dépistage, tests diagnostiques, examens de santé, traitement précoce). Le dépistage consiste en la réalisation d'un test systématique et standardisé, à une population ou un individu, asymptomatique, pour identifier une probabilité élevée d'être porteur d'une maladie (notamment, les interventions pour améliorer le repérage et l'accès aux services en cas dépression afin de réduire le délai avant un traitement, ou encore le suivi des prématurés sévères et les tests audios chez le nourrisson dans une famille avec surdité congénitale).

La prévention tertiaire consiste quant à elle en des interventions qui visent à atténuer les effets des maladies après leur apparition, afin de réduire les complications, prévenir les récidives et améliorer la qualité de vie des individus affectés (par exemple, des interventions thérapeutiques précoces et structurées chez les jeunes enfants atteints d'autisme ou de retard de développement, visant à prévenir d'autres problèmes de comportement et à promouvoir un

développement et une participation optimaux). Les préventions secondaire et tertiaire montrent des chevauchements avec l'intervention précoce dans le traitement.

1.3 Travail en réseaux

1.3.1 Périnatalité : besoins et enjeux d'un travail en réseau

En périnatalité, les (futurs) parents éprouvent le besoin de constituer ce que Stern (1995) nomme une « **matrice de soutien** » et Françoise Molénat une « enveloppe contenante sécure » (Stapleton et al., 2012 ; Sellenet & Portier-Le Cocq, 2013 ; Serhier et al., 2017 ; Azimi et al., 2018 ; Molenat, 2019 ; Gaugue et al., 2024 ;) afin de répondre aux besoins d'information, de soutien psychologique, de partage d'expériences et de soutien pratique et matériel (Slomian, 2018). Cette matrice est un enjeu important pour le bien-être des différents membres de la famille, pour rassurer les parents afin que leur insécurité ne retentisse pas sur l'enfant à venir. Le fait d'être entouré et d'avoir des appuis est tout-à-fait fondamental à cette période de la vie.

La constitution par l'entourage social naturel et/ou par l'environnement professionnel d'une telle matrice de soutien est essentielle lors d'une grossesse et d'un accouchement et doit viser la population générale, et de manière plus intensive encore les situations présentant des vulnérabilités médico-psycho-sociales.
Il est nécessaire pour cela d'assurer une **coordination** et une **continuité des soins**. Durant la période périnatale, les familles vont en effet croiser de multiples intervenants et de nombreux acteurs et services institutionnels, du plus large (soins de santé, politiques sociales à destination des familles, etc.) au plus spécifique (acteurs de santé individuels comme les sage-femmes ou les médecins). La cohérence et la continuité de ces interventions sont essentielles, notamment pour les familles en situation de vulnérabilité accrue.

Les enjeux de la création de **réseaux de périnatalité**, pour les enfants et les (futurs) parents, de la conception à 5 ans, sont multiples (Grégoire, 2016). Ceux-ci doivent en effet viser à résoudre les divers clivages dans le système de santé :

- Dépasser les décalages persistants entre **santé mentale infantile et adulte**, et prendre en compte les spécificités du fonctionnement adulte à cette période de la vie, ainsi que le développement des nourrissons et jeunes enfants de 0 à 5 ans. L'arrivée du bébé fait en effet apparaitre de nouveaux acteurs et services, qui doivent désormais inclure les besoins de l'enfant, alors que l'attention était auparavant centrée sur les adultes. Cela peut créer une dualité dans les missions et les interventions, qui peuvent devenir concurrentes.
- Les interventions dans le champ périnatal doivent également s'organiser en tenant compte des **interactions** entre le bébé, la mère et le co-parent, et leur entourage, afin de pouvoir ajuster les interventions en fonction des possibilités de chaque acteur. Les prises en charge doivent donc viser chacune des personnes impliquées et la boucle interactionnelle entre eux (Dayan et al. 2014).
- Combler le fossé entre **soins prénataux et postnataux**, étant donné l'impact de la grossesse sur les parents et le bébé après la naissance. L'objectif est d'assurer une continuité depuis la période prénatale (et même préconceptionnelle) jusqu'au post-partum à long terme, en passant par le temps autour de la naissance, et ce aux niveaux relationnel, informationnel et organisationnel, et en impliquant tous les acteurs concernés (Molenat, 2012 ; Ministère des Solidarités et de la Santé, 2020).
- Favoriser la **collaboration intersectorielle**, impliquant aussi bien les acteurs du domaine médical que psycho-social. La collaboration doit également être favorisée entre les différents professionnels impliqués dans le développement de l'enfant (puériculteur·trice·s, éducateur·rice·s, logopèdes, psychomotricien·ne·s, enseignants…).

- La continuité doit également être assurée entre **niveaux de prévention** : de la prévention primaire (conditions de vie de qualité suffisante pour l'ensemble de la population) jusqu'aux interventions spécialisées selon les problématiques rencontrées.

Les soignants (psychiatres, psychologues, médecins généralistes, assistants sociaux etc.) en contact avec une population déjà fragilisée doivent être particulièrement vigilants et informés quant à la nécessité de créer un réseau de périnatalité pour leurs patients, incluant une sage-femme par exemple (Cesbron & Dugnat, 2012).
Les situations de grossesse se terminant toutes par un accouchement, qui a le plus souvent lieu à l'hôpital (99,25 % des accouchements en 2021 ; Leroy & Van Leeuw, 2022), les soins entourant la naissance (naissance et post-partum immédiat) constituent un des lieux et des moments principaux d'identification de ces situations de vulnérabilité. Pour les situations de décompensation survenant plus tardivement dans le post-partum (après la sortie de maternité), la détection et le soutien vont reposer sur le réseau personnel des patientes et le réseau professionnel existant (sage-femme, gynécologue et/ou médecin traitant, ONE, Kind en Gezin, …).

1.3.2 Modèles de réseaux

La coordination entre acteurs, y compris les membres de la famille, parents et enfant peut s'organiser à différents niveaux. Ces différents types de réseaux sont complémentaires.

Les réseaux peuvent par exemple être organisés par **ligne d'intervention,** selon le niveau d'intervention mis en œuvre par chaque acteur :
- 1ère ligne (et ligne 0) : elles visent les altérations légères et transitoires de l'état de santé mentale, et interviennent dans le lieu de vie de la personne, à l'endroit où elle se trouve et interagit avec son environnement.
  Intervenants : tout·e citoyen·ne, y compris la personne intéressée par l'intervention, famille-ami·e·s, employé·e·s-collègues, aides familiales-ménagères, éducateur·rice·s, moniteur·rice·s, acteur·rice·s socio-culturels, médecin généraliste, infirmier·ère·s, kinésithérapeutes, logopèdes, pharmacien·ne·s, services d'urgence, services de santé mentale, psychologues de première ligne,…
  Interventions : soutien à l'autogestion des soins, restaurations des besoins primaires, programme de restauration du lien social, programme d'activation comportementale, programme d'affirmation de soi, ateliers et groupes, promotion de la santé….
- 2ème ligne : elle vise les altérations modérées et en voie de chronicisation de l'état de santé mentale.
  Intervenants : psychologues et psychiatres ambulatoires, médecins généralistes, équipes mobiles de crise, hébergements de crise, services de rétablissements, groupes de pairs.
  Interventions et procédures : interventions pharmacologiques, interventions psychothérapeutiques, programmes de prévention des rechutes, psycho éducation, dispositifs d'information par les pairs.
- 3ème ligne : elle vise les altérations sévères de l'état de santé mentale (altération du jugement, mise en jeu de la sécurité personnelle et interpersonnelle) nécessitant un retrait temporaire de la vie communautaire.
  Intervenants : équipes pluridisciplinaires en hôpitaux psychiatriques, unités de soins psychiatriques en hôpital général, services résidentiels spécialisés.

Fastrès (2009) dégage quant à lui une autre typologie de réseaux, basée sur trois centres de gravité :
- les bénéficiaires (individualisation de la prise en charge, avec deux niveaux de soutien : situations de gravité légère à modérée et situations complexes ou sévères) ;
- la réflexion sur les pratiques ou les problématiques (réseaux de professionnels qui se rassemblent pour trouver des réponses structurelles à des problèmes récurrents. Ces

réseaux peuvent être de coordination entre services hétérogènes sur un même territoire, ou de synergie entre services de mêmes types sur différents territoires) ;
- ou des projets ou actions qui nécessitent de se mettre ensemble.

L'organisation de soins intégrée[7], centrée sur le patient, vise quant à elle à mieux coordonner les services tout au long du continuum de soins dans des systèmes de santé complexes. La coordination des soins et de l'aide est inter-organisationnelle et tient compte des besoins spécifiques des enfants (et de leurs familles) tout au long de leur parcours de soins et d'aide (Cochrane Collaboration, 2013 ; Grégoire, 2016). L'enfant occupe une place centrale.

Le schéma ci-dessous donne un exemple de l'intégration des services sociaux et de santé (Timmins & Ham, 2013).

[7] Dans l'approche des soins intégrée, la question de l'intégration se pose à différents niveaux : les niveaux micro, méso et macro d'un système de santé.
- Au niveau micro, l'accent est mis sur la collaboration interprofessionnelle ou interdisciplinaire et sur la participation des patients et des soins informels tout au long du parcours d'une personne.
- Au niveau méso, l'accent est mis sur la manière dont l'action et la responsabilité collectives des organisations peuvent être mises en œuvre pour répondre aux besoins d'une population tout au long du continuum de soins et pour mettre en place des services adéquats et accessibles.
- Au niveau macro, la question porte sur la manière dont les différents domaines politiques peuvent intégrer les activités (Kodner et al., 2002 ; Valentijn et al., 2013). L'intégration des soins peut être réalisée par le biais d'un réseau de collaboration (Auschra, 2018 ; Provan & Lemaire, 2012) dépassant les frontières organisationnelles et disciplinaires (Lambert et al., 2020).

Schéma 1 : Services sociaux et de santé intégrés (Timmins & Ham, 2013)



Des modèles internationaux, comme celui de Denver (Lomonaco-Haycraft et al., 2018, les recommandations du NICE (2020), et celles de la HAS (2024) proposent des stratégies d'intégration efficaces.

La logique **des soins échelonnés** est une approche spécifique de l'intégration des services de santé (Kodner et al., 2002 ; O'Donohue & Draper, 2011 ; Lambert et al., 2020), qui va commencer par le traitement le plus efficace mais le moins intensif, et de ne passer à des services intensifs/spécialisés qu'en cas de nécessité et en fonction des besoins du patient. L'objectif est d'assurer un accès précoce et meilleur aux systèmes de soins de santé (O'Donohue & Draper, 2011).

L'approche centrée sur le patient implique quant à elle qu'il n'y a pas de " linéarité " dans l'utilisation des différents niveaux de spécialisation (O'Donohue & Draper, 2011 ; Webb et al., 2014). À différents stades ou en raison de certains événements dans le parcours, différents niveaux de spécialisation des évaluations diagnostiques et des interventions peuvent être nécessaires et fournis par différents types d'organisations : il convient de choisir le niveau de soins le plus efficace (Lambert et al., 2020 ; Jacques & Abel, 2020). L'organisation des processus de travail selon ces principes nécessite la coopération et l'intégration des prestataires de services au sein des secteurs ou domaines et entre eux afin d'améliorer la continuité des soins (Allen et al., 2020).

1.3.3 Conclusions

Pour répondre de manière adaptée aux divers – et parfois complexes – besoins de soutien des jeunes enfants, la collaboration entre tous les professionnels du soin et du secteur social est essentielle. Le soutien à la santé mentale des jeunes enfants exige une coopération intégrée entre les soins de santé et le travail social, centrée sur les besoins individuels de l'enfant et de sa famille. Cela nécessite des soins et un accompagnement organisé de manière intégrée, en fonction des besoins spécifiques du jeune enfant ; plutôt que de laisser les familles s'orienter seules, voire se perdre, dans une offre fragmentée dans le secteur des soins et entre celui-ci et celui du social. Grâce à une approche intégrée, les soins et le bien-être ne forment plus qu'un tout, à travers une interaction forte entre les acteurs impliqués, les professionnels du soin et du social, le jeune enfant et son environnement.

En ce qui concerne la santé mentale des jeunes enfants, il est donc nécessaire de prévoir une **organisation intégrée des soins**, au-delà des secteurs et des lignes d'intervention, adaptée aux besoins de l'enfant, de sa famille et du contexte plus large.

La continuité des soins doit être garantie par le réseau. En plus de mettre autour de la table différents secteurs, le **dispositif intersectoriel de réseau** doit penser la stratégie globale sur un territoire donné en matière de prévention, de soins et d'aide.
Il faut garantir une continuité entre la ligne 0 et la 3ème ligne en rendant visible l'intégration des services. Les lignes doivent pouvoir se croiser et se fonder dans la précédente et la suivante. Les lignes devraient par ailleurs être associées à la fréquence d'une pathologie, plutôt qu'au degré de sévérité. Les soins hautement spécialisés qui sont utilisés moins fréquemment peuvent ainsi être organisés à un niveau plus élevé, mais doivent toujours être rendus accessibles à proximité de l'enfant/de la famille. La priorité doit toujours être donnée à la forme de soins la moins intensive.

Si des **réseaux** pertinents ont **déjà été mis en place** dans la région, il est recommandé de s'y rattacher autant que possible et de ne pas développer un nouveau réseau isolé. Rejoindre des réseaux existants présente l'avantage d'un gain d'expertise, de partenariats plus solides, d'une plus grande simplicité pour les familles et d'un investissement moindre en termes de coordination et de temps de réunion.

Par ailleurs, ces soins de santé mentale spécifiques pour les jeunes enfants doivent être facilement accessibles et organisés à proximité des familles, afin d'éliminer autant que possible les obstacles à l'accessibilité, en prévoyant des **lieux physiques.**

2 Santé mentale des jeunes enfants

2.1 La santé mentale des jeunes enfants

La santé mentale est, selon l'OMS (OMS, 2001), « un état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté ». Il s'agit donc d'un état de complet bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie. La santé mentale est ainsi un concept qui peut être pris au sens large, c'est-à-dire qu'on ne se concentre pas uniquement sur la présence ou l'absence de symptômes, de problèmes ou de pathologies, ni sur l'existence de facteurs de risque. La définition de l'OMS comprend également l'intégration dans la communauté de personnes ayant un développement atypique, qui peuvent nécessiter des adaptations particulières.

L'attention et les preuves scientifiques en faveur d'une approche de la santé mentale fondée sur un double continuum (Keyes, 2005), représentant deux dimensions différentes, sont de plus en plus nombreuses (voir, par exemple, Freeman, 2022) : le continuum de la « santé mentale positive », qui représente le degré de bien-être mental (du minimum à l'optimal " se sentir bien dans sa peau ") interagit avec celui qui reflète le degré de présence de troubles mentaux. Travailler sur le bien-être mental peut donc à la fois renforcer la santé mentale positive et avoir un effet positif sur les symptômes psychopathologiques.

La prévalence des troubles de santé mentale est estimée de 16 à 18 % chez les enfants de 1 à 5 ans (Von Klitzing et al., 2015). En Belgique, en 2021, la prévalence de troubles mentaux chez les enfants et adolescents était estimée à 16% (UNICEF, 2022). Plus de 25 % de ces troubles nécessitent une aide spécialisée. Les troubles décrits dans le DC :0-5 sont notamment les troubles anxieux, les troubles de l'humeur, les troubles du sommeil, de l'alimentation et des pleurs, les traumatismes, stress et troubles de privation, les troubles du traitement sensoriel et les troubles obsessionnels compulsifs et apparentés.

Les troubles du neurodéveloppement (TND), qui ne relèvent pas directement de la santé mentale, sont également pris en compte dans cet avis car ils constituent des conditions d'adversité pour l'enfant, pouvant avoir un impact sur les 2 axes du continuum par leurs caractéristiques handicapantes et les conséquences qui en découlent (ex : échecs répétés, orientation vers l'enseignement spécialisé, sentiment d'exclusion…).
Selon la Classification Internationale des Maladies de l'OMS (CIM-11), qui officialise les TND (2022), ces troubles se définissent comme l'ensemble des troubles comportementaux et cognitifs apparaissant durant la période de développement (souvent donc avant que l'enfant n'entre à l'école primaire) et impliquant des difficultés significatives dans l'acquisition et l'exécution des fonctions spécifiques intellectuelles, motrices ou sociales (…), dont le développement est fortement lié à la maturation biologique. Seuls les troubles dont les symptômes de base sont neuro-développementaux sont à inclure dans ce regroupement.
L'éventail des troubles du neurodéveloppement varie d'une altération très spécifique de l'apprentissage ou du contrôle des fonctions exécutives à une altération générale des aptitudes sociales ou de l'intelligence. Le DC :0-5 distingue plusieurs catégories de troubles du neurodéveloppement : Trouble du spectre de l'autisme (TSA), TSA atypique de la petite enfance, trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH), Trouble d'hyperactivité chez les tout-petits, Retard global de développement, Trouble développemental du langage, Trouble de la coordination et du développement, Autres troubles du développement de la petite enfance

Le concept de **neurodiversité** (Singer, 1999, Armstrong, 2010) propose une vision alternative des troubles du neurodéveloppement, tels que l'autisme, le TDAH ou la dyslexie. Plutôt que de les considérer uniquement comme des pathologies à corriger, la neurodiversité les voit comme des variations naturelles du fonctionnement cérébral humain. Cette approche met l'accent sur la valeur de la diversité cognitive et défend les droits à l'inclusion, à l'adaptation et à la reconnaissance des besoins spécifiques. Contrairement à une approche strictement médicale, qui cherche souvent à " normaliser ", la neurodiversité privilégie le respect des différences et le développement des potentiels individuels. Elle invite à repenser les environnements scolaires, professionnels et sociaux pour les rendre plus accessibles. Dans ce cadre, les tests neurodéveloppementaux ne sont plus utilisés uniquement pour diagnostiquer un déficit, mais aussi pour mieux comprendre le profil cognitif unique d'un individu et adapter l'accompagnement en conséquence.

2.2 Intérêt de la prévention et de l'intervention précoce

Plusieurs recherches au Canada, en Angleterre, en France, ainsi qu'en Belgique (COMSMEA – voir en annexe 2) ont mis en évidence l'intérêt d'intervenir le plus précocement possible dans les différents domaines (éducatifs, psycho-socio-médicaux et environnementaux) et en tenant compte de tous ceux qui entourent l'enfant dans le cadre personnel ou professionnel. La prévention est bien plus efficace que la remédiation et son impact est d'autant plus grand qu'elle est mise en œuvre tôt (Knudsen et al., 2006).

Selon Coté (2022[8]) notamment, il est important d'agir le plus tôt possible, pour des raisons à la fois neuro-développementales et économiques.

Les premières années de la vie d'un enfant constituent en effet une période de développement rapide et de **plasticité cérébrale** importante. Cette capacité de changement du jeune cerveau rend celui-ci particulièrement réceptif aux expériences vécues à cette période, qu'elles soient positives ou négatives. Ces expériences ont une influence durable sur le développement de l'enfant. Des recherches approfondies (Pinto-Martin et al., 2005 ; Heckman, 2006 ; Rousseau et a., 2016) ont montré que les efforts déployés pour soutenir et promouvoir le bien-être des jeunes enfants et soutenir et soigner leurs *caregivers* ont des conséquences durables et significatives à long terme. Ces interventions permettent en effet d'influencer favorablement la trajectoire de développement de l'enfant (améliorations significatives des compétences cognitives, émotionnelles et sociales) et favorisent ainsi son bien-être à long terme ainsi que celui de la société dans son ensemble. La prévention et le soin dès la grossesse, visant à favoriser la santé mentale des parents et des jeunes enfants âgés de 0 à 5 ans entrainent une diminution de la prévalence des troubles de santé mentale à tous les âges plus avancés au sein de la même génération et sur plusieurs générations (Rousseau et al., 2016 ; Zelkowitz, 2017).

L'investissement dans la prévention permet aussi de réduire les coûts sans cesse croissants des soins (plus lourds) et l'investissement dans la petite enfance présente donc des **avantages économiques** pour la société dans son ensemble.
Des recherches, menées notamment par le Prof. Heckman, prix Nobel en Economie 2000 et fondateur de l'Equation Heckman[9], ont montré que les enfants qui bénéficient d'un environnement stimulant et favorable pendant leurs premières années sont plus susceptibles de réussir à l'école, d'avoir de meilleures compétences sociales et de meilleures perspectives d'emploi à l'âge adulte (Heckman, 2006; UNICEF, 2019). Selon ces recherches, soutenir un développement de qualité auprès des enfants de familles vulnérables durant la période de 0

[8] Professeure Sylvana COTE, professeure de psychologie au Canada, exposé lors du 1er symposium de Sa Majesté la Reine intitulé : « Prévention en Petite Enfance pour favoriser la santé mentale tout au long de la vie » en juin 2022 à Bruxelles
[9] https://heckmanequation.org

à 5 ans, par des interventions éducatives améliore la santé, renforce la productivité et réduit les dépenses sociales et de santé[10]. Les enfants qui bénéficient d'un soutien et d'une éducation de qualité dans leurs premières années sont moins susceptibles de se livrer à des comportements délinquants et sont moins susceptibles d'être impliqués dans des activités criminelles à l'âge adulte (Heckman & Masterov, 2007; OMS, 2015). Cela se traduit par une réduction des coûts sociaux, tels que les dépenses de santé, les prestations sociales et les coûts liés à la criminalité. Ainsi, **selon le Prof. Heckman, un euro investi évite d'en dépenser au moins 3 à l'âge adulte**, voire davantage si l'on prend en compte l'ensemble des bénéfices sociaux et économiques**.**

Pinto-Martin et al. (2005) et Rousseau et al. (2016) ont également montré que chaque euro investi en périnatalité et durant la petite enfance (surtout dans les milieux vulnérables) rapporte un retour sur investissement significatif à long terme (meilleures perspectives affectives, mentales, professionnelles et sociales).

Une étude (Bauer et al., 2014) avait également estimé pour le Royaume Uni à 1,2 milliard d'Euros les coûts annuels associés aux problèmes de santé mentale périnatale (dont 69 % liés aux bébés et 31 % à la mère), coûts principalement issus de la société dans son ensemble (perte de productivité notamment). Cette dépense pourrait être transformée en budget de soins auprès des femmes enceintes et de leurs bébés.

En conclusion, les preuves de recherche soutiennent l'idée que les premières années de la vie sont cruciales pour son développement futur et que l'investissement dans la périnatalité et la petite enfance est essentiel pour le développement optimal des individus et pour la société dans son ensemble. Les avantages de cet investissement sont nombreux, allant de la réduction du recours à la psychiatrie et des séjours en prison, à l'amélioration des résultats scolaires et de l'emploi.

3 Déterminants de santé

Les déterminants en santé sont des facteurs qui influencent la santé des individus et des populations. En comprenant comment ces différents déterminants agissent sur la santé mentale des jeunes enfants, il est possible de développer des stratégies de santé publique plus efficaces. Ils peuvent être classés en plusieurs catégories.

3.1 Les déterminants sociaux

Les facteurs socioéconomiques de la famille (emploi, conditions de travail, revenu et statut social) ont un impact sur le développement physique et psychique de l'enfant, entretenant des inégalités sociales transgénérationnelles. Le fait qu'un enfant naisse dans un milieu socio-économique élevé lui donne plus de chance d'être en bonne santé physique et mentale qu'un enfant naissant dans un milieu socio-économique faible (Corvelyn & Maes, 2002; NHS, 2024). Ce processus se transmet d'une génération à l'autre.
Il a notamment été constaté que les familles vulnérables reportent les soins ou font moins appel aux soins, avec le risque d'entraîner une (co)morbidité plus élevée.
Le niveau d'éducation influence également les choix de santé, la capacité à comprendre les informations sur la santé (littératie) et à participer aux soins de santé de l'enfant par les parents.
Les déficiences alimentaires existant dans les populations fragiles menacent également la santé.

[10]voir aussi « Le coût des problèmes de santé mentale périnatale » publié par Annette Bauer, Michael Parsonage, Marin Knapp, Valentina Lenmi et Adelaja Bayo (Alliance francophone de la santé mentale périnatale), qui est une traduction en français de la version originale anglaise, éditée par Care Policy and Evaluation Centre de la London school of Economics

Un réseau de **soutien social** solide peut aider les individus à mieux gérer le stress et à adopter des comportements plus sains pour eux-mêmes et leurs enfants. L'isolement (famille monoparentale, réfugiés ou migrants…) peut quant à lui aggraver la précarité sociale et psychique (CSS 9744, 2024).
Les stéréotypes et l'exclusion sociale peuvent également avoir un impact négatif sur la santé mentale et physique des individus (CSS 9744, 2024).

Enfin, le système de **protection sociale** (l'accès aux soins de santé préventifs et curatifs, y compris psychologiques, la qualité des soins et l'accès aux services sociaux) est un autre déterminant important de la santé (OMS, 2014). Certaines réformes sociétales peuvent avoir un impact positif ou négatif sur la santé, en particulier en matière de santé mentale et de bien-être.

3.2 Les déterminants environnementaux

La qualité de l'air, de l'eau, les infrastructures et le logement peuvent avoir un impact sur la santé, notamment en termes de risques d'infection, de pollution et de problèmes de santé mentale.

La pollution de l'air et de l'eau, ainsi que les problèmes de qualité des sols, peuvent entraîner des problèmes de santé respiratoires, cardiovasculaires et autres. L'OMS (2018) indique qu'une "exposition prénatale et postnatale à la **pollution atmosphérique** peut impacter négativement le développement neurologique, conduire à des résultats plus faibles aux tests cognitifs et impliquer des troubles du comportement (troubles du spectre autistique, trouble hyperactif avec déficit de l'attention, etc.). Selon des éléments très probants, une exposition à la pollution de l'air ambiant peut nuire au développement moteur et mental des enfants".

Un **logement** insalubre (humidité-champignons) ou surpeuplé peut être un facteur de risque pour la santé, en particulier chez les enfants et les personnes âgées. L'insalubrité peut provoquer des allergies et/ou des infections récidivantes, mais également exposer le jeune enfant à une intoxication chronique aux métaux lourds des peintures anciennes (plomb) pouvant entraîner, une anémie, du pica et une atteinte neurologique. D'autre part, les personnes vivant dans un logement déclaré insalubre (voir https//www.belgium.be.insalubrité) doivent le quitter et se retrouvent parfois dans la rue avec des enfants, sans-abris. (Kristjansson et al., 2015).

L'aménagement du territoire intervient également : la présence d'espaces verts et de lieux de jeu en plein air contribue au développement moteur, émotionnel et social des jeunes enfants (CSS, 2022).

3.3 Les déterminants biologiques

3.3.1 Facteurs génétiques

Certains problèmes de santé mentale chez les enfants sont liés à un handicap physique ou intellectuel, qui peuvent avoir une origine génétique.
La cause la plus fréquente de déficience intellectuelle d'origine génétique est la trisomie 21 (appellation commune du syndrome de Down), qui peut actuellement être diagnostiquée par un prélèvement sanguin durant le premier trimestre de la grossesse.
Les troubles du neurodéveloppement sont également largement influencées par des facteurs génétiques (Sandin et al., 2014 ; Colvert et al., 2015 ; Tick et al., 2016 ; Uchida et al., 2023). Cette causalité génétique est cependant polygénique et complexe. Dans de nombreux cas particuliers l'étiologie est inconnue et donc potentiellement liée à la rencontre d'un matériel génétique avec un environnement spécifique.

Dès lors, seuls certains syndromes sont dépistables en prénatal : les syndromes chromosomiques chez des femmes à risque (âge), et des syndromes mono-génétiques à transmission dominante ou X-dominante, déjà présents chez un des parents.

3.3.2 Facteurs obstétricaux

Les **carences alimentaires** maternelles peuvent perturber le développement du fœtus (par exemple carences en folates, en fer, en iode ou en zinc, excès de sucres ou de graisses). Une déficience en iode, en fer et en zinc peut notamment entraîner un retard de développement cognitif et ultimement agir sur la santé mentale du jeune enfant (voir avis CSS 9285, 2016 – recommandations nutritionnelles pour la Belgique).

L'exposition à un **agent tératogène** peut quant à elle induire un ensemble d'altérations très diverses sur l'organisme en développement (notamment les perturbateurs endocriniens, **alcool, tabac,** toxiques, certains médicaments, autres substances psychoactives). Les effets sont plus graves lorsqu'ils atteignent le fœtus pendant l'organogenèse, c'est-à-dire durant le premier trimestre de la grossesse et dans une moindre mesure durant l'allaitement. La consommation de substances psychoactives pendant la grossesse peut ainsi conduire à des accouchements prématurés, anomalies morphologiques, fonctionnelles ou psychosociales pouvant inclure des altérations neuro-sensorielles, neuro-développementales et neuro-comportementales après la naissance, durant l'enfance, l'adolescence, voire à l'âge adulte (Belsky & de Haan, 2011 ; Chan et al., 2024). Selon le CSS (CSS 8462, 2009 ; CSS 9782, 2025), il n'y a pas de limite en dessous de laquelle une consommation d'alcool par la mère durant la grossesse serait sans danger pour l'enfant à naître, et le CSS recommande donc de ne pas boire d'alcool si on est enceinte ou si on désire l'être, ou si on allaite.
Par ailleurs, l'arrêt brutal de l'exposition après la naissance peut provoquer un syndrome de sevrage néonatal (notamment en cas de consommation d'opiacés, d'alcool, ou de benzodiazépines), dont la sévérité dépend du type et de la durée d'exposition, et qui nécessite une prise en charge adaptée pour limiter les conséquences sur le développement.

Enfin, des **complications** liées à la grossesse peuvent intervenir, telles qu'une pathologie gravidique (hypertension artérielle, maladie thromboembolique) une infection congénitale (toxoplasmose, rubéole, cytomégalovirus, listeria, HIV…), un retard de croissance intra-utérin, un retard de développement du périmètre crânien (microcéphalie).
Des complications liées à l'accouchement, telles que la prématurité (âge inférieur à 32 semaines), la souffrance fœtale ou la réanimation néonatale, ou un incident obstétrical traumatique chez la mère tel que l'éclampsie, un accident vasculaire cérébral (AVC), une hémorragie (Syndrome Coagulation Intravasculaire Disséminé-CIVD) peuvent avoir un impact sur le développement de l'enfant.

Les **affections néonatales** (ictère sévère, méningite) constituent également des facteurs de risqué de TND (HAS, 2020).

3.4 Les expériences de la petite enfance

Les expériences de la petite enfance, notamment le stress et les traumatismes, peuvent avoir un impact à long terme sur la santé mentale et physique. Les effets sur le développement des "*Adverse Childhood Experiences*" (ACE, ou expériences négatives durant l'enfance, Felitti et al., 1998) sont bien documentés (De Venter et al., 2013). Il s'agit de tous les événements traumatisants vécus par les enfants et les adolescent·e·s, incluant des formes de maltraitance (physique, émotionnelle, sexuelle), la négligence, mais aussi diverses formes de dysfonctionnements familiaux tels que les problèmes de consommation de substances, les maladies mentales des parents, la violence conjugale, la séparation ou le divorce, et l'incarcération d'un parent.

Ces évènements peuvent avoir des répercussions profondes et durables sur la santé, le développement du bébé puis de l'enfant, affectant leurs réponses sociales, émotionnelles, neurobiologiques, psychologiques et comportementales ; ainsi que les différents systèmes biologiques, immunitaires, cardio-vasculaires, neuroendocriniens ou métaboliques (National Scientific Council on the Developing Child, 2020). Les traumatismes du développement hypothèquent la qualité de vie et la santé, même à un âge avancé, et peuvent se transmettre de génération en génération. Les enfants exposés à ces expériences peuvent notamment développer des comportements agressifs ou une recherche excessive d'attention. À long terme, ces comportements peuvent aussi conduire à des problèmes de santé mentale et physique à l'âge adulte (Kuiper et al., 2010), comme l'hyperréactivité ultérieure à des stress mineurs, un risque de dépression, d'anxiété, mais aussi un risque accru de maladies cardio-vasculaires (Moureau & Delvenne, 2016 ; Webster, 2022). Une étude récente (Grummitt et al., 2024) indique par exemple que 40 % des psychopathologies à l'âge adulte sont issues de maltraitance infantile.

3.5 Les déterminants comportementaux

La grossesse et la période périnatale sont des périodes particulièrement à risque concernant les **violences subies par les femmes** (Alhusen et al., 2021).
Les situations de violences envers la femme enceinte provoquent notamment des risques de traumatisme (directs ou indirects) du fœtus et du nourrisson. La violence conjugale aura également un impact sur le développement de l'enfant, dès la période prénatale, à cause du stress causé chez la mère.
Les jeunes enfants exposés aux violences envers leur mère sont aussi exposés à un risque de souffrance anxio-dépressive (se manifestant par divers symptômes tels que l'agressivité, le repli sur soi, la timidité excessive etc.) du fait de l'impact neurobiologique (niveaux modifiés de cortisol chez l'enfant) et psycho-relationnel (Schechter et al., 2023). Des études (Tournier, 2023 ; Bekaert et al., 2012 ; Boudabous et al., 2023) montrent que, en cas de violence conjugale, même si l'enfant n'a pas directement été exposé à de la violence envers sa mère, il va être impacté de manière indirecte par un trouble du lien qui va se créer entre eux, ce qui va conduire à des patterns d'interaction dérégulés et aboutir finalement à une reproduction des problématiques chez l'enfant (notamment anxiété, TDAH, dépression) (Moser et al., 2023).

L'enfance précoce est également une période de grand risque pour l'émergence de la **maltraitance**. En Flandre par exemple, 14,2 % des enfants signalés à un «*vertrouwenscentrum kindermishandeling*» en 2018 avaient moins de 3 ans (Unicef, 2019).
Les violences éducatives ordinaires, pratiques disciplinaires courantes souvent considérées comme "normales" dans l'éducation des enfants (par exemple punitions corporelles, humiliations, menaces…) peuvent aussi être nuisibles à leur développement psychologique et émotionnel (Gershoff, 2002).

D'autres facteurs comportementaux peuvent avoir un impact sur le développement des jeunes enfants. La " technoférence " notamment, c'est-à-dire une **utilisation des écrans** par les parents qui entrave les interactions quotidiennes essentielles au développement des jeunes enfants (déjà lors de l'allaitement ou le nourrissage, par exemple) est un problème actuellement mis en évidence dans la littérature (Devouche et al., 2023).
De manière générale, l'utilisation des nouvelles technologies, et en particulier des écrans, qui ont progressivement envahi notre quotidien et auxquels les enfants d'âge préscolaire sont déjà fortement exposés, suscite également des inquiétudes (voir plus d'informations à ce sujet dans l'avis 9877 du CSS, en cours).
Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour mieux évaluer les effets de l'utilisation des écrans sur les enfants. Néanmoins, par précaution, il est nécessaire de sensibiliser les parents à leur usage. Des recommandations et des règles d'utilisation existent pour encadrer l'exposition des jeunes enfants aux écrans. L'OMS recommande par exemple de ne pas

exposer aux écrans les enfants de moins de 2 ans et de limiter au maximum en-dessous entre 3 et 5 ans (OMS, 2019). Ces recommandations visent à sensibiliser les parents sur les risques et les bénéfices des écrans, et à promouvoir une utilisation responsable et équilibrée.

4 Prévention primaire : aspects sociétaux

4.1 Respect des droits de l'enfant : environnement sain et niveau socio-économique

Dans un domaine dont l'objet est diffus, la prévention centrée sur les besoins de l'enfant et de la famille (par exemple, moyens de subsistance) sera la plus efficiente (Guralnick, 2011). Fournir suffisamment de possibilités d'épanouissement aux enfants n'est possible que si les jeunes enfants et leur famille peuvent, dans leur situation de vie, faire pleinement usage des ressources et des droits dans différents domaines de vie, tels que l'enseignement, le travail, les loisirs, le logement et la santé. La participation à la vie sociale et l'accès aux soins et à l'accompagnement sont cruciaux et ont un impact durable et positif sur le développement social, émotionnel et physique des enfants.

La prévention primaire universelle doit donc d'abord garantir pour chaque enfant un environnement sain et un niveau socio-économique familial permettant l'accès à l'éducation, l'enseignement, la culture ainsi qu'aux soins médicaux et psychologiques pour tous.

Il s'agit en réalité de se conformer à la déclaration des **droits de l'enfant**. Ces droits, qui sont universels, indivisibles, interdépendants et indissociables, garantissent en effet aux enfants le droit à un niveau de vie adéquat, à l'éducation, au jeu, à la vie privée, à la santé, aux soins de santé et à la protection contre les abus, la négligence et la violence.

Pour agir positivement sur les déterminants de santé, il faut ainsi que chaque enfant :
- puisse vivre dans un **environnement sain** : des prérequis essentiels à la santé physique et mentale sont notamment un air intérieur et extérieur non pollué, un logement salubre, stable et sécurisé, la présence d'espaces verts et de lieux de jeu en plein air ;
- ait accès à une **alimentation saine** et suffisante ;
- bénéficie d'une **stimulation cognitive précoce**, via un accès équitable à des services d'accueil, la possibilité d'interagir avec des adultes disponibles, d'explorer des environnements riches, de manipuler des objets, d'entendre des histoires, de jouer et d'avoir accès à la culture…

Ces conditions ne peuvent être garanties sans une **protection sociale** efficace :
- l'accès universel à des soins de santé préventifs et curatifs, y compris psychologiques ;
- des politiques de soutien aux familles permettant de répondre aux besoins matériels de base (revenus, logement, garde d'enfants).

Ces différents aspects constituent des déterminants majeurs pour assurer à chaque enfant des chances égales de développement et de bien-être. Cet impact est d'autant plus important pour les enfants issus de familles en situation de vulnérabilité. La prévention primaire s'adresse à tous mais doit donc faire l'objet d'un ajustement relativement aux **populations vulnérables**. Selon l'étude longitudinale française Elfe, les inégalités sociales de santé sont en effet déjà très marquées à 4 ans (Bois, 2022). Des efforts supplémentaires, des modalités d'actions de promotion de la santé en ce compris de prévention doivent être mis en place compte tenu des inégalités en santé présents dans la société. Les politiques sociales et de prévention générale (milieux d'accueil, congés parentaux…) vont en effet généralement davantage être soutenantes pour les populations déjà insérées et structurées. Selon les données de Opgroien[11] par exemple, le recours aux milieux d'accueil formels varie fortement

[11] https://www.opgroeien.be/kennis/cijfers-en-onderzoek/kinderopvang-babys-en-peuters#toc-gebruik-van-de-opvang

selon l'origine de la mère et la situation de pauvreté du ménage : à peine 33,2 % des enfants en situation de pauvreté ayant une mère d'origine non belge accèdent à l'accueil formel, contre 78,1 % des enfants qui ne sont pas en situation de pauvreté et qui ont une mère d'origine belge. Depuis 2021, cet écart continue de s'accentuer.

4.2 Bien-être des parents

D'autre part, ce n'est qu'en répondant aux besoins et aux attentes du parent que celui-ci sera en mesure, à son tour, de répondre aux besoins (mentaux) du jeune enfant. Être parent ne se résume pas à éduquer. La parentalité se construit notamment à partir de la relation de couple, du fonctionnement familial, de la santé (mentale) du parent, de l'organisation des soins, du travail, des loisirs, de l'entretien des relations sociales et de la gestion financière.

La prévention primaire universelle concerne donc également le bien-être des parents durant la grossesse, l'accouchement et après la naissance, avec des mesures nécessaires telles que l'écartement prophylactique, les congés de maternité/paternité, les allocations familiales, les politiques de logement, l'organisation de milieux d'accueil en suffisance, les politiques de prévention générale.

Il a notamment été démontré qu'un **congé de maternité prolongé** est associé à divers bénéfices pour les enfants. La prolongation du congé de maternité favoriserait un meilleur attachement (Belsky et de Haan, 2011), un allaitement plus long (OMS, 2018) et donnerait finalement de meilleurs résultats académiques (Baker & Milligan, 2015). L'Union Européenne recommande d'ailleurs des congés de maternité plus longs pour promouvoir le bien-être des enfants, citant des études qui lient ces congés à de meilleurs indicateurs de développement (European Institute for Gender Equality, 2019). La Ligue des Familles préconise également un congé de paternité/copaternité de 15 semaines (service Etudes et Action politique de la LdF, 2022). En Belgique, les congés parentaux sont en effet très courts comparés à d'autres pays comme la Suède ou l'Espagne.

4.3 Informations et sensibilisation

La prévention consiste également à fournir des outils de préparation à la grossesse et à la naissance, et prévoir des **campagnes et supports d'informations**. Selon les principes de littératie en santé (Gerolimich & Vecchiato, 2019), l'information au grand public doit permettre l'accessibilité à l'information ainsi que la compréhension du message et l'évaluation de celui-ci par rapport à sa santé et la prise de décision. Il faut pour cela une véritable stratégie de communication commune et partagée entre tous les niveaux de pouvoir et au sein de tous les secteurs.

Il faut ainsi sensibiliser, dès l'adolescence (et avec une attention spécifique pour les familles vulnérables, groupes marginalisés, illettrés), aux enjeux de la parentalité (1000 premiers jours, impact de la violence intrafamiliale, importance de la santé mentale prénatale, utilisation des écrans…), via divers moyens et notamment des campagnes largement accessibles (pas uniquement en milieu médical, mais également dans l'enseignement secondaire, les lieux d'aide sociale, les lieux de rencontre, ou via les médias et les médias sociaux, …).

Pendant la grossesse, les futurs parents devraient être suffisamment informés concernant les facteurs de risque, autant dans le domaine sanitaire (promotion d'un mode de vie sain, nutrition, risques liés aux substances toxiques) que psychologique et développemental du futur bébé, afin d'encourager les comportements favorisant le bien-être physique et mental ainsi que l'établissement des premiers liens parent-bébé (Bernard & Eymard, 2014).
Lorsque l'enfant naît, les parents doivent acquérir une confiance dans leur capacité à comprendre leur bébé et à lui donner les réponses les plus satisfaisantes pour lui.

Il faut également **légitimer le besoin de se sentir soutenu** en période périnatale, pour faciliter la possibilité de faire appel à un professionnel. Il faut ainsi normaliser le besoin de faire appel lorsqu'un doute ou une question se présente dans la période préconceptionnelle et durant la grossesse, notamment en modifiant les représentations qui mènent à une idéalisation de la période périnatale (spots publicitaires par exemple).

Dans la province de l'Alberta au Canada, *l'Alberta Familly Wellness Initiative* a par exemple développé une stratégie de communication axée sur le développement de l'enfant et les facteurs positifs permettant d'agir et de développer une bonne santé mentale dès la petite enfance. Des messages simples, compréhensibles par un large public, basés sur des évidences scientifiques, permettant une accessibilité et un impact *all policies* et pour toute la population ont fait l'objet de vastes campagnes de sensibilisation, d'information, de supports médiatiques, etc. Ils ont été diffusés de manière ajustée en fonction des groupes de population à risque, vulnérable.

4.4 Disponibilité et formation des professionnels

La prévention à cette période de la vie doit concentrer ses actions autour de la constitution de la matrice de soutien (voir point 1.3.1). Les proches, parents, autres membres de la famille, amis, voisins, jouent à cet égard un rôle important. Mais il est aussi important que les femmes enceintes et les femmes ayant récemment accouché puissent **repérer une personne à contacter** qui soit disponible pour aborder les questions liées à la grossesse, à l'accouchement, à l'allaitement ou au biberonnage, et à l'arrivée du bébé et ses implications dans le quotidien individuel, conjugal et familial (par exemple via la mise en place de "**maisons de périnatalité**" telles que décrites dans les recommandations).
Le médecin généraliste, qui sera souvent le premier en contact avec la femme enceinte (et suit souvent toute la famille) joue également un rôle important dans ce cadre, de même que les sages-femmes. Le champ de compétences de la sage-femme s'étend de la période pré-conceptionnelle à la première année de vie du bébé. Cet accompagnement fournit une sorte de filet de sécurité qui permet de protéger la qualité de la relation mère-co-parent-bébé, et ainsi le développement du bébé (Panagiotou, 2019). Le KCE (Benahmed et al., 2014) mentionne également le travail des assistantes maternelles, qui apportent un soutien logistique aux familles pendant la période périnatale.

En plus des actions s'adressant au grand public, il est nécessaire de renforcer **la formation des professionnels** susceptibles de rencontrer des adultes (et adolescent·e·s) en âge de procréer ou futurs parents : gynécologues, infirmier·ère·s, sage-femmes, médecins généralistes, psychiatres… afin de leur donner accès aux données scientifiques récentes et exposées partiellement dans ce document, concernant la relation parents-bébé et les recherches en psychologie et psychiatrie périnatale. Il est nécessaire de créer des formations et des supports d'informations, à destination de ces professionnels déjà en fonction auprès d'adultes. En effet, ils doivent être informés de façon consistante des enjeux et des répercussions possibles pour le développement du bébé à naître, de la souffrance psychique du parent, d'autant plus s'il est isolé.
De plus, le travail sur la capacité réflexive des travailleurs en contexte périnatal a des effets probants sur la pratique des intervenants. Ainsi, après la mise en place d'ateliers de pratiques réflexive avec ces travailleurs, une étude met en évidence que « la formation réflexive des professionnels de santé permet le développement de pratiques d'aide participative. La pratique soutenant le pouvoir d'agir des parents a augmenté, alors que les pratiques directives ont diminué. Les croyances concernant les habiletés parentales augmentent, tandis que celles autour des conseils directifs diminuent. Cette étude montre également que la connaissance des besoins de développement de l'enfant, notamment à propos des pleurs, augmente également de 43 % à 88 %. » (Barbe Coulon & Lacharité, 2021).

5 Période prénatale et accouchement

5.1 Santé mentale des (futurs) parents

La transition vers la parentalité est vécue différemment par chaque individu ou couple. Ce moment clé de la vie entraîne des changements physiques, hormonaux, émotionnels, psychologiques et sociaux (Ajuriaguerra, 1974 ; Moro, 2010 ; Sameroff, 2013 ; Mazet & Stoléru, 2003). Il implique notamment la construction d'une nouvelle identité (mère, père, etc.) et la réorganisation du couple, de la famille et du mode de vie.
Ce processus commence bien avant la conception de l'enfant, et une souffrance ou des troubles psychiques peuvent survenir dès le désir de grossesse et concerner les mères ainsi que les co-parents. Le stress prénatal, périnatal, et néonatal peut avoir des impacts durables sur le développement cérébral, le comportement, la cognition et les capacités relationnelles de l'enfant. Pendant la grossesse, les traumatismes et le stress peuvent également favoriser les naissances prématurées, qui peuvent impacter le développement de l'enfant. Durant la période COVID-19, on a ainsi pu constater une diminution du nombre de naissances prématurées (Tessier et al., 2023 ; Delius et al., 2024) qui pourrait être due à une baisse, voire à l'arrêt, de l'activité professionnelle, à une diminution du stress ou à un rythme de vie moins effréné.

Ainsi, **le contexte** dans lequel un enfant est conçu peut déjà avoir un impact sur son développement. Les événements de vie stressants (tels qu'un éloignement familial, une séparation du couple, le deuil d'un proche aux alentours de la grossesse, un déménagement, des conditions de travail difficiles, une perte d'emploi, des difficultés liées à une adoption, un parcours de demande d'asile, migration, une situation exil, un manque de soutien de la famille et de l'entourage, des violences intrafamiliales…) sont notamment des facteurs de risque (Vanderpas et al., 2016).
Les évènements liés à la grossesse (grossesse non planifiée, non désirée, précoce ou tardive, issue d'un viol (incestueux), déni de grossesse, naissances multiples) peuvent aussi avoir un impact sur la manière de vivre la transition vers la parentalité. Les grossesses ignorées, déniées, accompagnant souvent les pathologies mentales et/ou la toxicomanie, des violences intrafamiliales, et une grande précarité constituent ainsi un risque de négligences et de maltraitance du bébé (HAS, 2024).
Des difficultés lors de l'**accouchement** (déroulement inattendu) ou dans les premiers jours de la vie (problèmes d'allaitement, bébés ayant des besoins médicaux particuliers) peuvent également déstabiliser les parents, et conduire à un sentiment d'isolement. Si des problèmes de santé sont diagnostiqués chez l'enfant pendant la grossesse ou à la naissance, ce sera souvent un choc pour les parents. Qu'il soit posé rapidement ou après une série d'examens, le diagnostic affecte l'avenir et génère du stress, demandant aux parents de mobiliser leurs ressources pour affronter cette situation.

La période périnatale constitue également une période à haut risque **de troubles psychiques parentaux**.
Les troubles périnataux de l'humeur et de l'anxiété constituent la complication la plus fréquente de la grossesse et ont des conséquences à long terme pour la mère et l'enfant. Une étude démontre notamment un taux très élevé de dépression maternelle, en particulier prénatale, dans les antécédents d'une cohorte d'adolescents présentant une dépression à l'âge de 16 ans (Pawlby et al, 2009). Une autre étude (Sananès et al., 2019) fait état d'une très nette corrélation entre l'anxiété ou la dépression maternelle prénatale et la survenue de troubles psychologiques chez les enfants de 4 à 13 ans.
Les données indiquent qu'une femme sur 5 aurait des problèmes de santé mentale pendant la grossesse et la première année de vie qui suit la naissance de son enfant (INSERM, 2021[12]).
Les troubles anxieux auraient notamment une prévalence de 15-20 % en période anténatale

[12] https://enp.inserm.fr/wp-content/uploads/2022/10/rapport-2022-v5.pdf

(Dennis et al., 2017 ; Fawcett et al. 2019). Des peurs ou des angoisses liées à sa propre enfance peuvent notamment ressurgir, qui peuvent influencer la relation avec le bébé. Certains parents peuvent vivre des moments de décompensation, marqués par des angoisses liées à la parentalité, à l'accouchement (la tokophobie étant une peur extrême de l'accouchement), ou à l'établissement du lien avec l'enfant. Certains problèmes de santé mentale existant peuvent également se manifester autrement pendant la grossesse ou s'intensifier en raison des changements hormonaux, physiques et émotionnels.

5.2 Prévention primaire

Les **entretiens prénataux** et les préparations à la naissance sont importants dans la prévention des troubles de santé mentale en périnatalité (Madigan et al., 2018).
Le soutien du co-parent et l'intérêt pour les mouvements du fœtus en prénatal ont été repérés comme étant des facteurs de protection (Cuijlits et al., 2019). Le plaisir partagé dans les interactions mère-bébé est également un facteur de protection important qui encourage un développement psychologique positif et modère les effets d'une psychopathologie parentale (Mäntymaa et al., 2015).

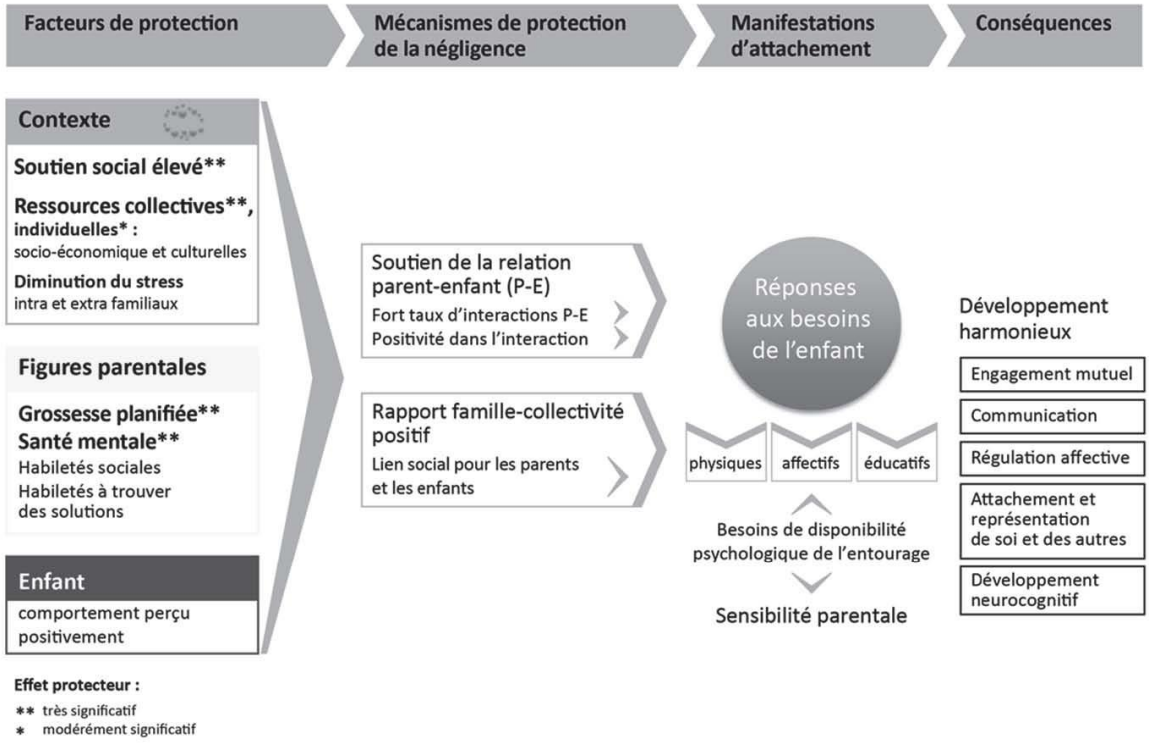


Figure 1. Des facteurs protecteurs pour soutenir le développement de l'enfant (Barbe Coulon, 2018).

En 2019, le Centre fédéral d'expertise sur les soins de santé (KCE) (Benahmed et al., 2019) recommandait de structurer le suivi de la grossesse par un « parcours de soins prénatal » tissé autour de chaque femme enceinte et adapté à ses besoins spécifiques et d'ajouter des consultations de **« conseil prénatal personnalisé** » (CPP) au parcours de soins déjà existant (à savoir le suivi par différents professionnels de santé, en fonction des besoins). La première de ces consultations, au début de la grossesse, servirait notamment à fournir toutes les informations nécessaires (types de parcours prénatal, informations scientifiques concernant la grossesse, etc.) et à désigner les professionnels qui accompagneront tout leur parcours, mais aussi à détecter d'éventuelles fragilités psycho-sociales, et à rédiger le plan de soins/de soutien. Une deuxième consultation de CPP pourrait se tenir au cours du 3e trimestre, pour finaliser les derniers détails concernant l'accouchement et le post-partum.

Ces recommandations ont notamment été à l'origine du programme de soins intégrés « Soins et accompagnement des femmes enceintes, des enfants et de la famille qui les entoure lors des premiers 1 000 jours » [13].

5.3 Prévention secondaire

La prévention des troubles de santé mentale des jeunes enfants doit commencer dès la période prénatale, en particulier auprès des familles vulnérables et des adultes (et adolescent·e·s) qui montrent des signes de souffrance psychologique et/ou de marginalisation.

Ces familles vulnérables peuvent être identifiées dès la grossesse (et au moment de l'accouchement, qui a le plus souvent lieu à l'hôpital) en se basant sur les facteurs de risque, qui peuvent être d'ordre :

- biologique (facteurs génétiques, obstétricaux, âge des parents, naissances multiples…),
- contextuel (situation socio-économique, conditions de travail, événements de vie stressants, situation conjugale, évènements liés à la grossesse, à l'accouchement, difficultés liées à une adoption, …),
- et psychologiques (troubles psychiques, antécédents parentaux…).

La prise en compte de ces facteurs doit se faire en tenant compte d'une possible imprévisibilité puisque toute détection de facteurs de risque n'est pas déterministe, et que certaines situations peuvent se détériorer au cours de cette période périnatale sans avoir pu être identifiées avant. Dans ce sens, une identification précoce de toutes les situations de vulnérabilité est une illusion au regard de la réalité psychologique et sociale, et se heurte par ailleurs à des considérations éthiques développées plus loin. A contrario, cette perspective de détection et d'intervention précoces doit néanmoins guider les politiques d'intervention mises en œuvre, telles que préconisées dans le présent avis.

5.3.1 Repérage

Les grossesses à risque tant sur le plan de la santé (diabète, hypertension) que sur le plan de la santé mentale (angoisse, dépression, toxicomanie, psychose) et du contexte conjugal (violences) nécessitent un suivi rigoureux pour éviter des pathologies fœtales, des décès in utéro ou une prématurité qui peut s'accompagner de troubles du développement. Actuellement, les problèmes de santé mentale sont peu reconnus et traités pendant la grossesse (Munk-Olsen et al., 2016). Les interventions en tout début de grossesse (ou préconceptionnelles) se concentrent souvent sur les recommandations nutritionnelles (vitamines par exemple). Certaines situations à risque plus ou moins grave ne sont alors découvertes que lors de l'accouchement. L'identification précoce des problèmes de santé mentale permet de contrer leur impact sur la mère et son (futur) enfant.

Le repérage peut être réalisé par tout acteur (parents, professionnels de santé tels que sage-femmes, gynécologues, médecins généralistes, etc.). Il s'agit de repérer, observer ou déceler un ou plusieurs signes inhabituels susceptibles d'indiquer une particularité dans le développement.

Publics cibles : population générale (futurs parents).

Professionnels impliqués : Les professionnels de première ligne, tels que sage-femmes, médecins généralistes, gynécologues, psychologues, infirmier·ère·s sociales, partenaires

[13] Programme de soins intégrés : Soins et accompagnement des femmes enceintes, des enfants et de la famille qui les entoure lors des premiers 1000 jours | INAMI (fgov.be)

Enfants-Parents (PEP's) de *l'ONE* et consultations *Kind en Gezin* (équipes prénatales ou consultations via le suivi des enfants précédents), le couple, l'entourage, groupes de pairs…
La mise en place d'interventions individuelles (en présence du co-parent) au début de la grossesse ou dès qu'une grossesse est planifiée, notamment via les sage-femmes, s'est montrée très concluante comme l'atteste une récente méta-analyse (Sandall et al., 2024).
Le réseautage de tous ces acteurs, incluant les parents, apportent une synergie d'effet. La notion de " contrôle social " au sens positif et soutenant du terme permet de valoriser les inquiétudes d'un proche, de la famille comme autant d'appuis pour faire relais auprès des professionnels afin que les familles ne restent pas seules face à une éventuelle souffrance. Une sensibilisation passant par des actions de promotion de la santé (affiches, spots publicitaires, auto-questionnaires, etc.) peut le favoriser.

Lieux : " maison de périnatalité ", hôpital, cabinet de médecine générale, consultation chez un spécialiste, consultation *ONE*.

Comment : L'identification d'une détresse psychologique chez la femme enceinte ou le co-parent ne nécessite pas d'interventions compliquées. Ainsi, avoir en tête quelques questions semble un meilleur gage de repérage qu'un questionnaire à présenter systématiquement et à un seul moment à toutes les patientes. Pour pouvoir repérer, il faut donc que les parents et les professionnels soient sensibilisés aux signes « d'alerte ».
Une étude en France (Dominjon et al., 2021) montre ainsi qu'une question unique *(« Comment vous sentez-vous sur le plan psychologique au cours de cette grossesse ? »)* au premier trimestre de la grossesse a déjà un impact positif sur le recours ultérieur aux services de soins.
NICE (2020 ; https://www.nice.org.uk/guidance/cg192) recommande également, lors du premier contact avec les soins primaires ou lors de la première visite avec une sage-femme (avant les 10 SA), de poser

- 2 questions afin d'identifier la dépression : Au cours du mois dernier, vous êtes-vous souvent sentie(e) abattu(e), déprimé(e) ou désepéré(e) ou sans espoir ? Au cours du mois écoulé, avez-vous souvent été gêné(e) par le fait d'avoir peu d'intérêt ou de plaisir à faire des choses ? Il s'agit de l'entretien de Whooley[14] (Whooley et al., 1997), qui permet d'exclure une dépression si la réponse est négative aux 2 questions (ou de continuer directement avec un dépistage s'il y a une réponse positive) ;
- et d'utiliser les 2 items de l'échelle de trouble anxieux généralisé (GAD-2) : *Au cours des 14 derniers jours, à quelle fréquence avez-vous été dérangé(e) par les problèmes suivants? a) Sentiment de nervosité, d'anxiété ou de tension b) Incapable d'arrêter de vous inquiéter ou de contrôler vos inquiétudes.*

Il existe également divers documents distribués en maternité ou disponibles dans les salles d'attente[15], ainsi que des auto-questionnaires, par exemple « bien-naitre », auto-questionnaire du groupe d'étude grossesse et addictions en France[16]. Ces exemples s'adressent aux femmes, mais il est aussi important d'avoir des versions pour les co-parents. En Belgique, *l'ONE* a par exemple créé un guide à destination des professionnels pour soutenir les pères[17].

En 2022, un groupe d'experts canadiens (Lang et al., 2022) a néanmoins déconseillé le repérage systématique à l'aide d'un outil fournissant des données chiffrées. En effet, ce groupe met en évidence que le sens clinique et les connaissances du soignant permettent le mieux d'évaluer un risque. La formation de ces soignants est alors essentielle. De plus, ce groupe insiste sur la nécessité de poursuivre l'intérêt pour la santé mentale tout au long de la grossesse et du post-partum.

[14] Ce questionnaire est systématiquement utilisé dans les services de Kind & Gezin
[15] Par exemple, au Canada : https://www.chusj.org/CORPO/files/63/631f86b1-a9da-4fb7-9469-c4bd6613d7e3.pdf et https://www.chusj.org/CORPO/files/2e/2ef43c9c-1a8a-48fc-96b2-687f91c77aef.pdf
[16] https://www.asso-gega.org/auto-questionnaire22.htm
[17] https://www.one.be/fileadmin/user_upload/siteone/PRO/Recherches/ONE_Academy/Rapport-recherche-etre-devenir-pere-UMons-Ulg.pdf

5.3.2 Dépistage

Dans le domaine de la santé, le dépistage se définit comme « l'identification présomptive d'une maladie ou d'anomalies non reconnues au moyen de tests, d'examens ou d'autres méthodes pouvant être appliquées rapidement (OMS, 2020) ou encore « l'application, à une grande population, d'un outil de dépistage normalisé afin d'identifier les personnes ayant une probabilité élevée de développer un trouble » (Nachshen et al., 2008). Le processus de dépistage sert donc à identifier les signes de conditions spécifiques qui ne sont pas encore diagnostiquées ou à évaluer la probabilité d'en développer sur base de la présence de facteurs de risques bien précis. Il n'a aucune valeur diagnostique mais en est l'éventuel préliminaire.

Le dépistage se décline selon différents modèles et modalités, selon les objectifs poursuivis. On parle de dépistage universel ou de dépistage systématique lorsqu'il est appliqué à l'ensemble d'une population tout-venant, sans problématique apparente. Les personnes pour lesquelles les résultats sont positifs doivent être renvoyées chez leur médecin ou vers un spécialiste pour des investigations plus poussées, que ce soit des examens précis ou un deuxième dépistage, plus ciblé (cfr point 5.3.3. Dépistage ciblé). Lorsque les résultats du dépistage sont douteux ou limites, il s'agit de suivre la personne au plus près et de répéter le dépistage jusqu'à ce que tout doute soit levé. Dans le cas contraire, la personne va elle aussi être redirigée pour des examens approfondis.

Public cible : population générale (couples attendant un enfant)

Professionnels impliqués : sage-femmes, médecins généralistes, gynécologues, psychologues, PEP's ONE et équipes Kind en Gezin, psychiatres (si patient déjà fragilisé sur le plan psychique).

Lieux et moment : lors des consultations de conseil prénatal personnalisé

Comment ?
L'*Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS), le *DAD-P* et l'entretien Whooley peuvent être utilisés pour dépister le risque de **dépression post-partum**, aussi bien pendant la grossesse qu'après l'accouchement.
L'utilisation de ces questionnaires doit être accompagnée par une formation à leur utilisation, qui doit également mettre l'accent sur le sens clinique.

Born in Belgium Professionals est un projet INAMI qui propose un outil numérique (« *Born in Belgium Screening Tool*[18] » ; Amuli et al., 2021), développé par et pour les professionnels travaillant avec ou pour des femmes enceintes en situation de vulnérabilité. L'outil est une plateforme partagée en ligne qui centralise les informations sur la situation psychosociale de la femme enceinte et les met à la disposition de ses aidants et des prestataires de soins du secteur (para)médical et social (et est notamment intégré au dossier Mirage de *Kind en Gezin*). Les **vulnérabilités psychosociales** sont dépistées pendant la grossesse afin que les prestataires d'aide et de soins puissent ensuite offrir des soins personnalisés de manière proactive et efficace.

5.3.3 Dépistage ciblé et diagnostic

Le risque peut donc être identifié, durant le processus de surveillance, soit par des inquiétudes soulevées par un proche des futurs parents ou par un professionnel de la santé. Il s'agira ensuite d'orienter la famille, la mère, le co-parent vers un professionnel capable de réaliser une évaluation approfondie. Il est à noter qu'un résultat positif à un outil de dépistage ciblé ne mène pas forcément à un diagnostic de troubles chez les parents, mais peut orienter la famille

[18] https://borninbelgiumpro.be/

et l'enfant à naître vers des soins ou un renforcement de la continuité des soins, ceci vaut également pour le bébé après la naissance (Nachshen et al., 2008).

Des maisons de périnatalité (rassemblant des psychologues, assistants sociaux, psychiatres) seraient alors tout indiquées pour effectuer des diagnostics plus ciblés. Les équipes mobiles, psychiatres et psychologues spécialisés en périnatalité peuvent également être impliqués.

La HAS a publié des fiches de synthèse[19] permettant d'aborder six facteurs particuliers de vulnérabilité : addictions, handicap, milieu carcéral, personnes mineures, précarité, violences au sein du couple. Elles développent les modalités du dépistage et de l'organisation du parcours de soins en fonction de chacune de ces situations. Elles orientent également vers des ressources documentaires externes.

5.4 Prévention tertiaire

Une fois le dépistage ou le diagnostic réalisé, un accompagnement spécifique peut être mis en place en tenant compte des **besoins de la famille** et en fonction des problématiques identifiées. Pour cela, le réseau peut notamment se baser sur une typologie des situations :

- **Situations sans fragilité active ou significative en lien avec la parentalité :** en cas de nécessité, cette population va généralement pouvoir consulter de sa propre initiative ou sur recommandation des intervenants spécifiques, et faire preuve d'une compliance satisfaisante. Les questions voire les problématiques rencontrées sont généralement dépassées sans occasionner de troubles particuliers au niveau du bébé.
- **Situations liées à des anomalies congénitales ou des troubles structurels du fœtus ou du nourrisson, à une problématique somatique maternelle, à une naissance prématurée ou un décès périnatal :** En fonction de différents facteurs (voir point 3. Déterminants de santé), les parents seront plus ou moins à même de traverser cette épreuve, et le support qui leur sera nécessaire en termes de soutien médico-psycho-social sera à adapter à chaque contexte familial. Un réseau d'intervention spécifique doit ici être proposé aux parents en fonction de la problématique rencontrée et de leurs ressources au sens large : par exemple, programme de follow-up des grands prématurés, service d'aide précoce pour les bébés en situation de handicap, démarche d'aide au deuil périnatal, Ces interventions spécifiques doivent être articulées avec les intervenants de première ligne que sont les services de suivi de grossesse, les équipes spécialisées en diagnostic anténatal et en pédiatrie néonatale, ensuite les pédiatres et consultations pour enfants.
- **Situations de décompensation maternelle ou familiale ponctuelle :** Ces situations nécessitent un accompagnement plus suivi et une préparation à la grossesse et à la naissance, via les services de suivi prénatal, les sage-femmes ou les gynécologues en charge de la grossesse, complété éventuellement par un soutien psychologique vers lequel les intervenants de première ligne devraient pouvoir orienter aisément les patientes. Prises en charge suffisamment tôt, ces situations vont pouvoir être dépassées de manière à ne pas impacter particulièrement le développement du bébé et la qualité du contexte développemental vécu avec ses parents.
- Si ces **situations de décompensation se développent sur un terrain plus fragile**, lié à des vulnérabilités psychologiques et/ou sociales pré-existantes, identifiées ou non**,** les risques d'impacts plus durables sur le développement du nourrisson sont davantage présents. L'enjeu est donc de pouvoir mettre en place un réseau ajusté, depuis le moment d'apparition (ou d'identification) de la décompensation (en ante, en per- ou en post-natal) jusqu'à sa résolution. Comme les précédentes, ces situations nécessitent une prise en charge la plus rapide possible pour éviter les risques d'aggravation et fournir aux mères

[19] Voir sur https://www.has-sante.fr/jcms/p_3271226/fr/accompagnement-medico-psycho-social-des-femmes-des-parents-et-de-leur-enfant-en-situation-de-vulnerabilite-pendant-la-grossesse-et-en-postnatal

(parents) une matrice de soutien, tant durant la grossesse qu'après la naissance. Cela nécessite des services qui puissent si nécessaire se rendre à domicile et s'organiser en réseau en adaptant le soutien aux besoins des situations.

- **Situations présentant des vulnérabilités psycho-sociales identifiées :** généralement, dans ces situations, la grossesse et la future naissance vont s'inscrire dans un contexte déjà fragilisé, parfois de manière importante, pour des raisons sociales, matérielles, psychologiques, individuelles, conjugales ou familiales. Le plus souvent, des intervenants psycho-sociaux sont déjà présents, et l'enjeu est alors d'articuler ces interventions et de les compléter par celles en lien avec la grossesse et la parentalité, dans un ensemble suffisamment cohérent. Ici aussi, la notion de matrice de soutien prend tout son sens.
  Pour les femmes en âge de procréer ayant un problème de santé mentale existant ou passé il est également recommandé dans les directives NICE (2020) de discuter avec elles d'aspects spécifiques à la grossesse (projet de grossesse, impact potentiel sur le problème de santé mentale, impact potentiel du problème de santé mentale et du traitement sur la femme, le fœtus et le bébé, et sur la parentalité…) et, pendant la grossesse, de développer un plan de soins intégré qui détaille les soins et le traitement, les rôles des professionnels de la santé, la coordination du plan de soins, le calendrier de suivi, les interventions, et les résultats convenus avec la femme.

La compliance, ou l'adhésion/collaboration aux prises en charge peut également varier selon ces situations : elle sera souvent plus aisée (sans être absolue) dans les situations présentant le moins de vulnérabilités pré-existantes et de plus en plus difficile au fur et à mesure que les vulnérabilités deviennent plus importantes (des exceptions existant). Ceci est lié au fait que les parents aux prises avec des vulnérabilités multiples ont généralement un parcours de vie émaillé d'interventions de services psycho-sociaux divers, pas nécessairement vécus positivement. De plus, ces vulnérabilités multiples impactent également la capacité de lien de ces personnes : lien à soi-même, aux proches et aux professionnels. Ceci indique que les interventions doivent être ajustées en fonction de ce paramètre, ce qui nécessite dans les situations les plus difficiles l'intervention de services « à bas seuil » capables de s'adapter et de se rendre par exemple à domicile.

6 Période Postnatale (le jeune enfant)

6.1 Relation parents – enfant

Le jeune enfant est dans un état de dépendance unique vis-à-vis de ses parents ou de ses *caregivers,* plus qu'à toute autre période de la vie. La qualité de son développement physiologique, cognitif et psycho-affectif est garantie par les interactions avec cet environnement immédiat.
Lorsqu'elle est ajustée, la relation parent -bébé va jouer un rôle important notamment dans la régulation des émotions chez l'enfant. Le bébé ne peut pas réguler seul ses émotions : c'est grâce à la présence attentive, cohérente et rassurante d'un adulte qu'il apprend peu à peu à s'apaiser, à se sécuriser et à organiser ses ressentis. Ce processus, appelé régulation mutuelle des émotions, repose sur des micro-interactions du quotidien – un regard, une voix douce, un geste apaisant – qui permettent au bébé de revenir à un état de calme après une émotion forte. Cet apprentissage lui permettra plus tard de gérer le stress, de se sentir en sécurité dans des situations complexes et de l'aider à bien grandir.
Quand ce lien est absent ou perturbé, cela peut entraîner des troubles relationnels spécifiques de la petite enfance dont les comportements problématiques (opposition, retrait, anxiété) viendront altérer le fonctionnement et le développement de l'enfant.
Le cerveau est également particulièrement sensible à l'impact du stress chronique (et la sécrétion prolongée de cortisol) et les expériences et les interactions auxquelles un enfant est exposé pendant cette période auront un impact profond sur son développement.

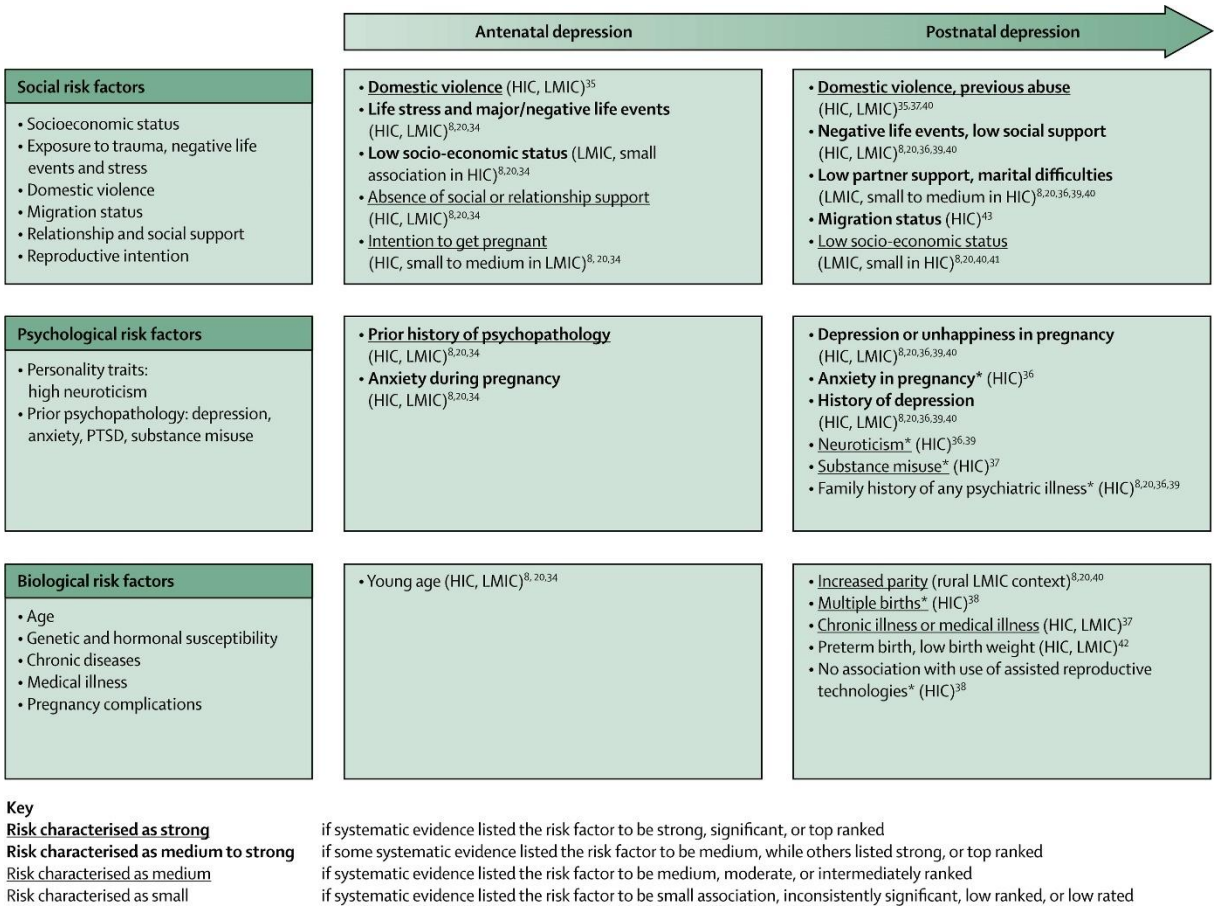
Quand les relations de confiance deviennent une source d'anxiété, de stress et d'insécurité, le bon développement des enfants est ainsi compromis en l'absence de prévention ou d'aide extérieure opportune. Soutenir les parents dans cette régulation, c'est prévenir très tôt les difficultés futures de l'enfant, apaiser aussi les tensions dans la famille qui pourraient conduire sans intervention à terme à des situations de négligence voir de maltraitance.
L'origine de ces troubles du lien doivent être détectés précocement afin de pouvoir mettre en place des interventions ciblées. Les perturbations peuvent être liées à des vulnérabilités chez l'enfant et/ou chez les parents.

6.1.1 Vulnérabilités de l'enfant

Certaines maladies, risques spécifiques liées à cette période (séquelles de prématurité sévère, troubles sensoriels, anomalies cardiaques etc.) ou difficultés précoces de l'enfant lui-même (pleurs intenses et prolongés, troubles du sommeil ou de l'alimentation, irritabilité excessive…) peuvent représenter une source majeure de stress pour les parents. Ces difficultés mettant les parents à rude épreuve, peuvent diminuer temporairement les capacités parentales. Les comportements de l'enfant, parfois déstabilisants et épuisants, peuvent susciter chez les adultes un sentiment d'impuissance ou d'inadéquation, et rendre plus difficile l'établissement d'une relation sécurisante et adaptée. Lorsque le parent n'est pas soutenu ou accompagné face à ces défis, le risque est accru d'entrer dans un cercle vicieux d'interactions négatives, pouvant mener à un trouble de la relation parent-enfant.

6.1.2 Troubles psychiques parentaux

Pour la plupart des parents, la transition vers la parentalité se vit de manière adaptée, grâce à l'appui de leurs propres ressources et expériences et leur réseau naturel de support. Une deuxième partie des parents rencontre des difficultés d'adaptation modérées, sans signes d'appel préalable identifié, pour lesquelles un support externe adapté serait utile pour éviter une aggravation de la situation à moyen ou long terme. Pour une troisième partie des parents, des difficultés préexistantes (directement ou non liées à la parentalité) vont impacter plus profondément leur disponibilité et capacité à offrir à leur enfant un cadre développemental satisfaisant.
Ces situations sont notamment liées à des antécédents personnels ou familiaux (abus psychologiques ou sexuels, maltraitances, ruptures multiples…) des parents, et sont fréquemment sous-tendues par le phénomène de répétition inter-générationnelle. Ainsi, des parents ayant eux-mêmes été carencés dans leur prime enfance et jeunesse vont reproduire un contexte carencé avec leur propre enfant (UNICEF, 2019). D'autres facteurs bio-psycho-sociaux, liés ou non à la grossesse et la naissance de l'enfant interviennent également (voir point 3. Déterminants de santé), comme le montre le tableau ci-dessous, tiré de Howard et al., 2014 :



La période postnatale constitue ainsi une période à haut risque de troubles psychiques parentaux. Certains problèmes de santé mentale peuvent également se manifester autrement pendant la période postnatale. Tous les professionnels impliqués (pédiatres, généralistes, sage-femmes, obstétriciens, infirmier·ère·s, puériculteur·trice·s, psychiatres, psychologues) devraient être suffisamment formés sur les risques en santé mentale périnatale, afin de pouvoir les détecter à temps :

- 50 à 80 % des nouvelles mères qui accouchent passent par un baby blues (Henshaw, 2003, Bydlowski et al., 2014), qui dure normalement de 3 à 10 jours et ne nécessite pas de traitement spécifique. S'il se prolonge au-delà, il peut s'agit d'une **dépression postpartum**, qui constitue la complication médicale la plus fréquente de la maternité, touchant 10 à 20 % des mères qui accouchent (https://www.opgroeien.be/kennis/themas/perinatale-mentale-gezondheid), 12 % en moyenne selon Shorey et al., 2018.
- Le **suicide maternel** est la première cause (13,4 %) de décès chez les femmes dans le post-partum, avant les causes gynécologiques et obstétricales (soit 1,4 femmes/100 000 naissances vivantes) ; Santé publique France, 2024).
- Les **troubles anxieux** auraient quant à eux une prévalence de 10 % en période postnatale (Poinso et al, 2001 ; O'Hara, 2009 ; Dennis et al., 2017 ; Fawcett et al. 2019).
- Les risques de **psychose** augmentent également à cette période (NICE, 2020). Il est en effet démontré que le déclenchement d'une psychose chez la femme s'avère plus fréquent, plus sévère, et plus rapide dans les suites d'un accouchement qu'à n'importe quel autre moment de la vie (Bergink et al., 2016, Wesselo et al., 2016).

- Les **troubles bipolaires** montrent un taux accru de rechute et de première manifestation pendant la période postnatale, avec un risque d'installation pérenne (Viguera et al., 2000).
- Les troubles liés à l'usage de **substances** psychoactives (alcool, tabac, drogues illicites) ont aussi un impact après la naissance, sur le développement psychosocial des jeunes enfants, ainsi que sur les compétences parentales et le développement de la relation (Romanowicz et al., 2019 ; Cataldo et al., 2019; Maher et al., 2024). Les risques sont par ailleurs plus élevés chez les femmes atteintes de maladies mentales graves et chez celles présentant des comorbidités, ou présentant d'autres vulnérabilités comme la pauvreté et la violence domestique.

Ces psychopathologies parentales favorisent l'apparition de troubles développementaux et de problèmes psychiques chez l'enfant (voir par exemple Brennan et al., 2008 ; Feldman et al., 2009 ; Madigan et al., 2018 ; Oberlander et al., 2018 ; Panagiotou, 2019 ; Zietlow et al., 2019). L'anxiété, la dépression et la psychose maternelle perturbent par exemple les capacités parentales (les soins primaires, la qualité des échanges relationnels entre la mère et l'enfant, la sécurité et le développement de l'enfant). La dépression post natale peut avoir des conséquences négatives à long terme sur l'enfant (attachement insécure, fonctionnement socio-émotionnel affaibli, déficits cognitifs, perturbations du comportement).

La présence d'un **co-parent** conscient de ces risques peut les atténuer et suppléer aux carences, mais celui-ci peut être absent, peu soutenant, ou lui-même souffrir de dépression ou d'anxiété.

Si la littérature et les recherches scientifiques, tout comme le champ général de la gynécologie-obstétrique se centrent sur la mère (la place et le rôle du co-parent étant peu prise en compte, Labalestra et al., 2020), la santé mentale des pères suscite ces dernières années une attention croissante, avec des preuves épidémiologiques indiquant un besoin de traitement non satisfait pour la dépression et l'anxiété paternelles. La dépression paternelle aurait ainsi une prévalence de 10 % (Paulson & Bazmore, 2010 ; Giallo et al 2012). Quand la mère souffre de dépression post-partum, 24 à 50 % des pères sont également susceptibles de souffrir eux-mêmes de dépression post-partum (Paulson & Bazmore, 2010).

Il y aurait un effet cohérent et influent de la maladie mentale paternelle sur le développement de l'enfant (Scarlett et al., 2023), et un impact de la dépression postpartum paternelle (Fisher et al., 2015), ou de la dépression et l'anxiété avant la naissance (Mattera et al., 2023). Des recherches (Sweeney & MacBeth, 2016; Barker et al., 2017; Ayers er al., 2019) mettent en lumière les effets néfastes des troubles mentaux paternels non traités sur la santé mentale des mères et leur association avec des résultats émotionnels et comportementaux défavorables chez l'enfant, ainsi qu'avec la maltraitance infantile, en particulier lorsque les enfants sont exposés à une combinaison de troubles mentaux parentaux, d'abus de substances par les parents et de conflits interparentaux. Les relations affectives instables au niveau parental (multiples partenaires successifs ou simultanés…) peuvent également créer un climat d'insécurité, d'instabilité des relations et des repères, parfois même des maltraitances à l'égard des enfants avec les retentissements autant sur le plan physique, psychique que cognitif.

6.2 Prévention primaire

Les interventions de **soutien à la parentalité**, destinées à l'ensemble de la population, permettent de promouvoir un environnement familial favorable au développement des jeunes enfants, en renforçant la résilience des parents face aux défis quotidiens et en améliorant les compétences relationnelles et éducatives. Ces actions permettent de valoriser les compétences parentales, de favoriser le lien parent-enfant et de réduire les facteurs de stress susceptibles d'affecter négativement la santé mentale des tout-petits.

Il est notamment important de sensibiliser aux violences éducatives ordinaires et à l'utilisation des écrans, et mettre en place des programmes de prévention de la violence intrafamiliale (y compris conjugale).

Les *Huizen van het Kind*[20] sont des exemples de lieux ressources, accessibles à tous, qui offrent un espace d'écoute, d'information et d'orientation, ainsi que des activités favorisant les échanges entre parents et professionnels de la petite enfance. Ce type de lieu soutient les parents dans leur rôle éducatif, aide à briser l'isolement et facilite l'accès à des services adaptés.

6.3 Prévention secondaire

6.3.1 Les parents

Après la naissance**,** il est important de continuer à détecter de la manière la plus précoce possible les vulnérabilités au sein de la famille.

Si l'état émotionnel de type baby blues de la mère s'intensifie et/ ou persiste au-delà de 2 semaines, il est important d'orienter vers un professionnel de santé car il peut s'agir des premiers signes d'une dépression postnatale.

NICE (2020) recommande que tous les professionnels de la santé qui ont un contact régulier avec une femme dans la première année après la naissance posent les 2 questions d'identification de la dépression (entretien Whooley) et le GAD-2 (voir ci-dessus) dans le cadre d'une discussion générale sur la santé mentale et le bien-être de la femme. En cas de problème repéré, il est aussi recommandé d'utiliser *l'Edinburgh Post-natal Depression Scale* (EPDS) ou le *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9)[21] dans le cadre du suivi. L'EPDS est en effet un moyen efficace de détection de la dépression post partum et des femmes à risque de développer une DP (Chabrol, 2008).

Les problèmes psychosociaux ou les facteurs de risque familiaux peuvent quant à eux être détectés avec le SPARK[22] (*Signalling Problems and Analysing the Risk in Raising and Grow up Children*). Cet outil, mis au point aux Pays-Bas, a été développé en un système longitudinal à différents âges de l'enfant, correspondant aux différents moments de transition : période prénatale (preSPARK), 18 mois (SPARK18) et 60 mois (SPARK60). Un SPARK36 a été développé en coopération avec le *Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg* (association flamande pour la promotion de la santé à l'école - VWVJ) et est maintenant utilisé dans de nombreux centres d'accompagnement (*Centra voor leerlingenbegeleiding,* CLB) en Flandre lors de la consultation en première maternelle.

6.3.2 Les enfants

Il est également nécessaire d'identifier dès que possible les enfants présentant un risque accru de problèmes de santé mentale (voir point 2 pour la définition de la santé mentale) ou de trouble du neurodéveloppement.

Un des premiers signes à surveiller en santé mentale est l'acquisition précoce **de compétences d'autorégulation**. Il s'agit en effet d'un élément clé pour réduire le risque de développement de troubles émotionnels et comportementaux et ainsi promouvoir la santé mentale à long terme (Knudesn et al., 2006). L'autorégulation est un concept à multiples facettes comprenant les fonctions exécutives, l'effort et la maîtrise de soi, ainsi que la

[20] Huis van het Kind | Opgroeien
[21] https://reference.medscape.com/calculator/271/patient-health-questionnaire-9-phq-9?ecd=ppc_google_dsa_acq-traf_mscp_allpages_md_englang-fr-int&gad_source=5&gclid=EAIaIQobChMI9Z-6uO75iQMVDgdoCR02TwGBEAAYAiAAEgI52vD_BwE
[22] SPARK-methode - NCJ

régulation émotionnelle et comportementale (Murray et al., 2015 ; Blair & Raver, 2012). L'irritabilité, notamment les crises de colère dérégulées, est identifiée comme un marqueur de risque transdiagnostique majeur (Wakschlag et al., 2019[23]). Même si tous les jeunes enfants irritables ne développent pas des problèmes de santé mentale, la présence de schémas persistants d'irritabilité précoce augmentent de façon exponentielle le risque qu'ils en souffrent.
Environ un tiers des enfants d'âge préscolaire présentent des variations importantes de leur irritabilité au fil du temps, passant de niveaux habituels à atypiques (Wakschlag et al., 2015). L'observation de ces fluctuations intra-individuelles dans le temps permet une meilleure prédiction clinique (Wakschlag et al., 2015 ; Whalen et al., 2016). Par exemple, moins de 30 % des tout-petits ayant un comportement inhibé le conservent tout au long de la petite enfance. Une telle stabilité augmente la probabilité de développer un trouble anxieux (Henderson et al., 2015). Il est donc recommandé de réaliser des évaluations régulières, par exemple, lors des consultations de routine. Des évaluations supplémentaires peuvent être utiles lors d'événements de vie significatifs (par exemple, la naissance d'un frère ou d'une sœur) et au moment de franchir certaines étapes clés du développement (par exemple, la capacité de dire « non ») qui peuvent provoquer des perturbations passagères (Biedzio & Wakschlag, 2019).

Au-delà des questions de santé mentale, les premiers signes de **troubles neurodéveloppementaux** doivent eux aussi faire l'objet d'une attention toute particulière par les professionnels de la petite enfance. Le dépistage et le suivi universels des troubles du développement sont recommandés au niveau international, notamment par l'*American Academy of Pediatrics*. L'identification précoce de ces troubles offre la possibilité d'intervenir à un stade où les processus de développement sont hautement modifiables, ce qui va optimiser le développement et les résultats à long terme (voir par exemple Law et al., 2003 ; Pickles et al., 2016 ; Abercrombie et al., 2022). Le principal objectif de la détection et du diagnostic précoces est donc de permettre la mise en place d'interventions complètes, efficaces, personnalisées et coordonnées. Un diagnostic tardif aura au contraire un impact délétère pour l'enfant en limitant ses progrès voire en produisant un/des sur-handicap(s).
Seuls les retards de développement, le trouble du développement intellectuel et les troubles du spectre de l'autisme peuvent être détectés chez les jeunes enfants. Les autres troubles (par ex. troubles des apprentissages ou TDAH) ne se diagnostiquent pas avant 5-6 ans.

6.4 Surveillance développementale et détection

La **surveillance développementale** est la clé de toute action de prévention dans le domaine de la santé mentale. Chaque enfant devrait en bénéficier, quel que soit son milieu de vie et les ressources de sa famille. En effet, seule des consultations régulières vont permettre de s'assurer que l'enfant se développe harmonieusement ou, au contraire, qu'il montre des signes de mal-être voire de souffrance. Cette surveillance dépend de la première ligne de soin (médecins généralistes, pédiatres, ou consultations gratuites de *l'ONE* et *de Kind en Gezin*, selon le choix parental) et se définit comme un processus continu, déployé à moyen ou long-terme.

La détection correspond au moment où le clinicien identifie ou met en avant un décalage dans le développement de l'enfant, sur base de l'absence de comportements attendus ou de la présence de comportements qui divergent d'une trajectoire développementale normative (DSM-5, APA, 2014).
Une détection précoce pour tous les enfants, y compris ceux en situation socio-économique vulnérable, est possible si toutes les ressources disponibles sont mobilisées, y compris en-dehors du secteur de la santé mentale. Il est donc impératif que les informations les plus récentes sur les principaux signes précoces de souffrance ou de problème de développement soient accessibles à toutes les personnes en contact professionnel avec de jeunes enfants :

[23] *Future Directions for Early Childhood Prevention of Mental Disorders: A Road Map to Mental Health, Earlier*

- dans la communauté (ex : services d'accueil précoce, *Huizen van het kind*, crèches, services sociaux…) : les accueillant.e.s, puériculteur·trice·s, sage-femmes, assistants sociaux, directeur·trice·s de crèche, acteur·rice·s du cadre scolaire (instituteur·trice·s, centres PMS / CLB), éducateur·rice·s… ;
- dans les soins primaires de routine et soins de santé préventifs pour les jeunes, qui constituent le point de contact le plus précoce et le plus fréquent avec les professionnels de la santé. La grande majorité des jeunes enfants sont en effet vus régulièrement par un professionnel de la santé ou du bien-être (médecin, pédiatre, consultations *ONE* et *Kind en Gezin*) au cours des cinq premières années de leur vie. De plus, comme l'accent est mis sur les soins préventifs et continus, ces soins primaires offrent un lieu de consultation médicale non stigmatisée dans lequel les parents ont confiance ;
- auprès de tous les autres professionnel.le.s en contact : assistant.e.s en psychologie, ergothérapeutes, infirmier·ère·s, kinésithérapeutes, psychomotricien·ne·s, logopèdes, orthopédagogues, psychologues, psychologues de première ligne, neuropédiatres, pédopsychiatres, etc.

Il est tout aussi important, que ces signes fassent l'objet d'une observation précise, à chaque consultation ou à des âges prédéterminés, et que les inquiétudes parentales soient prises en considération en raison de leur pertinence. La détection de compétences retardées ou de signes atypiques peut se faire au hasard et survenir au cours des consultations régulières. Elle peut aussi se produire lors de consultations organisées à des âges-cibles du développement de l'enfant (par exemple, à 2, 4, 6, 9, 12, 18 ou 24 mois qui sont connus pour être des âges charnière du développement du jeune enfant), voire de manière plus flexible selon les inquiétudes des proches et/ou des professionnels.

La surveillance développementale et la détection de signes atypiques ou de retards se fait à travers différentes méthodes et outils tels les observations cliniques, l'usage des carnets de santé, des grilles de développement ou des questionnaires, directs ou indirects.

6.4.1 Les observations naturelles

L'observation de certaines caractéristiques du comportement permettent de faire la distinction entre ce qui relève d'un développement habituel et ce qui est plus inquiétant, « hors norme » dans la petite enfance (Kaat et al., 2018 ; Wakschlag et al., 2007) :

(a) **la qualité :** la manière dont un comportement est modulé et réactif à l'intervention environnementale. Par exemple, les crises de colère, qui sont courantes chez la plupart des jeunes enfants, peuvent être considérées comme dérégulées si elles présentent des caractéristiques destructrices et une résistance aux tentatives d'apaisement. Ces crises de colère dérégulées, qui surviennent chez moins de 10 % des enfants d'âge préscolaire, sont des facteurs de risque facilement détectables en lien avec des problèmes futurs de santé mentale. Ce modèle a été validé dans deux échantillons indépendants comprenant plus de 3 000 enfants d'âge préscolaire issus de divers milieux sociodémographiques (Wakschlag et al., 2018).

(b) **le développement attendu et adapté au contexte :** La mesure dans laquelle le comportement est attendu sur le plan du développement et adapté au contexte. Par exemple, une peur dérégulée manifestée dans des contextes non menaçants ou menaçants prédit quels enfants d'âge préscolaire développeront des symptômes d'anxiété. Les enfants d'âge préscolaire qui ne font pas preuve d'une régulation comportementale adaptée au contexte courent un risque accru de problèmes cliniques.

(c) **l'aspect dimensionnel :** les modèles cliniques ne peuvent être définis par un seul seuil extrême, mais le long d'un continuum allant de la variation normative à un risque probabiliste croissant. Contrairement aux approches traditionnelles qui se concentrent sur le dénombrement des comportements problématiques, l'approche dimensionnelle

vise à caractériser le spectre ordonné du comportement, en tenant compte du développement de l'enfant.

(d) **la régularité de l'occurrence** : la régularité de l'apparition des dérégulations émotionnelles est importante à prendre en compte. Les seuils de symptômes traditionnels sont en effet définis de manière subjective, ce qui peut entraîner une sur-identification des comportements problématiques. Ainsi, le risque clinique varie en fonction du type de comportement : les comportements normatifs deviennent anormaux s'ils surviennent très fréquemment, tandis que les comportements dérégulés, tels que les crises de colère destructrices, sont considérés comme anormaux même à des fréquences moins élevées.

Ainsi, la prise en compte de la fréquence et de la gravité des comportements est essentielle dans l'évaluation du risque de santé mentale chez les jeunes enfants. La prise en compte des changements développementaux au fil du temps améliorera également considérablement la fiabilité de l'estimation du risque. Une approche de mesures répétées est essentielle pour garantir des modèles suffisamment stables pour les estimations probabilistes des risques. Une fois optimisé, ce type d'approche longitudinale fournira des paramètres empiriques (par exemple, combien de moments, à quels âges, estimations de probabilité qu'un enfant développe des problèmes de déficience). De multiples évaluations répétées permettent d'évaluer deux types de stabilité et de changement au fil du temps : (a) le niveau moyen de comportement et/ou (b) la trajectoire individuelle, qui peuvent avoir une utilité prédictive différentielle (Wakschlag et al., 2015).

Dans l'observation clinique spontanée, les **signes précoces de souffrance** somatique et/ou émotionnelle ou de déviance développementale sont bien définis (Guedeney, 2014 ; Roussillon et al., 2007). On y retrouve par exemple :

- une absence de sourire à 3 mois,
- un retrait relationnel durable (pendant une période de plus de 2 semaines),
- un enfant « trop sage », qui dort trop,
- un retard de babillage,
- l'absence d'angoisse de l'étranger à 7 mois,
- un manque de curiosité,
- une persistance d'exploration orale des objets,
- un manque d'imitation, d'initiative dans la relation,
- des difficultés importantes et constantes au cours des transitions,
- des difficultés à se calmer seul,
- la présence de colères intenses et répétées,
- l'absence de pointage ou de jeux de faire semblant à 18 mois,
- l'absence de gestes socio-conventionnels (par exemple, geste de la main pour dire au revoir),
- toute interruption du développement du langage et de la communication,
- le fait de ne pas chercher le regard de l'adulte,
- un bébé inconsolable.

Ces signes de souffrance ou de déviation développementale plus généraux peuvent être affinés pour une détection plus efficace. En effet, pour chaque domaine du développement, il existe des **signes d'alerte absolus**, soit des signes très nettement inquiétants pour lesquels une action immédiate doit être prises. Par exemple, concernant le développement du langage, les signes d'alerte absolus sont les suivants :

- 12 mois : Absence de babillage ; absence de pointage à distance ou d'autres gestes sociaux (coucou, au revoir…).
- 18 mois : Absence de mots simples.
- 24 mois : Absence d'association de deux mots non écholaliques.

6.4.2 Surveillance au niveau populationnel : les carnets de santé et livrets de détection

La surveillance globale se fait généralement, pour tous les enfants, via un carnet de santé. Ce carnet devrait être suffisamment complet (en intégrant également les informations concernant les difficultés dans les interactions) pour faciliter la continuité des soins et la communication entre professionnels et avec les parents. Pour cela, les professionnels doivent être sensibilisés et formés à son utilisation.

6.4.3 Surveillance en première ligne : les grilles d'observation du développement

Pour être efficace, la détection doit se faire en complétant l'observation libre par l'utilisation quantitative ou qualitative de **grilles de développement**, qui permettent d'apprécier l'évolution de l'enfant en comparant les évaluations répétées dans le temps. En effet, les études ont montré que les observations isolées du clinicien mènent à une sous-détection des enfants en difficulté (Sice et al, 2003 ; Delahunty, 2015). Par contre, lorsqu'elles sont supplémentées par le recours à des mesures structurées et validées scientifiquement, la détection est améliorée de manière significative (Carlier 2021). Ces échelles ciblent l'ensemble des sphères développementales, par exemple la motricité, la communication, le langage, la socialisation. Elles permettent donc de relever à la fois les problèmes de développement, mais aussi les pathologies plus affectives qui vont se répercuter sur le développement de l'enfant (ex : dans le domaine du langage). Des grilles de développement générales se trouvent facilement sur internet (ex : grilles de développement des éditions du CHU Ste Justine[24] ; grille de développement de la HAS, disponible en annexe 4).

Le **test de développement de Denver** (Frankenburg et al., 1992) est un outil de dépistage du développement global chez les jeunes enfants âgés de 0 à 6 ans, qui évalue les acquisitions et le développement psychomoteur dans quatre domaines : motricité globale, motricité fine – adaptation, langage, comportement personnel-social.

En Fédération Wallonie-Bruxelles (FWB), les PEP's de *l'ONE* utilisent une grille d'observation du développement de l'enfant de 18 mois à 6 ans (voir en annexe 5), réalisée sur base de la grille de Denver et d'autres outils de référence à *l'ONE* (Guide de médecine préventive, dossier médical, …). Elle reprend les compétences attendues pour différents âges clés de l'enfant. Les objectifs, fréquences et attendus sont quant à eux détaillés dans le Guide de médecine préventive du nourrisson et du jeune enfant rédigé par *l'ONE* et destiné aux professionnels *ONE* en médecine préventive.

En Flandre, *Kind en Gezin* utilise **l'enquête Van Wiechen**[25] (voir en annexe 6), un instrument mis au point par le Dr Touwen et affiné par le NCJ *(Nederlands Centrum Jeugdgezondheidszorg* - Centre néerlandais pour les soins de santé aux jeunes) qui permet de suivre le développement des nourrissons et des enfants en bas âge de manière longitudinale (entre les âges de 4 semaines et 4 ans), standardisée, normalisée et uniforme, toujours en discussion étroite avec les parents. De cette manière, les retards de développement peuvent être détectés à un stade précoce. L'étude fournit des informations sur la motricité fine et la motricité globale de l'enfant, son adaptation, sa personnalité, sa communication et son comportement social.

[24] https://www.editions-chu-sainte-justine.org/media/livre/document/253_Tableau_syntheIse_Dev_06ans.pdf
[25] 2023-06-15Van-Wiechenonderzoekschemas.pdf (ncj.nl)

6.5 Dépistage

La détection de signes de souffrance psychique ou développementaux atypiques est un processus ponctuel. Au plus ces signes s'accumulent, au plus il devient nécessaire d'organiser un dépistage en bonne et due forme. Réalisé par des professionnels de la santé de première ligne (médecins généralistes et pédiatres) ou de deuxième lignes (ex : pédopsychiatres, (neuro)pédiatres, psychologues…), il a pour but d'investiguer les inquiétudes précédemment soulevées (au moyen d'outils scientifiquement validés ou par les parents), afin de décider si l'enfant doit faire l'objet d'une évaluation diagnostique. Il permet en outre d'intervenir précocement dans l'évolution des difficultés de l'enfant afin de tenter d'améliorer son pronostic. Le dépistage intervient donc dans un second temps. C'est un moment temporellement défini, qui se situe entre la détection et le diagnostic.

6.5.1 Les outils de première ligne

La 1ère ligne de soins utilise des outils brefs, qui permettent de récolter et d'interpréter l'information rapidement, et qui s'adressent aux enfants tout-venant. Le contenu des outils utilisés, appelés instruments de niveau 1 doit être suffisamment large que pour limiter au maximum les risques de sous-détection. Ceci entraîne un risque de sur-détection, d'où la nécessité d'affiner ensuite la mesure du risque avec des instruments plus ajustés par la deuxième ligne de soins.
En ce qui concerne le bien-être émotionnel et la santé mentale de manière plus large, différents outils sont disponibles pour les professionnels de première ligne (voir en annexe 7).

L'**ADBB** (Alarme Détresse Bébé, Guedeney & Fermanian, 2001), validée par la recherche, évalue le retrait relationnel chez les bébés de 0 à 24 mois, au moyen de 8 items d'observation. Cette échelle permet de dépister les effets du dysfonctionnement précoce de relations parents-bébé sur le développement global du bébé (affectif, cognitif, moteur et social). Il s'agit d'une observation du bébé qui permet une détection plus fine de la détresse psychique du bébé. La version abrégée, la **M-ADBB**, se compose de 5 items et permet un dépistage rapide des bébés en détresse psychique. Ces deux échelles peuvent être utilisées par divers professionnels de l'enfance, comme les pédiatres, pédopsychiatres, psychologues, puériculteur·trice·s, etc., et peuvent servir à la fois au dépistage en première ligne, à l'évaluation des interventions, ainsi qu'à la recherche.

Le **M-CHAT-R/F** (*Modified Checklist for Autism in Toddlers)* est de loin l'instrument de dépistage des TSA le plus connu et le plus utilisé dans le monde. La troisième version (Robins et al., 2014) cible les enfants de 16 à 30 mois. Son utilisation se fait en 2 temps. L'interview parentale permet d'abord de coter les 23 items du questionnaire. Le score total est classé dans 3 catégories de risques. Selon cette classification, différentes actions sont ensuite proposées : si le risque est faible (0-2 items échoués), la surveillance développementale se poursuit. Un nouveau dépistage est proposé aux enfants qui n'avaient pas encore 2 ans au moment de la première évaluation. Si le score est moyen (3 à 7 items échoués), le dépistage se poursuit immédiatement avec la passation de questions supplémentaires reprises dans un algorithme (*follow-up*). Ces questions, plus détaillées et plus concrètes, permettent d'affiner et de vérifier les premières réponses des parents. Au terme de cette deuxième étape, si les scores restent préoccupants (au moins 2 items échoués), l'enfant est redirigé vers une équipe diagnostique spécialisée. Enfin, si le score initial indique un risque majeur de TSA (minimum 8 items échoués), la partie follow-up n'a pas lieu et l'enfant est directement redirigé pour un bilan diagnostique. Cette troisième version est plus efficace. Elle diminue le nombre de faux positifs et permet de poser un diagnostic près de deux ans plus tôt que les versions précédentes (Robins et al., 2014).

L'**ESAT** (*Early Screening of Autistic Traits Questionnaire*, Swinkels et al., 2006) peut également être utilisé par la première ligne de soins. Il s'agit d'un test de dépistage rapide

d'utilisation, ciblé sur les tous jeunes enfants de 14-15 mois. L'ESAT comporte 14 items (questions) portant sur des compétences socio-communicationnelles comme le regard, l'imitation, l'attention conjointe, l'usage de gestes communicatifs ou encore les réactions sociales. Ces questions sont posées aux parents au cours de la consultation pédiatrique, au même titre que celles du M-Chat-R/F. Ces deux tests peuvent s'utiliser de manière isolée ou de manière conjointe afin d'affiner la mesure du risque.

Le ***Wegwijzer Ontwikkelingszorgen*** est un outil en ligne développé par le réseau de santé mentale des enfants et des adolescents de Flandre orientale dans le cadre du programme RADAR Crosslink, qui peut être utilisé dès qu'on a des inquiétudes concernant le développement d'un enfant de moins de 7 ans. En fonction de l'âge de l'enfant, l'outil affiche une liste de signes susceptibles d'indiquer un problème de développement. L'objectif de l'outil est d'aider les professionnels impliqués dans la prise en charge des jeunes enfants (médecins généralistes, pédiatres, psychologues de première ligne, *Kind en Gezin*, les services de garde d'enfants, les écoles maternelles, les CPMS / CLB …) à savoir quelles actions sont nécessaires en cas de problèmes de développement, allant de la stimulation du développement à l'orientation vers des soins plus spécialisés. Les parents et les membres de la famille peuvent également utiliser l'indicateur. Il est disponible en néerlandais, mais peut être traduit en français via une traduction automatique du site internet. L'outil peut également être utilisé avec des enfants dont les difficultés de développement ont déjà été identifiées, mais pour lesquels aucune aide spécialisée n'a encore été mise en place (en raison de listes d'attente, par exemple). Il donne alors des conseils ciblés et peu exigeants que les professionnels ou les parents pourront utiliser.
Ce test prend en compte trois domaines de développement : la motricité globale et fine, le langage, la communication et les aptitudes sociales, le jeu et autres comportements visibles.

La **grille PREAUT** (Olliac et al., 2017) permet de dépister les signes avant-coureurs de l'autisme au cours des neuf premiers mois de vie. La grille PREAUT a pour objectif de valider les troubles de la communication chez le bébé, sur base des signes présents avant les marqueurs cognitifs habituellement recherchés (pointage et faire semblant) (Laznik et al., 2017). La grille Préaut est administrée en France par les médecins lors des visites à 4 et 9 mois et pourrait être inclue dans le carnet de santé (uniquement disponible en français).

6.5.2 Les outils de deuxième ligne

Le travail de la deuxième ligne de soins (qui regroupe les médecins spécialisés tels que les pédopsychiatres, (neuro)pédiatres ou toute équipe multidisciplinaire) est de reprendre les inquiétudes soulevées par les collègues de la première ligne de soins, avec des outils centrés sur des problématiques spécifiques comme des troubles neurodéveloppementaux précis ou pathologies affectives. La deuxième ligne de soins utilisera des tests de niveau 2 qui ont un contenu plus précis (importance de la spécificité), qui s'adressent aux groupes à risque (fratries avec antécédents familiaux, prématurité, maladies génétiques-syndromiques, ou enfants qui ont un développement atypique et ont été testés positifs/détectés avec un outil de niveau 1), et nécessitent bien souvent une formation, ce dernier pré-réquis n'étant pas exigible de la part des professionnels de première ligne.

Dans le champ du bien-être émotionnel et de la santé mentale, plusieurs dimensions peuvent être observées et évaluées, comme l'irritabilité, l'opposition, l'agressivité... L'évaluation de ces aspects nécessite une prise en compte fine de la fréquence, de l'intensité et du contexte de survenue des comportements. Il est important de distinguer les manifestations transitoires ou adaptées à l'âge développemental des signes plus persistants ou sévères, qui pourraient révéler des troubles sous-jacents.

Certaines approches proposent également d'évaluer les capacités socio-émotionnelles de l'enfant, telles que la conscience de soi, la gestion des émotions, les compétences sociales,

l'attachement, la communication et la prise de décision. L'analyse de ces domaines permet de mieux comprendre le fonctionnement global de l'enfant et d'identifier d'éventuelles vulnérabilités affectives ou relationnelles. Ce type d'évaluation est particulièrement utile pour orienter les actions de soutien, les interventions éducatives ou les prises en charge thérapeutiques adaptées.

Il existe aussi des méthodes d'évaluation dynamiques, qui s'adaptent aux réponses de l'enfant ou à son niveau de fonctionnement, qui permettent d'affiner l'analyse et de formuler des hypothèses cliniques plus précises. Ces méthodes permettent d'individualiser les interventions et de mieux cibler les besoins de chaque enfant.

Pour ce qui concerne le dépistage des troubles du neurodéveloppement, une attention particulière est portée au développement global de l'enfant, en tenant compte des grandes étapes du développement moteur, langagier, cognitif et social. Il est essentiel d'évaluer les compétences acquises en matière de motricité fine et globale, de sociabilité (y compris la relation entre parent et enfant), la communication (y compris le langage, réceptif et expressif, verbal et non verbal) et le développement cognitif.

Les professionnels de deuxième ligne peuvent s'appuyer sur les observations parentales ou éducatives, considérant les adultes proches de l'enfant comme des témoins privilégiés de ses compétences et de ses éventuelles difficultés au quotidien. L'évaluation prend en compte la trajectoire développementale de l'enfant, les écarts éventuels par rapport à ce qui est attendu pour son âge, ainsi que l'évolution dans le temps.

Une liste d'exemples d'outils pour la 2ème ligne est disponible en annexe 8. On retrouve par exemple :

- Le **ASQ*** (*Age and stage questionnaire*, Bricker & Squires 1999 ; Bonin et al., 2000), identifie notamment les progrès du développement chez les enfants âgés d'un mois à 5 ans et demi. Il s'agit d'un outil de dépistage du développement global, qui permet de dépister les enfants à risque de retard de développement et d'aider à l'orientation (évaluation approfondie, suivi plus régulier, activités de stimulation, etc.). 21 questionnaires différents sont disponibles entre 2 et 60 mois. Les items du questionnaire sont regroupés selon 5 sections : Communication, Motricité globale, Motricité fine, Résolution de problèmes, Aptitudes individuelles ou sociales. Il s'appuie sur les parents en tant qu'experts (durée : 10-15 minutes). Ce test est payant.
- Le **SCQ** (Questionnaire de Communication Sociale, Rutter et al., 2013) s'adresse quant à lui aux enfants de plus de 4 ans avec un âge de développement supérieur à 2 ans. La partie du SCQ relative aux comportements actuels de l'enfant est composée de 40 questions fermées posées aux parents ou aux proches. Ceux-ci peuvent la compléter sans l'aide du médecin mais c'est lui qui va interpréter les scores. La deuxième partie du test s'intéresse à l'histoire développementale depuis la petite enfance. Le SCQ a plusieurs limitations : (1) il ne peut être utilisé qu'avec les enfants qui ont un âge mental de 2 ans, ce qui signifie que cela a été vérifié alors que ce n'est pas possible avec tous les enfants à risque ; et (2) les items relatifs aux comportements stéréotypés sont peu discriminants. En d'autres mots, ces items ne permettent pas réellement de différencier une probabilité de TSA d'un autre trouble développemental. Enfin, (3), les auteurs du SCQ ont eux-mêmes mis en avant les limites de leur outil pour une utilisation avec des enfants de 4-5 ans, âges pour lesquels il est moins performant. Il est donc recommandé de ne pas l'utiliser de manière isolée mais bien de le combiner avec un autre test de niveau 2.
- L'**ADT** (*Autism Discriminative Tool,* Carlier, 2017) cible quant à lui les enfants qui fréquentent l'enseignement maternel, soit âgés de 2 ans et demi à 5-6 ans. Il est destiné au recueil des observations des enseignants et comporte 35 items sous formes de répertoire comportemental. La première section porte sur le domaine de la socio-communication. La deuxième partie porte sur les comportements stéréotypés et rigides,

ainsi que sur les particularités sensorielles comme introduites dans le DSM-5. Les items de l'ADT reflètent différents phénotypes de TSA afin de correspondre à la notion de spectre et à la variabilité des tableaux cliniques. Vingt-six items sont considérés comme critiques et donc utilisés à des fins de dépistage. Quatre catégories de scores sont proposées pour signifier une probabilité élevée, modérée ou faible de la présence d'un tableau autistique. Concrètement, l'ADT est actuellement peu utilisé par les médecins spécialistes. Il peut être utilisé par les centres PMS/CLB dans l'enseignement ordinaire ou spécialisé.

- Le **NBAS** (*Neonatal behavioral Assessment Scale*), développée par T. Berry Brazelton dans les années 1970 et diffusé ensuite avec Kevin Nugent, est un outil clinique et de recherche permettant d'observer les compétences et les régulations comportementales du nouveau-né, de la naissance jusqu'à l'âge de deux mois (en consultation ou à domicile). Cet instrument, considéré parfois comme dépassé et nécessitant une formation spécifique poussée, conserve un intérêt pour mettre en lumière le potentiel du bébé, sa manière d'entrer en relation, ses stratégies d'autorégulation ainsi que ses besoins particuliers, et permet de proposer précocement un suivi thérapeutique adapté.

Les recherches ont montré que le dépistage est plus efficace lorsque l'on combine l'avis de plusieurs informateurs (Azad & Mandell, 2016 ; Carlier, 2017). Ainsi, le M-CHAT-TR-F et le SCQ sont des outils proposés aux médecins qui servent à recueillir les informations des parents, tandis que l'ADT, également à disposition du médecin, sert à recueillir l'avis des enseignants des écoles maternelles. Les observations des enseignants, en santé mentale, ont démontré leur pertinence et leur efficacité tout comme celles des parents dont on sait qu'ils sont souvent les premiers à être alarmés mais ne sont que rarement écoutés. Dans le domaine des TSA, il serait donc pertinent de combiner plusieurs outils de dépistage pour obtenir une mesure de risque qui soit la plus fine possible.

6.6 Prévention tertiaire - Interventions précoces

En soutenant les enfants et les familles, en renforçant les compétences parentales et en donnant accès à des services de soutien, il est possible de promouvoir un développement sain et résilient de l'enfant. Lorsque des risques pour la santé mentale de l'enfant ou des problèmes développementaux sont identifiés, il est important de pouvoir y répondre par des interventions précoces. Ces interventions doivent être axées sur l'enfant (comportement, développement), mais aussi sur son environnement, et inclure ses parents afin de renforcer leurs compétences parentales.

6.6.1 Interventions auprès des parents

La santé mentale infantile accorde une grande importance à la santé psychologique de l'enfant, mais aussi de ses figures de soins. En effet, les problèmes de santé mentale des parents ont une influence majeure sur le développement ultérieur des enfants (voir détails point 5.1.2 Troubles psychiques parentaux). L'intervention doit donc nécessairement et prioritairement inclure l'interaction parents-enfant. L'enfant et la personne qui s'occupe de l'enfant sont en effet si étroitement liés que l'un ne peut réussir que si l'autre est également en équilibre.

Les familles avec de jeunes enfants présentant un risque accru de problèmes de développement ou de santé mentale doivent recevoir un **soutien psycho-éducatif**.

Il existe notamment des guides pour aider les parents à la stimulation de leur enfant.
Par exemple, l'ABCdaire 0-5 ans est un modèle de suivi collaboratif de l'enfant basé sur des données probantes et des consensus d'experts, élaboré il y a plus de 20 ans sous la responsabilité du Centre de pédagogie appliquée de l'Université de Montréal et soutenu depuis 2015 par la direction de l'enseignement du CHU Ste-Justine. Cet outil peut être utilisé

par les professionnels de la santé pour surveiller la santé et favoriser le développement optimal des enfants en âge préscolaire en donnant des conseils pratiques aux parents.

L'accompagnement mobile permet d'agir au plus près du vécu quotidien des familles. En intervenant directement au sein du milieu de vie, les professionnels peuvent mieux comprendre les dynamiques familiales, repérer les facteurs déclenchants, et surtout mobiliser les leviers de résilience existants. L'accompagnement mobile offre ainsi un cadre rassurant et individualisé, dans lequel les parents d'enfants avec difficultés peuvent exprimer leurs préoccupations, recevoir des conseils concrets et développer des pratiques éducatives positives.

En cas de **trouble mental chez les parents**, si un risque est repéré il est évidemment important d'apporter le soutien nécessaire. Il ne suffit pas de repérer un risque, encore faut-il pouvoir référer pour un dépistage suivi d'un éventuel soin psychothérapeutique.
Les nouvelles technologies peuvent notamment servir pour apporter des sources de support novatrices (par exemple, applications utilisées dans le cas de dépressions péri-natales). Ces outils peuvent être particulièrement utiles pour certains groupes vulnérables, qui devraient être impliqués dans leur conception (Gordon et al., 2016).
Dans les avis sur le choix de l'allaitement que fera la jeune mère ayant des antécédents de troubles psychiques, en particulier de psychose ou de trouble bipolaire, le professionnel doit aussi l'inviter à tenir compte du risque de rechute du a des facteurs comme le manque de sommeil ou le risque de médicaments psychotropes transmis par le lait maternel. Dans d'autres cas comme des antécédents d'abus sexuel, le professionnel discutera aussi ce que le vécu de l'abus ainsi que le contact corporel très intime pendant l'allaitement, peuvent engendrer pour la femme. Il est surtout essentiel de rappeler que l'allaitement n'est pas forcément recommandé pour toutes et que des alternatives doivent être proposées sans culpabilisation.

NICE (2020) fait par ailleurs une série de recommandations détaillées sur la prise en charge des troubles de santé mentale en post-partum (dépression, anxiété, troubles de l'alimentation, addictions aux substances, trouble bipolaire), qui sont basées sur les recommandations de bonnes pratiques de ces troubles, en tenant compte des risques liés à la prise de médicaments.

Lorsqu'il y a une décompensation psychique avérée comme la dépression ou la psychose du post partum, l'hospitalisation de la mère dans un service de psychiatrie adulte est indiquée dans un premier temps sans le bébé vu les risques auxquels il est exposé lorsque la maman est en période aigue de la maladie.
Dans un deuxième temps, ou si l'état psychique de la mère permet sa présence suffisamment sécure auprès de son bébé, une hospitalisation résidentielle mère-bébé (UMB) pourrait prendre le relais, suivie d'une hospitalisation de jour non résidentielle. L'efficacité des soins conjoints de psychiatrie périnatale a en effet été démontrée. On note en effet une diminution tant de l'insensibilité maternelle que de la passivité infantile après une hospitalisation de psychiatrie périnatale (Kenny et al., 2013). La place du co-parent, voire la prise en charge du bébé par le co-parent pendant l'hospitalisation maternelle, est à prendre en considération et à utiliser. Actuellement, les co-parents sont largement mis de côté dans de telles prises en charge.

Le guide des capacités parentales de **STEINHAUER** (Canada) est un outil qui permet de dépister les situations constituant un risque pour le développement des enfants de 0 à 5 ans, et de guider l'intervention éducative auprès des familles dans lesquelles une faible capacité parentale pourrait entraîner des négligences voire des maltraitances. En détériorant la confiance de ces enfants dans les autres, les problèmes d'attachement risquent en effet de compromettre aussi toutes les aides qui pourraient leur être offertes par la suite. Cet outil se

base sur une analyse du bébé, des parents, des relations parents-enfants. Bien qu'il suive une logique facile à maîtriser, son usage demande néanmoins une courte formation.

En cas de **violence conjugale**, étant donné son impact potentiel sur la santé des enfants via des altérations neurobiologiques et des perturbations du lien mère-enfant, il faut, pour protéger les enfants, non seulement s'assurer de la protection maternelle, mais aussi de s'assurer d'un soutien psychologique, autant au niveau individuel pour la mère qu'au niveau de la relation avec son enfant (Berger et al., 2010 ; Blassel, 2002 ; Coutanceau & Smith, 2014 ; Vasselier-Novelli, 2014 ; Willheim & Schechter, 2024).

6.6.2 Interventions auprès de l'enfant

Les interventions doivent être adaptées aux difficultés spécifiques de chaque enfant, individualisées en fonction de son profil, et viser à améliorer la trajectoire de développement et à atténuer les difficultés rencontrées.

Suite au repérage de signes de souffrance, il est nécessaire de faire une évaluation plus fine et de faire une **mise au point diagnostique** (voir l'annexe 9 pour les outils diagnostic existant, et notamment le DC 0-5 qui est un système de classification multiaxial des troubles chez les nourrissons et les enfants de la naissance à l'âge de 5 ans qui place les problèmes dans le contexte (familial), ainsi que dans la culture dans laquelle l'enfant grandit).

En attendant ce diagnostic, plusieurs **interventions** peuvent être mises en place chez les jeunes enfants (en plus de la guidance parentale détaillée ci-dessus), et notamment l'accompagnement (psycho)moteur, service à domicile de première ligne (santé mentale, aide aux personnes handicapées), psychologue de première ligne, logopède.
Pour cela, il est important que les professionnels de première ligne soient soutenus quand une orientation est nécessaire. Idéalement, un centre unique devrait regrouper tous les professionnels concernés, et déterminer lui-même vers qui référer (comme ce qui se fait dans les *Centra voor Ontwikkelingsstoornissen* (centres pour troubles du développement – COS) en Flandre) afin de soutenir les professionnels de première ligne lorsqu'il est nécessaire d'orienter (un seul endroit où orienter, quel que soit le problème identifié). A défaut, des directives claires devraient exister, pour indiquer vers qui orienter. Le tableau suivant, inspiré du tableau de la HAS concernant l'orientation vers les interventions précoces simultanément ou en attente du diagnostic (HAS, 2020), donne un exemple de ce type de directives indiquant vers quels professionnels orienter en fonction de la problématique identifiée.

Tableau 1 : Orientation vers les interventions précoces simultanément ou en attente du diagnostic (inspiré de HAS, 2020)

Problématique	Type d'intervention
Problématique du tonus ou du développement de la motricité ou de la posture	**Kinésithérapie**, ergothérapie, psychomotricité
Problématique de l'oralité alimentaire et verbale	**Logopédie**, kinésithérapie, psychomotricité, ergothérapie
Problématique de la communication et du langage	**Logopédie, ORL**
Problèmes visuels	**Orthoptie**, ophtalmologie

Problématique des interactions sociales	**Psychologie**
Problématique du comportement : anxiété, inhibition, agitation, troubles de la régulation émotionnelle et des conduites	**Psychomotricité, éducation spécialisée, psychologie, ou pédopsychiatrie**
Problématique de la coordination, isolée (maladresse)	Ergothérapie, **psychomotricité**
Problématique de la motricité fine	**Ergothérapie, psychomotricité** en fonction de l'âge
Difficultés graphiques, environnementales et besoin d'installation	**Ergothérapie**, psychomotricité
Décalage global des acquisitions (suspicion de trouble du développement intellectuel - TDI)	< 4 ans : logopédie, psychomotricité, > 4 ans : logopédie, psychomotricité plus si possible neuropsychologie
Problèmes d'attention et des fonctions exécutives	**Neuropsychologie**, ergothérapie, logopédie, psychomotricité
Les professions surlignées **en gras** sont à prioriser.	

Le diagnostic devra ensuite déboucher sur une **prise en charge spécifique** et basée sur des données probantes par des professionnels plus spécialisés de disciplines différentes (kinésithérapie, ergothérapie, psychomotricité, logopédie, psychologie, pédopsychiatrie, neuropsychologie…).

Les interventions nutritionnelles chez le jeune enfant en contexte de vulnérabilité peuvent également agir positivement sur le développement cognitif et le parcours scolaire. Selon l'OMS, les interventions les plus efficaces sont celles combinant l'intervention nutritionnelle (suppléments alimentaires) avec un soutien aux soins à l'enfant. L'Institut national de santé publique au Québec préconise ainsi des mesures de nutrition (suppléments chez les jeunes enfants dans un contexte de vulnérabilité) pour éviter l'association du retard de croissance et d'un déficit cognitif.
Aux USA existe le "*Supplemental nutrition programme for infants and children*"[26] qui fournit des suppléments alimentaires, de l'éducation à l'alimentation, des références sur la santé et les services sociaux aux femmes enceintes, aux mères, aux bébés et aux enfants de moins de 5 ans pour prévenir la morbidité des enfants.

6.6.3 Interventions dans l'environnement de l'enfant

Les interventions sur l'environnement sont d'autant plus efficaces que le milieu social de l'enfant est plus vulnérable[27].

Durant la période précédant la scolarisation, l'accès aux **crèches** pour les enfants de familles vulnérables n'est pas toujours garanti, car le nombre de places y est déjà insuffisant et les parents qui travaillent y sont prioritaires. Il faut garantir un accès aux crèches et cet accès doit être inclusif, avec la présence d'une expertise suffisante afin de pouvoir intégrer les jeunes enfants dont la vulnérabilité ou celle des parents a été repérée.

[26] The special supplemental nutrition program for women , infants and children (WIC) : Background, trends and Economic issues, 2024 EDITION - USDA ERS www.ers .usda.gov.
[27] Professeure Madame Sylvana COTE, première Professeure de psychologie au Canada, exposé lors du 1er symposium de sa majesté la Reine en Belgique intitulé : « Prévention en petite Enfance pour favoriser la santé mentale tout au long de la vie » en juin 2022.

L'école est un milieu de détection précoce privilégié car il inscrit dans le quotidien de l'enfant. Pour favoriser la détection et le suivi de tous les enfants, l'entrée à l'école maternelle devrait avoir lieu précocement ; dans certains pays voisins l'obligation scolaire est fixée à 3 ou 4 ans. L'intégration des enfants à besoins spécifiques dans l'enseignement général nécessite par ailleurs des moyens et des outils spécifiques.

Enfin, l'école a également un rôle à jouer dans le soutien au bien-être du jeune enfant et le développement des compétences socio-émotionnelles. Les programmes examinés et présentés ici suggèrent que des efforts d'intervention et de prévention dans la petite enfance au sein du milieu scolaire sont nécessaires et peuvent être efficaces en termes de réduction et de prévention de difficultés psychologiques. Bien que ces programmes aient démontré leur efficacité concernant un certain nombre de critères, la plupart, sinon la totalité, des études présentent des limitations méthodologiques modérées à sévères qui ont un impact sur la validité des résultats et la généralisation des effets.

- ***Preschool PATHS Program*** : adaptation du programme PATHS pour les enfants de 3 à 6 ans. Le programme PATHS a été conçu à l'origine comme une intervention visant à développer l'expression des émotions et à réduire les problèmes de comportement chez les enfants sourds, mais il est également utile pour la prévention des symptômes d'intériorisation et est largement utilisé universellement dans les classes ordinaires (Domitrovich et al., 2007 ; Stanley et al., 2019).
- ***Fun FRIENDS*** **(école maternelle)** : adaptation du programme *FRIENDS for Life* (Barrett, 2004) destiné aux enfants d'âge préscolaire. Le programme *Fun FRIENDS* vise à prévenir l'anxiété et à promouvoir les compétences sociales et émotionnelles ainsi que la résilience dès la petite enfance.
- **"*Play Skills for Shy Children*" or "*Social Skills Facilitated Play*" (SST)** : programme d'intervention ciblé destiné aux enfants d'âge préscolaire extrêmement inhibés qui vise à prévenir et à réduire l'anxiété sociale. Les auteurs proposent qu'une timidité extrême ou une inhibition comportementale pendant l'enfance constitue un facteur de risque majeur de troubles anxieux ultérieurs et en particulier de trouble d'anxiété sociale (Coplan et al., 2010). Le programme SST repose sur l'hypothèse selon laquelle le développement des compétences sociales dès la petite enfance réduit le risque d'intériorisation des problèmes.

7 Situation en Belgique

7.1 Modèle belge et morcellement des compétences

En Belgique, les compétences concernant la santé (mentale) et la petite enfance sont réparties de manière complexe entre l'État fédéral et les entités fédérées, cette complexité étant encore renforcée par le nombre de secteurs impliqués (éducatifs, sociaux, culturels, environnementaux, protectionnels etc.). Un rapport récent décrit en détails comment le morcellement des politiques publiques impacte la santé mentale des jeunes enfants en Wallonie (Résibois et al., 2022). Cette étude fait le constat d'un morcellement tant des politiques publiques que des initiatives privées qui tentent de répondre aux besoins de la population, ce qui a des effets contreproductifs pour la prévention de la santé mentale, la prise en charge, la continuité des soins, et les collaborations (voir leurs recommandations en annexe 3).
Il s'agit donc de partir de cette réalité de terrain, et de chercher à sortir de la logique de silos et du morcellement des politiques publiques.

7.2 Grossesse et naissance

En FWB, *l'ONE* intervient dès la période prénatale dans le cadre de son accompagnement médico-social global de l'enfant et de ses futurs parents. Ce service propose des consultations prénatales gratuites (de quartier et hospitalières), dans lesquelles ont été intégrés des soins

psychologiques afin de soutenir précocement la santé mentale des femmes enceintes. *L'ONE* a également créé des plateformes prénatales dans des provinces moins desservies en matière de suivi prénatal, pour accompagner les futurs parents tout au long de la grossesse, prévenir les difficultés psycho-médico-sociales et veiller au bien-être de la future mère et de son enfant. Le PEP réalise un accompagnement orienté sur le milieu de vie de la future mère et entretient une relation de partenariat avec le soignant. Lors de la naissance, *l'ONE* offre aussi des services en unité néonatale et les PEP's de liaison permettent d'assurer le relais avec le personnel hospitalier, afin de préparer le retour à domicile.
Pour les situations où les vulnérabilités personnelles ou familiales risquent d'impacter négativement le développement de l'enfant né ou à naître, les Services d'Accompagnement Périnatal (SAP) visent un effet préventif via un accompagnement spécialisé, généralement à domicile.
Dans une partie des cas, pour les situations de maltraitance existante (par exemple envers d'autres enfants dans la famille), des équipes SOS-Enfants peuvent intervenir déjà durant la grossesse lorsqu'un risque est identifié.

En Flandre, la première rencontre avec les services de *Kind en Gezin* se fait généralement par l'entretien initial durant la grossesse. Cet entretien constitue une base permettant aux parents de co-construire une offre de services adaptée à leur famille. Mais, à l'exception de l'entretien initial universellement proposé et, le cas échéant, des visites à domicile supplémentaires en cas de vulnérabilités, l'offre prénatale de *Kind en Gezin* consiste principalement à diffuser des informations visant à promouvoir la santé (mentale) des futurs parents via les canaux (en ligne) disponibles à cet effet. Une collaboration est mise en place avec Perinet et d'autres partenaires pour sensibiliser, notamment par le biais de campagnes et de messages (en ligne), les parents (et leur réseau de soutien) dès la période prénatale à l'importance de la santé mentale.

D'autre part, le médecin généraliste, inscrit dans l'histoire de vie des familles par ses contacts réguliers avec la femme enceinte et avec l'ensemble de la famille (parfois sur plusieurs générations), est aussi central dans le suivi, et a un rôle important pour la prévention, le dépistage et l'accompagnement des familles vulnérables.
Les suivis de grossesses (et des jeunes parents en postpartum jusqu'à la première année de l'enfant) par des sages femmes se multiplient également depuis ces dernières années (soit seules, soit en association) dans tout le pays. Les soins post-partum réalisés par la sage-femme sont remboursés par l'INAMI. Après l'accouchement, les femmes ont droit à 7 à 10 consultations à domicile par leur sage-femme. Ces services restent cependant peu sollicités par les familles les plus vulnérables (besoins non exprimés).

Après la naissance s'ajoutent d'autres professionnels intervenant auprès des bébés et de leurs parents, devant collaborer d'une manière cohérente ; les néonatologues, pédiatres, puériculteur·trice·s, psychomotricien·ne·s, logopèdes, psychologues et (pédo)psychiatres. Le partenariat avec les soignants naturels du domicile renforce également les acteurs ponctuels. La collaboration renforcée entre ces différents acteurs crée une synergie et un réel soutien des familles.
Cependant, les **séjours en maternité** sont de plus en plus écourtés[28], ce qui ne laisse pas suffisamment de temps aux professionnels intra-muros (de maternité, de pédiatrie, de psychiatrie, ainsi que les psychologues disponibles dans l'hôpital) pour instaurer un cadre d'accompagnement et de soins.

[28] La moyenne pour l'OCDE est de 3 jours. En Europe le plus court séjour était de 1,6 jours en UK et la plus longue en Hongrie, de 5,2 jours. Depuis 2015, les hôpitaux doivent réduire la durée de séjour en maternité dans le but de réduire le coût des hospitalisations : 3 jours pour un accouchement par voie basse et 5 en cas de césarienne. Une étude des Mutualités Chrétiennes démontre qu'entre 2015 et 2019, les chiffres de réadmission à l'hôpital dans les 30 jours suivant la naissance, ont augmenté chez les mères (de 1,1 à 1,3%) et plus encore chez les enfants (de 4,8 à 5,9%).

Des puériculteur·trice·s formé·e·s à la périnatalité peuvent également intervenir, notamment dans le projet appelé APND (Aide Post-Natale à Domicile) qui a été proposé durant un temps à Liège, ou via le "*kraamzorg*", un service qui existe en Flandre et qui fournit un accompagnement à une nouvelle mère et à son bébé jusqu'aux 3 mois de l'enfant.

En Fédération Wallonie-Bruxelles, plusieurs professionnelles aux parcours variés, pratiquant différents métiers et provenant d'institutions très diverses se sont rassemblées pour créer le « Réseau Périnatal »[29], un réseau de soins en périnatalité ouvert à tous et toutes, tous territoires confondus, et qui vise à mettre en place une « co-construction » entre les professionnels de la périnatalité.

En cas de souffrance psychique, il existe peu de services spécialisés en Belgique permettant d'hospitaliser des femmes enceintes avec un suivi ciblé sur cette problématique. Elles sont souvent hospitalisées avec d'autres adultes, sans tenir compte de leur situation particulière qui engendre un fonctionnement psychique singulier, par rapport aux autres périodes de vie de l'adulte. Il existe quelques **unités mères-bébés** et unités parents-bébé, qui ne sont pas réparties de manière uniforme sur le territoire. Les équipes de terrain sont également insuffisantes par rapport aux besoins réels, ne disposent pas forcément de (pédo)psychiatre ni d'un nombre suffisant de professionnels de disciplines différentes pour fonctionner comme équipes spécialisées en périnatalogie et petite enfance. Pour intervenir à domicile auprès des mères ou des co-parents souffrant d'un trouble psychique, les équipes existantes peuvent aussi collaborer avec les équipes mobiles psychiatriques adultes.

7.3 Petite enfance : promotion de la santé et prévention primaire et secondaire

Au niveau des jeunes enfants, *l'ONE* (en FWB) et *Opgroeien* (en Flandre) sont les organismes de référence pour la prévention et la promotion de la santé des enfants, et sont notamment responsables d'assurer le bien-être et le bon développement du jeune enfant. Ces agences n'ont pas de rôle en termes de soins curatifs. Elles s'adressent à l'ensemble de la population, sous le principe d'accès universel et de gratuité.

7.3.1 Fédération Wallonie-Bruxelles : l'Office de la Naissance et de l'Enfance

L'ONE est l'organisme de référence en FWB pour toutes les questions relatives aux politiques de l'enfance, à la protection de l'enfant et de son ou ses (futurs) parents, à l'accompagnement médico-social de l'enfant et de son ou ses (futurs) parents et ce dès la période périnatale, à l'accueil de l'enfant en dehors de son milieu familial et au soutien à la parentalité. Par le biais de son programme « Naitre et grandir », *l'ONE* soutient les parents dès le début de la grossesse, jusqu'aux 6 ans de l'enfant, dans le cadre des consultations prénatales ou pour enfants. Diverses actions, consultations médicales préventives, entretien avec un PEP's, dépistages visuels, activités collectives, ateliers, conférences sont organisées.

L'ONE est également inscrit dans une collaboration sur la santé mentale, en partenariat avec les entités fédérées et le SPF Santé publique par le biais de la signature de la convention cadre du 16 juin 2022.

Par son rôle dans l'action préventive en santé mentale, *l'ONE* participe au repérage et à la détection précoce des problématiques, sans visée de diagnostic ou de dépistage systématique, mais toujours dans un souci d'accompagnement global.
La diversité des milieux d'action de *l'ONE* (consultations et plateformes prénatales, milieux d'accueil, consultations pour enfants, promotion de la santé à l'école, accueil temps libre) favorise une approche globale du développement de l'enfant et de sa famille.

[29] www.perinatal.be

L'ONE vise l'observation des problématiques et l'établissement d'une relation de confiance avec les familles. Les PEP's de *l'ONE* utilisent une grille d'observation du développement de l'enfant de 18 mois à 6 ans (voir en annexe 5). Le Guide de médecine préventive du nourrisson et du jeune enfant détaille quant à lui les objectifs, fréquences et attendus.
Le carnet de *l'ONE* mentionne également tout au long, à chaque âge de développement de l'enfant, des questions et/ou explications selon ce qu'il est attendu de l'enfant en fonction de son âge.
Dans la plupart des cas, cet accompagnement ne s'apparente pas à un travail d'intervention rapide sauf dans tous les cas où une intervention rapide est nécessaire car un risque ou un danger pour l'enfant a été détecté ou signalé.

Plusieurs actions sont mises en place au sein des différents départements et domaines d'activités de *l'ONE* (voir document "La santé mentale à *l'ONE* : référentiel de la prévention et de promotion de la santé mentale de l'enfant et de la famille"), notamment au niveau des enfants et des familles :

- consultations gratuites pour les enfants ;
- activités d'éducation à la santé (dispositifs de sensibilisation/formation à destination des professionnels de la petite enfance) ;
- activités de soutien à la parentalité ;
- visites à domicile par les PEP's ;
- interventions à domicile ou ambulatoires au sein des SAP, nouveau secteur agréé par *l'ONE* ;
- prévention de la maltraitance de l'enfant (équipes SOS Enfants et référents maltraitance) ;
- *ONE Adoption.*

Des équipes S.O.S. Enfants collaborent avec les PEP's de *l'ONE* également après la naissance afin de susciter une intervention auprès des familles repérées à risques. Elles interviennent aussi en maternité, néonatologie et pédiatrie de certains hôpitaux Bruxellois (CHU Saint Pierre, Erasme, Brugmann/HUDERF). Ces équipes interviennent aussi à la demande d'autres professionnels, tels que gynécologues, sages femmes, assistantes sociales, infirmier·ère·s et pédiatres.

Un repérage précoce suivi d'une évaluation rigoureuse en période post-natale[30] peut aussi indiquer un danger pour le bébé, nécessitant parfois une décision protectionnelle d'un juge de la Jeunesse/Service de la Protection de la Jeunesse (SPJ). Un signalement au Parquet famille est parfois nécessaire pour intervenir auprès de familles qui refusent un accompagnement car les risques sont soit ignorés, soit banalisés ou encore déniés. Cette évaluation constitue la mission d'une équipe SOS- Enfants.

7.3.2 Flandre : Opgroeien

L'Agence *Opgroeien* offre un continuum de soins, d'aide et de soutien. À cette fin, elle combine en Flandre et à Bruxelles les forces de *Kind en Gezin, Jeugdhulp* et une partie de l'Agence flamande pour les personnes handicapées. L'un des partenaires de l'Agence *Opgroeien* est le département des soins, en particulier le département des soins de première ligne et des soins spécialisés. Cela comprend les centres de réhabilitation ambulatoires, les centres de santé

[30] Durant la grossesse, un signalement au SAJ en cas de danger ou au Procureur en cas de danger grave n'est pas prévu par la loi (cfr « Vulnérabiltés prénatales, enjeux éthiques de la prévention : enquête de pratiques » de Mariang Ainaudi, Olivier Bernard, Sophie Tardieu dans Santé Publique 2019/3 (Vol.31) p347 à 355).

mentale, les centres de référence pour l'autisme qui sont également partenaires au sein des réseaux de soutien.

Opgroeien dispose de ses propres équipes (supra)locales de service et d'assistance. Le soutien va de l'aide familiale préventive à la garde d'enfants, en passant par le *Groeipakket*, le placement en famille d'accueil, l'adoption, l'aide à la jeunesse et la prise en charge des jeunes qui ont commis des infractions.

Jeugdhulp soutient les enfants, les jeunes et les familles en situation difficile qui ont besoin d'aide ou de soutien (même en cas de grossesse inquiétante). Les parents ou les jeunes peuvent entrer en contact avec le service eux-mêmes ou par le biais d'une orientation.

Le ***Groeipakket*** est un pilier de base de la politique intégrée, et un instrument important dans la lutte contre la pauvreté des enfants. *Opgroeien* s'assure que chaque enfant vivant en Flandre reçoive le *Groeipakket* auquel il a droit (y compris l'allocation de soins pour les enfants ayant des besoins spécifiques en matière d'accompagnement). *Opgroeien* est responsable de l'élaboration des politiques, de l'adaptation et de l'application du *Groeipakket*, ainsi que du développement et de la gestion d'une plateforme flamande d'échange de données qui servira de base au calcul et au suivi des indemnités.

Après la naissance, les enfants jusqu'à l'âge de 3 ans sont suivis à intervalles réguliers par ***Kind en Gezin*** lors de consultations. Ce service touche environ 180 000 familles par an. Les visites à domicile effectuées peu après la naissance sont suivies de consultations dans les centres de consultation. Pour les familles vulnérables, l'offre universelle est proportionnellement renforcée par un soutien supplémentaire sur mesure pour les enfants, les parents et les familles qui en ont besoin. Cette offre proportionnelle universelle met l'accent sur la prévention médicale, la lutte contre la pauvreté infantile, la prévention de la maltraitance des enfants ainsi que le soutien à la parentalité, à l'éducation et au développement (y compris le soutien à la santé mentale parent-enfant grâce, entre autres, à l'entretien Whooley, aux examens de développement Van Wiechen et au soutien à la régulation de l'enfant).

Une fois le bébé né, une visite à domicile est effectuée vers l'âge postpartum de 2 semaines, puis à 6 semaines. Lors de la visite des 6 semaines, le bien-être des parents et de l'enfant est abordé, et l'entretien ***Whooley*** est administré pour exclure une dépression postnatale. En cas de résultat positif, la mère est orientée vers le médecin traitant, et la famille est suivie de près par l'équipe multidisciplinaire de *Kind en Gezin*. S'il y a des obstacles à ce que la mère réponde à cette orientation, la situation est discutée en équipe interprofessionnelle, et une visite à domicile supplémentaire peut être planifiée pour aborder ces freins. Le psychopédagogue peut, dans ce cas, intervenir en équipe et/ou directement auprès de la famille pour garantir la réalisation de cette orientation. Le psychopédagogue peut également intervenir en cas de questions spécifiques (pleurs, sommeil, etc.). L'entretien *Whooley* est répété lors des consultations des 3 et 6 mois.

Chaque enfant a droit à au moins 10 consultations avec un médecin et/ou un infirmier entre l'âge de 4 semaines et 30 mois. Ces consultations, basées sur un programme scientifique, permettent de suivre la croissance et le développement, de réaliser des examens cliniques et d'administrer les vaccins de base. Ces consultations permettent également de répondre à toutes les questions des parents sur la santé, l'éducation, la sécurité et l'alimentation de leur enfant.

L'examen de **Van Wiechen** (voir en annexe 6) est systématiquement réalisé chez tous les bébés et tout-petits[31] pour suivre et discuter avec les parents du développement de l'enfant de

[31] Aux âges suivants : 4 semaines, 8 semaines, 12 semaines, 16 semaines, 6 mois, 9 mois, 12 mois, 15 mois, 24 mois et 30 mois.

manière standardisée, normée et uniforme. Cet examen fournit des informations sur la motricité fine, la motricité globale, l'adaptation, la personnalité, la communication et le comportement social de l'enfant. Il contribue à la détection précoce des problèmes ou troubles du développement et permet de justifier la nécessité d'examens complémentaires.

Lorsqu'une situation dangereuse se présente, *Opgroeien* essaie autant que possible d'éviter un placement drastique des enfants et des jeunes et de favoriser un développement en toute sécurité dans le propre environnement de l'enfant.
Grâce au projet « Grandir en sécurité dès la naissance », les professionnels peuvent établir un partenariat avec *Opgroeien* (*Kind en Gezin* et les centres de soutien à l'aide à la jeunesse) dès la grossesse. La famille et son réseau peuvent ainsi être guidés, dans le but que le bébé se développe en toute sécurité et grandisse entouré dans son propre environnement.
Le projet « Grandir en sécurité et entouré depuis le ventre de sa mère » se concentre d'abord sur la région du Limbourg. L'objectif est d'étendre le projet à d'autres régions de Flandre.

Opgroeien reconnait et finance également les « *Huizen van het Kind* », qui permettent de soutenir les familles et les enfants le plus près possible de leur environnement, via une collaboration entre organisations qui offrent un soutien dans le domaine de la garde d'enfants, des soins de santé, des activités de loisirs, de l'aide aux parents, des ateliers etc. Les (futurs) parents d'enfants et de jeunes jusqu'à 25 ans et les enfants jusqu'à 12 ans peuvent s'y rendre pour tout ce qui concerne la croissance et l'éducation.

Le « *Jeugdgezondheidszorg* » (JGZ) concerne une partie des soins de santé qui se concentre sur les enfants et les adolescent·e·s de -9 mois (conception) à 25 ans. Les JGZ se concentrent sur la surveillance, la protection et la promotion de la santé individuelle et collective, du développement des enfants et des jeunes, sur le plan physique, cognitif et socio-émotionnel. Il s'agit d'un service public gratuit et socialement garanti qui se concentre sur la prévention ainsi que sur le fonctionnement et la participation sociale des enfants et des jeunes (et non sur les soins).

7.3.3 Rôle des professionnels de la santé

Les professionnels de santé impliqués dans l'accompagnement des jeunes enfants (médecins, psychologues, logopèdes, infirmier·ère·s, éducateur·rice·s, kinésithérapeutes, psychomotricien·ne·s…) devraient tous pouvoir identifier les problématiques développementales de manière précoce, sur base des directives existantes en la matière (voir les signes d'alerte développés plus haut), de grilles de référence et d'outils validés. Ceux-ci devraient donc être connus de toutes les professions médicales, paramédicales et éducatives. Un aperçu des cours relatifs à la santé mentale des jeunes enfants dans les formations de ces différents professionnels, au sein de certaines Universités et Hautes Ecoles de Fédération Wallonie-Bruxelles (voir détails en annexe 10) a permis de mettre en évidence que l'enseignement dispensé dans ces différentes formations, permettant de repérer les enfants avant l'âge de 5 ans ayant un TND, est très hétéroclite et semble insuffisant. Il en résulte que les médecins, en cas de retard dans le développement du langage par exemple, vont parfois vouloir rassurer les patients en leur disant d'attendre pour voir l'évolution, alors qu'une intervention est nécessaire si un enfant de 2 ans ne parle pas.

En Flandre, le projet *Kindreflex*[32] encourage les professionnels à avoir une conversation avec leurs clients/patients adultes sur le thème de la parentalité. Le *Kindreflex* aide les professionnels à détecter les situations familiales inquiétantes et à rétablir la sécurité le plus rapidement possible. Concrètement, il s'agit d'apprendre aux soignants adultes (psychiatriques mais aussi d'autres soignants curatifs comme les médecins généralistes, entre

[32] https://kindreflex.be/

autres) le " réflexe " de vérifier s'il y a des enfants dans la famille et quel est l'effet possible de la pathologie du parent sur la sécurité (mentale) de l'enfant.

7.4 Prévention tertiaire (interventions précoces)

En cas d'identification (risque ou suspicion) d'un trouble complexe du développement neurologique ou d'un besoin grave de soins psychologiques chez les jeunes enfants, il devrait être possible de faire appel sans tarder à des services de santé mentale spécialisés dans le diagnostic et le traitement de ces troubles (y compris dans le cadre de la prévention secondaire).
Cependant, de manière générale les moyens dédiés aux jeunes enfants sont nettement insuffisants par rapport aux besoins.

7.4.1 Initiatives fédérales

Depuis la réforme fédérale lancée en 2014, les soins de santé mentale pour enfants et adolescents (SMEA) sont organisés en réseaux intersectoriels d'aide et de soins en santé mentale. En 2015, onze **réseaux SMEA** ont été créés sur les 11 territoires provinciaux du pays. Cet effort a permis une meilleure organisation et un travail plus collaboratif et intersectoriel entre les acteurs de terrain, notamment via la mise en place de groupes de coordination, des postes d'agents de liaison et des équipes mobiles. Cela a dynamisé l'organisation de l'aide pour les personnes en souffrance et déjà repérées comme vulnérables. Certains de ces réseaux ont par ailleurs des sous-axes ou des groupes de travail dédiés à la périnatalité.

Les **circuits** sont des structures de concertation et de coordination mises en place souvent à l'échelle des provinces pour organiser certaines filières de soins spécifiques, en particulier dans le domaine de la santé mentale et du handicap. Ils permettent une répartition plus efficace des moyens disponibles, une meilleure connaissance des offres de services dans chaque territoire, et la mise en place de partenariats entre acteurs. Ces circuits facilitent également le lien entre les niveaux local, provincial et régional dans la planification des soins.

Au niveau fédéral, la convention de **soins psychologique de première ligne**[33] facilite également l'accès aux soins psychologiques de première ligne. La nouvelle convention accorde une attention particulière aux familles vulnérables, via notamment un travail d'accroche. Le financement est réparti en fonction de la réalité de terrain, et les soins sont organisés selon deux catégories d'âges (enfants et adolescents d'une part, et adultes d'autre part), sur base de trois fonctions : interventions communautaires, soutien psychologique et traitement psychologique.

À l'heure actuelle, trop de soins et d'aides destinés aux enfants ayant des besoins particuliers et à leurs familles restent cependant insuffisamment accessibles[34] ou leur offre est fragmentée, ce qui rend la continuité des soins difficile à assurer. L'organisation de **soins intégrés**, avec l'enfant au centre, peut apporter une réponse à ce problème[35]. Le SPF Santé publique définit les soins intégrés comme des soins dans lesquels les services de santé sont organisés de telle sorte que le patient bénéficie d'une continuité de soins tout au long de la prestation de soins en termes de promotion de la santé, de prévention, de diagnostic, de traitement, de gestion de la maladie, de rétablissement et de services palliatifs. Cette approche va bien au-delà des soins de santé, puisqu'elle implique les prestataires de soins, les soignants et l'environnement de la personne. La personne est impliquée en tant que partenaire dans son processus de soins. Ces derniers se doivent d'être en phase avec ses besoins biopsychosociaux. Un plan interfédéral de soins intégrés a été lancé fin 2023 par les différents

[33] Dispenser des soins psychologiques de première ligne via un réseau de santé mentale | INAMI (fgov.be)
[34] https://www.statengeneraalggz.be/wp-content/uploads/2022/10/Short-Report-omgaan-met-wachttijden_Def.pdf
[35] WHO, https://www.who.int/health-topics/integrated-people-centered-care#tab=tab_1

ministres compétents dans le domaine de la santé en Belgique. Le programme « Soins et accompagnement des femmes enceintes, des enfants et de la famille qui les entoure lors des premiers 1 000 jours » est le premier des 3 programmes interfédéraux, qui résulte du plan interfédéral soins intégrés. Son objectif est d'assurer aux femmes enceintes vulnérables un accès effectif aux soins et à un accompagnement pendant les 1 000 premiers jours. Les soins fournis seront intégrés, continus et adaptés aux besoins (selon le principe de l'universalisme proportionné) de la femme enceinte, des enfants et de la famille. Dans un premier temps, le programme se concentre sur les femmes enceintes présentant des vulnérabilités psychosociales. L'objectif à long terme est d'élargir le groupe cible à toutes les femmes enceintes ou mères, leurs enfants et à toutes les familles pendant les 1 000 premiers jours, afin d'offrir des soins holistiques et un soutien sur mesure.

7.4.2 Initiatives régionales

Au niveau de la Région Wallonne, l'Agence pour une Vie de Qualité met en place un dispositif **Proxisanté** allant dans le sens de la création d'une première ligne d'accompagnement et de soins organisée sur base de territoires. Le dispositif Proxisanté a abouti à une proposition de décret relatif à l'organisation de la première ligne d'accompagnement et de soins, adopté en séance plénière du Parlement wallon le 24 avril 2024[36]. Dans ce cadre, les **organisations locorégionales de santé** (OLS) seront définies et intégreront les prestataires d'accompagnement et de soins de première ligne. Ce modèle vise à regrouper, dans des territoires cohérents, les acteurs de la santé, de l'aide sociale et du secteur médico-social pour favoriser la continuité des parcours de soins et une meilleure coordination entre niveaux d'intervention. Les OLS devraient constituer des entités de gouvernance pluridisciplinaires chargées d'organiser la réponse aux besoins de la population dans une logique territoriale, en lien avec les autorités publiques.

En Flandre, la politique des soins est coordonnée par le Département « *Zorg* » et plus particulièrement par sa division des « soins primaires et spécialisés ». Cette division se concentre sur le soutien aux professions de la santé de première ligne et la réorganisation des soins de première ligne, et est également responsable de la mise en œuvre de la politique en matière de soins de santé mentale spécialisés.
Les soins de première ligne en Flandre visent à offrir des soins de santé et de bien-être accessibles, efficaces et de qualité, et centrés sur la personne. Pour répondre aux besoins complexes, une collaboration intégrée est encouragée entre tous les acteurs concernés, y compris les soins spécialisés en santé mentale.
Cette approche est organisée territorialement sur deux niveaux complémentaires :

- les ***Eerstelijnszones*** (Zones de Première Ligne, ZPL) sont des territoires de coordination regroupant les acteurs de la première ligne de soins et d'aide (médecins généralistes, infirmier·ère·s, services sociaux, etc.) et constituent l'unité de base de la planification et de la coordination locale des soins. La région flamande compte environ 60 ZPL. Chaque ZPL est gérée par un "*zorgraad*" (conseil de soins), qui regroupe des représentants des prestataires de soins, des autorités locales, du secteur social et des usagers. Le *zorgraad* est chargé de la gouvernance locale, de la concertation intersectorielle et de la coordination des actions de santé et de bien-être sur le territoire de la zone.
- les ***Zorgregio's***, qui sont des régions de soins plus larges, englobant plusieurs Eerstelijnszones. Elles servent de cadre pour la planification stratégique et l'organisation des soins de deuxième ligne, notamment hospitaliers. Les *Zorgregio's* permettent de mieux articuler les politiques de soins spécialisées avec les dynamiques locales de première ligne.

[36] 1673_3.pdf (parlement-wallon.be

Le *VIVEL* (*Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn*) joue un rôle clé en tant que centre de connaissance et organisation de soutien pour les "*zorgraden*" et les prestataires de soins. Il les aide à répondre de manière efficace et ciblée aux besoins des personnes vulnérables et de leur entourage. Les initiatives sont aussi soutenues par des outils numériques tels que Alivia, qui facilitent la concertation et le partage d'informations.
En outre, le Département *Zorg* s'engage à reconnaître les réseaux de santé mentale et à faire collaborer les établissements au sein de ces réseaux pour garantir la continuité des soins et placer le bien-être de l'usager au centre des préoccupations.

Le décret pour une politique intégrée de la famille et de la jeunesse (appelé "*Decreet Vroeg en nabij*")[37] vise aussi à rationaliser les soins et le soutien aux enfants, aux jeunes et aux familles afin de les rendre plus intégrés, plus efficaces, plus ciblés et de meilleure qualité, notamment via les projets pilotes '*Zorg en Ondersteuning'* en '*Vroegdiagnostiek*", développés par l'agence *Opgroeien*, le département « *Zorg* » et sa division des « soins primaires et spécialisés » et l'agence flamande pour les personnes handicapées, en collaboration avec de nombreux partenaires.

A Bruxelles, le Plan Social Santé Intégré vise à donner les moyens organisationnels et législatifs aux acteurs de terrain pour se coordonner plus efficacement autour et avec l'usager afin d'assurer un accompagnement de qualité, global et continu qui tienne compte de ses besoins tout au long de la vie.

Dans chaque région, certains **services de santé mentale** proposent une offre spécifique pour les 0-5 ans, mais cette offre est très variable selon les territoires, avec des disparités en termes d'accessibilité géographique et de ressources humaines disponibles.

Les 8 **centres de référence en autisme** (CRA), qui étaient subventionnés par l'INAMI depuis 2005, sont désormais à charge des entités fédérées. Leurs missions sont d'une part de réaliser un diagnostic approfondi, et d'autre part d'établir un programme de coordination pour les enfants, adolescents et adultes ayant le diagnostic de trouble envahissant du développement.
Les CRA permettent d'établir un diagnostic en cas de suspicion de trouble envahissant du développement : afin de ne pas encombrer inutilement ces centres, il est donc important qu'il y ait eu un dépistage en amont avec des outils suffisamment spécifiques. Ces centres font face actuellement à de longs délais d'attente, ce qui induit une perte de temps considérable à l'aide qui pourrait être apportée aux enfants (dont le diagnostic doit être posé par un CRA pour avoir accès à un certain type de prise en charge). Pour faire face à ce problème, on pourrait s'inspirer de la France, où ce sont les services et cliniciens de deuxième ligne qui posent le diagnostic de TSA. Les CRA ne voient que les enfants dont le tableau clinique est complexe, pour lesquels les cliniciens de deuxième ligne n'ont pu se prononcer ou pour réaliser des diagnostics différentiels des TSA.

En Flandre, les ***Centra voor Ontwikkelingsstoornissen*** (centres pour troubles du développement - COS) jouent également un rôle clé dans la détection, le diagnostic et l'orientation des enfants présentant des troubles du développement. Ces centres, répartis sur le territoire flamand, collaborent avec les familles et les services de première et deuxième ligne pour établir un bilan multidisciplinaire précoce et proposer un plan d'intervention adapté. Ils visent ainsi à prévenir les retards de diagnostic et à orienter plus rapidement les enfants vers les services appropriés, y compris les CRA dans les cas les plus complexes.

A la demande du gouvernement flamand et avec l'aide d'acteurs professionnels et informels en Flandre et à Bruxelles, la Fondation Roi Baudouin a mis en place et coordonne un projet de trois ans *(OverHoop)* sur la sensibilisation, la prévention et l'intervention auprès de parents ayant vécu des expériences négatives de la petite enfance. Ce projet vise à renforcer la

[37] Kaderdecreet | Vroeg en nabij

prévention et l'approche des traumatismes développementaux et des événements dramatiques qui les précèdent. *OverHoop* souhaite offrir aux acteurs de première ligne une base pour travailler eux-mêmes sur les traumatismes développementaux, de la prévention à la guérison, grâce à une coopération ciblée et à des méthodes et interventions efficaces.

7.5 Enseignement

En FWB, la Promotion de la santé à l'école (PSE) prévoit des bilans de santé obligatoires en 1ère et 3ème maternelles, et un bilan de développement neuromoteur pour tous les enfants de 3ème maternelle, complété d'une concertation spécifique et obligatoire avec le centre PMS partenaire. Ces examens menés par les médecins scolaires sont l'occasion de repérer des fragilités, en complémentarité avec le regard des enseignantes, et d'orienter vers les services PMS éventuellement. Ils sont prévus dans l'AGCF de 2002 (mise à jour en cours dans le cadre du nouveau Décret PSE de 2019).

En Flandre, après la dernière consultation chez *Kind en Gezin*, à l'âge de 30 mois, le rapport de l'enfant sur Vitalink devient accessible pour le CLB (*Kindrapport | Kind en Gezin*).
La consultation de l'enfant en maternelle organisée par le CLB pour les enfants de trois ans est planifiée de manière à permettre la présence des parents dans toute la mesure du possible. Cela offre à tous les parents l'opportunité de partager avec le professionnel du CLB leurs connaissances, questions ou préoccupations concernant la santé, le développement et l'éducation de leur jeune enfant.
Pour cette consultation, les repères sont d'une part les lignes directrices de la VWVJ pour l'évaluation de l'audition, de la vision, de la croissance, de la santé bucco-dentaire et du statut vaccinal. D'autre part, l'outil **SPARK36** fournit un guide structuré pour orienter l'entretien et identifier les besoins de soutien des parents en matière d'éducation et de développement de leur jeune enfant.
Il n'y a pas d'examen clinique mené par le médecin du CLB en maternelle.

Cependant, on peut supposer qu'avant l'âge de l'obligation scolaire, une partie des enfants qui ont des difficultés restent à la maison au lieu de fréquenter l'école maternelle (parce que les parents n'ont pas les ressources pour les emmener, ou parce qu'ils ont déjà été exclus du système). Une obligation scolaire à 3 ans (comme en France notamment) permettrait, outre les objectifs préscolaires et de socialisation, de repérer les enfants qui présentent des signes de mal-être ou d'entraves/retards de développement.

Il existe par ailleurs dans certaines régions des projets visant à favoriser le bien-être des enfants (par exemple *Krachtboom, Geluk in de klas*, ou les campagne de promotion de la santé mentale par les CLB en Flandre, et le projet « *Be cool @school* » dans la Province de Liège, avec les outils Tip Top start et Tip top Kids destinés aux PMS, enseignants et aux parents[38]) ; et l'apprentissage de compétences relationnelles (par exemple la Clinique de Consultations et de Formations (CPLU) de l'Université de Liège, qui fait de la prévention primaire sur le stress et l'anxiété (information, relaxation, expos, jeux de table). SITU Action développe aussi des outils de prévention primaire pour les AMO, les futurs professionnels sur le genre, le harcèlement scolaire.

Les écoles de l'enseignement spécialisé disposent quant à elles de plus d'outils mais ne disposent pas de ressources thérapeutiques spécifiques suffisantes pour les enfants souffrant de TND, de TSA ou exposés à des ACE. Celles-ci collaborent quand c'est possible et au cas par cas, avec les hôpitaux de jour pour enfants pour lesquels il y a de longues listes d'attente de préadmission.

[38] https://www.provincedeliege.be/fr/becool : Au niveau de la maternelle, l'offre se décline en quelques thématiques phares : l'identification et l'expression des émotions, le respect de soi et des autres, la communication non violente et la gestion des conflits, l'empathie, l'estime de soi, la coopération, l'alimentation saine et l'activité physique.

IV CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

La recherche scientifique montre que tout investissement dans la période de la petite enfance bénéficie non seulement au développement de l'enfant, mais également à l'ensemble de la société (réduction des coûts liés aux problèmes de santé (mentale), d'inactivité professionnelle ou de criminalité). Investir dans la santé mentale des jeunes enfants constitue un choix éthique, pragmatique et sociétal. Pour que chaque enfant bénéficie d'un environnement stable, soutenant et inclusif propice à son développement, le CSS fait une série de recommandations[39], qui s'appuient sur une approche populationnelle intégrant la littératie en santé, l'universalisme proportionné et le parcours de vie, tout en soulignant la responsabilité collective envers les mères, les co-parents et les enfants.
Un enjeu majeur est de sortir du morcellement des interventions, problématique en Belgique. Ces recommandations ne pourront donc montrer leur plein impact que si elles sont adoptées dans leur globalité et coordonnées entre les différents acteurs et niveaux de pouvoir. Pour cela, l'annexe 1 présente de manière synthétique ces recommandations, dans un tableau récapitulatif des différentes interventions, par période, acteur concerné et public auquel elles sont adressées.

1 Approche de santé publique et stratégie nationale intégrée.

Les actions qui ont le plus d'impact et permettent le plus d'économie sont les **actions de prévention,** qui réduisent les besoins d'aide et de soutien. Par ailleurs, le développement et le bien-être de l'enfant sont étroitement liés à son environnement, et l'engagement en faveur de la santé mentale des enfants ne peut donc être dissocié **du soutien à l'environnement** dans lequel ils grandissent.
Pour faire face aux défis de la petite enfance, il faut donc d'abord une implication de tous les niveaux de pouvoir et de tous les domaines de compétence pour mettre en œuvre une stratégie nationale intégrée visant à :

- offrir un accès universel à un **environnement sain** et à un **niveau socioéconomique suffisant** pour permettre une éducation de qualité, une stimulation cognitive et affective appropriée, un accès aux espaces verts et à une alimentation saine, un accès au jeu, aux loisirs, à la culture, aux activités sportives, et à des possibilités d'interaction avec les pairs ;
- **réduire les inégalités** en priorisant les investissements dans les zones défavorisées et en renforçant les ressources pour les populations vulnérables et les mécanismes d'accompagnement pour les familles confrontées à des défis psycho-sociaux complexes, avec un accès prioritaire aux services de soutien ;
- créer une **société sûre** (y compris au sein des familles) afin de réduire les risques d'expériences négatives dans l'enfance ;
- **sensibiliser** la population aux enjeux de la parentalité (via divers canaux : médias, réseaux sociaux, cabinets médicaux, lieux de rencontre, enseignement…) et offrir un accès équitable à l'information pendant la grossesse et après la naissance (informer sur l'importance des 1 000 premiers jours, les impacts des violences intrafamiliales, l'usage des écrans …) ;
- **harmoniser les compétences** et faciliter la coopération entre les niveaux fédéraux, régionaux et communautaires et entre secteurs (social, santé) pour réduire les doublons et assurer la continuité des soins ;
- inclure la **participation des usagers** (parents et enfants) dans la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques ;
- **renforcer les structures existantes** et augmenter les budgets alloués à la santé mentale périnatale et infantile pour assurer un maillage territorial suffisant ;

[39] Ces recommandations visent une situation idéale qui devrait exister dans toute la Belgique. Puisque certaines compétences sont exercées à un niveau communautaire ou régional, il se peut que certaines d'entre elles soient déjà (partiellement) mises en œuvre dans certaines parties du pays.

- **renforcer la formation** de base et continue concernant la périnatalité et les jeunes enfants **de tous les professionnels concernés** (gynécologues, sage femmes, psychologues, médecins, puériculteurs…), avec éventuellement un système d'accréditation. Il est en effet essentiel que tous les professionnels en contact avec la femme enceinte et le jeune enfant aient un accès aisé aux informations les plus récentes, notamment sur les **signes d'alerte** de souffrance psychique ou d'anomalies du développement, et sur la manière de communiquer de manière adéquate à ce sujet ;
- **valoriser le travail** des professionnels de la petite enfance de manière à ce que ces professions soient plus attractives et que davantage de soignants et d'intervenants s'y engagent ;
- **créer un baromètre national** pour suivre l'évolution des indicateurs de santé mentale des jeunes enfants.

2 Soutien précoce et adapté

Des interventions préventives et curatives seront également nécessaires, dans un contexte social qui n'est pas (encore) optimisé. En outre, un nombre limité d'enfants et de familles auront besoin d'interventions de santé mentale indépendamment de l'état du contexte sociétal, par exemple en cas de vulnérabilité biologique importante, maladies précoces, troubles du développement, etc.

En cas de besoin, il faut offrir un soutien précoce et adapté à ces enfants et familles en difficulté qui se fasse :

- de **manière continue** de la conception à 5 ans (c'est-à-dire sans interruption due au changement de professionnels ou aux listes d'attente), avec un accompagnement aux transitions clés du développement des enfants pour répondre à leurs besoins spécifiques ;
- le plus **tôt** possible, et le plus **rapidement** possible afin de limiter au maximum les conséquences à long terme.

2.1 Organisation intégrée et continuité des soins

La continuité des soins sera favorisée par une **organisation intégrée des soins**, adaptée aux besoins de l'enfant, de sa famille et du contexte plus large, au-delà des lignes d'intervention mais aussi des secteurs.
Celle-ci peut être mise en place via la constitution de **réseaux de soins gradués**, qui seront basés sur les réseaux existants[40] et accorderont des moyens spécifiques au public cible de la périnatalité et de la petite enfance, sur le principe d'universalisme proportionné. Ils viseront à :

1. Déstigmatiser et soutenir la parentalité :
   - mettre en œuvre des actions communautaires afin de déstigmatiser la demande d'aide et légitimer le besoin d'être soutenu ;
   - soutenir la parentalité en apportant de l'information et en garantissant une disponibilité en cas de questions (permanences encadrées par des professionnels tels que sage-femmes, assistants sociaux, puériculteur·trice·s, psychologues, etc.).

2. Faciliter l'accès et la continuité des soins :
   - Garantir des **points d'accès simplifiés** pour les familles, par exemple en s'appuyant sur les structures locales existantes (bibliothèque, consultations O*NE*

[40] Comme les ZPL ou les *Zorgregios* en Flandre, le projet d'OLS en Wallonie, les circuits de soins, les plateformes de concertation ou encore les réseaux « santé mentale » ; ou sur le modèle du nouveau programme de soins intégrés « Soins et accompagnement des femmes enceintes, des enfants et de la famille qui les entoure lors des premiers 1000 jours »[40], qui vise à fournir ces soins intégrés, continus et adaptés aux besoins de la femme enceinte.

/Kind en Gezin, *Huizen van het Kind,* …) et en intégrant dans celles-ci une offre d'aide et de soins ;
- Favoriser la **continuité des professionnels** qui accompagnent les familles, et une collaboration fluide, y compris avec les soignants naturels du domicile (référents ou « agents de liaison », comme par exemple les professionnels ayant suivi la grossesse, qui pourraient ensuite accompagner les familles après la naissance pour faire le lien avec les autres professionnels ; le médecin généraliste peut aussi jouer ce rôle de pivot du suivi longitudinal et devrait avoir les moyens et la formation nécessaire pour réaliser cette tâche) ;
- Faciliter les **orientations** lorsque des problèmes sont repérés ou dépistés par la ligne 0 ou la première ligne : via des centres de soins multidisciplinaires (sur le modèle des COS en Flandre), ou, à défaut, via l'élaboration de directives claires d'orientation en fonction du problème identifié ;
- Prévoir de manière structurelle des **procédures d'urgence pour protéger** un enfant dès qu'un danger est détecté (par exemple : un numéro d'appel unique pour pouvoir répondre rapidement aux situations de crise[41]).

3. Favoriser la collaboration entre professionnels :
   - Renforcer les **initiatives de collaboration**, par exemple entre psychologues de première ligne et consultations *ONE/Kind en Gezin*;
   - Valoriser financièrement le travail en réseau (**financement** du temps de concertation, et lorsque des professionnels changent de ligne de soins ou de secteur : par ex. consultations de pédopsychiatrie à l'école ou à domicile, consultation de la fratrie) ;
   - Mettre à disposition des **moyens de communication** et des règles éthiques et médico-légales appropriées (p.e. une extension interprofessionnelle du secret professionnel, dossier médical partagé).

4. Renforcer l'expertise et la réponse aux situations complexes :
   - Intégrer de manière structurelle **l'expertise en périnatalité** dans les services (services de santé mentale par exemple) ;
   - Prévoir des moyens d'accompagnement suffisamment accessibles pour les familles chez qui un risque élevé a été constaté, par exemple des **équipes mobiles** en psychiatrie périnatale, qui aident à supprimer certains freins à l'accès aux soins et favorisent la continuité au niveau des soignants qui accompagnent (équipes multidisciplinaires qui interviennent rapidement auprès des familles vulnérables ou en crise, avec un suivi personnalisé, en offrant des visites à domicile mais également un accompagnement lors de visites en hôpital par exemple ; via un travail en binôme) ;
   - Développer sur tout le territoire des **services spécifiques** pour accompagner les familles confrontées à des défis majeurs (troubles neurodéveloppementaux, troubles psychiatriques parentaux, etc.), et notamment garantir un nombre minimum de lits en unités psy parents-bébé, avec présence de psychologues pour les bébés (financement suffisant pour hospitaliser les deux)[42] et prise en compte de la place du co-parent.

Pour opérationnaliser ces missions, l'idéal serait de développer des **endroits physiques accessibles gratuitement** (par exemple, sur le modèle des « *Huis van het kind* » existant dans certaines communes en Flandre) qui serviraient de points d'ancrage territoriaux des réseaux.

[41] Comme les « *crisismeldpunten* » existant en Flandre : Crisismeldpunten | Opgroeien
[42] Selon le parcours de soins psychiques conjoints coordonnés gradués intégrés en périnatalité proposé par Alan Grégoire, il faudrait 2 à 3 lits pour 10 000 naissances si les niveaux inférieurs du parcours sont remplis et disponibles.

Ainsi, ces « maisons de partenariat en périnatalité »[43] serviraient à ce que les (futurs) parents trouvent facilement des informations et de l'aide quel que soit le besoin, en intégrant les différentes lignes de soins (de la ligne 0, jusqu'à la 3ème ligne), ce qui favorise également les rencontres et les collaborations entre professionnels et garantit la continuité et la coordination des soins. Ces endroits doivent être spécifiques pour la périnatalité, mais en étant attentifs à garantir une continuité avec l'offre pour les enfants plus âgés. Les usagers doivent être associés à la gouvernance et à l'évaluation des services.
Ils pourraient notamment proposer des actions communautaires pour déstigmatiser et faciliter l'accès, des consultations de sages-femmes pour créer un contact avec les futurs parents dès la grossesse, des consultations gratuites pour les nouveaux nés (*de type ONE/Kind en Gezin*), pour faciliter l'accès via cette offre bien connue, une coordination du travail en cas de repérage de difficultés, un accompagnement par des équipes mobiles.
Tous les membres de l'équipe devraient être outillés par une formation spécifique de périnatalogie et petite enfance permettant à la fois de diagnostiquer une dépression et/ou décompensation parentale, un trouble de la relation parent-enfant ou un retard de développement chez le jeune enfant.

2.2 Interventions précoces

Pour pouvoir agir le plus tôt possible, il faut intervenir auprès des familles avant la conception, et ensuite proposer des interventions précoces tout au long de la grossesse et après la naissance.

2.2.1 Période prénatale

La santé mentale et physique des parents, dès la grossesse, influence le développement de l'enfant. Un soutien systématique à tous les (futurs) parents est donc essentiel. Le repérage précoce des situations à risque nécessite que le plus grand nombre possible de femmes enceintes et de familles soient vues par des professionnels de ligne 0 ou 1ère ligne, que les professionnels concernés (centre d'aide sociale, médecin généraliste, sage-femme, gynécologue, etc.) soient formés pour identifier les signes préoccupants, et qu'ils puissent intervenir de manière appropriée (suivi plus étroit, conseils personnalisés, appel à d'autres professionnels du réseau…). Ils doivent bénéficier non seulement des compétences nécessaires, mais aussi d'un mandat clair et d'une responsabilité reconnue pour assurer cet accompagnement.

Le CSS recommande donc que chaque femme enceinte bénéficie d'un suivi prénatal professionnel (gynécologue, sage-femme), en présence du co-parent, et que toute détresse psychologique puisse être identifiée lors de ces entretiens prénataux précoces, tant chez la mère que chez le co-parent. Pour cela, il faut prévoir :

- Des consultations de **« conseil prénatal personnalisé** » : inclure deux consultations clés au début de la grossesse et au troisième trimestre pour détecter les fragilités familiales psycho-sociales, matérielles, nutritionnelles et établir un plan de soutien adapté. Ces entretiens doivent inclure la participation active des parents dans l'élaboration de plans de suivi et aborder les risques psycho-sociaux spécifiques.
- **Un soutien inclusif des co-parents** : proposer des interventions prénatales adaptées aux besoins psychologiques des co-parents, incluant leur implication dans les consultations prénatales.

[43] Un nom facile à comprendre et à retenir devrait être choisi pour ces maisons, comme par exemple : « maison du tout petit et de ses parents ».

- **Un dépistage systématique de la dépression prénatale** : mettre en œuvre des outils standardisés pour identifier les risques psychiques et organiser des interventions préventives[44].

2.2.2 Accouchement et période périnatale

De même, juste avant, pendant, et lors du suivi obstétrique après l'accouchement, il faut savoir reconnaître les signes inhabituels et y prêter attention. La grossesse et le conseil périnatal impliquent généralement plusieurs professionnels (y compris le médecin généraliste, qui connait l'histoire familiale) qui devraient travailler en réseau autour de la femme enceinte, de l'enfant et de la famille.

Le CSS recommande pour cela :

- **une prolongation des séjours en maternité** lorsque c'est nécessaire pour évaluer les interactions parents-enfant, en intégrant une observation systématique des relations familiales ;
- **un soutien à l'allaitement** : fournir des ressources éducatives et des infrastructures adaptées pour accompagner les mères dans leur choix d'allaitement (ou de ne pas allaiter) ;
- **un soutien postnatal renforcé** : proposer des consultations postnatales à domicile dans les premières semaines après la naissance, en incluant une évaluation des besoins psycho-sociaux. Tous les parents doivent pouvoir bénéficier de contacts professionnels à domicile dans la semaine du retour après l'accouchement. En particulier, le CSS recommande d'élargir le suivi postnatal à certaines situations qui n'en bénéficient pas actuellement, telles que les situations de prématurité de plus de 32 semaines, les naissances par césarienne en urgence ou accouchement traumatique, les séjours prolongés en maternité et les nouveau-nés hospitalisés en néonatologie, et les nouveaux -nés porteurs d'un handicap. Il s'agirait d'offrir au moins deux consultations entre 0 et 3 mois (pédiatre + paramédicaux), intégrant une évaluation comportementale du nourrisson et un dépistage parental ;
- **un dépistage des risques psychiques, comme la dépression post-partum** :
  - intégrer des questions validées dans les suivis postnataux pour détecter et traiter précocement les troubles psychiques des mères,
  - et s'assurer que tous les professionnels de la santé qui ont un contact avec une mère ou un co-parent dans l'année qui suit la naissance d'un enfant soient en mesure de repérer les situations de détresse psychologique ;
- **un accompagnement des naissances à risque** : inclure dans les réseaux un soutien spécialisé aux parents confrontés à des situations telles que prématurité, handicap ou deuil périnatal.

2.2.3 Petite enfance

Après la naissance, il est important de **soutenir les parents** pour favoriser le lien parent-enfant et réduire les facteurs de stress **:**

- garantir l'accessibilité des services de garde : continuité entre la fin des congés parentaux et l'entrée en crèche, coûts proportionnés aux revenus familiaux, crèches inclusives suffisamment encadrées ;
- fournir davantage de lieux d'accueil parents-enfants, permettant la socialisation et l'interaction dans des environnements sûrs et inclusifs[45] ;

[44] Par exemple en utilisant les 2 questions de l'entretien de Whooley : *Au cours du mois dernier, vous êtes-vous souvent sentie€ abattu€, déprimé€ ou désepéré€ ou sans espoir ? Au cours du mois écoulé, avez-vous souvent été gêné€ par le fait d'avoir peu d'intérêt ou de plaisir à faire des choses ?*, ainsi que les 2 items de l'échelle GAD-2 comme recommandé par NICE.

[45] Comme il en existe déjà, soutenus par l'ONE (https ://www.one.be/public/1-3-ans/vie-de-famille-environnement/lieux-de-rencontre-enfants-parents/) ou par Opgroeien (https ://www.opgroeien.be/kennis/databank-kwaliteitsvolle-praktijken/spel-en-ontmoeting).

- offrir des programmes de soutien à la parentalité, visant à valoriser et améliorer les compétences relationnelles et éducatives ;
- garantir un accès à l'information (notamment concernant le système de soins et la parentalité).

Il faut également garantir un **repérage** (relever l'absence de comportements attendus à certaines étapes du développement ou la présence de comportements qui divergent d'une trajectoire développementale normative, de troubles du comportement ou de régressions), en l'intégrant au maximum dans la communauté et les soins primaires de routine, avec une attention particulière aux familles en situation de vulnérabilité. Pour cela, il faudrait :

- prévoir l'obligation scolaire dès 3 ans pour favoriser le développement ainsi que le repérage et le suivi de tous les enfants,
- garantir la formation de tous les professionnels en contact avec des jeunes enfants, de la ligne 0 (centre d'aide sociale et d'aide à la famille, consultations *ONE/Kind en Gezin*, *Huizen van het kind*, crèches, écoles) et de la 1ère ligne de soins (médecins généralistes, pédiatres) ;
- mettre à disposition des outils permettant d'étayer les observations libres :
    - Pour le développement général : mettre à disposition des **grilles de repérage**, en s'inspirant par exemple de celle de la HAS, du site *Wegwijzer ontwikkelingszorgen* ou de l'enquête Van Wiechen ;
    - Pour le bien-être : intégrer l'**ADBB** dans les consultations pédiatriques pour détecter précocement les signes de détresse chez le nourrisson et intervenir rapidement.
      Le contexte relationnel dans lequel s'inscrivent l'enfant et la personne qui s'occupe de l'enfant doit également être au centre des soins et de l'attention.
    - Pour le 1er dépistage des TSA : systématiser le recours au **M-CHAT-TR/F** parmi les médecins généralistes et les pédiatres. Cet outil est disponible gratuitement et peut par exemple être référé sur les sites internet des associations professionnelles (pédiatres, généralistes…), ou être inclus dans le carnet de santé des enfants, en y ajoutant notamment des items de socio-communication ciblés ;
- reconnaitre et valoriser financièrement le temps pris en consultation pour le repérage et le soutien quand une vulnérabilité a été identifiée (conseils aux moments clés et entre ceux-ci : informations supplémentaires, orientation etc.).

Si le risque accru ne disparaît pas, il sera nécessaire de procéder à un **dépistage** à l'aide d'instruments validés (par exemple, pour le dépistage des TSA : ASQ-3, ADT, SCQ).
Ces instruments sont adaptés au niveau et au type de soins (p. ex. sage-femme, médecin généraliste, pédiatre, psychologue de première ligne, crèche, école maternelle), chacun ayant ses propres objectifs. La phase de détection nécessite également une collaboration fluide entre les professionnels concernés, et notamment entre ceux qui accompagnent le ou les parents et ceux qui accompagnent l'enfant. Dans la détection aussi, la dyade ou la triade est vulnérable dans son ensemble, et jamais uniquement l'enfant et le ou les parents.

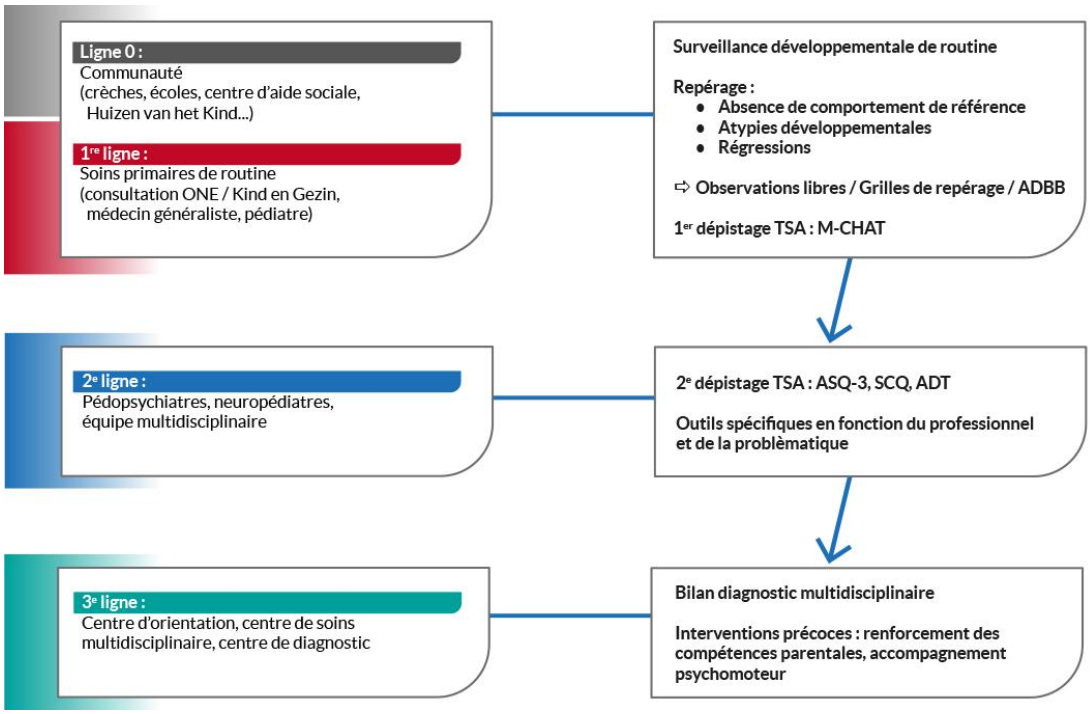
Si le dépistage mène à une présomption substantielle de souffrance psychologique chez le parent et/ou l'enfant, ou de troubles de développement chez l'enfant, un **parcours de soins** sera mis en place :

- Plusieurs interventions peuvent être directement mises en place pour faire face aux difficultés présentes, sans diagnostic définitif,
    - au niveau des parents : renforcement des compétences parentales**,** soutien des parents pour qu'ils puissent offrir un environnement stable, sûr et nourrissant pour leurs enfants,
    - et/ou de l'enfant : interventions par des services à domicile de première ligne (santé mentale, aide aux personnes handicapées), psychologues de première ligne, logopèdes, kinés, ergothérapeutes. Les orientations vers ces

professionnels devraient être facilitées, par exemple par la création de centres de soins multidisciplinaires tels que les COS. Sous réserve de formation, les psychomotricien·ne·s peuvent également soutenir les enfants dans le cas de difficultés spécifiques, et leurs interventions devraient dans ce cas être rendues accessibles de façon égale dans tout le pays.

- L'accompagnement mènera aussi à un diagnostic orienté vers une intervention thérapeutique ou une réadaptation : orientation vers la 2ème ligne et les centres de soins multidisciplinaires (COS, CRA, SSM, centre de réadaptation ambulatoire, équipes mobiles, unités parents-bébé…) (dépistage, diagnostic avec tests adéquats, prise en charge).

Le suivi des jeunes enfants devrait donc se faire selon le schéma général suivant :



V RECOMMANDATIONS POUR LA RECHERCHE

1 Recherche scientifique

Il est important de promouvoir la recherche scientifique en santé mentale infantile (précoce) :

- recherche épidémiologique pour mieux comprendre les besoins de la population infantile en matière de santé mentale en Belgique, en différentiant entre autres les vulnérabilités et besoins différents dans les grandes villes et les régions rurales,
- recherches longitudinales pour mesurer l'impact des interventions et politiques,
- recherche sur l'efficacité des réseaux de soins intégrés et sur les meilleures pratiques en matière de collaboration inter-organisationnelle,
- recherche sur les politiques favorables aux familles.

En parallèle, il serait également pertinent, à l'instar des recommandations mises en ligne par la HAS ou de la grille de repérage proposée, de pouvoir proposer de façon accessible à tout professionnel travaillant dans le champ de la petite enfance des recommandations de bonne pratique.

La question de la reconnaissance (définition de fonction, profil de formation, efficacité des interventions) et du remboursement des psychomotricien·ne·s devrait également faire l'objet d'un avis distinct.

Enfin, tout ne s'arrête pas à 3/5 ans, le développement continue encore pendant plusieurs années. D'autres recommandations de ce type mériteraient également d'être disponibles pour les risques à surveiller plus tard, pour d'autres groupes d'âge : détection et interventions précoces à l'adolescence par exemple (phobie scolaire notamment) ou jeunes adultes etc.

2 Questions éthiques

La période périnatale est un moment charnière où se croisent différents enjeux et des droits parfois antagonistes, ce qui soulève un certain nombre de questions qui devraient encore être traitées, d'un point de vue éthique et juridique. Ces questions devront être l'objet d'un avis indépendant, avec la participation de spécialistes juridiques, ainsi que la consultation des groupes concernés.

1. Repérage précoce des grossesses

En ce qui concerne le suivi des grossesses, il peut être difficile de repérer les grossesses débutantes (les tests se vendant librement et anonymement en pharmacie). Or, ces grossesses non suivies constituent d'emblée des situations à haut risque nécessitant une vigilance particulière, également après l'accouchement.

Comment peut-on concilier le respect de la vie privée, la confidentialité et proposer un accompagnement précoce aux femmes enceintes, y compris à celles qui n'iront pas d'elles-mêmes consulter ? Dans quelle mesure les tests de grossesse positifs pourraient-ils susciter d'emblée une prévention et un accompagnement obstétrical ?

Une réponse pourrait être la gratuité des tests de grossesse avec dans la notice un numéro d'appel téléphonique pouvant être contacté pour répondre, informer, et orienter vers un planning familial ou chez un professionnel.

2. Protection du fœtus (au-delà de la date limite d'un avortement)

Comment protéger le fœtus tout en préservant les droits individuels des femmes enceintes (par exemple en cas d'addiction à des substances nocives) ? Comment veiller à ce que la femme enceinte, après la date limite gestationnelle du droit à l'avortement, protège le devenir de son fœtus en cas de poursuite de la grossesse, en préservant une bonne hygiène de vie, sa santé physique et mentale, au nom de l'intérêt premier de l'enfant à naître ?

Serait-il souhaitable de prévoir un statut juridique du fœtus, afin de permettre des mesures contraignantes quand il n'y a pas de collaboration (suffisante) de la future mère avec le secteur psycho-médicosocial ?[46]

3. Interventions sans demande

Dans tous les milieux sociaux, il peut exister des carences dans l'information sur le plan de l'éducation, de la nutrition, de la santé et notamment du développement optimal du bien-être mental (affectif, relationnel, cognitif) et physique. Les professionnels peuvent-ils intervenir sans, voire contre l'avis des parents ? Comment susciter une demande de la part des (futurs) parents ?[47]

4. Repérage sans prise en charge disponible

Que faire si des problèmes sont détectés mais qu'aucune prise en charge ciblée n'est disponible ? Peut-on définir des groupes prioritaires dans le cadre des soins de santé, par exemple les très jeunes enfants (et leur famille) ? Comment garantir un accès équitable aux traitements ?

5. Partage des données

Que faire sans le consentement des parents pour partager les données entre les professionnels concernés ? Pour intervenir à domicile auprès de mères ou de co-parents souffrant d'un trouble psychique, les équipes déjà existantes peuvent collaborer avec les équipes mobiles psychiatriques adultes. La coordination entre les différentes équipes doit être rigoureuse et implique un dévoilement du secret médical qui est nécessaire pour appréhender les besoins et le niveau de risque encouru par le jeune enfant (peut-on considérer le noyau mère-enfant comme une unité administrative, pour faciliter les échanges d'information ?).
L'intégration éventuelle du carnet de santé au dossier médical soulève également des questions éthiques et juridiques : si cette intégration peut améliorer la continuité des soins, elle peut aussi poser des difficultés en ce qui concerne l'accès à certaines informations qui ne sont pas médicales.

[46] Voir par exemple à ce sujet l'avis relatif à la proposition de loi 55-1029/001 modifiant le code civil en vue d'instaurer une protection juridique prénatale, émis par la CNDE (Commission nationale pour les droits de l'enfant).
[47] Dans les situations à hauts risques, l'intérêt de l'enfant primant, un signalement au Parquet Famille peut être une manœuvre pour protéger les intérêts de l'enfant sachant que la réponse protectionnelle n'est pas toujours immédiate. Pour susciter une protection, il faut démontrer le danger pour l'enfant, le trouble et l'indication de soins au Juge ou au SPJ avec des outils compréhensibles qui ont fait leur preuve.

VI RÉFÉRENCES

Abercrombie J, Wiggins L, Green KK. CDC's "Learn the Signs. Act Early." Developmental Milestone Resources to Improve Early Identification of Children with Developmental Delays, Disorders, and Disabilities. Zero Three 2022;43(1):5-12.

Achenbach TM. Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 profile. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry. 1991.

Ajuriaguerra J. Manuel de psychiatrie de l'enfant. Paris: Masson; 1974.

Alhusen JL, Ray E, Sharps P, Bullock L. Intimate partner violence during pregnancy: maternal and neonatal outcomes. J Womens Health (Larchmt) 2015;24:100-6.

Allen D, Gillen E, Rixson L. The Effectiveness of Integrated Care Pathways for Adults and Children in Health Care Settings: A Systematic Review. JBI Libr Syst Rev 2009;7(3):80–129.

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fifth Edition DSM-5™). Diagnostic Stat Man Ment Disord 2013.

Amuli K, Decabooter K, Talrich F, Renders A, Beeckman K. Born in Brussels screening tool: the development of a screening tool measuring antenatal psychosocial vulnerability. BMC Public Health 2021;21:1522.

Arango C, Díaz-Caneja CM, McGorry PD, Rapoport J, Sommer IE, Vorstman JA, McDaid D et al. Preventive strategies for mental health. Lancet Psychiatry 2018;5(7):591-604.

Armstrong T. Neurodiversity: Discovering the extraordinary gifts of autism, ADHD, dyslexia, and other brain differences. Cambridge (MA): Da Capo Lifelong Books; 2010.

Auschra C. Barriers to the Integration of Care in Inter-Organisational Settings: A Literature Review. Int J Integr Care 2018;18:5.

Avit P, Fillols M, Toubin RM, Baghdadli A. La pratique de l'entretien prénatal précoce et son impact sur le parcours de soins psychiatrique : étude monocentrique observationnelle descriptive et rétrospective. Périnatalité 2022;4(14):165-73

Ayano G, Yohannes K, Abraha M. Epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in children and adolescents in Africa: a systematic review and meta-analysis. Ann Gen Psychiatry 2020;19:21.

Ayers S, Bond R, Webb R, Miller P, Bateson K. Perinatal mental health and risk of child maltreatment: a systematic review and meta-analysis. Child Abuse Negl 2019;98:104172.

Azad G, Mandell DS. Concerns of parents and teachers of children with autism in elementary schools. Autism 2016;20(4):435-41

Azimi M, Fahami F, Mohamadirizi S. The Relationship between Perceived Social Support in the First Pregnancy and Fear of Childbirth. Iran J Nurs Midwifery Res 2018;23(3):235–9.

Baker M, Milligan K. Maternity leave and children's cognitive and behavioral development. Journal of Population Economics 2015;28:373-91.

Barbe Coulon D, Lacharité C. Des ateliers réflexifs pour renforcer le pouvoir d'agir des familles et soutenir les besoins développementaux des enfants en contexte périnatal. Dans: Zaouche-Gaudron C, Dupuy A, Menesson C et Kelly-Irving M. Espaces de socialisation extrafamiliale dans la petite enfance. Érès 2021; p. 261-272

Barbe Coulon D. Co-construire des pratiques écosystémiques préventives soutenant le pouvoir d'agir des parents dans le contexte des pleurs. Université du Québec à Trois-Rivières; 2018. Internet: https://depot-e.uqtr.ca/id/eprint/8538/1/032107379.pdf

Barker B, Iles JE, Ramchandani PG. Fathers, fathering and child psychopathology. Curr Opin Psychol 2017;15:87-92.

Barrett PM. FRIENDS for Life! For Children. Participant Workbook and Leaders Manual. Child and Adolescent Mental Health 2004;12:58-65.

Bauer A, Parsonage M, Knapp M, Iemmi V, Adelaja B. The costs of perinatal mental health problems. London: Centre for Mental Health and London School of Economics 2014;44.
Bayley N, Aylward GP. Bayley scales of infant and toddler development fourth edition (Bayley-4). Bloomington, MN: NCS Pearson. 2019.

Bekaert J, Caron R, Masclet G. Le vécu subjectif des enfants exposés à la violence conjugale: l'anxiété et l'apport de variables protectrices. La psychiatrie de l'enfant 2012;55(1):247-68.

Belsky J , de Haan M. Annual Research Review: Parenting and children's brain development: the end of the beginning. J Child Psychol Psychiatry 2011;52:409-28

Benahmed N, Devos C, San Miguel L, Vinck I, Vankelst L, Lauwerier E et al. L'organisation des soins après l'accouchement. Health Services Research (HSR). KCE - Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé. Bruxelles; 2014:KCE Reports 232BS.

Benahmed N, Lefèvre M, Christiaens W, Devos C, Stordeur S. Towards integrated antenatal care for low-risk pregnancy. KCE - Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé. Brussels; 2019. Internet: https://kce.fgov.be/fr/publications/tous-les-rapports/vers-un-parcours-prenatal-integre-pour-les-grossesses-a-bas-risque

Berger M, Bonneville-Baruchel E. Théorie de l'attachement et protection de l'enfance au Québec. Dialogue 2007;175(1):49-62.

Berger M, Castellani C, Ninoreille K, Basset T, Frere Meusnier D, Rigaud C. Stress dus aux traumatismes relationnels précoces: conséquences cérébrales de la perturbation de la sécrétion du cortisol sanguin chez les nourrissons. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence. 2010;58(5):282-92

Bergink V, Rasgon N, Wisner KL. Postpartum Psychosis : Madness, Mania, and Melancholia in Motherhood. Am J Psychiatry 2016 Dec 1;173(12):1179-1188.

Bernard M-R, Eymard C. L'éducation Pour la Santé En Périnatalité: Enquête Auprès des Sages-Femmes Françaises. Santé Publique 2014;26(5):591-602.

Biedzio D, & Wakschlag LS. Developmental emergence of disruptive behaviors beginning in infancy: Delineating normal/abnormal boundaries to enhance early identification. 2019. In Zeanah CH (Ed.), Handbook of infant mental health (4th ed.). New York, NY: Guilford Press

Blair C, Raver CC. Individual development and evolution: experiential canalization of self-regulation. Dev Psychol 2012;48(3):647-57.

Blassel JM. Y a-t-il des pathologies spécifiques au couple ? Dialogue 2002/1. Paris: Eres; 2002;155:41-8. Internet : https://shs.cairn.info/revue-dialogue-2002-1-page-41?lang=fr

Boere Boonekamp MM, Dusseldorp E, Verkerk PH. Onderbouwing van de validiteit van het ontwikkelingsonderzoek bij kinderen van 0 tot en met 4 jaar: het Van Wiechenonderzoek. Leiden: TNO Kwaliteit van Leven; 2009. Internet: Onderbouwing van de validiteit van het ontwikkelingsonderzoek bij kinderen van 0 tot en met 4 jaar: het Van Wiechenonderzoek (tno.nl)

Bois C. Comment l'épidémiologie peut-elle éclairer nos pratiques et nous aider dans une démarche d'universalisme proportionné ?. Quelle prévention universelle et ajustée à la vulnérabilité 2022;113-28

Boisvert D. Approche populationnelle. Québec; 2020. Internet: https://www.cneis.ca/wp-content/uploads/Approche-populationnelle300122.pdf

Bonin M, Robaey P, Vandaele S, Bastin GL, Lacroix V. Questionnaires sur les étapes du développement : évaluation de l'enfant par les parents. Baltimore, MA: Paul H Brookes Publishing Co; 2000.

Boudabous J, Ayadi H, Moalla Y. Exposition des enfants à la violence conjugale: troubles mentaux et facteurs de résilience. Étude transversale tunisienne. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence 2023;71(5):240-8.

Bracha Z, Gerardin P, Perez-Diaz F, Perriot Y, de La Rocque F, Flament M et al. Évaluation du développement socioémotionnel de l'enfant d'un à trois ans: validation de la version française de l'Infant-Toddler Social and Emotional Assessment. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence 2007;55(4):194-203.

Brazelton TB. The Brazelton Neonatal Behavior Assessment Scale: introduction. Monogr Soc Res Child Dev 1978;43(5-6):1-13.

Brennan PA, Pargas R, Walker EF, Green P, Newport DJ, Stowe Z. Maternal depression and infant cortisol: influences of timing, comorbidity and treatment. J Child Psychol Psychiatry 2008;49(10):1099-107.

Bydlowski S, Vaivre-Douret L, Lalanne C, Apter G, Golse B. Le Blues Post-Natal : Un Marqueur du Lien Intersubjectif. La psychiatrie de l'enfant 2014;57(1):5-62.

Cameron EE, Sedov ID, Tomfohr-Madsen LM. Prevalence of paternal depression in pregnancy and the postpartum: an updated meta-analysis. J Affect Disord 2016;206:189-203.

Carey G, Crammond B, De Leeuw E. Towards health equity: a framework for the application of proportionate universalism. Int J Equity Health 2015;14.

Carlier S, Kurzeja N, Ducenne L, Pauwen N, Leys C, Delvenne V. (2017). Differential profile of four groups of children referred to an autism diagnostic service in Belgium: Autism-specific hallmarks. J intellect Dis 2017;22(4):340-6.

Cataldo I, Azhari A, Coppola A, Bornstein MH, Esposito G. The Influences of Drug Abuse on Mother-Infant Interaction Through the Lens of the Biopsychosocial Model of Health and Illness: A Review. Front Public Health 2019;7:45.

Cesbron P, Dugnat M. Les réseaux de périnatalité. Spirale N° 61; 2012

Chabrol H, Callahan S, Séjourné N. Prévention et traitement de la dépression du post-partum. Devenir 2008;3(20):211-48.

Chan S, Ngoh ZM, Ong ZY, Teh AL, Kee MZL, Zhou JH, Fortier MV et al. The influence of early-life adversity on the coupling of structural and functional brain connectivity across childhood. Nat Mental Health 2024;2:52–2.

Cloet E. The organisation of multidisciplinary diagnostic evaluations of children with a neurodevelopmental disorder in Flanders, Belgium. Brussel: Vrije Universiteit Brussel; 2024.

Colvert E, Tick B, McEwen F, Stewart C, Curran SR, Woodhouse E et al. Heritability of Autism Spectrum Disorder in a UK Population-Based Twin Sample. JAMA Psychiatry 2015;72(5):415-23.

Constantino JN, Gruber CP. SRS-2 : Echelle de réciprocité sociale - 2e édition. Adaptation française des formes scolaires et préscolaire de la Social Responsiveness Scale - 2nd Edition (SRS-2). 2022. Paris [France] : Hogrefe

Coplan RJ, Schneider BH, Matheson A, Graham A. 'Play skills' for shy children: Development of a social skills facilitated play early intervention program for extremely inhibited preschoolers. Infant and Child Development 2010;19(3):223-37.
Corveleyn J, Maes C. Pauvreté et risques pour la santé mentale. Revue Quart Monde 184; | 2002.

Coutanceau R, Smith J. Violences aux personnes: comprendre pour prévenir. Paris: Dunod; 2014.

COVID-19 Mental Disorders Collaborators. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. Lancet 2021;398(10312):1700-12

CSS – Conseil Supérieur de la Santé. Journée d'Etude-Assemblée Générale : « Après la pandémie, vers des soins de santé mentale inclusifs, tous à bord ». Vikram P. Scaling up psychosocial interventions : lessons from the global south. Bruxelles, 2022.

CSS - Conseil Supérieur de la Santé. Journée d'étude "Plus de bleu et de vert dans nos villes". Bouckaert N. Un regard critique : du rapport à la pratique pour un espace public plus sain ? Bruxelles, 2022.

CSS – Conseil Supérieur de la Santé. *Les risques de la consommation d'alcool avant et pendant la grossesse et durant l'allaitement*. Bruxelles : CSS; 2009. Avis n° 8462.

CSS - Conseil Supérieur de la Santé. *Risques liés à la consommation d'alcool*. Bruxelles : CSS; 2018. Avis n° 9438

CSS - Conseil Supérieur de la Santé. Facteurs de fragilisation psychologique et de rétablissement chez les demandeurs de protection internationale. Bruxelles: CSS; 2024. Avis n° 9744.

Cuijlits I, van de Wetering AP, Endendijk JJ, van Baar AL, Potharst ES, Pop VJM. Risk and protective factors for pre- and postnatal bonding. Infant Ment Health J 2019;40(6):768–85

De Venter M, Demyttenaere K, Bruffaerts R. Het verband tussen traumatische gebeurtenissen in de kindertijd en angst, depressie en middelenmisbruik in de volwassenheid; een systematisch literatuuroverzicht. Tijdschr Psychiatr 2013;55(4):259-68.

Delahunty C. Developmental delay in autism: Screening and surveillance. Cleve Clin J Med 2015;82(1):29-32

Delius M, Kolben T, Nußbaum C , Bogner-Flatz V, Delius A, Hahn L, Buechel J et al. Changes in the rate of preterm infants during the COVID-19 pandemic Lockdown Period-data from a large tertiary German University Center. Arch Gynecol Obstet 2024;309(5):1925-33.

Dennis CL, Falah-Hassani K, Shiri R. Prevalence of antenatal and postnatal anxiety: systematic review and meta-analysis. Br J Psychiatry 2017;210(5):315-23.

Devouche E, Morange-Majoux F, Lebouc M. Écran et technoférence chez le bébé de 6 à 12 mois. Contraste 2023;57:261-85.

Dominjon L, Skendi M, Ibanez G, Chastang J. Adapter le parcours de soins prénatal par le repérage précoce d'un mal-être psychologique. Santé Publique 2021;33(2):233-43.

Domitrovich CE, Cortes RC, Greenberg MT. Improving young children's social and emotional competence: a randomized trial of the preschool "PATHS" curriculum. J Prim Prev 2007 Mar;28(2):67-91.

Dugnat M. Réseaux en périnatalité: les outils pratiques d'une prévention universelle prévenante? Spirale 2012;61(1):139-62.

Duyme M, Capron C, Zorman M. L'Inventaire du Développement de l'Enfant (IDE): manuel d'utilisation. Devenir 2010;22(1):27-50.

Dykxhoorn J, Fischer L, Bayliss B, Brayne C, Crosby L, Galvin B, Geijer-Simpson E et al. Conceptualising public mental health: development of a conceptual framework for public mental health. BMC Public Health 2022;22:1407.

European Institute for Gender Equality. Parental-leave policies. In Gender Equality Index 2019 – Work-life balance; 2019.

Fastrès J. Pour une typologie du travail en réseau. Intermag; 2009. Internet: https://www.intermag.be/images/stories/pdf/reseau1_typologie.pdf

Fawcett EJ, Fairbrother N, Cox ML, White IR, Fawcett JM. The Prevalence of Anxiety Disorders During Pregnancy and the Postpartum Period: A Multivariate Bayesian Meta-Analysis. J Clin Psychiatry 2019;80(4):18r12527.

Feldman R, Granat A, Pariente C, Kanety H, Kuint J, Gilboa-Schechtman E. Maternal Depression and Anxiety Across the Postpartum Year and Infant Social Engagement, Fear Regulation, and Stress Reactivity. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2009;48(9):919-27.

Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D , Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, Koss MP et al. Relation entre la maltraitance infantile et le dysfonctionnement du ménage et bon nombre des principales causes de décès chez les adultes. L'étude sur les expériences indésirables de l'enfance (ACE). Suis J Précédent Med 1998;14(4):245-58

Fisher SD, Brock RL, O'Hara MW, Kopelman R, Stuart S. Longitudinal Contribution of Maternal and Paternal Depression to Toddler Behaviors: Interparental Conflict and Later Depression as Mediators. Couple and Family Psychology: Research and Practice 2015;4(2):61–73.

Francés L, Quintero J, Fernández A, Ruiz A, Caules J, Fillon G et al. Current state of knowledge on the prevalence of neurodevelopmental disorders in childhood according to the DSM-5: a systematic review in accordance with the PRISMA criteria. Child Adolesc Psychiatry Ment Health 2022;16:27.

Frankenburg WK, Dodds JB, Archer P, Shapiro H, Bresnic B. Denver II Technical Manual (2nd ed.). Denver, CO: Denver Developmental Materials; 1992.

Freeman M. The World Mental Health Report: transforming mental health for all. World Psychiatry 2022;21(3):391-2.

Gaugue J, Mottrie C, Mauroy A. Grossesse à l'adolescence : quand les réseaux sociaux numériques viennent supporter le devenir mère. Soins Pédiatriques Puéric 2024;45(340):29-34.

Gerolimich S, Vecchiato S . Littératie en santé : comment l'envisager selon une approche linguistique. Éla. Études de linguistique appliquée 2019;195(3):277-83

Gershoff ET. Corporal punishment by parents and associated child behaviors and experiences: a meta-analytic and theoretical review. Psychol Bull 2002;128(4):539-79.

Giallo R, D'Esposito F, Christensen D, Mensah F, Cooklin A, Wade C, Lucas N, et al. Father mental health during the early parenting period: results of an Australian population based longitudinal study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2012;47(12): 1907-16.

Gibbons RD, Weiss DJ, Kupfer DJ, Frank E, Fagiolini A, Grochocinski VJ et al. Using computerized adaptive testing to reduce the burden of mental health assessment. Psychiatr Serv 2008;59:361-8.

Gordon M, Henderson R, Holmes JH, Wolters MK, Bennett IM; SPIRIT (Stress in Pregnancy: Improving Results with Interactive Technology) Group. Participatory design of ehealth solutions for women from vulnerable populations with perinatal depression. J Am Med Inform Assoc 2016;23(1):105-9.

Grégoire A. Développer encore les soins de santé mentale périnatale au Royaume-Uni. In -9 +9 Coopérer en anté et postnatal.Spirale - La grande aventure de bébé 2016;78(2):84-90.

Grummitt L, Baldwin JR, Lafoa'i J, Keyes KM, Barrett EL. Burden of Mental Disorders and Suicide Attributable to Childhood Maltreatment. JAMA psychiatry 2024;(8):782-8.

Guedeney A, Fermanian J. A validity and reliability study of assessment and screening for sustained withdrawal reaction in infancy The Alarm Distress Baby Scale (ADBB). Infant Mental Health Journal 2001;22(5):559-75.

Guedeney A. Petite enfance et psychopathologie. Paris: Elsevier Masson; 2014.

Guennec S, Wendland J. Évaluation des effets de l'accompagnement haptonomique sur les symptômes dépressifs et anxieux maternels au cours de la grossesse. Périnatalité 2023;15(1):10-8.

Guralnick MJ. Why Early Intervention Works: A Systems Perspective. Infant Young Child 2011; 24(1):6-28

HAS – Haute Autorité de Santé, France. Accompagnement médico-psycho-social des femmes, des parents et de leur enfant, en situation de vulnérabilité, pendant la grossesse et en postnatal. 2024.

HAS – Haute Autorité de Santé. Délégation interministérielle à la stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neurodéveloppement. Détecter les signes d'un développement inhabituel chez les enfants de moins de 7 ans. 2020. Internet: https://handicap.gouv.fr/IMG/pdf/brochure_reperage_tnd_2020.janv.pdf

HAS – Haute Autorité de Santé. Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP). 2005. Internet: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf

Haute Autorité de santé. Recommandations de bonnes pratiques : Troubles du neurodéveloppement – Repérage et orientation des enfants à risque. Synthèse. HAS ; février 2020. Internet : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-03/fs_tnd_synthese_v2.pdf

Heckman JJ, Masterov DV. The productivity argument for investing in young children. Review of Agricultural Economics 2007;29(3):446-93

Heckman JJ. Skill formation and the economics of investing in disadvantaged children. Science 2006;312(5782):1900-2.

Henderson HA, Pine DS, Fox NA. Behavioral inhibition and developmental risk: a dual-processing perspective. Neuropsychopharmacology 2015;40(1):207-24

Henshaw C. Mood disturbance in the early puerperium: a review. Arch Womens Ment Health 2003;6 Suppl 2:S33–42.

Howard LM, Khalifeh H. Perinatal mental health: a review of progress and challenges. World Psychiatry 2020;19(3):313-27.

Howard LM, Molyneaux E, Dennis CL, Rochat T, Stein A, Milgrom J. Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. Lancet 2014;384(9956):1775-88.

Im GW, Jiar YK, Talib RB. Development of Preschool Social Emotional Inventory for Preschoolers: A Preliminary Study. International Journal of Evaluation and Research in Education 2019.

INSERM – Institut national de la santé et de la recherche médicale / Santé publique France. Les morts maternelles en France : mieux comprendre pour mieux prévenir. 7e rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM), 2016-2018. Saint-Maurice: Santé publique France; 2024. Internet : https://cress-umr1153.fr/wp-content/uploads/2024/04/2024-04_Les-morts-maternelles-en-France_EPOPE.pdf

Institut National de Santé Publique du Québec. Exercer la responsabilité populationnelle. 2015. Internet: https://www.inspq.qc.ca/exercer-la-responsabilite-populationnelle

Issac A, Halemani K, Shetty A, Thimmappa L, Vijay VR, Koni K et al. The global prevalence of autism spectrum disorder in children: a systematic review and meta-analysis. Osong Public Health Res Perspect 2025;16:3–27

Jacques JG, Abel NR. Using the Stepped Care Model to Empower University Students With Learning Disabilities. J Coll Couns 2020;23(1):85–96.

Jerak-Zuiderent S. María Puig de la Bellacasa (2017) Matters of Care: Speculative Ethics in More Than Human Worlds. Science & Technology Studies 2018;31(2):55-8.

Kaat AJ, Blackwell CK, Estabrook R, Burns JL, Petitclerc A, Briggs-Gowan MJ. Linking the Child Behavior Checklist (CBCL) with the Multidimensional Assessment Profile of Disruptive Behavior (MAP-DB): Advancing a dimensional spectrum approach to disruptive behavior. J Child Fam Stud;28(2):343-53.

Kenny M, Conroy S, Pariante CM, Seneviratne G, Pawlby S. Mother-infant interaction in mother and baby unit patients: Before and after treatment. J Psychiatr Res 2013;47(9):1192-8.

Keyes CL. Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. J Consult Clin Psychol;73(3):539-48.

Kittay EF. Learning from my daughter: The value and care of disabled minds. Oxford University Press; 2019.

Knudsen EI, Heckman JJ, Cameron JL, Shonkoff JP. Economic, neurobiological, and behavioral perspectives on building America's future workforce. Proc Natl Acad Sci U S A 2006;103(27):10155-62

Kodner DL, Spreeuwenberg C. Integrated care: meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper. Int J Integr Care 2002;2:e12.

Kristjansson E, Francis DK, Liberato S, Benkhalti Jandu M, Welch V, Batal M et al. Food supplementation for improving the physical and psychosocial health of socio-economically disadvantaged children aged three months to five years. Cochrane Database Syst Rev 2015;2015(3):CD009924.

Kuiper RM, Dusseldorp E, Vogels AGC. A first hypothetical estimate of the Dutch burden of disease in relation to negative experiences during childhood. TNO, Leiden; 2010. Internet: https://publications.tno.nl/publication/102711/GoN2dt/kuiper-2010-first.pdf

Labalestra M, Culot S, Gaugue J. Impliquer, informer et soutenir les pères durant la période périnatale. Périnatalité 2021;13:46-53

Lambert M, Karow A, Gallinat J, Lüdecke D, Kraft V, Rohenkohl A, Schröter R et al. Study protocol for a randomised controlled trial evaluating an evidence-based, stepped and coordinated care service model for mental disorders (RECOVER). BMJ Open 2020;10(5):e036021.

Lang E, Colquhoun H, LeBlanc JC, Riva JJ, Moore A, Traversy G et al. Recommendation on instrument-based screening for depression during pregnancy and the postpartum period. CMAJ 2022;194(28):E981-E989.

Law J, Garrett Z, Nye C. Speech and language therapy interventions for children with primary speech and language delay or disorder. Cochrane Database Syst Rev 2003;2003(3):CD004110.

Leroy C, Van Leeuw V. Santé périnatale en Wallonie – Année 2021. Bruxelles : Centre d'Épidémiologie Périnatale asbl CEpiP; 2022.

Li H, Ke X, Huang D, Xu X, Tian H, Gao J et al. The prevalence of developmental coordination disorder in children: a systematic review and meta-analysis. Front Pediatr 2024;12:1387406

Lomonaco-Haycraft KC, Hyer J, Tibbits B, Grote J, Stainback-Tracy K, Ulrickson C, Lieberman A et al. Integrated perinatal mental health care: a national model of perinatal primary care in vulnerable populations. Prim Health Care Res Dev 2018;20:e77.

Lv B, Zhou H, Guo X, Liu C, Liu Z, Luo L. The relationship between academic achievement and the emotional well-being of elementary school children in China: The moderating role of parent-school communication. Front Psychol 2016;7:948.

Madigan S, Oatley H, Racine N, Fearon RMP, Schumacher L, Akbari E et al. A Meta-Analysis of Maternal Prenatal Depression and Anxiety on Child Socioemotional Development. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2018;57(9):645-57.e8.

Madigan S, Oatley H, Racine N, Fearon RMP, Schumacher L, Akbari E et al. A meta-analysis of maternal prenatal depression and anxiety on child socioemotional development. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2018;57:645–57. Cité par Guennec S, Wendland J. Évaluation des effets de l'accompagnement haptonomique sur les symptômes dépressifs et anxieux maternels au cours de la grossesse. Périnatalité 2023;15(1):10-18.

Maher BS, Bitsko RH, Claussen AH, O'Masta B, Cerles A, Holbrook JR et al. Systematic Review and Meta-analysis of the Relationship Between Exposure to Parental Substance Use and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children. Prev Sci 2024;25(Suppl 2):291-315.

Mäntymaa M, Puura K, Luoma I, Latva R, Salmelin RK, Tamminen T. (2015). Shared pleasure in early mother–infant interaction: Predicting lower levels of emotional and behavioral problems in the child and protecting against the influence of parental psychopathology. Infant Ment Health J 2015;36(2):223–37.

Mattera JA, Campagna AX, Goodman SH, Gartstein MA, Hancock GR, Stowe ZN, Newport DJ et al. Associations between mothers' and fathers' depression and anxiety prior to birth and infant temperament trajectories over the first year of life: Evidence from diagnoses and symptom severity. J Affect Disord 2023;343:31-41.

Mazet P, Stoléru S. Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant: développement et interactions précoces. Paris: Elsevier Masson; 2003.

Mellier D, Belot RA, Candilis-Huisman D, Cuynet P, Eiguer A, Houzel D et al. Le bébé et sa famille. Place, identité et transformation. Paris: Dunod; 2015.

Ministère Des Solidarités et de la Santé. Les 1000 premiers jours, là où tout commence. Rapport de la commission des 1000 premiers jours. 2020. Internet: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-1000-premiers-jours.pdf

Molénat F, Morard-Dubey A, Roegiers L. Le sentiment de continuité en périnatalité. Concepts et outils: une élaboration progressive. Périnatalité 2019;11(4):149-60.

Mommerency G, Van den Heede K, Verhaeghe N, Swartenbroekx N, Annemans L, Schoentjes E et al. Organisation des soins de santé mentale pour enfants et adolescents: étude de la littérature et description. KCE - Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé. Bruxelles; 2011.

Moro MR. Manuel de psychopathologie du bébé et de sa famille. La Pensée sauvage; 2010.

Moser DA, Graf S, Glaus J, Urben S, Jouabli S, Pointet Perrizolo V, Suardi F et al. On the complex and dimensional relationship of maternal posttraumatic stress disorder during early childhood and child outcomes at school-age. Eur Psychiatry 2023;66(1):e20.

Moureau A, Delvenne V. Traces cérébrales des traumatismes infantiles et devenir psychopathologique. La psychiatrie de l'enfant 2016;59:333-55.

Munk-Olsen T, Maegbaek ML, Johannsen BM, Liu X, Howard LM, di Florio A, Bergink V et al. Perinatal psychiatric episodes: a population-based study on treatment incidence and prevalence. Transl Psychiatry 2016;6(10):e919.

Murray DW, Rosanbalm KD, Christopoulos C, Hamoudi A. Self-regulation and toxic stress: Foundations for understanding self-regulation from an applied developmental perspective. Washington, DC : Office of Planning, Research and Evaluation, Administration of Children and Families, US Department of Health and Human Services; 2015.

Mutualité Chrétienne. Santé Mentale : zone à haut risque. Santé et Société; 2022. Internet: https://cm-mc.bynder.com/m/2e8a565a5ab2ac6d/original/Sante-Societe-n-3-edito.pdf

Nachshen J, Garcin N, Moxness K, Tremblay Y, Hutchinson P, Lachance A et al. Dépistage, évaluation et diagnostic des troubles du spectre de l'autisme chez les enfants en bas âge. Guide des pratiques exemplaires canadiennes. Montreal, Quebec: Miriam Foundation 2008.

National Scientific Council on the Developing Child. A Decade of Science Informing Policy - The Story of the National Scientific Council on the Developing Child. Cambridge; 2014. Internet: https://harvardcenter.wpenginepowered.com/wp-content/uploads/2015/09/A-Decade-of-Science-Informing-Policy.pdf

National Scientific Council on the Developing Child. Connecting the brain to the rest of the body: Early childhood development and lifelong health are deeply intertwined. Working Paper No. 15. Center on the Developing Child, Harvard University; 2020.

NICE – National Institute for Health and Care Excellence. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. Clinical guideline 2020.

Nichols SR, Briggs-Gowan MJ, Estabrook R, Burns JL, Kestler J, Berman G et al. Punishment insensitivity in early childhood: A developmental, dimensional approach. J Abnorm Child Psychol 2014;43(6):1011–23.

O'Donohue WT, Draper C. Stepped Care and e-Health. Practical Applications to Behavioral Disorders. New York LLC: Springer 2011

Oberlander TF, Weinberg J, Papsdorf M, Grunau R, Misri S, Devlin AM. Prenatal exposure to maternal depression, neonatal methylation of human glucocorticoid receptor gene (NR3C1) and infant cortisol stress responses. Epigenetics 2008;3(2):97-106.

O'Hara MW. Postpartum depression: what we know. J Clin Psychol 2009;65(12):1258-69.

Pickles A, Le Couteur A, Leadbitter K, Salomone E, Cole-Fletcher R, Tobin H et al. Parent-mediated social communication therapy for young children with autism (PACT): long-term follow-up of a randomised controlled trial. Lancet 2016;388(10059):2501-9.

Olliac B, Crespin G, Laznik MC, Cherif Idrissi El Ganouni O, Sarradet JL, Bauby C et al. Infant and dyadic assessment in early community-based screening for autism spectrum disorder with the PREAUT grid. Plos One 2017;12(12):e0188831.

Olusanya BO, Smythe T, Ogbo FA, Nair MKC, Scher M, Davis AC. Global prevalence of developmental disabilities in children and adolescents: A systematic umbrella review. Front Public Health 2023;11:1122009.

ONE - Office de la Naissance et de l'Enfance, Opgroeien, UNICEF belgique. Symposium sur la prévention des problèmes de santé mentale chez les jeunes enfants (0-12 ans). Bruxelles, 2023.

Panagiotou D, Wendland J, Mellier D. L'accompagnement personnalisé en réseau coordonné : le pilier des 1 000 premiers jours pour les bébés des femmes avec troubles anxiodépressifs. Périnatalité 2021;13:83–9

Panagiotou D. Évaluation de l'impact de l'Accompagnement Personnalisé en Réseau Coordonné (APRC) des femmes enceintes souffrant de troubles anxiodépressifs et bipolaires et leurs bébés. 2019.

Paulson JF, Bazemore SD. Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: A meta-analysis. JAMA 2010;303(19):1961-9.

Pawlby S, Hay DF, Sharp D, Waters CS, O'Keane V. Antenatal depression predicts depression in adolescent offspring: prospective longitudinal community-based study. J Affect Disord 2009;113(3):236-43.

Pinto-Martin JA, Dunkle M, Earls M, Fliedner D, Landes C. Developmental stages of developmental screening: steps to implementation of a successful program. Am J Public Health 2005;95(11):1928-32.

Poinso F, Samuellian JC, Delzenne V, Huiart L, Sparrow J, Rufo M. Dépressions du post-partum: délimitation d'un groupe à haut risque dès la maternité, évaluation prospective et relation mère-bébé. La psychiatrie de l'enfant 2001;44(2):379-413

Popit S, Serod K, Locatelli I, Stuhec M. Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): systematic review and meta-analysis. Eur Psychiatry 2024;67(1):e68.

Pradier C. Présentation « Comprendre l'approche populationnelle en Santé Publique ». 2017.

Provan KG, Lemaire R. Core Concepts and Key Ideas for Understanding Public Sector Organizational Networks: Using Research to Inform Scholarship and Practice. Public Adm Rev 2012;72(5):638–48.

Résibois M, Rasson A-C, Jacquet N, Lambert, M. Morcellement des politiques publiques et santé mentale de l'enfant dans les 30 premiers mois: Plaidoyer pour une prise en charge ambitieuse, globale, universelle et inconditionnelle des familles. Bruxelles: Office de la Naissance et de l'Enfance/ONE Academy; 2022. Internet: https://www.one.be/fileadmin/user_upload/siteone/PRO/Recherches/ONE_Academy/rapport-de-recherche-morcellement-politiques-publiques-2020-2022.pdf

Robins DL, Casagrande K, Barton M, Chen CM, Dumont-Mathieu T, Fein D. Validation of the modified checklist for Autism in toddlers, revised with follow-up (M-CHAT-R/F). Pediatrics. 2014 Jan;133(1):37-45. doi: 10.1542/peds.2013-1813. Epub 2013 Dec 23. PMID: 24366990; PMCID: PMC3876182.

Robins DL, Fein D, Barton ML et Green JA. The Modified Checklist for Autism in Toddlers: an initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders. J Autism Dev Disord 2001;31(2):131-44.

Romanowicz M, Vande Voort JL, Shekunov J, Oesterle TS, Thusius NJ, Rummans TA et al. The effects of parental opioid use on the parent-child relationship and children's developmental and behavioral outcomes: a systematic review of published reports. Child Adolesc Psychiatry Ment Health 2019;13:5.

Rousseau D, Riquin É, Rozé M, Duverger P, Saulnier P. Devenir à long terme de très jeunes enfants placés à l'Aide sociale à l'enfance. Revue française des affaires sociales 2016;(1):343-74.

Roussillon R, Chabert C, Ciccone A, Ferrant A, Georgieff N, Roman P. Manuel de psychologie et psychopathologie clinique générale. Section 2: Psychopathologie du bébé, de l'enfant et de l'adolescent. 2007;277-312.

Rutter M, Bailey A, Lord C. Un 1er questionnaire des troubles du spectre autistique. Questionnaire de Communication Sociale. USA: WPS - Western Psychological Services; 2013

Salari N, Rasoulpoor S, Rasoulpoor S, Shohaimi S, Jafarpour S, Abdoli N et al. The global prevalence of autism spectrum disorder: a comprehensive systematic review and meta-analysis. Ital J Pediatr 2022;48(1):112.

Salari N, Ghasemi H, Abdoli N, Rahmani A, Shiri MH, Hashemian AH et al. The global prevalence of ADHD in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. Ital

J Pediatr 2023;49(1):48.

Sameroff AJ. The social context of early intervention: a unified theory of development. Early intervention to promote child development and mental Health: from institutional care to family environment. Saint-Petersbourg: International Society on Early Intervention (ISEI); 2013. Internet:http://150.140.160.25:8000/static/conference/international/2021/01/02/StPetersburg_Program.pdf

Sananès S, Collomb N, Dugnat M, Poiso F, Grégoire A. Santé mentale périnatale outre-Manche : une inspiration possible pour la France ? Spirale 2019;92(4):117-20

Sandall J, Fernandez Turienzo C, Devane D, Soltani H, Gillespie P, Gates S et al. Midwife continuity of care models versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database Syst Rev 2024;4(4):CD004667

Sandin S, Lichtenstein P, Kuja-Halkola R, Larsson H, Hultman CM, Reichenberg A. The familial risk of autism. Jama 2014;311(17):1770-7.

Santé publique France. Les morts maternelles en France : mieux comprendre pour mieux prévenir. 7e rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM), 2016-2018. Saint-Maurice: Santé publique France; 2024.

Sayers J. The world health report 2001 – Mental health: new understanding, new hope. Bulletin of the World Health Organization. WHO – World Health Organization 2001;79(11);1085.

Scarlett H, Moirangthem S, van der Waerden J. The impact of paternal mental illness on child development: an umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. Eur Child Adolesc Psychiatry 2023.

Schechter, D.-S.-., Rusconi Serpa, S. and Frei, A. Violence-Related Post-Traumatic Stress in Mothers of Very Young Children: What Impact on the Mother-Chilld Relationship and Early Development? A Model of Intervention Informed by Data From a Neuroscientific Study. L'information psychiatrique, 99(1), 43-50. 2023. https://doi.org/10.1684/ipe.2023.2537.

Sellenet C, Portier Le Cocq F. Maternités adolescentes: le temps bousculé. Rev Int Educ Famil 2013;33(1):17-36.

Serhier Z, Mourabih M, Jallal M, et al. Soutien social perçu en fin de grossesse. Rev Epidemiol Sante Publique 2017;65(S2):S103.

Shojaei T, Wazana A, Pitrou I, Kovess V. The Strengths and Difficulties Questionnaire: validation study in French school-aged children and cross-cultural comparisons. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2009;44:740-7.

Shorey S, Chee CYI, Ng ED, Chan YH, Tam WWS, Chong YS. Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: a systematic review and meta-analysis. J Psychiatr Res 2018;104:235-48.

Sice L. Developmental screening in primary care: The effectiveness of current practice and recommendations for improvement. New York: The Commonwealth Fund; 2007.

Singer J. Why can't you be normal for once in your life? From a "problem with no name" to the emergence of a new category of difference. In: Corker M, French S, editors. Disability discourse. Buckingham: Open University Press; 1999. p. 59-67.

Slomian J. Expérience maternelle en période postnatale : Exploration des besoins et tentative de réponse à l'ère du numérique. Thèse de doctorat. Liège: Université de Liège; 2018.

Smith J, Cyrulnik B, Guedeney A. Le grand livre des 1000 premiers jours de vie : Développement, trauma, approche thérapeutique. Paris : Éditions Philippe Duval ; 2021.

Squires J, Potter L, Bricker D. The ages and stages user's guide. Baltimore: Paul H Brookes Publishing Co; 1999.

Stanley L. Is the Preschool PATHS Curriculum Effective? A Review. J Evid Based Soc Work 2019;16(2):130–43.

Stapleton LR, Schetter CD, Westling E, Rini C, Glynn LM, Hobel CJ et al. Perceived partner support in pregnancy predicts lower maternal and infant distress. J Fam Psychol 2012;26(3):453–63.

Stern DN. The Motherhood Constellation. A Unified View of Parent-Infant Psychotherapy. New York: Basic Books; 1995.

Sweeney S, MacBeth A. The effects of paternal depression on child and adolescent outcomes: a systematic review. J Affect Disord 2016;205:44-59.

Swinkels SH, Dietz C, van Daalen E, Kerkhof IH, van Engeland H, Buitelaar JK. Screening for autistic spectrum in children aged 14 to 15 months: The development of the Early Screening of Autistic Traits Questionnaire (ESAT). J Autism Dev Disord 2006;36(6),723-32.

Tessier B, Annesi-Maesano I, Cambonie G , Molinari N, Kalfa N. COVID-19 lockdown related to decrease in premature birth rate and increase in birth weight in metropolitan France. Front Pediatr 2023;11:1223692.

Tick B, Bolton P, Happé F, Rutter M, Rijsdijk F. Heritability of autism spectrum disorders: a meta-analysis of twin studies. J Child Psychol Psychiatry;57(5).

Timmins N, Ham C. *The quest for integrated health and social care: a case study in Canterbury, New Zealand*. London: The King's Fund; 2013. Disponible sur: https://www.kingsfund.org.uk/insight-and-analysis/reports/quest-integrated-health-and-social-care

Tournier J-L. L'enfant exposé à la violence conjugale : comprendre, intervenir et protéger (2e éd). Louvain-la-Neuve : De Boeck supérieur; 2023.

Tronto J. Moral boundaries: A political argument for an ethic of care. Routledge; 2020.

Uchida M, DiSalvo M, Walsh D, Biederman J. The Heritability of ADHD in Children of ADHD Parents: A Post-hoc Analysis of Longitudinal Data. J Atten Disord 2023;27(3):250-7.

UNICEF – United Nations International Children's Emergency Fund. Early Moments Matter for Every Child. 2019. Internet: https://www.unicef.org/sites/default/files/press-releases/glo-media-UNICEF_Early_Moments_Matter_for_Every_Child_report.pdf

UNICEF Belgique. Rapport des enfants et des jeunes concernés par la santé mentale en Belgique. Bruxelles; 2022. Internet: https://www.unicef.be/sites/default/files/2022-06/Rapport%20What%20do%20you%20think%202022%20FR%20LR.pdf

Vachon C, Tardieu M. Denver Developmental Test. Revue du praticien 1992;42:114-5. Internet: https://afpa.org/content/uploads/2017/08/Denver-Developpement-1.pdf

Valentijn PP, Schepman SM, Opheij W, Bruijnzeels MA. Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. Int J Integr Care 2013;13:e010.

Vandeputte L, Van Den Bergh E, Rothmann I, Pink K, Tency I, Reyns M et al. Rapport annuel des soins par sage-femme pendant le travail et l'accouchement : Résultats 2021. VBOV - Vlaamse Beroepsorganisatie van Vroedvrouwen. Internet: https://sage-femme.be/wp-content/uploads/2023/08/Rapport-annuel-sur-les-soins-obste%CC%81tricaux-par-sage-femme_2021-de%CC%81f.pdf

Vanderpas MB, Ceysens G, Gérard N, Leleu A, Dauvin A, Gaugue J. Le vécu des mères en situation de vulnérabilité psychosociale accompagnées par un service périnatal. Périnatalité.

Vanderpas MB, Culot S, Rousseau P, Querton E, Semet C, Gaugue J. Les services d'accompagnement périnatal de la Fédération Wallonie-Bruxelles – Belgique francophone.

Une réponse aux besoins des familles précarisées centrée sur les liens affectifs enfant-parents. Devenir 2022;34(3):325-48.

Vasselier Novelli C, Delage M, Danel P, Heim C. Enfants victimes de violences conjugales. Paris: Fabert; 2014.

Venet M, Bigras M, Normandeau S. Les qualités psychométriques du PSA-A. Can J Behav Sc 2002;34:163-7.

Viguera AC, Nonacs R, Cohen LS, Tondo L, Murray A, Baldessarini RJ. Risk of recurrence of bipolar disorder in pregnant and nonpregnant women after discontinuing lithium maintenance. Am J Psychiatry 2000;157(2):179-84.

von Klitzing K, Döhnert M, Kroll M, Grube M. Mental Disorders in Early Childhood. Dtsch Arztebl Int 2015;112(21-22):375-86.

Wakschlag LS, Briggs-Gowan MJ, Carter AS, Hill C, Danis B, Keenan K et al. A developmental framework for distinguishing disruptive behavior from normative misbehavior in preschool children. J Child Psychol Psychiatry 2007;48(10):976-87.

Wakschlag LS, Briggs-Gowan MJ, Choi SW, Nichols SR, Kestler J, Burns JL et al. Advancing a multidimensional, developmental spectrum approach to preschool disruptive behavior. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2014;53(1):82–96.e3.

Wakschlag LS, Estabrook R, Petitclerc A, Henry D, Burns JL, Perlman SB et al. Clinical Implications of a Dimensional Approach: The Normal:Abnormal Spectrum of Early Irritability. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2015;54(8):626-34.

Wakschlag LS, Perlman SB, Blair RJ, Leibenluft E, Briggs-Gowan MJ, Pine DS. The Neurodevelopmental Basis of Early Childhood Disruptive Behavior: Irritable and Callous Phenotypes as Exemplars. Am J Psychiatry 2018;175(2):114-30.

Walkup JT, Mathews T, Green CM. Transdiagnostic Behavioral Therapies in Pediatric Primary Care: Looking Ahead. JAMA Psychiatry 2017;74(6):557-8.

Webb SJ, Jones EJH, Kelly J, Dawson G. The motivation for very early intervention for infants at high risk for autism spectrum disorders. Int J Speech Lang Pathol 2014;16:36–42.

Webster E. The Impact of Adverse Childhood Experiences on Health and Development in Young Children. Glob Pediatr Health 2022;9:2333794X221078708.

WHO – World Health Organization. Guideline: Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services. Geneva: WHO 2018. Internet: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/259386/9789241550086-eng.pdf?sequence=1

WHO - World Health Organization. Guidelines on physical activity, sedentary behaviour and sleep for children under 5 years of age. Geneva: World Health Organization; 2019. Internet : https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/311664/9789241550536-eng.pdf?sequence=1

WHO – World Health Organization. International Classification of Diseases 11th Revision. The global stantard for diagnostic health information.

WHO – World Health Organization. Pollution de l'air et santé de l'enfant : prescrire un air sain. Résumé. Geneva: WHO 2018. Internet: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/275547/WHO-CED-PHE-18.01-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y

WHO – World Health Organization. Preventing youth violence: An overview of the evidence. Geneva: WHO 2015

WHO – World Health Organization. Programmes de dépistage - guide succinct. Accroître l'efficacité et optimiser le rapport entre bénéfices et effets nocifs. Copenhague: WHO; 2020. Internet: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/330852/9789289054799-fre.pdf?sequence=1

WHO – World Health Organization. The world health report 2001 — Mental health: new understanding, new hope. Geneva: WHO 2001. Internet: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42390/WHR_2001.pdf?sequence=1&isAllowed=y

WHO - World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation. Social determinants of mental health. Geneva, World Health Organization, 2014.

Whooley MA, Avins AL, Miranda J, Browner WS. Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. J Gen Intern Med 1997;12:439-45

Willheim, Erica & Schechter, Daniel. Therapeutic Interventions for Trauma-exposed Infants, Young Children, and Their Caregivers. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America. 34. 10.1016/j.chc.2024.08.005.

Yang L, Li C, Li X, Zhai M, An Q, Zhang Y et al. Prevalence of Developmental Dyslexia in Primary School Children: A Systematic Review and Meta-Analysis. Brain Sci 2022;12(2):240.

Yang S, Saïd M, Peyre H, Ramus F, Taine M, Law EC et al. Associations of screen use with cognitive development in early childhood: the ELFE birth cohort. J Child Psychol Psychiatry 2024;65(5):680-93.

Zelkowitz P. Prématurité et impact sur le développement psychosocial et émotif des enfants. Canada; 2017. Internet: https://www.enfant-encyclopedie.com/pdf/expert/prematurite/selon-experts/prematurite-et-impact-sur-le-developpement-psychosocial-et-emotif-des

ZERO TO THREE. DC:0–5™ Manual and Training. An essential guide to infant and early childhood mental health diagnostic formulation with infants, young children, and their families, in a wide range of settings. Internet: https://www.zerotothree.org/our-work/learn-professional-development/dc0-5-manual-and-training/

Zietlow AL, Nonnenmacher N, Reck C, Ditzen B, Müller M. Emotional Stress During Pregnancy – Associations With Maternal Anxiety Disorders, Infant Cortisol Reactivity, and Mother–Child Interaction at Pre-school Age. Front Psychol 2019;10:2179

VII COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL

La composition du Bureau et du Collège ainsi que la liste des experts nommés par arrêté royal se trouvent sur le site internet du CSS (page : Qui sommes-nous).

Tous les experts ont participé ***à titre personnel*** au groupe de travail. Leurs déclarations générales d'intérêts ainsi que celles des membres du Bureau et du Collège sont consultables sur le site internet du CSS (page : conflits d'intérêts).

Les experts suivants ont participé à l'élaboration et à l'approbation de l'avis. Le groupe de travail a été présidé par **Jean STEYAERT** et le secrétariat scientifique a été assuré par Sylvie GERARD.

CARLIER Sophie	Psychologie	HUDERF
CLOET Eva	Soins de santé	UZ Brussel, VUB
COUVERT Marie	Psychologie	Centre Hospitalier Pédiatrique Clairs Vallon
CUYPERS Leen	Pédopsychiatrie	KU Leuven
DALEM Isabelle	Pédopsychiatrie	Groupe Santé CHC
DE COENE Anja	Pédiatrie	Pratique privée
DECHAMPS Michel	Neuropédiatrie	CHRSM
DESMAREZ Christine	Pédopsychiatrie	Pratique privée
FOHN Bruno	Psychologie	Hôpital de la Citadelle (Liège) ; l'Asbl Seconde Peau
GAUGUE Justine	Psychologie	UMONS
GEORIS Anne Laure	Santé Publique	AIGS
GOBAN Vildan	Pédopsychiatrie	Hôpital Universitaire de Bruxelles
HENS Kristien	Ethique	UAntwerpen
LAMBERT Marie	Santé (mentale) publique	CRéSaM
MOTTRIE Cindy	Psychologie	ULB
SINGH Binu	Pédopsychiatrie	KULeuven
SOYEZ Veerle	Psychologie	VUB
STASSART Céline	Psychologie	ULiège
STEYAERT Jean	Pédopsychiatrie	UZ Leuven
SYMANN Sophie	Pédopsychiatrie	UCL
VANHALLE Françoise	Pédopsychiatrie	Pratique privée
VERHELST Francoise	Psychiatrie	GHdC Charleroi
WARNANT Caroline	Sage-femme, psychomotricienne	Pratique privée

Les firmes/associations/etc. suivantes ont été entendues :

DESCHOEMAEKER Maaike	OPGROEIEN
DODION Françoise	Aire Libre Asbl
GABRIËL Moeni	OPGROEIEN
LIEKENS Sophie	VIVEL
MILLER Elisabeth	ONE
TAYMANS Anne	UPBPF

Le groupe de travail permanent en charge du domaine Santé mentale a approuvé l'avis. Le groupe de travail permanent a été présidé par **Frieda Matthys et Olivier LUMINET** et le secrétariat scientifique a été assuré par Sylvie Gerard.

CALMEYN Marc	Psychothérapie	Pratique privée
CATTHOOR Kirsten	Psychiatrie	UAntwerpen
JANSSENS Mileen	Psychothérapie	Pratique privée
KIRKHOVE Patricia	Médecine générale	CHJT
LAMY Dominique	Médecine générale	UCLouvain
LUMINET Olivier	Psychologie	UCLouvain
MATTHYS Frieda	Psychiatrie	VUB
ORBAN Thomas	Médecine générale	Pratique privée
PEERSMAN Wim	Travail social	Odisée Hogeschool

VIII ANNEXES

1 Annexe 1 : Cartographie basée sur les recommandations

Période prénatale

<table>
<tr><th></th><th colspan="2">Mère</th><th>Parents</th><th>Professionnels</th></tr>
<tr><td>Communauté/ public health</td><td colspan="2">Campagnes de sensibilisation : informer :
- besoins spécifiques de la conception à 5 ans
- Impact de violence intrafamiliale
- Importance de la santé mentale prénatale
Campagnes subventionnées, largement accessibles, pas seulement en milieu médical [48]:
- Présentées dans les médias [sociaux]
- Enseignement secondaire
- Lieux de rencontre de jeunes adultes
- Lieux d’aide sociale (CPAS, …)
- Lieux de rencontre, lieux de culte
- Avec attention pour les familles vulnérables, groupes marginalisés, illettrisme</td><td>Sensibiliser les professionnels en dehors des circuits médicaux/ obstétriques :
- p.e. enseignants, assistantes sociales,</td></tr>
<tr><td>Première ligne (médecin généraliste, sage-femme, autres professionnels)</td><td colspan="2">Surveillance et dépistage systématique de la dépression prénatale, par :

Entretiens prénataux précoces :
- Partage d’informations sur la grossesse, santé mentale, conception à 5 ans
- Évaluer les vulnérabilités familiales ; visites à domicile
- Engager la participation active des parents, aborder les risques psycho-sociaux spécifiques

Conseils prénatals spécialisés :
- 2 consultations clés : début de grossesse, troisième trimestre
- Établir plan de soutien adapté

Soutien inclusif aux co-parents

Maisons de périnatalité</td><td rowspan="3">Formation des (futurs) professionnels :
- Santé mentale pré- et périnatale, signaux d’alerte, outils standardisés
- Rôle des co-parents
- Psys : formation dans les aspects spécifiques de la grossesse et la naissance (psy et base d’obstétrique)</td></tr>
<tr><td>FORMATION DE RESEAUX</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>Deuxième ligne</td><td>Suivi par gynécologue, p.e. lors des échographies. Le médecin/le service est formé pour reconnaitre des problèmes de santé mentale/les signaux d’alerte.</td><td></td></tr>
</table>

[48] P.e. pour le SIDA, d’importantes campagnes ont été menées pour la prévention d’une maladie. Ici, il s’agit de prévention des risques de santé (mentale) chez l’enfant.

	En cas de signaux d'alerte : consultation psychologue/psychiatre, en réseau avec/très proche du service gynécologique Si nécessaire : prise en charge sans délais, vu qu'une liste d'attente ne met pas en attente une grossesse		

Agents de liaison[49]

Période périnatale

	Mère	Parents	Enfant	Professionnels
Communauté/ public health				
Première ligne (médecin généraliste, sage-femme, *ONE/Kind en Gezin*, autres professionnels)	Lieux de coordination périnatale - Maisons régionales de partenariat de périnatalité - Coordonner les soins péri- et postnataux - Associer les usagers à la gouvernance de ces maisons Reconnaître les problèmes de santé mentale (surveillance) - Signaux d'alerte problèmes de santé mentale Dépistage de la dépression du postpartum - Questionnaires validés, et utilisables en première ligne, - Intégrés dans les suivis postnataux Soutien (respectueux et non pressant) à l'allaitement			Formation : - Santé mentale pré- et périnatale, signaux d'alerte, outils standardisés - Rôle des co-parents Psys : - formation dans les aspects spécifiques de la grossesse et de la naissance (psy et base d'obstétrique) Gynécologues, sage-femmes, soignants : - Reconnaître les signaux d'alerte - Être vigilant pour le bien-être mental des femmes et coparents - Interactions parents-bébé Pédiatres et personnel de *l'O.N.E/Kind en Gezin* - Signaux d'alerte - Interactions parents-bébé
FORMATION DE RESEAUX				
Deuxième ligne - Gynécologues, sage-femmes, soignants et infirmier·ère·s, pédiatres.	Prolongation des séjours en maternité, avec remboursement normal, - Lors de signaux d'alerte dans la période périnatale - Évaluation des interactions parent(s) – enfant, avec observation systématique des relations familiales - Évaluation pédiatrique : signaux d'alerte chez l'enfant			

[49] Professionnels ayant suivi pendant la grossesse qui accompagnent la famille auprès de nouveaux professionnels (le médecin généraliste pouvant aussi jouer ce rôle de pivot du suivi longitudinal).

	Accompagnement des naissances à risque : prématurité, handicap déjà dépisté Équipes mobiles en psychiatrie périnatale - Multidisciplinaires - Familles en crise ou particulièrement vulnérables - Suivi personnalisé - En réseau avec la première et deuxième ligne. Organisation de réseaux sur base des réseaux existants	
Troisième ligne - Personnel psychiatrique spécialisé mère-co-parent-enfant, pédopsychiatres, pédiatres	Séjours en services psychiatriques spécialisés mère-co-parent -enfant	

Agents de liaison

Période postnatale

	Mère	**Parents**	**Enfant**	**Professionnels**
Communauté/ public health	Programmes de soutien à la parentalité, visant à améliorer les compétences relationnelles et éducatives Campagne de littératie en santé : promouvoir l'utilisation d'outils pratiques pour naviguer dans le système de soins. + Points d'infos en communauté/campagnes informatives afin d'atteindre les familles vulnérables, en tenant compte de la fracture numérique Suivi des familles vulnérables			
Première ligne (médecin généraliste, sage-femme, *ONE/Kind en Gezin*, autres professionnels)	Soutien postnatal renforcé - Consultations postnatales à domicile, - Incluant une évaluation des besoins psycho-sociaux - Repérage des signaux d'alerte chez le parent (psycho-social), chez l'enfant (développement), de l'interaction parent(s)-enfant Réseaux de soins gradués, adapté aux degrés de sévérité - Points d'accès simplifiés pour les familles - Pas de temps d'attente. Les processus psychopathologiques sont trop rapides et ont			Formation aux aspects - De la santé mentale des parents en période post-natale - Du développement précoce du nourrisson - De l'interaction parent(s)-enfant Connaissance des signaux d'alertes dans ces domaines

	trop d'impact pour attendre dans cette phase de la vie. Suivi des familles vulnérables - Accès prioritaire et à proximité Utilisation de l'Alarm distress baby scale (ADBB) en consultation postnatale - Sage-femme, médecin généraliste - *O.N.E. / Kind en Gezin*			Accès aux instruments de dépistage, si nécessaire
FORMATION DE RESEAUX				
Deuxième ligne -gynécologues, pédiatres, psychiatres	Utilisation de l'Alarm distress baby scale (ADBB) en consultation postnatale - Gynéco, sage-femme - Pédiatre -			
Troisième ligne - Services spécialisés mère- enfant	Accès rapides. Les listes d'attente ne pardonnent pas dans cette phase ; l'attachement parent(s)-enfant n'attend pas.			

2 Annexe 2 : Recommandations du COMSMEA

Recommandations Pourquoi INVESTIR DANS LA PERIODE 0-5 ANS en Belgique ?

Plusieurs groupes de travail, d'expertises et de partage de savoir travaillent activement à différents niveaux en Belgique pour porter les évidences scientifiques au niveau des politiques publiques dans le champ de la petite enfance.

Voici le rapport du COMSMEA, 2021 éditant les fondements scientifiques à l'égard de cette population cible et les RECOMMANDATIONS fondamentales liées.

- **La prévalence des troubles de santé mentale est de 16 à 18 % chez les enfants de 1à 5 ans**. Ce taux est assez similaire à l'incidence de 10 à 20 % chez les 6-18ans, estimée par l'O.M.S.
- **Le jeune enfant, en raison de son immaturité développementale globale, présente des modes d'expression de souffrance spécifiques et distincts des enfants plus âgés**. Il est donc important d'utiliser des manuels diagnostiques distincts.
- **La petite enfance est une période de développement cérébral et com- portemental extrêmement rapide.** Cette période est par la même **particu- lièrement sensible aux impacts de l'environnement** pour le meilleur comme pour le pire, et ce, **de manière durable**. Ainsi, les **interventions diagnostiques et thérapeutiques doivent avoir une action la plus précoce et la plus rapide possible**. Ceci doit constituer un **challenge prioritaire** pour les intervenants.
- Plus qu'à toute autre période de la vie, **l'immaturité du jeune enfant** le place dans un état de **dépendance unique** vis à vis de ses parents ou de ses *caregivers*. La qualité de son développement physiologique, cognitif et psy- cho-affectif est garantie par les interactions avec cet environnement immédiat. **L'intervention diagnostique et thérapeutique doit donc nécessairement et prioritairement inclure l'interaction parents-enfant**.
- Pendant les 1 000 premiers jours de la vie, la régulation du stress par le parent – a des conséquences immédiates sur le développement du cerveau et sur l'expression d'une série de gènes impliqués dans la croissance du cerveau et la régulation du stress13. Ces modifications contribuent selon diverses recherches **à l'origine de troubles et de maladies mentales et somatiques multiples avec des répercussions tout au long de la vie.**
- Les **enfants issus d'environnements traumatisants**, en particulier négligents, violents et maltraitants, et qui n'ont pas bénéficié de prises en charge précoces et de qualité, développent des **troubles du comportement à tonalité psychiatrique ou délinquante à l'adolescence et à l'âge adulte**[15].
- Les troubles neurodéveloppementaux (autisme, ...) ont une prévalence de 10 %[16.] Leur diagnostic est souvent trop tardif avec un impact considérable sur l'interaction précoce.
- Les fragilités inhérentes à l'enfant (prématurité, handicap, signes précurseurs à risque d'autisme, ...) demandent une attention particulière

Pourquoi INVESTIR DANS LA PERINATALITE en Belgique ?

Voici le rapport du COMSMEA, 2021 éditant les fondements scientifiques actuels dans le champ de la périnatalité.

La période périnatale est une période à haut risque de troubles psychiques parentaux.

- La dépression maternelle est la complication médicale la plus fréquente de la maternité. Sa prévalence (20 %) est supérieure à celle des autres troubles – y compris somatiques – à cette période3- . À l'heure actuelle, elle est largement sous diagnostiquée et non traitée pour 50 à 75 % des femmes. Ainsi, seules 10 % des femmes reçoivent les soins adéquats.
- La dépression paternelle a également une prévalence significative (10 %) et est à l'heure actuelle ignorée en dépit de ses conséquences sur le développement et la santé mentale de l'enfant5.
- En postpartum, la psychose apparait de manière plus brutale est plus grave qu'à tout autre moment de la vie chez les femmes6. De même, le risque de ré- cidive chez les patientes bipolaires est doublé par rapport à toute autre mo- ment de la vie7.
- Le déni de grossesse (2 à 3 ‰) associé à des complications somatiques fréquentes.
- Nette corrélation entre l'anxiété ou la dépression maternelle à 3 mois de post- partum et la survenue des troubles psychopathologiques chez les enfants éva- lués entre 4 et 13 ans.
- Un taux très élevé de dépression maternelle, en particulier en prénatal, dans les antécédents d'une cohorte d'adolescents présentant une dépression à l'âge de 16 ans9.
- Le lien entre les troubles psychiques maternels et paternels et la survenue de troubles développementaux et psychopathologiques chez l'enfant sont largement documentés. (plus de 200 références dans la littérature)

Les traumatismes, le stress, les consommations et les assuétudes pendant la grossesse augmentent le nombre de naissances prématurées, élevant le risque de handicaps neuro-sensoriels sévères de 10 à 15 % et de déficits développementaux multiples cognitifs divers de 30 % à 60 %.

3 Annexe 3 : Recommandations issues du rapport « Morcellement des politiques publiques et santé mentale de l'enfant dans les 30 premiers mois »

La santé mentale dans les 30 premiers mois de l'enfant : plaidoyer pour une prise en charge ambitieuse, globale, universelle et inconditionnelle des familles
L'impact du morcellement des politiques publiques sur la prise en charge des problématiques de santé mentale des enfants de 0 à 30 mois en Wallonie et sur l'effectivité de leurs droits fondamentaux

Les recommandations formulées ci-après ont été formulées à la suite d'une recherche financée par *ONE Academy* et menée par le CRéSaM, l'UNamur et l'ULiège. Elles se fondent sur trois postulats : l'usager doit être appréhendé comme un sujet et non un objet de droits et de soins ; la coordination multisectorielle au niveau local et la continuité des soins sont indispensables ; et il est nécessaire et urgent d'investir dans les services dédiés aux 30 premiers mois de l'enfant. Plus d'informations sont disponibles dans le rapport de recherche quant aux définitions des termes employés, au cadre normatif dans lequel s'inscrit ce travail, à la méthodologie ayant permis d'édicter ces recommandations, aux cibles qu'elles visent ainsi qu'aux réalités qu'elles recouvrent.

1. DEVELOPPER UNE VISION HOLISTIQUE, COLLECTIVE ET PLURIDISCIPLINAIRE COMME FIL ROUGE DE LA TRAJECTOIRE DE PRISE EN CHARGE DES PROBLEMATIQUES DE SANTE MENTALE DANS LES 30 PREMIERS MOIS DE L'ENFANT

2. METTRE FIN AU NON-RECOURS AUX DROITS EN RENFORÇANT L'OFFRE DE SERVICES A DESTINATION DES ENFANTS DE 0 A 30 MOIS ET EN LA RENDANT VISIBLE, ACCESSIBLE ET ADAPTEE PARTOUT ET POUR TOUS
3. INTEGRER LES PROCHES DE L'ENFANT (Y COMPRIS LES FRATRIES) DANS LA TRAJECTOIRE DE SOINS EN RECONNAISSANT LEUR EXPERTISE ET EN LES ACCOMPAGNANT

4. PREVOIR DANS LES MISSIONS DES TRAVAILLEURS DE TERRAIN UN TEMPS NECESSAIRE POUR UNE PRISE EN CHARGE HOLISTIQUE DES ENFANTS ET DE LEURS FAMILLES

5. SOUTENIR LES TRAVAILLEURS DE TERRAIN EN LEUR PERMETTANT D'AVOIR DES TEMPS D'ECHANGE FORMELS ET INFORMELS, D'INTERVISION ET DE SUPERVISION

6. SOUTENIR LES COLLABORATIONS ENTRE PROFESSIONNELS NOTAMMENT PAR LA MISE A DISPOSITION D'OUTILS REFLEXIFS SUR LES VALEURS, REPRESENTATIONS, STRATEGIES ET CADRES REGLEMENTAIRES DES UNS ET DES AUTRES

7. FORMER ET SENSIBILISER AUX DROITS DE L'ENFANT ET A LA SANTE MENTALE LES PROFESSIONNELS EN CONTACT AVEC LES ENFANTS ET LEURS PROCHES

8. SENSIBILISER LA SOCIETE AUX PROBLEMATIQUES DE SANTE MENTALE DES ENFANTS

4 Annexe 4 : Grille de développement de la HAS

Au niveau des indicateurs généraux on retrouve d'abord certains **facteurs de risque** à identifier, qui nécessitent une surveillance plus étroite :

- Frère ou sœur ou parent de 1er degré ayant un TND,
- Exposition prénatale à un toxique majeur du neuro-développement (alcool, certains antiépileptiques, etc.),
- Grande prématurité (moins de 32 semaines d'aménorrhée),
- Poids de naissance inférieur à 1500g,
- Encéphalopathies aiguës néonatales (incluant convulsions),
- Anomalies cérébrales de pronostic incertain (ventriculomégalie, agénésie du corps calleux, etc.),
- Microcéphalie (Périmètre crânien < -2 Déviation standard, congénitale ou secondaire),
- Infections congénitales ou néonatales (Cytomégalovirus, toxoplasmose, rubéole, méningites / encéphalites, etc.),
- Syndromes génétiques pouvant affecter le neuro-développement,
- Cardiopathies congénitales complexes opérées ,
- Chirurgie majeure (cerveau, abdomen, thorax),
- Ictère néonatal sévère, y compris à terme (bilirubine >400 mmol/L).

En fonction du diagnostic différentiel, certains facteurs de l'environnement de l'enfant doivent aussi être pris en compte, et notamment la vulnérabilité socio-économique élevée (sans domicile fixe, seuil de pauvreté, parent isolé, faible niveau scolaire parental, etc.) et la vulnérabilité psychoaffective (violence conjugale/intrafamiliale, antécédents d'expériences négatives vécues par la mère, exposition de l'enfant à des maltraitances ou négligences graves, difficultés psychologiques ou psychiatriques actuelles dans le milieu familial, etc.).

Il y a ensuite des **comportements instinctuels, sensoriels et émotionnels** particuliers qui doivent être suivis en ce qui concerne la sévérité ou leur caractère durable, bien qu'aucun de ces signes pris de façon isolée n'ait de valeur prédictive :

Fonctions physiologiques instinctuelles (sommeil, alimentation) :

- Troubles durables et quasi quotidiens du sommeil (endormissement, réveils nocturnes),
- Grande sélectivité alimentaire inhabituelle pour l'âge (préfère les structures lisses, refuse les morceaux, a une aversion pour les aliments d'une certaine couleur, etc),
- Difficultés de prises alimentaires (durée des repas très longue, réflexe nauséeux massif).

Profils sensoriel et sensori-moteur particuliers :

- Aversion/évitement du contact tactile, de certaines textures ou tissus
- Hyper-réactivité ou hypo-réactivité à des stimuli sensoriels (absence de réaction à un bruit fort ou réaction exagérée pour certains bruits, évitement ou attirance pour la lumière)
- Exploration/utilisation étrange des « objets » et de l'environnement
- Mouvements répétitifs, stéréotypies gestuelles (battements des mains, mouvements des doigts devant les yeux) ou corporelles (balancements, tournoiements, déambulation, etc.)
- Comportement anormalement calme voire passif, bougeant très peu (hypo-mobilité) pour les enfants de moins de 24 mois

Régulation émotionnelle inhabituelle pour l'âge et quel que soit l'environnement :

- Intolérance exagérée au changement de l'environnement (colère, chagrin, réaction de peur, disproportionnés ou sans objet apparent, avec violence (auto-hétéro-agressivité), non apaisables et répétés)
- Colères violentes et répétées, inconsolables
- Hyperactivité motrice incontrôlable (se met en danger)

Il y a ensuite plusieurs signes d'alerte spécifiques, regroupés par âge et par domaine de développement. Les âges retenus par la HAS pour la description d'une compétence sont ceux auxquels l'absence de cette compétence est inhabituelle, c'est-à-dire normalement acquise par au moins 90 % des enfants (>90e centile). Il faut comprendre qu' « à 6 mois » veut dire à la fin du 6e mois et donc à l'anniversaire des 6 mois. Pour l'enfant né prématuré, il faut prendre en compte l'âge corrigé avant deux ans (mais ne pas considérer a priori la prématurité comme seule explication au décalage de développement).

Tableau : Signaux d'alerte regroupés par âge et par domaine de développement

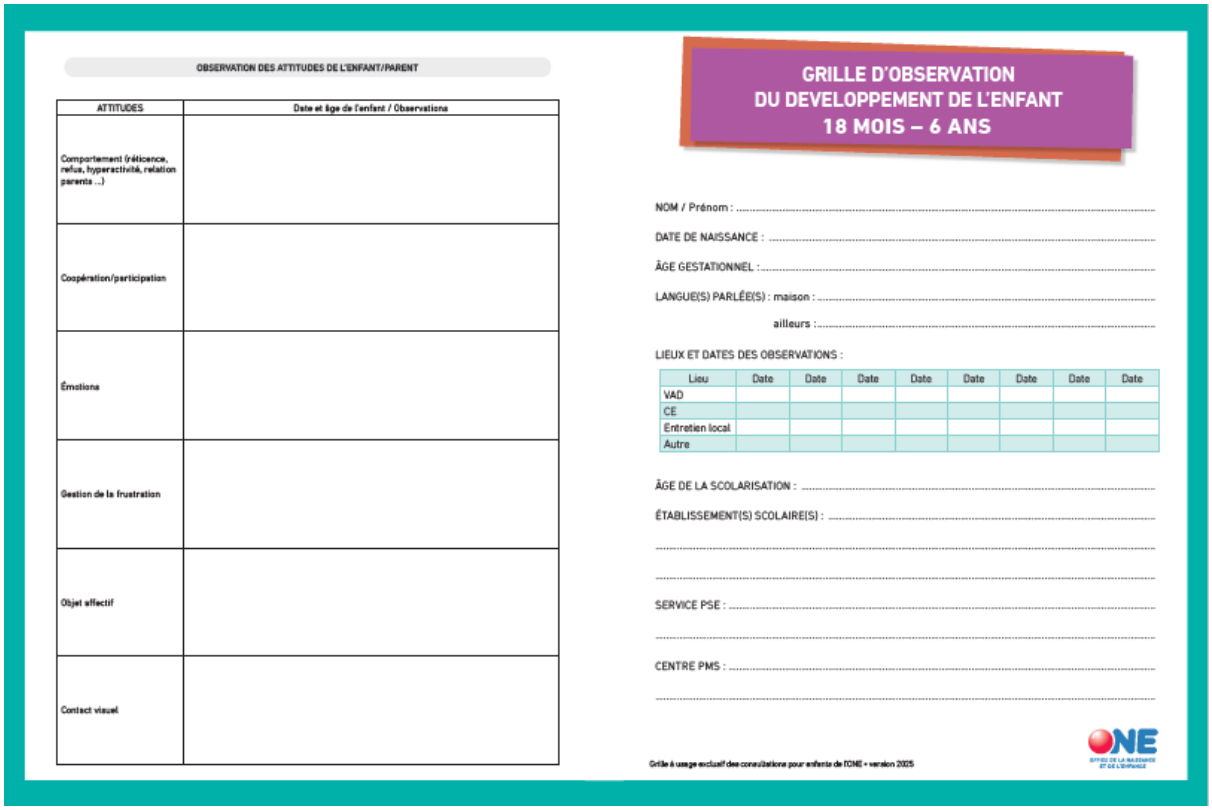
Compétences attendues	6 mois	12 mois	18 mois	24 mois
Motricité globale	Tient sa tête stable sans osciller (attendu à 4 mois) Tient assis en tripode, avec appui sur ses mains	Passe tout seul de la position couchée à la position assise Tient assis seul sans appui et sans aide, dos bien droit Se déplace seul au sol	Se lève seul à partir du sol (transfert assis-debout sans aide) Marche sans aide (plus de cinq pas)	Court avec des mouvements coordonnés des bras Monte les escaliers marche par marche (seul ou avec aide) Shoote dans un ballon (après démonstration)
Motricité fine	Saisit l'objet tenu à distance Utilise une main ou l'autre, sans préférence	Cherche l'objet que l'on vient de cacher (attendu à 9 mois) Prend les petits objets entre le pouce et l'index (pince pulpaire)	Empile deux cubes (sur modèle) Introduit un petit objet dans un petit récipient (attendu à 14 mois)	Empile cinq cubes (sur modèle) Utilise seul la cuillère (même si peu efficace) Encastre des formes géométriques simples
Langage oral	Tourne la tête pour regarder la personne qui parle Vocalise des monosyllabes	Réagit à son prénom (attendu à 9 mois) Comprend le « non » (un interdit) -> à distinguer de la réaction d'arrêt et de peur au cri d'un adulte. Prononce des syllabes redoublées (ba	Désigne un objet ou une image sur consigne orale (chat, ballon, voiture, etc.) Comprend les consignes simples (chercher un objet connu, etc.)	Dit spontanément plus de dix mots usuels Associe deux mots (bébé dodo, maman partie)

		ba, ta ta, pa pa, etc.)	Dit spontanément 5 mots (maman, dodo, papa, tiens, encore, etc.)	
Socialisation	Sourit en réponse au sourire de l'adulte (attendu à 3 mois) Sollicite le regard de l'autre (exemple, pleure quand on ne le regarde pas et s'arrête quand on le regarde)	Regarde ce que l'adulte lui montre avec le doigt (attention conjointe) Fait des gestes sociaux (au revoir, bravo)	Est capable d'exprimer un refus (dit « non », secoue la tête, repousse de la main) Montre avec le doigt ce qui l'intéresse pour attirer l'attention de l'adulte	Participe à des jeux de faire semblant, d'imitation (dînette, garage) S'intéresse aux autres enfants (crèche, fratrie, etc.)

A chaque âge, il y a lieu d'orienter s'il y a 2 « non » dans 2 domaines différents. Par ailleurs, pour l'ensemble de ces domaines, quel que soit l'âge, une régression doit être vue comme un signe d'alerte majeur.

La HAS a également publié un livret de repérage pour les parents et les professionnels de la petite enfance qui travaillent au sein d'une structure ou d'un service d'accueil ou à domicile (éducateur·rice·s de jeunes enfants, puériculteur·rice·s, psychologues, auxiliaires de puériculture, assistant· e·s maternel· le ·s, etc.).

5 Annexe 5 : Grille d'observation du développement 18 mois – 6 ans utilisée par l'ONE



OBSERVATION DES ATTITUDES DE L'ENFANT/PARENT

ATTITUDES	Date et âge de l'enfant / Observations
Comportement (réticence, refus, hyperactivité, relation parents ...)	
Coopération/participation	
Émotions	
Gestion de la frustration	
Objet affectif	
Contact visuel	

GRILLE D'OBSERVATION
DU DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT
18 MOIS – 6 ANS

NOM / Prénom : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

ÂGE GESTATIONNEL : .....

LANGUE(S) PARLÉE(S) : maison : .....

ailleurs : .....

LIEUX ET DATES DES OBSERVATIONS :

Lieu	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date
VAD								
CE								
Entretien local								
Autre								

ÂGE DE LA SCOLARISATION : .....

ÉTABLISSEMENT(S) SCOLAIRE(S) : .....

.....

.....

SERVICE PSE : .....

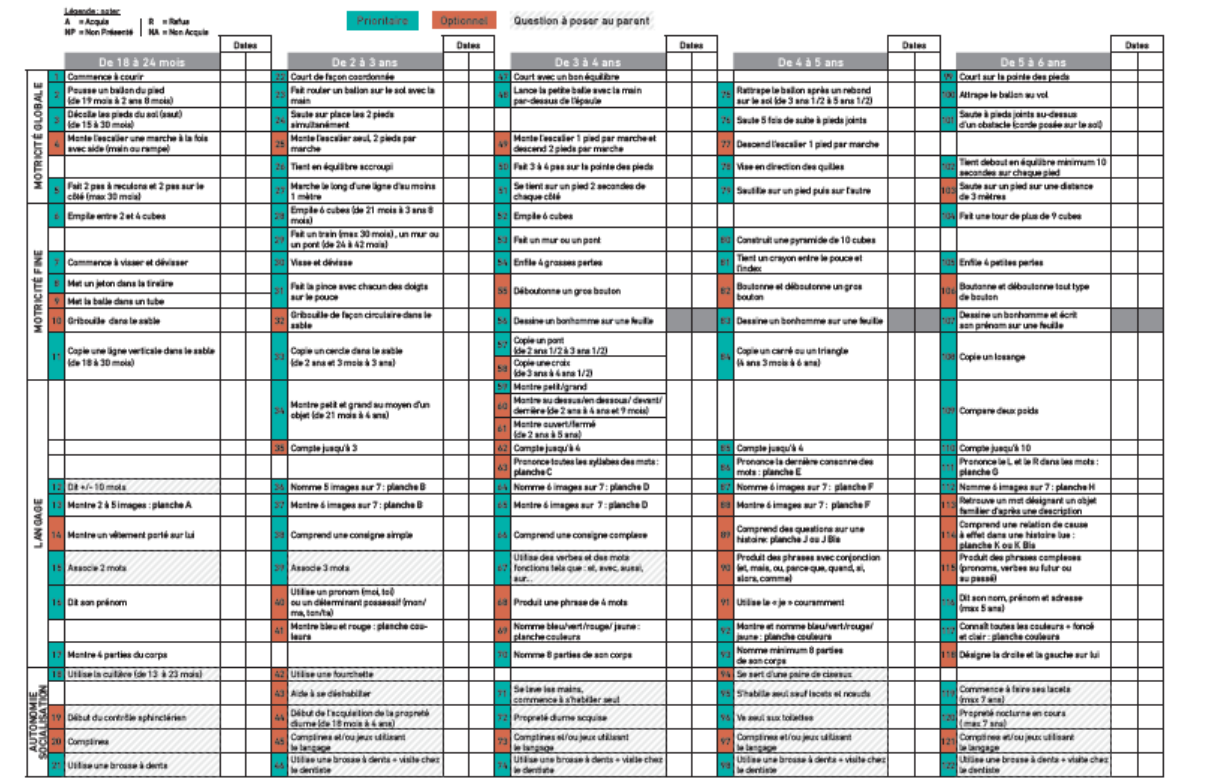
.....

CENTRE PMS : .....

.....

Grille à usage exclusif des consultations pour enfants de l'ONE - version 2025

ONE
OFFICE DE LA NAISSANCE ET DE L'ENFANCE



Légende : noter
A = Acquis | R = Refus
NP = Non Présenté | NA = Non Acquis

Prioritaire | Optionnel | Question à poser au parent

		De 18 à 24 mois	Dates		De 2 à 3 ans	Dates		De 3 à 4 ans	Dates		De 4 à 5 ans	Dates		De 5 à 6 ans	Dates
MOTRICITÉ GLOBALE	1	Commence à courir		22	Court de façon coordonnée		37	Court avec un bon équilibre					91	Court sur la pointe des pieds	
	2	Pousse un ballon du pied (de 19 mois à 2 ans 8 mois)		23	Fait rouler un ballon sur le sol avec la main		38	Lance la petite balle avec la main par-dessus de l'épaule		74	Rattrape le ballon après un rebond sur le sol (de 3 ans 1/2 à 5 ans 1/2)		90	Attrape le ballon au vol	
	3	Décolle les pieds du sol (saut) (de 15 à 30 mois)		24	Saute sur place les 2 pieds simultanément					75	Saute 5 fois de suite à pieds joints		92	Saute à pieds joints au-dessus d'un obstacle (corde posée sur le sol)	
	4	Monte l'escalier une marche à la fois avec aide (main ou rampe)		25	Monte l'escalier seul, 2 pieds par marche		39	Monte l'escalier 1 pied par marche et descend 2 pieds par marche		77	Descend l'escalier 1 pied par marche				
				26	Tient en équilibre accroupi		40	Fait 3 à 4 pas sur la pointe des pieds		76	Vise en direction des quilles		93	Tient debout en équilibre minimum 10 secondes sur chaque pied	
	5	Fait 2 pas à reculons et 2 pas sur le côté (max 30 mois)		27	Marche le long d'une ligne d'au moins 1 mètre		41	Se tient sur un pied 2 secondes de chaque côté		78	Sautille sur un pied puis sur l'autre		105	Saute sur un pied sur une distance de 3 mètres	
MOTRICITÉ FINE	6	Empile entre 2 et 4 cubes		28	Empile 6 cubes (de 21 mois à 3 ans 8 mois)		42	Empile 6 cubes					94	Fait une tour de plus de 9 cubes	
				29	Fait un train (max 30 mois), un mur ou un pont (de 24 à 42 mois)		43	Fait un mur ou un pont		80	Construit une pyramide de 10 cubes				
	7	Commence à visser et dévisser		30	Visse et dévisse		44	Enfile 4 grosses perles		81	Tient un crayon entre le pouce et l'index		103	Enfile 4 petites perles	
	8	Met un jeton dans la tirelire		31	Fait la pince avec chacun des doigts sur le pouce		45	Déboutonne un gros bouton		82	Boutonne et déboutonne un gros bouton		106	Boutonne et déboutonne tout type de bouton	
	9	Met la balle dans un tube													
	10	Gribouille dans le sable		32	Gribouille de façon circulaire dans le sable		46	Dessine un bonhomme sur une feuille		83	Dessine un bonhomme sur une feuille		96	Dessine un bonhomme et écrit son prénom sur une feuille	
	11	Copie une ligne verticale dans le sable (de 18 à 30 mois)		33	Copie un cercle dans le sable (de 2 ans et 3 mois à 3 ans)		47	Copie un pont (de 2 ans 1/2 à 3 ans 1/2)		84	Copie un carré ou un triangle (4 ans 3 mois à 6 ans)		98	Copie un losange	
							48	Copie une croix (de 3 ans à 4 ans 1/2)							
LANGAGE				34	Montre petit et grand au moyen d'un objet (de 21 mois à 4 ans)		49	Montre petit/grand					99	Compare deux poids	
							50	Montre au dessus/en dessous/ devant/ derrière (de 2 ans à 4 ans et 9 mois)							
							51	Montre ouvert/fermé (de 2 ans à 5 ans)							
				35	Compte jusqu'à 3		52	Compte jusqu'à 6		85	Compte jusqu'à 4		100	Compte jusqu'à 10	
							53	Prononce toutes les syllabes des mots : planche C		86	Prononce la dernière consonne des mots : planche E		101	Prononce le L et le R dans les mots : planche G	
	12	Dit +/- 10 mots		36	Nomme 5 images sur 7 : planche B		54	Nomme 6 images sur 7 : planche D		87	Nomme 6 images sur 7 : planche F		102	Nomme 6 images sur 7 : planche H	
	13	Montre 2 à 5 images : planche A		37	Montre 6 images sur 7 : planche B		55	Montre 6 images sur 7 : planche D		88	Montre 6 images sur 7 : planche F		104	Retrouve un mot désignant un objet familier d'après une description	
	14	Montre un vêtement porté sur lui		38	Comprend une consigne simple		56	Comprend une consigne complexe		89	Comprend des questions sur une histoire: planche J ou J Bis		114	Comprend une relation de cause à effet dans une histoire lue : planche K ou K Bis	
	15	Associe 2 mots		39	Associe 3 mots		57	Utilise des verbes et des mots fonctions tels que : et, avec, aussi, sur...		90	Produit des phrases avec conjonction (et, mais, ou, parce que, quand, si, alors, comme)		115	Produit des phrases complexes (pronoms, verbes au futur ou au passé)	
	16	Dit son prénom		40	Utilise un pronom (moi, toi) ou un déterminant possessif (mon/ ma, ton/ta)		58	Produit une phrase de 4 mots		91	Utilise le « je » couramment		116	Dit son nom, prénom et adresse (max 5 ans)	
				41	Montre bleu et rouge : planche couleurs		59	Nomme bleu/vert/rouge/ jaune : planche couleurs		92	Montre et nomme bleu/vert/rouge/ jaune : planche couleurs		117	Connaît toutes les couleurs + foncé et clair : planche couleurs	
	17	Montre 4 parties du corps					60	Nomme 8 parties de son corps		93	Nomme minimum 8 parties de son corps		118	Désigne la droite et la gauche sur lui	
AUTONOMIE SOCIALISATION	18	Utilise la cuillère (de 13 à 23 mois)		42	Utilise une fourchette					94	Se sert d'une paire de ciseaux				
				43	Aide à se déshabiller		61	Se lave les mains, commence à s'habiller seul		95	S'habille seul sauf lacets et nœuds		119	Commence à faire ses lacets (max 7 ans)	
	19	Début du contrôle sphinctérien		44	Début de l'acquisition de la propreté diurne (de 18 mois à 4 ans)		62	Propreté diurne acquise		96	Va seul aux toilettes		120	Propreté nocturne en cours (max 7 ans)	
	20	Comptines		45	Comptines et/ou jeux utilisant le langage		63	Comptines et/ou jeux utilisant le langage		97	Comptines et/ou jeux utilisant le langage		121	Comptines et/ou jeux utilisant le langage	
	21	Utilise une brosse à dents		46	Utilise une brosse à dents + visite chez le dentiste		64	Utilise une brosse à dents + visite chez le dentiste		98	Utilise une brosse à dents + visite chez le dentiste		122	Utilise une brosse à dents + visite chez le dentiste	

6 Annexe 6 : Schéma de la procédure Van Wiechen

VAN WIECHEN ONTWIKKELINGSONDERZOEK 15-54 MND

Gedragstoestand:
0 = Kind is wakker en alert
1 = Kind maakt een vermoeide indruk
2 = Kind is huilerig
3 = Kind huilt door
4 = Anders; beschrijf onder opmerkingen

Interactie:
0 = Kind is coöperatief
1 = Kind is terughoudend en moet gestimuleerd worden
2 = Kind is verlegen of terughoudend zonder actief verzet
3 = Kind verzet zich actief
4 = Anders; beschrijf onder opmerkingen

Notatiesysteem
- In de betreffende kolom altijd de kalenderleeftijd vermelden, ook bij premature.
- Voor elk onderzoek nieuwe kolom gebruiken. Na 1½ jaar kolom voor extra consulten.
- Resultaat noteren met + of - ; bij twijfel -.
- Rechts en links, waar aangegeven, afzonderlijk noteren.
- Zo veel mogelijk zelf observeren; kenmerken met (M) zo nodig op mededeling van de ouder; bij positief resultaat M noteren.

* Kenmerk herhalen.

Naam:

Geboorte datum:

Zwangerschapsduur; ..... weken

Algemeen	15 mnd	1½ jr			2 jr	2½ jr	3 jr	3½ jr	4 jr	4½ jr	Opmerkingen
Leeftijd											
Gedragstoestand											
Interactie											

Fijne mot./Adapt./Pers. en Soc. Gedrag	R	L	R	L	R	L	R	L	R	L	R	L	R	L	R	L	R	L	
11. Doet blokje in/ uit doos																			
12. Speelt "geven en nemen" (M)																			
13. Stapelt 2 blokjes																			
14. Gaat op onderzoek uit (M)																			
15. Stapelt 3 blokjes																			
16. Doet anderen na (M)																			
17. Stapelt 6 blokjes																			
18. Plaatst ronde vorm in stoof																			
19. Trekt kledingstuk uit (M)																			
20. Bouwt vrachtauto na																			
21. Plaatst 3 vormen in stoof																			
22. Tekent verticale lijn na																			
23. Bouwt brug na																			
24. Plaatst 4 vormen in stoof																			
25. Trekt eigen kledingstuk aan (M)																			
26. Tekent cirkel na																			
27. Houdt potlood met vingers vast																			met (R | L hand)
28. Tekent kruis na																			

Communicatie	15 mnd	1½ jr			2 jr	2½ jr	3 jr	3½ jr	4 jr	4½ jr	
37. Zegt 2 "geluidswoorden" met begrip (M)											
38. Begrijpt enkele dagelijks gebruikte zinnen (M)											
39. Zegt 3 "woorden" met begrip (M)											
40. Begrijpt fantasieopdrachtjes (M)											
41. Zegt "zinnen" van 2 woorden (M)											
42. Wijst 6 lichaamsdelen aan bij pop (M)											
43. Noemt zichzelf "mij" of "ik" (M)											
44. Wijst 5 plaatjes aan in boek											
45. Zegt "zinnen" van 3 of meer woorden (M)											
46. Is verstaanbaar voor bekenden (M)											
47. Praat spontaan over gebeurtenissen thuis/speelzaal (M)											
48. Stelt vragen naar "wie", "wat", "waar", "hoe"(M)											
49. Is goed verstaanbaar voor onderzoeker											
50. Stelt vragen naar "hoeveel", "wanneer", "waarom" (M)											
51. Begrijpt analogieën en tegenstellingen (M)											

Grove Motoriek	15 mnd	1½ jr			2 jr	2½ jr	3 jr	3½ jr	4 jr	4½ jr	
66. Kruipt vooruit, buik vrij van de grond (M)											
67. Loopt langs (M)											
68.* Loopt los / loopt goed los / loopt soepel											(1e keer los:
69. Gooit bal zonder om te vallen											
70. Raapt vanuit hurkzit iets op											
71. Schopt bal weg											
72. Kan in zit soepel roteren											
73. Fietst (op driewieler) (M)											
74. Springt met beide voeten tegelijk											
75. Kan minstens 5 seconden op één been staan											

© 2023-6 Nederlands Centrum Jeugdgezondheid, Utrecht

VAN WIECHEN ONTWIKKELINGSONDERZOEK 0-12 (15) MND.

Gedragstoestand:
0 = Kind is wakker en alert
1 = Kind maakt een vermoeide indruk
2 = Kind is huilerig
3 = Kind huilt door
4 = Anders; beschrijf onder opmerkingen

Notatiesysteem:
- In de betreffende kolom altijd de kalenderleeftijd vermelden, ook bij prematuren.
- Voor elk onderzoek nieuwe kolom gebruiken. Na 3 en 6 mnd kolom voor extra consulten.
- Resultaat noteren met + of - ; bij twijfel -.
- Rechts en links, waar aangegeven, afzonderlijk noteren.
- Zo veel mogelijk zelf observeren; kenmerken met (M) zo nodig op mededeling van de ouder; bij positief resultaat M noteren.

*Kenmerk herhalen

Naam:

Geboorte datum:

Zwangerschapsduur: ..... weken

Algemeen	4 wkn 1 mnd		8wkn 2 mnd		13 wkn 3 mnd			26 wkn 6 mnd			39 wkn 9 mnd		52 wkn 12 mnd		65 wkn 15 mnd		Opmerkingen
Leeftijd																	
Gedragstoestand																	
	R	L	R	L	R	L	R	L	R	L	R	L	R	L	R	L	
Fijne motoriek/Adaptatie/Persoonlijkheid en Sociaal Gedrag																	
1. Ogen fixeren																	
2. Volgt met ogen en hoofd 30°← 0°→ 30 °																	
3. Handen af en toe open																	
4. Kijkt naar eigen handen (M)																	
5. Speelt met handen middenvoor																	
6. Pakt in rugligging voorwerp binnen bereik																	
7. Pakt blokje over																	
8. Houdt blokje vast, pakt er nog een in andere hand																	
9. Speelt met beide voeten (M)																	
10. Pakt propje met duim en wijsvinger																	
11. Doet blokje in en uit doos																	
12. Speelt "geven en nemen" (M)																	
Communicatie	1 mnd.		2 mnd		3 mnd			6 mnd			9 mnd		12 mnd		15 mnd		
29. Reageert op toespreken (M)																	
30. Lacht terug (M)																	(1e keer: .....wkn
31. Maakt geluiden terug (M)																	
32. Maakt gevarieerde geluiden (M)																	
33. Zegt "dada-baba of gaga"(M)																	
34. Brabbelt bij zijn spel (M)																	
35. Reageert op mondeling verzoek (M)																	
36. Maakt communicatieve gebaren (M)																	
37. Zegt 2 "geluidwoorden" met begrip (M)																	
38. Begrijpt enkele dagelijks gebruikte zinnen (M)																	
Grove Motoriek	1 mnd		2 mnd		3rmnd			6 mnd			9 mnd		12 mnd		15 mnd		
52. *Beweegt armen eenzelfde																	
53. *Beweegt benen eenzelfde																	
54. *Blijft hangen bij optillen onder de oksels																	
55. *Reacties bij optrekken tot zit																	
56. Heft kin even van onderlaag																	
57. Heft in buikligging hoofd tot 45°																	
58. Kijkt rond met 90° geheven hoofd																	
59. Benen gebogen of trappelen bij verticaal zwaaien																	
60. Rolt zich om van rug naar buik en omgekeerd (M)																	
61. Kan hoofd goed ophouden in zit																	
62. Zit op billen met gestrekte benen																	
63. Zit stabiel los																	
64. Kruipt vooruit, buik over de grond (M)																	
65. Trekt op tot staan (M)																	
66. Kruipt vooruit, buik vrij van de grond (M)																	
67. Loopt langs (M)																	

© 2023-6 Nederlands Centrum Jeugdgezondheid, Utrecht

7 Annexe 7 : Exemples d'outils pour professionnels de première ligne

	Temps de cotation	Édition/ Auteurs	Contenu/ Objectif	Validation	Langue	Passation
Denver	+- 10 minutes	C. Vachon et M. Tardieu Revue du praticien 1992 ; 42 : 114-5.	Test de développement de 0 à 6 ans évaluant les compétences pour le contact social, la motricité fine, le langage et la motricité	Pas de validation, ni de normes de la version française	Anglais, français	Prof : applicable prof non-médecin, non psychologue
Van Wiechen	+- 15 à 20 minutes	Van Wiechen H. (développé aux Pays-Bas dans les années 1960, régulièrement révisé)	Schéma de surveillance du développement de l'enfant de 0 à 4 ans, incluant 75 items dans les domaines moteur, langage, adaptation personnelle et contact social.	Validé aux Pays-Bas ; études de fiabilité et de sensibilité. Pas de validation francophone à ce jour.	Néerlandais (original), partiellement traduit en français	Prof : applicable par les médecins généralistes, pédiatres, et infirmier·ère·s formés
Carnet HAS	+- 15 minutes	HAS, Délégation interministérielle à la stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neurodéveloppement	Troubles du neurodéveloppement - Repérage et orientation des enfants de moins de 7 ans à risque.			
Wegwijzer ontwikkelings zorgen	+- 15 minutes	Initiative du réseau de santé mentale pour les enfants et les jeunes de Flandre Orientale, via le programme RADAR Crosslink. Le contenu a été préparé par le Dr Sara Van der Paelt, sous la supervision du Prof. Dr Herbert Roeyers (UGent)	Outil en ligne de détection précoce et conseil en cas de soucis concernant le développement des enfants de moins de 7 ans. Le Guide a été initialement développé pour les personnes professionnellement impliquées dans la prise en charge des jeunes enfants, ainsi que les parents.			
ADBB	+- 10 minutes	A. Guedeney, 2012.	Echelle d'évaluation du retrait relationnel chez le bébé entre 0 et 24 mois en 8 items d'observation.	Bonne qualité psychométriques		
M-CHAT R/F	5 minutes	Robins et al, 2009	Questionnaire de 24 items complété par les parents qui évalue les comportements affectifs et de communication des enfants entre 16 et 52 mois https://www.mchatscreen.com/mchat-rf/scoring/	Bonne qualité psychométrique		Parent

8 Annexe 8 : Exemples d’outils pour professionnels de deuxième ligne

	Temps de cotation	Édition/ Auteurs	Contenu/ Objectif	Validation	Langue	Passation
GED	Entre 30 et 60 minutes	Équipe de chercheurs du Laboratoire d'étude du nourrisson (LEN) de l'Université du Québec à Montréal et de l'Université de Montréal	Évalue le développement de l'enfant de 0 à 5 ans sur le plan du développement cognitif et langagier, le développement moteur et du développement social	Bonne qualité psychométrique (Dupuis et Martel, 2006), étalonnage (Matthieu, Dupuis, Moreau, & Latulippe, 2009)	Français	Prof
Care Index	Vidéo de 3 minutes à analyser	Patricia McKinsey Crittenden	Méthode d'évaluation jusqu'à 2 ans et demi, des interactions adulte-bébé qui évalue la sensibilité de l'adulte en contexte dyadique avec un enfant (outil de dépistage et non diagnostic)			
Neonatal behavioral Assessment Scale NBAS	+- 20 minutes	Thomas Berry Brazelton	Échelle de la naissance au deuxième mois qui évalue les caractéristiques émotionnelles et comportementales individuelles		Français	Professionnel
Amiel-Tison et Gosselin	Entre 30 et 60 minutes	Julie Gosselin et Claudine Amiel-Tison. CHU St-Justine	Évaluation neurologique de la naissance à 6 ans			Professionnels
Bayley 4	Passation : ….. Correction informatisée : 10'	2022 - PhD Nancy Bayley ; PhD Glen P. Aylward	Échelles de développement du nourrisson et du jeune enfant de 16 jours à 42 mois qui évalue le domaine cognitif, du langage et de la motricité		Français	Prof
Brunet Lézine Révisé. BLR	Passation : Entre 20 et 30 minutes Cotation : 20 '	2001 - Denise Josse	Échelle de développement psychomoteur de 2 à 30 mois qui évalue le contrôle postural et motricité, la coordination oculomotrice et conduites d'adaptation par rapport aux objets, le langage et les relations sociales		Français	Prof
HINE	5-10 minutes	Hammersmith	Outil d'évaluation des fonctions motrices conçu comme une méthode simple pour évaluer les capacités motrices des enfants en bas âge de 2 mois à 2 ans.			
Échelle de développement Moteur Fonctionnel DF- MOT	+- 20 minutes	VAIVRE-DOURET L. 2004	Évaluation du développement posturo-moteur et locomoteur et le niveau de la préhension-coordination visuo-manuelle de 0 à 48 mois	Oui	Français	

Mouvements généraux			Évaluation standardisée à réaliser entre 2 et 4 mois			
Profil socio-affectif (PSA)	80 items Existe une version courte	Dumas, Lafrenière, Capuano, & Durning (1997)	Evaluation d'évaluation comportementale des enfants d'âge d'école maternelle (2 ans à ½ à 6 ans). Se compose de 8 échelles de base qui décrivent 3 aspects du comportement social (expression des émotions, interactions avec les pairs, interactions avec l'enseignant), et 4 échelles globales (compétence sociale, problèmes internalisés, problèmes externalisés, adaptation générale).	Bonne qualité psychométrique	Anglais, Français	Parent/école
ITSEA/ESEJE Evaluation socio-émotionnelle des jeunes enfants	166 items / 30 minutes Existe en version abrégéé	Bracha, Gérardin et al. 2007 (pour adaptation française)	Profil socio-émotionnel et compétences de l'enfant de 12 à 36 mois. 3 domaines (externalisation, internalisation, difficultés de régulation) et 6 compétences (compliance, attention, imitation-jeu, motivation-maîtrise, empathie et relations prosociales avec les pairs)	Bonnes qualités psychométriques. (également pour la version abrégée)	Anglais, Français	Parents
CBCL- 1,5-5 ans	20 minutes 99 items	Fombonne et al. (1998), Bouvard et Perez (2008) pour la version française.	Evaluation de la symptomatologie émotionnelle et comportementales des enfants de 18 mois à ans (anxiété, être enfermé, comportements agressifs, comportements destructeurs, problèmes de sommeil, problèmes somatiques, autres problèmes).	Bonne qualités psychométriques	58 langues dont le français	Parents/prof
ASQ-3	+- 15 minutes	Squires et Bricker	Un outil de dépistage du développement qui identifie les progrès du développement chez les enfants âgés d'un mois à 5 ans et demi. Il s'appuie sur les parents en tant qu'experts. (20 questionnaires)	Les données psychométriques de la version française sont incomplètes. Selon Dionne (2003), une étude sur un des questionnaires laisse présager de bons résultats au niveau de la cohérence interne. Les données psychométriques de la version anglaise (calculées d'après les données combinées d'études sur la version originale et sa révision) sont plutôt bonnes.	français, en anglais et en espagnol.	

9 Annexe 9 : Outils diagnostiques

GED : Évalue le développement de l'enfant de 0 à 5 ans sur le plan du développement cognitif et langagier, le développement moteur et du développement social
Amiel-Tison et Gosselin : Évaluation neurologique de la naissance à 6 ans
Bayley 4 : Échelles de développement du nourrisson et du jeune enfant de 16 jours à 42 mois qui évalue le domaine cognitif, du langage et de la motricité.
MSEL (Mullen Scales of Early Learning) : Echelle développementale pour les enfants de la naissance à 68 mois. Composée de 5 sous-échelles, elle évalue les motricités fine et globale, la perception visuelle, le langage réceptif et expressif.
PEP-3 ***:*** Profil psycho-éducatif de Schopler *(Schopler et al., 2010)* : échelle de développement qui s'adresse aux enfant de 2 à 7 ans. Elle mesure les compétences de l'enfant dans plusieurs domaines tels que la perception visuelle, la communication, la motricité, l'imitation, la perception ou encore la cognition. Une deuxième échelle explore également les comportements atypiques souvent observés chez les enfants avec TSA (sur le plan social, affectif et moteur).
Brunet Lézine Révisé. BLR : Échelle de développement psychomoteur de 2 à 30 mois qui évalue le contrôle postural et motricité, la coordination oculomotrice et conduites d'adaptation par rapport aux objets, le langage et les relations sociales.
HINE : Outil d'évaluation des fonctions motrices conçu comme une méthode simple pour évaluer les capacités motrices des enfants en bas âge de 2 mois à 2 ans.
Échelle de développement Moteur Fonctionnel DF- MOT : Évaluation du développement posturo-moteur et locomoteur et le niveau de la préhension-coordination visuo-manuelle de 0 à 48 mois
Mouvements généraux : Évaluation standardisée à réaliser entre 2 et 4 mois.
DC : 0-5 : La classification diagnostique DC :0-5 des troubles de la santé mentale et du développement de la petite enfance et de la petite enfance est un outil qui place les problèmes dans le contexte (familial), ainsi que dans la culture dans laquelle l'enfant grandit (en particulier via l'axe II). Il s'agit d'un système de classification multiaxial des troubles chez les nourrissons et les enfants de la naissance à l'âge de 5 ans, publié en 2016 et basée sur des connaissances et des expériences cliniques contemporaines. L'utilisation d'un système de classification à « axes » multiples aide les professionnels à avoir une vision suffisamment large et à déployer la stratégie d'intervention adéquate et efficace. En conséquence, toutes les informations sur un enfant peuvent être formulées clairement, ce qui oblige le professionnel à examiner attentivement tous les aspects. Une grande variété de données est organisée et intégrée pour arriver à un ensemble significatif qui aboutit à une formulation diagnostique et à un plan de traitement.

Le DC :0-5 est composé de 5 axes :

- Axe I : Troubles cliniques
- Axe II : Contexte relationnel (enfant + parent/environnement)
- Axe III : Santé physique et considérations relatives à la santé physique
- Axe IV : Facteurs de stress psychosociaux
- Axe V : Opportunités de développement, développement des compétences

Le DC :0-5 est un système de classification autonome, mais il existe une continuité avec le DSM-5 et la CIM-10 (les systèmes de classification utilisés dans le monde entier pour les enfants et les adultes). Contrairement au DSM/ICD, qui manque de catégories et de descriptions importantes pour les très jeunes, le DC :0-5 est conçu dans une perspective développementale. La version actuelle est un renouvellement et une extension des versions antérieures d'un système de classification des troubles de la petite enfance et de la petite enfance : la Classification diagnostique des troubles de la santé mentale et du développement de la petite enfance et de la petite enfance (DC : 0-3 ; ZERO TO THREE, 1994) et la

Classification diagnostique des troubles de la santé mentale et du développement de la petite enfance et de la petite enfance, édition révisée (DC : 0-3R ; ZERO TO THREE, 2005).
Il s'agit d'une cote globale qui existe seule, contrairement au DC :0-3R. Par rapport au DC : 0-3R, de nouveaux troubles ont été enregistrés et une attention particulière est portée aux nourrissons de moins de 1 an. Les descriptions comportementales des troubles connus sont adaptées à l'âge, de sorte que les caractéristiques diagnostiques peuvent être mieux appliquées.

Cette méthode nécessite un examen approfondi, composé d'au moins trois à cinq séances. Une évaluation commence souvent par les axes III à V, puis les axes II et I. L'accent n'est pas mis sur l'axe I (trouble psychiatrique). Cela permet au clinicien de peser soigneusement tous les facteurs qui peuvent être plus ou moins influents.

Axe III : l'état de santé physique
Les facteurs médico-somatiques dès la conception : en plus des conditions établies, les considérations médicales (y compris celles des soignants) sont également incluses.

- Influences physiques sur la santé mentale :
  - Direct
    - Conditions prénatales et expositions
    - Complications pré- et périnatales
    - Effets de l'exposition à une drogue ou à un médicament
    - Affections médicales aiguës (infection aiguë, accident,...)
    - Maladies chroniques (syndromes, troubles congénitaux, épilepsie, allergie, cancer, diabète,...)
    - Douleur chronique
    - Problèmes de croissance, p. ex. retard de croissance
    - Marqueurs de l'état de santé (p. ex. vaccinations)
    - Intellect et développement
    - Blessures physiques ou exposition à un traumatisme dû à l'environnement des parents ou des fournisseurs de soins (p. ex., ecchymoses, blessures causées par des mauvais traitements)
  - Indirect
    - Par l'enfant : p. ex., séjour à l'unité de soins intensifs néonatals, visites à l'hôpital, expériences médicales traumatisantes, limitation des activités normales, séparation d'avec la personne qui s'occupe de l'enfant en raison d'une hospitalisation, fonctionnement de la personne qui s'occupe de l'enfant en raison d'un manque de sommeil, par exemple.
    - Par le parent ou la personne responsable de l'enfant : perception de la vulnérabilité, perception des maladies chroniques, attribution de la responsabilité

Axe IV : Facteurs de stress psychosociaux
L'axe IV pour les facteurs de stress psychosociaux montrera les facteurs de stress et leur gravité (intensité, durée et prévisibilité). En plus de sa gravité, l'impact du facteur de stress est également lié au niveau de développement et à la disponibilité d'adultes qui protègent et aident l'enfant à comprendre le facteur de stress et à y faire face. Ceux-ci ont un impact sur tous les aspects de la santé mentale du nourrisson (évolution, traitement, prévention, symptômes). Il est important d'identifier ces facteurs de stress afin de comprendre l'enfant dans son contexte. Plus il y a de facteurs de stress, plus vous êtes susceptible de développer des problèmes de santé mentale chroniques.
Le DC :0–5 comprend une liste de contrôle des facteurs de stress qui est divisée en différents domaines.

Il s'agit d'examiner :

- Réseau de parents et de tuteurs
- Environnement social
- Formation/prise en charge de l'enfant
- Logement
- Economie et emploi
- Santé de l'enfant
- Juridique

L'impact du facteur de stress dépend de

- Gravité du facteur de stress
- Niveau de développement de l'enfant
- La disponibilité et les capacités des parents peuvent servir de tampon, en aidant l'enfant à comprendre le facteur de stress et à faire face à la situation

Voir tableau 4. Facteurs de stress psychosociaux et environnementaux

Axe V : Développement des compétences

Sur l'axe V, les données sur l'adaptation et le fonctionnement dans les domaines de développement les plus importants sont regroupées dans un profil. Des tableaux de développement sont inclus avec des exemples de compétences par catégorie d'âge (3, 6, 9, 12, 18, 36, 48 et 60 mois) qui sont formulées en termes de comportement concret observable.

5 axes de développement :

- Émotionnel
- Socio-relationnel
- Langage et social-communicatif
- Cognitif
- Moteur et physique

Sur la base d'informations fournies par les parents, d'observations, de tests,...

Cf. Annexe A – Jalons du développement

Axe II : Contexte relationnel

Sur l'axe II, l'adaptation/inadaptation sera replacée dans le contexte relationnel, qui doit être évalué pour chaque enfant.
L'AS II a fait l'objet d'une refonte complète. Les caractéristiques de la personne qui s'occupe de l'enfant, ainsi que la relation entre eux, sont examinées. Une attention particulière est portée à la contribution du parent à la relation, mais aussi à la contribution de l'enfant à la relation. Il est clair que les problèmes et les troubles chez l'enfant sont généralement associés à un niveau accru de stress chez le(s) parent(s) et à des interactions problématiques. En outre, l'axe II évalue également la contribution de l'environnement des parents/personnes prenant soins de l'enfant, comme la répartition des rôles et la communication mutuelle entre eux.
Cela se fait sur la base d'observations et d'entretien(s) dans lesquels chaque personne s'occupant de l'enfant est impliqué et évalué comme « une force, pas une préoccupation, une préoccupation claire ». Le jeune enfant peut nouer différents types de relations avec différentes personnes s'occupant de lui.

Voir tableau 1. Dimensions de la prestation de soins
Voir le tableau 2. Contributions du nourrisson et du jeune enfant à la relation
Voir le tableau 3. Dimensions de l'environnement de soins

Axe I : Troubles cliniques

L'axe I est une catégorisation minutieuse des images et des symptômes, y compris le degré de souffrance, les limitations de fonctionnement et l'évolution. Les troubles suivants sont décrits :

- Troubles neurobiologiques du développement
- Troubles du traitement sensoriel
- Troubles anxieux
- Troubles de l'humeur
- Troubles obsessionnels compulsifs et apparentés
- Troubles du sommeil, de l'alimentation et des pleurs
- Traumatismes, stress et troubles de privation
- Troubles relationnels

Pour chaque trouble, les critères diagnostiques sont structurés de la même manière (Introduction, critères, âge, durée, caractéristiques du diagnostic, caractéristiques associées soutenant le diagnostic, caractéristiques développementales, prévalence, décours, facteurs de risque et pronostic, caractéristiques diagnostiques liées à la culture, caractéristiques diagnostiques liées au genre, diagnostic(s) différentiel(s), comorbidités, liens vers le DSM-5 et la CIM-10).

Troubles neurobiologiques du développement

- Trouble du spectre de l'autisme
- TSA atypique de la petite enfance
- TDAH
- Trouble d'hyperactivité chez les tout-petits
- Retard global de développement
- Trouble développemental du langage
- Trouble de la coordination et du développement
- Autres troubles du développement de la petite enfance

Troubles du traitement sensoriel

- Trouble de l'hyperréactivité sensorielle
- Trouble de l'hyporéactivité sensorielle
- Autres troubles du traitement sensoriel

Troubles anxieux

- Trouble d'anxiété de séparation
- Trouble d'anxiété sociale (phobie sociale)
- Trouble anxieux généralisé
- Mutisme sélectif
- Trouble de l'inhibition-pour-le-nouveau
- Autres troubles anxieux de la petite enfance

Humeur

- Trouble dépressif majeur de la petite enfance
- Trouble de la petite enfance caractérisé par une colère et une agressivité désordonnées
- Autres troubles de l'humeur de la petite enfance

Troubles obsessionnels compulsifs et apparentés

- Trouble obsessionnel-compulsif
- Maladie de Gilles de la Tourette
- Trouble des tics moteurs ou vocaux
- Trichotillomanie (trouble de l'arrachage des cheveux)

- Trouble de la desquamation chez l'enfant
- Autres troubles obsessionnels compulsifs

Troubles du sommeil, de l'alimentation et des pleurs
- Troubles du sommeil
- Trouble de l'endormissement
- Trouble de l'éveil nocturne
- Trouble partiel de l'éveil du sommeil
- Trouble cauchemardesque de la petite enfance
- Troubles de l'alimentation de la petite enfance
- Trouble de l'apport alimentaire excessif
- Trouble de l'apport alimentaire déficient
- Trouble alimentaire atypique
- Trouble des pleurs de la petite enfance
- Trouble des pleurs excessifs
- Autres troubles du sommeil, de l'alimentation et des pleurs excessifs de la petite enfance

Traumatismes, stress et troubles de privation
- Trouble de stress post-traumatique
- Trouble de l'adaptation
- Trouble de deuil compliqué de la petite enfance
- Trouble désinhibé des contacts sociaux
- Autres traumatismes, stress et troubles de privation de la petite enfance

Troubles relationnels
- Trouble relationnel spécifique à la petite enfance

10 Annexe 10 : Part dédiée à l'apprentissage du (neuro/psycho) développement normal et des troubles du (neuro/psycho) développement chez le jeune enfant dans différentes formations en Communauté française de Belgique

Le descriptif qui suit est centré principalement sur les troncs de base (cursus complet) ne tenant pas toujours compte des enseignements de cours à option, de cours au choix ou de cours de spécialisation. Il se base sur les programmes proposés dans certaines Universités et certaines Hautes Écoles. Il permet sous forme d'exemples d'avoir un aperçu mais n'est certainement pas exhaustif.

Certains de ces cours sont plus spécifiques, d'autres sont plus généraux et comportent également une partie dédiée aux problématiques rencontrées au-delà de l'âge de cinq ans.

Formation en médecine (Bachelier + Master : 6 ans) :

Développement normal et atypique des enfants entre 0 et 5 ans.

UCL : Cours de neuropédiatrie : environ 5 heures, pédopsychiatrie : environ 7heures. Total : environ 12 heures.

ULB : Cours de Neuropédiatrie : environ 2 à 5 heures, pédopsychiatrie : environ 2 à 5 heures. Total : une dizaine d'heures.

Formation en psychologie (Bachelier + Master : 5ans) :

ULiège :
30 heures reprenant les éléments du développement normal et du développement atypique de la naissance à l'adolescence.

UCL :
30 heures sur la psychopathologie du développement (de la naissance à l'adolescence).

Formation en assistant en psychologie (Bachelier : 3 ans) :

HE Léonard de Vinci :
36 heures en Psychopathologie, psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent.
48 heures en Psychologie du développement.
24 heures en Évaluation psychomotrice et difficultés partielles d'apprentissage.

Finalité approche plurielle en psychopédagogie :
12 heures en Santé mentale de l'enfant et prévention
24 heures en Évaluation psychomotrice et difficultés partielles d'apprentissage.
36 heures en Évaluation et intervention précoce.

HE Province de Liège :
60 heures en Psychologie développementale.
30 heures en Psychopathologie de l'enfant.
30 heures en Questions en psychopédagogie.

Formation en accueil et éducation du jeune enfant AEJE (Bachelier : 3 ans) :

HE Léonard de Vinci :
30 heures en Santé mentale.
48 heures en Approche de la petite enfance.
12 heures en Trouble de l'attachement.

HE Province de Liège :
60 heures en Psychologie du développement.
50 heures en Pathologie et besoins spécifiques.

Formation en logopédie (Bachelier : 3 ans avec possibilité de Master : 2 ans) :
Bachelier : 3 ans :

UCL :
45 heures en Psychologie du développement.
30 heures en Neurologie pédiatrique.

HE Province de Liège
26 heures en Développement psychomoteur.
20 heures en Neurologie, Neuropédiatrie et pathologies pédiatriques.
38 heures en Troubles neurodéveloppementaux.

Master : 2 ans :

UCL :
Option :
120 heures en Troubles neurodéveloppementaux.
Cours au choix :
30 heures en Psychologie de la santé chez l'enfant.
30 heures en Psychomotricité et développement.
30 heures en Développement communicatif et psychologique d'enfants à troubles du développement.

Formation en kinésithérapie et réadaptation (Bachelier + Master : 4 ans) :

HE Léonard de Vinci :
24 h en Santé mentale.

UCL :
30 h en Kinésithérapie neurologique et neuropédiatrique.
30 h en psychologie générale.

Possibilité d'un Master de 2 ans en sciences de la motricité orientation générale
UCL :
30 h en Complément de kinésithérapie neurologique et neuropédiatrique.

Formation en psychomotricité (Bachelier : 3 ans) :

HE Léonard de Vinci :
48 heures en Approche de la petite enfance.
72 heures en Approche psychomotrice des troubles du développement de 0 à 18 ans.
47 heures en Psychopathologie infantile et intervention psychomotrice.
49 heures en Troubles neurodéveloppementaux et intervention psychomotrice.

HE Condorcet (Province de Hainaut) :
60 heures en Psychologie du développement
45 heures en Psychopathologie
30 heures en Neuropédiatrie
90 heures en développement psychomoteur aux différents âges de la vie et troubles associés.

Formation en enseignement section 1 (Bachelier + Master : 4 ans) :

HE Léonard de Vinci :
98 heures en Développement global de l'enfant.

Formation en éducateur spécialisé en activités socio-sportives (Bachelier : 3 ans) :

HE Léonard de Vinci :
124 heures réparties sur les 3 années en Psychologie et pédagogie.

Formation en éducateur spécialisé en accompagnement psycho-éducatif (Bachelier : 3 ans) :

HE Condorcet (Province de Hainaut) :
45 heures en Psychologie du développement
90 heures en Questions spéciales de psycho-pédagogie
30 heures en Psychologie générale et sociale
90 heures en Psychopathologie

Formation infirmier (responsable de soins généraux) (Bachelier 4 ans) :

HE Léonard de Vinci/ISEI :
12 heures en Psychologie du développement de l'enfant.

HE Province de Namur :
12 heures en Psychologie du développement de l'enfant.

HE Province de Liége :
34 heures en Psychologie (l'enseignement de la psychologie du développement de l'enfant est repris dans ce cours plus général).

Formation en Infirmier spécialisé en pédiatrie et néonatologie (spécialisation 1 an) :

HE Léonard de Vinci/ISEI :
29 heures en Pédopsychiatrie.
22 heures en Psychologie + 8 heures en Psychologie appliquée.

HE Province de Namur :
18 heures en Repères généraux sur le développement de l'enfant et de l'adolescent et sur la maltraitance infantile.
22 heures en Santé mentale, pédopsychiatrie et psychiatrie des adolescents

Formation en Infirmier spécialisé en santé mentale et en psychiatrie (spécialisation 1 an) :

HE Léonard de Vinci/ISEI :
14 heures en Pathologies psychiatriques : enfants.
12 heures en Soins infirmiers en pédopsychiatrie.

HE de la Province de Liège :
20 heures en Psychopathologie de l'enfant, de l'adolescent, psycho-pharmacologie et pharmacologie.
10 heures en Soins infirmiers en santé mentale et psychiatrie de l'enfant/adolescent.

Au sujet du Conseil Supérieur de la Santé (CSS)

Le Conseil Supérieur de la Santé est un organe d'avis fédéral dont le secrétariat est assuré par le Service fédéral santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement. Il a été fondé en 1849 et rend des avis scientifiques relatifs à la santé publique aux ministres de la Santé publique et de l'environnement, à leurs administrations et à quelques agences. Ces avis sont émis sur demande ou d'initiative. Le CSS s'efforce d'indiquer aux décideurs politiques la voie à suivre en matière de santé publique sur base des connaissances scientifiques les plus récentes.

Outre son secrétariat interne composé d'environ 25 collaborateurs, le Conseil fait appel à un large réseau de plus de 500 experts (professeurs d'université, collaborateurs d'institutions scientifiques, acteurs de terrain, etc.), parmi lesquels 300 sont nommés par arrêté royal au titre d'expert du Conseil. Les experts se réunissent au sein de groupes de travail pluridisciplinaires afin d'élaborer les avis.

En tant qu'organe officiel, le Conseil Supérieur de la Santé estime fondamental de garantir la neutralité et l'impartialité des avis scientifiques qu'il délivre. A cette fin, il s'est doté d'une structure, de règles et de procédures permettant de répondre efficacement à ces besoins et ce, à chaque étape du cheminement des avis. Les étapes clé dans cette matière sont l'analyse préalable de la demande, la désignation des experts au sein des groupes de travail, l'application d'un système de gestion des conflits d'intérêts potentiels (reposant sur des déclarations d'intérêt, un examen des conflits possibles, et une Commission de déontologie) et la validation finale des avis par le Collège (organe décisionnel du CSS, constitué de 30 membres issus du *pool* des experts nommés). Cet ensemble cohérent doit permettre la délivrance d'avis basés sur l'expertise scientifique la plus pointue disponible et ce, dans la plus grande impartialité possible.

Après validation par le Collège, les avis sont transmis au requérant et au ministre de la Santé publique et sont rendus publics sur le site internet (www.hgr-css.be). Un certain nombre d'entre eux sont en outre communiqués à la presse et aux groupes cibles concernés (professionnels du secteur des soins de santé, universités, monde politique, associations de consommateurs, etc.).

Si vous souhaitez rester informé des activités et publications du CSS, vous pouvez envoyer un mail à l'adresse suivante : info.hgr-css@health.belgium.be.

Cette publication ne peut être vendue

www.conseilsuperieurdelasante.be

Avec le soutien administratif du SPF

Santé publique
Sécurité de la Chaîne alimentaire
Environnement