



CONSEIL DE L'ENFANCE
ET DE L'ADOLESCENCE

QUAND LES ENFANTS VONT MAL : COMMENT LES AIDER ?

Adopté le 7 mars 2023

SOMMAIRE

Partie I. La santé mentale des enfants : une demande en hausse, une offre en crise et des ressources difficiles à mobiliser.....	6
I. Santé mentale de l'enfant, plusieurs niveaux de complexité	11
I.1. Santé mentale, souffrance psychique : des intersections à expliciter	12
I.2. Éléments de définition	14
Bien-être, détresse psychologique et troubles psychiatriques.....	14
Soins primaires, secondaires et tertiaires, et gradation des soins	15
Des catégorisations hétérogènes, et qui font débat	16
II. Augmentation de la souffrance psychique de l'enfant et des demandes de soins.....	17
III. Un déficit chronique de l'offre de soin psychique à destination de l'enfant.....	26
III.1. L'offre de soin psychiatrique pour les mineurs : insuffisante et saturée	26
Un nombre élevé de patients mineurs	27
Une offre pédopsychiatrique insuffisante	28
III.2. L'offre de soin en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent : une multiplicité nécessaire ..	29
III.3. Entre l'offre et la demande de soin, un « effet ciseaux » au détriment de l'enfant et de sa famille.....	32
Hausse de la demande, baisse de l'offre	33
La démographie en berne des médecins pédopsychiatres	34
La crise Covid : un révélateur du déficit des moyens alloués à la psychiatrie de l'enfant et son manque de reconnaissance	35
L'urgence à agir.....	36
Les propositions HCFEA en 2021 : Réformer et structurer la pédopsychiatrie de l'adolescent	37
Partie II. Augmentation continue de la consommation de médicaments psychotropes chez l'enfant.....	41
I. La prescription de médicaments psychotropes chez l'enfant	42
I.1. Des taux élevés de prescription de psychotropes chez l'enfant en France	42
I.2. L'augmentation continue de la consommation de médicaments psychotropes entre 2010 et 2021	44
II. Les prescriptions hors recommandation et hors AMM et la balance bénéfice/risque	48
II.1. Les prescriptions psychotropes hors AMM	48
II.2. L'évaluation bénéfices/risques des médicaments psychotropes dans la dépression	49
II.3. Le cas de la prescription de méthylphénidate.....	51
Une augmentation continue de la consommation	52
Des durées de traitement particulièrement longues	53
Une prescription qui n'est pas nécessairement corrélée au diagnostic	55
Les co-prescriptions de médicaments psychotropes.....	55

La prescription de méthylphénidate à l'hôpital et en médecine de ville : des écarts qui interrogent.	56
II.4. Parallèlement à l'augmentation des prescriptions, une baisse des prises en charge pluridisciplinaires par les CMPP et les services de proximité.....	58
III. L'incidence des facteurs sociaux sur la prescription de médicaments	59
III.1. L'influence des facteurs sociaux et environnementaux	60
III.2. L'influence du système scolaire et des inégalités sociales sur la consommation d'antidépresseurs.....	62
III.3. L'influence du système scolaire et des inégalités sociales sur la prescription de psychostimulants chez l'enfant.....	64
Des facteurs scolaires associés au trouble du TDAH.....	66
IV. Les recommandations des agences et autorités de santé	70
IV.1. En première intention, les réponses non médicamenteuses.....	70
Psychothérapies et pratiques de soin	71
Les pratiques éducatives	72
Les dispositifs d'intervention sociale	73
IV.2. La prescription médicamenteuse.....	73
La prescription de méthylphénidate	74
La prescription d'antidépresseurs	75
IV.3. La pluralité des approches au bénéfice de l'enfant et de sa famille	80
V. Épistémologie de la recherche biomédicale en santé mentale de l'enfant	81
V.1. La recherche d'une étiologie biologique des troubles mentaux	82
À ce jour, pas de preuve d'une étiologie biologique des troubles mentaux	82
Le cas du trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH)	84
Le cas de la dépression et des médicaments antidépresseurs	85
V.2. Biais médiatiques, scientifiques et effets de distorsion	86
L'hypothèse dopaminergique dans le TDAH.....	87
L'hypothèse cérébrale	87
L'hypothèse génétique.....	88
La prévalence du TDAH en France.....	88
Effets du traitement par psychostimulant sur la réussite scolaire des élèves	89
Les biais médiatiques	91
Les conflits d'intérêts dans les pratiques et politiques de soin	93
V.3. La question des modélisations dans la recherche, les politiques et les pratiques de soin psychiques destinées aux enfants.....	94
Trouble du neurodéveloppement et DSM	94
L'enfant, la statistique et les systèmes de modélisation en psychiatrie	97

Partie III. Les psychothérapies :	
intérêt clinique, actualité scientifique, débats et enjeux.....	100
I. Les principales approches psychothérapeutiques	101
I.1. Les psychothérapies orientées par la psychanalyse, les pratiques cliniques et les approches psychodynamiques	103
Les méthodes des psychothérapies d'enfant peuvent varier	104
I.2. Les méthodes cognitives et comportementales	104
I.3. Les thérapies familiales et groupales	105
II. L'évaluation scientifique des psychothérapies.....	107
II.1. Pas de supériorité démontrée d'une démarche sur les autres	107
II.2. La validité scientifique des pratiques orientées par la psychanalyse	109
III. Repères : quelques fondamentaux des pratiques psychothérapeutiques avec les enfants	112
Partie IV. L'éducation, les pédagogies nouvelles et alternatives, les dynamiques inclusives	
	116
I. Quand des pédagogies sont une partie de la solution	117
I.1. L'importance de l'environnement d'apprentissage	118
I.2. La tradition de l'éducabilité et les réponses pédagogiques	119
I.3. Un environnement sécurisant et prévisible à la mesure des enfants	119
I.4. Un environnement qui respecte les besoins physiologiques et psychologiques des enfants	120
I.5. Un environnement où l'enfant est reconnu comme personne à part entière, au sein d'un collectif	120
I.6. Un environnement où l'enfant est responsabilisé dans son rapport à lui-même et aux autres	121
I.7. Un environnement où l'enfant découvre et exerce son pouvoir sur le monde, où l'enfant est conduit à avoir prise sur une partie de son activité	121
I.8. Un environnement avec des adultes sécurisants, étayants et bienveillants	121
II. L'éducation spécialisée.....	123
II.1. Des praticiens de la relation, du terrain et de l'interdisciplinarité	124
II.2. Éducation spécialisée et santé mentale de l'enfant : principes et invariants	125
III. La santé mentale à l'école.....	127
III.1. L'écoute, l'orientation et l'accompagnement	127
Renforcer les données et les connaissances sur la santé mentale des élèves	127
Des élèves pas si heureux.....	128
III.2. Pratiques et dynamiques inclusives	133
Le point de vue du droit : compensation et accessibilité	134

Difficultés et paradoxes de l'inclusion	135
Les parcours inclusifs	138
Un autre regard : les dynamiques inclusives.....	140
Quelques leviers pour une éducation inclusive c'est-à-dire, pour tous	141
III.3. La stratégie interministérielle de renforcement des compétences psychosociales	142
Partie V. La prévention et l'intervention sociale en faveur des enfants.....	146
I. L'impact des facteurs socio-environnementaux : une constante	148
I.1. Les inégalités socio-spatiales d'accès au soin.....	150
I.2. L'accès aux psychothérapies du secteur libéral.....	152
L'exemple nord-américain du « filet de sécurité »	153
« Grandir sans chez-soi. Quand l'absence de domicile met en péril la santé mentale des enfants » (Rapport de l'Unicef 2022)	154
I.3. Renforcer les dispositifs de prévention sociale	155
II. Les pratiques d'intervention sociale	156
II.1. Du bon accueil de l'enfant dans les services et structures.....	156
II.2. Les risques liés au sommeil	157
II.3. Lutter contre les violences faites aux enfants	158
II.4. Soutenir les dispositifs institutionnels et l'accueil des enfants.....	161
II.5. Soutenir et développer les pratiques d'accompagnement médicales, sociales, psychologiques et éducatives.....	161
III. La vie artistique, culturelle, le droit aux vacances et aux loisirs : une question de santé	162
III.1. Culture Santé/médico-sociale pour une action inclusive	163
III.2. La culture au quotidien dès le plus jeune âge	164
III.3. Les problèmes des écrans.....	165
III.4. Le droit et l'accès aux vacances et aux loisirs	166
Personnes et institutions rencontrées et auditionnées	168
Liste des abréviations	169

PARTIE I.

LA SANTE MENTALE DES ENFANTS : UNE DEMANDE EN HAUSSE, UNE OFFRE EN CRISE ET DES RESSOURCES DIFFICILES A MOBILISER



L'offre de soin et d'accompagnement en santé mentale des enfants : une situation alarmante

La santé mentale de l'enfant recouvre des phénomènes complexes, des définitions plurielles, et engage une multitude de dispositifs institutionnels de soin, d'éducation, d'intervention sociale et de prévention. Les enjeux de santé mentale chez l'enfant sont d'autant plus importants qu'ils impactent tous les aspects de la vie de l'enfant – ses émotions, son rapport au langage, au corps, aux savoirs, à lui-même et aux autres, ses liens familiaux et sociaux.

Le Conseil de l'enfance du HCFEA rappelle qu'aider les enfants qui vont mal est un devoir encadré par le droit international des enfants à la santé, droit qui s'impose aux Etats signataires de la convention internationale des droits de l'enfant. Il ne devrait dépendre ni des inégalités d'offre de soin sur son territoire, ni même de la formulation préalable d'un diagnostic, dont on sait qu'il est difficile à poser, complexe et incertain, en santé mentale.

Face à cette polysémie et à la complexité des situations touchant à la santé mentale de l'enfant, on utilisera dans ce rapport l'expression de « souffrance psychique », lorsqu'il s'agit de se tenir au plus près de ce qu'éprouvent et expriment les enfants, et ceux qui les entourent.

Par ailleurs, ce rapport soulignera que, de manière générale, les soins recommandés par les autorités de santé pour les troubles mentaux chez l'enfant concernent en première intention les pratiques éducatives et sociales, le soutien psychologique et les pratiques psychothérapeutiques (p. 63).

Le premier volet du rapport concerne l'offre de soin et dresse un état des lieux des problématiques et des dispositifs de soin, de repérage et de prévention en santé mentale de l'enfant. Il interroge les dynamiques institutionnelles et les politiques dédiées au champ de la santé mentale en France et vise à repositionner les enjeux et les défis relatifs aux soins pédopsychiatriques de manière à mobiliser les ressources nécessaires au soin des enfants et à l'accompagnement des familles.

Il ressort des différents rapports récents mais aussi des services concernés un ensemble de tendances qui créent pour l'enfant en souffrance psychique un « effet-ciseaux » : appauvrissement de l'offre de soin d'une part, augmentation de la demande de soin d'autre part, avec pour conséquence un déficit de prise en charge au détriment de l'enfant et de sa famille.

L'offre pédiatrique et pédopsychiatrique est en recul et ne permet plus d'accueillir dans des délais raisonnables ni d'accompagner au mieux les enfants qui en ont besoin.

Faute de spécialistes, la majorité des consultations de l'enfant est réalisée par le médecin généraliste. Seuls 30 % des enfants sont reçus par un pédiatre, qui concentre sa patientèle sur les moins de 2 ans.

La situation de la médecine scolaire est très altérée, ce qui ne permet plus non plus aux médecins et infirmiers scolaires d'assurer leurs missions d'accueil et de suivi individuel de l'ensemble des enfants qui le demanderaient.

La Protection maternelle et infantile (PMI), aux missions élargies au-delà du sanitaire et de la prévention psychosociale, sans que les moyens supplémentaires nécessaires ne suivent, et avec des effectifs médicaux et paramédicaux en forte baisse, ne peut plus non plus répondre de manière satisfaisante aux besoins des parents et des enfants pour ce qui relèverait de sa compétence.

Parallèlement, le nombre d'enfants en difficulté psychique augmente. Cette augmentation, creusée par le déficit des modalités d'accueil, de soin, mais aussi d'éducation et d'accompagnement, se

double de facteurs sociaux et environnementaux susceptibles d'en accentuer les effets : crise sanitaire, guerre en Ukraine, éco-anxiété, crises économiques et inégalités sociales...

En effet, ainsi que le pointait en 2016 le Rapport Moro et Brisson, « *les lieux de soins étant déjà saturés, la prise en charge des situations de mal-être, moins urgentes, passe au second plan. Cet état de fait a pour conséquence, à terme, d'aggraver la situation, de requérir des soins beaucoup plus lourds et d'entraîner des conséquences plus importantes* »¹.

Pour les deux cas étudiés, le TDAH et la dépression, le nombre de familles et d'enfants qui ne peuvent pas avoir accès dans des temps raisonnables à des réponses adaptées et en particulier, psychothérapeutiques et socioéducatives, s'accroît donc avec deux conséquences majeures :

- l'aggravation de l'état des enfants non pris en charge ;
- une augmentation très inquiétante des hospitalisations en urgence pour des symptômes de souffrance psychique – dont suicide et tentative de suicide chez l'enfant et l'adolescent.

Constat qui pose la question suivante : l'augmentation des prescriptions de psychotropes est-elle liée au manque d'autres aides suffisamment spécialisées et accessibles ?

Les questions de santé mentale touchent à des problématiques et des sémantiques plurielles. Le présent rapport s'inscrit dans la continuité des travaux du Conseil dédié depuis sa création à l'instauration de politiques favorables au développement et à l'épanouissement de tous les enfants et dans le respect de leurs droits.

Si cette étude du HCFEA est notamment suscitée par le constat d'une augmentation de la prescription de médicaments psychotropes aux enfants de plus en plus jeunes, elle évoque aussi les multiples facteurs qui contribuent au mal-être, et parfois aux troubles psychiques dont ils peuvent souffrir. En cela, elle souligne l'urgence à agir pour prendre soin du bien-être et de la santé mentale des enfants. Et ceci dans un contexte sociétal fortement marqué par les crises du Covid, de la guerre en Ukraine et sur fond d'incertitudes économiques et d'inquiétudes écologiques².

La prévention du mal-être des enfants au travers de politiques publiques « bien-traitantes » est l'axe originel des travaux du Conseil de l'enfance du HCFEA, depuis la promotion des temps et lieux tiers des enfants (2018)³, la qualité des modes d'accueil du jeune enfant (2019)⁴, l'accueil inclusif des

¹ Moro M.-R., Brisson J.-L., 2016, rapport Mission bien-être et santé des jeunes, novembre.

² Haut conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge, 2019, *La participation et l'écoute de la parole des enfants dans la transition écologique*, tome 1 Contribution aux travaux du Trentenaire de la convention internationale des droits de l'enfant (Cide). En ligne : https://www.hcfea.fr/IMG/pdf/rapport_participation_transition_ecologique_version_finale_tome_1-2.pdf.

³ Haut conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge, 2018, *Les temps et lieux tiers des enfants*. En ligne : https://www.hcfea.fr/IMG/pdf/rapport_temps_et_lieux_tiers_des_enfants.pdf.

⁴ Haut conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge, 2019, *Pilotage de la qualité affective, éducative et sociale de l'accueil du jeune enfant*. En ligne : https://www.hcfea.fr/IMG/pdf/mis_en_page_rapport_qualite_29-07-19_final.pdf.

jeunes enfants en situation de handicap (2018)⁵, jusqu'à la délicate traversée adolescente des années collège (2021)⁶ – ce dernier rapport comportant déjà des propositions pour réduire les tensions du système de santé afin de répondre aux spécificités des besoins de santé des enfants, et à la souffrance psychique de ceux qui vont mal. Ces travaux ont corroboré les observations des acteurs de terrain et celles rassemblées en particulier dans le rapport de la Cour des comptes⁷ de 2021, qui alertait sur les enjeux de santé mentale de l'enfant.

Le point de départ du présent rapport est un double constat. D'une part, l'augmentation des besoins de soutien, d'aide et de soins qui se traduit par un risque d'aggravation ou de mise en danger des enfants faute de réponses adaptées et la recherche de solutions « faute de mieux ». D'autre part, le manque de ressources pour y faire face au moment où ces besoins appellent des réponses adaptées et parfois spécialisées. Cela est dû à une baisse démographique de soignants spécialisés, à des délais d'attente trop longs, à la saturation, au manque de coordination du système de soin spécialisé et à l'inadéquation de sa répartition sur les territoires.

Parmi ces solutions, la France s'est engagée, à la suite d'autres pays, dans le recours de plus en plus fréquent à la prescription en première intention de médicaments psychotropes, y compris pour des enfants très jeunes, et souvent sans pouvoir y associer un suivi complémentaire de l'enfant, spécialisé et ajusté, ce qui ne correspond pas aux recommandations des autorités de santé⁸.

L'objectif de ce rapport est de rappeler à quel point la santé et le bien-être mental des enfants est une préoccupation qui doit mobiliser toute la société et les réponses que doivent d'abord y apporter tous ses acteurs des champs de l'action éducative et sociale. Mais ce rapport veut aussi analyser en priorité la capacité du système de soin à répondre aux situations de souffrance psychiques de l'enfant et aux demandes des familles, afin de proposer des voies d'amélioration de ces accompagnements et prises en charge. Il aborde également les leviers qui en amont et autour de la souffrance psychique, peuvent aider les enfants, en termes d'éducation inclusive, de ressources pour prévenir et réduire des facteurs de risque, d'outils pour y faire face et de réduction des inégalités sociales.

Dans cette perspective, le Haut Conseil a procédé à l'analyse de l'ensemble des rapports officiels des institutions publiques dédiées à la santé mentale de l'enfant afin d'en produire un état des lieux et les constats congruents concernant le champ de la santé mentale de l'enfant en France. Cette

⁵ Haut conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge, 2018, *Accueillir et scolariser les enfants en situation de handicap, de la naissance à 6 ans et accompagner leur famille*. En ligne : https://www.hcfea.fr/IMG/pdf/Rapport_inclusion_handicap-petite_enfance_VF.pdf

⁶ Haut conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge, 2021, Conseil de l'enfance, *La traversée adolescente des années collèges*. En ligne : https://www.hcfea.fr/IMG/pdf/hcfea_rapportanneescollege.pdf.

⁷ Rapport d'enquête de Mme Marie-George Buffet pour mesurer et prévenir les effets de la crise du Covid-19 sur les enfants et la jeunesse, décembre 2020.

⁸ Ponnou S., Haliday H., Thomé B., Gonon F., 2022, La prescription de méthylphénidate chez l'enfant et l'adolescent en France : caractéristiques et évolution entre 2010 et 2019, *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, n° 70 (3), p. 122-131 ; Ponnou S., Thomé B., 2022, ADHD diagnosis and methylphenidate consumption in children and adolescents: A systematic analysis of health databases in France over the period 2010-2019, *Frontiers in Psychiatry*, 13, 957242-957242. Voir également partie II du présent rapport.

analyse de la littérature a été enrichie par les entretiens ou les auditions avec des personnalités du champ de la pédopsychiatrie, de la santé mentale de l'enfant, ainsi que des échanges avec les administrations de référence ⁹.

Cette démarche globale conduit à structurer un état des lieux en trois parties:

1. la santé mentale de l'enfant : complexité et éléments de définition ;
2. une augmentation de la demande de soin et une aggravation de la souffrance psychique de l'enfant et de l'adolescent ;
3. un déficit chronique de l'offre de soin psychique à destination de l'enfant.

⁹ Voir liste des entretiens, des groupes de travail et des personnes auditionnées p. 168.

I. SANTE MENTALE DE L'ENFANT, PLUSIEURS NIVEAUX DE COMPLEXITE

« *Le premier problème de santé de l'enfant, c'est la santé mentale* » OMS, 2021

La santé mentale de l'enfant recouvre des phénomènes complexes, des définitions plurielles, et engage une multitude de dispositifs institutionnels de soin, d'éducation, d'intervention sociale et de prévention. Les enjeux de santé mentale chez l'enfant sont d'autant plus importants qu'ils impactent tous les aspects de la vie de l'enfant – ses émotions, son rapport au langage, au corps, aux savoirs, à lui-même et aux autres, ses liens familiaux et sociaux.

La santé mentale des enfants et des adolescents dans le monde (OMS 2020)¹⁰

Principaux faits :

- une personne sur six est âgée de 10 à 19 ans ;
- la moitié des problèmes de santé mentale commencent avant l'âge de 14 ans, mais la plupart des cas ne sont ni détectés ni traités¹¹ ;
- avant les impacts de la pandémie Covid-19, le suicide était déjà la troisième cause de mortalité chez les 15-19 ans (nous ne disposons pas, à date, de chiffres consolidés concernant les 11-15 ans) ;
- à l'échelle mondiale, la dépression est l'une des principales causes de morbidité et d'invalidité chez les adolescents ;
- les problèmes de santé mentale représentent 16 % de la charge mondiale de morbidité et de blessures chez les personnes âgées de 10 à 19 ans.

Lorsqu'ils ne sont pas traités, les problèmes de santé mentale des adolescents ont des conséquences physiques et mentales compromettant la possibilité de mener une vie équilibrée à l'âge adulte.

Selon l'OMS, les questions de santé mentale sont la principale problématique de santé des enfants en France : « *en France, pour les jeunes âgés de 5 à 14 ans, de façon inattendue, ce sont les maladies dites mentales qui ont les conséquences les plus importantes, suivies des troubles dus à*

¹⁰ OMS, 2021, <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>, dans HCFEA, 2021, *La traversée adolescente... op. cit.*

¹¹ Kessler R.C., Angermeyer M., Anthony J.C. *et al.*, 2007, Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative, *World Psychiatry*, 2007-6, p. 168–76.

une mauvaise alimentation. Enfin, pour la tranche d'âge allant de 15 à 29 ans, les maladies mentales dominant encore plus largement »¹².

Pour le pédopsychiatre Bruno Falissard, ce constat engage « *un changement radical dans notre façon de considérer le soin à apporter aux enfants* »¹³ qui appelle, pour mieux prendre en compte la dimension du soin psychique, à distinguer les enjeux propres à la souffrance psychique de ceux liés à la maladie organique.

En France, en 2019, les troubles de la santé mentale concerneraient environ 2 % des enfants de moins de 5 ans, 12 % des enfants de 5 à 9 ans et plus de 20 % des enfants de plus de 10 ans. La moitié des troubles mentaux se manifestent avant l'âge de 14 ans¹⁴.

La pandémie a mis en lumière les problématiques de santé mentale des enfants, leur dégradation, et la dégradation du système de soin, d'éducation et de prévention en France. Un ensemble d'instances et d'experts alertent ainsi depuis 2020 sur la dégradation sensible de la santé mentale des enfants et des adolescents durant la crise sanitaire de Covid-19 – et au-delà, sur les défaillances du système de soin en psychiatrie.

I.1. Santé mentale, souffrance psychique : des intersections à expliciter

Les questions de santé mentale se situent à l'intersection de phénomènes complexes¹⁵ qui touchent notamment :

- à la diversité des représentations des troubles mentaux, de leurs causes, des facteurs de risque, et des dispositifs thérapeutiques les plus adaptés au soin et à l'accompagnement des personnes ;
- au nombre et à la variété des altérations de santé mentale qui touchent à la manière « d'être au monde » de chaque enfant, sa relation aux autres ou à ses diverses sphères d'activités ;
- aux questions de validité et de fiabilité des grilles diagnostiques se référant essentiellement à la description de comportements, qui excèdent largement les dimensions du normal et du pathologique ;
- à la singularité des situations et à la manière particulière dont la souffrance psychique affecte les individus ;
- à l'articulation fine des problématiques de santé mentale et des enjeux relatifs aux inégalités sociales, à la vie professionnelle des parents ou à la scolarité – autrement dit la sensibilité des maladies mentales à l'environnement, social, familial, territorial et institutionnel ;

¹² OMS, 2021, factsheet, Santé mentale des adolescents, 17 11 2021 <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>.

¹³ Libération, Chronique « Que faire face aux souffrances psychiques de l'enfant ? », 3 mars 2020.

¹⁴ <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>

¹⁵ Les éléments à suivre sont notamment extraits de l'audition de Xavier Briffault auprès du Haut Conseil le 20 mai 2022.

- à la faible prise en compte des résultats de la recherche sur les limitations des approches biomédicales dans le discours et les politiques publiques¹⁶ ;
- aux difficultés thérapeutiques et à la chronicité des troubles psychiatriques ;
- aux difficultés liées à la prévention :
 - o en termes de prévention primaire, à agir sur les déterminants sociaux, environnementaux, organisationnels, éducatifs, biologiques, etc.
 - o en termes de prévention secondaire, à agir sur la souffrance psychologique, les altérations de la santé mentale et les prodromes des troubles ;
 - o en termes de prévention tertiaire, à pallier les conséquences des troubles, leur propension à se chroniciser et à récidiver ;
- à une morbidité/mortalité importante en lien avec le travail, l'éducation, la relation aux proches, l'hygiène de vie.

Les questions de santé mentale relèvent également de faits sociaux qui structurent des communautés, voire des identités, et ne sauraient se réduire à des traits pathologiques¹⁷

Cette complexité est renforcée dans le cas de la santé mentale de l'enfant, qui est par définition un être en développement : les logiques relatives à la santé mentale de l'adulte ne sauraient s'appliquer telles quelles au domaine de l'enfance. Les diagnostics ne peuvent non plus s'appliquer à l'enfant de façon figée et doivent être réévalués tout comme les traitements proposés, finement et régulièrement :

- il s'agit de considérer la spécificité des soins psychiques adressés à l'enfant qui ne peuvent être identiques aux soins adressés à l'adulte ;
- l'enfant est particulièrement sensible aux facteurs familiaux, scolaires, sociaux et environnementaux susceptibles de fragiliser ou consolider son équilibre psychique ;
- il dispose de ressources et fait preuve de capacités d'invention pour traiter les difficultés qui peuvent engendrer des situations de souffrance. Le soin doit nécessairement tenir compte des réponses adaptatives de l'enfant – y compris symptomatiques.

Il s'agit donc, ici, de soutenir la spécificité « enfant » des enjeux et des modalités de soin et d'accompagnement qui leur sont destinées, ainsi qu'à leurs parents et leur fratrie.

¹⁶ Voir notamment la partie II.V – Épistémologie de la recherche biomédicale en santé mentale de l'enfant. Ce rapport n'a pas étudié les recherches en cours sur les déterminants éventuels liés à l'environnement au sens écologique du terme.

¹⁷ Falissard B., 2021, Did we take the right train in promoting the concept of "Neurodevelopmental disorders"? *European Child & Adolescent Psychiatry*, 30(2), 179-181.

1.2. Éléments de définition

Bien-être, détresse psychologique et troubles psychiatriques

« La santé est un bien qu'il faut conquérir et conserver. Le bien-être n'est ni le confort, ni le contraire de l'effort. Bien être, c'est être bien. C'est un droit et un devoir, envers soi et envers les autres. L'éducation à la santé, les campagnes de prévention des risques, le repérage des souffrances et la mise en œuvre des soins, s'inscrivent dans le projet national de justice et d'égalité des chances porté en grande partie par l'École républicaine. »

Rapport Moro et Brison, 2016, p. 4¹⁸.

L'OMS définit la santé mentale comme « 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 »¹⁹.

Comme nous l'indiquions déjà en 2021²⁰ (voir annexe I.2.) concernant la santé et le bien-être des pré-adolescents, la distinction entre bien-être objectif (indicateur de santé/morbidité; indicateurs économiques et de niveau de vie) et bien-être subjectif (qualité de vie, satisfaction, bonheur) apparaît progressivement après 1945. Le bien-être devient peu à peu un domaine de recherche fortement investi par les organisations internationales (OMS, ONU, OCDE). Le Conseil européen en 2001, puis la Commission européenne en 2007, affirment pareillement que l'épanouissement individuel, tout autant que la réussite dans la société, n'est pas une promesse ou une récompense et doit être accessible au quotidien. Le bien-être est bel et bien une condition et un objectif.

Cette définition, si elle permet d'embrasser une approche globale, holistique, et heuristique de la santé mentale de l'enfant, apparaît pourtant restrictive, peu adaptée à la complexité des soins psychiques et à la spécificité de la situation de l'enfant, et sans doute parfois trop éloignée des enjeux relatifs à la pédopsychiatrie.

Entre souffrance psychique, urgence psychiatrique et le vaste éventail de la « maladie mentale », la pédopsychiatrie a, le plus souvent, peu à voir avec la seule question du retour au « bien-être » pour l'enfant et sa famille. Ainsi, le pédopsychiatre ne s'occupe-t-il pas du bien-être de l'enfant, mais bien de sa souffrance²¹.

¹⁸ Rapport Moro et Brison, 2016, *op. cit.*

¹⁹ OMS, 2022, Santé mentale : renforcer notre action, 17 06 2022 <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>.

²⁰ HCFEA, 2021, *La traversée adolescente... op. cit* p.14-15 (audition du Pr Claude Martin) et son annexe I.1. Voir aussi Revue des politiques sociales et familiales, 2019, numéro thématique *Le bien-être des enfants : un enjeu politique / Understanding children's well-being: A political issue*, n° 131-132, en ligne https://www.persee.fr/doc/caf_2431-4501_2019_num_131_1_3338

²¹ Audition de Bruno Falissard par le Haut conseil le jeudi 30 juin 2022. Bruno Falissard est psychiatre et professeur à l'université Paris Saclay (INSERM - Centre de Recherche en Épidémiologie et Santé des Populations).

On retrouve cette nécessité de marquer la distinction entre maintien du bien-être et troubles psychiatriques dans la définition que donne Santé publique France, de la santé mentale, en tant qu'elle intégrerait trois dimensions différentes :

- la « santé mentale positive » qui recouvre le bien-être, l'épanouissement personnel, les ressources psychologiques et les capacités d'agir de l'individu dans ses rôles sociaux ;
- la « détresse psychologique réactionnelle » induite par les situations éprouvantes et difficultés existentielles (deuil, échec relationnel, scolaire, etc.), qui n'est pas forcément révélatrice d'un trouble mental ;
- les « troubles psychiatriques » de durée variable, plus ou moins sévères et/ou handicapants, qui se réfèrent à des classifications diagnostiques renvoyant à des critères, à des actions thérapeutiques ciblées, et qui relèvent d'une prise en charge spécifique.

Soins primaires, secondaires et tertiaires, et gradation des soins

Passant de la définition de la santé mentale à celle des catégories d'action à lui appliquer, la Cour des Comptes en 2021 avait choisi de distinguer :

- « d'une part, **le besoin en soins de "psychiatrie"**, qui couvrent le champ des troubles psychiatriques répertoriés dans la classification officielle (CIM10) ;
- d'autre part, **le besoin de soins en "santé mentale"**, qui répond à des **symptômes passagers**, souvent en réaction à des conditions sociales ou à des événements de vie. Ces derniers ne correspondent pas à des troubles psychiatriques **et ne nécessitent pas de soins de cette discipline** mais plutôt une prise en charge "psycho-sociale" »²².

À ces différents types de besoins, correspondent en principe deux niveaux distincts de prise en charge dans le système de soins primaire (avec les médecins traitants et des intervenants dits de « première ligne ») et dans le système spécialisé en psychiatrie, lui-même segmenté en psychiatrie libérale ou publique, avec différentes modalités de prise en charge à temps plein, à temps partiel ou en ambulatoire.

L'offre de soins en pédopsychiatrie désigne alors **l'ensemble des dispositifs relatifs à la prise en charge sanitaire** des enfants et adolescents présentant un trouble psychique caractérisé, selon les classifications diagnostiques en vigueur. Ces prises en charge **thérapeutiques, médicamenteuses ou non, ayant à s'articuler avec un ensemble d'autres réponses éducatives, sociales et préventives tout aussi indispensables**.

La gradation de l'offre, et surtout sa correspondance avec les différents niveaux de besoins, serait ainsi l'un des enjeux majeurs du système de soins psychiatrique français, actuellement peu lisible et peu efficient²³ (HCSP, 2022).

²² Cours des comptes, 2021, Parcours de soin, Synthèse, p. 7.

²³ HCSP, 2022, Professionnels de santé et offre de soins pour les enfants : enjeux quantitatifs et qualitatifs : <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1247>

Dans cette perspective, certains rapports ou missions²⁴ ont fait le choix de distinguer :

- la « détresse psychologique » ou le « mal-être » qui sont des symptômes passagers, très fréquents, souvent consécutifs à des événements négatifs et qui n'entrent pas à proprement parler dans le champ de la psychiatrie car ils ne correspondent pas à des diagnostics ;
- les troubles dits « légers » ou « modérés » (la plupart des troubles dépressifs et anxieux), relativement fréquents, qui concernent presque un tiers de la population en termes de prévalence²⁵ sur la vie entière (un quart environ pour l'année en cours) ;
- les troubles « sévères », moins fréquents (1 % pour les troubles psychotiques dont les troubles schizophréniques, 2 à 3 % pour les troubles bipolaires, auxquels s'ajoutent les formes sévères des autres troubles, soit au total 7 à 8 % sur la vie entière), qui demandent des parcours de soins plus complexes impliquant des hospitalisations et, pour certains, une réinsertion longue au-delà du champ sanitaire.

Des catégorisations hétérogènes, et qui font débat

Si le constat d'une offre en crise est partagé au sein de la profession, en revanche, les causes et les solutions divisent. Ainsi, les catégorisations évoquées ne sont pas sans faire débats²⁶. En effet, la réalité des expériences vécues par les enfants, les adolescents et les familles peut s'avérer très différente des appréciations classificatoires : certains troubles dits réactionnels ou déclenchés par des événements de vie peuvent révéler leur sévérité au long des parcours de vie des sujets. A *contrario*, certaines pathologies dites sévères peuvent s'aménager, se stabiliser et se compenser. Dans d'autre cas encore, le comportement de l'enfant est jugé problématique par ses parents, ses enseignants ou son environnement, sans que la souffrance ne soit au premier plan du tableau clinique.

Certains professionnels appellent de leurs vœux une forme de rationalisation de l'orientation des patients vers certaines spécialités, selon la sévérité de leur situation, quand d'autres en appellent à la qualité de la relation de soin et redoutent une managerialisation des soins psychiques mettant en avant une approche neurologique au détriment des autres approches.

Face à cette polysémie et à la complexité des situations touchant à la santé mentale de l'enfant, on utilisera dans ce rapport, selon le contexte, l'expression de « **souffrance psychique** » lorsqu'il s'agit de se tenir au plus près de ce qu'éprouvent et expriment les enfants et ceux qui les entourent.

Le Conseil de l'enfance rappelle qu'aider les enfants qui vont mal est un devoir encadré par le droit international des enfants à la santé, droit qui s'impose aux États signataires de la convention internationale des droits de l'enfant. Il ne devrait dépendre ni des inégalités d'offre de soin sur son territoire ni même de la formulation préalable d'un diagnostic, dont on sait qu'il est difficile à poser, complexe et incertain en santé mentale.

²⁴ Cours des comptes, 2021, *op. cit.*

²⁵ La prévalence désigne l'ensemble des cas d'un phénomène de santé sur une période donnée.

²⁶ La très grande souffrance de la psychiatrie française, *Le Monde*, 17 juillet 2020 :

https://www.lemonde.fr/sante/article/2020/07/17/la-tres-grande-souffrance-de-la-psychiatrie-francaise_6046447_1651302.html

II. AUGMENTATION DE LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE DE L'ENFANT ET DES DEMANDES DE SOINS

En population générale une augmentation des états dépressifs

La prévalence des états dépressifs en population générale a plus que doublé entre fin septembre et fin novembre 2020 passant de 10,9% à 22,6% (Coviprev²⁷).

Hors épidémie, 9,8 % de la population déclarait un état dépressif, 13,5 % de l'anxiété, 4,7% des pensées suicidaires et 49,4 % des troubles du sommeil. En décembre 2022 ils sont respectivement encore de 17,7%, 24,1%, 10,2% et 68,5%.

Certaines catégories de la population sont plus particulièrement touchées : les femmes, les jeunes – inquiets pour leur scolarité ou leur insertion professionnelle – et les seniors sensiblement plus concernés par la solitude. Concernant les jeunes, avant la crise, près de 8 % des adolescents de 12 et 18 ans souffraient d'une dépression selon la Haute Autorité de Santé²⁸.

L'ONS pointe une dégradation particulière de la santé mentale des jeunes femmes, avec « *une hausse des syndromes dépressifs, qui n'ont pas retrouvé les niveaux antérieurs à la pandémie (...) et avec une forte augmentation des hospitalisations pour lésion auto-infligée après le second confinement* ». L'augmentation des taux de dépression et d'anxiété peut favoriser une hausse liée des comportements d'automutilation et des conduites suicidaires.

Les enfants et adolescents, plus particulièrement touchés

Les enfants et adolescents sont de plus en plus nombreux à connaître un épisode dépressif.

Selon un sondage publié en mars 2022 pour l'association Psychodon, un jeune sur quatre déclare être malheureux et 24 % des jeunes sondés déclarent avoir des pensées suicidaires au quotidien. « *Si le sondage portait sur les 14-16 ans voire même sur les 12-14 ans, on trouverait les mêmes chiffres ; il y a beaucoup de passages aux urgences pour des pensées suicidaires voire des passages à l'acte chez les adolescents avec des scarifications, des intoxications médicamenteuses volontaires* »²⁹ estime Alice Oppetit, pédopsychiatre à la Pitié Salpêtrière à Paris.

L'ensemble des rapports, missions ou experts témoignent d'une **augmentation de la souffrance psychique de l'enfant et des demandes de soin depuis 2021** (voir annexe I.1.).

²⁷ Etude Coviprev, <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/coviprev-une-enquete-pour-suivre-l-evolution-des-comportements-et-de-la-sante-mentale-pendant-l-epidemie-de-covid-19>

Résultats par vague 2020-2022 : https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/501434/file/enquete_coviprev_sm_tab1_110123.pdf

²⁸ « *Dépression de l'adolescent : comment repérer et prendre en charge* », Haute autorité de santé, 2014.

²⁹ <https://www.enfancejeunesseinfos.fr/sante-mentale-25-des-jeunes-declarent-etre-malheureux/>.

Les données issues du point épidémiologique mensuel dédié à la santé mentale³⁰ le confirment : **les indicateurs de souffrance psychique chez les enfants âgés de 11 à 17 ans restent à des niveaux élevés début 2022, comparables voire supérieurs à ceux observés début 2021.**

D'après l'Observatoire national du suicide (ONS)³¹, le suicide est la troisième cause de mortalité chez les adolescents âgés de 15 à 19 ans, après les accidents de la route et la violence interpersonnelle³².

En France, depuis plus de deux ans, la presse s'est fait écho d'articles de professionnels³³ : le nombre de consultations pour geste suicidaire augmente, et concerne presque exclusivement les filles³⁴. Ainsi, selon une étude publiée dans une revue américaine de référence, et qui converge avec les données de Santé Publique France³⁵, **le nombre d'admission des moins de 15 ans à l'hôpital Robert Debré pour tentative de suicide a augmenté de 299% entre juillet-août 2019 et mars-avril 2021**³⁶.

D'après les remontées des services d'urgence³⁷, le pic des quatre dernières années se situe en mai 2022. De même, la forte augmentation **des appels aux centres antipoison pour tentative de suicide** en 2021 repose essentiellement sur la hausse importante des appels concernant les **jeunes filles et jeunes femmes âgées de 12 à 24 ans**, dont la moyenne annuelle de 2021 est supérieure de moitié à celle des trois années précédentes. En 2021, une aggravation de la santé mentale des collégiens, les lycéens et les jeunes adultes

³⁰ Santé publique France, 2022, Santé mentale des adolescents : Santé publique France rediffuse et renforce sa campagne #JenParleA, 14 03 2022 <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2022/sante-mentale-des-adolescents-sante-publique-france-rediffuse-et-renforce-sa-campagne-jenparlea>

³¹ ONS, 2022, 5^e rapport, *Suicide, Mesurer l'impact de la crise sanitaire liée au Covid-19*. Effets contrastés au sein de la population et mal-être chez les jeunes. Septembre 2022

³² OMS, 2019 ; Wasserman, *et al.*, 2021, in ONS, 2022, *op. cit.*

³³ *Libération*, dossier Pédopsychiatrie, Covid-19 et mal-être des enfants : que faire ?, 22 novembre 2021 :

https://www.liberation.fr/societe/sante/covid-19-et-mal-etre-des-enfants-que-faire-20211222_ERQQSR5IKBFJFIOV7JLEAFNWKI/ ; France Info, 15 février 2023 [Dépression, tentatives de suicide chez les ados : l'alarmante bombe à retardement de la crise Covid](#)

³⁴ *Libération*, SOS d'une jeunesse en détresse, Explosion du nombre de gestes suicidaires chez les adolescentes en 2021, 10 janvier 2022 :

https://www.liberation.fr/checknews/gestes-suicidaires-chez-les-adolescentes-sos-dune-jeunesse-en-detresse-20220110_USG4W6Q5WNAZZBJLED5776FUSM/?redirected=1 .

³⁵ Ousour,

³⁶ Depuis 2021, on compte plus de 40 admissions pour tentatives de suicide par bimestre dans l'hôpital Robert-Debré, c'est deux fois plus qu'avant 2020, et même quatre fois plus que pendant la période 2011-2017.

L'augmentation apparaît ainsi comme le fruit d'un double phénomène selon l'étude : une tendance longue et haussière, depuis environ 2016, mais aussi une accélération forte dans la période de la pandémie.

³⁷ Analyse des regroupements syndromiques de Santé mentale - Passages aux urgences du réseau Ousour® et actes médicaux SOS Médecins, Santé publique France, Point du 18/07/2022 <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/454911/3548879>.

Le rapport du HCFEA de 2021, à la suite de son rapport sur les données³⁸ de 2018, qui soulignait déjà le manque de données et de recherches sur l'enfance et l'adolescence, avait pointé la problématique particulière de la santé mentale des pré-adolescents³⁹ (voir Annexe I.3). La prime adolescence est un concept récent et opérationnel désignant un **âge mal connu et trompeur**, lourd de ses transformations psychiques et physiologiques, une **période sensible, une plaque tournante** entre vulnérabilisation et fenêtre d'opportunité des politiques de l'enfance, de prévention globale et de réduction des inégalités de parcours sur le long terme.

En s'appuyant notamment sur les données de l'enquête Enclass (voir notamment Du Roscoät, Léon, Sitbon et Briffault, 2016⁴⁰) on constate que si les adolescents se disent plutôt satisfaits de leur vie (80%) cet état peut coexister avec des symptômes de mal-être. Selon différentes variables (dont le sexe, les facteurs socio-économique, la situation familiale, le redoublement...) la situation au regard de la santé mentale et du bien-être est contrastée, ainsi, la dépression touche surtout les filles (deux fois plus) sans que cela ne se traduise par des signes facilement repérables par les parents (voir notamment Léon, Spilka, Ehlinger et Godeau, 2021⁴¹).

La crise sanitaire a encore aggravé la situation. Ainsi, la hausse amorcée dès la première semaine de 2021, du nombre de passages aux urgences pour idées suicidaires (+103 % par rapport à 2018-2019), se poursuit jusqu'à la mi-novembre 2021 en particulier chez les collégiens et lycéens âgés de 11 à 17 ans⁴² (graphique 2) : +35 % chez les sujets âgés de 11 à 17 ans de début janvier à mi-novembre, **et +52 % chez ceux âgés de 11 à 14 ans.**

À partir de janvier 2021, une **intensification de la hausse des passages aux urgences pour trouble de l'humeur** a également lieu chez les individus âgés de 11 à 17 ans (+60 %). Celle-ci est plus marquée chez les patients âgés de 11 à 14 ans (+79 %).

En revanche, aucune augmentation des passages aux urgences en lien avec la santé mentale n'est constatée chez les adultes de 25 ans ou plus. **Il y a donc bien une spécificité de la dégradation de la santé mentale des enfants et adolescents.**

Pour certaines catégories d'enfants et d'adolescents, la situation est particulièrement difficile. **Les enfants dont l'Aide sociale à l'enfance a la responsabilité sont beaucoup plus touchés par des troubles psychiques et des situations de souffrance psychique, en général, et a fortiori depuis la crise sanitaire** (voir encadré ONPE ci-dessous et CNPE).

³⁸ HCFEA, rapport du Conseil de l'enfance, 2019, *Des données et des études publiques mieux centrées sur les enfants 2018-2019* : <https://www.hcfea.fr/IMG/pdf/rapportconseilenfanceadonneesjuillet2019.pdf>

³⁹ HCFEA, 2021, *La traversée adolescente... op. cit*

⁴⁰ Du Roscoät E., Léon C., Sitbon, A. & Briffault, X., 2016, Appréhender la santé mentale des collégiens : un croisement d'indicateurs. *Agora débats/jeunesses*, H, 57-78. <https://doi.org/10.3917/agora.hs01.0057>

⁴¹ Léon C., Spilka S., Ehlinger V. et Godeau E., 2021, Santé mentale et bien-être, Résultats de l'Enquête nationale en collèges et en lycées chez les adolescents sur la santé et les substances - EnCLASS 2018.

⁴² +126 % chez les 11-17 ans de la première semaine de janvier à la mi-novembre, par rapport à la même période en 2018-2019. L'augmentation sur cette période, quoique très importante, est de moindre intensité au sein de la classe d'âge suivante (18-24 ans).

Encadré la santé mentale des enfants en protection de l'enfance⁴³

Le 16^e rapport de l'ONPE au Gouvernement et au Parlement, remis à la Secrétaire d'Etat en charge de la protection de l'enfance en juillet 2022, est consacré à la santé des enfants protégés. Il s'appuie sur de nombreuses recherches internationales et françaises qui montrent **les conséquences sur le développement de la personne des quatre formes de maltraitements reconnues par l'OMS, à savoir les maltraitements physiques, sexuelles, psychologiques et les négligences**.

Les recherches ont constaté que les problématiques de souffrance psychique et des pathologies avérées et sévères sont plus fréquentes chez les enfants relevant de la protection de l'enfance, en raison notamment d'une insécurité psychique précoce et plus globalement des difficultés de leur parcours de vie. Une partie de ces enfants sont concernés par des psycho-traumas complexes, liés à une exposition répétée et durable à des maltraitements. Les enfants protégés ont donc, pour certains, **des besoins très élevés** qui nécessitent **un accompagnement spécifique** ou encore de **soins psychiques renforcés**. Ces enfants sont souvent **orientés tardivement vers le soin**, fréquemment à l'occasion d'états de crise, ce qui accroît un phénomène de **clivage entre les prises en charge éducative et psychiatrique**. L'existence de prises en charge qui développent des approches multiples, articulant un suivi éducatif, des soins pédopsychiatriques et différentes modalités d'approches thérapeutiques constitue une réponse qu'il importe de repérer.

Par ailleurs, la littérature souligne l'importance primordiale d'apporter une réponse adaptée et de haut niveau aux **besoins fondamentaux** de ces enfants pour leur permettre de tirer profit des soins de santé psychique. L'ensemble de ces travaux encourage enfin à porter une attention particulière au bien-être des jeunes dans leur quotidien (alimentation, sommeil, accès à la culture - jeux, livres, sorties culturelles et artistiques, respect du droit aux loisirs et au repos).

Pour en savoir plus, cf. annexe I.4.

Ainsi que l'indique la Drees⁴⁴, « *Certaines problématiques relatives à la protection de l'enfance restent toutefois encore mal éclairées. En particulier, par manque de données individuelles nationales, les caractéristiques ou origines sociales, démographiques et la santé des personnes concernées, restent largement méconnues, qu'il s'agisse des enfants actuellement accompagnés par l'ASE, des adultes l'ayant été dans leur jeunesse, des familles dont ils sont issus. Un manque de statistiques nationales est également constaté sur les motifs d'entrée à l'ASE et les parcours dans et après la sortie du dispositif. Les professionnels intervenant en protection de l'enfance constituent enfin un champ d'études à développer. Afin de combler ces manques, différents leviers nécessitent d'être mis en œuvre, dont voici les principaux.*

- Avant tout, améliorer l'utilisation des données administratives sur l'ASE. [...]
- Améliorer le repérage des personnes concernées par la protection de l'enfance dans les enquêtes statistiques généralistes.
- Développer les études et analyses sur la thématique ».

⁴³ Voir contributions complètes CNPE et ONPE en annexe I.4 et V.4.

⁴⁴ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/protection-de-lenfance-et-de-ladolescence>.

Le Cnis a formulé l'avis pour le moyen terme suivant : « *Le Conseil recommande que la statistique publique consolide son système d'information afin de développer les connaissances relatives aux conditions de vie et au développement de l'enfant et de l'adolescent dans son environnement social et familial. L'approche en termes d'observation des parcours est encouragée. Les conséquences des ruptures familiales sur le quotidien de l'enfant ainsi que la situation et le devenir des enfants concernés par la protection de l'enfance seront principalement examinés.* »⁴⁵.

Les jeunes suivis par la PJJ sont particulièrement exposés aux troubles psychiques en lien avec des facteurs de risque partagés (précarité économique, antécédents de violences physiques et verbales, déscolarisation...) ⁴⁶.

L'étude médico-psychologique réalisée auprès de mineurs suivis par la PJJ en centre éducatif fermé souligne ces nombreux facteurs de vulnérabilités auxquels est exposée cette population adolescente à haut risque médico psychologique⁴⁷.

En effet, sur les 113 adolescents inclus dans l'étude « *45 % présentent un "trouble des conduites isolé", concept qui recouvre largement les actes de délinquance juvénile.*

45,7 % des jeunes au total (soit presque un sur deux) présentent des troubles psychiques variés, (autres que le trouble des conduites isolé), et souvent plusieurs à la fois.

Le trouble le plus fréquent (autre que le trouble des conduites isolé) est le TDAH (trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité) avec 26 % puis viennent les troubles anxieux (20 %).

À noter aussi une prévalence de 17 % pour les troubles de l'humeur, de 7,7 % pour les troubles psychotiques et de 5 % pour le Syndrome de stress post-traumatique (PTSD).

60% des adolescents présentent des scores de développement intellectuel inférieurs à la moyenne, en particulier lorsqu'il existe des troubles psychiatriques, et une exposition aux traumatismes précoce.

Enfin, 18 % des jeunes enquêtés présentent des antécédents de tentatives [de suicide] »

Les populations ultramarines font face à une situation plus dégradée en santé mentale. Les difficultés d'accès à la santé des enfants dans les Drom avait déjà fait l'objet d'un précédent rapport du HCFEA (2021) accompagné de propositions, en particulier autour de la mise à niveau de l'offre

⁴⁵ Cnis, 2019, Avis du moyen terme 2019-2023 du Cnis, Avis 3. Mieux connaître les conditions de vie de l'enfant.

adoptés par l'Assemblée plénière du 31 janvier 2019.

⁴⁶ Choquet M., Hassler C., Morin D., 2004, Santé des 14-20 ans de la protection judiciaire de la jeunesse, Inserm.

⁴⁷ Bronsard.G, Boyer.L, 2019, Étude médico-psychologique d'adolescents placés en centre éducatif fermé en France, Rapport final.

de soin à moyen terme, et à court terme, du renforcement des partenariats avec les acteurs et associations locaux⁴⁸.

Une enquête du Comité pour la Santé des Enfants et des Jeunes (COSEJ) du 12 janvier 2021 sur la Santé mentale des jeunes de 0 à 25 ans indique un nombre élevé de suicides chez les jeunes Amérindiens en Guyane : si l'on prend les chiffres des années les plus défavorables (2014 et 2015), on constate 2,7 fois plus de suicides parmi cette population (46/100 000) que la moyenne nationale (17/100 000).

Focus sur le suicide des jeunes amérindiens en Guyane⁴⁹

Le rapport parlementaire mené par Mmes Aline Archimbaud et Marie-Anne Chapdelaine (2015)⁵⁰ et le rapport IGA/IGESR « Succession récurrente de passages à l'acte suicidaire endeuillant la communauté amérindienne du Haut-Maroni sur la commune de Maripasoula » (novembre 2019)⁵¹ pointent clairement une difficulté spécifique à la Guyane de prise en charge, du fait du déficit en professionnels de santé et de l'offre de soins en psychiatrie, et de manque de données par territoire.

- Le rapport d'inspections recommande d'accélérer la création de l'observatoire régional du suicide (ORS) en Guyane et lui confier l'étude concernant les tentatives de suicide chez les Amérindiens du Haut-Maroni comme priorité.
- Le rapport parlementaire sur le suicide des jeunes amérindiens propose d'« *Elaborer, en s'appuyant sur les forces vives des communautés amérindiennes et notamment sur les femmes et les jeunes, un programme de santé communautaire, incluant les questions de santé mentale, dont la mise en œuvre devra être confiée à une équipe pluridisciplinaire, incluant des ethnopsychiatres, comportant les partenaires locaux de ces programmes* ».

Un programme expérimental de bien-être pour les populations de l'intérieur pour la Guyane relatif à la prévention du suicide de amérindiens porté par le groupe SOS Jeunesse a également été retenu dans le cadre d'un appel à projet lancé par le fonds d'expérimentation pour la jeunesse⁵².

Selon le Cosej, les addictions, mais aussi les violences intrafamiliales, les difficultés d'accès aux lieux de scolarisation, les taux de décrochage scolaire ou d'illettrisme qui diffèrent selon les territoires, mais sont présents sur l'ensemble ont probablement un impact important sur la santé mentale. La prise en charge de ces questions contribuera à un meilleur dépistage et une meilleure prise en charge sanitaire.

⁴⁸ HCFEA, rapport transversal du HCFEA, la situation des familles, des enfants et des personnes âgées vulnérables dans les départements et régions d'outre-mer (Drom) : [rapport du Conseil de l'enfance](#), voir aussi rapport du Conseil de la famille, rapport du Conseil de l'âge, note transversale démographie, accessibles en ligne <https://www.hcfea.fr/spip.php?rubrique34>

⁴⁹ Éléments DGOM sur demande du HCFEA

⁵⁰ Rapport parlementaire mené par Mmes Aline Archimbaud et Marie-Anne Chapdelain sur les suicides des jeunes amérindiens en Guyane française remis au Premier ministre le 30 novembre 2015

⁵¹ Rapport d'inspections Succession récurrente de passages à l'acte suicidaire endeuillant la communauté amérindienne du Haut-Maroni sur la commune de Maripasoula (novembre 2019)

⁵² Appel à projet « Prévention des conduites à risques et meilleur accès aux soins pour les jeunes ultra-marins » du Fonds d'Expérimentation pour la Jeunesse (FEJ) lancé en juillet 2019, intitulé APDOM 6

Comment aider les familles dont un enfant ne va pas bien (à aider leur enfant) ?

Associations et professionnels témoignent des difficultés des familles, déjà éprouvées quand un enfant va mal, pour enclencher un parcours d'accompagnement et de soin et un suivi rapproché de leur enfant. Elles ne savent souvent ni comment aborder la situation de l'enfant, ni surtout vers qui se tourner.

Si le présent rapport n'aborde pas la diversité des situations dans lesquelles l'enfant, les familles et les fratries se trouvent et font face ni l'ensemble des freins et des réponses à leur meilleur accompagnement, le Conseil insiste sur la nécessité d'aider davantage des familles actuellement démunies, et souvent livrées à elles-mêmes pour pallier le manque de réponse structurée et trouver les bons acteurs de soin capables de les aider, elles et leur enfant.

Le soin auprès des enfants qui vont mal demande avant tout que les enfants puissent s'exprimer, être entendus, que l'on aille voir comment ils vont, et qu'on les oriente vers des aides plus précises et qui devraient être accessibles dans les temps qui correspondent à leurs besoins et dans des lieux qui ne soient pas trop éloignés de l'endroit où ils vivent.

Un parcours d'obstacle

Pour les parents, le parcours de soin est devenu un parcours d'obstacle, à un moment où la famille entière est déjà fragilisée parce qu'un de ses enfants va mal. Le manque de repère et de lisibilité, puis d'accès aux professionnels enclenche une série d'épreuves qui ajoutent à la difficulté propre d'avoir un enfant qui va mal, et aux autres fragilités qui frappent plus fortement les familles ces toutes dernières années au travers de crises multiples.

Souvent, c'est par l'échange informel de « bonnes adresses » entre parents qu'elles parviennent à s'orienter, et se confrontent alors à des délais de plus en plus longs pour obtenir un rendez-vous et *a fortiori* un suivi régulier. L'enjeu est véritablement de trouver non seulement un interlocuteur mais encore le bon interlocuteur, c'est-à-dire un spécialiste compétent dans le domaine recherché, rapidement, et pas trop éloigné du domicile. Faute de réussir à se repérer parmi les professionnels et à obtenir ensuite un rendez-vous rapidement, c'est le recours à des intervenants accessibles mais non formés voire non reconnus par le secteur médical et médico-social qui se développe.

Lire les signaux faibles

Une autre problématique concerne la capacité des parents, mais aussi des autres acteurs en contact avec les enfants et les adolescents à lire les signaux faibles d'un trouble ou d'une souffrance psychique. Pour les parents, interpréter ces signes peut être d'autant plus difficile que d'autres difficultés masquent, ou paraissent expliquer ces signaux (séparation, perte d'emploi, de revenus...).

En filigrane, la stigmatisation des troubles psychiatriques, qui pousse à attendre avant de consulter, car « ce n'est peut-être rien », joue également sur le retard de prise en charge.

Le système scolaire pourrait être une aide pour identifier ces signaux faibles, mais les intervenants en particulier les infirmières scolaires sont trop peu nombreux, et la file active, trop importante. En outre ils ne sont pas formés à la santé mentale de l'enfant. En somme, les outils manquent pour

répondre à la problématique de la santé mentale de l'enfant, et l'offre n'est ni accessible, ni lisible, ce qui complique encore la situation des enfants et des familles.

« C'est déjà compliqué pour mes parents »

Dans le cas des familles où un membre a des troubles psychiatriques, l'enfant a tendance à minorer ses propres besoins pour « ne pas en rajouter ». De même, lorsque la famille fait face à des difficultés, (chômage, burn out, précarité, notamment pour les familles monoparentales) il tait davantage ses difficultés car « c'est déjà compliqué pour mes parents ».

Les enfants, en particulier les adolescents, demandent d'ailleurs eux-mêmes à pouvoir consulter sans que les parents le sachent (voir contribution du Collège des enfants du HCFEA en annexe), au moins dans un premier temps. Pourtant il faut pouvoir compter sur la solidarité intrafamiliale, qui reste importante.

La pédopsychiatrie demande de prendre soin dans la durée

Les CMP sont, on l'a dit, peu accessibles tant géographiquement qu'en termes de délais et de suivi. La situation des CMPP devient extrêmement difficile également : ils sont débordés, ont été recentrés sur certains troubles et les familles dont les enfants ont d'autres troubles ont le sentiment qu'elles doivent se débrouiller seules⁵³. Dans les CAMPS, enfin, la file active est très importante et quand le diagnostic est posé, il est très ardu de trouver l'ergothérapeute ou le psychologue disponible et dont le suivi pourra s'installer dans la durée.

La psychiatrie peut nécessiter de tisser la relation dans la durée, ce qui n'est pas forcément le cas d'autres maladies, or installer une relation avec un adolescent ou un enfant demande du temps.

Des addictions de plus en plus tôt qui mettent en danger la santé mentale

Parmi les points d'alerte en santé mentale que relaient les associations, il faut enfin insister enfin sur la question des conduites addictives qui commencent très tôt et peuvent entraîner un cercle vicieux dans lequel l'enfant se retrouve rapidement prisonnier de pratiques qui les rendent dépendants. Très peu de praticiens sont en capacité de répondre à cette problématique chez des enfants or la conduite addictive, notamment en réponse à une difficulté ou à une souffrance peut faire basculer l'enfant vers la pathologie, la tentative de suicide voire le suicide.

⁵³ Comme en témoigne notamment l'Unafam, l'Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques, entretien HCFEA, mars 2023.

L'appui des associations locales

Il existe une multiplicité d'initiatives qui dans différents territoires apportent aux parents des ressources et les appuient. Ainsi, par exemple, Les Funambules Falret, service de l'association Œuvre Falret œuvre entre autre auprès de frères et sœurs de malades psychiques.

Les Funambules

« Faire du domicile le centre de gravité du parcours de santé ».

Les enfants et jeunes frères et sœurs de personnes atteintes de troubles psychiatriques sont souvent présents au domicile, témoins silencieux des troubles. Bien que considérés comme enfants « à haut risque » dans la littérature scientifique, ils sont dans les faits peu pris en compte dans l'organisation des soins.

Les Funambules⁵⁴ est un dispositif global de prévention en faveur de l'entourage jeune des personnes souffrant d'un trouble psychiatrique.

Celui qui côtoie la souffrance d'un proche peut avoir « l'impression de vivre en perpétuel déséquilibre, d'être dans l'incertitude, l'étrangeté, la perplexité, ... ». C'est cette phrase du psychiatre P.C. Racamier qui a inspiré le nom « les Funambules ». Reconnaître l'expérience vécue par ces jeunes permet de renforcer les facteurs de protection et de prévenir les retentissements des troubles. Prendre soin des relations peut avoir un effet préventif sur l'entourage mais aussi un effet soutenant pour les personnes malades. Les objectifs de cette action sont de permettre aux jeunes d'être reconnus dans ce qu'ils vivent, objectiver ce qui se passe pour eux, soutenir leur prise de conscience des retentissements que cette situation peut provoquer chez eux comme chez toute autre personne, informer en tenant compte de leur âge et en respectant leur niveau de questionnement, autoriser l'expression des ressentis dans un cadre sécurisant puisque non diagnostic (et distinct du lieu de soin de leur proche), orienter si besoin vers une démarche thérapeutique ou diagnostique.

⁵⁴ <https://falret.org/services-etablisements/etablisements-services-les-funambules/>.

III. UN DEFICIT CHRONIQUE DE L'OFFRE DE SOIN PSYCHIQUE A DESTINATION DE L'ENFANT

« Quand une jeune adolescente arrive aux urgences pour une tentative de suicide, on sait a priori comment la prendre en charge. Des médicaments au départ, et deux trois séances de psychothérapie par semaine. Mais voilà, on sait que vu la crise actuelle, elle n'aura pas accès à ces séances. Que fait-on ? Comment, en somme, prendre en charge au mieux quand on sait que l'on va faire de la mauvaise médecine ? »⁵⁵

Face à l'augmentation des besoins en santé mentale pour les enfants et adolescents surtout depuis 2021, le constat partagé est celui d'une crise de l'offre de soins en santé mentale et en particulier de la pédopsychiatrie mais aussi des autres intervenants des secteurs médicaux et médico-sociaux.

La crise de la pédopsychiatrie comme réponse spécialisée à la complexe problématique de la souffrance psychique des enfants et des adolescents remet en cause notre capacité même à porter assistance et à rendre effectif le droit à la santé des enfants.

Le constat déjà posé en 2016⁵⁶ d'une aggravation de la santé mentale de l'enfant en lien avec le délitement du système de santé est devenu encore plus aigu depuis l'épisode Covid et doit faire l'objet d'une réflexion et de recherches approfondies.

Partant d'un panorama des dispositifs de soin et d'accompagnement en santé mentale de l'enfant et des réformes récentes des dispositifs de santé à destination de l'enfant, l'analyse des rapports et missions publiques pointe un déficit de l'offre de soin psychique. L'ensemble des rapports officiels des agences ou institutions spécialisées fait le constat d'un déficit des modalités d'accueil et de soin des enfants. Ce déséquilibre entre l'offre et la demande de soin psychique chez l'enfant et l'adolescent en France est non seulement causé par un manque structurel de moyens, mais également par le peu de coordination et de lisibilité des services et tutelles susceptibles de contribuer au soin et à l'accompagnement des enfants.

III.1. L'offre de soin psychiatrique pour les mineurs : insuffisante et saturée

Les données disponibles sur la prise en charge des enfants montre un nombre d'admissions psychiatriques élevé représentant près de 500 000 mineurs, dont 10 % hospitalisés en psychiatrie. Près d'un quart des patients suivis en ambulatoire en psychiatrie sont des mineurs.

⁵⁵ Audition du Pr. Bruno Falissard, pédopsychiatre, HCFEA, le 30 juin 2022.

⁵⁶ *Op. cit*

Un nombre élevé de patients mineurs

Ainsi, les données 2020 de la Statistique annuelle des établissements (SAE)⁵⁷ font état, pour la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de :

- 356 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile pour **1 342 centres médico-psychologiques (CMP) déclarés** par les établissements de santé sur l'ensemble du territoire ;
- 2 239 lits d'hospitalisation temps plein et 9 336 places en hôpital de jour (HDJ) installés au 31 décembre 2020 ;
- une file active totale en psychiatrie infanto-juvénile de 482 455 personnes, tous modes de prise en charge confondus (les enfants et adolescents étant principalement pris en charge en ambulatoire : 422 910 jeunes patients ont une prise en charge exclusivement en ambulatoire).

Les « chiffres clés » en psychiatrie publiés par l'ATIH (Agence technique de l'information sur l'hospitalisation) en 2020, sur les données d'activité 2019⁵⁸, indiquent de leur côté que :

- 50 000 enfants de moins de 18 ans ont été hospitalisés en psychiatrie, soit 3 pour 1 000 enfants de moins de 18 ans (53000 en 202, soit 13,3% des hospitalisations)
- Parmi les prises en charge à temps complet ou partiel, en 2019 ;21 000 patients sont atteints de troubles du développement psychologique dont 16 000 atteints de troubles envahissants du développement (autisme), parmi lesquels 77 % mineurs ;
- Les prises en charge en ambulatoire concernent 2,1 millions de patients, dont 23 % sont mineurs.

Enfin **le panorama 2022 DREES des établissements de santé** (données SAE 2020, p. 116-117, voir annexe I.5.)⁵⁹ précise que :

- Les patients âgés de 16 ans ou moins sont majoritairement pris en charge en ambulatoire, davantage que les adultes. En 2020, les établissements ont pris en charge 43 000 enfants et adolescents à temps partiel ou à temps complet (- 6,3 % par rapport à 2019) et 430 000 en ambulatoire (- 7,9 % par rapport à 2019), solution favorisée pour limiter la séparation de l'enfant de son environnement familial.
- Ces jeunes patients suivis en ambulatoire sont plus souvent des garçons (61 %). Ils ont bénéficié de 5,0 millions d'actes, réalisés essentiellement par des psychologues, des médecins psychiatres ou des pédopsychiatres et des personnels de rééducation, en CMP dans 74 % des cas.
- Les troubles du comportement et les troubles émotionnels de l'enfance et de l'adolescence constituent le motif de recours le plus fréquent en ambulatoire.
- Pour les enfants et les adolescents, 56 % des journées relèvent d'une prise en charge à temps partiel, contre 11 % en psychiatrie adulte. Avec la fermeture des établissements de jour et de nuit durant le premier confinement, la part de prises en charge à temps partiel a baissé en

⁵⁷ DGOS, à la demande du HCFEA, juillet 2021

⁵⁸ ATIH, 2022, Chiffres clé 2020 sur 2019 : https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/4416/atih_chiffres_cles_h_2020.pdf. ATIH, 2023, chiffres clé 2021 sur 2020 https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/4416/atih_chiffres_cles_h_2021.pdf.

⁵⁹ Les établissements de santé – édition 2022, Panoramas de la DREES, [ES2022.pdf \(solidarites-sante.gouv.fr\)](https://solidarites-sante.gouv.fr/ES2022.pdf)

2020, plus nettement pour les enfants et les adolescents (– 7 points par rapport à 2019) que pour la psychiatrie adulte (– 6 points).

Une offre pédopsychiatrique insuffisante

- Outre les questions de prévention et d'accompagnement face à des moments de mal-être, se pose la question de la prise en charge et du soin psychologique à apporter aux enfants et aux adolescents en difficulté avérée. Or « *On constate une forte croissance de l'activité en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent depuis plusieurs décennies. Aux jeunes souffrants reçus en inter-secteurs, c'est-à-dire dans le système public gratuit, la file active des enfants et adolescents (jusqu'à 15 ans), vus au moins une fois dans l'année, il faut ajouter les jeunes reçus dans le cadre de la psychiatrie associative (CMPP et dispensaires), dans celui de la psychiatrie libérale, dans celui de la psychiatrie hospitalo-universitaire, par les Maisons des adolescents et les structures d'écoute et d'accueil. À tous ceux-là, il faut ajouter également les jeunes de 15 à 21 ans qui sont pris en charge en psychiatrie adulte par défaut de place en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, sans oublier ceux qui relèvent de la psychiatrie adulte. Une évaluation rapide de la file active cumulée, dans toutes ces structures publiques, associatives et privées, ainsi que des jeunes pris en charge dans le champ médicosocial, amène à considérer que, sans aucun doute, un peu moins d'1 million de jeunes ont consulté au moins une fois dans une structure dédiée, sans pour autant que tous soient ensuite suivis. Ce nombre est à rapporter au nombre de jeunes vivant en France âgés de 10 à 20 ans qui avoisine les 8 millions. On estime à 1,5 million le nombre de jeunes qui auraient besoin d'avoir un projet de suivi ou de soin approprié⁶⁰... [Or] les jeunes qui présentent des signes de mal être ou qui auraient besoin de soins précoces n'étant pas prioritaires [tant qu'une pathologie psychiatrique n'a pas été diagnostiquée], ils ne bénéficient pas des soins qui éviteraient à leur santé de se dégrader* »⁶¹.
- Le rapport S. Mörch et M.-G. Buffet⁶² souligne également la nécessité de **soutenir la pédopsychiatrie et de renforcer le rôle de cette profession** qui traverse une crise profonde au moment où les enfants et les jeunes ont le plus besoin de pédopsychiatres. Les auteurs jugent indispensable de développer davantage les créations de postes, et de dégager les ressources humaines et financières nécessaires au renforcement massif de la pédopsychiatrie, notamment à l'hôpital.
- En matière de psychiatrie des mineurs, plus spécifiquement, le rapport d'information Milon et Amiel (2017)⁶³ dresse « le constat d'une grande difficulté de la discipline, traversant une double crise démographique et universitaire ne lui permettant pas de répondre à des besoins en évolution. Le repérage et le dépistage précoces des troubles doit concentrer l'action de tous les intervenants auprès des enfants, enseignants comme médecins généralistes ou services départementaux de protection de l'enfance, afin d'interrompre le continuum des troubles le plus en amont possible. L'articulation entre le dépistage précoce et la prise en charge doit ensuite être assurée, en confortant les structures et en progressant dans leur coordination, pour que la logique de parcours prime ».

⁶⁰ Inserm, 2009, in Moro et Brison, 2016, *op. cit.* p. 24.

⁶¹ HCFEA, 2021, *La traversée adolescente... op. cit.*, annexe I.3.

⁶² Mörch et Buffet, 2020, *op. cit.*

⁶³ Milon A., Amiel M., 2017, *Rapport d'information sur la situation de la psychiatrie des mineurs en France*, Paris Sénat, 464 p. +annexe (I.3). <https://www.senat.fr/notice-rapport/2016/r16-494-notice.html>.

- La crise sanitaire aggrave l'impact des difficultés d'accès aux soins en pédopsychiatrie.
- La crise sanitaire exacerbe une situation de tension déjà connue. Ainsi un article du HCSP soulignait en 2018 que « le dispositif actuel privilégie les pathologies, une prévention médicalisée et des comportements conçus avant tout comme individuels. Le développement affectif, cognitif ou relationnel n'est pas suffisamment analysé. Les conditions de vie, notamment la pauvreté et la violence ne sont pas suffisamment considérées comme enjeux de santé. La recherche se développe aujourd'hui avec une vision hospitalo-centrée, sans véritable stratégie de recherche sur la santé des enfants ».
- Dans une tribune du 16 mars 2021⁶⁴, et à la suite d'une première alerte un an plus tôt, Thierry Lang⁶⁵ témoigne de l'évolution des admissions aux urgences depuis la crise Covid : « *Nos services d'urgences pédiatriques connaissent depuis l'automne 2020 une « épidémie » de recours pour motifs psychologiques (anxiété, tentatives de suicide, crises, etc.)... Ces admissions ont augmenté de 40 % à 70 %, selon les régions* » (Le Monde, 16 mars 2021). Cette situation contraste avec la **dramatique insuffisance de moyens en pédopsychiatrie**, telle que décrite déjà en 2018 par un rapport de l'inspection générale des affaires sociales (Igas)⁶⁶.

III.2. L'offre de soin en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent : une multiplicité nécessaire

L'offre de soin relève en France d'un ensemble de dispositifs et d'acteurs, de secteurs d'activité et de niveaux d'expertises variés⁶⁷ :

- La mobilisation possible des plateformes de coordination et d'orientation pour suspicion du trouble du neurodéveloppement chez les enfants (PCO TND) en cours de déploiement pour faciliter le diagnostic et la prise en charge précoce : prises en charge par l'Assurance maladie selon les conditions propres au dispositif.
- Les médecins spécialistes et les offres de soins spécialisées, notamment en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, en neuropédiatrie, etc. en lien avec les prises en charge multidisciplinaires : en centre d'action médico-sociale précoce (CAMPS) jusqu'à 6 ans, en centres médico-psychologiques (CMP) et en consultations spécialisées hospitalières (financement assuré par l'ONDAM établissements de santé).
- Les Centre médico-psycho-pédagogique (CMPP), qui proposent également une prise en charge pluridisciplinaire, peuvent aussi assurer le diagnostic et la prise en charge

⁶⁴ https://www.lemonde.fr/idees/article/2021/03/16/covid-19-une-politique-coordonnee-est-necessaire-pour-reparer-les-consequences-des-confinements-sur-les-enfants_6073261_3232.html.

⁶⁵ T. Lang est épidémiologiste, professeur à l'université Toulouse III et au CHU Toulouse. Il est membre du Haut Conseil de la santé publique (HCSP), président du groupe de travail sur les inégalités sociales de santé https://www.lemonde.fr/idees/article/2020/05/02/confines-ou-deconfines-les-enfants-victimes-invisibles-de-la-pandemie_6038421_3232.html.

⁶⁶ Igas, 2018, Rapport, Évaluation de la politique de prévention en protection de l'enfance <https://www.igas.gouv.fr/spip.php?article735>.

⁶⁷ DGOS *op. cit.*

(financement ONDAM médico-social). La prise en charge en CMP et en CMPP est gratuite et prise en charge par l'Assurance maladie.

- Plusieurs dispositifs d'offre d'expertises spécifiées se trouvent par exemple en « centres de référence ». Certains d'entre eux proposent des bilans et prises en charges globales intégrant les difficultés d'apprentissages, d'intégration scolaires des enfants, et de formes d'aides familiales et sociales comme les centres référents sur les troubles du langage et des apprentissages (CRTLA). D'autres ont développé une expertise centrée sur des troubles spécifiques, comme les « dys ». Ces structures sont prises en charge par l'Assurance maladie. Il n'existe pas, à l'heure actuelle, de labellisation officielle nationale portant sur des centres de référence TDAH.

Une réforme des autorisations en psychiatrie est en cours de finalisation et porte sur l'évolution de l'offre de soins, dont la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. En effet, l'activité de psychiatrie est soumise à autorisation, en application de l'article R.6122-25 du Code de la Santé publique (CSP), mais aucun texte de niveau réglementaire n'encadrerait les autorisations de psychiatrie ; ce, jusqu'à la publication prévue ces prochaines semaines des deux décrets relatifs aux conditions d'implantation et conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins en psychiatrie. Seules étaient auparavant fixées des conditions techniques de fonctionnement pour les établissements de santé privés.

Les objectifs principaux de cette réforme sont de :

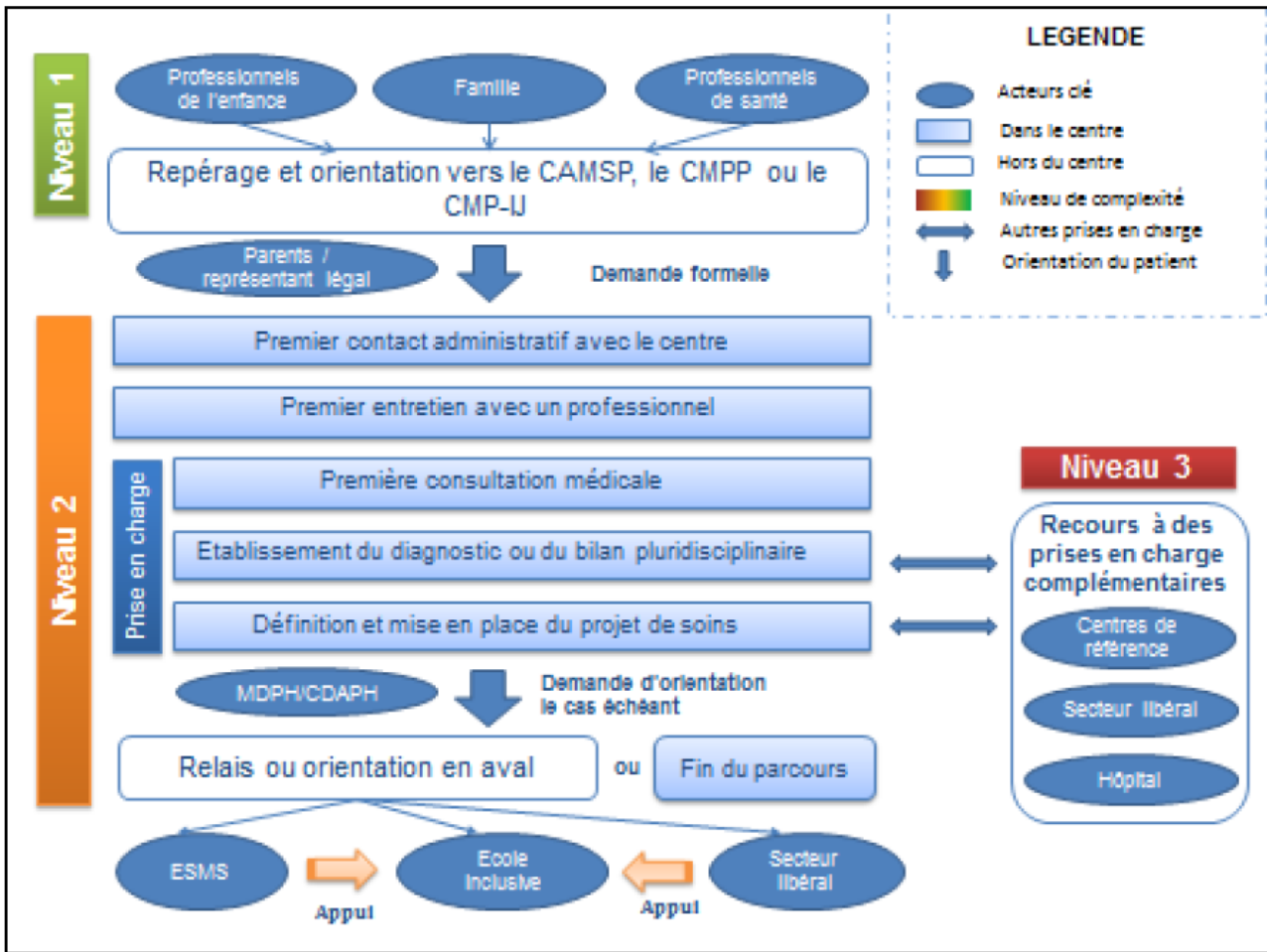
- renforcer la sécurité et la qualité des soins et des pratiques en psychiatrie ;
- améliorer l'accessibilité aux soins et les parcours de soins ;
- renforcer les coopérations entre acteurs sur un même territoire ;
- clarifier les prises en charge en cohérence avec la réforme du financement de la psychiatrie.

L'activité de psychiatrie sera désormais structurée en quatre mentions :

- la mention « Psychiatrie de l'adulte » comprenant les prises en charge de l'adulte ;
- la mention « Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent » comprenant les prises en charge de l'enfant et de l'adolescent de la naissance à l'âge de 18 ans ;
- la mention « Psychiatrie périnatale » comprenant les soins conjoints parents-bébés dès l'antéconceptionnel et le prénatal ;
- la mention « Soins sans consentement » comprenant les prises en charge visées au chapitre II et III du titre I du livre II de la troisième partie du Code de la santé publique.

Jusqu'en 2021, les établissements publics et la majorité des établissements privés non lucratifs ont été financés en DAF (dotation annuelle de fonctionnement), tandis que les établissements privés lucratifs étaient sous OQN (objectif quantifié national) et fonctionnaient en prix de journée. Le secteur privé lucratif représente 11,5 % des capacités d'hospitalisation à temps complet en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et 1,5 % des places en hospitalisation de jour. L'ambulatoire est exclusivement assuré par le secteur public ou privé non lucratif.

Schéma du parcours-type de soins (IGAS, 2018)⁶⁸



Source : IGAS

En 2018 on compte environ 700 000 enfants et adolescents dans la file active des CAMSP, CMPP et CMP-IJ (cf. annexe I.6), soit 1,1 Md€ pour l'assurance maladie dans un contexte de mouvement de réformes en matière de santé mentale (stratégie nationale autisme 2018-2022, feuille de route en santé mentale et psychiatrie annoncée en 2018).

Ces structures « apportent aux enfants et aux adolescents des prises en charge essentielles pour l'accès aux soins, qu'il convient de renforcer compte tenu d'une part des besoins croissants de soins et de la démographie médicale, et d'autre part de leur offre pluridisciplinaire et à proximité des lieux de vie »⁶⁹. Elles assurent des missions de prévention et de soins ambulatoires en accès direct, sans adressage d'un médecin ou de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).

⁶⁸ C.Branchu, J.Buchter, Dr J.Emmanuelli et F-M.Robineau, rapport IGAS, 2018, Évaluation du fonctionnement des Centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), des Centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), et des Centres médico-psychologiques de psychiatrie infanto-juvénile (CMP-IJ)

⁶⁹ Ibid.

Sous la direction d'un médecin, leurs équipes sont pluridisciplinaires et associent professions médicales (pédopsychiatres, pédiatres, spécialistes de la médecine physique et de réadaptation, etc.) et paramédicales (psychomotriciens, orthophonistes, etc.), des psychologues, des intervenants des services sociaux, éducatifs et administratifs répartis sur l'ensemble du territoire. Ils offrent des soins de proximité intégrés dans un environnement dense.

Les professionnels « d'adressage » (école, crèche, premier recours médecin traitant, PMI) orientent les enfants pour un diagnostic et une prise en charge précoces. Pendant le parcours de soins, les parents, l'école, les professionnels extérieurs à ces centres (secteur libéral, centres de références, etc.), contribuent au diagnostic et à la qualité des soins.

Enfin, ces structures développent des liens avec le sanitaire, le médicosocial, ainsi que les acteurs de l'école inclusive : hospitalisation, Instituts Thérapeutiques, Éducatifs et Pédagogiques (ITEP/DITEP), Instituts Médico Éducatifs (IME), Service d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile (SESSAD), Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP), Section d'Enseignement Général et Professionnel Adapté (SEGPA), Unités Localisées pour l'Inclusion Scolaire (ULIS), etc., afin de préparer le relais ou la sortie du parcours de soin.

Comme l'indique le rapport IGAS (2018), la situation s'est dégradée en une vingtaine d'années, pour l'ensemble de l'offre, médico-hospitalière (CMP) et médico-sociale (CMPP, CAMPS). Globalement, la file active a augmenté quelle que soit la structure entre 2006 et 2016.

III.3. Entre l'offre et la demande de soin, un « effet ciseaux » au détriment de l'enfant et de sa famille

S'agissant de la santé des enfants, la loi du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé⁷⁰ indiquait un virage en faveur d'une **Stratégie nationale de santé (SNS)** transversale, visant la réduction des inégalités de santé, avec une visée d'intervention précoce préventive et plus attentive à la santé des enfants en général.

Plusieurs actions, programmes et plans sont ainsi consacrés aux enfants, sans pour autant être toujours coordonnés malgré la création en 2014 d'un comité interministériel de la santé intégrant un comité pour la santé des enfants et des jeunes (Cosej) en charge en particulier du plan prévention lié à la démarche École promotrice de santé. **Les différents plans et dispositifs sont présentés en annexe (I.7.),** ainsi que les enseignements des récents rapports consacrés à la psychiatrie ou à la santé des enfants (**annexe I.8.**)

⁷⁰ <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000031912641>.

Ainsi le rapport sur l'offre de soin pour les enfants réalisé par le HCSP en 2022⁷¹ conclue son bilan de l'offre démographique des professionnels de santé spécialisés sur « *la dégradation globale de la qualité des soins en pédiatrie* »⁷². Pour le HCSP, celle-ci relève à la fois « **d'effectifs insuffisants en experts des différentes spécialités en santé de l'enfant et de la prise en charge par des professionnel(le)s insuffisamment formés par ce défaut d'experts ou par défaut de reconnaissance/valorisation d'expertes (puéricultrices), d'une gradation des soins pas toujours efficiente, d'une illisibilité et d'un défaut de coordination de certains parcours, de répartition de rôles à redéfinir** »⁷³.

Les difficultés mises en lumière concernent le manque de moyens humains, l'inadéquation entre l'offre et la demande de soin, et par voie de conséquence, des phénomènes de dégradation de la santé mentale de l'enfant accentués par l'embolie des services de santé. Les rapports institutionnels pointent également la faible concertation des acteurs/tutelles/institutions concernés par les questions de santé mentale de l'enfant ainsi que le peu de visibilité du système de santé mentale. Ces phénomènes contribuent à l'inadéquation de l'offre de soin aux besoins de la population, aussi bien du point de vue des capacités d'accueil que de la qualité des soins.

Les récents travaux de l'ONS⁷⁴ décrivent en effet un manque de connaissance et de visibilité des ressources disponibles de la part des parents mais aussi des professionnels.

Les rapports de la Cour des comptes *Les parcours dans l'organisation de la psychiatrie* (2021), et *La santé des enfants Une politique à refonder pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé* (2021) établissent des disparités sociales et territoriales, une absence de vision globale des actions territoriales, un manque de suivi des dépenses pour la santé des enfants, et des données éparées, incomplètes, et difficiles à rassembler.

Ainsi, en ligne avec le constat d'une hausse des demandes et d'une crise de l'offre, un rapport de l'IGAS en 2018, et les deux rapports de la Cour des comptes en 2021 documentent clairement un « effet ciseaux » entre une offre en peine voire en crise, et une demande de soins en hausse pour des problématiques plus aigües.

Hausse de la demande, baisse de l'offre

Déjà en 2018, l'IGAS constatait que ces centres destinés au soin psychiques de l'enfant et de l'adolescent (CMP, CMPP, CAMPS, institutions médicosociales) étaient confrontés à une hausse continue de la demande de soins (facteurs socioéconomiques et sociétaux, amélioration de la prévention et du repérage), pour des troubles plus intenses et précoces, et des demandes d'inclusion plus fortes. Elle s'est encore accrue sous l'effet de la pandémie de Covid-19.

Face à ces demandes en hausse, dont une augmentation de demandes de prise en charge pour des « *profils complexes, notamment d'enfants en difficulté sociale* », ces centres font face à **des moyens qui ne progressent pas à hauteur de l'augmentation des demandes** (+ 14 % en 2008-

⁷¹ HCSP, 2022, Professionnels de santé et offre de soins pour les enfants : enjeux quantitatifs et qualitatifs : <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1247>

⁷² *Idem.*

⁷³ *Idem.*

⁷⁴ ONS, 2022, 5^e rapport, *Suicide, Mesurer l'impact de la crise sanitaire liée au Covid-19*. Effets contrastés au sein de la population et mal-être chez les jeunes. Septembre 2022

2018 et ce chiffre demanderait à être actualisé entre 2018 et 2022), et **des effectifs qui diminuent** : démographie médicale défavorable en pédopsychiatrie, faible attractivité des salaires). S'y ajoute une demande de collectifs de parents d'être davantage intégrés à la prise en charge des enfants par ces centres.

L'IGAS constate déjà en 2018 que « **cet effet ciseaux ne permet pas aux centres d'absorber l'ensemble de la demande de soins, malgré les évolutions pragmatiques de leur mode d'organisation. Les délais d'attente peuvent attendre un an d'attente, 6 mois en moyenne, et se mettent en place des priorisations à l'entrée ou la sortie sur critères d'âge, de gravité ou d'urgence des troubles** »⁷⁵.

La mission recommandait notamment de :

- positionner l'offre des centres dans leur environnement ;
- renforcer les capacités et l'efficience de ces centres ;
- piloter les évolutions du dispositif de prise en charge des enfants⁷⁶.

La démographie en berne des médecins pédopsychiatres

Le déficit de pédopsychiatres sur le territoire peut être considéré comme un révélateur du profond malaise dans l'offre de soin en santé mentale de l'enfant.

La diminution du nombre de pédopsychiatres sur les dernières années est importante et durable car liée en partie à la démographie médicale : la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent fait ainsi partie, selon le Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM), des 10 qualifications ayant les soldes les plus déficitaires entre 2020 et 2021 entre entrants et sortants (- 69). Entre 2010 et 2021, **ce solde déficitaire** pour la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (PEA) entre entrants et sortants s'élève à - 420⁷⁷.

Au 1^{er} janvier 2020, 597 pédopsychiatres sont recensés, avec un âge moyen de 65 ans. La densité moyenne est de 5 médecins pour 100 000 habitants de 0-14 ans avec des disparités territoriales suivant un gradient Nord-Sud et une meilleure couverture à Paris, dans les Bouches-du-Rhône et dans le Sud-Ouest de la France. 17 départements (Allier, Ariège, Cantal, etc.) sont dépourvus de praticiens⁷⁸.

Afin de rendre la discipline plus attractive, le ministère de la santé et de la prévention a notamment acté **l'évolution du diplôme d'études spécialisé en psychiatrie** pour améliorer la formation initiale des futurs psychiatres et pédopsychiatres (nouvelle maquette et cinq ans d'étude), et l'appui à la discipline dans la constitution d'un vivier hospitalo-universitaire.

⁷⁵ IGAS, 2018, Évaluation du fonctionnement... *op. cit.*

⁷⁶ *Ibid.*

⁷⁷ CNOM, 2021, *Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1^{er} janvier 2021*:

https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1riyb2q/atlas_demographie_medicale_-_cnom_-_2021.pdf.

⁷⁸ *Atlas de la santé mentale de la Mutualité Française*, juin 2021 (données issues du RPPS-DREES, INSEE) : <https://www.mutualite.fr/content/uploads/2021/06/MF-Sante-Mentale-Observatoire-Juin-2021.pdf>.

La crise Covid : un révélateur du déficit des moyens alloués à la psychiatrie de l'enfant et son manque de reconnaissance

La crise du Covid a eu un effet de révélateur des problématiques de santé mentale au niveau de la population générale, de la vulnérabilité de chacun, ainsi que de la complexité des problématiques et des pratiques de soin psychique. Cette crise a également mis en lumière les apories du système de soin – engageant une véritable prise de conscience et le déploiement de missions dédiées (assises de la psychiatrie, rapports de la Cour de comptes, etc.).

Le rapport annuel du **Défenseur des droits** de 2021⁷⁹ consacré à la santé mentale des enfants souligne :

- le manque de moyens dédiés à la pédopsychiatrie et aux structures médicosociales ;
- **les délais d'attente très excessifs et préjudiciables à l'état de santé de l'enfant** – estimés à 6 mois sur le territoire, 18 mois en novembre 2022 pour le département de la Seine Saint-Denis, jusqu'à deux ans dans certains endroits, sans rapport avec les besoins et le développement de l'enfant ;
- **les structures débordées** – notamment les CMP et les dispositifs hospitaliers essentiels de la prise en charge pédopsychiatrique de secteur ;
- **les sous-effectifs des praticiens dans les services de santé mentale des enfants**, tant du côté des pédopsychiatres que des psychologues, infirmiers, éducateurs ou pédagogues spécialisés que des médecins scolaires, etc.

Ces pénuries, manques et carences privent les enfants en difficulté des diagnostics et de prises en charges pluridisciplinaires garantissant leur meilleure évolution.

Une partie du rapport pointe l'urgence à mieux protéger la santé mentale des enfants les plus fragiles (enfants confiés à l'ASE, enfants victimes de violences, enfants hospitalisés en psychiatrie, enfants en situation de précarité, mineurs incarcérés, mineurs en CRA ou zone d'attentes), présentant des troubles et des difficultés de diverses natures.

Les besoins des patients en soins de pédopsychiatrie ont plus que doublé en vingt ans alors même que la démographie des professionnels de la pédopsychiatrie tend à décliner ; cette pénurie étant aggravée par la faible attractivité de la discipline ainsi que par leur inégale répartition géographique qui entrave l'égal accès au soin de tous les enfants.

La Défenseure des droits recommande que de nouveaux dispositifs soient développés pour favoriser l'accès de tous aux soins de pédopsychiatrie, d'étoffer l'offre de soins, et de proscrire que des patients mineurs soient accueillis en unités psychiatriques pour adultes.

Au printemps 2023, des assises de la pédiatrie et de la santé de l'enfant doivent également se tenir, signe que la prise de conscience est réelle et la problématique de la santé mentale de l'enfant, explicitement dépliée avec les acteurs du secteur.

Dans le même temps, il est essentiel que le dialogue se noue avec le secteur médico-hospitalier et le secteur médical, social et éducatif, le second aussi en grande difficulté, l'un et l'autre articulant la

⁷⁹ Défenseure des droits (2021). *Op.cit.*

réponse complète et actuellement défaillante aux besoins d'un nombre très important d'enfants et parmi eux, une part en grande souffrance psychique.

Pour autant, la situation décrite dans ces différents rapports est connue de longue date par les acteurs de terrain, les institutions et les tutelles.

La presse publie depuis des années des articles, des reportages et des tribunes qui alertent et alarment, sur la dégradation de la pédopsychiatrie et ce que vivent les patients et les familles : « *Oui, par manque de moyens, la pédopsychiatrie doit, depuis des années, trier les enfants* »⁸⁰, « *Pédopsychiatrie – Lorsqu'on dispose de 10 places pour 100 enfants, qui doit-on choisir ?* »⁸¹, « *À Bobigny, des pédopsychiatres mobilisés contre l'écroulement du secteur* »⁸², « *Le nombre d'admissions en pédopsychiatrie explose* »⁸³, « *Pédopsychiatrie : Il faut doubler les moyens* »⁸⁴... Des constats, inquiétudes et expressions similaires étaient déjà présents dans le courant des années 2000 : « *La pédopsychiatrie maltraitée* »⁸⁵, « *La pédopsychiatrie peine en Seine-Saint-Denis* »⁸⁶, « *La psychiatrie infantile malade de sa pauvreté* »⁸⁷. Autant d'alertes répétées des professionnels et des institutions de soin ces vingt dernières années.

Ce type d'observation ne concerne pas que les médecins pédopsychiatres, mais plus largement les psychologues, les infirmiers, les professions paramédicales, les éducateurs ou les enseignants spécialisés qui travaillent dans les services de soin ou à l'école. Autrement dit, tous les métiers qui par leur pluridisciplinarité contribuent à la qualité et la modularité de la prise en charge des enfants.

Dans ces conditions, faute de personnels formés et qualifiés et de praticiens en nombre suffisants dans les services, comment penser des soins psychiques de qualité à destination de l'enfant ?

L'urgence à agir

Face au constat commun, partagé, convergent et ancien des rapports successifs désignant « l'effet ciseau » d'augmentation de la demande (ou pour mieux dire, des besoins) et diminution de l'offre (ou pour mieux dire, des réponses accessibles), et des alertes des professionnels, la Cour des comptes (2021) recommande de spécialiser les offres et de jouer sur l'orientation en fonction de la sévérité, pour réserver la pédopsychiatrie aux cas les plus graves et en mobilisant le médecin traitant pour les cas légers à modérés, le pré-diagnostic et l'orientation.

L'IGAS (2018) propose plutôt de spécialiser l'offre en fonction des besoins locaux.

⁸⁰ Collectif Pédopsy 93, « *Oui, par manque de moyens, la pédopsychiatrie doit, depuis des années, trier les enfants* », Le Monde, vendredi 25 novembre 2022.

⁸¹ Clémentine Rappaport, Pédopsychiatrie « *Lorsqu'on dispose de 10 places pour 100 enfants, qui doit-on choisir ?* », Le Parisien, mardi 13 décembre 2022.

⁸² Antoine Gallenne, « *A Bobigny, des pédopsychiatres mobilisés contre l'écroulement du secteur* », Libération, jeudi 15 décembre 2022.

⁸³ Mélanie Bourdoïn, « *Le nombre d'admissions en pédopsychiatrie explose* », Paris-Normandie, mercredi 21 décembre 2022.

⁸⁴ Emmanuelle Rey, « *Pédopsychiatrie : « Il faut doubler les moyens »* », La Dépêche du midi, samedi 12 novembre 2022.

⁸⁵ Alain Gillisest, « *La pédopsychiatrie maltraitée* », Le Monde, samedi 10 janvier 2004.

⁸⁶ Delphine de Mallevoue, « *La pédopsychiatrie peine en Seine-Saint-Denis* », Le Figaro, mardi 6 décembre 2005.

⁸⁷ Valentine Rousseau, « *La psychiatrie infantile malade de sa pauvreté* », Le Parisien, mardi 4 juillet 2000.

Les deux instances appuient un **renforcement des structures de prise en charge de proximité, et pointent l'augmentation des besoins et la diminution des moyens, financiers et humains**. Mais la Cour des comptes plaide davantage pour le repérage et la spécialisation tandis que l'IGAS soutient une approche pluridisciplinaire et un accès direct aux structures de soin.

Ce type de constat plaide en faveur d'une élaboration globale et transversale des politiques au bénéfice de l'enfance, et regroupant les différents champs et acteurs concernés. D'autant que si la prise de conscience semble faite, les différents secteurs de prise en charge, de suivi et d'accompagnement de l'enfant ne sont pas toujours réunis autour d'une réflexion globale et dans les mêmes instances de discussion.

Outre des mesures de réorganisation ou d'articulation des services/politiques publiques, c'est bien l'augmentation des moyens de la santé mentale de l'enfant qui est en question : abondement en personnels soignant, éducatif et social formé, nombre de lits ou de lieux d'accueil, renforcement des équipes des CMP mais aussi des CMPP et des institutions médicosociales, éducatives et pédagogiques dédiées à l'accueil de l'enfant.

Les propositions HCFEA en 2021 : Réformer et structurer la pédopsychiatrie de l'adolescent

Le HCFEA a proposé en 2021 des orientations en faveur de la santé mentale des préadolescents dans une approche globale, permettant de traiter leurs difficultés, où sont souvent liées les problèmes psychiques, somatiques, scolaires, sociaux ou éducatifs. Elles sont primordiales pour cette catégorie d'âge dans la recherche d'amélioration des réponses à la souffrance psychique des enfants et des adolescents. La réponse au mal-être ou à la souffrance psychologique doit donc être développée de manière spécialisée, territorialisée et graduée, tant pour assurer une prévention, un repérage et des soins de qualité, que pour le développement de la recherche et de l'enseignement, préparant l'avenir.

Proposition 10 – des connaissances en santé et santé mentale mieux centrée sur les adolescents

La recherche clinique en pédopsychiatrie est le parent pauvre de la psychiatrie, à l'égale de la recherche en pédiatrie, parent pauvre de la recherche médicale.

Mesures de Niveau 1 : valoriser les interfaces entre les observateurs de première ligne et un premier niveau de réponse aux signaux d'appel des adolescents

Proposition 11 – Dans une approche anthropologique et non normative des adolescents et leurs parents, développer le volet écoute, appui, et orientation des adolescents présentant des signaux de mal-être ou de souffrance psychologique, et de leurs familles.

- Placer les maisons des adolescents (MDA) comme lieu de recours et de coordination du travail en réseau avec les différents acteurs intervenant en première instance là où se trouvent les adolescents (école, MJC, CCAS, programmes jeunesse des Caf, actions parentalité...) afin de permettre d'établir

un contact face à un signal d'alerte et de réduire l'espace-temps entre écoute, repérage et réponse d'aide.

- Sur un secteur géographique donné, favoriser et encourager la mise en lien de travail en binômes, pédiatres ou médecins généralistes/psychologues ou éducateurs.
- Encourager les initiatives d'information et de formation des acteurs de l'enfance exerçant dans tous les domaines à percevoir les signaux de mal-être des adolescents, et à mieux connaître les possibilités de réponses existantes sur le bassin de vie des adolescents concernés.
- Assurer un suivi de la mise en œuvre du plan Bien-être et santé des jeunes (Besaj) de 2016 (DGS, DGCS et Cnaf) visant le renforcement des dispositifs d'accueil et d'accompagnement en amont des services de soins médicopsychologique, par les MDA, les PAEJ (Points d'accueil écoute jeune) ou ESJ (Espaces santé jeunes), qui assurent une fonction d'interface entre les repéreurs précoces et les services de soin pour accompagner les jeunes aux prises avec un mal-être psychique et leurs familles, du fait de leur accessibilité par leur maillage territorial et de leur accessibilité psychique par la non-stigmatisation de leur positionnement.

Mesures de Niveau 2 : la réponse territorialisée de proximité

Proposition 12 – Progresser vers un redécoupage des secteurs géographiques

- Viser à terme des secteurs unifiés de l'enfance et de l'adolescence, incluant les services scolaires, de santé, de santé mentale, d'éducation périscolaire (TLT) de jeunesse, de protection et de prévention... afin de renforcer et simplifier le travail interinstitutionnel et la connaissance entre les acteurs locaux.
- Les délimiter sur une échelle de proximité en s'adossant aux secteurs géographiques de collège – en cohérence avec le schéma d'échelle des recommandations du rapport TLT du HCFEA 2018 – plus grande que l'échelle communale, plus proche que l'échelle départementale, et correspondant à un « bassin de vie ».

Proposition 13 – Pour déjouer l'inaccessibilité d'une prise en charge thérapeutique actuelle en santé mentale

- Renforcer les CMP (et CMPP associatifs en renfort selon les secteurs), afin qu'ils soient en mesure d'élargir leur mission, et leur attribuer une double mission⁸⁸, de service spécialisé de prévention et prise en charge médico-psychologique pluridisciplinaire sectorisé, à laquelle s'ajouterait un volet centre de référence et d'appui⁸⁹ d'orientation pour les familles ou les jeunes en demande d'aide, ainsi

⁸⁸ Certaines institutions de ce type assurent déjà ces fonctions multiples de façon « intuitive » du fait de la qualité de leur implication locale en lien avec les autres acteurs socio-médico-éducatifs de proximité.

⁸⁹ Cf. la transformation des conservatoires municipaux comme centres de ressources préconisée par le HCFEA, rapport TLT, 2018, *op. cit.*

que pour les services de première ligne et les autres services spécialisés (justice, santé, police, MDH...). Y adosser (ou dans les MDA) un service d'écoute et de régulation téléphonique local et en connaissance des ressources.

- Le HCFEA souscrit à l'orientation du rapport Moro et Buisson 2016 (p. 33) et recommande un recentrage des prises en charge spécifiques des préadolescents de 11 à 15 ans - qui ne sont plus tout à fait des enfants, ni tout à fait des jeunes (16-25 ans). Pour les plus âgés et les prises en charge de longue durée, une mise en réseau avec la psychiatrie « adultes » permet de mieux assurer la transition.

Proposition 14 – Faciliter l'accès des consultations de psychologie pour les enfants et adolescents remboursées par l'assurance maladie

- Le Conseil relève l'intérêt, mais propose la révision de la mise en œuvre des consultations de psychologues remboursées par l'assurance maladie pour les enfants et adolescents, sous condition que les modalités de mise en œuvre soient révisées en concertation avec les organisations et société savantes représentantes et conformément aux codes, cadres juridiques et organisations régissant et régulant l'exercice spécifique de la profession.
- À moyen et long terme, envisager un positionnement de la profession de psychologue, dans une vision d'ensemble, territorialisée et interdisciplinaire de renforcement des moyens dédiés à la prévention, l'accompagnement, et l'aide des enfants et adolescents exprimant des signes de mal-être en partenariat avec les familles ;
- Le Conseil propose de renforcer l'articulation des services et professions de santé mentale, santé, prévention médico-psycho-sociale, et éducation.

Mesures de Niveau 3 : la réponse hospitalière graduée et spécialisée

La pédopsychiatrie est une spécialisation de la psychiatrie qui n'est pas forcément requise pour s'occuper des enfants et des adolescents. La question soulevée est celle du discernement entre les manifestations relevant des processus développementaux et les symptômes de troubles psychopathologiques à traiter. La prise en charge clinique des enfants et des adolescents doit être d'autant plus spécialisée qu'elle est complexe : les symptômes alarmants peuvent s'avérer sans gravité et des manifestations à bas bruit peuvent couvrir des pathologies graves.

Proposition 15 – Réduire les obstacles de démographie, d'attractivité et de formation des métiers de la pédopsychiatrie

- Renforcer la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, par un développement de la discipline et son implantation institutionnelle dans le système de soins, la recherche, et l'enseignement.
- Face à la carence démographique des psychiatres de l'enfance et de l'adolescence, compromettant les prises en charge en santé mentale des enfants en souffrance, les *numerus clausus* ont été rouverts récemment. Les retombées de ce progrès seront perceptibles dans sept à dix ans et le manque

d'attractivité des conditions de formation et de travail pénalise le secteur public. Le HCFEA propose en conséquence de confirmer l'augmentation du nombre de psychiatres de l'enfant et de l'adolescent, assortie d'une augmentation des postes universitaires en pédopsychiatrie et des enseignements sur la santé mentale des enfants et des adolescents des autres professions de la santé, du médical et paramédical et de l'éducation.

Proposition 16 – Pour garantir de meilleures conditions d'hospitalisation des enfants et adolescents qui en ont besoin, et pour diversifier les réponses aux situations d'urgence qui se présentent en milieu hospitalier

- Imposer des quotas d'obligations sectorielles de places d'hospitalisations en pédopsychiatrie par territoire de santé, afin d'être en mesure de protéger et soigner les enfants et adolescents présentant des symptomatologies qui le nécessitent.
- Créer des unités de Clinique de l'urgence par des accueils intensifs mobilisables sur 72 heures en capacité de se mettre en place hors hospitalisation et permettant conjointement aux adolescents et aux familles en crise aiguë de se ressaisir, de mesurer la gravité, d'envisager des solutions et d'éviter des hospitalisations contre-indiquées. L'ensemble permettant une démarche d'écoute diagnostique et une réponse clinique à l'angoisse de l'adolescent ou de ses proches.
- Dans les services d'urgence pédiatrique, favoriser un accueil prédiagnostique en binôme pédopsychiatre/pédiatre pour les manifestations alarmantes, en mettant en place un système d'astreinte.
- Consolider des liens entre services hospitaliers de pédiatrie et de pédopsychiatrie et leurs homologues de terrain, ainsi que d'autres professions pour permettre les passages de relais.

Au-delà de l'aggravation de la santé mentale chez l'enfant, le HCFEA interroge les effets du malaise de la pédopsychiatrie sur les pratiques de soin. L'augmentation considérable de la consommation de médicaments psychotropes chez l'enfant et l'adolescent peut-elle être mise en relation avec le manque de soins de suivi et d'accompagnement ? Cette montée régulière de la médication peut être envisagée comme symptôme du malaise dans la pédopsychiatrie et le soin psychique adressé aux enfants, et tend à masquer l'importance des pratiques psychothérapeutiques, éducatives et sociales indispensables pour prévenir et venir en aide aux enfants en difficultés mentales. Quelles sont les recommandations en matière de réponse à la souffrance psychique en augmentation chez les enfants et quelle place doivent y prendre les différentes options de l'éventail thérapeutique ?

PARTIE II.

AUGMENTATION CONTINUE DE LA CONSOMMATION DE MEDICAMENTS PSYCHOTROPES CHEZ L'ENFANT

Cette partie a pour vocation de dresser un état des lieux des études dédiées à la prescription de médicaments psychotropes chez l'enfant en France. Elle concerne à la fois :

- les taux de prescription/consommation pour les principales familles de médicaments psychotropes chez l'enfant en France ;
- l'évolution de cette consommation ces dernières années et le risque de substitution des pratiques psychothérapeutiques, éducatives et sociales par la seule prescription médicamenteuse ;
- lorsque cela est possible – pour certaines molécules et selon les avancées de la recherche dédiée à la prescription de psychotropes chez l'enfant – l'ensemble des variables cliniques, démographiques, institutionnelles et sociales contribuant à la prescription ;
- les écarts entre les cadrages des autorités de santé et les pratiques en France et dans d'autres pays, notamment les prescriptions hors AMM et hors recommandations ;
- les facteurs scolaires et sociaux susceptibles d'induire une médication.

La plupart des données présentées ici sont extraites de recherches scientifiques consolidées et d'analyses des bases de données de santé. Ces informations engagent une prise de conscience sur le risque d'excès de médication face à la souffrance psychique de l'enfant, et ce malgré des réglementations de prescription qui invitent à diversifier les formes d'aides et de traitement.

On constate en effet une augmentation continue de la consommation de médicaments psychotropes en population pédiatrique en lien avec des facteurs de risques sociaux, ainsi qu'une incidence du système scolaire concernant certains diagnostics conduisant à ces prescriptions. À ceci s'ajoute une baisse progressive de l'accès au suivi psychoéducatif et aux interventions sociales auprès des enfants.

La question se pose donc d'un risque de substitution des pratiques psychothérapeutiques, éducatives et sociales de première intention au profit des médicaments. Cette augmentation continue de la médication serait-elle en partie la conséquence d'une défaillance d'organisation et de moyens des services et structures dédiés à la prévention, à l'accompagnement et aux soins de la santé mentale des enfants et des adolescents ?

I. LA PRESCRIPTION DE MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES CHEZ L'ENFANT

I.1. Des taux élevés de prescription de psychotropes chez l'enfant en France

En France, deux études congruentes réalisées dans les années 2000/2010 et fondées sur l'Échantillon généraliste des bénéficiaires de l'Assurance maladie (EGB, soit environ 1 % de la population) estiment qu'environ 2,5 % des enfants et des adolescents reçoivent une prescription de médicaments psychotropes : anxiolytiques (1,9 %), antidépresseurs (0,3 %), antipsychotique

(0,3 %) et psychostimulants (0,2 %) ⁹⁰. **Si l'on compare les données 2010 et 2021, l'augmentation continue de la consommation de psychotropes en population pédiatrique est incontestable : elle a doublé.** Les données Openmédic 2021 suggèrent en effet que **la consommation de médicaments psychotropes pourrait concerner plus de 5 % de la population pédiatrique.**

Les comparaisons internationales montrent **une grande hétérogénéité des pratiques de prescription liées à la réglementation et aux spécificités des systèmes de soin de chaque pays.** Ainsi, l'interprétation de ces résultats peut suggérer une prescription modérée si on la compare aux niveaux de consommation de psychotropes aux États-Unis ou dans des pays très prescripteurs, où les traitements médicamenteux sont recommandés en première intention et où le fonctionnement du système de santé est très différent du système de solidarité de la Sécurité Sociale en France.

A contrario, la comparaison globale des niveaux actuels de prescription avec 59 études de prévalence extraites de 23 pays montre que **les niveaux actuels de consommation en France (aux alentours de 5 %) sont plus, voire nettement plus élevés que la moyenne établie au niveau européen** ⁹¹.

Les consensus scientifiques pointent le rôle déterminant des agences de santé et de sécurité du médicament, notamment en termes de régulation et de surveillance, et insistent sur le respect des réglementations de prescription ⁹².

En France les cadrages des autorités de santé sont précis. La HAS comme l'ANSM (Partie II.IV) soulignent la nécessité d'un usage raisonné du médicament, le préconise **en deuxième intention** et dans les cas les plus sévères, toujours après et en association avec les pratiques psychothérapeutiques, les mesures éducatives et l'accompagnement social adaptés à chaque situation. Ces prescriptions doivent respecter les résumés des caractéristiques du produit (RCP), les autorisations de mise sur le marché (AMM) et les recommandations de prescription qui sont élaborées par l'ANSM et la HAS.

⁹⁰ Acquaviva E., Peyre H., Falissard B., 2012, Panorama de la prescription et de la consommation des psychotropes chez l'enfant et l'adolescent en France, *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 60(1), 77-85 ; Kovess V., Choppin S., Gao F., Pivette M., Husky M., Leray, E., 2015, Psychotropic medication use in French children and adolescents, *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 25 (2), p . 168-175.

⁹¹ Piovani D., Clavenna A., Bonati M., 2019, Prescription prevalence of psychotropic drugs in children and adolescents: an analysis of international data, *European Journal of Clinical Pharmacology*, 75 (10), p. 1333-1346 ; Kovess V., Choppin S., Gao F., Pivette M., Husky M., Leray, E., 2015, Psychotropic medication use in French children and adolescents, *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 25 (2), p . 168-175.

⁹² *Ibid.*

I.2. L'augmentation continue de la consommation de médicaments psychotropes entre 2010 et 2021

En juillet 2022, l'étude Epi-phare⁹³ montre sur la période 2018-2021 une augmentation continue de la consommation pour l'ensemble des médicaments psychotropes, avec des observations variables selon les classes la consommation réelle étant supérieure à la consommation attendue (cf. annexe II.1.).

L'augmentation de la consommation de médicaments psychotropes en population pédiatrique ne touche pas des cas isolés mais bien des centaines de milliers de délivrances et des dizaines de milliers d'enfants. **Ainsi, en 2021, les résultats montrent une consommation d'anxiolytiques de + 86 576 délivrances, de + 167 894 délivrances pour les hypnotiques, de + 98 923 délivrances pour les antidépresseurs et de + 34 791 délivrances pour les antipsychotiques par rapport aux résultats attendus.**

Tableau 1 : Délivrance de psychotropes observée et attendue en 2021

	Anxiolytiques	Hypnotiques	Antidépresseurs	Antipsychotiques
Différence entre le nombre de délivrances observé vs. attendu en 2021				
<i>Ensemble de la population française</i>	+2 707 304	+1 480 867	+2 289 945	+250 469
<i>Jeunes de 0 à 19 ans</i>	+86 576	+167 894	+98 923	+34 791
Nombre observé de délivrances de psychotropes en 2021				
<i>Ensemble de la population française</i>	38,6 millions	14,5 millions	41,4 millions	10,8 millions
<i>Jeunes de 0 à 19 ans</i>	620 175	242 775	532 874	498 368
Nombre de délivrances de psychotropes en 2018				
<i>Jeunes de 0 à 19 ans</i>	539 710	72 986	327 391	396 228

Source : Epi-phare – GIS ANSM/Cnam, Consommation de psychotropes chez les jeunes de 0 à 19 ans pendant l'épidémie de Covid-19, juillet 2022. Données extraites du système national des données de santé (SNDS).

Au total, sur la seule année 2021, la délivrance de psychotropes chez les 0-19 ans a augmenté de :

- 16 % pour les anxiolytiques ;
- **224 % pour les hypnotiques ;**
- 23 % pour les antidépresseurs ;
- 7,5 % pour les antipsychotiques.

L'analyse de la consommation de 59 classes de médicaments psychotropes délivrés sur ordonnance en pharmacie de ville chez les 0-19 ans pour l'ensemble des bénéficiaires du Régime Général (51,6 millions de personnes) montre que **pour chaque année entre 2018 et 2021, la consommation de**

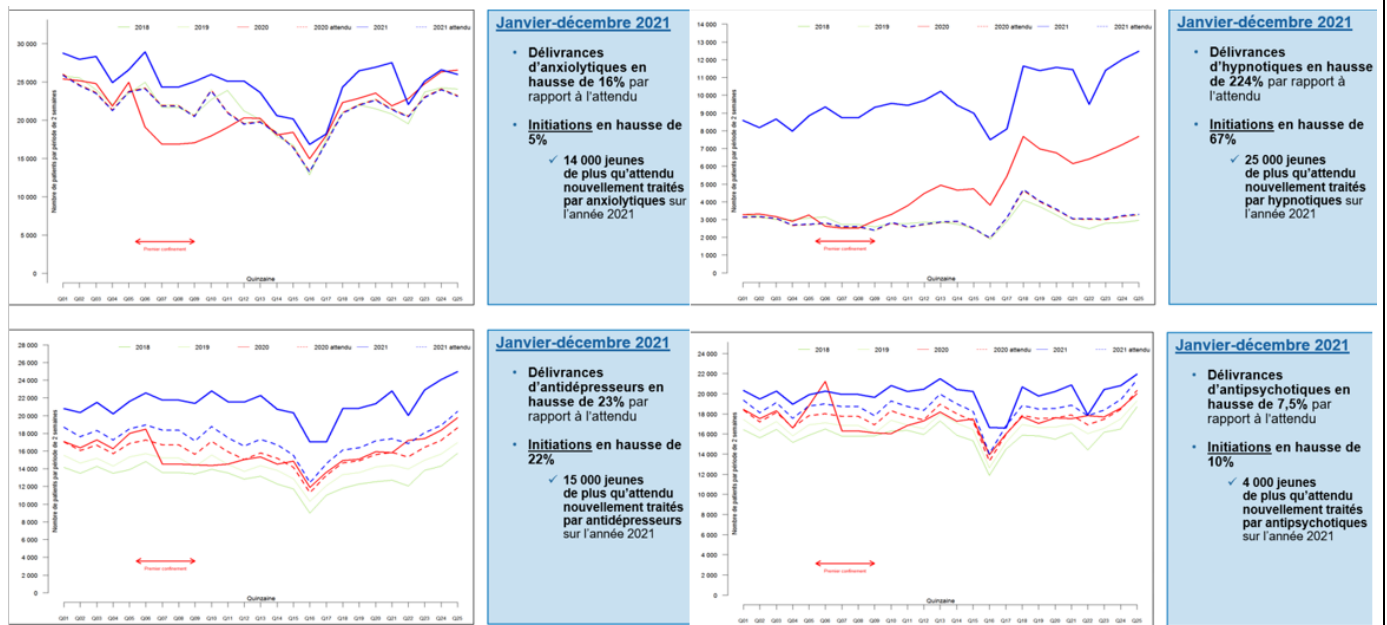
⁹³ Le groupement d'intérêt scientifique Epi-Phare (<https://www.epi-phare.fr/rapports-detudes-et-publications/>) rattaché à l'ANSM et à la Cnam, spécialisé dans l'analyse des bases de données de santé, a produit une étude dédiée à « La consommation de psychotropes chez les jeunes de 0 à 19 ans pendant l'épidémie de Covid-19 ». Les résultats concernent la délivrance sur ordonnance de 59 classes de médicaments psychotropes en pharmacie de ville chez les 0-19 ans pour l'ensemble des bénéficiaires du régime général (51,6 millions de personnes). Les données de consommation sont ordonnées par quinzaine entre 2018 et 2021. Les résultats sont mesurés et présentés en comparant consommation attendue et consommation réelle. Il ne s'agit donc pas de mésusage au sens d'une consommation inappropriée, au sein du foyer, hors du cadre prévu par la prescription faite par le médecin, mais bien d'une augmentation des prescriptions et délivrance de médicaments pour des enfants.

médicaments psychotropes est supérieure à celle de l'année précédente et inférieure à celle l'année suivante, suggérant une augmentation continue de la consommation pour l'ensemble des médicaments.

La « surconsommation » ou « sur-médication » de l'enfant est exprimée dans la différence entre le nombre de délivrances observé et le nombre de délivrances attendu – pour l'année 2021, écart entre les courbes bleues pointillées (consommation attendue) et les courbes bleues pleines (consommation réelle) dans le tableau 1

Cette augmentation ne peut être rapportée à un meilleur diagnostic ou dépistage de la souffrance psychique de l'enfant, ces éléments étant pris en compte dans le calcul de la « consommation attendue ». Ces données concernent d'abord des niveaux anormalement élevés de prescription.

Tableau 1 : Délivrance de psychotropes observée et attendue en 2021, par sous-classe de médicaments



Source : Epi-phare – GIS ANSM/CNAM, Consommation de psychotropes chez les jeunes de 0 à 19 ans pendant l'épidémie de Covid-19, juillet 2022. Données extraites du système national des données de santé (SNDS).

Ces niveaux d'augmentation sont sans commune mesure (2 à 20 fois plus élevés) avec ceux observés au niveau de la population générale, et alors même que le nombre d'AMM en population pédiatrique est très limité pour les médicaments psychotropes (cf. Partie II.IV.).

Ces observations suggèrent que les enfants sont nettement plus exposés que les adultes à la souffrance psychique et aux difficultés psychologiques, mais aussi à une médication croissante. Elles doivent cependant être considérées avec précaution puisqu'elles couvrent principalement la période Covid. Or, l'analyse des taux de prescription depuis 2010 fait apparaître que l'augmentation de psychotropes chez l'enfant et l'adolescent n'est pas spécifique au Covid mais s'exerce de manière continue depuis de nombreuses années.

Il est à noter que la consommation d'anxiolytiques baisse de - 3,46 % sur la période 2014-2021. Dans les années 2000-2010, plusieurs recherches ont montré que la consommation d'anxiolytiques en France

était particulièrement élevée, notamment en population pédiatrique. Plusieurs rapports et recommandations des autorités de santé ont ainsi appelé à une vigilance accrue quant à la prescription de ces molécules⁹⁴. **Ces recommandations ont eu un effet sur la prescription, qui n'a pas augmenté et même légèrement diminué**, même si elle reste à un niveau élevé.

Il apparaît que l'augmentation la consommation de psychotropes chez l'enfant et l'adolescent n'est pas spécifique à la période Covid et qu'elle a augmenté de manière continue au moins depuis 2014 :

- +48,54% pour les antipsychotiques entre 2014 et 2021 ;
- +62,58% pour les antidépresseurs entre 2014 et 2021 ;
- +78,07% pour les psychostimulants entre 2014 et 2021 ;
- +27,7% pour les anticholinergiques entre 2014 et 2021 ;
- +9,48% pour les dopaminergiques ;
- +155,48% pour les hypnotiques et sédatifs.

Par ailleurs, entre 2010 et 2021 (voir tableau 2), l'estimation de la prévalence de la consommation de psychotropes chez l'enfant a connu l'évolution suivante :

- + 179 % pour les antidépresseurs et les normothymiques ;
- +148 % pour les psychostimulants ;
- +114 % pour les antipsychotiques ;
- +35 % pour les hypnotiques et les anxiolytiques.

Tableau 2 : Les taux de prévalence entre 2010 et 2020 pour chaque catégorie ATC 3

ATC3	Année				
	2010 (0-17 ans)	2014 (0-20 ans)	2018 (0-20 ans)	2020 (0-20 ans)	2021 (0-20 ans)
Antipsychotiques (N05A)	0,28%	0,41%	0,48%	0,52%	0,60%
Hypnotiques ou anxiolytiques (N05B - N05C)	2,01%	2,47%	2,35%	2,29%	2,72%
Antidépresseurs ou normothymiques (N06A)	0,29%	0,50%	0,57%	0,63%	0,81%
Psychostimulants (N06B)	0,23%	0,32%	0,45%	0,50%	0,57%

Source : Kovess *et al.*, 2015, pour l'année 2010 ; données Openmedic (<https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/open-medic-base-complete-depenses-medicaments>) traitées par l'institut Median Conseil (<https://www.median-conseil.com/>) pour les données 2014, 2018 et 2020.

De plus, dans la mesure où ces taux de consommation intègrent les données des 0-3 ans et des 3-6 ans, pour lesquels les prescriptions de psychotropes sont rares, **la prévalence de consommation de médicaments psychotropes chez les 6-17 ans doit faire l'objet d'une attention et d'une mobilisation urgente** des pouvoirs publics et des autorités de santé.

⁹⁴ https://www.has-sante.fr/jcms/c_937781/fr/prise-au-long-cours-d-hypnotiques-anxiolytiques ; https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-07/fiche_bum_benzodiazepines_anxiete_cd_27062018.pdf ; https://archiveansm.integra.fr/var/ansm_site/storage/original/application/28274caaaf04713f0c280862555db0c8.pdf.

Le HCFEA, dans ce rapport, a choisi de centrer son étude principalement sur deux diagnostics les plus courants : TDAH avec la prescription de **psychostimulants**, et les états anxio-dépressifs avec les prescriptions **d'antidépresseurs**. Complémentairement, une incise sur les prescriptions d'antipsychotiques dans les cas d'autisme, qui mériterait une étude plus spécifiquement dédiée, sera présentée en fin de chapitre.

II. LES PRESCRIPTIONS HORS RECOMMANDATION ET HORS AMM ET LA BALANCE BENEFICE/RISQUE

L'augmentation continue de prescriptions de toutes les classes de médicaments psychotropes chez l'enfant et l'adolescent se double de **prescriptions très élevées hors AMM et hors recommandations des agences de santé**. Ces phénomènes ont déjà été démontrés dans la littérature française et internationale.

II.1. Les prescriptions psychotropes hors AMM

Une étude prospective publiée en 2009 a montré que 68 % des prescriptions de médicaments psychotropes réalisées dans un hôpital pédiatrique français parisien étaient hors AMM. Ces prescriptions hors AMM touchaient 66 % des patients et concernaient essentiellement la prescription chez l'enfant de médicaments réservés à l'adultes⁹⁵. Parmi les psychotropes les plus régulièrement prescrits hors AMM :

- antiparkinsoniens 100 %⁹⁶ ;
- hypnotiques 100 % ;
- antidépresseurs 92 % ;
- antipsychotiques 69 % ;
- anxiolytiques 65 % ;
- antiépileptiques 51 % ;
- psychostimulants 30 %⁹⁷.

Selon cette même étude, les cinq médicaments les plus communément prescrits hors AMM étaient la rispéridone (Risperdal®, dérivés et/ou génériques : 12 %), le clobazam (Urbanyl®, dérivés et/ou génériques : 12 %), l'amitriptyline (Laroxyl®, dérivés et/ou génériques : 11 %), l'hydroxyzine (Atarax®, dérivés et/ou génériques : 10 %) et le diazépam (Valium®, dérivés et/ou génériques : 7 %).

⁹⁵ Winterfeld U., Le Heuzey M.-F., Acquaviva E., Mouren M.-C., Brion F., Bourdon O., 2009, Utilisation hors autorisation de mise sur le marché (AMM) des psychotropes en pédiatrie : une étude prospective, *Archives de pédiatrie*, 16 (9), p. 1252-1260.

⁹⁶ Les taux de 100% s'expliquent par le fait qu'il n'existe pas d'autorisation de mise sur le marché pour ces molécules chez l'enfant. À titre d'exemple, les antiparkinsoniens sont des psychotropes destinés à réduire les symptômes de maladies neurodégénératives chez l'adulte – typiquement, les symptômes de la maladie de Parkinson. Au-delà de ces indications cibles, les antiparkinsoniens sont également utilisés en psychiatrie adulte pour réduire les effets secondaires de certains neuroleptiques (ralentissement, bouche sèche, etc.). Ce type d'usage n'est pas du tout prévu chez l'enfant.

⁹⁷ Winterfeld U., Le Heuzey M.-F., Acquaviva E., Mouren M.-C., Brion F., Bourdon O., 2009, *op. cit.*

D'autres études ont montré que 50 à 90 % des médicaments psychotropes utilisés en pédiatrie n'étaient ni étudiés, ni évalués chez l'enfant⁹⁸, et que la prescription de psychotropes hors AMM chez les enfants serait de l'ordre de 40 % en pratique de ville⁹⁹, de 67 % (et jusqu'à 94 %) à l'hôpital¹⁰⁰. Les prescriptions hors AMM n'ont cessé de se poursuivre malgré les rappels, points de vigilance des agences de santé et de certains chercheurs, professionnels, experts et spécialistes¹⁰¹.

Une revue de littérature internationale relativement récente réalisée par une équipe française a montré que 36 % à 93 % des prescriptions de médicaments antipsychotiques destinées aux enfants étaient réalisées hors AMM¹⁰², au point que cette question soit devenue un enjeu de santé et de politique publique à part entière. Aux États-Unis, la prescription d'antipsychotiques aux enfants et aux adolescents avait beaucoup augmenté entre le milieu des années 1990 et le milieu des années 2000. Cependant, en 2008, l'assurance de santé américaine qui prend en charge les familles les plus défavorisées (*Medicaid*) s'est inquiétée des sérieux effets secondaires des antipsychotiques (obésité, diabète, somnolence) qui sont encore plus sévères que chez l'adulte¹⁰³, et a plus strictement contrôlé leur prescription. **Depuis ce changement de régulation, la prescription d'antipsychotiques aux enfants a substantiellement baissé aux US, en particulier pour les moins de 8 ans¹⁰⁴.**

II.2. L'évaluation bénéfiques/risques des médicaments psychotropes dans la dépression

Cette partie vise à mieux comprendre les modalités d'évaluation du bénéfice/risque des médicaments psychotropes¹⁰⁵ et à examiner les limites des outils statistiques dans le champ de la psychiatrie/pédopsychiatrie. **Elle constate l'absence de données probantes en faveur d'une cause organique de la dépression et examine l'efficacité des traitements antidépresseurs.**

Sur la base des méthodologies d'analyse actuelle (évaluation de l'efficacité du traitement *via* des échelles de mesure standard, des comparaisons *versus* placebo et/ou des comparaisons avec d'autres formes de thérapies – voir annexe II.2.), **que savons-nous aujourd'hui de l'efficacité des**

⁹⁸ Perraudin M., Coulon S., Willoquet G., Welniarz B., 2018, *op. cit.*

⁹⁹ *Ibid.*

¹⁰⁰ *Ibid.*

¹⁰¹ Ponnou S., Haliday H., Thomé B., Gonon F., 2022, *op.cit.*

¹⁰² Carton L., Cottencin O., Lapeyre-Mestre M., Geoffroy P. A., Favre J., Simon N., Rolland, B., 2015, Off-label prescribing of antipsychotics in adults, children, and elderly individuals: a systematic review of recent prescription trends, *Current pharmaceutical design*, 21 (23), p. 3280-3297.

¹⁰³ Libowitz M. R., Nurmi E. L., 2021, *The burden of antipsychotic-induced weight gain and metabolic syndrome in children*, *Frontiers in Psychiatry*, 12, p. 623-681.

¹⁰⁴ Zito J. M., Burcu M., McKean S., Warnock R., Kelman J., 2018, Pediatric use of antipsychotic medications before and after Medicaid peer review implementation, *JAMA psychiatry*, 75 (1), p. 100-103.

¹⁰⁵ Audition du D^r Xavier Briffaut, sociologue et épistémologue de la santé mentale, interrogé sur les modalités de construction des modèles statistiques dans la recherche en psychiatrie, et plus précisément dans le cas de la dépression et des médicaments antidépresseurs.

antidépresseurs sur les troubles dépressifs caractérisés tels que définis par le DSM (II ou IV dans la majorité des résultats disponibles) ?

Tout d'abord, cette efficacité a fait l'objet d'essais contrôlés randomisés en nombre extrêmement importants, et depuis plusieurs décennies. Ces résultats ont été intégrés dans des méta-analyses elles-mêmes en nombre très important, et dont les résultats sont convergents. Les résultats dont on dispose aujourd'hui sont extrêmement solides et il est très peu probable qu'ils puissent à l'avenir être remis en question s'agissant des molécules actuellement disponibles et couramment prescrites (voir Partie II.IV et annexe II.2).

John Ioannidis (un épidémiologiste empiriste et théoricien de l'Université de Stanford¹⁰⁶ de réputation mondiale – 452.000 citations sur Google Scholar, facteur H = 234) publie ainsi dès 2008 un article intitulé « *Effectiveness of antidepressants: an evidence myth constructed from a thousand randomized trials?* » dans lequel il écrit : « *Les antidépresseurs, en particulier les molécules les plus récentes, font partie des médicaments les plus prescrits dans le monde avec des ventes annuelles de plusieurs milliards de dollars. L'introduction de ces molécules sur le marché est soumise à un contrôle réglementaire apparemment strict. Plus d'un millier d'essais randomisés ont été menés avec des antidépresseurs. Des avantages statistiquement significatifs ont été démontrés à plusieurs reprises et la littérature médicale est inondée de plusieurs centaines d'essais « positifs » (à la fois avant et après l'approbation). Cependant, deux méta-analyses récentes remettent en cause cette image. La première méta-analyse a utilisé des données soumises à la FDA pour l'approbation de 12 antidépresseurs. Alors que seulement la moitié de ces essais avaient une efficacité formellement significative, les rapports publiés affirmaient presque partout des résultats significatifs. Les essais "négatifs" n'ont pas été publiés ou ont été déformés pour présenter des résultats "positifs". Le bénéfice moyen de ces médicaments sur la base des données de la FDA était de faible ampleur, tandis que la littérature publiée suggérait des bénéfices plus importants. Une deuxième méta-analyse utilisant également des données soumises par la FDA a examiné la relation entre l'effet du traitement et la gravité de base de la dépression. Les différences médicament-placebo ont augmenté avec l'augmentation de la gravité initiale et la différence est devenue suffisamment importante pour n'être cliniquement importante que dans la très petite minorité de populations de patients souffrant de dépression majeure sévère. Dans la dépression majeure sévère, les antidépresseurs ne sont pas devenus plus efficaces, simplement le placebo a perdu de son efficacité. Ces données suggèrent que les antidépresseurs peuvent être moins efficaces que ne le suggère leur large commercialisation. Les avantages à court terme sont faibles et l'équilibre à long terme des avantages et des inconvénients est sous-étudié. Je discute de la façon dont l'utilisation de nombreux petits essais randomisés avec des résultats cliniquement non pertinents, une interprétation incorrecte de la signification statistique, une conception d'étude manipulée, une sélection biaisée des populations d'étude, un suivi court et une communication sélective et déformée des résultats a construit et nourri un mythe apparemment fondé sur des preuves sur l'efficacité des antidépresseurs et comment des normes de preuve plus élevées, avec de très grands essais à long terme et des méta-analyses prospectives*

¹⁰⁶ Ioannidis JP. Effectiveness of antidepressants: an evidence myth constructed from a thousand randomized trials? *Philos Ethics Humanit Med*. 2008 May 27;3:14. <https://med.stanford.edu/profiles/john-ioannidis>

minutieuses de données au niveau individuel, peuvent se rapprocher de la vérité et de preuves cliniquement utiles »¹⁰⁷.

Cette prise de position illustre la stabilisation dans la communauté scientifique de **doutes majeurs sur l'efficacité réelle des antidépresseurs**, doutes qui se développaient depuis de nombreuses années sur la base d'études empiriques et théoriques nombreuses¹⁰⁸.

En 2011, Middleton et Moncrieff¹⁰⁹ publient dans le *British Journal of General Practice* (IF = 7, la principale revue de recherche en soins primaires au monde) un article intitulé « *They won't do any harm and might do some good': time to think again on the use of antidepressants?* » (« Ils ne feront aucun mal et pourraient faire du bien : il est temps de repenser à l'utilisation des antidépresseurs »). L'article conclut ainsi :

*« Le programme d'amélioration de l'accès aux thérapies psychologiques est en cours et commence à fournir au praticien des alternatives au traitement médicamenteux. Nous devons encore voir s'il sera utilisé à la place ou en plus des antidépresseurs [Ce changement de paradigme et de pratique] dépendra de la question de savoir si les médecins continueront à se laisser persuader que les antidépresseurs "ne peuvent pas faire de mal et pourraient faire du bien", ou commenceront à reconnaître qu'ils sont "peu susceptibles de faire du bien et peuvent faire du mal" »*¹¹⁰.

Un ensemble de travaux robustes concluent à une efficacité beaucoup plus limitée que ce qui est généralement admis et que ce que des études plus anciennes pouvaient affirmer, concernant les principales molécules utilisées en antidépresseurs. Ainsi, une étude consacrée au rôle de la sérotonine dans la dépression, généralement admis, remet également en question ce postulat et du moins, l'importance de ce facteur.

II.3. Le cas de la prescription de méthylphénidate

Le TDAH est considéré comme le trouble mental le plus fréquent chez les enfants d'âge scolaire¹¹¹. Le méthylphénidate est la seule molécule recommandée dans le cas du TDAH et réciproquement, il n'existe pas d'autre indication thérapeutique pour cette molécule en France, à l'exception de très rares prescriptions dans le cas de la narcolepsie. **Si les recommandations de traitement varient**

¹⁰⁷ « L'efficacité des antidépresseurs : un mythe de preuve construit à partir d'un millier d'essais randomisés », Ioannidis, J. P. (2008). Effectiveness of antidepressants: an evidence myth constructed from a thousand randomized trials? *Philos Ethics Humanit Med*, 3, 14. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=18505564.

¹⁰⁸ Moncrieff J, Wessely S., Hardy R., 2004, Active placebos versus antidepressants for depression. *Cochrane Database Syst Rev*, (1), CD003012. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003012.pub2>.

¹⁰⁹ Middleton H., Moncrieff J., 2011, "They won't do any harm and might do some good": time to think again on the use of antidepressants? *Br J Gen Pract*, 61(582), 47–49. <https://doi.org/10.3399/bjgp11X548983>.

¹¹⁰ Middleton H., Moncrieff J., 2011, "They won't do any harm and might do some good": time to think again on the use of antidepressants? *Br J Gen Pract*, 61(582), 47–49. <https://doi.org/10.3399/bjgp11X548983>.

¹¹¹ Sayal K., Prasad V., Dale, D., Ford T., Coghill D., 2018, ADHD in children and young people: prevalence, care pathways, and service provision, *The Lancet Psychiatry*, 5(2), p. 175-186.

considérablement selon les pays¹¹², en France, comme dans la majorité des pays européens, une approche psychothérapeutique, éducative et sociale est officiellement préférée. La médication y est en principe réservée aux cas les plus sévères¹¹³.

Le méthylphénidate

Le méthylphénidate est une molécule commercialisée sous forme simple (Ritaline®) ou retard (Ritaline-LP®, Concerta®, Quasym®, Medikinet®). Il s'agit d'un psychostimulant est indiqué chez l'enfant à partir de 6 ans « *lorsque les mesures correctives psychologiques, éducatives, sociales et familiales seules s'avèrent insuffisantes* »¹¹⁴. Sa prescription est soumise à un encadrement et à des conditions de délivrance stricts : prescription initiale et renouvellements annuels réalisés en milieu hospitalier par des médecins spécialistes (jusqu'en septembre 2021), renouvellements mensuels sur ordonnance sécurisée, identification du pharmacien exécutant l'ordonnance¹¹⁵.

Les données les plus complètes et les plus récentes sur la consommation de méthylphénidate font état d'un **taux de médication de 0,2 à 0,3 %** de la population pédiatrique, avec des **durées médianes de traitement estimées à 10,2 mois**¹¹⁶.

Des prescriptions dans le cadre d'autres diagnostics psychiatriques, le non-respect des conditions d'initiation et de renouvellement, ainsi que des niveaux relativement élevés de co-prescriptions et de poly-prescriptions d'autres médicaments psychotropes ont donné lieu à une lettre de rappel des conditions de prescription de l'ANSM en 2012. L'agence indique en 2017 qu'une « utilisation hors AMM est toujours constatée », et rappelle que cette utilisation hors AMM peut favoriser la survenue d'effets indésirables graves¹¹⁷.

Une augmentation continue de la consommation

Entre 2010 et 2019, la consommation de méthylphénidate a plus que doublé : tous âges confondus, + 56 % pour l'incidence¹¹⁸, et + 116 % pour la prévalence¹¹⁹.

La prévalence a quasiment doublé pour les 6-11 ans (+ 98 %) et même triplé chez les 12-17 ans (+ 145 %) alors même que la population française des moins de 20 ans a diminué (- 3,6 %) entre 2010 (15,97 millions) et 2019 (15,39 millions).

¹¹² *Idem*.

¹¹³ Sayal K., Prasad V., Dale, D., Ford T., Coghill D., 2018, *op. cit*.

¹¹⁴ <https://www.ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Methylphenidatedonnees-d-utilisation-et-de-securite-d-emploi-en-FrancePoint-d-Information>, *op. cit*.

¹¹⁵ *Idem*.

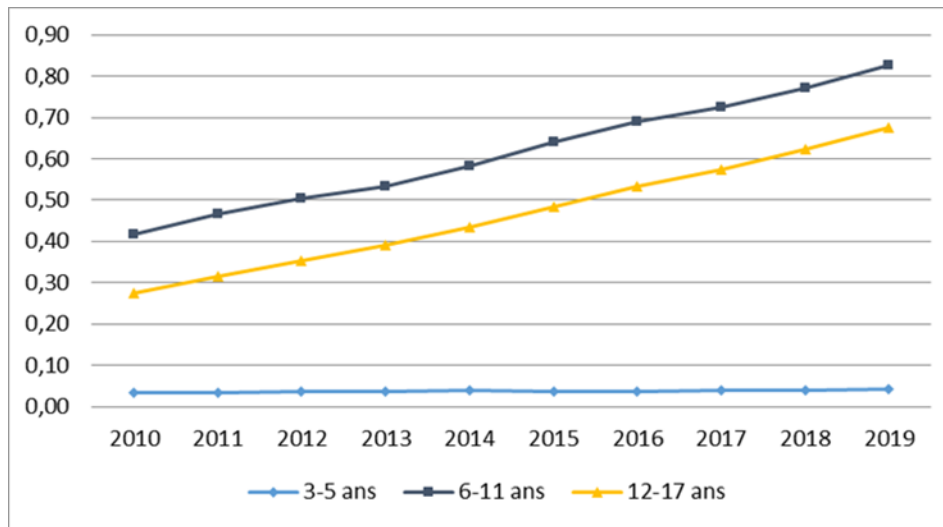
¹¹⁶ Knellwolf A. L., Deligne J., Chiarotti F., Auleley G. R., Palmieri S., Boisgard C. B., Autret-Leca E., 2008, Prevalence and patterns of methylphenidate use in French children and adolescents, *European journal of clinical pharmacology*, 64 (3), p. 311-317.

¹¹⁷ <https://ansm.sante.fr/actualites/methylphenidate-donnees-d-utilisation-et-de-securite-d-emploi-en-france> ; <https://archiveansm.integra.fr/content/download/43635/567074/version/1/file/lp-120925-Methylphenidate.pdf>

¹¹⁸ L'incidence désigne le nombre de nouveaux cas d'un phénomène de santé sur une période donnée – ici, le nombre d'initiations (nouvelles prescriptions) de méthylphénidate par an entre 2010 et 2019.

¹¹⁹ Pour rappel, la prévalence désigne l'ensemble des cas d'un phénomène de santé sur une période donnée – ici, le nombre total d'initiations de méthylphénidate par an entre 2010 et 2019.

Graphique 1 : Évolution du taux de prévalence de la prescription de méthylphénidate (taux exprimé en pourcentage de la population générale pour chaque tranche d'âge et chaque période)



Source: Ponnou S., Thomé B., 2022, *op.cit.*

Cette augmentation générale s'inscrit dans un *continuum* puisque de précédents travaux faisaient déjà état d'une augmentation de 65 % entre 2003 et 2005, puis de 135 % entre 2005 et 2011¹²⁰. L'augmentation de la prescription de méthylphénidate s'est poursuivie à un rythme toujours soutenu entre 2003 et 2019, pour atteindre un **taux de prévalence de 0,61 % à 0,75 % de la population pédiatrique générale en 2019 – soit une prévalence trois à quatre fois supérieure aux estimations proposées lors d'études relativement récentes**¹²¹.

Plus d'un enfant sur deux (de 56,4 à 60,1 %) hospitalisé avec un diagnostic de TDAH s'est vu prescrire un traitement par méthylphénidate entre 2011 et 2017.

Des durées de traitement particulièrement longues

Cette augmentation de la consommation se double d'un allongement considérable des durées de traitement alors que les recommandations de prescription spécifient clairement des prescriptions de court terme.

- la durée médiane de la consommation **chez les enfants de 6 ans en 2011 était de cinq ans et demi, et jusqu'à plus de huit ans pour 25 % d'entre eux. Chez les enfants hospitalisés avec un diagnostic de TDAH (a priori les cas les plus sévères), la durée médiane de consommation en 2011 était de 7,1 ans ;**

¹²⁰ Ponnou S., Haliday H., Thomé B., Gonon F., 2022, *op. cit.*

¹²¹ Ces estimations de prévalence variaient entre 0,14§ en 2005, 0,18§ en 2005, 0,2§ en 2010 et 0,25§ en 2011.

- plus préoccupant encore : le méthylphénidate est parfois prescrit avant l'âge de 6 ans. Ces prescriptions concernent 4 390 enfants entre 2010 et 2019. Or les enfants **les plus jeunes sont ceux pour lesquels les durées de traitement sont les plus longues** ;
- ces durées sont sans comparaison avec celles mises en exergue dans le courant des années 2000 : **la durée médiane de prescription de méthylphénidate chez l'enfant en 2005 en France était alors de 10,2 mois¹²²** ;
- Ces durées de traitement se basent sur des données recueillies en 2011. Or, si l'on observe l'évolution de la prescription méthylphénidate entre 2010 et 2019, il apparaît que la prévalence de consommation (+ 116 %) reste nettement plus élevée que l'incidence (+ 56 %) : ce phénomène s'explique par un allongement continu des durées de traitement. Les durées de traitement 2019 sont donc nettement plus élevées que celles relevées en 2011.

Tableau 3 : Durées médianes du traitement par méthylphénidate pour les patients ayant reçu une première prescription en 2011.

Age	Nombre d'enfants	Durée médiane de traitement
2	7	3077 jours (8,4 ans)
3	44	1227 jours (3,4 ans)
4	113	1991 (5,5 ans)
5	338	1870 (5,1 ans)
6	1069	1990 (5,5 ans)
7	1352	1581 (4,3 ans)
8	1406	1443 (4 ans)
9	1359	1254 (3,4 ans)
10	916	1089 (3 ans)
11	875	757 (2,1 ans)
12	845	680 (1,9 an)
13	669	552 (1,5 an)
14	488	412,5 (1,1 an)
15	346	279 (0,8 an)
16	255	387 (1,1 an)
17	168	248 (0,7 an)

Source: Ponnou S., Thomé, B, 2022, *op. cit.*

Ces durées de traitement sont encore plus importantes pour les enfants hospitalisés avec un diagnostic de TDAH : ainsi, la durée médiane de consommation de méthylphénidate chez les enfants TDAH initiés en 2011 est de 2580 jours, soit 7,1 ans. **Autrement dit, la moitié de ces enfants continue de consommer du méthylphénidate sur des durées allant au-delà de 7,1 ans, tandis que les recommandations de prescription spécifient des usages de court terme.**

¹²² Knellwolf AL, Deligne J, Chiarotti F, Auleley GR, Palmieri S, Boisgard CB, et al. Prevalence and patterns of methylphenidate use in French children and adolescents. *Eur J Clin Pharmacol.* (2008) 64:311–7. doi: 10.1007/s00228-007-0401-6

Une prescription qui n'est pas nécessairement corrélée au diagnostic

La prescription de méthylphénidate en France n'est pas nécessairement associée au diagnostic de TDAH, qui est pourtant la seule indication psychiatrique autorisée pour cette molécule. *A fortiori*, lorsqu'un diagnostic psychiatrique est effectivement posé, il ne correspond pas toujours à l'indication thérapeutique définie par l'AMM. En effet, le résumé des caractéristiques du produit (RCP) précise que « *les psychostimulants ne sont pas destinés [...] aux patients atteints d'autres pathologies psychiatriques primaires [...]* »¹²³.

L'examen des diagnostics associés à la prescription de méthylphénidate pour 3 965 enfants initiés en 2017 montre que si les deux tiers (65,4 %) disposent d'un diagnostic de TDAH, 34,6 % des enfants présentent d'autres diagnostics psychiatriques dont trouble de l'humeur (8,4 %), déficience mentale (7,7 %), troubles psychotiques (1 %) et différents autres troubles pédopsychiatriques (17,5 %) (autisme, troubles dys, etc.) mais pas TDAH. **Ces données montrent que les recommandations de l'ANSM et de la HAS ne sont pas suivies, puisque la prescription de méthylphénidate devrait être réservée aux seuls enfants disposant d'un diagnostic de TDAH.**

Parmi les enfants hospitalisés avec un diagnostic de TDAH en 2017, 50,6 % disposent également d'un autre diagnostic psychiatrique codé dans les bases de données de santé : troubles de l'humeur (6,7 %), déficiences mentales (3,3 %), troubles psychotiques (0,7 %), dépendance (0,5 %) ainsi que d'autres diagnostics codés « autres troubles psychiatriques de l'enfance » (autisme ou troubles des apprentissages : 6,1 %).

Ces observations témoignent de la grande variabilité des diagnostics en psychiatrie de l'enfant. Elles pointent aussi bien des niveaux importants de comorbidités que des changements réguliers de diagnostic, et par voie de conséquence, une fiabilité relative des références diagnostiques en pédopsychiatrie.

Bien que des transformations considérables aient été réalisées en termes de diagnostics et en faveur du dépistage, cette variabilité diagnostique relève de la complexité même du champ de la pédopsychiatrie, qu'il s'agit d'entendre et de reconnaître.

Elle engage néanmoins une certaine prudence et un respect strict des recommandations des agences de santé en termes de médication de l'enfant.

Les co-prescriptions de médicaments psychotropes

L'augmentation de la consommation de méthylphénidate et l'allongement considérable des durées de traitement sont d'autant plus problématiques qu'elle se doublent de **poly-prescriptions de médicaments psychotropes**.

En 2018, 62 % des enfants hospitalisés avec un diagnostic de TDAH recevaient au moins un traitement psychotrope dans les 12 mois suivant le diagnostic : psychostimulants (45,9 %,

¹²³ ANSM, Methylphenidate Rubio 10 mg, comprimé <http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/rkp/R0141880.htm> Consulté le 13 juin 2021.

méthylphénidate), antipsychotiques (24,2 %), anxiolytiques (10,9 %), antidépresseurs (5,5 %), antiépileptiques (6,5 %) et hypnotiques (3,3 %) ¹²⁴ ;

Parmi ces enfants, 60,5 % ont reçu un seul traitement l'année suivant le diagnostic. 25,3 % ont reçu deux traitements, 10,1 % ont consommé trois médicaments psychotropes, et 4 % ont reçu quatre médicaments psychotropes et plus.

Enfin, parmi les enfants ayant initié un traitement par méthylphénidate en 2018, 22,8 % se sont vu prescrire au moins un autre psychotrope en plus dans les 12 mois suivant la première prescription : neuroleptiques (64,5 %), anxiolytiques (35,5 %), antidépresseurs (16,2 %), antiépileptiques (11 %), hypnotiques (4,8 %) et antiparkinsoniens (3 %) ¹²⁵.

Parmi ces enfants ayant consommé plusieurs médicaments psychotropes l'année suivant la première délivrance de méthylphénidate, 63,5 % ont reçu deux traitements (méthylphénidate et un autre psychotrope), 20,8 % ont reçu trois psychotropes, 8,5 % en ont reçu quatre et 6,9 % se sont vu prescrire au moins cinq psychotropes.

Ces pratiques de co-prescriptions de médicaments psychotropes chez l'enfant sont donc fréquentes, ne représentent pas des cas isolés ou des situations exceptionnellement graves et concernent des molécules parfois très éloignées de leur zone d'AMM. Ainsi la **rispéridone**, qui est un antipsychotique atypique puissant réservé au traitement de la schizophrénie chez l'adulte, est régulièrement prescrite en association au méthylphénidate ou chez les enfants hospitalisés avec un diagnostic de TDAH.

In fine si l'on considère conjointement les co-prescriptions et les durées de traitement, il s'avère que de très nombreux enfants ne sortent jamais de la consommation de médicaments psychotropes y compris hors AMM (voir *infra*).

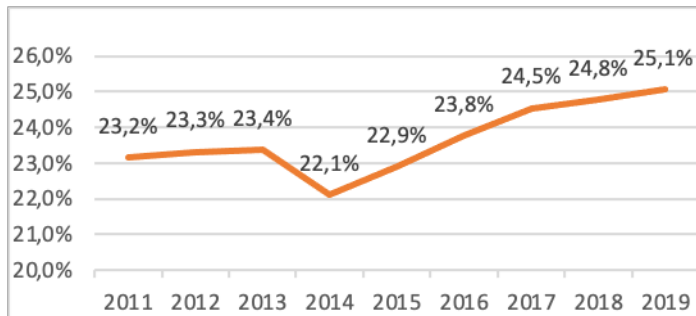
La prescription de méthylphénidate à l'hôpital et en médecine de ville : des écarts qui interrogent.

Jusqu'au 13 septembre 2021, la première prescription de méthylphénidate devait obligatoirement avoir lieu en milieu hospitalier. Pourtant, entre 2010 et 2019, 25 % des premières prescriptions et 50 % des renouvellements annuels sont effectués en secteur libéral plutôt qu'en milieu hospitalier. Les rapports et les rappels des conditions de prescription réalisés par l'ANSM n'ont eu qu'un effet ponctuel et limité sur cette pratique hors recommandations.

¹²⁴ Les principales molécules consommées l'année suivant une hospitalisation en 2018 sont le méthylphénidate (Ritalin®, dérivés et/ou génériques : 45,9\$), la rispéridone (Risperdal®, dérivés et/ou génériques : 14,9\$), la cyamémazine (Tercian®, l'hydroxyzine (Atarax®, dérivés et/ou génériques : 9\$), dérivés et/ou génériques : 7,1\$), aripiprazole (Abilify®, dérivés et/ou génériques : 5,8\$), acide valproïque (Dépakine®, dérivés et/ou génériques : 2,7\$), midazolam (Hypnovel® dérivés et/ou génériques : 2,6\$), sertraline (Zoloft®, dérivés et/ou génériques : 2,1\$), diazépam (Valium®, dérivés et/ou génériques : 1,7\$) et tropatepine (Lepticur®, dérivés et/ou génériques : 1,7\$).

¹²⁵ Les principales molécules prescrites sont la rispéridone (Risperdal®, dérivés et/ou génériques : 10,6%) l'hydroxyzine (Atarax®, dérivés et/ou génériques : 6%), la cyamémazine (Tercian®, dérivés et/ou génériques : 3,9%), l'aripiprazole (Abilify®, dérivés et/ou génériques : 2,7%), la sertraline (Zoloft®, dérivés et/ou génériques : 1,4%), l'acide valproïque (Dépakine®, dérivés et/ou génériques : 1,1%), et la fluoxétine (Prozac®, dérivés et/ou génériques : 1%).

Graphique 2 : Évolution des premières prescriptions de méthylphénidate hors milieu hospitalier



Source: Ponnou S., Haliday H., Thomé B., Gonon F., 2022, *op. cit.*

De plus, le renouvellement annuel de la prescription de méthylphénidate devait se faire lors d'une **consultation hospitalière spécialisée**, visant, au-delà du traitement, le suivi de l'enfant et l'accompagnement des familles, **ce qui n'a pas été respecté pour près d'un enfant sur deux (49,6 %) en 2015, 2016 et 2017.**

Cette observation suggère une part croissante des médecins généralistes dans la prescription de méthylphénidate chez l'enfant en France puisque le nombre de généralistes ayant prescrit du méthylphénidate a quasiment doublé entre 2010 (15 318) et 2019 (29 082), tandis que le nombre de leurs prescriptions a augmenté de 221 % (passant de 97 819 à 314 801). Observation qui mérite d'être complétée par **le constat que près des deux tiers des médecins généralistes français ne prescrivent jamais de méthylphénidate.**

Il serait utile de mener des études pour comparer ces 2 groupes de médecins et comprendre cette disparité.

Parmi les médecins prescripteurs, les pratiques sont très hétérogènes, avec des écarts importants du nombre de prescriptions par médecin en 2019 (moyenne 10,82 ; écart-type 12,90 ; fourchette : 1 à 664). **Ainsi, la majorité des prescriptions de méthylphénidate ainsi que leur augmentation entre 2010 et 2019 sont le fait d'une minorité de médecins généralistes.**

À l'hôpital, on retrouve cette même concentration des prescriptions. **Sur les 1 356 établissements de santé publique français, 358 ont à eux seuls réalisé 78,8 % des prescriptions hospitalières¹²⁶ en 2019.** Les trente premiers établissements prescripteurs ont réalisé 28 % des prescriptions.

Ces enjeux sont d'autant plus vifs que le 13 septembre 2021, l'ANSM a mis fin à la prescription initiale hospitalière (PIH) pour le méthylphénidate – une mesure qui avait pour fonction de garantir l'accompagnement des enfants et de leurs parents et un suivi régulier spécialisé à même de réévaluer la pertinence de la prescription initiale. Cette décision faisait suite à une saisine de l'association de familles, TDAH France, visant la levée de l'obligation de première prescription du

¹²⁶ Nous nous référons au comptage officiel de l'Insee, mis à jour en 2020. Données disponibles à l'adresse suivante <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277748?sommaire=4318291>. Consulté le 13 juin 2021.

méthylphénidate par un praticien hospitalier. L'association pointait alors la difficultés d'accès de leurs enfants au traitement¹²⁷.

Dans le même temps, le nombre de prescriptions initiale en milieu hospitalier de ce médicament était en forte augmentation (+ 100 % tous les dix ans).

Quelles mesures remplacent la garantie, pour l'enfant et sa famille d'un suivi spécialisé et pluridisciplinaire que la PIH assurait – ou aurait dû assurer – jusqu'alors ?

II.4. Parallèlement à l'augmentation des prescriptions, une baisse des prises en charge pluridisciplinaires par les CMPP et les services de proximité

Le parcours type des enfants qui consultent en santé mentale prévoit un suivi et accompagnement des enfants et de leurs parents par les services hospitaliers, mais aussi par d'autres services comme les CMP ou les CMPP... Dans le traitement du TDAH, on constate statistiquement que le nombre des consultations en CMPP baisse parallèlement à la hausse de consommation de méthylphénidate, suggérant un abandon progressif du traitement psychosocial du TDAH au profit du traitement médicamenteux. De plus, les bases de données de santé montrent qu'entre 2011 et 2019, sur l'ensemble des services hospitaliers prescripteurs, 84,2 % à 87,1 % des enfants traités n'ont pas bénéficié d'un suivi médical ou d'accompagnement par le service hospitalier ayant initié le traitement dans l'année qui a suivi. **Tandis que la consommation de méthylphénidate n'a cessé de croître entre 2010 et 2019, le nombre de visites dans les CMPP des enfants recevant une prescription de méthylphénidate a été divisé par quatre** sur la même période, bien que les mesures d'accompagnement de l'enfant et de sa famille soient primordiales dans la réussite des prises en charge engagées quelles qu'en soient les modalités.

Tableau 4 : Visites en CMPP parmi les patients recevant une prescription de méthylphénidate

Année	Patients	Visites	Visites/patient	Total patients	% total
2010	1 305	21 083	16,16	31 453	4,1 %
2011	1 169	22 105	18,91	37 583	3,1 %
2012	1 244	23 963	19,26	42 282	2,9 %
2013	1 277	26 274	20,57	46 261	2,8 %
2014	1 292	27 171	21,03	51 041	2,5 %
2015	1 258	25 362	20,16	56 938	2,2 %
2016	1 301	26 073	20,04	62 028	2,1 %
2017	1 308	29 213	22,33	66 461	2,0 %
2018	817	15 769	19,30	70 103	1,2 %
2019	550	10 175	18,50	72 798	0,8 %

Source: Ponnou S., Thomé B., 2022, *op. cit.*

¹²⁷ <https://www.tdah-france.fr/Fin-de-la-Prescription-Initiale-hospitaliere-PIH-pour-le-methylphenidate.html>

On voit ici que les suivis psychothérapeutiques, éducatifs et sociaux déclinent alors que la consommation de psychostimulants progresse. **Ces résultats suggèrent un risque de substitution des pratiques psychoéducatives et sociales par des pratiques médicamenteuses.**

III. L'INCIDENCE DES FACTEURS SOCIAUX SUR LA PRESCRIPTION DE MEDICAMENTS

Dans le rapport 2022 de l'ONS¹²⁸, les études internationales montrent de manière transversale l'incidence des facteurs sociaux et environnementaux sur la santé mentale de l'enfant. La plupart de ces risques sont liés au contexte socioéconomique, éducatif et culturel.

Parmi ces principaux facteurs de risques sociaux on retrouve :

- La pauvreté ou le faible niveau économique de la famille ;
- les situations de précarité ou d'exclusion ;
- des facteurs liés au système scolaire ;
- l'exposition à différents types de toxiques : plomb, drogues, substances médicamenteuses. Ces risques d'exposition sont généralement plus élevés dans les milieux défavorisés ;
- la naissance prématurée. À titre d'exemple, le taux de naissances prématurées est de 13 % aux États-Unis et de seulement 6% en France – et cet écart s'explique en grande partie par la différence entre les systèmes de protection sociale de ces deux pays ;
- les maltraitances subies durant l'enfance, l'adolescence ou à l'âge adulte ;
- l'exposition à des facteurs de stress ou des événements de vie traumatiques ;
- certaines situations sociales ou parentales particulières : mères-adolescentes, familles monoparentales, parents souffrant de troubles mentaux ;
- certaines formes de discriminations selon l'appartenance ethnique ou religieuse.

Dans le cas du risque suicidaire, au-delà des effets de la crise sanitaire, les données de l'EDP-Santé¹²⁹ 2015-2017 permettent de **mesurer, pour la première fois, les très fortes inégalités face au risque suicidaire liées au niveau de vie, au statut d'activité et à la catégorie socioprofessionnelle¹³⁰**. Elle montre l'interaction entre le genre, l'âge et le niveau de vie pour la construction du risque suicidaire. Ainsi le taux de tentative de suicide des adolescentes de 15 à 19 ans faisant partie des 25 % les plus pauvres s'établit ainsi à près de huit fois le taux observé pour les garçons du même âge appartenant aux 25 % les plus aisés.

Parmi les autres risques, les **agressions sexuelles**, le plus souvent dans le cadre familial, font également partie des situations d'abus ou d'emprise liées de manière prédominante au risque suicidaire. Les **difficultés dans la relation familiale** s'avèrent prédominantes parmi les différents

¹²⁸ Observatoire national du suicide (ONS), Suicide. Mesurer l'impact de la crise sanitaire liée au Covid-19 - Effets contrastés au sein de la population et mal-être chez les jeunes, 5e rapport.

¹²⁹ Échantillon démographique permanent (INSEE), volet enrichi par les données de santé du système national des données de santé (SNDS, géré par la CNAM), pilotage Drees du volet inégalités sociales et variabilité territoriale dans le cadre de la stratégie nationale de santé 2018-2022.

¹³⁰ Sterchele, C. (2022, septembre). Caractéristiques sociodémographiques des personnes hospitalisées pour tentative de suicide entre 2015 et 2017 (EDP-Santé). Dans Observatoire national du suicide (ONS), Suicide. Mesurer l'impact de la crise sanitaire liée au Covid-19 - Effets contrastés au sein de la population et mal-être chez les jeunes, 5e rapport.

facteurs contextuels liés au risque suicidaire. **Le sentiment d'échec personnel** est également un facteur majeur du risque suicidaire, **en particulier en lien avec les résultats scolaires**. Cet échec peut être ressenti dans des situations où l'investissement massif dans la performance ou la perfection a donné lieu à une attente de réussite déçue, et à l'apparition d'une tension difficile à surmonter.

Pour les soignants, deux situations prédominent dans le déclenchement des comportements suicidaires : le contexte de l'abandon et celui de la violence.

Ainsi le travail avec la famille, sur l'entourage, le contexte et les conditions de vie et d'éducation de l'enfant est-il fondamental pour intervenir sur les causes et les facteurs aggravants la souffrance psychique et la dureté de ses formes d'expressions.

III.1. L'influence des facteurs sociaux et environnementaux

Les études le montrent : les facteurs sociaux interviennent sur la consommation de médicaments psychotropes – notamment chez l'adulte¹³¹.

La pauvreté, la précarité ou l'exclusion contribuent de manière significative à la consommation de ces médicaments, au point que certains auteurs n'hésitent plus à parler de « **médication de la pauvreté** »¹³². Ainsi, une étude parue en 2008 dans la revue « *International Journal for Equity in Health* » et comparant un échantillon de 1 257 jeunes adultes dans l'est de la France montre que la consommation de médicaments psychotropes varie de manière significative selon le statut professionnel¹³³. Une étude réalisée en 2007 par la même équipe de recherche sur un échantillon de 6 216 personnes¹³⁴ a montré une **association forte entre la consommation de psychotropes et la défavorisation matérielle et sociale**.

Ces constats sont congruents avec les études de la Drees ou les enquêtes épidémiologiques (Covid et pré-Covid) qui témoignent chacune de l'impact des inégalités sociales sur la santé mentale d'une

¹³¹ Alonso J., Angermeyer M. C., Bernert S., 2004, European Study of the Epidemiology of Mental Disorders. Psychotropic drug utilization in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project, *Acta Psychiatr Scand Suppl*, p. 55-64 ; Baumann M., Spitz E., Guillemin F., Ravaud J.-F., Choquet M., Falissard B., Chau N., 2007, Associations of social and material deprivation with tobacco, alcohol, and psychotropic drug use, and gender: a population-based study, *International journal of health geographics*, 6 (1), p. 1-12.

¹³² Singer M., 2007, *Drugging the poor: Legal and illegal drugs and social inequality*, Waveland Press.

¹³³ Chau N., Baumann M., Falissard B., Choquet M., 2008, Social inequalities and correlates of psychotropic drug use among young adults: a population-based questionnaire study, *International Journal for Equity in Health*, 7 (1), p. 1-9.

¹³⁴ Baumann M., Spitz E., Guillemin F., Ravaud J. F., Choquet M., Falissard B., Chau N., 2007, *idem*.

part, sur la consommation de médicaments psychotropes d'autre part¹³⁵, et lu rapport de la cour des comptes qui pointe les inégalités sociales et territoriales de l'offre de soin¹³⁶ (voir Annexe I.8).

Deux faisceaux d'analyse et une recommandation émergent de l'ensemble des éléments de littérature dédiés à l'impact des inégalités sociales sur la consommation de médicaments psychotropes.

Tout d'abord, les risques socioéconomiques – a fortiori lorsqu'ils sont cumulés – ont une incidence importante sur la santé mentale. Ces facteurs de risque sociaux et environnementaux sont aujourd'hui scientifiquement étayés pour l'ensemble des problématiques psychiatriques – et bien mieux documentés que les facteurs de risque biologiques.

Dans les pays riches, la pauvreté augmente le risque de troubles mentaux¹³⁷. **L'accroissement des inégalités sociales en France ces dernières années pourrait expliquer en partie l'accroissement de la souffrance des enfants d'une part, et de la médication d'autre part.**

Une troisième perspective concerne la médicalisation croissante de nos sociétés. Ici, la médication pourrait correspondre à un effet collatéral de la médicalisation des comportements et de la souffrance de l'enfant. En effet, en France comme dans la plupart des pays d'Europe ou en Amérique du Nord, **le diagnostic médical est la condition nécessaire à l'accès aux droits.** Comme on l'a vu, le diagnostic est complexe et parfois incertain, ce qui ne saurait priver l'enfant de l'accompagnement dont il a besoin, quel que soit le diagnostic, ou son absence. **Or l'enfant présentant des difficultés scolaires ne pourra disposer de modalités de compensations ou du soutien d'une assistance personnalisée qu'à la condition qu'il dispose d'un diagnostic médical et qui plus est, reconnu comme handicap. Ainsi, la détermination sociale du diagnostic et de la médication de l'enfant peut aussi être liée au système de protection sociale lui-même¹³⁸.**

Les facteurs de risque sociaux et environnementaux susceptibles d'impacter la santé psychique ou la médication des populations sont sensibles à des pratiques et à des politiques de prévention, de soin ou d'éducation adaptées. Ainsi, l'ensemble des chercheurs, des praticiens ou des représentants des institutions publiques concernés soutiennent la nécessité de prévenir les situations d'exclusion, d'isolement et de rupture, de travailler à la réduction des inégalités sociales et aux pratiques/dispositifs de remédiation de ces inégalités comme mode de réduction de la souffrance psychique des individus.

Dans un récent rapport dédié à la santé mentale, **l'OMS préconise justement de dissocier médicalisation et accès au droit dans le soin et l'accompagnement des personnes en situation de souffrance psychique¹³⁹.**

¹³⁵ https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-10/DD102_MAJ.pdf ; Lang T., Saurel-Cubizolles M.-J., de Villemeur A.-B., Aujard Y., Colson S., Com-Ruelle L., Vernazza-Licht N., 2020, La santé des enfants en France: un enjeu négligé ?, *Santé publique*, 32 (4), p. 329-338.

¹³⁶ Cour des comptes (2021), Rapport, *Les parcours dans l'organisation de la psychiatrie* : <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/les-parcours-dans-lorganisation-des-soins-de-psychiatrie>

¹³⁷ Muntaner C., Eaton W. W., Miech R., O'Campo P., 2004, Socioeconomic position and major mental disorders, *Epidemiologic reviews*, 26 (1), p. 53-62.

¹³⁸ Gonon F., 2011, La psychiatrie biologique : une bulle spéculative ?, *Esprit* (11), p. 54-73.

¹³⁹ OMS, 2022, Orientations et dossiers techniques aux services de santé mentale communautaire – Promotion des démarches centrées sur la personne et fondées sur des droits. <https://www.who.int/fr/news/item/17-06-2022-who-highlights-urgent-need-to-transform-mental-health-and-mental-health-care>

À cet égard le droit à la santé des enfants qui vont mal, entendu comme un droit à être aidé et soigné, est un droit supranational, qui s'impose aux États signataires de la CIDE. D'autre part, le droit à la santé est considéré comme un objectif constitutionnel (pour l'OMS : « *la possession du meilleur état de santé (...) constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain* », Constitution de l'OMS, 1946). Ce qui entraîne des obligations et une responsabilité particulière des professionnels de santé pour y parvenir. Le droit à la santé figure également dans le préambule de la Constitution de 1946 (al. 11). Il ne saurait donc dépendre ni des inégalités d'offre de soin sur son territoire, ni de son diagnostic, tel diagnostic ouvrant droit à des aides et tel autre, non.

III.2. L'influence du système scolaire et des inégalités sociales sur la consommation d'antidépresseurs

Au-delà des questions diagnostiques et cliniques, les personnes présentant des situations socioéconomiques défavorables ont un risque accru de médication.

Ce phénomène peut s'expliquer de plusieurs manières : en effet, les personnes socialement vulnérables cumulent les facteurs de risque qui les exposent davantage à la dépression, et des difficultés d'accès aux infrastructures et aux pratiques de soin : accompagnement et suivi régulier, observance du traitement, etc.

Par ailleurs, le traitement est sans effet sur les difficultés sociales (pauvreté, exclusion) qui contribuent à la maladie.

Ainsi, des études françaises et internationales¹⁴⁰ ont mis en évidence l'influence du système scolaire et des inégalités sociales sur la souffrance psychique des individus :

- stress, exigences et pression du système scolaire, échec scolaire, harcèlement, sentiment d'échec et d'exclusion sont des facteurs de risque pour la dépression chez l'enfant et l'adolescent ;
- les facteurs sociaux tels que la pauvreté, l'exclusion, les situations de violence et de rupture familiale peuvent contribuer à la dépression de l'enfant ;
- enfin, la récente crise Covid montre que les transformations subies des modes de vie, l'isolement accru et les ruptures du lien social contribuent de manière significative à l'augmentation des situations de souffrance psychique et des demandes de soin.

Ainsi, il existe une littérature scientifique abondante concernant l'association entre **exigences scolaires et dépression, dépression et échec scolaire ou dépression et arrêt d'études** : d'une part les exigences du système scolaire peuvent engendrer des situations de stress et des

¹⁴⁰ Voir notamment HCFEA, 2021, *la traversée adolescente...*, op. cit. Annexe I.3.

symptômes dépressifs¹⁴¹, d'autre part, les cas d'échec scolaire ou d'arrêt d'étude peuvent avoir pour cause des situations cliniques de dépression¹⁴².

Une étude récente (2020)¹⁴³ réalisée dans les bases médico-administratives écossaises montre que comparativement à leurs pairs, les enfants recevant des antidépresseurs étaient plus régulièrement absents ou exclus de l'école. L'étude montre que ces enfants ont des besoins éducatifs particuliers, un niveau de scolarité plus bas, un risque accru de subir le chômage à la sortie de l'école. Le suivi à cinq ans montre que ces jeunes présentent un taux d'hospitalisation et de mortalité plus élevé. Les auteurs concluent en soutenant la **nécessité de mesures éducatives et sociales susceptibles de prévenir l'absentéisme et de favoriser l'accompagnement des enfants**.

De même, les études montrent que les difficultés et les inégalités sociales contribuent de manière significative au risque de dépression et au risque suicidaire. Quelle que soit la méthode ou les critères scientifiques utilisés (catégorie socioprofessionnelle, niveau de revenu, etc.), l'ensemble des enquêtes portant sur des cohortes de milliers de patients associe l'influence des facteurs socioéconomiques au risque de dépression¹⁴⁴. De plus, les recherches montrent que le faible niveau économique ou le manque d'éducation des patients contribuent à la consommation de médicaments antidépresseurs : les antidépresseurs sont plus régulièrement prescrits auprès des personnes en situation de vulnérabilité sociale¹⁴⁵. Réciproquement, **les bénéfiques des antidépresseurs semblent beaucoup plus ténus et limités chez les personnes présentant des difficultés sociales que chez les individus appartenant aux classes sociales les plus aisées**¹⁴⁶.

Enfin, dans son rapport 2022 dédié à la santé de la population en France, la Drees note à la fois **une augmentation générale importante de consommation de médicaments psychotropes en France**, une accentuation de la souffrance psychique et notamment des manifestations dépressives, mais également une détermination sociale de la dépression dans notre pays¹⁴⁷.

¹⁴¹ McCarty C. A., Mason W. A., Kosterman R., Hawkins J. D., Lengua L. J., McCauley E., 2008, Adolescent school failure predicts later depression among girls, *Journal of adolescent health*, 43 (2), p. 180-187.

¹⁴² Dupéré V., Dion E., Nault-Brière F., Archambault I., Leventhal T., Lesage A., 2018, Revisiting the link between depression symptoms and high school dropout: Timing of exposure matters, *Journal of Adolescent Health*, 62 (2), p. 205-211.

¹⁴³ Fleming M., Fitton C. A., Steiner M. F., McLay J. S., Clark D., King A., Pell J. P., 2020, Educational and health outcomes of children and adolescents receiving antidepressant medication: Scotland-wide retrospective record linkage cohort study of 766 237 schoolchildren, *International Journal of Epidemiology*, 49 (4), p. 1380-1391.

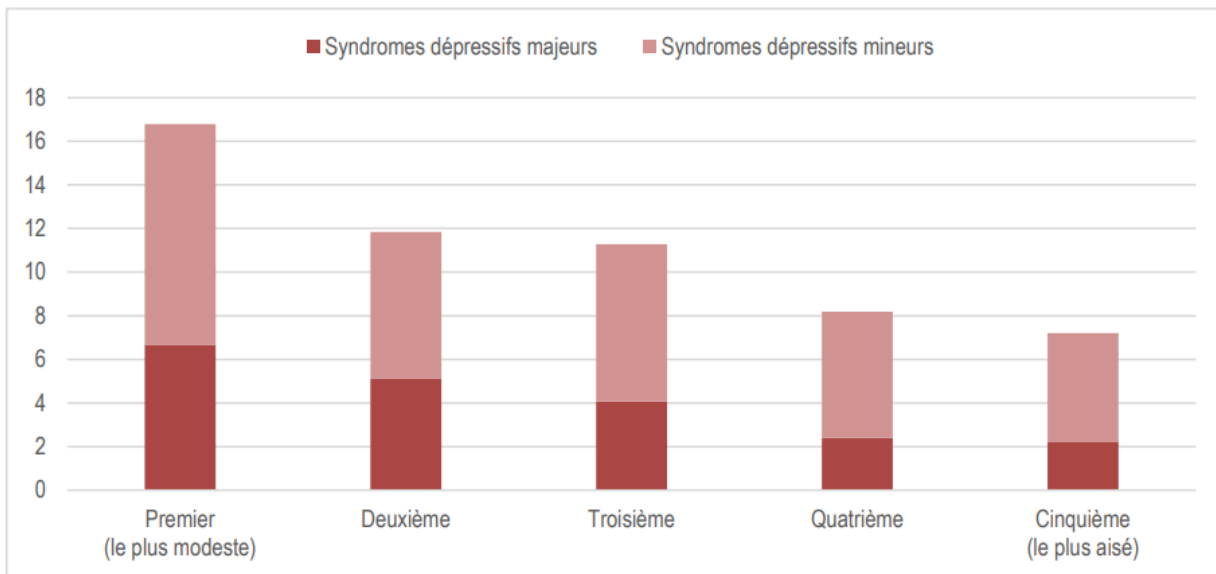
¹⁴⁴ Piko B. F., Luszczynska A., Fitzpatrick K. M., 2013, Social inequalities in adolescent depression: The role of parental social support and optimism, *International Journal of Social Psychiatry*, 59 (5), p. 474-481 ; Gilman S. E., Bruce M. L., Have T. T., Alexopoulos G. S., Mulsant B. H., Reynolds C. F., Cohen, A., 2013, Social inequalities in depression and suicidal ideation among older primary care patients, *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 48 (1), p. 59-69.

¹⁴⁵ Spence R., Roberts A., Ariti C., Bardsley M., 2014, Focus on: Antidepressant prescribing trends in the prescribing of antidepressants in primary care; Hiilamo H., 2014, Is income inequality 'toxic for mental health'? An ecological study on municipal level risk factors for depression, *PLoS one*, 9 (3), e92775.

¹⁴⁶ Cohen A., Houck P. R., Szanto K., Dew M. A., Gilman S. E., Reynolds C. F., 2006, Social inequalities in response to antidepressant treatment in older adults, *Archives of general psychiatry*, 63 (1), p. 50-56.

¹⁴⁷ Bagein G., Costemalle V., Deroyon T., Hazo J. B., Naouri D., Pesonel E., Vilain A., 2022, *L'état de santé de la population en France*, Drees, p. 14.

Graphique 3 : Prévalences des syndromes dépressifs selon le cinquième de niveau de vie (taux standardisés sur l'âge et le sexe)



Source : Bagein, G., Costemalle, V., Deroyon, T., Hazo, J. B., Naouri, D., Pesonel, E., & Vilain, A. (2022). L'état de santé de la population en France, DREES, p. 14.

Le rapport met ainsi en évidence le lien entre inégalités sociales, dépression et médication/risque d'exposition à un traitement psychotrope.

Dans le cas de la dépression comme pour l'ensemble des problématiques de santé mentale, les facteurs sociaux et environnementaux engagent un risque accru de médication.

Si ces résultats sont issus d'enquêtes principalement réalisées chez l'adultes, **les études montrent que les enfants sont bien plus touchés que leurs aînés par ces inégalités sociales et leurs effets.**

III.3. L'influence du système scolaire et des inégalités sociales sur la prescription de psychostimulants chez l'enfant

De nombreuses études internationales (voir par exemple encadré) ont montré les facteurs de risque scolaires et sociaux relatifs au diagnostic de TDAH et à la médication par psychostimulant¹⁴⁸.

Ces facteurs scolaires sont plus ou moins liés à l'organisation du système scolaire :

- le découpage de l'année scolaire et le décalage entre année civile et année scolaire, qui conduit à des écarts jusqu'à un an pour les élèves d'une même classe, un diagnostic et une médication accrus des enfants les plus jeunes ;
- les attentes croissantes du système scolaire en termes de réussite des élèves ;

¹⁴⁸ Pour une revue détaillée voir notamment Ponnou S., Gonon F., 2017, How French media have portrayed ADHD to the lay public and to social workers, *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 12 (sup1), 1298244 – ou chapitre 7 du présent rapport.

- les effets secondaires des politiques publiques et éducatives d'évaluation du niveau scolaire des élèves et des établissements scolaires.

Variations diagnostiques, une étude conduite en Virginie

Dans une ville de l'État de Virginie, selon une étude déjà ancienne, le taux moyen d'enfants sous prescription de psychostimulants était de **8 à 10%**, soit **trois fois plus que le taux moyen de diagnostic**.

Et **selon le secteur scolaire, le taux de prescription variait de 14 à 63%**¹⁴⁹.

Les garçons étaient trois fois plus sujets à prescription que les filles et **les enfants blancs deux fois plus que les enfants noirs**.

Dans la population générale américaine, la prévalence du TDAH varie selon le mois de naissance, confirmant que **les écoliers les plus jeunes de leur classe sont plus fréquemment diagnostiqués**¹⁵⁰.

L'étude conclue que **les critères de diagnostic de TDAH varient considérablement selon les lieux, avec des sur-diagnostic et sur-traitements sur certains groupes d'enfants**. Depuis, une politique de réduction des prescriptions de psychotropes aux enfants, en particulier en cas de suspicion de TDAH, a été fortement développée.

Par ailleurs, le comportement hyperactif des enfants les plus jeunes d'une classe est plus fréquemment jugé pathologique par leurs enseignants que par leurs parents¹⁵¹, notamment du fait d'une incitation des écoles américaines, variable selon les comtés, et équipée (guides et autres supports) par l'industrie pharmaceutique¹⁵², à faire diagnostiquer TDAH les enfants (voir annexe II.5.)

Le même phénomène a été identifié en Norvège, en Lombardie (Italie), en Finlande et au Royaume-Uni.

Au-delà des différences de systèmes éducatifs, les méta-analyses actuellement disponibles confirment que le diagnostic de TDAH est fortement lié à l'entrée de l'enfant à l'école primaire. **Dans les pays où cette entrée est déterminée par l'année de naissance de l'enfant, les plus jeunes d'entre eux (en France, ceux nés en décembre, voir infra) sont deux fois plus souvent**

¹⁴⁹ LeFever, G. B., Dawson, K. V., Morrow, A. L. (1999). The extent of drug therapy for attention deficit-hyperactivity disorder among children in public schools. *American Journal of Public Health*, 89(9), 1359-1364.

¹⁵⁰ Elder, T. E. (2010). The importance of relative standards in ADHD diagnoses: evidence based on exact birth dates. *Journal of health economics*, 29(5), 641-656 ; Evans, W. N., Morrill, M. S., Parente, S. T. (2010). Measuring inappropriate medical diagnosis and treatment in survey data: The case of ADHD among school-age children. *Journal of health economics*, 29(5), 657-673.

¹⁵¹ Elder, T. E. (2010). The importance of relative standards in ADHD diagnoses: evidence based on exact birth dates. *Journal of health economics*, 29(5), 641-656

¹⁵² Phillips, C. B. (2006). Medicine goes to school: teachers as sickness brokers for ADHD. *PLoS medicine*, 3(4), e182.

diagnostiqués TDAH que les plus âgés. Au contraire, au Danemark où l'entrée en primaire prend en considération la maturité de l'enfant, cette différence n'est pas observée¹⁵³.

Les travaux du Conseil de l'enfance attirent systématiquement l'attention des pouvoirs publics et des acteurs de l'enfance sur les contextes d'évolution des enfants et recommande une prise en compte accrue des facteurs environnementaux.

Les risques de troubles psychologiques dans l'enfance nous obligent aujourd'hui à repenser les environnements scolaires, et à nous appuyer sur la pédagogie pour améliorer l'accueil de l'enfant à l'école, l'ambiance de classe, la relation pédagogique, le rapport au savoir et le désir de savoir de l'enfant, le bien-être de l'enfant à l'école entendue comme lieu de vie et d'apprentissage.

Ces recommandations sont d'autant plus importantes que les facteurs scolaires de risque pour les troubles mentaux sont assortis de facteurs sociaux qui en potentialisent les effets.

Des facteurs scolaires associés au trouble du TDAH

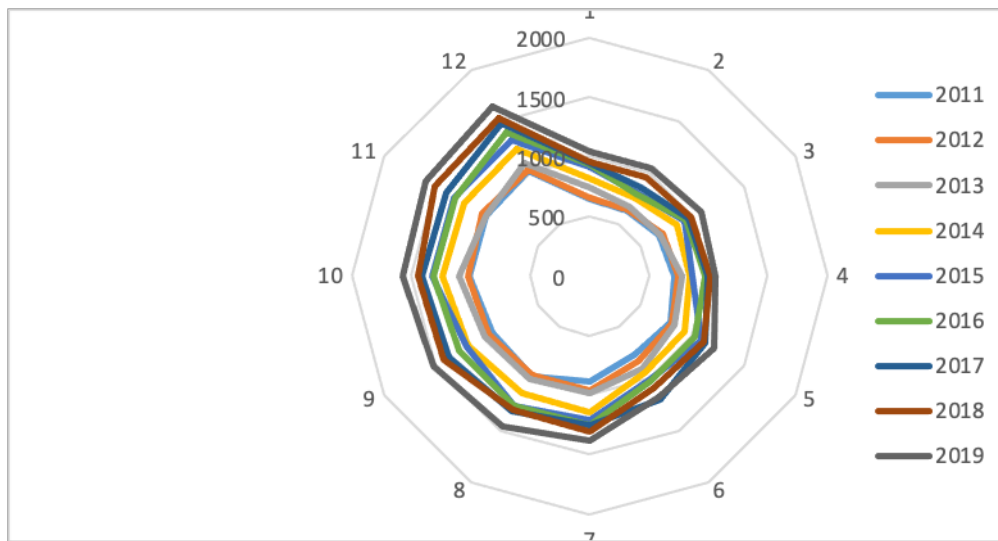
Le système national des données de santé montre que le diagnostic d'hyperactivité et la prescription de méthylphénidate en France sont corrélés au mois de naissance de l'enfant, de telle manière que les élèves les plus jeunes de leur classe soient les plus à risque d'être diagnostiqués hyperactifs et/ou médiqués. (cf. annexe II.3.)

En France, entre 2010 et 2019, les enfants nés en décembre – c'est-à-dire les plus jeunes de leur classe – ont été plus fréquemment diagnostiqués (+ 55 % en moyenne) que leurs camarades nés en janvier. De même, entre 2010 et 2019, les enfants et les adolescents vivant en France présentent 44 à 60 % de risques supplémentaires de se voir prescrire un traitement psychostimulant s'ils sont nés en décembre que s'ils sont nés en janvier (54 % en moyenne, sur l'ensemble de la période). En effet, de manière systématique entre 2010 et 2019, le nombre d'initiations augmente progressivement au fil des mois de l'année, de janvier à décembre, pour retomber brutalement le mois de janvier de l'année suivante. **Ainsi, le mois de naissance de l'enfant participe non seulement au diagnostic de TDAH, mais détermine *a fortiori* la réponse médicamenteuse aux manifestations liées à l'attention, ou au mal-être, des enfants alors même qu'il est logique de prendre en compte que les capacités d'attention des enfants les plus jeunes de leur classe diffèrent de celle de leurs camarades plus âgés.**

Ces données ne sont pas anecdotiques puisque les taux observés sont au-delà de 50 %. Ce phénomène est systématique et touche des milliers d'enfants.

¹⁵³ Holland, J., Sayal, K. (2019). Relative age and ADHD symptoms, diagnosis, and medication: a systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 28(11), 1417-1429 ; Whitely, M., Raven, M., Timimi, S., Jureidini, J., Phillimore, J., Leo, J., Landman, P. (2018). Attention deficit hyperactivity disorder late birthdate effect common in both high and low prescribing international jurisdictions: systematic review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*.

Graphique 4 : Enfants et d'adolescents traités par méthylphénidate selon leur mois de naissance entre 2011 et 2019 :



Source : Ponnou, S., & Thomé, B. (2022). ADHD diagnosis and methylphenidate consumption in children and adolescents: A systematic analysis of health databases in France over the period 2010-2019. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 957242-957242.

L'analyse des bases de données de santé montre également l'impact des facteurs sociaux sur le risque de diagnostic d'hyperactivité et la médication des enfants. Ainsi, entre 2010 et 2019, 35,2 à 38,8 % des enfants diagnostiqués TDAH vivaient dans des familles bénéficiant de la CMU ou de la CMU-C alors que ces aides ne sont attribuées qu'à 7,8 % de la population française. Le diagnostic de TDAH est donc beaucoup plus fréquent chez les enfants des familles les plus défavorisées. Si l'on considère également les enfants TDAH présentant un diagnostic de défavorisation sociale¹⁵⁴, le pourcentage d'enfants présentant des difficultés sociales au sein de la cohorte TDAH varie entre 39,8 et 42,6 % sur la période.

Ces constats sont identiques pour la consommation de méthylphénidate :

¹⁵⁴ Les diagnostics de défavorisation sont répertoriés dans la nomenclature CIM-10 à la rubrique « Sujets dont la santé peut être menacée par des conditions socioéconomiques et psychosociales ». Nous nous sommes référés aux codages suivants : Z55, difficultés liées à l'éducation et l'alphabétisation ; Z56, difficultés liées à l'emploi et au chômage ; Z57, exposition professionnelle à des facteurs de risque ; Z58, difficultés liées à l'environnement physique ; Z59, difficultés liées au logement et aux conditions économiques ; Z60, difficultés liées à l'environnement social ; Z61, difficultés liées à une enfance malheureuse ; Z62, autres difficultés liées à l'éducation ; Z63, autres difficultés liées à l'entourage immédiat, y compris la situation familiale ; Z64, difficultés liées à certaines situations psycho-sociales ; Z65, difficultés liées à d'autres situations psychosociales.

Tableau 5 : Niveaux de défavorisation parmi les enfants et adolescents consommateurs de méthylphénidate :

Année	CMU + CMU-C	%	CMU + diag défavorisation	%	Total population
2010	4 240	14,4 %	5 254	17,9 %	29 402
2011	4 869	14,9 %	6 008	18,3 %	32 762
2012	5 475	15,2 %	6 733	18,7 %	36 014
2013	5 918	15,1 %	7 326	18,7 %	39 212
2014	6 833	15,7 %	8 380	19,3 %	43 477
2015	7 762	16,1 %	9 455	19,6 %	48 206
2016	8 705	16,6 %	11 088	21,1 %	52 574
2017	10 512	18,5 %	12 983	22,9 %	56 778
2018	12 495	20,6 %	15 017	24,7 %	60 762
2019	14 181	21,7 %	16 782	25,7 %	65 395

Source: Ponnou, S., & Thomé, B. (2022). ADHD diagnosis and methylphenidate consumption in children and adolescents: A systematic analysis of health databases in France over the period 2010-2019. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 957242-957242.

Le diagnostic de TDAH et la médication par psychostimulant sont donc beaucoup plus fréquents chez les enfants des familles les plus défavorisées. S'il n'existe pas encore de données comparables pour la dépression chez l'enfant et l'adolescent en France, l'impact des difficultés sociales sur la dépression chez l'enfant est scientifiquement établi (cf. *supra*).

L'ensemble de ces informations témoigne de l'incidence des facteurs scolaires et sociaux sur le comportement des enfants, la perception des adultes et *in fine* la médication des enfants, le risque de discriminations induit par ces facteurs environnementaux, et la nécessité pour les pouvoirs publics et les professionnels de déployer les mesures de prévention et d'accompagnement psychosocial à même de réduire l'impact des inégalités sociales qui contribuent à la médication des enfants.

L'augmentation continue de la consommation de médicaments psychotropes en population pédiatrique se conjugue au profond déficit en termes de moyens et d'offres de soin en pédopsychiatrie – et ce bien au-delà du savoir-faire et du dévouement des professionnels qui consacrent leur temps et leur énergie au soin des enfants et à l'accompagnement des familles.

Ce phénomène aboutit à des réponses partielles et insuffisantes qui de plus en plus privilégient la prescription médicamenteuse, en excès, et se passent de l'accompagnement et du suivi thérapeutique, pédagogique et social pourtant indispensable et source de révision des traitements au fil du temps, au bénéfice de l'enfant.

Le remède le plus efficace consisterait sans doute dans une politique ambitieuse, volontaire et structurelle pour doter les institutions et les professionnels de psychiatrie et de pédopsychiatrie des moyens nécessaires afin qu'ils puissent répondre à l'urgence et à l'ampleur de leur tâche.

En ce sens il faut insister également sur :

- la prise en compte réelle et effective des recommandations de l'ANSM en termes de consommation de médicaments psychotropes en population pédiatrique ;
- une politique de diminution de la consommation de médicaments psychotropes chez l'enfant, comme il s'est vu aux États-Unis concernant la prescription d'antipsychotiques chez les jeunes¹⁵⁵ ;
- un changement des discours afin de faire évoluer les représentations; concernant l'étiologie des troubles mentaux – et notamment les approches biomédicales favorables à la médication pourtant réfutées dans la littérature scientifique
- un discours et des politiques plus favorables au déploiement des pratiques psychothérapeutiques, éducatives et sociales ;
- une recommandation pour la pratique : pas de prescription de médicament sans l'établissement préalable d'un suivi soutenu par une relation thérapeutique.

Pour conclure, les questions relatives à l'augmentation de la consommation de médicaments psychotropes et aux prescriptions hors AMM et hors recommandations impliquent certes des questions éthiques et scientifiques, mais engagent avant tout un débat politique.

L'évaluation des traitements – en particulier des traitements médicamenteux – repose enfin sur la balance du bénéfice/risque pour le patient. Or, l'évaluation des traitements psychotropes chez l'enfant (et chez l'adulte) montre des bénéfices limités et des effets indésirables importants selon les classes de médicaments : amaigrissement, retard staturo-pondéral, obésité, troubles du sommeil, somnolence, aggravation de troubles psychiatriques (agressivité par exemple) ou risque de passage à l'acte suicidaire, risques cardiovasculaires et cérébro-vasculaires, etc.

Les risques de santé publique engendrés par ces médicaments sont d'autant plus élevés que les co-prescriptions – et leurs effets secondaires propres – sont fréquentes et n'ont fait l'objet d'aucune étude.

Ces enjeux ont été largement discutés dans la littérature internationale – d'où la prudence des agences de santé. Ils ont reçu beaucoup d'échos dans les médias, dans le monde scientifique et dans les sociétés savantes. Ils soutiennent le bien-fondé de la vigilance à exercer concernant la médication de l'enfant.

Néanmoins, ces réserves semblent ne pas suffire à limiter la consommation de médicaments psychotropes et de nombreux chercheurs spécialisés ont plusieurs fois alerté sur les risques de santé liés à cette consommation médicamenteuse.

Dès lors, quelles mesures politiques mettre en œuvre pour faire en sorte que la prescription de médicaments psychotropes chez l'enfant – lorsqu'elle est jugée nécessaire – se conforme au maximum à l'AMM et aux recommandations de prescription, et soit bien associée, systématiquement, aux accompagnements psychothérapeutiques, éducatifs et sociaux ?

¹⁵⁵ Zito J. M., Burcu M., McKean S., Warnock R., Kelman J., 2018, *op. cit.*

IV. LES RECOMMANDATIONS DES AGENCES ET AUTORITES DE SANTE

Cette partie passe en revue les recommandations des autorités de santé. Elle contribue à l'état des lieux des pratiques thérapeutiques et des modalités d'accompagnement des enfants et des familles.

IV.1. En première intention, les réponses non médicamenteuses

Concernant le méthylphénidate, les antidépresseurs et les antipsychotiques, les recommandations de la Haute autorité de santé (HAS) et de l'Agence de sécurité du médicament (ANSM) indiquent que des mesures psychothérapeutiques, psychoéducatives et sociales doivent être privilégiées en première intention. Si elles s'avèrent insuffisantes, la prescription de médicaments psychotropes peut intervenir en deuxième intention, avec un accompagnement psychothérapeutique et un suivi médical.

Ainsi, concernant le TDAH d'abord, selon la fiche d'aide à la prescription de méthylphénidate de l'ANSM, « *le traitement par le méthylphénidate n'est pas indiqué chez tous les patients atteints de TDAH et la décision d'utiliser ce médicament devra se fonder sur une évaluation très minutieuse de la gravité et de la chronicité des symptômes du patient en tenant compte de son âge.*

Il est recommandé d'opter pour une approche de traitement multimodal du TDAH, lors de laquelle le méthylphénidate (MPH) est peut être prescrit. Comme pour tout traitement médical, une évaluation approfondie du rapport bénéfice/risque doit être réalisée avant le début de la thérapie [...].

Dans le traitement du TDAH de l'enfant, une prise en charge éducative appropriée est indispensable et une intervention psychosociale est généralement nécessaire. Lorsque des mesures correctives seules s'avèrent insuffisantes, la décision de prescrire du MPH doit se fonder sur une évaluation rigoureuse de la gravité des symptômes de l'enfant. Le traitement du TDAH de l'adulte ne doit être initié que sous la surveillance d'un spécialiste des troubles du comportement chez l'adulte.»¹⁵⁶.

La Has indique également clairement dans ses recommandations de bonnes pratiques aux médecins de premier recours (2014) concernant le TDAH que la prescription médicamenteuse ne doit intervenir qu'en deuxième intention : « ***La prise en charge : les thérapies non médicamenteuses en première intention. En première intention, une prise en charge non médicamenteuse doit être mise en œuvre, combinant en fonction des besoins de l'enfant des mesures psychologiques, éducatives et sociales. Si ces mesures sont insuffisantes, un traitement médicamenteux peut être initié. Le méthylphénidate est le seul médicament disponible à ce jour et indiqué pour le traitement pharmacologique du TDAH. Soumis à des règles de prescription très strictes, il doit être intégré dans une approche personnalisée à chaque enfant, réévalué tous les mois et prescrit en complément d'une thérapie non-médicamenteuse*** »¹⁵⁷.

¹⁵⁶ <https://ansm.sante.fr/actualites/methylphenidate-donnees-dutilisation-et-de-securite-demploi-en-france>

¹⁵⁷ HAS, Trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) : repérer la souffrance, accompagner l'enfant et la famille. Dossier de presse - Mis en ligne le 12 févr. 2015. En ligne : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2012647/fr/trouble-deficit-de-l-attention-avec-ou-sans-hyperactivite-tdah-reperer-la-souffrance-accompagner-l-enfant-et-la-famille

Concernant la prescription de médicament (MPH) elle précise qu'il s'agit d'un traitement « symptomatique et non curatif » et reprend l'indication de l'ANSM.

La HAS n'a cependant pas encore établi de recommandations concernant la prise en charge globale des enfants atteints de TDAH, mais travaille, à date, sur une saisine « *Quelles modalités de soins pour les personnes qui présentent un Trouble Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDAH) de l'enfance à l'âge adulte* » par l'Association de patient HyperSupers-TDAH France, suivie d'une seconde, de la DGS/DGOS (en partenariat avec des associations de patients dont HyperSupers-TDAH France) sur la question : « *Compléter les recommandations de premier recours de 2014 pour les enfants, avec des recommandations relatives au diagnostic et au traitement du trouble de déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH) pour les enfants, les adolescents et les adultes par un médecin spécialiste* »¹⁵⁸.

Elle décrit cependant dans sa recommandation de bonne pratique de premier recours de 2014 les thérapeutiques non médicamenteuses de la façon suivante : « *La prise en charge non médicamenteuse comporte des mesures psychologiques, éducatives et sociales. Le choix de ces prises en charge est à ajuster en fonction de leurs conditions d'accessibilité, ainsi certaines de ces prises en charge ne sont pas disponibles sur tout le territoire et un certain nombre d'entre elles ne sont pas prises en charge financièrement par la collectivité* »¹⁵⁹.

Psychothérapies et pratiques de soin

Il existe en France une grande diversité des pratiques psychothérapeutiques à destination de l'enfant et de l'adolescent

Cette pluralité tient d'abord à l'histoire de la psychiatrie et de la psychopathologie française, qui a établi des liens entre le soin psychique et des modèles théoriques et praxéologiques hérités de la médecine et des sciences humaines et sociales tout en participant au déploiement de la recherche scientifique dédiée aux troubles mentaux et psychosociaux. Cette diversité des pratiques a longtemps été considérée comme une richesse à même de répondre à la complexité des situations et des problématiques de santé mentale chez l'enfant.

Dans ses documents de référence en annexe (II.4.) de ses recommandations de premier recours de 2014, la HAS présente une liste de thérapeutiques non médicamenteuses qui liste dans sa diversité l'ensemble des approches psychothérapeutiques¹⁶⁰. Le document mentionne ainsi conjointement les **pratiques psychanalytiques et psychodynamiques, les approches comportementales et les thérapies systémiques/familiales** parmi les réponses non-médicamenteuses, et le méthylphénidate pour la réponse médicamenteuse¹⁶¹ (voir partie III).

¹⁵⁸ *Ibid.*

¹⁵⁹ HAS, 2014, Conduite à tenir en médecine de premier recours devant un enfant ou un adolescent susceptible d'avoir un trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité. En ligne : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-02/tdah_recommandations.pdf ;

¹⁶⁰ Haute autorité de santé, 2015, Conduite à tenir en médecine de premier recours devant un enfant ou un adolescent susceptible d'avoir un trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité. En ligne : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-02/tdah_argumentaire.pdf.

¹⁶¹ Haute autorité de santé, 2014, Conduite à tenir en médecine de premier recours devant un enfant ou un adolescent susceptible d'avoir un trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité. En ligne : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-02/tdah_recommandations.pdf ; Welniarz B., Saintoyan F., 2015, Dépression de l'enfant et de l'adolescent : place du traitement médicamenteux et de l'hospitalisation, *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, n° 63 (8), p. 541-547.

Les pratiques éducatives

Les recommandations de bonnes pratiques en matière de santé mentale des enfants font régulièrement état de considérations éducatives sur un plan assez général. Dans le cas du TDAH, elles insistent **sur l'importance pour le médecin de premier recours de contacter et d'échanger régulièrement avec le médecin scolaire, et le cas échéant, d'échanger avec l'équipe enseignante** pour l'aider à adapter ses pratiques éducatives à l'enfant.

L'argumentaire de la HAS 2014 conseille notamment aux parents de :

- « donner une consigne à la fois ;
- établir des règles claires dans des temps limités ;
- mettre en place des moments de pause en cours d'activité ;
- utiliser des routines, des repères temporels et des rappels ;
- favoriser la cohérence dans l'éducation, ainsi qu'un environnement calme et contrôlé ;
- féliciter l'enfant, donner des encouragements et des récompenses ;
- donner des responsabilités, des tâches qui peuvent être réussies »¹⁶².

Elle donne à l'équipe éducative un ensemble de conseils en fonction du comportement de l'enfant :

Tableau 6 : Conseils et stratégies à destination des enseignants (HAS)

Difficultés	Conseils et stratégies
Inattention	<p> limiter les sources de distraction :</p> <ul style="list-style-type: none"> • placer le pupitre de l'élève près de l'enseignant • placer l'élève à côté d'un camarade calme • laisser sur le pupitre uniquement ce qui est nécessaire
Facilement distrait par les stimuli parasites	

Source : Haute autorité de santé, 2014, Conduite à tenir en médecine de premier recours devant un enfant ou un adolescent susceptible d'avoir un trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité p. 45.

La question éducative est également abordée sous l'angle des démarches procédurales relatives aux aménagements scolaires : programme personnalisé de réussite éducative (PPRE), projet d'accueil individualisé (PAI), plan d'accompagnement personnalisé (PAP), projet personnalisé de scolarisation (PPS), etc.

Si ces démarches sont importantes et favorables à l'accueil particularisé de l'enfant à l'école ainsi qu'à son investissement dans les apprentissages, elles restent très en-deçà des contenus pédagogiques et éducatifs propres à aider l'enfant atteint de troubles mentaux. C'est du côté de l'histoire des idées éducatives qu'on les trouvera, à travers les références aux grands pédagogues et aux pédagogies nouvelles et/ou alternatives des ressources accessibles et mobilisables, qui font leur preuve dans la pratique (voir partie IV).

¹⁶² https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-02/tdah_recommandations.pdf, op. cit., p. 45.

Enfin, on notera que la notion de « rééducation » est régulièrement employée pour désigner les pratiques de soin en orthophonie, notamment quand elles visent la correction de troubles des apprentissages – parler, écrire, compter – or, ces pratiques et leur apport ne s’y réduisent pas.

Les dispositifs d'intervention sociale

Si la recommandation de l'ANSM et de la HAS mentionnent « des mesures psychologiques, éducatives et sociales » ces dernières ne sont pas précisées.

De très nombreuses études ont montré l'incidence des facteurs sociaux et environnementaux sur les risques de diagnostic et de médication psychotrope en psychiatrie de l'enfant : système scolaire, pauvreté et facteurs de défavorisation sociale, maltraitance, mauvaises interactions entre parents et enfants, stress et trauma, exposition excessive aux écrans, etc. (voir parties II et V).

Les facteurs sociaux sont régulièrement mentionnés dans les documents des autorités publiques mais ces indications ne donnent que rarement lieu à des recommandations de pratiques. Or, ces facteurs sont accessibles à des pratiques et des politiques sociales de prévention adaptées.

IV.2. La prescription médicamenteuse

En termes de thérapeutiques, **les consensus internationaux sont réservés quant à la prescription de médicaments psychotropes chez l'enfant et l'adolescent. Elles insistent sur l'importance des mesures de précaution, de la surveillance et le rôle des agences de santé et de sécurité** du médicament¹⁶³. Ces réserves s'expliquent par :

- la rareté d'études robustes sur l'efficacité des traitements chez l'enfant ;
- des effets indésirables importants et une balance bénéfique/risque qui conduit à un nombre limité d'AMM pour les médicaments psychotropes en population pédiatrique¹⁶⁴.

Ces réserves et les limites des bénéfices des traitements psychotropes sont confirmées par une récente revue de méta-analyses publiées en 2022 dans la plus prestigieuse revue internationale de psychiatrie *World Psychiatry* concernant l'ensemble des traitements psychotropes¹⁶⁵.

Lorsqu'un médicament psychotrope est effectivement autorisé chez l'enfant, sa prescription est généralement assortie d'une autorisation limitée et de recommandations strictes.

Le traitement médicamenteux ne guérit pas la souffrance psychique de l'enfant même s'il permet, dans certains cas, d'alléger l'expression des symptômes et de faciliter le travail de soin. **De manière générale, il n'est recommandé dans le cas des troubles mentaux chez l'enfant qu'en association et en soutien aux pratiques psychothérapeutiques, éducatives et sociales. Il s'agit d'un traitement de seconde intention qui ne doit pas se substituer aux pratiques**

¹⁶³ Cohen D., Bonnot O., Bodeau N., Consoli A., Laurent C., 2012, Adverse effects of second-generation antipsychotics in children and adolescents: a Bayesian meta-analysis, *J Clin Psychopharmacol*, 32 : 309-16; Menard M.-L., Askenazy F., Auby P., Bonnot O., Cohen D., 2015, Améliorer la surveillance de la tolérance pédiatrique des antipsychotiques en France, *Archives de Pédiatrie*, 22 (1), p. 92-97.

¹⁶⁴ Acquaviva E., Peyre H., Falissard B., 2012, *op. cit.*, p. 78.

¹⁶⁵ Leichsenring F., Steinert C., Rabung S., Ioannidis, J. P., 2022, The efficacy of psychotherapies and pharmacotherapies for mental disorders in adults: an umbrella review and meta-analytic evaluation of recent meta-analyses, *World Psychiatry*, 21 (1), p. 133-145.

psychosociales qui constituent la principale modalité de soin et d'accompagnement de l'enfant et de sa famille.

La prescription de méthylphénidate

Dans le cas du TDAH, le méthylphénidate (voir partir II.II.3), est indiqué chez l'enfant à partir de 6 ans « *lorsque les mesures correctives psychologiques, éducatives, sociales et familiales seules s'avèrent insuffisantes* ». Sa prescription est soumise à un encadrement et à des conditions de délivrance stricts : prescription initiale et renouvellements annuels réalisés en milieu hospitalier (jusqu'en septembre 2021), par des médecins spécialistes, renouvellements mensuels sur ordonnance sécurisée, identification du pharmacien exécutant l'ordonnance

Les revues de littérature récentes (voir annexe II.4.1.) actualisent et soutiennent pleinement les recommandations des agences de santé concernant la prescription de psychostimulants, chez l'enfant.

L'efficacité du méthylphénidate est avérée dans la littérature internationale, mais elle n'est pas spécifique au TDAH. **De manière générale, les psychostimulants ont pour fonction d'améliorer l'attention, les performances et la concentration.** Dans le cas du TDAH, les études longitudinales ont montré des effets de court terme pour le méthylphénidate, mais ces effets s'amenuisent puis disparaissent avec le temps. D'où les recommandations de prescriptions de court terme¹⁶⁶, lorsque le traitement est jugé nécessaire pour soutenir le travail psychothérapeutique et éducatif.

De plus, selon plusieurs études américaines, le traitement par psychostimulants ne présente **aucun bénéfice à long terme sur les risques d'échec scolaire, de délinquance et de toxicomanie associés au TDAH**¹⁶⁷. Il est remarquable que l'amélioration des performances scolaires de l'enfant grâce au médicament a souvent été soutenue dans les médias, y compris dans le milieu scolaire, bien que cette information soit contraire aux indications de la littérature scientifique.

Si les effets indésirables de court terme semblent mineurs et de faible intensité, les effets indésirables de long terme sont largement méconnus, *a fortiori* dans le cas de prescriptions particulièrement longues et de poly-prescriptions de médicaments psychotropes – ce qui est le cas en France.

¹⁶⁶ The MTA Cooperative Group, 1999, A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder, *Arch Gen Psychiatry*, 56 (12), p. 1073-1086.

¹⁶⁷ *Ibid.* ; Currie J., Stabile M., Jones L., 2014, Do stimulant medications improve educational and behavioral outcomes for children with ADHD?, *Journal of health economics*, 37, p. 58-69 ; Gonon F., Guilé J.-M., Cohen D., 2010, Le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité: données récentes des neurosciences et de l'expérience nord-américaine, *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 58 (5), p. 273-281 ; Humphreys K. L., Eng T., Lee S. S., 2013, Stimulant medication and substance use outcomes: a meta-analysis, *JAMA psychiatry*, 70 (7), p. 740-749 ; Loe I. M., Feldman H. M., 2007, Academic and educational outcomes of children with ADHD, *Journal of pediatric psychology*, 32 (6), p. 643-654 ; Sharpe K., 2014, Evidence is mounting that medication for ADHD doesn't make a lasting difference to schoolwork or achievement, *Nature*, 506 (7487), p. 146-149.

L'ANSM répertorie les effets indésirables suivants : troubles du sommeil, amaigrissement, risques d'aggravation de pathologies psychiatriques et de passage à l'acte violents ou suicidaires, risques avérés de maladies cardiovasculaires et cérébro-vasculaires, mort subite d'origine cardiaque, infarctus du myocarde aigu, et accident vasculaire cérébral. Des cas d'infarctus du myocarde sous psychostimulant ont effectivement été documentés aux États-Unis.

La prescription d'antidépresseurs

Dans le cas de la dépression chez l'enfant, la HAS a publié une recommandation concernant les manifestations dépressives à l'adolescence¹⁶⁸. Elle recommande de **ne pas prescrire d'antidépresseur en première intention ni à la première visite**.

Si un antidépresseur est jugé nécessaire, et seulement pour les cas sévères après échec des approches psychothérapeutiques, le seul antidépresseur recommandé et disposant d'une AMM est la **fluoxétine** (Prozac®, dérivés et génériques).

Si la prescription est décidée, un accompagnement psychothérapeutique est indispensable ainsi qu'un suivi médical pour éviter les conduites suicidaires pouvant résulter de la prescription¹⁶⁹.

Ces recommandations sont assorties d'un argumentaire scientifique complet, développant des points de vigilance importants. Il est par exemple précisé que les antidépresseurs ISRS (dont la fluoxétine) peuvent entraîner une réaction maniaque¹⁷⁰. **Ainsi, la prescription de fluoxétine devrait être évitée en cas de suspicion de tendances bipolaires, ce qui peut arriver chez l'adolescent**. Ce point important n'est cependant pas retranscrit dans les documents de synthèse.

À partir des résultats extraits de la littérature scientifique, l'argumentaire conclut également que les antidépresseurs ISRS sont moins efficaces chez l'adolescent que chez l'adulte et moins efficace encore chez l'enfant que chez l'adolescent¹⁷¹.

Les études ultérieures permettent de confirmer les recommandations de 2014.

Ainsi, sur l'efficacité des antidépresseurs : la fluoxétine reste le seul antidépresseur présentant une certaine efficacité pour la dépression chez l'enfant et l'adolescent. Les études récentes ont

¹⁶⁸ Haute autorité de santé, 2014, Manifestations dépressives à l'adolescence : argumentaire scientifique : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-12/manifestations_depressives_argumentaire_scientifique.pdf ; Manifestations dépressives à l'adolescence : synthèse de la recommandation de bonne pratique : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-12/manifestations_depressives_recommandations.pdf.

¹⁶⁹ https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-12/manifestations_depressives_recommandations.pdf, *op. cit.*

¹⁷⁰ https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-12/manifestations_depressives_argumentaire_scientifique.pdf, *op. cit.*, p. 98.

¹⁷¹ *Ibid.*

révisé à la baisse la taille de cette efficacité au point de faire sérieusement douter de son intérêt clinique¹⁷².

Sur les effets indésirables des antidépresseurs : les idées et conduites suicidaires :

Les idées et conduites suicidaires sont les effets indésirables les plus étudiés par les essais contrôlés randomisés (qui tendent néanmoins à les sous-estimer, voir annexe II.4.2.).

Sur les risques de violence contre soi et autrui associés aux antidépresseurs, toutes les études, y compris les plus récentes, pointent une différence importante entre les moins de 18 ans et les adultes. Les premiers y sont beaucoup plus exposés, ce qui diminue d'autant le rapport bénéfice/risque des antidépresseurs chez l'enfant et l'adolescent.

Sur les effets indésirables des antidépresseurs : virage maniaque et syndrome de sevrage :

Le virage maniaque est un risque connu des antidépresseurs¹⁷³. **Il est 5 fois plus élevé chez l'enfant et l'adolescent que chez l'adulte**¹⁷⁴.

Les essais contrôlés randomisés ont conduit à recommander, aux Etats-Unis, la fluoxétine et l'escitalopram (Seroplex®, dérivés et/ou génériques) pour le traitement de fond de la dépression chez le jeune à partir de 8 ans. Sur la même ligne, la HAS recommande, en deuxième intention, la fluoxétine pour une durée « entre 6 mois et un an dans le but de prévenir les récives »¹⁷⁵.

Une revue récente critique l'argument justifiant un traitement au long cours chez les jeunes patients¹⁷⁶. En effet, chez beaucoup de patients, le passage d'un traitement court (usuellement deux mois) à un placebo entraîne une rechute ce qui plaiderait pour la poursuite du traitement. Safer et Zito (2019) critiquent cette interprétation : la rechute à l'arrêt brutal du traitement serait due à un syndrome de sevrage. Une autre revue récente a montré que le syndrome de sevrage a été minimisé par les essais contrôlés randomisés, mais qu'il est en fait fréquent chez l'adulte¹⁷⁷.

Autres troubles mentaux faisant l'objet d'une prescription d'antidépresseurs :

La recommandation de la HAS concernant la dépression chez l'adolescent évoque des comorbidités souvent associées, principalement les Troubles obsessionnels compulsifs (Toc) et les troubles anxieux¹⁷⁸. **La HAS déconseille le traitement par les benzodiazépines** en raison des risques de

¹⁷² Moncrieff J., Cooper R. E., Stockmann T., Amendola S., Hengartner M. P., Horowitz, M. A., 2022, *The serotonin theory of depression: a systematic umbrella review of the evidence*, *Molecular psychiatry*, p. 1-14, <https://doi.org/10.1038/s41380-022-01661-0>; Leichsenring F., Steinert C., Rabung S., Ioannidis J. P., 2022, *op. cit.*

¹⁷³ https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-12/manifestations_depressives_argumentaire_scientifique.pdf, *op. cit.*

¹⁷⁴ Allain N., Leven C., Falissard B., Allain J. S, Batail J.-M., Polard E., Montastruc F., Drapier D., Naudet F., 2017, Manic switches induced by antidepressants: an umbrella review comparing randomized controlled trials and observational studies, *Acta psychiatrica Scandinavica*, 135, p. 106-116.

¹⁷⁵ https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-12/manifestations_depressives_argumentaire_scientifique.pdf, *ibid.*, p. 106.

¹⁷⁶ Safer D. J., Zito J. M., 2019, Short- and Long-Term Antidepressant Clinical Trials for Major Depressive Disorder in Youth: Findings and Concerns, *Frontiers in psychiatry*, 10:705.

¹⁷⁷ Hengartner M. P., Davies J., Read J., 2019, Antidepressant withdrawal - the tide is finally turning, *Epidemiology and psychiatric sciences*, 29:52.

¹⁷⁸ https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-12/manifestations_depressives_argumentaire_scientifique.pdf, *op. cit.*

dépendance. Chez l'adulte ces deux troubles font souvent l'objet d'une prescription d'antidépresseurs.

Au total, les études publiées après la recommandation de la HAS de 2014 renforcent le point de vue selon lequel **les antidépresseurs sont peu (fluoxétine) ou pas (les autres antidépresseurs) efficaces pour la dépression chez l'enfant et l'adolescent**. De plus, à la lumière des études récentes, **l'association entre les antidépresseurs et le risque de violence contre soi et autrui devient de plus en plus plausible, en tout cas chez l'enfant et l'adolescent**. Enfin, **d'autres effets indésirables, comme le virage maniaque ou le syndrome de sevrage sont également mieux documentés**.

Ici encore l'interrogation peut porter sur le rapport bénéfice/risque de cette molécule.

Le traitement médicamenteux ne guérit pas la souffrance psychique de l'enfant même s'il permet, dans certains cas, d'alléger l'expression des symptômes et de faciliter le travail de soin. La molécule ne cible aucune étiologie/cause organique identifiée, puisque précisément, il n'existe aucun marqueur biologique pour la dépression. **De manière générale, il n'est recommandé dans le cas des troubles mentaux chez l'enfant qu'en association et en soutien aux pratiques psychothérapeutiques, éducatives et sociales**. Il s'agit d'un traitement de seconde intention qui ne doit pas se substituer aux pratiques psychosociales qui constituent la principale modalité de soin et d'accompagnement de l'enfant et de sa famille.

La prescription d'antipsychotiques

L'analyse des bases de données de santé a montré des pratiques fréquentes de co-prescriptions de médicaments psychotropes chez l'enfant, dont des antipsychotiques. **La prévalence de la consommation d'antipsychotiques en population pédiatrique a plus que doublé entre 2010 et 2021**. La revue de littérature concernant l'usage de ces molécules chez l'enfant porte plus particulièrement sur la rispéridone qui semble la molécule antipsychotique la plus souvent prescrite chez l'enfant.

Deux textes évoquent la prescription de rispéridone aux enfants dans la documentation de la HAS. Le premier est dédié à l'autisme et aux Troubles envahissants du développement (TED). Le second concerne la prescription de rispéridone.

Autisme et autres troubles envahissants du développement :

L'argumentaire scientifique dédié à l'autisme et aux TED date de 2010. Selon ce texte : « *la rispéridone apparaît efficace pour améliorer les troubles du comportement associés à l'autisme (irritabilité, agressivité, hyperactivité, stéréotypies) mais elle ne paraît pas avoir d'effet sur les perturbations des compétences sociales et de la communication. Les effets indésirables sont liés à une prise de poids et à une sédation* »¹⁷⁹. Cet avis de la commission de la transparence (16 mars 2016) concernant les enfants indique : « *Risperdal est indiqué dans le traitement symptomatique de courte durée (jusqu'à 6 semaines) de l'agressivité persistante dans le trouble des conduites chez les enfants à partir de 5 ans et les adolescents présentant un fonctionnement intellectuel inférieur à la moyenne ou un retard mental diagnostiqués conformément aux critères du DSM-IV,*

¹⁷⁹ https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-03/autisme_etat_des_connaissances_argumentaire.pdf, p. 94.

chez lesquels la sévérité des comportements agressifs ou d'autres comportements perturbateurs nécessitent un traitement pharmacologique. [...] **Le rapport efficacité/effets indésirables de ces spécialités [les différentes formes de rispéridone] dans cette indication est modéré. Il existe des alternatives thérapeutiques. Ces spécialités sont des médicaments de seconde intention en cas d'inefficacité des mesures non médicamenteuses (mesures psychologiques, éducatives et sociales) ou dans les situations d'urgence en cas de danger pour l'enfant lui-même ou son entourage** »¹⁸⁰. En annexe (II.5.3.), le texte liste quelques effets indésirables: parkinsonisme, sédation, troubles du sommeil, céphalées, insomnies, prise de poids, diabète, hyperprolactinémie.

Efficacité des antipsychotiques concernant les comportements agressifs :

Trois revues sont en accord pour dire que la rispéridone est plus efficace qu'un placebo pour diminuer les comportements agressifs chez l'enfant et l'adolescent, quel que soit le diagnostic¹⁸¹. Au total, Il semble que la rispéridone diminue l'agressivité lors d'un traitement court (4 à 10 semaines) Concernant les autres antipsychotiques, les études ne sont pas assez nombreuses ni d'assez bonne qualité pour les recommander¹⁸².

Traitement préventif de l'apparition d'un premier épisode psychotique :

Un sujet très débattu ces dernières années dans la littérature spécialisée est celui de la **prévention des psychoses**. Deux questions se posent :

Premièrement, peut-on identifier des adolescents et des jeunes adultes présentant un fort risque d'épisode psychotique ? En fait, ces jeunes présentent des difficultés sociales, émotionnelles et cognitives qui justifient de toute façon une intervention¹⁸³.

Deuxièmement, quelle est la forme d'intervention la plus efficace ? Selon une méta-analyse récente, les approches psychosociales (principalement les thérapies cognitivo-comportementales) sont efficaces, contrairement aux antipsychotiques¹⁸⁴. Selon une autre méta-analyse, les données ne

¹⁸⁰ *Op. cit.*, p. 6-7.

¹⁸¹ Cohen D., Raffin M., Canitano R., Bodeau N., Bonnot O., Périsset D., Consoli A., Laurent C., 2013, Risperidone or aripiprazole in children and adolescents with autism and/or intellectual disability: A Bayesian meta-analysis of efficacy and secondary effects, *Research in Autism Spectrum Disorders*, 7, p. 167-175 ; Pringsheim T., Hirsch L., Gardner D., Gorman D. A., 2015, The Pharmacological Management of Oppositional Behaviour, Conduct Problems, and Aggression in Children and Adolescents with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder, Oppositional Defiant Disorder, and Conduct Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. Part 2: Antipsychotics and Traditional Mood Stabilizers, *The Canadian Journal of Psychiatry*, 60, p. 52-61 ; Loy J. H., Merry S. N., Hetrick S. E., Stasiak K., 2017, Atypical antipsychotics for disruptive behaviour disorders in children and youths. The Cochrane database of systematic reviews 8:Cd008559.

¹⁸² Pringsheim T., Hirsch L., Gardner D., Gorman D. A., 2015, *op. cit.*; Loy J. H., Merry S. N., Hetrick S. E., Stasiak K., 2017, *op. cit.*

¹⁸³ Mei C., van der Gaag M., Nelson B., Smit F., Yuen H. P., Berger M., Krccmar M., French P., Amminger G. P., Bechdolf A., Cuijpers P., Yung A. R., McGorry P. D., 2021, Preventive interventions for individuals at ultra- high risk for psychosis: An updated and extended meta-analyse, *Clinical psychology review*, 86:102005.

¹⁸⁴ *Idem*.

permettent pas d'identifier un traitement plus efficace qu'un autre, qu'il soit pharmacologique ou non¹⁸⁵.

Les effets indésirables de la rispéridone :

Les études déjà citées indiquent toutes que la prescription de rispéridone pendant 6 à 10 semaines entraîne une prise de poids moyenne de 2 à 4 kg, alors qu'elle est inférieure à 1 kg dans le groupe placebo¹⁸⁶. Elles rapportent aussi chez certains patients d'autres effets indésirables : augmentation du taux de glucose, hyperprolactinémie, sédation, parkinsonisme, maux de tête.

Les effets indésirables de la rispéridone, comme de tous les antipsychotiques, deviennent réellement problématiques pour les traitements chroniques. En particulier la prise de poids et le risque de diabète sont plus conséquents chez l'enfant et l'adolescent que chez l'adulte¹⁸⁷. De même, les effets indésirables neurologiques (dyskinésie et parkinsonisme) semblent plus fréquents avec la rispéridone qu'avec d'autres antipsychotiques. Ils augmentent avec la durée du traitement et sont d'autant plus fréquents que le patient est jeune¹⁸⁸.

En conclusion, face à des comportements agressifs sévères chez l'enfant, et quel que soit le diagnostic, la HAS recommande en première intention des approches non médicamenteuses.

Quand la sévérité et la persistance des symptômes conduisent à envisager une médication, la HAS recommande la **rispéridone pendant une durée ne dépassant pas 6 semaines**. Le tour d'horizon – non exhaustif – de la littérature récente conforte tout à fait ces recommandations. Il confirme que la prescription prolongée de rispéridone n'apporte pas de bénéfice cliniquement significatif, et présente de très sérieux risques d'effets indésirables. **En résumé, les recommandations de l'HAS concernant la prescription d'antipsychotiques chez l'enfant et l'adolescent doivent être rigoureusement respectées.**

La prescription hors AMM :

¹⁸⁵ Davies C., Cipriani A., Ioannidis J. P. A., Radua J., Stahl D., Provenzani U., McGuire P., Fusar-Poli P., 2018, Lack of evidence to favor specific preventive interventions in psychosis: a network meta-analysis, *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 17, p. 196-209.

¹⁸⁶ Reyes M., Buitelaar J., Toren P., Augustyns I., Eerdeken M., 2006, A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Study of Risperidone Maintenance Treatment in Children and Adolescents With Disruptive Behavior Disorders, *American Journal of Psychiatry*, 163, p. 402-410 ; Cohen D., Raffin M., Canitano R., Bodeau N., Bonnot O., Périsset D., Consoli A., Laurent C., 2013, *op. cit.* ; Pringsheim T., Hirsch L., Gardner D., Gorman D. A., 2015, *op. cit.* ; Loy J. H., Merry S. N., Hetrick S. E., Stasiak K., 2017, *op. cit.*

¹⁸⁷ Bobo W. V., Cooper W. O., Stein C. M., Olfson M., Graham D., Daugherty J., Fuchs D.C., Ray W.A., 2013, Antipsychotics and the risk of type 2 diabetes mellitus in children and youth, *JAMA psychiatry*, 70, p. 1067-1075 ; Galling B., Roldán A., Nielsen R. E., Nielsen J., Gerhard T., Carbon M., Stubbs B., Vancampfort D., De Hert M., Olfson M., Kahl K.G., Martin A., Guo J. J., Lane H. Y., Sung F. C., Liao C. H., Arango C., Correll C. U., 2016, Type 2 Diabetes Mellitus in Youth Exposed to Antipsychotics: A Systematic Review and Meta-analysis, *JAMA psychiatry*, 73, p. 247-259 ; Libowitz M. R., Nurmi E. L., 2021, *op. cit.*

¹⁸⁸ Garcia-Amador M., Merchán-Naranjo J., Tapia C., Moreno C., Castro-Fornieles J., Baeza I., de la Serna E., Alda J. A., Muñoz D., Andrés Nestares P., Cantarero C. M., Arango C., 2015, Neurological Adverse Effects of Antipsychotics in Children and Adolescents, *Journal of clinical psychopharmacology*, 35, p. 686-693.

Dans un article récent, Perraudin et collègues soulignent que dans la prescription de psychotropes hors AMM en pédiatrie, le prescripteur doit justifier que « **le traitement est reconnu comme efficace et non dangereux par la communauté médicale au vu de la littérature scientifique** »¹⁸⁹. Cela ne peut être le cas pour l'ensemble des prescriptions hors AMM des traitements susmentionnés.

De la même manière, l'Académie de médecine, le Conseil de l'ordre des médecins et le Conseil de l'ordre des pharmaciens rappellent que si le médecin bénéficie de sa liberté de prescription :

- « De façon générale, le médecin doit prescrire un médicament dans son AMM et dans l'intérêt du patient » ;
- « La prescription hors AMM doit rester exceptionnelle » ;
- La prescription hors AMM est possible « en l'absence d'alternative thérapeutique médicamenteuse appropriée, et sous réserve que le prescripteur juge indispensable le recours à cette spécialité pour améliorer ou stabiliser l'état clinique de son patient » ;
- « Le médecin a une obligation d'information renforcée, il doit informer son patient de la non-conformité de la prescription par rapport à son AMM, de l'absence d'alternative thérapeutique à bénéfice équivalent, des risques encourus et des bénéfices potentiels, de l'absence de prise en charge du produit de santé prescrit par l'Assurance maladie » ;
- Le médecin doit « porter la mention Hors AMM » sur l'ordonnance et tracer dans le dossier patient les raisons pour lesquelles il a choisi d'avoir recours à une prescription hors AMM » ;
- « La justification de la prescription hors AMM devra être apportée par tout moyen. Le médecin ne peut proposer aux patients des thérapeutiques insuffisamment éprouvées [...] En cas de renouvellement de prescription, la responsabilité du médecin est engagée. Le médecin doit s'assurer de l'intérêt de la prescription hors AMM pour son patient avant son renouvellement, dans les mêmes conditions que celles exposées ci-dessus »¹⁹⁰.

IV.3. La pluralité des approches au bénéfice de l'enfant et de sa famille

Les recommandations des bonnes pratiques des autorités en termes de santé mentale soulignent régulièrement l'intérêt des approches croisées multimodales dans le soin et l'accompagnement des enfants et des familles. Elles sont confortées par la littérature scientifique y compris la plus récente.

¹⁸⁹ Perraudin M., Coulon S., Willoquet G. Welniarz B., 2018, La prescription hors autorisation de mise sur le marché (hors AMM) en pédopsychiatrie, *L'information psychiatrique*, 94, 101-107. <https://doi.org/10.1684/ipe.2018.1752>

¹⁹⁰ Ordre national des médecins, Ordre national des pharmaciens, 2020, La prescription et délivrance de médicaments hors AMM : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/fiche_memo_prescription_et_delivrance_hors_amm.pdf ; Rapport de l'Académie de médecine, 2018, Les Prescriptions médicamenteuses hors AMM (autorisation de mise sur le marché) en France. Une clarification est indispensable : <https://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2018/11/Rapport-Hors-AMM-pour-ANM-vs-26-11-18.pdf>.

Les problématiques de santé mentale témoignent d'une complexité qui engage conjointement plusieurs niveaux d'articulation :

- une pluralité d'intervenants : médecins, psychologues, psychothérapeutes, psychanalystes, orthophonistes, psychomotriciens, éducateurs, enseignants, travailleurs sociaux, etc. ;
- une pluralité d'approches disciplinaires : médecine, psychologie, psychanalyse, sciences de l'éducation, sociologie, philosophie, etc. ;
- une pluralité d'approches et d'orientations théoriques et praxéologiques.

La prise en compte globale du soin des enfants et de l'accompagnement des familles implique donc la nécessité d'une pratique à plusieurs, d'un travail interprofessionnel et interdisciplinaire, afin de multiplier les regards, les discours et les modalités d'accueil au bénéfice de l'enfant et de sa famille.

Cette « pluri-référentialité » se décline selon les spécialités de chacun, mais elle tient d'abord compte de la singularité de la situation de l'enfant, du contexte familial et social, des dimensions et des enjeux relationnels tissés dans la rencontre thérapeutique ou éducative.

En synthèse, de manière générale, les soins de première intention recommandés par les autorités de santé pour les troubles mentaux chez l'enfant concernent :

- **les pratiques psychothérapeutiques ;**
- **les pratiques éducatives ;**
- **les pratiques de prévention et d'intervention sociale.**

Parfois, un traitement médicamenteux peut être prescrit en deuxième intention en soutien de l'accompagnement psychologique, éducatif et social de l'enfant et de sa famille.

Les traitements médicamenteux peuvent être recommandés **en deuxième intention** dans le soin des enfants et associés à un soutien psychothérapeutiques, éducatif et/ou social.

Le nombre d'autorisation de mise sur le marché de médicaments psychotropes en population pédiatrique est limité et sa prescription est assortie de limitations et de recommandations strictes, détaillées et scientifiquement argumentées (HAS et ANSM).

V. ÉPISTEMOLOGIE DE LA RECHERCHE BIOMÉDICALE EN SANTÉ MENTALE DE L'ENFANT

Comment expliquer l'augmentation des prescriptions de médicament malgré des recommandations d'encadrement et de limitation strictes ?

Cette partie interroge la pertinence des modèles inspirés de la biologie et de *Evidence Based Medicine/Practice* concernant le soin psychique des enfants, ainsi que les effets du *New Management* des institutions publiques sur la santé mentale des plus jeunes.

En effet, **plusieurs décennies de recherches intensives concernant l'étiologie biologique des troubles mentaux montrent qu'à l'exception de maladies rares (syndrome de Down ou X fragile), il n'existe aucun marqueur ni aucune cause biologique génétique ou neurologique avérés pour les différents diagnostics psychiatriques.** Tandis que les études initiales des

années 1980/1990 soutenaient l'idée d'une prochaine mise au jour de facteurs et de tests biologiques à même de contribuer au diagnostic, les études et les méta-analyses réalisées par la suite contredisent aujourd'hui cette hypothèse. Ces constats ont commencé à émerger dans le courant des années 2000 et sont aujourd'hui largement confirmés. Ils sont valables pour l'ensemble de la psychiatrie, et désormais reconnus et mis en exergue par les spécialistes du champ au niveau international, mais également des organismes publics de référence comme l'OMS.

Pourtant, l'idée d'une causalité organique des troubles mentaux demeure : des distorsions manifestes des connaissances scientifiques dans l'information transmise au grand-public, aux professionnels et aux pouvoirs publics influencent la perception des troubles mentaux et de leurs traitements, au risque de fausser la décision et les pratiques. Il existe en effet des biais scientifiques, médiatiques et des conflits d'intérêts susceptibles d'affecter les représentations du grand-public, les demandes et les pratiques de soin.

Les catégories diagnostiques « troubles neurodéveloppementaux (TND) » et « troubles envahissants du développement (TED) » intègrent une variété très large de troubles, parmi lesquelles les différentes formes d'autisme et des troubles opératoires comme les « dys » par exemple. Le HCFEA s'est concentré sur deux formes de manifestations des difficultés psychiques des enfants, le TDAH et la dépression. Les apports récents et multiples concernant les interrogations soulevées dans ce chapitre posent les termes d'un débat de la recherche fondamentale. Il importe de croiser ces questions avec les recherches cliniques pour en dégager les implications en termes d'offre de soins et d'aide aux enfants qui présentent des formes très diverses de pathologies.

V.1. La recherche d'une étiologie biologique des troubles mentaux

À ce jour, pas de preuve d'une étiologie biologique des troubles mentaux

*« Même si les neurosciences ont progressé durant ces dernières décennies, les difficultés sont telles que la recherche des causes biologiques des troubles mentaux a largement échoué »
(Steven Hyman, 2018).*

Les progrès de la recherche en neurobiologie et génétique au cours du XX^e siècle, ainsi que les avancées considérables de l'imagerie cérébrale structurale et fonctionnelle à la fin du XX^e siècle et au début du XXI^e siècle ont suscité des hypothèses prometteuses, de sorte que les études publiées dans les années 1980-1990 et jusque dans le début des années 2000 suggéraient la prochaine mise au jour d'une étiologie neurologique et génétique des troubles mentaux et, par voie de conséquence, la possibilité de mettre au point de nouvelles techniques de diagnostic, de dépistage, ainsi que de nouvelles classes de traitements médicamenteux.

Les recherches en neurobiologie et génétique des troubles mentaux se sont multipliées ces quarante dernières années, passant de quelques centaines par an dans les années 1980 à plusieurs milliers dans les années 2010-2020, de sorte que les connaissances scientifiques des troubles mentaux chez l'enfant, chez l'adolescent et l'adulte se sont considérablement étoffées au fil de la même période.

De même, les techniques d'imagerie cérébrale sont devenues nettement plus précises, et le séquençage génétique, exhaustif et intensif. **Or, malgré de tels progrès, la quasi-totalité des**

hypothèses et des études initiales concernant l'étiologie neurologique et génétique des troubles mentaux – et a fortiori des troubles de l'enfance – a été réfutée par les études subséquentes et les méta-analyses réalisées dans les périodes les plus récentes.

Les apports de la psychiatrie biologique à la psychiatrie clinique sont limités et parfois contradictoires. Lorsqu'elle est parvenue à mettre en évidence des significativités statistiques, celles-ci ne permettent aucune conclusion et surtout, n'offrent aucun apport à la clinique (variance très élevée, écarts peu probants entre les groupes patients et témoins, etc.), c'est-à-dire qu'elle n'aide pas à diagnostiquer, à soigner ni à aider le patient.

Pour résumer, malgré plusieurs décennies de recherches intensives :

- aucun test biologique n'a été validé pour contribuer au diagnostic de la plupart des troubles mentaux ;
- quasiment aucune nouvelle classe de médicaments psychotropes n'a été découverte depuis cinquante ans ;
- plus encore : la probabilité de découvrir une étiologie biologique des troubles mentaux diminue à mesure que les études progressent.

Ces constats concernant les impasses des approches biomédicales des troubles mentaux (et de la psychiatrie biologique en générale¹⁹¹) sont établis au niveau international, investis depuis des dizaines d'années dans la recherche biomédicale dédiée aux troubles mentaux (voir annexes II.4. et II.5.1.).

Thomas Insel écrit dans son ouvrage *Healing: Our Path from Mental Illness to Mental Health* (2022) : « *J'ai lutté contre la maladie mentale en tant que parent, scientifique et médecin pendant près d'un demi-siècle. Psychiatre de formation et chercheur en neurosciences, j'ai passé les quatre dernières décennies à assister à des percées dans le domaine de la recherche sur le fonctionnement du cerveau, tant dans la santé que dans la maladie. J'ai fini par devenir, pendant plus de dix ans, le "psychiatre de la nation", directeur du National Institute of Mental Health (NIMH), supervisant plus de 20 milliards de dollars pour la recherche en santé mentale. **J'aurais dû être en mesure de nous aider à infléchir les courbes de la mort et de l'invalidité. Mais je ne l'ai pas fait. Parce que j'ai mal compris le problème. Ou peut-être est-il plus exact de dire que le problème que je résolvais en soutenant de brillants scientifiques et des cliniciens dévoués n'était pas le problème auquel étaient confrontés près de quinze millions d'Américains atteints de maladies mentales graves** »¹⁹².*

Dans un article intitulé « *Medicine and the mind: the consequences of psychiatry's identity crisis* », paru dans la prestigieuse revue *The New England Journal of Medicine*, Gardner et Kleinman écrivaient en 2019 : « *Paradoxalement, bien que les limitations des traitements biologiques soient largement reconnues par les experts en la matière, le message qui prévaut pour le grand public et le reste de la médecine, est encore que la solution aux troubles mentaux consiste à faire correspondre le bon diagnostic au bon médicament. Par conséquent, les diagnostics psychiatriques et les médicaments psychotropes prolifèrent sous la bannière de la médecine scientifique, bien qu'il n'existe aucune compréhension biologique approfondie des*

¹⁹¹ Gonon F., 2011, *op. cit.*

¹⁹² Insel, T. (2022). *Healing: Our Path from Mental Illness to Mental Health*. New York : Penguin Press

causes des troubles psychiatriques ou de leurs traitements. *Le problème n'est pas simplement une question d'intégrité scientifique et intellectuelle. Cet état de fait influence la formation des soignants et le remboursement des soins. Il nuit gravement aux patients et aux praticiens ».*

Le cas du trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH)

Il n'existe à l'heure actuelle aucun test biologique connu pour le TDAH¹⁹³. Des centaines d'études en imagerie cérébrale structurale et fonctionnelle ont montré des différences associées au TDAH, mais aucune ne correspond à des lésions cérébrales, et la psychiatrie biologique ne met en évidence que des différences statistiques le plus souvent minimales, qui n'ont pas d'utilité ou d'application dans la pratique clinique. **Les différences sont ainsi quantitativement faibles et contradictoires.**

Certaines études initiales suggéraient également un déficit de dopamine ou un dysfonctionnement des neurotransmetteurs de la dopamine à l'origine du TDAH : cette perspective a été rigoureusement testée et réfutée¹⁹⁴. Ainsi, les hypothèses concernant l'étiologie neurologique du TDAH sont aujourd'hui scientifiquement faibles et datées.

Au-delà, les études par imagerie cérébrale ne sont pas en mesure de déterminer une potentielle cause du TDAH. En effet, **il est impossible de démêler si les observations réalisées sont la cause ou la conséquence d'un type de développement spécifique aux sujets présentant des symptômes d'hyperactivité.**

Les études initiales faisaient également état d'une étiologie génétique forte pour le TDAH. Les études ultérieures et les méta-analyses réalisées par la suite ont **largement réfuté ces associations ou leur incidence causale.** Actuellement, le facteur de risque génétique le mieux établi et le plus significatif est l'association du TDAH avec un allèle du gène codant pour le récepteur D4 de la dopamine¹⁹⁵. Selon cette méta-analyse, ce facteur de risque n'est que de 1,33¹⁹⁶ (voir partie suivante : L'hypothèse génétique). Ainsi, une revue récente de plus de 300 études génétiques a conclu : **« les résultats provenant des études génétiques concernant le TDAH sont encore inconsistants et ne permettent d'aboutir à aucune conclusion »**¹⁹⁷. De manière plus générale, les études génétiques – de plus en plus puissantes, testant des millions de variantes de l'ADN chez des milliers de patients – convergent toutes vers le même constat : **le poids des facteurs de risque**

¹⁹³ Weyandt L., Swentosky A., Gudmundsdottir B. G., 2013, Neuroimaging and ADHD: fMRI, PET, DTI findings, and methodological limitations, *Developmental neuropsychology*, 38 (4), p. 211-225.

¹⁹⁴ Gonon, F. (2009). The dopaminergic hypothesis of attention-deficit/hyperactivity disorder needs re-examining. *Trends in Neuroscience*, 32(1), 2-8.

¹⁹⁵ Gizer I. R., Ficks C., Waldman I. D., 2009, Candidate gene studies of ADHD: a meta-analytic review, *Hum Genet*, 126(1), p. 51-90.

¹⁹⁶ *Ibid.*

¹⁹⁷ Li Z., Chang, S. H. Zhang L. Y., Gao L., Wang J., 2014, Molecular genetic studies of ADHD and its candidate genes: a review, *Psychiatry Research*, 219 (1), p. 10-24. doi:10.1016/j.psychres.2014.05.005.

génétiques dans la survenue des troubles mentaux (dont le TDAH) diminue à mesure que la qualité des études progresse¹⁹⁸.

Comme l'écrivait dès 2010 Sonuga-Barke, l'un des leaders de la pédopsychiatrie anglaise, « *même les défenseurs les plus acharnés d'une vision génétique déterministe revoient leurs conceptions et acceptent un rôle central de l'environnement dans le développement du TDAH* »¹⁹⁹.

Le cas de la dépression et des médicaments antidépresseurs

En 2022, Joanna Moncrieff et collègues, spécialistes reconnus au niveau international dans le champ de la psychiatrie pour leurs travaux sur la dépression et les médicaments psychotropes, ont publié une étude dans la très prestigieuse revue *Molecular Psychiatry*²⁰⁰, **témoignant de la faiblesse des conceptions biomédicales et des traitements médicamenteux concernant la dépression** (voir annexe II.2.)

Or, la conclusion de cette équipe anglo-saxonne est sans appel : « *notre examen complet des principaux volets de la recherche sur la sérotonine montre qu'il n'y a aucune preuve convaincante que la dépression soit associée ou causée par des concentrations ou une activité de sérotonine plus faibles. La plupart des études n'ont trouvé aucune preuve d'une réduction de l'activité de la sérotonine chez les personnes souffrant de dépression par rapport aux personnes sans dépression, et les méthodes visant à réduire la concentration de la sérotonine en utilisant la déplétion en tryptophane n'abaissent pas systématiquement l'humeur des volontaires. Des études génétiques de haute qualité et bien alimentées excluent efficacement une association entre les génotypes liés au système sérotoninergique et la dépression, y compris une interaction proposée avec le stress. De faibles preuves de certaines études sur les récepteurs de la sérotonine 5-HT1A et les niveaux de SERT indiquent une association possible entre l'activité accrue de la sérotonine et la dépression. Cependant, ces résultats sont susceptibles d'être influencés par l'utilisation antérieure d'antidépresseurs et ses effets sur le système sérotoninergique.*

Cette revue suggère que l'énorme effort de recherche basé sur l'hypothèse de la sérotonine n'a pas produit de preuves convaincantes d'une base biochimique à la dépression. Ceci est cohérent avec la recherche sur de nombreux autres marqueurs biologiques. Nous suggérons qu'il est temps de reconnaître que la théorie de la dépression fondée sur la sérotonine n'est pas étayée empiriquement »²⁰¹.

Dans les nombreux articles de presse ayant suivi cette publication, Moncrieff *et al.* confirment l'absence de preuve scientifique concernant un éventuel déficit de sérotonine ou de noradrénaline à l'œuvre dans la dépression, et remettent en cause l'usage des antidépresseurs. Ils dénoncent la

¹⁹⁸ Gaugler T., Klei L., Sanders S. J., Bodea C. A., Goldberg A. P., Lee A. B., Buxbaum J. D., 2014, Most genetic risk for autism resides with common variation, *Nat Genet*, 46 (8), p. 881-885.

¹⁹⁹ Sonuga-Barke E. J., 2010, Editorial: 'It's the environment stupid!' On epigenetics, programming and plasticity in child mental health, *J Child Psychol Psychiatry*, 51 (2), p. 113-115. doi: 10.1111/j.1469-7610.2009.02213.x.

²⁰⁰ Moncrieff J., Cooper R. E., Stockmann T., Amendola S., Hengartner M. P., Horowitz M. A., 2022, *op. cit.*

²⁰¹ *Ibid.*

pression de l'industrie du médicament et la désinformation mise en œuvre aussi bien dans le champ scientifique, auprès des professionnels et des pouvoirs publics pour pousser à la consommation d'antidépresseurs. **Les chercheurs insistent sur les facteurs psychosociaux à l'œuvre dans la dépression**, et insistent sur la nécessité de prendre en compte les difficultés et les parcours de vie des patients – **notamment par les soins psychothérapeutiques et l'accompagnement psychosocial**²⁰².

Ces limitations de la psychiatrie biologique ne concernent pas que le TDAH ou la dépression, mais touchent bien plus largement le champ de la psychiatrie et de la pédopsychiatrie. Déjà en 2011, dans un article intitulé « *La psychiatrie biologique : une bulle spéculative* »²⁰³, le Dr François Gonon, neurobiologiste et directeur de recherche au CNRS, avait informé des impasses de la recherche biomédicale dédiée aux troubles mentaux, invitant à **accentuer les pratiques et les politiques de prévention psychosociales à destination des personnes les plus vulnérables**.

Ces conclusions, bien connues dans la littérature scientifique internationale, ont amené à **reconnaître la place centrale des questions relationnelles, psychoaffectives et environnementales dans la survenue de troubles mentaux**.

Pourtant, il semble que ces consensus scientifiques peinent encore à prendre corps dans les représentations²⁰⁴ du grand –public, mais aussi des professionnels, voire des pouvoirs publics : les représentations biomédicales des troubles mentaux y sont encore très répandues, alors même que les découvertes de la psychiatrie biologique ces cinquante dernières années sont particulièrement minces.

Des biais scientifiques, médiatiques et des conflits d'intérêts qui expliquent ces distorsions importantes des consensus scientifiques internationaux concernant les troubles mentaux chez l'enfant.

V.2. Biais médiatiques, scientifiques et effets de distorsion

La littérature internationale a mis en exergue des biais scientifiques, médiatiques et des conflits d'intérêt susceptibles d'influencer les conceptions des troubles mentaux auprès du grand-public, des

²⁰² <https://theconversation.com/profiles/joanna-moncrieff-104098> ; <https://atlantico.fr/article/decryptage/l-etude-qui-fait-voler-en-eclat-les-explications-sur-les-causes-de-la-depression-et-trembler-l-industrie-pharmaceutique-antidépresseurs-cerveau-serotonine-pression-désinformation-médicaments-joanna-moncrieff>.

²⁰³ Gonon F., 2011, *op. cit.*

²⁰⁴ Jodelet définit les représentations sociales comme « *une forme de connaissance socialement élaborée et partagée [qui a également] une visée pratique [et participe] à la construction d'une réalité commune à un ensemble social* » (1989, p. 53). Moscovici a montré que tout savoir, lorsqu'il ne reste pas l'apanage d'un individu, ou d'un groupe d'individus, subit lors de sa diffusion toute une série de métamorphoses et de transformations, qui peuvent en changer la structure et le sens (1989), devenant dès lors une représentation. Ainsi, on peut supposer que les résultats scientifiques mis en avant au sein des consensus internationaux ne sont pas transmis et réceptionnés tels quels par les étudiants, mais subissent une série de transformations pouvant en changer le contenu, et par voie de conséquence, les demandes, les pratiques voire les politiques de soin.

pouvoirs publics et des professionnels. Ces distorsions sont particulièrement nombreuses, et généralement en faveur des approches biomédicales des troubles mentaux chez l'enfant.

L'hypothèse dopaminergique dans le TDAH

L'exemple le plus flagrant concernant les biais scientifiques à l'œuvre en termes de neurobiologie du TDAH est sans doute l'étude de Dougherty et collègues, publiée en 1999 dans la prestigieuse revue *The Lancet*²⁰⁵. Celle-ci concluait que le taux cérébral du transporteur de la dopamine est plus élevé de 70 % chez les patients hyperactifs. Or, les auteurs de l'étude n'ont précisé que beaucoup plus tard que sur l'échantillon très faible de 6 patients, 4 avaient préalablement reçu un traitement au long cours par un psychostimulant ce qui avait influencé le résultat. Cette omission initiale a grandement contribué à véhiculer l'idée fautive d'une causalité neurologique et soutenu l'usage de psychostimulants chez les enfants TDAH²⁰⁶.

L'hypothèse cérébrale

En 2017, Hoogman et collègues ont publié dans *Lancet Psychiatry* une étude qu'ils présentent comme la plus large réalisée à ce jour concernant le volume des structures sous-corticales chez les patients diagnostiqués comme souffrant du TDAH. Les auteurs concluent : « *nos résultats confirment que le cerveau des patients TDAH est réellement altéré, ce qui prouve que le TDAH est bien une maladie du cerveau* ». Parmi toutes les structures corticales mesurées dans cette étude, celle qui a présenté la différence de volume la plus grande entre les patients TDAH et les témoins est l'amygdale. En moyenne **le volume de l'amygdale des patients est inférieur de 1,5 % à celui des témoins alors que l'écart type parmi les témoins et les patients est de 9,5 %**²⁰⁷.

L'étude de Hoogman et collègue en faveur d'un lien entre cerveau altéré et TDAH a été largement contredite, des différences de volume aussi mineures pouvant aussi bien être la conséquence que la cause du TDAH (voir annexe II.5.2.). Des chercheurs ont ainsi regretté que les médias aient affirmé ce lien causal, diffusant ainsi « *un message trompeur* »²⁰⁸. À ce commentaire critique, Hoogman et collègues répondirent qu'ils n'avaient jamais affirmé un lien causal et n'étaient nullement responsables des dérives du discours médiatique²⁰⁹.

²⁰⁵ Dougherty D. D., Bonab A. A., Spencer T. J., Rauch S. L., Madras B. K., Fischman A. J., 1999, Dopamine transporter density in patients with attention deficit hyperactivity disorder, *The Lancet*, 354 (9196), p. 2132-2133.

²⁰⁶ Dumas-Mallet E., Gonon F., 2020, Messaging in biological psychiatry: Misrepresentations, their causes, and potential consequences, *Harvard Review of Psychiatry*, 28 (6), 395.

²⁰⁷ Hoogman M., Bralten J., Hibar D. P., Mennes M., Zwiers M. P., Schweren L. S., Franke B., 2017, Subcortical brain volume differences in participants with attention deficit hyperactivity disorder in children and adults: a cross-sectional mega-analysis, *The Lancet Psychiatry*, 4 (4), p. 310-319.

²⁰⁸ Batstra L., Te Meerman S., Conners K., Frances A., 2017, Subcortical brain volume differences in participants with attention deficit hyperactivity disorder in children and adults, *Lancet Psychiatry*, 4 (6), 439.

²⁰⁹ Hoogman M., Buitelaar J. K., Faraone S. V., Shaw P., Franke B., 2017, Subcortical brain volume differences in participants with attention deficit hyperactivity disorder in children and adults - Authors' reply, *Lancet Psychiatry*, 4 (6), p. 440-441.

L'hypothèse génétique

De nombreuses études dont deux méta-analyses consacrées à la génétique du TDAH sont régulièrement mises en avant dans la littérature scientifique ou dans les discours adressés au grand-public. Ainsi, dans un article de synthèse daté de 2007, Casey et collègues écrivaient : « *Deux méta-analyses confirment une forte association entre le TDAH et l'allèle 7R du gène D4* »²¹⁰. Ou l'association HyperSuper TDAH-France : « *De nombreux auteurs ont trouvé une association statistiquement significative entre le DRD4 et le TDAH* »²¹¹.

Pourtant une revue récente de plus de 300 études génétiques a conclu à l'inconsistance des résultats concernant le TDAH²¹² car l'allèle du gène codant pour le récepteur D4 de la dopamine est présent seulement chez 23 % des enfants diagnostiqués TDAH, mais aussi 17 % des enfants du groupe contrôle²¹³ : des taux faibles et proches, sans intérêt ni signification clinique. Il s'agit ici d'un biais par omission, où l'information transmise fait l'impasse sur les données et les faits qui invalident ou réduisent considérablement la portée de l'énoncé (voir annexe II.5.3.)

La prévalence du TDAH en France

Un autre biais scientifique majeur concerne la prévalence de l'hyperactivité/TDAH en France (voir annexe II.5.4.). En 2008-2011, l'industrie du médicament²¹⁴ a financé une enquête téléphonique concluant à une prévalence élevée du TDAH en France (3,5 à 5,6 % des enfants de 6-11ans) et un taux de prescription de méthylphénidate de 3,48 %, 17 fois plus élevé que la réalité des prescriptions répertoriées dans les bases de données de santé. Ces incohérences et une surestimation manifeste des résultats de l'étude initial suggèrent que le taux de prévalence du TDAH en France reste à établir²¹⁵. Les résultats de cette étude sont pourtant encore largement relayés par les pouvoirs publics, les agences de santé, les médias et la littérature professionnelle.

De même, la prévalence du TDAH au niveau international varie entre 0,4 et 16,6 %. Au-delà des différences démographiques et culturelles, les comparaisons internationales montrent que les variations de ces taux de prévalence sont déterminées par le type de méthode utilisé : étude clinique, enquête téléphonique, questionnaire, etc.²¹⁶.

²¹⁰ Casey B. J., Nigg JT, Durston S., 2007, New potential leads in the biology and treatment of attention deficit-hyperactivity disorder, *Curr Opin Neurol*, 20:119-24.

²¹¹ <https://www.tdah-france.fr/Les-donnees-genetiques.html>. Consulté le 28-07-2022.

²¹² Li Z., Chang S. H., Zhang L. Y., Gao L., Wang J., 2014, *op. cit.*

²¹³ Shaw P., Gornick M., Lerch J., Addington A., Seal J., Greenstein D., Rapapor J. L., 2007, Polymorphisms of the dopamine D4 receptor, clinical outcome, and cortical structure in attention-deficit/hyperactivity disorder, *Arch Gen Psychiatry*, 64 (8), p. 921-931.

²¹⁴ Le laboratoire Shire®, qui commercialise l'une des versions les plus répandues de méthylphénidate.

²¹⁵ Ponnou S., Haliday H., 2021, ADHD diagnosis and drug use estimates in France: a case for using health care insurance data, *Journal of attention disorders*, 25 (10), p. 1347-1350 ; Ponnou S., 2020, August, Prévalence, diagnostic et médication de l'hyperactivité/TDAH en France, *Annales Médico-psychologiques*. Elsevier Masson.

²¹⁶ Polanczyk G. V., Willcutt E. G., Salum G. A., Kieling C., Rohde L. A., 2014, ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis, *International journal of epidemiology*, 43 (2), p. 434-442.

De nombreuses études internationales ont mis en évidence les biais et les difficultés relatives à l'estimation de la prévalence du TDAH, montrant notamment que le diagnostic d'hyperactivité initialement posé dans des centres spécialisés était réfuté dans 62 à 78 % des cas après réévaluation²¹⁷. Plusieurs études ultérieures ont suggéré que les médecins ou les psychologues ne suivent pas correctement les procédures d'évaluation ou les approches globales et cliniques destinées à guider, confirmer ou infirmer le diagnostic²¹⁸. De plus, les changements récurrents et l'expansion constante des critères diagnostiques, ainsi que l'émergence de sous-types, contribuent à une augmentation exponentielle des taux de prévalence et par conséquent à **l'augmentation des faux positifs**²¹⁹.

Effets du traitement par psychostimulant sur la réussite scolaire des élèves

Un autre exemple bien connu de biais scientifique pour le TDAH concerne l'étude de Barbaresi et collègues²²⁰ (voir annexe II.5.). Celle-ci rapporte que **le traitement des enfants souffrant du TDAH par un psychostimulant n'améliore pas leurs performances en lecture et ne diminue pas leur risque de sortie prématurée du système scolaire**. Cependant, sur l'unique base d'un taux de redoublement un peu plus faible, ils concluent que ce traitement « *améliore à long terme* » leurs performances scolaires. Il s'agit d'une forme grave de distorsion nommée *spin*, qui consiste en une incohérence flagrante²²¹ entre les observations décrites au sein de l'article et la conclusion tirée en fin d'article et/ou dans le résumé²²².

Ce type d'hypothèse ne tient pas compte des enjeux pédagogiques, de la qualité et de la spécificité de la relation éducative, ou encore de la mise en jeu du désir de savoir de l'enfant dans des processus d'apprentissage complexes.

²¹⁷ Cotugno A. J., 1993, The diagnosis of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in community mental health centers: Where and when, *Psychology in the Schools*, 30, p. 338–344 ; Desgranges K., Desgranges L., Karsky K., 1995, Attention deficit disorder: Problems with preconceived diagnosis, *Child and Adolescent Social Work Journal*, 12, p. 3–17.

²¹⁸ Handler M. W., DuPaul G. J., 2005, Assessment of ADHD: Differences across psychology specialty areas, *Journal of Attention Disorders*, 9, p. 402–412 ; Wasserman R. C., Kelleher K. J., Bocian A., Aker A., Childs G. E., Indacochea F., Stulp C., Gardner W. P., 1999, Identification of attentional and hyperactivity problems in primary care: A report from pediatric research in office settings and the ambulatory sentinel practice network, *Pediatrics*, 103, E38.

²¹⁹ Barkley R. A., 2005, Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment, Guilford Press, 3^e éd. ; Cuffe S. P., Moore C. G., McKeown R. E., 2005, Prevalence and correlates of ADHD symptoms in the National Health Interview Survey, *Journal of Attention Disorders*, 9, p. 392–401 ; Wolraich M. L., Hannah J. N., Baumgaertel A., Feurer I. D., 1998, Examination of DSM-IV criteria for attention deficit/hyperactivity disorder in a county-wide sample, *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 19, p. 162–168 ; Wolraich M. L., Hannah J. N., Pinnock T. Y., Baumgaertel A., Brown J., 1996, Comparison of diagnostic criteria for attention-deficit hyperactivity disorder in a county-wide sample, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35 (3), p. 319–324.

²²⁰ Barbaresi, W. J., Katusic, S. K., Colligan, R. C., Weaver, A. L., et Jacobsen, S. J. (2007). Long-term school outcomes for children with attention-deficit/hyperactivity disorder: a population-based perspective. *J Dev Behav Pediatr*, 28(4), 265-273.

²²¹ Dumas-Mallet E., Gonon F., 2020, *op. cit.*

²²² Humphreys K. L., Eng T., Lee S. S., 2013, *op. cit.*

Encadré 1 : Les biais scientifiques

Deux revues récentes ont synthétisé les nombreux travaux consacrés à la recherche biomédicale en général²²³ et deux autres se sont focalisées sur la psychiatrie²²⁴. Différents biais scientifiques documentés dans la littérature internationale, sont susceptibles de porter préjudice à l'élaboration de pratiques et de politiques publiques en faveur d'un soin éclairé en pédopsychiatrie.

- Biais de publication : le biais de publication consiste, pour les chercheurs, à publier préférentiellement les résultats positifs au détriment des observations montrant une absence de différence entre patients et témoins ou une absence d'effet, par exemple celui d'un traitement. Une conséquence de ce biais est que la première publication sur une nouvelle question rapporte plus souvent un effet positif que les études ultérieures sur la même question. Cette dévaluation des études initiales a en particulier été décrite pour le TDAH²²⁵.

- Embellissement des résultats : ils ont pour effet de faire passer des résultats pour plus positifs qu'ils ne le sont vraiment. Plusieurs procédés d'embellissement ont été décrits : l'élimination arbitraire d'observations négatives, le choix d'un test statistique favorable, l'omission d'informations méthodologiques questionnant la pertinence des observations, un résumé présentant des observations biaisées ou même en désaccord avec celles rapportées dans le texte. Des cas d'embellissements ont en particulier été signalés dans la littérature scientifique concernant le TDAH²²⁶.

- Interprétation abusive : La plus trompeuse consiste à suggérer un lien causal sur la base d'observations qui ne mettent en évidence qu'une association. Pour le TDAH, les exemples donnés plus haut illustrent bien cette distorsion d'interprétation²²⁷. La promesse d'un nouveau traitement chez l'homme, uniquement sur la base d'observations chez le rongeur, représente une autre forme d'interprétation abusive qui a été décrite pour le TDAH²²⁸.

- Biais de citation : Il consiste, pour les chercheurs, à citer préférentiellement les résultats positifs et ceux en accord avec leur hypothèse, et à passer sous silence ceux qui les contredisent²²⁹. Par exemple les argumentaires qui affirment que la prescription de psychostimulants aux enfants TDAH

²²³ Boutron I., Ravaud P., 2018, Misrepresentation and distortion of research in biomedical literature, *Proc Natl Acad Sci U S A*, 115 (11), p. 2613-2619 ; West J. D., Bergstrom C. T., 2021, Misinformation in and about science, *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 118 (15), e1912444117.

²²⁴ Dumas-Mallet E., Gonon F., 2020, *op. cit.*

²²⁵ Dumas-Mallet E., Button K., Boraud T., Munafo M., Gonon F., 2016, Replication Validity of Initial Association Studies: A Comparison between Psychiatry, Neurology and Four Somatic Diseases, *PLoS One*, 11 (6), e0158064 ; Gonon F., Konsman J. P., Cohen D., Boraud T., 2012, *op. cit.*

²²⁶ Gonon F., Bézard E., Boraud T., 2011, Misrepresentation of neuroscience data might give rise to misleading conclusions in the media: the case of attention deficit hyperactivity disorder, *PLoS One*, 6 (1), e14618 ; Gonon F., Dumas-Mallet E., Ponnou S., 2019, La couverture médiatique des observations scientifiques concernant les troubles mentaux, *Les cahiers du journalisme*, n° 3.

²²⁷ Pour un autre exemple, voir aussi Gonon F., Cohen D., 2011, Le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité: la génétique est-elle impliquée ?, *Med Sci*, 27 (3), p. 315-317.

²²⁸ Gonon F., Bézard E., Boraud T., 2011, *op. cit.*

²²⁹ Gonon F., 2022, Le discours scientifique concernant le TDAH : évolution, analyse critique et interrogations, in Ponnou S. éd., *À l'écoute des enfants hyperactifs. Le pari de la psychanalyse*. Nîmes, Champ social

diminue leur risque de développer une toxicomanie se réfère à une étude de 2008 favorable à cette thèse, sans citer ni les études primaires ni la méta-analyse de 2013 concluant que le traitement est sans effet sur ce risque²³⁰.

- ***Distorsions des citations*** : il s'agit d'écarts de sens entre le message délivré par l'étude citée et ce qu'en disent les auteurs citant cette référence. Ces écarts peuvent résulter soit d'une altération des informations rapportées par l'étude citée, soit d'une présentation tronquée masquant une contradiction entre l'étude citée et la conclusion qu'en tirent les auteurs en la citant. Dans la littérature biomédicale environ 10 % des citations sont affectées par des écarts sérieux induisant le lecteur en erreur²³¹.

Le cas de l'hyperactivité/TDAH montre qu'il existe de nombreux biais scientifiques susceptibles d'affecter les représentations du grand-public et des professionnels concernant les troubles mentaux de l'enfant. Ces biais touchent aussi bien à la question des causes/de l'étiologie qu'à la prévalence ou aux effets du médicament...

Les pouvoirs publics doivent être particulièrement vigilants afin de ne pas relayer des études pourtant réputées pour leurs biais scientifiques.

Ces biais scientifiques sont d'autant plus préjudiciables aux demandes, aux pratiques et aux politiques de soin et d'accompagnement socioéducatif qu'il sont amplifiés par des biais médiatiques qui en démultiplient les effets.

Les biais médiatiques

Outre la question des biais scientifiques, on voit que la presse n'informe quasiment jamais le public lorsque les études qu'elle a couvertes sont contredites²³².

De récentes études publiées dans des revues internationales ont comparé l'état des connaissances scientifiques aux discours dédiés au TDAH dans les médias en France concernant les trois consensus présentés en amont :

- le TDAH est-il décrit comme une maladie neurologique ou neurodéveloppementale ?
- le TDAH est-il présenté comme un trouble d'origine génétique ?
- le traitement par méthylphénidate contribue-t-il à la réussite scolaire des élèves ?

Il ressort que plus de 87 % de l'information présentée à la télévision, 83 % de l'information diffusée dans la presse et 94 % des données présentées sur internet concernant l'hyperactivité/TDAH sont contraires aux consensus scientifiques internationaux²³³.

²³⁰ Humphreys K. L., Eng T., Lee S. S., 2013, *op. cit*

²³¹ Gonon F., 2022, *op. cit*.

²³² Pour une revue des travaux consacrés à ces questions, voir Dumas-Mallet E., Gonon F., 2020, *op. cit*.

²³³ Bourdaa M., Konsman J. P., Secail C., Venturini T., Veyrat-Masson I., Gonon F., 2015, Does television reflect the evolution of scientific knowledge? The case of attention deficit hyperactivity disorder coverage on

À titre d'exemple, sur le site de l'association HyperSuper-TDAH France : « *Le Trouble Déficit de l'Attention / Hyperactivité est une affection biologique du cerveau vraisemblablement causée par un déséquilibre dans certains neurotransmetteurs du cerveau : les substances utilisées pour envoyer des signaux entre les cellules nerveuses* » (www.tdah-france.fr).

Ou encore, l'exemple du célèbre magazine « *Allo docteur* » sur France 5 qui, le 11 mars 2010, consacrait une émission à l'hyperactivité chez l'enfant²³⁴ : « *Le TDAH est une maladie neurologique qui touche la transmission de l'information au niveau de certaines zones du cerveau* ».

Les médias, en particulier sur Internet, sont de longue date considérés comme la principale source d'information du grand-public, mais aussi des professionnels, en particulier dans le cas des questions de santé mentale. Les articles de presse, les programmes télévisés et Internet présentent des distorsions des consensus scientifiques, des informations tronquées, datées et de mauvaise qualité (voir annexe II.5.5.), tandis qu'elles sont une source d'information pour le grand-public aussi bien que par les professionnels du soin, de l'éducation et de l'intervention sociale.

Tout d'abord, ces discours affectent le grand-public et orientent des demandes et de soin. **Aussi bien aux Etats-Unis qu'en Europe et en France, la conception neurologique des troubles mentaux** a occupé le terrain des publications et diffusions, et induit une réponse d'ordre biologique pour compenser un déficit ou dérèglement neurologique supposé. De plus, plusieurs études internationales ont montré que **les conceptions biologiques déterministes des troubles mentaux augmentent la stigmatisation, le rejet social, la dangerosité perçue et le pessimisme vis-à-vis des possibilités de guérison**²³⁵. Et d'autre encore ont montré que les soignants adhérant à cette conception font montre de moins d'empathie vis-à-vis des patients²³⁶. De même, les patients seraient alors plus pessimistes quant à l'évolution de leurs symptômes et plus enclin à s'en remettre aux médicaments.

Enfin, ces conceptions biologiques sont peu favorables au déploiement de pratiques d'accompagnement et de prévention des facteurs psychologiques ou sociaux de risque pour les troubles mentaux de l'enfant, bien que ces dernières soient largement documentées dans la littérature internationale, et qu'elles fassent partie intégrante de la stratégie de soin et d'accompagnement.

Au-delà des débats qui animent la communauté scientifique ou les discussions des experts de la santé mentale, si l'on considère par exemple le syndrome de Down (décrit en 1866), dont l'étiologie génétique a été découverte dans les années 1950 (trisomie 21), l'intérêt de cette découverte est lisible en termes de **confirmation du diagnostic et de dépistage précoce**. Mais l'essentiel pour

French TV, *Public Understanding of Science*, 24 (2), p. 200-209 ; Ponnou S., Gonon F., 2017, *op. cit.*; Ponnou S., Haliday H., Gonon F., 2020, Where to find accurate information on attention-deficit hyperactivity disorder? A study of scientific distortions among French websites, newspapers, and television programs, *Health*, 24 (6), p.684-700.

²³⁴ <https://www.allodocteurs.fr/actualite-sante-l-hyperactivite-une-veritable-maladie-1961.html>.

²³⁵ Lebowitz M. S., Appelbaum P. S., 2019, Biomedical explanations of psychopathology and their implications for attitudes and beliefs about mental disorders, *Annual Review of Clinical Psychology*, 15, 555.

²³⁶ *Ibid.*

aider l'enfant se situe au-delà du diagnostic, du côté d'une meilleure prise en compte de sa manière de s'organiser en fonction de ce qu'il ressent de sa difficulté, et de l'y aider. Et ce, aussi bien en termes de **prévention des effets aggravants – comme la stigmatisation ou l'exclusion – que d'aides de soin, d'accompagnement, d'inscription scolaire et sociale.**

Les conflits d'intérêts dans les pratiques et politiques de soin

En plus des biais scientifiques et médiatiques, la littérature internationale évoque régulièrement l'influence des laboratoires pharmaceutiques sur les politiques et les pratiques de soin destinées aux enfants²³⁷. Il existe également en France des conflits d'intérêts dans le champ de la pédopsychiatrie susceptibles d'exercer une influence considérable sur les demandes, les pratiques et les politiques de soin.

L'industrie du médicament a ainsi financé l'étude concluant à une forte prévalence du TDAH en France (entre 3,5 et 5,6 % en 2008). Elle finance également l'association Hyper-Super TDAH France qui milite pour une approche biomédicale du TDAH. L'association TDAH France soumise à plusieurs types de conflits d'intérêts avec l'industrie du médicament (subventions, prix, membres du comité scientifique eux-mêmes soumis à conflits d'intérêts...) contribue à la rédaction des recommandations des bonnes pratiques de la HAS (voir Partie II.3, p. 72 et p. 87).

Un autre type de conflits d'intérêts concerne le *sponsoring* des services hospitaliers par l'industrie pharmaceutique²³⁸.

Les autorités de santé ont pris la mesure de ces conflits d'intérêts entre experts et industriels du médicament – notamment dans le champ de la pédopsychiatrie – et de l'influence potentielle de ces conflits d'intérêts sur les politiques et les pratiques de soin. Ainsi, les experts invités par la HAS à titre individuels sont soumis à validation par une commission de la transparence/comité d'éthique idoine. Les experts concernés par des conflits d'intérêts ne peuvent pas participer au groupe de travail contribuant à l'élaboration des recommandations. Pour les associations ou sociétés savantes, le montant de conflits d'intérêts avec l'industrie pharmaceutique ne doit pas excéder 30% de leur financement (de nombreux experts soumis à conflits d'intérêts avec l'industrie du médicament font également partie des associations ou sociétés savantes présentant des conflits et contribuant à l'élaboration des recommandations de bonnes pratiques).

Les pouvoirs publics et les institutions de santé doivent garder une grande vigilance à l'égard des conflits d'intérêt pouvant toucher les experts comme les associations.

²³⁷ Sur le cas des traitements médicamenteux dans le cas du TDAH : Schwarz A., 2017, ADHD nation: Children, doctors, big pharma, and the making of an American epidemic, *Simon and Schuster*. Ou de manière plus générale : Brezis M., 2008, Big pharma and health care: insolvable conflict of interests between private enterprise and public health, *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 45 (2), 83. Ou plus largement, concernant l'immixtion de l'industrie pharmaceutique dans la médicalisation excessive de la souffrance psychique : Valenstein E.S., 1988, *Blaming the Brain*, New York, The Free Press ; Horwitz A.V., Wakefield J.C., 2007, *The Loss of Sadness: How Psychiatry Transformed Normal Sorrow Into Depressive Disorder*, Oxford, Oxford University Press.

²³⁸ Voir par exemple sur le sponsoring de Shire <https://u2peanantes.files.wordpress.com/2018/05/v5-maquette-tdah-3-nantes.pdf>

V.3. La question des modélisations dans la recherche, les politiques et les pratiques de soin psychiques destinées aux enfants

Les modèles présidant à la réflexion et aux politiques publiques en matière de santé mentale de l'enfant méritent d'être réinterrogés dans la mesure où ils emportent des limites démontrées, notamment du fait de leur survalorisation, qui peuvent confiner à une hégémonie. Cette position peut priver le domaine de son éventail de regards et d'offres à la disposition des singularités des situations des enfants et de leurs contextes.

Trouble du neurodéveloppement et DSM

La fin du XX^e siècle et le début du XXI^e siècle ont été marqués par une « ultra biologisation » de la médecine²³⁹, liée aux progrès techniques d'investigation et de traitement. La psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent a suivi la même trajectoire, quand bien même les résultats de la recherche auraient dû conduire à relativiser ces perspectives.

Le concept de TND s'est ainsi très largement répandu après les années 2010 (et notamment après la publication du DSM-5 en 2013), dans un contexte paradoxal puisque la masse critique des études internationales réfutait ouvertement l'incidence des facteurs neurologiques ou génétiques dans la survenue des troubles mentaux.

Si la désignation de trouble neuro-développemental peut potentiellement être considérée comme utile comme hypothèse pour la recherche, du point de vue du praticien elle n'incite pas à rechercher les causes environnementales du trouble, comme la maltraitance, l'anxiété générée par une situation familiale difficile ou l'exposition excessive aux écrans par exemple.

Une autre critique de la psychiatrie biologique et statistique concerne l'usage hégémonique du DSM. Ces dernières années de hauts responsables de la psychiatrie anglo-saxonne ont vigoureusement critiqué la classification américaine des maladies mentales²⁴⁰. Le National Institute of Mental Health (NIMH), le plus gros financeur de la recherche en santé mentale à l'échelle mondiale, s'est ainsi désolidarisé du DSM-5 : Thomas Insel, son directeur, indique ainsi que « *le NIMH "réorientait ses recherches en dehors des catégories du DSM", du fait de la faiblesse de celui-ci sur le plan scientifique* »²⁴¹ (voir annexe II.5.7.)

²³⁹ Falissard B., 2021, Did we take the right train in promoting the concept of "Neurodevelopmental disorders"?, *European Child & Adolescent Psychiatry*, 30 (2), p. 179-181.

²⁴⁰ Gonon F., 2013, Quel avenir pour les classifications des maladies mentales? Une synthèse des critiques anglo-saxonnes les plus récentes, *L'information psychiatrique*, 89 (4), p. 285-294.

²⁴¹ [Sandrine Cabut](https://www.lemonde.fr/sciences/article/2013/05/13/dsm-5-le-manuel-qui-rend-fou_3176452_1650684.html), 2013, Psychiatrie : DSM-5, le manuel qui rend fou, La cinquième mouture de la « bible » des psychiatres divise les spécialistes : outil d'évaluation précieux ou instrument de fabrication des maladies mentales ?, *Le Monde*, 13 mai 2013 https://www.lemonde.fr/sciences/article/2013/05/13/dsm-5-le-manuel-qui-rend-fou_3176452_1650684.html.

Encadré 3 : Le Manuel Diagnostique et Statistique – DSM

La première version du DSM, date de 1952 et la deuxième, le DSM-II, de 1968²⁴². Ils distinguaient entre les pathologies d'origine organique et celles d'origine psychogène, ces dernières étant divisées en deux classes : les psychoses et les névroses. Ils étaient donc clairement influencés par les psychiatres qui pratiquaient la psychanalyse et souhaitaient voir leurs traitements pris en charge par les assurances. Dans les deux cas, les différentes pathologies étaient définies par des descriptions de patients-types (descriptions prototypiques).

La troisième version du DSM publiée en 1980 a représenté une véritable rupture. Les raisons politiques et sociales de ce changement ont été analysées notamment par Stuart Kirk et H. Kutchins²⁴³. Deux objectifs scientifiques ont aussi guidé les rédacteurs du DSM-III. Premièrement, améliorer sa mauvaise fiabilité inter-juge : les décisions diagnostiques prises par deux médecins à propos du même patient étaient trop souvent différentes. Il a donc été décidé de définir chaque diagnostic par une liste de critères et des règles d'exclusion. Deuxièmement, les hypothèses psychanalytiques concernant l'étiologie des maladies mentales ont été critiquées par l'Association américaine de psychiatrie (APA) pour leur manque de preuves scientifiques. Constatant qu'aucune théorie ne permettait de rendre compte de cette étiologie, l'APA a décidé que le DSM-III serait athéorique : chaque maladie n'est définie que par ses symptômes caractéristiques. Les promoteurs du DSM-III espéraient ainsi que la recherche en psychiatrie biologique permettrait de découvrir des marqueurs biologiques spécifiques à chaque pathologie et que la recherche de nouveaux médicaments psychotropes en serait facilitée.

Publié en 1994, le DSM-IV, et sa version révisée en 2000, ne présentent pas de changement majeur par rapport au DSM-III. Depuis 1999, l'APA prépare une cinquième version du DSM qui, après avoir été longtemps repoussée, a finalement été prépubliée en 2013. Les nombreuses critiques relatives au manuel et à ses usages ont conduit l'APA à ne procéder *in fine* qu'à des modifications mineures entre les DSM-IV et V²⁴⁴.

La validité est le critère le plus « scientifique » d'une classification médicale. En l'absence de biomarqueur et d'étiologie connue, la validité d'une pathologie repose sur une description permettant de la distinguer des autres pathologies et de la normalité. Pour Robert Kendell, psychiatre britannique qui a été très impliqué dans la production des DSM-III et IV, les diagnostics psychiatriques définis par le DSM-IV ne peuvent pas être considérés comme valides. D'ailleurs, le préambule du DSM-IV reconnaît explicitement que la validité des définitions proposées n'est

²⁴² Pierre J. M., 2020, The borders of mental disorder in psychiatry and the DSM: past, present, and future, *J Psychiatr Pract*, 16:375-86.

²⁴³ Kirk S., Kutchins H., 1998, *Aimez-vous le DSM ? Le triomphe de la psychiatrie américaine*, Paris, Les Empêcheurs de penser en rond, 432 p.

²⁴⁴ Le DSM-5 publié en 2015 est la dernière édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, et des troubles psychiatriques (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) de l'Association américaine de psychiatrie (APA, American Psychiatric Association).

nullement prouvée²⁴⁵. Les études publiées depuis lors vont toutes dans le sens d'une absence de validité (voir annexe II.5.7.). **Parmi les arguments contre la validité du DSM, on constate que la plupart des patients souffrent d'une combinaison variable de plusieurs troubles : la comorbidité, qui aurait dû rester rare si la validité du DSM avait été satisfaisante, est en réalité très fréquente²⁴⁶. Ces diagnostics varient considérablement selon l'âge de l'enfant. Ces observations témoignent d'une hétérogénéité des cas cliniques que les nomenclatures ne permettent pas de saisir finement.**

Deuxièmement, le DSM-IV et la CIM-10 sont organisés en différentes classes de pathologies qui sont divisées en entités très spécifiques, mais prévoient pour chaque classe une catégorie non spécifiée – *not otherwise specified* (NOS). Les catégories NOS sont beaucoup plus souvent utilisées que les autres par les praticiens, et en particulier les médecins généralistes, alors qu'elles auraient dû rester l'exception. **Steve Hyman en conclut que les trop nombreuses catégories étroitement spécifiées ne correspondent pas, aux yeux des cliniciens, à ce qu'ils rencontrent dans leur pratique²⁴⁷.**

Troisièmement, la frontière entre état pathologique et normalité est nette pour les pathologies sévères, mais franchement imprécise pour les troubles plus bénins comme la dépression²⁴⁸. Par exemple, la prévalence de la phobie sociale était de 1,6 % dans une étude et de 7,4 % dans l'autre²⁴⁹.

Quatrièmement, **une même cause peut entraîner des pathologies différentes**. Par exemple, une altération chromosomique rare (dite DISC1) observée sur plusieurs générations d'une famille écossaise a entraîné des troubles très variables : schizophrénie, troubles des conduites, dépression, troubles anxieux²⁵⁰. Steven Hyman en conclut : « *Les données génétiques et familiales ne confirment pas les limites des pathologies définies par le DSM* »²⁵¹.

Les principaux arguments concernant l'utilité du DSM – et de manière plus générale des classifications standardisées – font l'objet d'intenses controverses. À titre d'exemple :

²⁴⁵ Kendell R., Jablensky, A., 2003, Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses, *American journal of psychiatry*, 160 (1), p. 4-12.

²⁴⁶ Krueger R. F., Markon K. E., 2006, Reinterpreting comorbidity: A model-based approach to understanding and classifying psychopathology, *Annual review of clinical psychology*, 2, 111.

²⁴⁷ Hyman S.E., 2010, The diagnosis of mental disorders: the problem of reification, *Annu Rev Clin Psychol*, 6:155-79.

²⁴⁸ Batstra L., Frances A., 2012, Diagnostic inflation: causes and a suggested cure, *The Journal of nervous and mental disease*, 200 (6), p. 474-479 ; Kendell R., Jablensky, A., 2003, *op. cit.*; ; Horwitz A. V., Wakefield, J. C., 2010, *Tristesse ou dépression ? : Comment la psychiatrie a médicalisé nos tristesses*, vol. 7, Editions Mardaga.

²⁴⁹ Regier D. A., Kaelber, C. T., Rae D. S., Farmer M. E., Knauer B., Kessler R. C., Norquist G. S., 1998, Limitations of diagnostic criteria and assessment instruments for mental disorders: implications for research and policy, *Archives of general psychiatry*, 55 (2), p. 109-115.

²⁵⁰ Abbott A., 2008, Psychiatric genetics: The brains of the family, *Nature*, 454 (7201), p. 154-158.

²⁵¹ Hyman S.E., 2010, *op. cit.*

- Steven Hyman, ancien directeur du NIMH (institut américain pour la santé mentale) a finalement considéré que « *le DSM avait été un obstacle pour la recherche* », et proposé que le NIMH finance des recherches hors DSM²⁵² ;
- d'un point de vue clinique, les utilisateurs du DSM le jugent beaucoup trop compliqué et estiment qu'il faut privilégier l'utilité clinique (CIM-10) ;
- du point de vue de la formation, le DSM est souvent présenté comme un manuel de psychiatrie, ce qu'il n'a jamais prétendu être. Les étudiants considèrent que les pathologies décrites dans le DSM représentent bien des maladies distinctes. La réussite aux examens dépend souvent de la restitution des catégories du DSM²⁵³. Cet enseignement devrait être interrogé à l'aune de sa valeur scientifique et clinique.

Ces différents éléments rejoignent les arguments de très nombreux chercheurs et praticiens en France et au niveau international – y compris de l'OMS²⁵⁴, qui soutiennent :

- de relativiser l'usage des références biomédicales des troubles mentaux ;
- de pousser les pratiques privilégiant une approche globale de l'enfant, et de prendre le temps nécessaire au diagnostic, lorsque cela s'avère nécessaire ;
- de développer l'accès au soin – **y compris au soin hors diagnostic** ;
- de soutenir les pratiques individualisées centrées sur la personne ;
- de privilégier l'accès au droit, à l'éducation, à la socialisation.

Ces recommandations conduisent à réaffirmer l'importance des pratiques psychothérapeutiques, éducatives et sociales dans le soin et l'accompagnement des enfants²⁵⁵.

L'enfant, la statistique et les systèmes de modélisation en psychiatrie

La science et ses progrès contribuent incontestablement à la clinique, au débat démocratique, et peuvent servir de moyens ou d'outils au clinicien dans sa pratique, lorsqu'il le juge nécessaire²⁵⁶. Le Haut Conseil recommande régulièrement depuis 2019²⁵⁷ de développer l'ensemble des recherches, études et statistiques ainsi que les données administratives régulières, concernant les enfants. Cependant, l'enfant n'est pas résorbable dans la statistique et la santé mentale ne peut s'y réduire.

²⁵² Miller G., 2010, DSM: seeking a brain-based classification of mental illness, *Science*, 327:1437.

²⁵³ Phillips J., Frances A., Cerullo M. A., Chardavoyne J., Decker H. S., First M. B., Zachar P., 2012, The six most essential questions in psychiatric diagnosis: A pluralogue part 2: Issues of conservatism and pragmatism in psychiatric diagnosis, *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 7 (1), p. 1-16.

²⁵⁴ OMS, 2022, *op. cit.*

²⁵⁵ À titre indicatif et non exhaustif : Roefs A., Fried E. I., Kindt M., Martijn, C., Elzinga B., Evers A. W.; Jansen A., 2022, A new science of mental disorders: Using personalised, transdiagnostic, dynamical systems to understand, model, diagnose and treat psychopathology, *Behaviour Research and Therapy*, 153, 104096 ; Timimi S., 2015, Children's mental health: Time to stop using psychiatric diagnosis, *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 17 (4), p. 342-358.

²⁵⁶ Canguilhem G., 1966, *Le normal et le pathologique*, Paris, PUF.

²⁵⁷ HCFEA, rapport du Conseil de l'enfance, 2019, *Des données et des études publiques mieux centrées sur les enfants 2018-2019* : <https://www.hcfea.fr/IMG/pdf/rapportconseilenfanceadonneesjuillet2019.pdf>.

La statistique ne dit rien de la tessiture de la relation thérapeutique ou éducative, elle ne remplace pas les trésors d'imagination des professionnels dans l'accompagnement des enfants et des familles, ni ne permet de mesurer le sens que chacun trouve, investit ou puise dans le travail de soin et d'accompagnement.

La santé mentale – et *a fortiori* la santé mentale de l'enfant – est un secteur polysémique marqué par la diversité de ses publics, de ses acteurs, de ses institutions, de ses prismes théoriques et praxéologiques. En France et au niveau international, cette diversité a longtemps été considérée comme une richesse, témoignant de la complexité à l'œuvre dans les pratiques de soin et d'éducation.

Le déploiement des conceptions biomédicales des troubles mentaux, de la psychiatrie biologique et statistique dans le courant des années 2000 en France est largement inspiré des approches EBM-EBP qui, au-delà de la recherche ou à la santé publique, visent également à intégrer des données issues de la recherche « scientifique » et « systématique » aux pratiques de soin, d'éducation et d'intervention sociale²⁵⁸.

L'extension des approches EBM-EBP au champ de la psychiatrie et des pratiques sociales a provoqué en France d'intenses débats et controverses de la part de plusieurs auteurs sur le risque de standardisation des pratiques thérapeutiques, éducatives et sociales réduites à une série de protocoles²⁵⁹ (voir annexe II.5.8. et Briffault 2016²⁶⁰).

En France comme au niveau international, de nombreux praticiens et chercheurs ont élaboré une critique minutieuse des fondements méthodologiques et idéologiques des approches EBM-EBP dans le champ de la santé mentale, pour soutenir la nécessité des approches épistémologiques, empiriques et cliniques dans les pratiques de soin, d'éducation et d'intervention sociale adressées à l'enfant²⁶¹.

Les questions relatives à la santé mentale de l'enfant relèvent d'abord d'un champ de pratiques, orientées par une/des éthiques, à partir de laquelle il est possible de produire de la recherche, et non un champ de recherche à partir duquel inférer une pratique.

Il convient de réinterroger l'intérêt et les limites des approches statistiques et modélisantes de la santé mentale de l'enfant et en particulier des approches *Evidence Based Medicine (EBM)-Evidence Based Practice (EBP)*.

²⁵⁸ Briffault X., 2013, Le *process* de construction de l'esprit malade et de sa maintenance à l'ère de l'*Evidence-Based Mental Medicine*, *Topique*, (2), p. 23-40.

²⁵⁹ Briffault X., 2017, Usages et mésusages des données probantes en santé publique, *Le Journal des psychologues*, (3), p. 39-43 ; Briffault X., Martin O., 2011, Déprimer par les nombres: le façonnage statistique et psychométrique des dépressions contemporaines, *Sociologie et sociétés*, 43 (2), p. 67-89 ; Briffault X., 2008, *op. cit.* ; Ehrenberg A., 2006, *op. cit.* ; Briffault X., 2009, *op. cit.* ; Ehrenberg A., 2007, Épistémologie, sociologie, santé publique : tentative de clarification, *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 55 (8), p. 450-455 ; Webb S. A., 2001, Some considerations on the validity of evidence-based practice in social work, *British journal of social work*, 31 (1), p. 57-79 ; Ponnou S., Niewiadomski C. (Eds.), 2022, *op. cit.* ; Ponnou S., Niewiadomski C., 2020, *op. cit.* ; Briffault X., 2008 ; Ehrenberg A., 2006 ;

²⁶⁰ Briffault, X. (2016). *Santé mentale, santé publique*. PUG.

²⁶¹ Ponnou S., Niewiadomski C., 2020 et 2022, *op. cit.*

Tenant compte de l'ensemble de ces enjeux, le Haut Conseil réaffirme son attachement aux pratiques psychothérapeutiques, d'éducation et d'intervention sociale qui font le cœur des soins et des accompagnements en pédopsychiatrie. Ces pratiques bénéficient d'un ancrage fort sur le terrain, dans les institutions et dans la formation des professionnels. S'il existe des écarts considérables entre les demandes et l'offre de soin en pédopsychiatrie en France ; un risque avéré de sur-médication de l'enfant et de substitution des pratiques psychothérapeutiques par des pratiques médicamenteuses ; des biais scientifiques, médiatiques et des conflits d'intérêts susceptibles d'influencer les demandes, les pratiques et les politiques de santé mentale à destination de l'enfant... il existe également des pratiques, des savoir-faire, des dispositifs et des institutions particulièrement favorables au soin de l'enfant et à l'accompagnement des familles, qui font leur preuve dans la clinique et constituent l'une des spécificités de la culture des soins psychiques en France.

Autour de la question des modèles opératoires, l'approche statistique et *evidence based* dans une vision « santé mentale/santé publiques », doit pouvoir cohabiter avec des modèles mieux adaptés à la spécificité d'une approche « souffrance psychique des enfants » à soutenir fortement en termes de pratique, de recherche et de politique. Ces approches appellent un effort des pouvoirs publics et une dotation de moyen humains, institutionnels, de formation et de recherche conséquents et pérennes dédiés aux pratiques d'accompagnement de proximité, d'aide et psychothérapeutiques, éducatives et sociales, afin d'abonder les services hospitaliers, associatifs, sociaux et médicosociaux, les PMI, l'accueil du jeune enfant, l'école et les lieux tiers²⁶² fréquentés par l'enfant.

Au-delà, ces perspectives et ces enjeux de recherche et de pratique sont aujourd'hui soutenue et mises en avant dans de récents rapports de l'OMS :

*« Pour réussir à définir une approche de santé mentale intégrée, **centrée sur la personne**, axée sur son rétablissement et fondée sur ses droits, les pays doivent changer et ouvrir les mentalités, corriger les attitudes de stigmatisation et éliminer les pratiques coercitives. **Il faut donc absolument que les systèmes et les services de santé mentale élargissent leur horizon au-delà du modèle biomédical, au profit d'une démarche plus globale prenant en considération tous les aspects de la vie du patient.***

Partout dans le monde, cependant, les pratiques actuelles placent les psychotropes au centre de la réponse thérapeutique, alors que les interventions psychosociales et psychologiques et le soutien par les pairs sont aussi des pistes à explorer, qui devraient être proposées dans le cadre d'une approche centrée sur la personne [...].

En outre, comme la recherche en santé mentale a été dominée par le paradigme biomédical au cours des dernières décennies, les travaux de recherche concernant les approches fondées sur les droits sont assez rares. Il faut investir largement plus au niveau mondial dans les études qui se penchent sur ces approches [...] »²⁶³.

²⁶² Haut conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge, 2018, Les temps et lieux tiers des enfants op. cit

²⁶³ OMS, 2022, op. cit.

PARTIE III.

LES PSYCHOTHERAPIES :

INTERET CLINIQUE, ACTUALITE SCIENTIFIQUE, DEBATS ET ENJEUX

Les psychothérapies jouent un rôle considérable dans les champs de la prévention, du soin, de l'accompagnement des enfants et de leurs familles. Elles s'insèrent dans les différentes disciplines des sciences humaines et sociales et plus directement dans les pratiques de santé mentale, de soutien à l'éducation, de prévention des pathologies, dans l'accompagnement et dans leur soin, et ont une place convergente mais spécifique dans les interventions sociales.

Quelles sont les différentes approches psychothérapeutiques susceptibles de contribuer au soin de l'enfant en souffrance psychique ? Quels sont leurs principes et leurs visées respectives ? Quels sont les freins et les leviers à même de contribuer à l'offre de soin psychothérapeutique en France ?

Les réponses à ces questions doivent permettre d'engager les recommandations nécessaires au déploiement d'une politique de soin à la hauteur des enjeux contemporains de l'enfance.

Le déficit de l'offre de soins psychiques à destination de l'enfant d'une part, l'augmentation de la demande de soin liée à l'augmentation des manifestations de difficultés que rencontrent les enfants et des situations de crise et de rupture d'autre part, impliquent de développer et soutenir les pratiques de premier recours destinées à la santé mentale de l'enfant.

Les psychothérapies font partie de ces pratiques de premier recours. Leur première fonction consiste dans l'allègement de la souffrance psychique de l'enfant ou des difficultés qui entravent son évolution, la qualité de ses relations avec sa famille, son milieu scolaire et amical.

I. LES PRINCIPALES APPROCHES PSYCHOTHERAPEUTIQUES

Il existe une pluralité d'approches et de pratiques psychothérapeutiques reconnues en France et au niveau international : psychanalyse, thérapies psychodynamiques et cliniques, psychothérapie institutionnelle, ethnopsychiatrie, psychodrame, thérapies familiales et groupales, médiations thérapeutiques (art-thérapie, équithérapie, etc.), pratiques d'atelier psychopédagogiques, groupes de parole, Thérapies Cognitives et Comportementales (TCC), techniques de remédiation cognitives, EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*), hypnose... Sans oublier les formes mixtes susceptibles de contribuer dans la clinique au soin des enfants et au soutien des familles.

Sans décrire de manière exhaustive chacune des pratiques psychothérapeutiques, arrêtons-nous sur trois d'entre elles qui ont considérablement contribué aux avancées de la psychiatrie, tant en termes de diagnostic, de soin, que d'émancipation des patients ou de soutien des familles :

- **la psychanalyse, les pratiques psychodynamiques et cliniques ;**
- **les méthodes cognitives et comportementales (TCC) ;**
- **les thérapies familiales et groupales.**

Ces trois types de psychothérapies sont communément privilégiées du fait de « *l'ancienneté et la solidité de leur conceptualisation théorique ; [de] l'existence de formations spécifiques à leur pratique par des cliniciens ; [de] leur utilisation répandue dans le domaine du soin* »²⁶⁴. Elles ont fait l'objet

²⁶⁴ Inserm (dir.), 2004, *Psychothérapie : trois approches évaluées*, rapport, Paris, Les éditions Inserm, XII-553 p., (Expertise collective). <http://hdl.handle.net/10608/146>.

d'évaluations et de débats en France depuis le début des années 2000. Chacune est ici abordée succinctement.

Les psychologues sont à cet égard à mentionner comme ressources. Bien que moins présents dans les services universels de prévention, de santé et soin, ils sont nombreux et accessibles en exercice libéral²⁶⁵.

Le métier de psychologue inclut des spécialités extrêmement diverses. En santé mentale infantile (appui, prévention, soin ou accompagnement) dans la proximité des enfants, des familles et aux côtés des équipes, les psychologues cliniciens sont les plus représentés. Ils pratiquent plusieurs formes d'intervention, en institution, consultations spécialisées, en exercice libéral. Ils mènent aussi des activités de formateur ou d'enseignant dans leur domaine. Ils exercent des responsabilités complexes, autour de pratiques polyvalentes, du fait de transformations institutionnelles et de la demande sociale. *« Il y a parfois un décalage entre une praxis de plus en plus exigeante et la formation universitaire [...] Une carrière professionnelle s'accompagne fréquemment d'une mobilité sectorielle, d'autant plus que la compétence clinique des psychologues est recherchée par de nombreux champs d'activité, y compris le milieu du travail. Le nombre de psychologues qui, pour se constituer un temps plein, recourent à l'emploi partagé entre plusieurs employeurs, au début de leur vie active par nécessité ou en cours de carrière par choix, nécessite toujours une compétence de haut niveau »* (P.-A. Raoult, Secrétaire de la Commission Université du SNP) ». Cette compétence est cadrée par un code de déontologie et doit être réactualisée, au fil des expériences, mais aussi des évolutions très vives des recherches et connaissances dans cette discipline.

Les psychologues cliniciens doivent avoir acquis une très solide formation à l'animation des groupes et à la compréhension des mécanismes institutionnels. Leurs pratiques sont autant tournées vers les sujets que vers les équipes, incitant à des formations complémentaires à poursuivre par exemple en psychologie sociale, systémique, ou en ethnologie.

Les psychologues cliniciens doivent avoir acquis des compétences méthodologiques – Master et Doctorat – une formation supervisée aux différentes formes d'entretien - formation au diagnostic psychopathologique du bilan clinique – formation aux méthodologies de la recherche afin de pouvoir traduire des préoccupations de terrain en problématique de recherche « utiles à la société ». Sur le versant psychothérapeutique, en plus des formations universitaires générales, la plupart des psychologues cliniciens suivent des formations complémentaires aux psychothérapies, et aux repérages en psychopathologie. Ils doivent pouvoir être « des généralistes », aptes à travailler, avec une certaine autonomie professionnelle et en interdisciplinarité à des tâches de prévention psychologique, primaires secondaires et tertiaires auprès de populations d'enfants très diverses appartenant à des âges, des milieux, des origines et présentant des troubles très variés.

Le clivage universitaires chercheurs/praticiens de terrain reste en France trop marqué dans cette discipline comme dans d'autres. Les psychologues cliniciens représentent une part de la réponse aux attentes d'aide pour les enfants en souffrance psychique.

²⁶⁵ Voir notamment les travaux actuels du collectif « Construire ensemble la réglementation de la déontologie des psychologues » - CéréDépsy et de la Commission Nationale Consultative de Déontologie des Psychologues qui dépend de la Fédération Française des Psychologues et de Psychologie - FFPP.

1.1. Les psychothérapies orientées par la psychanalyse, les pratiques cliniques et les approches psychodynamiques

La psychanalyse est une pratique d'écoute et de parole. Elle repose sur la prise en compte des dynamiques conscientes et inconscientes mises en jeu dans la relation thérapeutique (le transfert). Elle se fonde sur la parole de l'enfant – quelles qu'en soient les modalités – et celle de ses parents. Si la pratique analytique dispose d'une technique et d'une théorie féconde, elle n'en demeure pas moins orientée par une éthique du cas par cas. Les thérapies dérivées de l'approche analytique ou les psychanalyses d'enfants répondent à des indications de psychopathologies précises, ou à une demande le plus souvent de la famille ou du milieu éducatif de l'enfant. Les plaintes et soucis des familles et de ceux qui s'en occupent légitiment une demande de solutions au problème des enfants perturbés et perturbants. Par exemple, des enfants ou des adolescents s'évitent de sentir qu'ils sont en souffrance, mais projettent celle-ci sur leur entourage, et peuvent de ce fait s'avérer difficiles à approcher et aider. C'est toute la complexité des offres en santé mentale des enfants et des adolescents, et c'est pourquoi les psychothérapies sont délicates à *imposer*.

Dans les approches psychodynamiques, la notion de symptôme est centrale, au-delà de la question du trouble. Le symptôme est considéré comme un langage, un appel, ou un signal. Il est aussi la création d'une réponse que l'enfant a inventée face à sa difficulté, qu'il faut prendre au sérieux et comprendre, avant de lui demander d'en changer. Soigner alors n'est pas faire taire, nier ou étouffer le langage sous-jacent, contenu dans les manifestations qui mettent en difficulté des adultes et les institutions. En psychologie et en psychopathologie, si personne n'a entendu ou décrypté le signal d'alerte, l'enfant peut cesser d'appeler et le problème peut s'enraciner ou se déplacer ailleurs. La souffrance, le conflit ou le trauma sous-jacent creuse ses galeries souterraines, pour ressortir ailleurs, plus tard, et parfois plus gravement. Tandis que si l'enfant est bien traité, le symptôme, après avoir joué son rôle, peut la plupart du temps se dissiper ou se transformer en une forme moins coûteuse pour la santé ou l'évolution personnelle et sociale de l'enfant et pour son environnement.

Cette posture analytique et les conceptions sur lesquelles elle s'appuie ont depuis longtemps dépassé le seul cadre d'un suivi individuel de l'enfant, pour soutenir le travail mené à l'école et dans les institutions médicosociales ou les services de prévention. Les psychologues cliniciens et les psychanalystes s'impliquent dans les institutions, notamment dans le soutien aux soignants et aux éducateurs, les supervisions et réflexions sur les effets retours parfois angoissants ou déprimants de la prise en charge des enfants en difficultés, de la confrontation avec l'inquiétude des familles et les complexités du travail en équipe.

Permettre à l'enfant de se sortir d'une impasse, relancer son envie d'avancer et son espoir d'y arriver est le but de toute psychothérapie, quels que soient les méthodes invoquées, les théories et les angles d'approche. L'un des repères de fiabilité de la prise en charge est la capacité du thérapeute à rencontrer chez l'enfant l'endroit où il ne se comprend plus lui-même, ni les autres, ou perd le contact. Une capacité de rencontre sans effraction, mais solidement ancrée dans la relation thérapeutique et le cadre du dispositif négocié avec l'enfant. Celui-ci a une fonction d'appui et de contenant des angoisses.

Le champ d'indication de la psychothérapie référée à la psychanalyse est ouvert, allant des troubles caractériels et des névroses jusqu'aux affections psychosomatiques, aux psychoses et à l'autisme. Les indications de recours aux psychothérapies psychodynamiques, sont multiples, dans

la mesure où elles s'appliquent aux mécanismes sous-jacents. Les états anxieux, dépressifs, les troubles du sommeil, de l'alimentation, l'énurésie, des troubles du comportement, phobies, obsessions, agressivité ou troubles des apprentissages, difficultés scolaires, etc.

Les méthodes des psychothérapies d'enfant peuvent varier

Selon l'âge, et les capacités, la parole s'exprime en mots, gestes, postures, jeux, comportements, dessins, jeux de rôles, avec le support de contes, ou mythes, de constructions, et plus récemment à travers des supports informatiques ou le téléphone.

Peuvent être proposées des thérapies psychanalytiques mère-nourrisson, ou parents-bébés, des thérapies familiales qui requièrent des techniques propres, des thérapies de groupe, ou des thérapies qui font intervenir des médiations artistiques, psychocorporelles, ou animalières par exemple.

Le cadre est le support du transfert et la famille y est prise en compte. Une particularité de l'analyse d'enfant réside dans le fait que l'aménagement de la thérapie d'un enfant se fait avec l'accord et en lien avec les parents, en vertu du fait que l'enfant est légalement, matériellement et affectivement relié à sa famille. Les parents peuvent être reçus à certains moments de la psychothérapie de leur enfant, ou bien rencontrer un autre interlocuteur pour se faire aider à aider leur enfant. L'accompagnement des parents est très important, il permet à l'enfant de se sentir autorisé à changer et savoir que ses parents peuvent aussi être aidés le rassure. Car la plupart des enfants présentant des troubles se sentent coupables des perturbations qu'ils génèrent malgré eux, et surtout vis-à-vis de leurs parents. Cependant le thérapeute reste celui de l'enfant, il est tenu au secret professionnel, même si l'enfant, lui, peut parler de ce qui se passe pendant les séances à son gré.

Ce cadre nécessite une continuité, une régularité et une fiabilité, pour permettre au processus thérapeutique de se développer ; il est comme une enveloppe du processus de soin, où les peurs, les pensées, les nouages imaginaires, le vécu quotidien conflictuel ou traumatique puissent s'exprimer en sécurité grâce à la présence et la façon d'être entendu par un interlocuteur en appui sur les corpus et l'expérience de son métier mais dans une posture mentale non pédagogique, ni injonctive, ouverte et structurée.

I.2. Les méthodes cognitives et comportementales

Selon le site de la fédération française des TCC²⁶⁶, ces dernières désignent des prises en charge reposant sur une approche directement issue de la méthode expérimentale appliquée au cas particulier d'une personne.

Les TCC sont préconisées dans le traitement de troubles psychologiques variés, et comprennent des pratiques de « remédiation », d'acquisition des « habiletés sociales » de « gestion des émotions » et de prévention.

²⁶⁶ Cette partie cite ou se réfère très largement au site de l'AFTCC : <https://www.aftcc.org/les-therapies-comportementales-et-cognitives>.

Les TCC peuvent également être utilisées dans la gestion du stress, la réduction des comportements tabagiques et alcooliques, l'amélioration de l'observance médicamenteuse et la prévention.

À l'origine, les TCC proposent une modélisation du fonctionnement humain basée sur les théories de l'apprentissage. Ainsi, le postulat de base des TCC considère un comportement inadapté comme la résultante d'apprentissages liés à des expériences antérieures survenues dans des situations similaires, puis maintenus par les contingences de l'environnement. Elles insistent sur les causes actuelles du comportement problème. Le thérapeute définit avec le patient les buts à atteindre. Le choix des techniques utilisées est fonction du patient et des résultats publiés pour des troubles similaires.

La thérapie vise donc, par un nouvel apprentissage, à remplacer le comportement inadapté par un comportement plus adapté correspondant à ce que souhaite le patient.

Les TCC se distinguent des autres approches psychothérapeutiques par une caractéristique principale : le changement durable du comportement est évalué, et considéré comme un critère majeur de réussite de la thérapie.

Les TCC reposent sur des modèles standardisés et se prêtent d'autant mieux aux logiques d'évaluation scientifique que les procédures de traitement sont décrites objectivement et sont donc reproductibles par d'autres thérapeutes pour des patients rencontrant des difficultés similaires. Les TCC ont ainsi pu faire l'objet de nombreuses études au niveau international.

Cette approche TCC a évolué d'une conception strictement comportementale pour considérer l'impact des émotions et des pensées de l'individu à propos de lui-même, de son avenir et de son environnement. Elles intègrent désormais, à côté des techniques visant à modifier le comportement, des approches cognitivo-émotionnelles et une dimension plus clinique dans « la gestion » des troubles psychiatriques. Parmi les techniques utilisées dans le cadre des TCC, on retrouve :

- l'usage de renforçateurs positifs ou négatifs ;
- la désensibilisation systématique ;
- des techniques d'exposition ;
- la relaxation et les pratiques de méditation en pleine conscience ;
- l'entraînement aux habiletés sociales.

1.3. Les thérapies familiales et groupales

Les thérapies familiales intègrent de nombreuses références, influences et modèles (dont la psychanalyse et les TCC) avec pour point commun de considérer la famille comme système, dont les processus d'interaction et de communication peuvent présenter des dysfonctionnements. Aider le patient qui va mal dans la famille, l'amener à changer, c'est aussi aider les autres membres de la famille à accepter de redéfinir leurs rôles et leurs fonctions. Ces évolutions de chacun sont nécessaires pour que le système familial dépasse l'état de crise et parvienne à établir un équilibre plus satisfaisant. **Ainsi, la thérapie familiale systémique est une technique spécifique de psychothérapie, qui a pour but de favoriser les échanges entre les membres de la famille.** Au cours des séances, le dialogue des membres de la famille entre eux et avec le thérapeute aide à comprendre et résoudre les problèmes et les difficultés rencontrées. La thérapie doit notamment permettre à chaque membre de la famille ou du groupe d'évoluer ensemble vers un fonctionnement

plus souple, de dépasser une situation de crise, d'autoriser l'évolution individuelle de chacun des membres, de trouver de nouveaux équilibres²⁶⁷. Il est à noter que ces pratiques d'aide thérapeutique en groupes d'enfants, à partir de jeux ou de jeux de rôles sont largement proposées dans les services comme les CMP et CMPP.

La thérapie de groupe est une approche d'accompagnement collectif qui utilise l'échange d'émotions et d'expériences de plusieurs personnes d'un groupe. La thérapie de groupe a pour but d'apporter une aide individuelle aux personnes, en utilisant une **approche mutuelle**. Les séances sont collaboratives et chacun a l'occasion de prendre du recul sur sa situation et de comprendre les autres. La thérapie de groupe permet aux participants, au fil des séances, de repérer leurs modes de relation aux autres, d'améliorer leur confiance en eux, d'apprendre à s'intégrer socialement. Les formes d'écoute, les techniques de reformulation, de questionnements ou le recours à des méthodes comme les jeux de rôles par le thérapeute aident à l'expression des participants et le dépassement de leurs inhibitions. Là encore, les références théoriques et praxéologiques soutenant ces pratiques sont nombreuses.

Il est notable que la littérature abonde la validité scientifique des thérapies familiales et systémiques. Ainsi, dans un article paru en 2009 et couvrant de très larges acceptions des thérapies familiales et systémiques à l'appui de travaux produits entre les années 1970 et 2000, Stephen Hendrick argumente la validité scientifique de ces psychothérapies²⁶⁸ :

- pour l'ensemble des diagnostics psychiatriques ;
- pour un vaste panel de pratiques groupales, familiales ou systémiques.

Ces indications et ces limites sont confortées par des études internationales plus récentes, de telle sorte qu'il soit tout à fait possible d'argumenter l'intérêt scientifique et pratique des thérapies familiales et systémiques.

Loin d'être exhaustive, cette présentation des trois principales familles de psychothérapies n'a d'autre fonction que de montrer la diversité et la richesse des soins de première intention destinés à l'enfant.

Il existe encore au sein de chaque type de psychothérapie des différences importantes selon les écoles, les orientations, la formation théorique et clinique des praticiens... et, *in fine*, d'un praticien à l'autre et d'une situation clinique à l'autre. Il existe également des approches nées de l'articulation entre ces différentes pratiques, si bien que le champ des psychothérapies constitue un domaine hétérogène et pluriel. Enfin, rien n'interdit à un praticien d'utiliser ou de subvertir les outils théoriques et cliniques d'une approche donnée pour les adapter à ses orientations ou aux jeux pratiques de la situation de soin.

Cette hétérogénéité et la pluralité des approches confèrent une plasticité de l'offre psychothérapeutique. La qualité première de l'offre de soin de l'enfant est son agilité à **mettre en place des pratiques professionnelles aptes à s'ajuster à chaque situation** puisque les questions

²⁶⁷ W. Bion/ R. Kaes /D. Mellières.

²⁶⁸ Hendrick S., 2009, Efficacité des thérapies familiales systémiques, *Thérapie Familiale*, vol. 30, p. 211-233, <https://doi.org/10.3917/tf.092.0211>.

de santé mentale et les pratiques psychothérapeutiques impliquent nécessairement un travail incluant l'enfant et son vécu, celui de sa famille, ainsi que ses environnements affectifs, éducatifs, sociaux et territoriaux.

II. L'ÉVALUATION SCIENTIFIQUE DES PSYCHOTHERAPIES

L'évaluation scientifique des psychothérapies est un sujet scientifique complexe, sensible et sujet à controverse. Il comporte des **questions méthodologiques** qui nécessitent une place au débat y compris avec les usagers. Il emporte ensuite les enjeux de **diffusion et d'information des familles et des professionnels**. Il implique enfin une utilisation raisonnée des résultats dans les **orientations de politiques publiques** relatives à la santé mentale, la psychiatrie et la pédopsychiatrie.

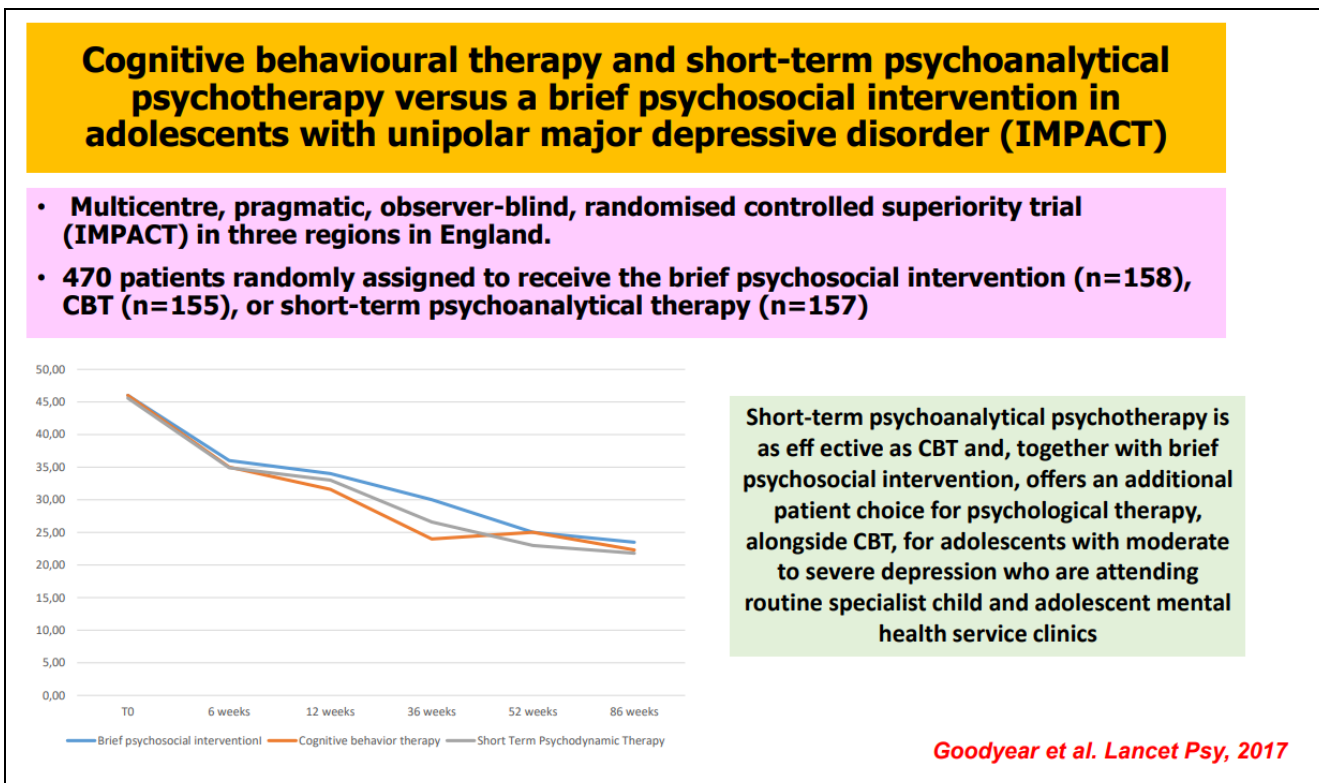
Il apparaît que, si tous les modèles psychothérapeutiques peuvent aujourd'hui se prévaloir d'une reconnaissance scientifique, aucune de ces approches ne peut revendiquer une modélisation hégémonique de la qualité et de l'efficacité du soin apporté, notamment aux enfants.

II.1. Pas de supériorité démontrée d'une démarche sur les autres

Une récente étude publiée dans *The Lancet Psychiatry* et présentée lors de l'audition du 22 septembre 2022²⁶⁹ compare les effets des traitements orientés par la psychanalyse, les TCC, et un traitement psychosocial dans le cas de la **dépression. Elle montre des courbes d'effets très similaires**, où les différences sont minimes, invitant les auteurs à la conclusion suivante : nous n'avons trouvé aucune preuve de la supériorité de la TCC ou de la thérapie psychanalytique à court terme par rapport à une brève intervention psychosociale dans le traitement des symptômes dépressifs à 12 mois. Pour une thérapie psychologique, associée à une brève intervention psychosociale, la thérapie psychanalytique offre une thérapeutique supplémentaire parallèlement à la TCC, pour les adolescents souffrant de dépression modérée à sévère qui fréquentent les cliniques spécialisées.

²⁶⁹ Goodyer I. M., Reynolds S., Barrett B., Byford S., Dubicka B., Hill J., Fonagy P., 2017, Cognitive behavioural therapy and short-term psychoanalytical psychotherapy versus a brief psychosocial intervention in adolescents with unipolar major depressive disorder (IMPACT): a multicentre, pragmatic, observer-blind, randomised controlled superiority trial, *The Lancet Psychiatry*, 4 (2), p. 109-119.

Tableau 7 : Efficacité comparée des psychothérapies comportementales, psychanalytique de court-terme et d'interventions psychosociales brèves dans le cas d'adolescents avec un trouble dépressif sévère



Si les principales approches psychothérapeutiques ont toujours disposé de modalités d'évaluation et d'exposition propres et en adéquation à leurs fondements théoriques et cliniques, le déploiement de l'EBM/EBP et du *new management* des institutions de soins en santé mentale a mis en lumière pour chaque approche et courant – *a fortiori* depuis les années 2000 – la nécessité d'une validation scientifique de leur efficacité²⁷⁰.

Dès les premiers pas de leur histoire, les TCC ont mis en avant le caractère scientifique de leur méthode. Cette démarche a été facilitée par les fondements expérimentaux des différentes approches cognitives et comportementales, et par l'affinité de la méthode au concept d'efficacité et à la statistique.

Pour la psychanalyse ou pour les thérapies familiales et systémiques, cette démarche est beaucoup plus tardive : le discours analytique ou les thérapies familiales ne sont pas fondés sur la statistique,

²⁷⁰ Thurin J.-M., Thurin M., Briffault X., 2006, Évaluation des pratiques professionnelles et psychothérapies, *L'information psychiatrique*, 82 (1), p. 39-47. Briffault X., Thurin M., Lapeyronnie B., Thurin J.-M., 2007, Nouvelles perspectives pour la recherche en psychothérapie: évaluation d'un protocole de recherche et proposition d'un dispositif méthodologique et technique, *L'Encéphale*, 33 (6), p. 911-923 ; Briffault X., 2009, *op. cit.* ; Visentini G., 2021, *L'efficacité de la psychanalyse. Un siècle de controverses*, Presses Universitaires de France. Gonon F., Keller P.-H., 2021, *op.cit.*

et si les présentations cliniques constituent bien une méthode reconnue scientifiquement, elles n'emportent pas le même niveau de preuve que les études randomisées.

Depuis 2004, à côté et en plus de ce qui fait la spécificité de leur mode d'évaluation et de contrôle, ces approches psychothérapeutiques ont développé des méthodologies et des démarches de recherche susceptibles de répondre aux critères contemporains de scientificité, de sorte que le nombre d'études dédiées à l'intérêt des psychothérapies aient considérablement augmenté entre les années 2000 et 2020²⁷¹.

La littérature française et internationale abonde aujourd'hui une multitude d'études et de références confirmant l'intérêt et la pertinence des approches psychothérapeutiques destinées à l'enfant comme à l'adulte de chacune des grandes familles de psychothérapies – psychanalyse, TCC, thérapies familiales L'Académie de médecine dans son rapport de janvier 2022 dédié aux psychothérapies, confirme qu'« en 2004 une expertise de l'Inserm a conclu à l'efficacité sur divers troubles psychiques **des trois catégories de psychothérapies** considérées dans cette expertise : psychodynamique, cognitivo-comportementale, systémique »²⁷².

II.2. La validité scientifique des pratiques orientées par la psychanalyse

Pour autant, le rapport Inserm 2004²⁷³ dédié à l'évaluation des psychothérapies a suscité de vives controverses dans la mesure où, partant d'un canevas méthodologique très critiqué au sein même du groupe d'experts, le rapport mettait en avant les méthodes cognitives et comportementales au détriment d'autres types de soins²⁷⁴. Le problème touchait certes au rapport, mais également à sa mise en ligne sur le site du ministère de la Santé, puis à son retrait à la demande du ministre de la Santé.

Face à ces multiples débats et enjeux, de nouvelles méthodes de recherche ont été déployées²⁷⁵ en France et au niveau international. Depuis le début des années 2000, des dizaines d'études primaires et de méta-analyses ont été publiées dans la littérature internationale²⁷⁶.

L'analyse de ces publications récentes a montré :

- l'efficacité des psychothérapies psychanalytiques brèves (d'une durée inférieure à un an) sur les symptômes des patients, avec des tailles d'effet robustes²⁷⁷ ;
- l'efficacité des psychothérapies psychanalytiques de long terme (d = 1,03 et 1,27).

²⁷¹ Thurin J.-M., Thurin M., Briffault X., 2006, *op. cit.* Briffault X., Thurin M., Lapeyronnie B., Thurin J.- M., 2007, *op. cit.*; Briffault X., 2009, *op. cit.*; ; Visentini G., 2021, *op. cit.* ; Gonon F., Keller P.-H., 2021, *op. cit.*

²⁷² Salat-Baroux F., Spira A., van der Gaag, R. J., 2022, *Psychothérapies: une nécessaire organisation de l'offre*, <https://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2022/02/RAPPORT-Psychotherapies.pdf>.

²⁷³ Inserm (dir.), 2004, *op. cit.*

²⁷⁴ Visentini G., 2021, *op. cit.*

²⁷⁵ Voir notamment les méthodes de type *Intensive Case Studies* ou *Single Case Experimental Designs*.

²⁷⁶ Une revue de la littérature scientifique récente réalisée dans *PubMed* faisait état de 80 références pour des méta-analyses publiées entre 2004 et 2019 dédiées aux psychothérapies psychanalytiques et psychodynamiques évaluées au sens de l'EBM/EBP, et 57 études primaires de long-termes publiées entre 2013 et 2019, cf. Gonon F., Keller P.-H., 2021, *op. cit.*

²⁷⁷ Gonon F., Keller P.-H., 2021, *op. cit.*

Ces preuves d'efficacité concernent :

- la dépression unipolaire ;
- les troubles anxieux ;
- les troubles de la personnalité ;
- des méta-analyses d'études primaires concernant différents troubles mentaux, dont l'autisme.

De nombreuses méta-analyses et études primaires témoignent généralement du bon niveau d'efficacité des psychothérapies psychanalytiques, mais également de résultats hétérogènes en fonction des méthodes de comparaison employées : évaluation des symptômes avant et après le traitement, comparaison avec d'autres types de psychothérapies dont TCC, biais méthodologiques propres à certaines études... L'article conclut :

« Une revue systématique sur les thérapies psychodynamiques a été publiée en 2015 dans la revue *Lancet Psychiatry*, incluant 64 essais contrôlés randomisés dont 37 ont été publiés après 2003. Par conséquent, la plupart des études évaluant les thérapies psychodynamiques sont publiées depuis 2003 et ont été reprises dans des articles de méta-analyse récents. **Dans l'ensemble, cette littérature conclut que les thérapies psychodynamiques sont aussi efficaces que les traitements actifs, y compris les psychothérapies cognitives, pour aider les patients souffrant de troubles mentaux courants (dépression unipolaire, troubles anxieux, troubles alimentaires et troubles de la personnalité).** Outre cette conclusion générale, il apparaît que les essais contrôlés randomisés ne permettent pas de savoir pourquoi les psychothérapies fonctionnent chez certains patients mais pas chez d'autres, et comment elles fonctionnent en général. D'autres approches sont nécessaires, y compris des études de cas »²⁷⁸.

La limite évidente de ces démarches repose dans leur fondement même : l'évaluation porte toujours sur la suppression ou l'amélioration des symptômes. Or, pour le praticien orienté par la psychanalyse, le symptôme est d'abord un langage qu'il convient de comprendre avant de soigner, et non un simple processus déficitaire qu'il s'agirait de supprimer.

L'exemple de l'évaluation des thérapies comportementales et cognitives (TCC)

Les TCC et les méthodes apparentées font de longue date l'objet de recherches intensives, si bien qu'elles bénéficient d'une tradition en termes d'évaluation scientifique.

Ainsi, de très nombreuses études argumentent l'efficacité des TCC dans la littérature internationale²⁷⁹.

²⁷⁸ Leichsenring F., Luyten P., Hilsenroth M.-J., Abbass A., Barber J- P., Keefe J.-R., Steinert C., 2015, Psychodynamic therapy meets evidence-based medicine: a systematic review using updated criteria, *The Lancet Psychiatry*, 2 (7), p. 648-660.

²⁷⁹ Notamment Hofmann S. G., Asnaani A., Vonk I. J., Sawyer A. T., Fang A., 2012, *The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses*, *Cognitive therapy and research*, 36(5), p. 427-440. Butler A. C., Chapman J. E., Forman E. M., Beck A. T., 2006, *The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a*

On constate néanmoins que les discours portant sur l'efficacité des TCC ont considérablement évolué au fil du temps, notamment depuis la prise en compte progressive des critiques plus anciennes²⁸⁰ ou très contemporaines publiées dans la littérature internationale²⁸¹ ou réalisées par des instituts de soins et des organismes publics internationaux²⁸². Ces critiques concernent principalement les méthodes standardisées de type ABA et les résultats décevants d'expérimentations pilotes en France²⁸³.

En effet, la discussion en séance du Conseil en mai 2022, a fait apparaître une contradiction : d'une part l'argument de scientificité référé à l'« *evidence based* », ; d'autre part, l'argument d'une application ajustée au cas par cas.

Comme l'exposent clairement les praticiens dans leurs communications institutionnelles, son intérêt touche à la réduction de l'expression symptomatique présentée par le patient et se mesure à l'atteinte d'objectifs prédéterminés par le thérapeute avec ce patient²⁸⁴. Ils expliquent que si l'efficacité scientifique des TCC est reconnue dans la littérature scientifique, ces thérapies « *ne résolvent pas miraculeusement tous les problèmes* »²⁸⁵.

review of meta-analyses, Clinical psychology review, 26(1), p. 17-31. Dobson K. S., 1989, A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression, Journal of consulting and clinical psychology, 57(3), p. 414. Öst L. G., 2008, Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and meta-analysis, Behaviour research and therapy, 46(3), p. 296-321.

Ou encore, cite par le Pr Cohen lors de son audition 22 septembre 2022 Zhou X., Hetrick S. E., Cuijpers P., Qin B., Barth J., Whittington C. J., Cohen D., Del Giovane C., Liu Y., Michael K. D., Zhang Y., Weisz J. R., Xie P., 2015, Comparative efficacy and acceptability of psychotherapies for depression in children and adolescents: A systematic review and network meta-analysis, *World Psychiatry*, Jun 14 (2):207-22, doi: 10.1002/wps.20217; Correll C. U., Cortese S., Croatto G., Monaco F., Krinitski D., Arrondo G., Ostinelli E. G., Zangani C., Fornaro M., Estradé A., Fusar-Poli P., Carvalho A. F., Solmi M., 2021, Efficacy and acceptability of pharmacological, psychosocial, and brain stimulation interventions in children and adolescents with mental disorders: an umbrella review, *World Psychiatry*, Jun 20 (2):244-275. doi: 10.1002/wps.20881

²⁸⁰ Parot-Locatelli F., 1978, Réflexions critiques sur la thérapie comportementale, *Actes de la recherche en sciences sociales*, 19 (1), p. 67-76

²⁸¹ Leaf J. B., Cihon J. H., Leaf R., McEachin J., Liu N., Russell, N.,... Khosrowshahi D., 2022, Concerns about ABA-based intervention: An evaluation and recommendations, *Journal of autism and developmental disorders*, 52 (6), p. 2838-2853 ; Rodgers M., Simmonds M., Marshall D., Hodgson R., Stewart L. A., Rai D.,... Couteur A. L., 2021, Intensive behavioural interventions based on applied behaviour analysis for young children with autism: An international collaborative individual participant data meta-analysis, *Autism*, 25 (4), p. 1137-1153 ; McGill O., Robinson A., 2020, "Recalling hidden harms": autistic experiences of childhood applied behavioural analysis (ABA), *Advances in Autism* ; Sandoval-Norton A. H., Shkedy G., 2019, How much compliance is too much compliance: Is long-term ABA therapy abuse?, *Cogent Psychology*, 6 (1), 1641258 ; Kupferstein H., 2018, Evidence of increased PTSD symptoms in autistics exposed to applied behavior analysis, *Advances in Autism* ; ABA 2021, https://cle-autistes.fr/wp-content/uploads/2018/11/ABApartie1_CLE.pdf.

²⁸² Guldberg K., Parsons S., 2017, *Scientific review of the 'Benchmarking Autism Services Efficacy' (BASE) report (2015)*, <http://eprints.soton.ac.uk/id/eprint/417238> ; Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), 2014, *Therapies for children with autism spectrum disorders: Behavioral Interventions*, Update. <https://effectivehealthcare.ahrq.gov/topics/autism-update/clinician> ; The Department of Defense Comprehensive Autism, *Care Demonstration*, Quarterly Report to Congress. Second Quarter, Fiscal Year 2019.

²⁸³ Cekoïa Conseil, Planète publique, 2015, *Évaluation nationale des structures expérimentales Autisme*, Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, Rapport final, février 2015.

²⁸⁴ <https://www.aftcc.org/>.

²⁸⁵ *ibid.*

Dans les orientations des politiques publiques de prévention et de santé mentale, ni les approches TCC ni aucune autre forme de psychothérapie ne peuvent, à elles seules, résorber l'ensemble des problématiques qui relèvent des missions de la pédopsychiatrie.

L'évaluation des psychothérapies engagées à compter du rapport de l'Inserm de 2004 a généré des fractures entre les praticiens et les autorités de santé, un sentiment de malaise et d'incompréhension quant à la mise au ban de pratiques pourtant solidement ancrées sur les terrains et dans les institutions médicosociales et de prévention, disposant d'une légitimité clinique, théorique et académique fortes. Il s'avère que les canevas scientifiques, aussi sophistiqués soient-ils, et l'approche *evidence based*, peinent à rendre compte des logiques d'accompagnement et des pratiques de soin psychique caractérisées par le cas par cas et la nécessaire pluralité agile de l'offre.

III. REPERES : QUELQUES FONDAMENTAUX DES PRATIQUES PSYCHOTHERAPEUTIQUES AVEC LES ENFANTS

*« La relation thérapeutique est essentielle au travail de soin. Sans la relation il n'y a pas de soin »,
professeur David Cohen, audition du 22-09-2022.*

*« Il apparaît que la qualité de l'alliance entre psychothérapeute et patient est un déterminant majeur : l'alliance repose sur la qualité de la relation, l'accord sur les buts et la méthode de traitement. L'ouverture du thérapeute à l'écoute de la souffrance, sans biais nourri par un a priori théorique est un autre garant d'efficacité », Académie de médecine, rapport du 18 janvier 2022,
Psychothérapie : une nécessaire organisation de l'offre.*

Le soin, l'éducation et l'intervention sociale sont d'abord des champs de pratiques à partir desquels il est possible de produire de la recherche, et non des champs de recherche à l'aune desquels il serait possible d'inférer des pratiques standardisées auxquelles ces critères d'ajustement échappent par définition.

À l'heure d'une augmentation considérable de la demande de soin et d'une mise à mal généralisée du système de santé pédopsychiatrique, l'enjeu est bien plutôt la mise en synergie des différentes familles de psychothérapies, afin d'offrir à l'enfant les lieux d'accueil, d'écoute et de traitement susceptibles de soulager sa souffrance.

Au regard de la littérature scientifique elle-même, il apparaît incongru de restreindre l'accès des citoyens à l'empan des psychothérapies sur le seul critère de disponibilité ou d'indisponibilité sur le bassin de vie des enfants. Sont présentés ici des repères fondamentaux qui concilient l'enjeu éthique au cœur des pratiques de soin et l'enjeu pragmatique d'une offre et d'une qualité des orientations de la santé mentale et de la pédopsychiatrie – quelles qu'en soient les approches théoriques. Comment aider l'enfant confronté à une souffrance ou à des symptômes de mal-être à moins souffrir et à mieux se développer ? Comment l'aider à s'épanouir dans les différentes sphères et registres de son existence, dans le respect de ses éprouvés et de son contexte, mais aussi de ses intentions, de ses pensées, de ses projets ?

Le soin psychique des enfants, pour s'inscrire dans une perspective rigoureuse et pragmatique, prend en compte la spécificité et la diversité des approches psychothérapeutiques qui font la richesse des pratiques de soin adressées à l'enfant. En appui sur les avancées des connaissances académiques et des observations cliniques des pratiques, il s'exerce au plus près des lieux de vie et d'éducation des enfants, à l'écoute des besoins et des demandes de soin portées par l'enfant, sa famille, ou des acteurs de son environnement. Le soin psychique est toujours adressé à un enfant sujet, considéré dans sa parole, son histoire, son rapport au corps, au langage, aux autres et au lien social, et dans le respect de ses droits. D'autant qu'il y a interaction entre la sensibilité, le tempérament de l'enfant et la manière dont il va traiter les données de son contexte familial, culturel et social ainsi que son état de santé ou celui de ses proches.

Repères

- 1) **Les traitements psychothérapeutiques sont d'abord des traitements interpersonnels**, impliquant un accueil, la présence, la protection, l'écoute et la parole, à partir desquels le thérapeute entre en conversation avec l'enfant. Le cadre thérapeutique devient un espace lui offrant les moyens de témoigner de ses tourments, par sa parole comme ses non-dits, des jeux, des objets, ou à travers ses symptômes y compris dans son corps. Le travail du thérapeute consiste alors à permettre que s'installe la relation thérapeutique, lien à partir duquel l'enfant parvient à trouver ou inventer ses propres solutions. Le lieu, la séance (le cadre thérapeutique) et le lien (la relation thérapeutique) sont les bases opératoires minimales par lesquelles s'engagent les différentes formes de psychothérapies, quelles que soient par ailleurs les outils, les médiations, les techniques ou les théories par lesquels elles s'orientent ou les finalités qu'elles poursuivent.
- 2) **La singularité de l'enfant est un axe cardinal des pratiques de soin psychothérapeutiques**. Le cas par cas est à la fois un *optimum* et une condition minimale exigée en termes de pratiques de soin adressées à l'enfant, et consiste en l'élaboration de pratiques fondées sur sa singularité, la particularité de la rencontre et des différents moments qui scandent le déploiement du travail pour chacun. Il ne saurait se suffire d'adaptation de méthodes standards. La personnalisation de la relation thérapeutique se spécifie elle-même par « une tessiture » liée aux composantes de la rencontre entre un thérapeute, une structure, des équipes et l'enfant.
- 3) **La complexité du chemin d'évolution d'un enfant, et des problématiques de santé mentale**, nécessitent un travail d'approvisionnement, de déchiffrement et de traduction, qui touche à l'intériorité et à l'intimité de l'enfant et remet en jeu les modes d'être qu'il s'est construit jusque-là. L'aider, le soigner, l'impliquer, nécessite parfois des détours, le recours à des médiations, et toujours une temporalité et un rythme rassurants pour l'enfant et pour sa famille.
- 4) **Les pratiques psychothérapeutiques se déploient dans le temps et l'équilibre entre routine et invention**. Le cadre, la méthode, les conventions et les usages propres à chaque type de psychothérapie, de chaque prise en charge – et *in fine* à chaque praticien – constituent les supports nécessaires à la mise en jeu par l'enfant lui-même de ses mécanismes, du récit de son histoire, vers la découverte de savoirs et savoir-faire nouveaux lui permettant de pacifier son rapport à lui-même, au lien social et à ses acquisitions.
- 5) **Pluraliser les regards sur les difficultés et la souffrance de l'enfant** en articulant des approches pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles porte chaque fois une lumière renouvelée sur le parcours et le mieux-être du jeune patient. Cette pluralisation des angles de vue, ouvre d'un même

geste un droit à la différence pour l'enfant et une place à la différence pour les pratiques professionnelles.

6) Les pratiques psychothérapeutiques et le soin psychique impliquent nécessairement la prise en compte et l'accompagnement des parents. Les parents sont associés à l'accueil de l'enfant. Ils connaissent ses difficultés et ses embarras. Ils sont un soutien et une ressource inestimables dans le processus de soin. Les parents ne sont pas à considérer comme la source, voire la cause des difficultés ou de la souffrance de l'enfant, mais comme participants logiques, quelles que soient les formes de cette participation.

Ces principes fondamentaux peuvent servir de repères en termes de soins psychiques proposés aux enfants sans masquer les spécificités qui motivent et caractérisent l'éventail des psychothérapies. Cet éventail est à la fois une richesse et une garantie d'évolution et de progrès par le dialogue des disciplines et des approches qu'il implique.

Dispositif **Monpsy**, une piste ouverte mais des implications à négocier

Le déploiement du dispositif MonPsy (voir annexe III.1.) s'est doublé de vifs débats et controverses relatifs à la formation et au statut des psychologues, réinterrogé dans l'arrêté « *relatif à la définition de l'expertise spécifique des psychologues* » du 10 mars 2021 comme dans le rapport de l'Académie de Médecine du 18 janvier 2022²⁸⁶.

La psychologie est pourtant une pratique à part entière, ainsi qu'une formation et une discipline universitaire qui relève des sciences humaines et sociales. Comme le signale le rapport de l'Académie de médecine, le travail psychothérapeutique repose essentiellement sur la relation et l'alliance thérapeutique, qui peut être orientée, mais le principe de *prescription* d'un traitement psychothérapeutique, en revanche, est potentiellement contradictoire avec les fondements mêmes de la psychothérapie et l'engagement du sujet dans le travail de soin.

Dans le cadre des enjeux actuels (épistémologiques, scientifiques, sociétaux, culturels) cliniciens et chercheurs mènent une réflexion sur la place des psychothérapies, en pleine évolution, et les conditions de leur évaluation²⁸⁷. Les nouvelles psychothérapies émergent, telles les dispositifs de réalité virtuelle, psychothérapies augmentées, développement des visio-consultations, etc. et invitent à repenser ces nouveaux cadres thérapeutiques.

De plus, face à la place des conditions de vie dans l'étiologie des difficultés mentales et les problèmes de l'accès vers les aides institutionnalisées, l'étude des psychothérapies s'intéresse aux

²⁸⁶ Rapport de l'Académie de médecine, 2022, Psychothérapies : une nécessaire organisation de l'offre <https://www.academie-medecine.fr/psychotherapies-une-necessaire-organisation-de-loffre/> libre accès : https://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2022/02/Rapport-22-01-Psychoth-rapies-une-n-cessa_2022_Bulletin-de-l-Acad-mie-Nat.pdf.

²⁸⁷ Par exemple le *Laboratoire : Psychopathologie et Processus de Changement (Université Paris 8) en partenariat avec l'Institut Universitaire de Psychothérapie (Université de Lausanne) et leur travail commun sur la place de la dimension intégrative en psychothérapie (modèle lausannois-), lors du colloque international La recherche en psychothérapie : évaluation ou dévaluation ? Réuni à Paris en octobre 2022, et la publications d'articles sur ce même thème dans n°1/2023 de la revue Perspectives Psy à paraître en février 2023.*

pratiques des psychothérapies en lien avec la culture et l'exil, avec des personnes en situation d'exclusion. Elle intègre par conséquent la nécessité de revisiter les méthodologies de ces pratiques, de leur évaluation, et de la recherche en ce domaine pour proposer un modèle vers des collaborations entre cliniciens et chercheurs.

PARTIE IV. L'ÉDUCATION, LES PEDAGOGIES NOUVELLES ET ALTERNATIVES, LES DYNAMIQUES INCLUSIVES

La prévention, le soin et l'accompagnement en santé mentale de l'enfant, passe autant par les actions et approches pédagogiques susceptible de contribuer au bien-être et au « prendre soin » de l'enfant, qu'à l'accompagnement des familles.

Pédagogies traditionnelles, pédagogies nouvelles et alternatives, pratiques d'éducation spécialisée...les pratiques éducatives sont prioritaires dans le soin et l'accompagnement des enfants. Les grands principes de l'éducation ou les grandes figures de la pédagogie méritent d'être mentionnées, de même que les techniques, concepts ou dispositifs éducatifs favorables au développement ou à l'épanouissement de l'enfant. **De nombreux pédagogues des XIX^e et XX^e siècles ont dédié leurs approches éducatives à l'éducation et à l'accompagnement d'enfants présentant des difficultés psychologiques, d'apprentissage, de relation, de socialisation ou en situation de handicap.**

Le rôle de l'éducation spécialisée dans le soin des enfants en souffrance psychique est une clef de voûte à l'édifice, bien qu'elle se trouve fragilisée par les manques de formation et le problème des effectifs spécialisés. Une autre question centrale et d'actualité législative porte sur les dynamiques et parcours d'inclusion des enfants en difficulté dans les services de droit commun. Ce chapitre articule prescriptions institutionnelles et pratiques de terrain, de manière de mettre l'enfant et le vivre et grandir ensemble au cœur des questions de santé mentale et de soin. Une quatrième partie abordera enfin les ressources, les dispositifs, les acteurs du soin et de l'accompagnement à l'école.

I. QUAND DES PEDAGOGIES SONT UNE PARTIE DE LA SOLUTION

La littérature scientifique et les sciences humaines ont largement documenté le fait que les maladies psychiatriques sont aussi des constructions sociales impliquant l'environnement familial, scolaire et culturel de l'enfant ainsi que les politiques qui régissent les droits et les libertés parmi lesquelles ceux des enfants :

« Dans de nombreuses situations, la demande de soin ne provient pas de l'enfant, mais de ses professeurs ou de ses parents. La souffrance de l'enfant n'est pas au premier plan du tableau clinique. Les enseignants ou les parents se plaignent du comportement de l'enfant, et c'est cette plainte qui motive la consultation et la demande de traitement.

Dans ce type de situation – lorsque la plainte ou la demande de soin n'émane pas de l'enfant, lorsque la souffrance psychique de l'enfant n'est pas au premier plan du tableau clinique – alors la prescription médicamenteuse, lorsqu'elle se pose, engage des questions éthiques, car elle ne porte pas tant sur la douleur ou la demande de l'enfant que sur la plainte de son environnement – parents et enseignants »²⁸⁸.

Dans les cas les plus difficiles, en particulier ceux dont le comportement perturbe le plus les autres et la tenue de la classe, il s'agit de penser les tensions du système éducatif : est-ce aux élèves de s'adapter à l'école ou cette dernière doit-elle s'adapter à leur singularité ? Voilà une problématique bien connue du secteur du handicap et des tenants d'une inclusivité, de l'école et de la société.

Les grandes figures de la pédagogie ont souvent travaillé les pratiques et modèles éducatifs **pour des enfants présentant des besoins particuliers**. Par la suite, ces dispositifs ont progressivement

²⁸⁸ Audition du Pr Bruno Falissard, pédopsychiatre, par le HCFEA, le 30 juin 2022.

essaimé dans l'ensemble du champ pédagogique pour finalement intégrer les pratiques quotidiennes des enseignants et des éducateurs. L'exigence des pratiques éducatives déployées auprès de ces enfants engage les pédagogues à repenser les outils, les pratiques et les enjeux relatifs au savoir et à sa transmission, ainsi que le fonctionnement des groupes et des institutions éducatives. Pour le Pr Lescouarch²⁸⁹, huit leviers et points clés (voir annexe IV.1.) permettent de penser l'enfant en difficulté dans ses environnements éducatifs :

Leviers pour penser l'environnement éducatif

1. L'importance de l'environnement d'apprentissages.
2. La tradition de l'éducabilité et les réponses pédagogiques aux difficultés de l'enfant.
3. Un environnement sécurisant et prévisible à la mesure des enfants.
4. Un environnement qui respecte leurs besoins physiologiques et psychologiques
5. Un environnement où l'enfant est reconnu comme personne à part entière, au sein d'un collectif.
6. Un environnement où l'enfant est responsabilisé dans son rapport à lui-même et aux autres.
7. Un environnement où l'enfant découvre et exerce son pouvoir sur le monde, où l'enfant est conduit à avoir prise sur une partie de son activité.
8. Un environnement avec des adultes sécurisants, étayants et bienveillants.

I.1. L'importance de l'environnement d'apprentissage

La pédagogie se définit comme théorie et pratique de l'action éducative. Elle ne concerne pas seulement l'école mais l'ensemble des situations d'apprentissage, de transmission et de vivre ensemble. La question du bien-être et de la santé mentale des enfants est au cœur des préoccupations de nombreuses recherches en sciences de l'éducation comme le montrent les méta-analyses²⁹⁰ ou la conclusion des travaux contemporains sur les enjeux psychoaffectifs des apprentissages²⁹¹. Elle est au principe de la réflexion de courants liés à l'éducation nouvelle dans l'école, à l'éducation spécialisée et au travail social, ainsi qu'à l'éducation populaire

Ainsi, de nombreuses figures de la pédagogie ont pensé la construction d'environnements favorables aux apprentissages en partant des besoins de l'enfant pour chercher à répondre à ses difficultés. Il est possible de s'appuyer sur ces pratiques pour mettre en évidence des **invariants pédagogiques d'un environnement éducatif préventif et potentiellement résilient pour la**

²⁸⁹ Audition, 22 septembre 2022, de Laurent Lescouarch, professeur des universités en sciences de l'éducation au Centre interdisciplinaire de recherche normand en éducation et formation - Cirnef, EA 7454, Université de Caen Normandie - spécialiste de l'histoire des idées éducatives et des courants pédagogiques. Lescouarch, L., 2018, *Construire des situations pour apprendre : vers une pédagogie de l'étayage*, Cognitia-ESF Sciences humaines ; Grandserre S., Lescouarch L., 2018, *Faire travailler les élèves à l'école : sept clés pour enseigner autrement*, ESF sciences humaines.

²⁹⁰ Hattie J. C. R, Yates G., 2020, *L'apprentissage visible : Ce que la science sait de l'apprentissage*, Paris, L'instant présent.

²⁹¹ Favre D., 2016, *Éduquer à l'incertitude : Élèves, enseignants : comment sortir du piège du dogmatisme ?*, Paris, Dunod.

santé mentale des enfants. Cette question est associée à celle de la nécessité de réfléchir aux conditions d'une posture éducative favorable au développement de l'enfant.

Ces réflexions construites dans les marges du système éducatif depuis de nombreuses années avec des enfants à besoins éducatifs particuliers, se caractérisent par une forme de pragmatisme heuristique pour penser des actions dans des dispositifs contemporains.

1.2. La tradition de l'éducabilité et les réponses pédagogiques

Les enseignants, les éducateurs et les pédagogues disposent d'un héritage précieux dans la tradition de l'éducabilité initiée par des médecins pédagogues, à l'instar de Jean Itard²⁹², d'Edouard Seguin – dont les apports respectifs seront repris plus tard par Maria Montessori²⁹³ – ou encore d'Alfred Binet dans *Les idées modernes sur les enfants*²⁹⁴. Chacun de ces pédagogues a cherché à appréhender l'enfant dans sa complexité psychologique et affective, en plaçant l'enfant au cœur du dispositif pédagogique en partant du postulat central que « **l'enfant est une personne** ». Cette perspective est également bien illustrée par le travail de Fernand Deligny²⁹⁵ qui a cherché à créer **un environnement accompagnant, non pathologique et potentiellement réparateur** (résilience) à destination de l'enfant.

1.3. Un environnement sécurisant et prévisible à la mesure des enfants

Une dimension fondamentale de l'éducation est de proposer aux enfants un environnement cadré, prévisible, respectueux, où il est pris en compte comme une personne à part entière. Cela suppose d'être attentif à leur **sécurité physique et matérielle**²⁹⁶, à l'accessibilité des espaces mais également à leur **sécurité affective** dans la relation aux autres enfants et aux adultes. Ces environnements doivent également être pensés à la mesure des enfants dans la tradition initiée par Pauline Kergomard ou Marie Pape-Carpantier à l'école maternelle, en cherchant à ajuster le mobilier aux particularités des enfants et à leurs besoins. Ces expériences conduisent à penser la question du milieu et du climat dans les espaces éducatifs : aménagement de l'espace, des règles, etc.

²⁹² Meirieu P., 2018, Le docteur Itard et L'Enfant Sauvage, in *Les Grands Penseurs de l'éducation*, Éditions Sciences Humaines, p. 43-46.

²⁹³ Houssaye J., 2012, *Quinze pédagogues : idées principales et textes choisis*, Paris, Fabert.

²⁹⁴ Binet A., 1909, *Les idées modernes sur les enfants*, Flammarion, Paris, 346 p.

²⁹⁵ Houssaye J. (Éd.), 2013, *Pédagogues contemporains : idées principales et textes choisis : Fernand Oury, Fernand Deligny, Paulo Freire, László Gáspár, John I. Goodlad, Hartmut von Hentig, Raffaele Laporta, Sérgio Niza*. Paris, Fabert ; Deligny F., 2007, *Œuvres*, Paris, Les Éditions L'Arachnéen.

²⁹⁶Y compris dans les espaces communs que sont les couloirs, la cour, les sanitaires : autant d'espaces, espaces jugés insécurisants ou inadaptés à leurs besoins par les élèves eux-mêmes. Voir HCFEA, 2021, *La traversée adolescente... op. cit.*

I.4. Un environnement qui respecte les besoins physiologiques et psychologiques des enfants

Différentes dimensions sont donc impliquées dans la construction d'un environnement « mieux étayant », qui respecte les besoins physiologiques et psychologiques des enfants, condition d'une forme de bien-être qui peut être mis en lien avec la santé mentale de l'enfant.

Un pédagogue comme Ovide Decroly²⁹⁷ a ainsi construit toute une modélisation pédagogique prenant en compte les centres d'intérêt et les besoins fondamentaux de l'enfance qui pourrait inspirer des pratiques contemporaines.

Nous retrouvons ce questionnement dans les **réflexion sur les rythmes de l'enfant**, l'organisation des journées dans les espaces scolaires et périscolaires – par exemple les temps calmes et les récréations comme moments pédagogiques liés au jeu tel que pensé dans les mouvements d'éducation populaire²⁹⁸ ; les projets de flexibilisation des espaces d'apprentissage à l'école ; mais également dans le registre de l'éducation familiale avec le besoin de vivre dans un espace ritualisé avec des rythmes structurés laissant une place au besoin de jouer et d'expérimenter.

I.5. Un environnement où l'enfant est reconnu comme personne à part entière, au sein d'un collectif

L'enfant a besoin d'être reconnu comme personne dans un collectif, comme l'ont montré les travaux les réflexions de nombreux chercheurs ou pédagogues. Les psychologues Deci et Ryan²⁹⁹ ont par exemple théorisé dans leurs travaux sur la motivation, l'importance de développer un sentiment d'appartenance et d'attachement qui passe pour les enfants par le fait d'être intégrés dans un groupe, de se faire des amis et de prendre part aux processus décisionnels.

Ainsi, en développant des **conseils d'enfants** et en cherchant à prendre en compte la parole des enfants pour décider ensemble, l'expérience pédagogique de Janusz Korczak³⁰⁰ a permis de bien mettre en évidence ces enjeux, tout comme le pédagogue brésilien Paulo Freire³⁰¹, qui a construit des dispositifs dialogiques (individuel/collectif) visant à prendre en compte la singularité d'un sujet porteur d'une histoire au sein de dispositifs pédagogiques émancipateurs.

²⁹⁷ Wagnon S., 2017, Les jeux Decroly, prototypes des jeux éducatifs ?, *Carrefours de l'éducation*, n° 43 (1), p. 122-140.

²⁹⁸ Best F., 1979, *Éducation nouvelle : Courants pédagogiques actuels : Problèmes idéologiques et philosophiques*, intervention lors d'une semaine d'étude, Courants pédagogiques dans l'Éducation Nouvelle Francine Best - EDUCATION NOUVELLE : Courants - Studocu.

²⁹⁹ Deci E. L., Ryan R. M., 2008, Favoriser la motivation optimale et la santé mentale dans les divers milieux de vie, *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 49 (1), 24 ; Vallerand R. J., 2000, Deci and Ryan's self-determination theory: A view from the hierarchical model of intrinsic and extrinsic motivation, *Psychological inquiry*, 11 (4), p. 312-318.

³⁰⁰ Houssaye J., 2000, *Janusz Korczak : L'amour des droits des enfants*, Paris, Hachette éducation.

³⁰¹ Novoa A., 1996, *Paolo Freire*, in Houssaye J., 2013, *op. cit.*, p. 45-74.

I.6. Un environnement où l'enfant est responsabilisé dans son rapport à lui-même et aux autres

Les pratiques de responsabilisation des enfants dans le collectif, et par rapport à leur comportement, vont dans le sens d'une meilleure inclusion de l'enfant. Cette perspective a été fortement mise au travail par des pédagogues comme Janus Korczak, Célestin Freinet³⁰², Fernand Oury³⁰³ ou Anton Makarenko³⁰⁴, en pensant les espaces et les environnements éducatifs comme des institutions comprenant des conseils d'enfant, ou des espaces de régulation du vivre ensemble, dans lesquels les enfants ont un peu de pouvoir sur l'environnement qui les concerne à leur échelle. Ces espaces de « montée en responsabilité » peuvent concerner la définition des règles de fonctionnement dans le cadre du règlement de l'espace, la participation à l'aménagement des lieux, de la classe, de la cour de récréation, etc. **Il ne s'agit à aucun moment de céder sur la responsabilité de l'adulte ou du pédagogue, mais bien de penser les instances et les espaces d'exercice de la parole et de la citoyenneté de l'enfant.**

I.7. Un environnement où l'enfant découvre et exerce son pouvoir sur le monde, où l'enfant est conduit à avoir prise sur une partie de son activité

De plus, les enfants ont besoin de ne pas toujours être soumis à l'arbitraire des décisions des adultes et pouvoir, à certains moments, être mobilisés sur des activités choisies ou de proposer eux-mêmes des activités ; leur permettant ainsi d'exercer leur « pouvoir sur le monde » et d'avoir prise sur ce qui les concerne. Ces principes renvoient à la notion d'*empowerment*, au « pouvoir d'agir » que l'on retrouve chez de nombreux pédagogues comme Maria Montessori³⁰⁵ qui a développé une théorie de la pédagogie du choix.

Les enfants ont également besoin d'être acteurs, sujets, voire auteurs³⁰⁶ de leur activité, ce qui invite les praticiens à développer des pédagogies de projets.

I.8. Un environnement avec des adultes sécurisants, étayants et bienveillants

Pour être en confiance et se développer dans un environnement favorable, les enfants ont besoin d'être confrontés à des adultes qui se positionnent de manière bienveillante. Le travail du

³⁰² Freinet C., 1969, *Pour l'école du peuple*, Paris: Maspéro ; Freinet C., 1964, Les invariants pédagogiques, *Bibliothèque de l'école moderne*, n° 25 ; Freinet C., 1947, *L'éducation du travail*, FeniXX.

³⁰³ Oury F., Vasquez A., 1967, *Vers une pédagogie institutionnelle*, FeniXX.

³⁰⁴ Jeanne Y., 2005, Anton Makarenko : un art de savoir s'y prendre, *Reliance*, n° 17 (3), p. 144-150.

³⁰⁵ Rohrs H., 1994, Maria Montessori, *Perspectives : revue trimestrielle d'éducation comparée*, XXIV (1-2), p. 169-183.

³⁰⁶ Lescouarch L., 2015, Enfant auteur, *Éducation et sport*, 5.

psychopédagogue Carl Rogers³⁰⁷ sur la posture éducative mettant en perspective **l'importance de la congruence, de l'empathie et d'une attitude positive inconditionnelle peut être un point de repère important.**

Les adultes doivent pouvoir assumer une fonction d'étayage au sens du psychopédagogue Jérôme Bruner³⁰⁸ et sont en situation de construire leurs actions **en tension entre directivité et semi-directivité. Faire l'expérience de la réussite et avoir un sentiment de compétences** sont également des facteurs essentiels comme le montrent les travaux d'Albert Bandura³⁰⁹ sur le sentiment d'efficacité personnelle. Ces recherches sont venues renforcer les intuitions pédagogiques de nombreux éducateurs ayant fondé leurs propositions sur la valorisation des enfants et de leurs productions. Par exemple, Célestin Freinet³¹⁰ a repensé les questions d'évaluation pour les remplacer par des brevets de compétences ou en développant ce qu'on pourrait qualifier dans le vocabulaire contemporain de « **pédagogie du chef-d'œuvre** »³¹¹.

Ces perspectives supposent de proposer dans les différents environnements éducatifs (animation, travail social, école) des espaces créatifs, des projets **permettant d'exprimer artistiquement ses affects** dans une vieille tradition des pédagogies de l'éducation nouvelle portée notamment par Germaine Tortel³¹². À cela peut être associée également la **pratique de jeu symbolique pour les enfants et les enjeux de médiation culturelle dans les œuvres littéraires** comme le propose le psychopédagogue Serge Boimare³¹³ dans une perspective de soutien et de réparation psychologique pour des enfants « empêchés de penser ».

Ces différentes réflexions mettent en évidence qu'il y a bien des leviers pédagogiques favorisant la santé mentale des enfants dans leurs différents espaces d'accueil. Ces leviers sont à penser sous forme systémique dans une complémentarité entre l'identification d'invariants pédagogiques favorables à la santé mentale et des besoins de soins spécifiques pour certains enfants.

La plupart de ces propositions pédagogiques a fait l'objet de pratiques au long cours, de formalisations et de théorisations reconnues au niveau international, au point qu'elles ont progressivement intégré les pratiques ordinaires d'enseignement ou d'éducation spécialisée. Ces orientations pédagogiques contribuent à la structuration d'un milieu d'apprentissage étayant³¹⁴, où

³⁰⁷ Daval R., 2008, Les fondements philosophiques de la pensée de Carl Rogers, *Approche Centrée sur la Personne, Pratique et recherche*, n° 8 (2), p. 5-20.

³⁰⁸ Bruner J., 1983, *Le développement de l'enfant. Savoir faire savoir dire*, Paris, PUF (8^e éd.).

³⁰⁹ Carré P., 2004, Bandura : une psychologie pour le XXI^e siècle ?, *Savoirs*, Hors-série (5), p. 9-50.

³¹⁰ Reuter, Y. (Éd.), 2007, *Une école Freinet : fonctionnements et effets d'une pédagogie alternative en milieu populaire*, Paris, L'Harmattan.

³¹¹ Pepinster C., Manil J. F., Guillaume L., 2018, *Du chef d'œuvre pédagogique à la pédagogie du chef d'œuvre*, Chronique sociale.

³¹² Vial J., 1981, Chapitre III. *Les conditions d'une évolution*, in *Jeu et éducation*, Paris, PUF, p. 171-192.

³¹³ Boimare S., 2008, *Ces enfants empêchés de penser*, Paris, Dunod.

la question des pédagogies coopératives³¹⁵ devient un levier pour proposer des pédagogies mieux adaptées aux besoins des enfants.

II. L'ÉDUCATION SPÉCIALISÉE

En écho aux réponses à caractère pédagogique à destination des enfants les plus vulnérables, les pratiques d'éducation spécialisée jouent un rôle important dans le soutien des enfants en situation de souffrance psychique.

L'éducation spécialisée est un domaine du travail social qui place la relation éducative au centre de son action. Mais bien plus, l'histoire, la définition et les pratiques de ce domaine la placent à la croisée de **l'action sociale, éducative, et des médiations thérapeutiques**. Elle comprend de multiples champs d'intervention comme la psychiatrie, le handicap, l'aide sociale à l'enfance et la lutte contre l'exclusion. Elle vise à favoriser l'autonomie des personnes accompagnées en les aidant à se repérer dans la société.

À cet égard, le Haut Conseil du travail social (HCTC), souligne dans ses travaux³¹⁶ le manque d'attractivité de métiers du travail social, « tisserands du quotidien »³¹⁷ et appelle fortement à le revaloriser.

Il a remis un livre vert au Gouvernement le 10 mars 2022 qui formule une série de constats notamment sur le chantier de la formation, l'évolution des pratiques professionnelles, les conditions d'exercice et le pouvoir d'agir des travailleurs sociaux. La publication de ce rapport constitue, en complément de la conférence des métiers de l'accompagnement social et médico-social, une étape vers une meilleure reconnaissance et une revalorisation de la filière socio-éducative. Ainsi dans une lettre ouverte à la Première ministre³¹⁸, Mathieu Klein, président du HCSP indique :

Ce rapport rappelait la déclaration du Président de la République le 12 mars 2020 : « La finalité du travail social vise à permettre l'accès des personnes à l'ensemble des droits fondamentaux, à faciliter leur inclusion sociale et à exercer leur pleine citoyenneté ». Ce même document rappelait également les moyens du travail social : « l'écoute bienveillante, une relation soutenant à la restauration et le développement des capacités individuelles et collectives des personnes concernées et leur association à la construction des réponses à leurs besoins ».

Je me permets enfin d'en rappeler la première des préconisations : « Reconnaître le travail social comme pilier de l'Etat social et s'appuyer sur le rôle essentiel des travailleurs sociaux dans l'accompagnement des personnes et des groupes, dans la prévention des risques, dans la régulation des tensions individuelles et collectives consécutives aux situations de crise ».

Un livre blanc relatif à la modernisation des métiers du travail social et une contribution au nouveau référentiel des formations sont désormais attendus dans les mois à venir. La fédération portera dans

³¹⁵ Connac S., Peretti A. de., 2017, *Enseigner sans exclure : La pédagogie du colibri*, ESF éditeur, Cahiers pédagogiques.

³¹⁶ Haut conseil du travail social (2022). Livre vert du Travail Social : <https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/livre-vert-du-travail-social-09032022.pdf>

³¹⁷ *Op. cit.* p.3.

³¹⁸ Lettre ouverte à la Première ministre, octobre 2022

ce cadre des éléments de réflexion sur les besoins et les spécificités du champ de la protection de l'enfance.

L'éducation spécialisée s'adresse à la fois aux enfants, aux adolescents et aux adultes en situations de souffrance psychique, physique, de handicap, en situation de difficulté sociale, de marginalité ou d'exclusion, ainsi qu'à leurs environnements. Mais contrairement aux idées reçues, les pratiques d'éducation spécialisée se déploient aussi bien en milieu ordinaire qu'en institution sociale, médicosociale, médicale ou judiciaire, dans des accueils ponctuels ou au long cours, selon la singularité de chaque situation.

À ses origines, se trouve une longue tradition religieuse, humaniste et philanthropique dont les fondements et l'organisation ont été radicalement transformés dans l'immédiat après-guerre, à l'appui des mouvements d'éducation populaire et de pédagogie nouvelle, avec l'essor des sciences humaines et sociales – sciences de l'éducation, psychologie, sociologie, anthropologie, psychanalyse – mais aussi de la psychothérapie institutionnelle, et de l'intervention sociale³¹⁹.

II.1. Des praticiens de la relation, du terrain et de l'interdisciplinarité

L'éducation spécialisée est d'abord une pratique de la relation. Cette définition n'est pas seulement historique, ou conceptuelle mais réglementaire :

L'éducateur spécialisé, définition donnée au Bulletin officiel, Santé protection sociale, solidarité, 15 septembre 2018, n° 8

« L'éducateur spécialisé est un professionnel du travail social. Il exerce dans le cadre d'un mandat et de missions institutionnelles. Il accompagne, dans une démarche éducative et sociale globale, des personnes, des groupes ou des familles en difficulté dans le développement de leurs capacités de socialisation, d'autonomie, d'intégration ou d'insertion. L'éducateur spécialisé intervient dans une démarche éthique dans le respect de l'altérité et intervient dans le cadre des politiques partenariales de prévention, de protection et d'insertion. Il travaille au sein d'une équipe pluridisciplinaire ou pluriprofessionnelle. Son intervention s'effectue dans le respect du projet institutionnel et de l'expression de la demande des personnes accompagnées. En fonction de son cadre institutionnel et de ses missions, il est amené à organiser et/ou coordonner des projets et/ou mobiliser des équipes dans la mise en place d'actions socioéducatives en interne ou dans le cadre de travail en partenariat. Il est en lien avec des partenaires et des réseaux d'acteurs du territoire. **Son rôle est d'établir une**

³¹⁹ Pour quelques ouvrages ou auteurs de référence sur le champ de l'éducation spécialisée : Capul M., Lemay M., 1997, *De l'éducation spécialisée*, Toulouse, Erès ; Rouzel J., 2018, *Le travail d'éducateur spécialisé*, Paris, Dunod ; Rouzel J., 2020, *Le quotidien en éducation spécialisée*, Paris, Dunod, 2^e éd. ; Rouzel J., 2016, *La parole éducative*, Paris, Dunod, 2^e éd. ; Chauvière M., 2009, *Enfance inadaptée: L'héritage de Vichy-Suivi de L'efficace des années quarante*, Paris, L'Harmattan ; Fustier P., 2019, *Les corridors du quotidien: clinique du quotidien et éducation spécialisée en institution*, Paris, Dunod ; Gaberan P., 2013, *La relation éducative*, Toulouse, Erès ; Ponnou S., 2016, *Le travail social à l'épreuve de la clinique psychanalytique, Le travail social à l'épreuve de la clinique psychanalytique*, p. 1-134 ; Ponnou S., Niewiadomski C., 2020, *op. cit.*

relation éducative à partir de ses observations et de situations du quotidien dans des espaces institutionnels formels et informels.

L'éducateur spécialisé travaille auprès **d'enfants, adultes, familles et groupes en difficulté en situation de vulnérabilité ou de handicap auprès desquels il contribue à créer les conditions pour qu'ils soient protégés et accompagnés, considérés dans leurs droits et puissent les faire valoir.** En ceci il contribue au processus de socialisation et d'autonomie des personnes. **Il favorise le renforcement des liens sociaux et des solidarités dans l'environnement des personnes et de la société. Il aide au développement de la personnalité et à l'épanouissement de la personne** et peut contribuer à son insertion socioprofessionnelle »³²⁰.

Ainsi la relation éducative est structurée à partir des matériaux symboliques qui fondent le socle du lien social : le langage, le savoir, la culture, le droit, les institutions... Pour autant, elle se conçoit d'abord comme espace de composition de soutenir l'éveil, le développement, les apprentissages, l'autonomie et la socialisation de l'enfant – sans *a priori* pour l'inviter à devenir, selon les mots de Michel Foucault, auteur « *de la beauté de sa propre vie* »³²¹.

II.2. Éducation spécialisée et santé mentale de l'enfant : principes et invariants

Les pratiques d'éducation spécialisées reposent sur un certain nombre d'invariants : **la relation éducative**, mais également **la rencontre, le quotidien, les médiations, le travail d'équipe, la créativité, l'analyse des pratiques**³²²...

- **une clinique des petits riens du quotidien** : l'éducation spécialisée repose sur une démarche clinique – elle s'oriente d'abord à partir de ce qui se dit dans l'espace de la rencontre éducative. Aussi l'éducation spécialisée est une clinique du quotidien où chaque tâche, chaque objet traversant l'espace de la relation devient matière et support de travail, à partir duquel le sujet va pouvoir s'approprier, transformer et réécrire son histoire ;
- **la pédagogie, le rapport au savoir** font partie des tâches quotidiennes des éducateurs pour en faire l'enjeu d'un désir³²³ et favoriser l'avènement d'un savoir propre à l'enfant³²⁴ ;
- **les entretiens individuels** font partie des outils traditionnels des travailleurs sociaux. Au-delà de certains contours, ces temps privilégiés ne sauraient être conçus comme des techniques de normalisation ou de suggestion, mais contribuent plutôt à saisir la singularité à partir de

³²⁰ https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2018/18-08/ste_20180008_0000_p000.pdf.

³²¹ Foucault M., 1984, L'éthique du souci de soi comme pratique de liberté, *Concordia, Revue Internationale de Philosophie*, Paris, (6), p. 99-116.

³²² Capul M., Lemay M., 1997, *op. cit.* ; Rouzel J., 2018, *op. cit.* ; Rouzel J., 2020, *op. cit.* ; Rouzel J., 2016, *op. cit.* ; Chauvière M., 2009, *op. cit.* ; Fustier P., 2019, *op. cit.* ; Fustier P., 2015, *op. cit.* ; Gaberan P., 2013,, *op. cit.* ; Ponnou S., Niewiadomski, C., 2020, *op. cit.*

³²³ Beillerot J., Bouillet A., Blanchard-Laville C., Mosconi N., 1989, *Savoir et rapport au savoir. Élaborations théoriques et cliniques*, Paris, Éd. Universitaires.

³²⁴ Hatchuel F., 2007, *Savoir, transmettre, apprendre. Approche psychanalytique du rapport au savoir*, Paris, Éd. La Découverte ; Roy D., Zulliani E. *et al.*, 2013, *Le savoir de l'enfant*, Paris, Éd. Navarin.

laquelle engager un travail de lien qui progressivement, s'articule à un projet de soin, d'éducation, de socialisation ou d'insertion ;

- **les médiations**, qui couvrent un champ auquel la parole, douloureuse, empêchée, embrouillée, entravée, n'a pas nécessairement accès. La médiation consiste à inventer les espaces de représentation métaphorique – savoirs, travail, logement, soin, insertion, art, artisanat, vie de classe ou vie quotidienne – où chacun peut dire qui il est, ce qu'il ressent et ce qu'il pense³²⁵ ;
- **le travail d'équipe** constitue une instance privilégiée de l'élaboration éducative. Au-delà des enjeux communicationnels et organisationnels, l'une de ses fonctions consiste d'ailleurs à maintenir centrale une place pour éclairer les mécanismes relationnels. Le travail d'équipe appelle la mise en jeu d'un savoir spécifique et épistémologique, propice à éclairer et inventer des réponses cliniques, impliquant la responsabilité de chaque membre de l'équipe, pas seulement au regard de sa fonction, de sa spécialité, mais de sa propre position subjective. Un collectif au service d'un cadre thérapeutique prenant soin de chaque enfant³²⁶ ;
- **l'institution et l'éthique** : au-delà des prescriptions institutionnelles, normatives et sociales, l'éducateur garantit la prise en compte de la parole et de la singularité de l'enfant dans ses différents lieux de vie, d'apprentissage et de socialisation. **L'éducation spécialisée se rapporte à une éthique de la singularité, du cas par cas**³²⁷.

Il existe donc de nombreuses ressources éducatives susceptibles de contribuer au « prendre soin », à l'éducation, au soutien, à l'éveil aux apprentissages des enfants en situation de souffrance psychique. Elles doivent contribuer à éclairer les questions relatives à la place de l'enfant dans nos sociétés contemporaines – *a fortiori* des enfants en situation de handicap ou de souffrance psychique, et à leur inclusion.

³²⁵ Cifali M., Giust-Desprairies F., Périlleux T., 2015, *Processus de création et processus cliniques*, Paris, PUF ; Collectif, 1989, Médiations thérapeutiques, *Le coq Héron*, n° 110, 15 juin. :

³²⁶ Fustier P., 2015, *Le travail d'équipe en institution: clinique de l'institution médico-sociale et psychiatrique*, Paris, Dunod.

³²⁷ Bouquet, B. (2017). *Éthique et travail social-3e éd.: Une recherche du sens*. Dunod.

III. LA SANTE MENTALE A L'ECOLE

L'accueil des enfants en milieu scolaire en général, et des enfants en situation de souffrance psychique en particulier, implique la mise à disposition de moyens humains – éducatifs et soignants – suffisants pour garantir leur sécurité, leur bien-être et leur accès aux savoirs.

III.1. L'écoute, l'orientation et l'accompagnement

« Parfois on se sent mal, mais on ne sait pas pourquoi. »
Collège des enfants du HCFEA, 4 mars 2021.

« Beaucoup de jeunes s'estiment en bonne santé (mentale) et ne le sont pas. »
Rapport Moro et Brison, 2016, p. 18.

« Rares sont ceux qui consultent un « psy » (moins de 9 % des filles, et 5 % des garçons) quand 7,8 % des adolescents déclarent une tentative de suicide et 3,7 %, plusieurs. »
Rapport Années collège, HCFEA, 2021, p.

Le rapport du HCFEA de 2021 sur la traversée adolescente des années collège³²⁸ avait largement abordé la question du rôle de l'école dans l'accès à des soins et des types d'accompagnement. Il avait également pointé ses difficultés à offrir une capacité de détection, d'écoute, d'orientation et d'ajustement aux enfants qui auraient besoin d'aide en santé mentale. Il avait enfin formulé un ensemble de propositions dont plusieurs concernant le bien-être à l'école.

La position de la France dans les comparaisons internationales sur le bien-être des enfants y compris en lien avec l'expérience scolaire est problématique (voir annexe IV.1.).

Renforcer les données et les connaissances sur la santé mentale des élèves

Le HCFEA, dans son rapport « données » de 2018³²⁹, a montré la nécessité pour la France, entre autres, d'études et de recherches mieux centrées sur les enfants, qui spécifient leurs situations suivant les phases clefs de leur développement. Le Conseil de l'enfance et de l'adolescence du HCFEA confirme les conclusions synthétisées par la commission enfance du HCSP en 2017 et 2019 :

« L'école joue un rôle majeur en matière de prise en charge et de surveillance de ces problèmes de santé mentale. Mais les données du cycle primaire notamment sont quasi-inexistantes sur cette question. Les tentatives et facteurs de risque de suicide, sont encore trop mal connus. L'impulsivité des enfants est parfois présentée comme un facteur de risque, alors qu'il semble qu'un ensemble de facteurs combinés (déscolarisation, déstructuration des familles, et éventuellement impulsivité de l'enfant) soient le véritable déclencheur. De façon générale, ce sont des enfants "ordinaires" qui commettent ces tentatives et non comme on pourrait en faire l'hypothèse, ceux touchés par la grande

³²⁸ HCFEA, 2021, *La traversée adolescente... op. cit* rapport et son annexe I.3.

³²⁹ HCFEA, 2018, *op. cit.*

précarité ou les drames familiaux. La prévention sur le sujet est insuffisante. Aucun repérage des enfants à risque n'est effectué. » (HCSP, 2019, p. 68³³⁰).

La souffrance psychique est un processus d'abord sous-jacent et aux manifestations diverses et à décrypter. Malgré l'enquête HBSC, l'étude Elfe et celles de la Drees, et des institutions comme l'Inserm, l'EHESP, et Santé publique France, la santé mentale des enfants est insuffisamment intégrée dans une approche politique de santé globale et de conditions de vie et d'éducation. La connexion entre les organismes de recherche des politiques publiques et la recherche spécialisée en psychopathologie de l'enfant et de l'adolescents reste insuffisante (recherche fondamentale, constats de terrain) pour **lever les zones d'invisibilité auxquelles la décision politique se heurte en ce domaine.**

Des élèves pas si heureux

Une enquête sur la médiation sociale³³¹ montre le niveau très moyen de bien-être psychologique ressenti au collège, « avec **un certain désamour des élèves vis-à-vis de l'établissement qui va grandissant avec l'âge. 30 % seulement des collégiens se disent satisfaits de leur vie scolaire** » qui corrobore l'enquête Pisa 2012 : « on note que si les élèves français aiment l'école, cet amour décroît très fortement avec l'âge (plus de 20 % de points d'écart entre la 6^{ème} et la 3^{ème}) ».

Les enquêtes HBSC et Pisa montrent chez les jeunes élèves de collège plus de plaintes somatiques et anxio-dépressives que chez la plupart des élèves européens. Ainsi « si une grande part des adolescents vont globalement bien, une partie semble mal vivre son adolescence... et ceux qui se sentent tristes ou doutent d'eux-mêmes... **se font du mal souvent ou très souvent, 9,2 % plutôt des filles, ou jouent à des jeux dangereux, surtout les garçons** » (Moro et Brison, p. 137³³²). Des « **signes précoces de mal-être doivent nous alerter [et] peuvent être variés : retrait, solitude, changement brutal et profond d'apparence et de comportement, addictions diverses, troubles du sommeil, troubles alimentaires, décrochage scolaire, absentéisme, phobies, violences subies ou infligées, idées tristes ou suicidaires, troubles du comportement alimentaire, non observance des traitements nécessaires dans le cadre de maladies chroniques, etc.** » (op. cit., p. 17).

« Pour améliorer la santé psychosociale des jeunes, de nombreux plans de santé publique ont été élaborés : certains ciblent la population des jeunes, d'autres sont thématiques par rapport aux problèmes de santé et comportent, chaque fois que c'est pertinent, un volet relatif aux enfants et aux jeunes. » (ADSP, 2017, p. 42³³³). La difficulté réside dans la mise en œuvre de ces dispositifs, avec de fortes disparités entre les territoires. Certains travaux³³⁴ montrent un fonctionnement basé

³³⁰ Lang T., Aujard Y., Gindt-Ducros A., Billette de Villemeur A., Colson S., Com-Ruelle L., Halley Des Fontaines V., Emmanuel Debost E., Vernazza-Licht N., Saurel-Cubizolles Mj., 2019, *Le dispositif statistique de surveillance et de recherche sur la santé de l'enfant*, HCSP, Avis et Rapports, octobre 2019. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-03135427/document>.

³³¹ Algan Y., Guyon N., Huillery E., 2015, Rapport au ministère de la Ville, de la Jeunesse et des Sports sur la médiation sociale face à la violence scolaire.

³³² Moro et Brison, 2016, op. cit.

³³³ ADSP, 2017, op. cit.

³³⁴ Maillard, I., 2011, Lignes de force de l'évolution des politiques publiques relatives à la santé mentale des adolescents. *Sante Publique*(6): 127-139.

sur des initiatives locales, dans les interstices et les apories du système de soin et appellent une véritable politique de santé globale des adolescents au-delà des initiatives ponctuelles réussies.

Des initiatives interministérielles importantes entre Santé, Éducation nationale, Affaires sociales, Justice... comme le plan santé-bien-être en 2016, et des dispositifs multidimensionnels tels que le fil santé jeune ou les maisons des adolescents (MDA), montrent la voie. En santé mentale, un principe de précaution politique s'impose : il faut donc à la fois pouvoir mettre en place des capacités de repérage à grande échelle des signaux faibles de mal-être des adolescents, pour éviter des aggravations, et en même temps savoir distinguer les manifestations liées à cette étape « fertile en émois » qu'est la prime adolescence, pour ne pas « pathologiser » au risque de cristalliser.

Dans le rapport HCFEA (2021), le Conseil enfance consacrait une large place à la question de la santé mentale au collège³³⁵.

Il indiquait comment les rapports et expertises concernant la santé scolaire se sont multipliés ces dix dernières années³³⁶, témoignant d'une double préoccupation : celle de la santé des jeunes et de leur bien être à l'école mais aussi celle des conditions de leur développement et leur prise en compte au sein de l'éducation nationale, notamment par des acteurs spécialisés.

Plusieurs thématiques sont récurrentes :

- défaut d'attractivité des professions de santé dans l'éducation nationale (notamment pour les médecins) ;
- manque de collaboration entre ces professionnels (notamment entre médecins et personnels infirmiers) ;
- empilement de missions sans réelle priorisation ;
- populations de référence différentes
 - o élèves du public uniquement pour les personnels infirmiers et CPE, et du public et du privé pour les médecins,
 - o élèves du second degré uniquement (CPE, assistant.e.s de service social sauf en REP+), premier OU second degré (psychologues de l'EN selon leur spécialité, voir focus infra), premier ET second degré (médecins et personnels infirmiers pour une part) ;

³³⁵ Voir HCFEA, 2021, *La traversée adolescente... op. cit* rapport et annexe I.3 La santé scolaire, par Emmanuelle Godeau, EHESP. https://www.hcfea.fr/IMG/pdf/hcfea_anneescollège_annexe1_bien_être.pdf

³³⁶ Rapports de la Cour des comptes en 2011 et en 2020 ; rapport établi par Didier Jourdan en mai 2015 à la demande des ministres de la Santé et de l'Éducation « La santé des enfants et des adolescents en milieu scolaire - Dix mesures pour une politique de santé à l'École à la hauteur des défis de notre temps ; évaluation par une mission d'inspection interministérielle » conduite en 2016 ; rapport de la mission Moro-Brison « Bien-être et santé des jeunes » en 2016 ; avis de l'Académie de médecine sur la santé scolaire en 2017 ; avis du CESE « Pour des élèves en meilleure santé » en 2018 ; rapport sur le parcours santé-accueil-éducation en 2019.

- nombre important d'élèves par professionnel (pour les médecins, plus de **12 000 élèves en moyenne/médecin**, soit un temps moyen estimé de 8 minutes de médecin par élève et par an³³⁷...);
- défaut de gouvernance et d'évaluation ;
- gestion en silo et par des hiérarchies parallèles...

Ces constats qui reviennent dans les différents écrits, semblent finalement peu pris en compte par le politique et permettent de mesurer le risque de conduire à une perte de sens pour les professionnels concernés et donc d'efficacité pour les bénéficiaires, en l'occurrence les élèves, au-delà d'un texte de cadrage semblant au départ tout à fait pertinent et adapté aux défis à relever.

Le rapport de la Cour des comptes de 2020 sur la santé scolaire³³⁸ propose une analyse de la situation et des préconisations assez poussées, dont nous nous reprenons ici la synthèse.

*« Bien qu'il constitue une condition essentielle de la réussite de la politique éducative et une contribution importante à la politique de santé publique, le dispositif de santé scolaire connaît des difficultés endémiques sur lesquelles l'attention des pouvoirs publics est régulièrement appelée. Une **réorganisation complète**, assortie d'une révision des méthodes de travail, s'avère indispensable.*

*La santé scolaire souffre d'une **pénurie de médecins**, avec un tiers de postes vacants et des prévisions de départs en retraite qui excèdent largement le rythme des recrutements. Les performances en termes de dépistages obligatoires, moments-clés du parcours de santé des élèves, sont très en deçà des objectifs, en raison d'une **organisation défailante**. Les responsables académiques et nationaux ne peuvent évaluer l'activité, l'efficacité et l'efficience de la santé scolaire, en raison d'un boycott des statistiques par certains personnels depuis plusieurs années. Le **cloisonnement des différents métiers**, consacré par le ministère en 2015, contribue à la forte dégradation du service public. »*

Des leviers au bénéfice de la santé des élèves

*« La Cour recommande de revenir à une **vision globale**, en créant des **services de santé scolaire** pour **unifier l'intervention des personnels** et collaborer avec les agences régionales de santé et l'assurance maladie³³⁹.*

Nous pourrions reprendre et développer certaines des préconisations suivantes, qui visent

- à **permettre les conditions d'un réel travail en partenariat** entre les différents professionnels listés, dans le respect des compétences de chacun et de manière complémentaire, au bénéfice des élèves ;
- **recruter des médecins** dans des conditions qui leur permettent d'être plus présents dans les établissements scolaires et plus disponibles pour des consultations à la demande et des actions collectives de prévention et de promotion de la santé.

³³⁷ <https://theconversation.com/medecins-scolaires-un-role-trop-meconnu-155335>.

³³⁸ <https://www.ccomptes.fr/system/files/2020-05/20200527-rapport-58-2-medecins-personnels-sante-scolaire.pdf> et son rapport annexe <https://www.ccomptes.fr/fr/documents/51826>.

³³⁹ Elle formule 10 recommandations, voir Annexe IV.2.

- **développer une culture commune** de ces professionnels intervenant à l'éducation nationale autour du bien-être et la santé des élèves en organisant régulièrement des temps d'échanges structurés autour de thématiques partagées par tous ;
- **construire des temps de formation intercatégoriels**, non seulement en formation continue mais aussi et surtout en formation initiale.
- En pratique, un travail partenarial s'exerce déjà au quotidien autour de la résolution de problématiques individuelles (élèves à besoin éducatif particulier, décrocheurs...), voire collectives (lutte contre le harcèlement...) et dans diverses occurrences (conseils de discipline, équipes de suivi, cellules de crise...), mais il pourrait largement être développé dans une vraie perspective de promotion de la santé qui peine encore à émerger (au-delà d'initiatives réussies).

Focus : les psychologues de l'Éducation Nationale

Il convient d'évoquer plus précisément dans le cas de la souffrance psychique des enfants le rôle et les difficultés rencontrées au niveau des psychologues de l'éducation nationale, qui sont en première ligne auprès des enfants mais aussi au carrefour d'un ensemble de sollicitations tierces révélatrices de l'approche morcelée et évaluative à l'œuvre au prix du temps qui devrait être réservé aux missions princeps des PsyEN³⁴⁰.

La fédération des parents d'élèves FCPE recense aujourd'hui **900 médecins scolaires pour 12 millions d'élèves** – soit un médecin pour 13 333 élèves³⁴¹. En septembre 2021, le Sénat comptait 8 024 infirmières scolaires pour 62 000 établissements³⁴² – soit une infirmière pour sept ou huit établissements, avec des fonctions partagées entre des missions de soin et de prévention. Les associations professionnelles comptent environ 3 500 psychologues de l'Éducation nationale (psyEN) dans le premier degré et 4 000 dans le second degré, ce qui donne une couverture moyenne d'un psyEN pour 1 600 élèves.

Ces conditions semblent déjà très insuffisantes : la vie en collectivité et la présence sur site de plusieurs centaines d'enfants ou d'adolescents implique des maux du quotidien qui requièrent la présence effective d'un personnel soignant. Or dans bien des cas sinon la plupart, le médecin ou l'infirmière scolaire ne sont présents que de manière très ponctuelle. La charge du soin incombe alors à l'équipe éducative ou se trouve déléguée à l'extérieur de l'établissement (retour en famille, externalisation des soins).

³⁴⁰ Avec la contribution de Laurent Chazelas, Président Association Française des Psychologues de l'éducation Nationale, AFPEN.

³⁴¹ <https://14.fcpe-asso.fr/actualite/sante-scolaire-900-medecins-scolaires-pour-environ-12-millions-deleves-en-france#:~:text=Sant%C3%A9%20scolaire%20%3A%20900%20m%C3%A9decins%20scolaires,millions%20d'%C3%A9l%C3%A8ves%20en%20France>.

³⁴² <https://www.senat.fr/questions/base/2021/qSEQ21091997G.html#:~:text=Il%20y%20a%20en%20r%C3%A9alit%C3%A9,%C3%A0%20peu%20pr%C3%A8s%20le%20m%C3%Aame>.

Dans ce contexte, comment imaginer l'accueil d'enfants dont la présence implique une demande de soin, une présence effective et du temps ?

Dans le cas particulier des psychologues de l'Éducation nationale³⁴³ quatre axes principaux ressortent des témoignages :

- Une conception de la prise en charge des difficultés psychologiques à l'école calquée sur un modèle médical (diagnostic et traitement rééducatif et externalisé) :
 - o Augmentation très significative des **demandes de bilans psychologiques** voire psychométriques **pour tous types de troubles**, et émanant de divers acteurs : médecins, orthophonistes, enseignants, MDPH, CMPP, etc.
 - o Souci de « traçabilité » des parcours qui peut poser des problèmes de confidentialité des informations.
 - o L'enfant est souvent orienté vers la MDPH et des structures médicales ou paramédicales au lieu de penser l'accompagnement au sein de l'école ou en partenariat avec les aides en dehors.
- Le suivi psychologique proposé par ces structures est très limité ;
- Le taux de prise en charge pour les PsyEN est de 1 600 élèves en moyenne avec des situations très hétérogènes. 1 000 ETP ne sont pas occupés par des titulaires dans le second degré, 600 dans le premier degré ;
 - o Appel à des psychologues contractuels de plus en plus difficiles à trouver du fait des conditions de travail et du salaire. De nombreux postes restent vacants après la rentrée. Les démissions de psyEN fraîchement recrutés ne sont pas rares ;
- la mise en œuvre de l'inclusion se fait dans l'urgence et sans coordination :
 - o Les effectifs des élèves relevant de l'inclusion ont été multipliés par 5 en quelques années **sans moyens conséquents pour les accueillir** : pas de place en Ulis, diminution du nombre de places dans les IME et dans les hôpitaux de jour.
 - o **Des enfants restent en attente d'une scolarisation adaptée** dans une classe ordinaire et sans AESH (nombre insuffisant). Apparaissent des ruptures d'inclusion de « l'après Ulis » (lors du passage au collège par exemple).
 - o Les PsyEN reçoivent de plus en plus la souffrance des collègues enseignants.

³⁴³ Ces témoignages ont été recueillis dans le cadre d'une réunion qui s'est tenue en visioconférence le 17 novembre 2022, en présence de Catherine Remermier, PsyEN-EDO, secrétaire générale de la société française de psychologie ; Aude Rome, PsyEN EDO, académie de Versailles ; Emmanuelle Koessler, PsyEN EDA, académie de Nancy-Metz ; François Bertaud, PsyEN EDO, académie de Rouen ; Géraldine Duriez, PsyEN EDO, académie de Créteil ; Natacha Delahaye, PsyEN EDA, académie de Reims ; Véronique Osika, PsyEN EDA, académie de Créteil. Avec le concours du Dr Dominique Meloni, maîtresse de conférences en sciences de l'éducation, spécialiste de l'enfance et de l'adolescence, de la psychologie de l'éducation et de la place du savoir au cours du développement (Université de Picardie Jules Vernes UPJV).

- Des équipes extérieures interviennent dans l'école sans que les PsyEN ne soient associés à la conception des modalités de travail en complémentarité³⁴⁴.

Parmi les améliorations possibles pour limiter la réponse médicamenteuse à la souffrance des enfants, une meilleure prise en compte de la dimension psychologique à l'école pourrait être de créer un véritable service de psychologie scolaire. Il pourrait prendre la forme d'une organisation fonctionnelle (inexistante à ce jour) avec à chaque échelon décisionnel (départemental, académique et national) des postes de types conseillers techniques, occupés par exemple par des psyEN, afin d'étayer les articulations entre la santé mentale et l'éducation en milieu scolaire et parascolaire³⁴⁵.

Ce qui impliquerait aussi de renforcer les connaissances en psychologie pour les enseignants dans la formation initiale et continue, et leur faciliter l'accès à des ressources plus collectives (réflexions sur les pratiques relationnelles, sur les dynamiques de groupes...) pour faire face aux difficultés du terrain et pour élaborer des dispositifs appropriés aux situations particulières. Ils pourraient ainsi envisager de nouvelles perspectives d'action psychopédagogique ou systémique par exemple. Mais là encore, l'école peut prévenir et soutenir, mais si un enfant va mal, il faudra pouvoir l'orienter en sachant qu'il pourra y accéder rapidement vers des filières de soins, d'éducation spécialisée, comme le CMPP, CMP, service de pédopsychiatrie du secteur, MDA ...

III.2. Pratiques et dynamiques inclusives

Née dans le courant des années 2000, l'inclusion s'inscrit dans la logique de démarches et de paradigmes, visant l'inscription des enfants et plus généralement des personnes les plus vulnérables dans le lien social. Insertion, intégration, inclusion, etc. désignent les variations des politiques publiques et des pratiques favorisant l'accès et la participation des enfants en situation de handicap ou de souffrance psychique aux différentes sphères du vivre ensemble.

Jusqu'au début des années 2000, le terme « intégration » était utilisé pour qualifier les politiques visant à permettre aux enfants différents d'être intégrés dans les écoles ordinaires. Ce terme a été critiqué par les associations et les organisations du handicap, qui lui reprochaient son caractère trop stigmatisant (à l'instar de l'intégration d'un élément étranger). Le terme inclusion s'est alors progressivement imposé (jusque dans le code de l'éducation : « *le service public d'éducation (...) veille à l'inclusion de tous les élèves* »). Mais ce terme est lui aussi critiqué pour son caractère par trop « figé » (à l'image des inclusions d'insectes dans de la résine...). Il lui est préféré l'adjectif « inclusif » qui porte sur une dynamique : école inclusive, habitat inclusif... Enfin, tout récemment, c'est la question du droit qui s'impose peu à peu : on va ainsi parler de « droit la scolarisation » plutôt que d'« école inclusive ».

³⁴⁴ Ce sont des solutions mises en place par l'ARS, qui agréé des praticiens libéraux pour intervenir au sein des établissements scolaires, par exemple les Emas (équipes mobiles d'appui à la scolarisation), ou les PCO (plateformes de coordination et d'orientation).

³⁴⁵ <https://www.education.gouv.fr/mission-bien-etre-et-sante-des-jeunes-6518>. Rapport Marie-Rose Moro & Jean-Pierre Brison

Le point de vue du droit : compensation et accessibilité

Le droit à la scolarisation, assorti des moyens nécessaires, est garanti par la loi :

« *Le service public de l'éducation (...) veille à l'inclusion scolaire de tous les enfants, sans aucune distinction* » (art. L 111-1 du Code de l'Éducation).

« *Dans ses domaines de compétences, l'État met en place les moyens financiers et humains nécessaires à la scolarisation en milieu ordinaire des enfants, adolescents ou adultes handicapés* » (art. 112-1 du Code de l'Éducation).

Depuis ces articles introduits par la loi du 11 février 2005, d'autres textes sont venus renforcer ces principes, notamment la ratification par la France de la Convention des Nations unies pour le Droit des personnes handicapées (CIDPH), qui précise dans son article 24, que **nul ne peut être exclu, sur le fondement du handicap, de l'enseignement général.**

Ces textes qui fondent l'école inclusive reposent sur un grand principe : **la non-discrimination**, qui veut que toute personne, quels que soient ses difficultés, son parcours, sa langue, sa culture ait les mêmes droits, et notamment le droit à la scolarisation.

L'école inclusive conduit alors à changer de regard sur l'enfant différent : il ne s'agit pas de lui trouver « la bonne place » dans un établissement qui serait conçu pour lui apporter un environnement adapté, mais plutôt d'adapter l'environnement commun pour lui permettre de trouver « sa place ». **Dit autrement, l'école inclusive est indissociable de l'école accessible qui doit se transformer et transformer ses pratiques pour permettre à chaque enfant d'y avoir accès. On utilise souvent l'image d'une « rampe d'accès pédagogique », qui reste encore à inventer.** Dans ce contexte, les questions de la formation des enseignants, des pratiques évaluatives, de la norme scolaire se posent nécessairement. Ces questions rejoignent les réflexions en cours sur le bien-être des enfants à l'école.

À cet égard, la **Conférence nationale du handicap (CNH)**, prévue tous les trois ans par la loi du 11 février 2005, sous l'autorité du président de la République, « *afin de débattre des orientations et des moyens de la politique concernant les personnes handicapées* », se tiendra au printemps 2023 (voir encadré). Afin de préparer la future conférence nationale du handicap, des groupes de travail nationaux ont été mis en place : accessibilité du bâti, du transport et du numérique, l'école, l'enseignement supérieur, le plein emploi, la simplification des parcours et la transformation de l'offre médico-sociale. La CNH abordera également tous les autres sujets : sport, culture, santé, justice, petite enfance, participation sociale, citoyenneté, etc.

Conférence nationale du handicap (CNH)

La CNH, rendez-vous prévu tous les trois ans par la loi du 11 février 2005, sous l'autorité du Président de la République avait proposé en 2020 concernant l'enfant les engagements suivants :

- Engagement n° 1 – Réussir l'école inclusive
- Engagement n° 4 – Accélérer la mise en accessibilité universelle
- Engagement n° 5 – Sensibiliser, pour mobiliser
- Engagement n° 6 – Organiser l'inconditionnalité de l'accompagnement et rompre l'isolement des familles, *via* la mise en place du « 360 », numéro unique d'appui

- Engagement n° 7 – Accélérer le déploiement de solutions adaptées aux personnes ayant les besoins les plus soutenus, et stopper l'exil vers la Belgique
- Engagement n° 8 – Accompagner les projets de vie en créant des places « de transition » sécurisant les choix des personnes (emploi, école, logement, etc.)
- Engagement n° 9 – Améliorer la prise en charge par l'Assurance maladie des parcours de soins de rééducation pour les enfants en situation de handicap ou malades
- Engagement n° 10 – Étendre la compensation individuelle des besoins, et reconnaître les personnes handicapées dans leur rôle de parent

Jusqu'à une période récente³⁴⁶, les politiques d'inclusion ont mis l'accent sur les dispositifs de **compensation** du handicap : à titre d'exemple, le nombre d'accompagnants des élèves en situation de handicap (AESH) a été multiplié par 10 en dix ans (de 10 000 à 100 000 AESH), sans que cette inflation de moyens ne parvienne à résorber l'immensité des manques supposés. Une autre perspective consiste à travailler sur l'**accessibilité** de l'école et sur la capacité du système éducatif à se mettre à la portée de l'élève, quels que soient son handicap, sa langue, ses origines sociales, etc., de manière à ce que l'école reste un bien commun, accessible à chacun. Mais, parce que l'école ne dispose pas de toutes les compétences à même de favoriser cet accueil et ces dynamiques –, notamment dans le domaine du soin – des partenariats doivent être mis en œuvre et développés avec les établissements et services médicosociaux qui possèdent cette expertise. En effet, l'histoire du travail social et de l'accueil des personnes en situation de handicap en France s'est structurée dans l'immédiat après-guerre dans une logique associative de protection des personnes les plus vulnérables, via la création d'institutions qui se sont spécialisées, qui disposent d'un savoir-faire dans l'accueil, l'accompagnement et le soin des enfants en souffrance ou ayant des besoins spécifiques. **L'enjeu du chantier consacré à l'école inclusive consiste donc sans doute dans la mise en coopération du secteur médicosocial (hôpital, IME, ITEP, ...) et de l'école ordinaire.**

Ainsi, il ne s'agit pas d'opposer institutions spécialisées et milieu scolaire, mais de travailler à l'articulation de ces différents champs à partir de la singularité de l'histoire et du parcours de chaque enfant.

Difficultés et paradoxes de l'inclusion

La France s'est dotée au fil des ans d'une législation qui va dans le sens d'une éducation inclusive, depuis les premières classes intégrées (CLIS) : » *le service public* [de l'éducation] *reconnait que*

³⁴⁶ Défenseur des droits, 2022, Rapport, *L'accompagnement humain des élèves en situation de handicap* : <https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/aesh-2022-num-access.pdf>.

tous les enfants partagent la capacité d'apprendre et de progresser. Il veille à l'inclusion scolaire de tous les enfants, sans distinction »³⁴⁷.

Pourtant, à chaque rentrée scolaire, les familles et les associations dénoncent, ici un nombre insuffisant d'AESH, là un refus de scolarité, ailleurs un manque de places dans une structure médicosociale... **En 2021, près de 20 % des saisines relatives aux droits de l'enfant adressées à la Défenseure des droits concernaient des difficultés d'accès à l'éducation d'enfants en situation de handicap³⁴⁸.** Au-delà des prescriptions et du contexte réglementaire, le paradigme de l'inclusion n'est pas sans paradoxes ni difficultés.

De manière non exhaustive :

- le droit à la scolarité se conjugue souvent avec des impératifs comme le droit au soin. L'arbitrage entre ces différents droits peut poser des difficultés dans la pratique ;
- le droit à l'inclusion ne peut être obtenu qu'au prix d'un long processus comprenant un diagnostic médical et une notification MDPH. Autrement dit, l'accès au droit n'est obtenu que par apposition d'une étiquette, prise parfois comme un stigmate, condition nécessaire à l'accès au droit. Ce point semble paradoxal au regard des principes de non-stigmatisation ou de non-ségrégation mis en exergue par le paradigme de l'inclusion. À cet égard, pour Céline Poulet, secrétaire générale du Comité interministériel Handicap, c'est une approche populationnelle qu'il faut désormais encourager, une approche par les besoins et les attentes, pour « éviter d'avoir à entrer dans une case pour obtenir un droit »³⁴⁹. Ce d'autant que parfois, l'enfant n'entre pas d'emblée dans la case prévue bien qu'il ait, manifestement, besoin d'aide, ce qui retarde voire empêche l'ouverture de droits et ajoute encore à la difficulté du parcours de l'enfant, et des parents...
- la question de la scolarisation des élèves en situation de handicap apparaît en tête des sources de mal-être des enseignants même s'ils souscrivent majoritairement à son principe³⁵⁰. L'institution scolaire est soumise à des injonctions paradoxales : la réussite, l'excellence scolaire et l'évaluation des performances des élèves d'une part, l'accueil de tous les enfants et le droit à la différence d'autre part. Si ces injonctions ne sont pas contradictoires par essence, leur mise en œuvre conjointe dans un même espace/temps engage des moyens et des modalités de travail qui ne semblent pas toujours réunies ;
- la forme scolaire produit elle-même de l'exclusion et de la souffrance psychique : évaluation, pression scolaire, concurrence, normalisation, violence symbolique... D'une certaine manière, les troubles de l'enfance peuvent aussi s'entendre comme non-conformité de l'enfant au regard de la forme scolaire ;
- **C'est de l'articulation et de la complémentarité entre les champs scolaire et médicosocial que se nourrissent et se développent les pratiques inclusives.** L'opposition inclusion/exclusion n'est pas opératoire dans le champ de la santé mentale de l'enfant. Il apparaît au contraire primordial de reconnaître le dévouement et la qualité du travail des professionnels et des services qui consacrent leur temps et leur énergie au soin des

³⁴⁷ Loi de refondation de l'école du 8 juillet 2013.

³⁴⁸ Défenseur des droits 2022, *op. cit.*

³⁴⁹ Entretien, 31 janvier 2023

³⁵⁰ « Quel regard les enseignants portent-ils sur l'école inclusive ? », The Conversation, 30 novembre 2021 : <https://theconversation.com/quel-regard-les-enseignants-portent-ils-sur-lecole-inclusive-170418>.

enfants et à l'accompagnement des familles. Les solutions privilégiées doivent toujours être fonction de la situation particulière de l'enfant.

- Ainsi le concept d'inclusion n'est pas réservé au milieu dit ordinaire : la présence de l'enfant en milieu scolaire ne garantit ni son inclusion ni son bien-être. Les recherches dédiées à l'inclusion ont montré des processus d'inclusion exclusive et d'exclusion inclusive : l'enfant se sent exclu en milieu ordinaire, l'enfant se sent inclus et épanoui en milieu spécialisé ;
- les dispositifs relatifs à l'inclusion des enfants sont peu lisibles, aussi bien du point de vue des familles que des professionnels ;
- l'accueil des enfants en situation de souffrance psychique ou de handicap oblige à **repenser les environnements scolaires, les dispositifs pédagogiques et l'accompagnements de tous les élèves**. Aussi le paradigme de l'inclusion, s'il est porté avec ambition, doit permettre de transformer de manière générale l'ensemble de l'institution scolaire ;
- d'autres dispositifs relatifs au soutien des enfants en difficulté ont disparu ou ont de moins en moins de moyens – à l'instar des réseaux d'aides spécialisées aux élèves en difficulté (Rased) – qui pourraient à leur manière contribuer à l'accueil de tous les enfants ;
- l'offre de soin en pédopsychiatrie n'est pas toujours favorable à la lutte contre la stigmatisation : les enjeux gestionnaires conduisent régulièrement les services à ne plus recevoir hors du temps scolaire. Le suivi pédopsychiatrique de l'enfant se fait durant le temps de classe – au risque de stigmatisation.
- À cet égard, le Collège des enfants appelle à ce que les consultations relevant de la santé mentale puissent échapper à la stigmatisation mais aussi à la connaissance des adultes et en particulier de leurs parents. Ainsi, ces rendez-vous médico-psychologiques **devraient être considérés comme des absences justifiées. Ces absences ne devraient pas apparaître aux parents, et notamment, pas sur *Pronote*** (ou un logiciel équivalent) et les rendez-vous devraient pouvoir être proposés en dehors des heures de cours, et rester anonymes ou du moins confidentiels. Et ce, y compris auprès de l'ensemble du personnel scolaire, rejoignant ainsi les remarques du rapport 2022 du Défenseur des droits sur « l'intimité, un droit pour l'enfant », concernant en particulier le secret médical. Il renvoie également au droit de l'enfant de s'exprimer, de décider et de participer directement à son parcours de soin qui souvent, dans le domaine médical et *a fortiori* de la santé mentale, limite ses possibilités de « participer aux décisions qui le concernent ».

Les parcours inclusifs

Le professeur Bedoin, spécialiste des questions d'accueil, de scolarisation et d'inclusion des jeunes enfants en situation de handicap³⁵¹, a mis en exergue lors de son audition³⁵² trois résultats saillants de ses travaux.

Le premier point porte sur la notion de **parcours inclusif** préférée à celle de trajectoire, en référence aux travaux sur les parcours éducatifs et scolaires³⁵³ les parcours de vie³⁵⁴ ou encore les parcours de migration³⁵⁵. Chaque parcours est singulier et évolue en fonction des caractéristiques individuelles, des interactions sociales et des éléments de contexte dans lesquels il s'inscrit. L'objectif est ainsi de porter le regard sur les parcours inclusifs des jeunes enfants en situation de handicap souvent marqués par **des allers-retours entre milieux ordinaire et spécialisé**, entre inclusion à titre individuel ou collectif.

L'inclusion ne signifie pas la fin de l'éducation et de l'enseignement spécialisés mais davantage le partage de compétences et d'expertises du spécialisé vers l'ordinaire et réciproquement. Cette réflexion incite à développer la collaboration entre professionnels autour d'un espace d'« intermédier », comme ont pu le développer Thomazet et Mérini³⁵⁶.

Il s'agit aussi d'examiner la **relation entre inclusion et bien-être des jeunes enfants**. L'éducation inclusive vise à singulariser les parcours de chacun pour répondre au plus près à leurs besoins avec des aides adaptées. Pour autant, l'inclusion n'est pas toujours synonyme de progrès et peut parfois engendrer des difficultés pour les enseignants, les élèves et leurs familles – le milieu spécialisé se révélant, de ce point de vue, protecteur et rassurant. Cette réflexion pousse à identifier les différents modes de fonctionnement et dispositifs pédagogiques les plus favorables à l'inclusion³⁵⁷.

Le second point soulève la question de l'**institution scolaire** comme l'évoque par exemple. Henry Mintzberg³⁵⁸ en sociologie des organisations. Les crèches et les jardins d'enfants s'inscrivent plutôt dans une **logique d'organisation**. L'inclusion entre visiblement plus aisément dans la culture professionnelle, du fait de la prégnance du travail d'équipe et des projets structurants. Il est apparu que les personnels sont susceptibles de modifier leur rapport aux missions habituelles pour trouver des réponses adaptées lorsque survient un projet spécifique, tout en veillant à garder une cohérence

³⁵¹ Bedoin D., Janner-Raimondi M., 2016, *Petite enfance et handicap. Famille, crèche, maternelle*, Grenoble, Presses universitaires de Grenoble ; André A., Bedoin D., Deneuve P., Guirimand N., Janner-Raimondi M., 2015, Effets de la politique inclusive à l'école maternelle française : le moment de l'accueil, *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, 69 (1), p. 59-71 ; Bedoin D., 2018, *Sociologie du monde des sourds*, Paris, La Découverte ; Bedoin D., Janner-Raimondi M., 2016, Rôles de l'auxiliaire de vie scolaire auprès de jeunes enfants en situation de handicap, *Spirale-Revue de recherches en éducation*, 57 (1), p. 67-80 ; Bedoin D., Janner-Raimondi M., 2017, *Parcours d'inclusion en maternelle : Portraits de jeunes enfants en situation de handicap*, Nîmes, Champ social., <https://doi.org/10.3917/chaso.bedoi.2017.01>

³⁵² Audition de Diane Bedoin, professeure à l'université de Rouen Normandie (laboratoire Dynamique du langage *in situ* – Dylis), le 22 septembre 2022.,

³⁵³ Dora et al., 2009.

³⁵⁵ Santelli E., 2019, L'analyse des parcours. Saisir la multidimensionalité du social pour penser l'action sociale, *Sociologie*, 10 (2), p. 153-171.

³⁵⁶ Thomazet S., Mérini C., 2014, Le travail collectif, outil d'une école inclusive ?, *Questions vives. Recherches en éducation*, n° 21.

³⁵⁷ Tremblay P., 2015, Le coenseignement : condition suffisante de différenciation pédagogique, *Formation et profession*, n° 23 (3), p. 33-44.

³⁵⁸ Mintzberg H., 2004, *Le Management: voyage au centre des organisations*, Paris, Éditions d'organisation.

interne de fonctionnement. Au contraire, les écoles maternelles s'inscrivent prioritairement dans une **logique d'institution**. La politique d'inclusion a déstabilisé les repères habituels des enseignants. Ils continuent à faire référence aux programmes préscolaires, d'autant plus prégnants que s'élève l'âge des enfants accueillis.

L'exemple du **décloisonnement**, souvent évoqué et observé, dans les crèches et jardins d'enfants a été perçu comme un facteur facilitant la présence de jeunes enfants en situation de handicap. En effet, il permet de **rompre avec les attentes scolaires normées** en fonction de l'âge des enfants, **chacun progressant à son rythme, et d'éviter la catégorisation de ces mêmes enfants selon des critères médicaux**. Il favorise également les interactions positives entre jeunes enfants en situation de handicap et leurs pairs.

Le troisième point porte sur les **dispositifs et pratiques pédagogiques**. Les difficultés rencontrées par les professionnels vis-à-vis de certains jeunes enfants en situation de handicap impliquent des adaptations et des ajustements face à la complexité du réel. Les analyses montrent que **les enseignants, comme les auxiliaires de vie scolaire, en écoles maternelles ne mettent pas spontanément en avant leur travail de prise en compte du handicap et d'adaptation aux besoins éducatifs particuliers des élèves**. Les multiples adaptations et attentions dont font preuve les enseignants ne sont pas présentées comme des réussites. Si elles relèvent souvent de bricolages ou de tâtonnements, elles n'en demeurent pas moins intéressantes du point de vue pédagogique. Si les enseignants développent bien des innovations pédagogiques, ils peinent à les diffuser, faute d'institutionnalisation³⁵⁹. À l'inverse, les personnels de crèche et de jardins d'enfants (auxiliaires de puériculture et éducatrices jeunes enfants) soulignent avec force les adaptations mises en place et les progrès des enfants. Ils formulent souvent cette idée très présente sur le terrain de s'orienter grâce à différents courants pédagogiques. **Pour eux, la diversité des publics accueillis (dont les jeunes enfants en situation de handicap) rend caduque toute idée d'une pédagogie unique**, allant de la théorie à la pratique. Ils reprennent à leur compte et s'inspirent de multiples pédagogues de l'éducation nouvelle en vogue dans de telles institutions, plutôt que l'enfermement dans un courant spécifique. Si la référence aux pédagogies nouvelles n'est pas en soi une innovation, la façon de s'en saisir et de les mettre en œuvre l'est déjà davantage.

L'éducation inclusive nécessite de repenser les pratiques traditionnelles pour mieux prendre en compte les besoins des élèves. Pour autant, l'évolution des pratiques ne se traduit pas nécessairement par des innovations de méthodes, outils, dispositifs, etc. Il est possible de faire mieux et de faire autrement, **à partir d'une réinterprétation de courants pédagogiques et éducatifs déjà anciens**, comme le souligne Nadia Rousseau³⁶⁰.

³⁵⁹ Dupriez V., 2015, *Peut-on réformer l'école ? Approches organisationnelle et institutionnelle du changement pédagogique*, Louvain-la-Neuve, De Boeck Supérieur.

³⁶⁰ Rousseau N., Bélanger S., 2004, *La pédagogie de l'inclusion scolaire*, vol. 8, Québec, Presses de l'université du Québec.

Un autre regard : les dynamiques inclusives

Un autre regard porté sur les questions d'inclusion auprès du Haut conseil a été rapporté par Maryan Lemoine, maître de conférences en sciences de l'éducation à l'université de Limoges (laboratoire Éducation et diversité en espaces francophones – FRED EA 6311), spécialiste des questions de décrochage scolaire³⁶¹.

Du point de vue des représentations des professionnels, malgré des avancées indéniables au plan médiatique et politique comme en matière d'information et de formation, la manière de faire face et de faire avec une situation de handicap, continue à interpeler, à interroger, à mettre en difficulté, voire à faire peur à un grand nombre de professionnels : peur de l'inconnu, peur de ne pas arriver à répondre aux injonctions des programmes, peur par rapport aux autres élèves, aux parents, à soi-même et à ses propres réactions... En effet, les situations d'inclusion sont traversées de représentations et de croyances qui sont alimentées par le vécu personnel des professionnels autant que leurs propres doutes et difficultés. Ces questions relatives à la construction de la posture professionnelle des enseignants sont d'autant plus sensibles qu'elles touchent à un environnement scolaire et éducatif éminemment relationnel (engagement de soi et connaissance de l'autre, sentiment de confiance en soi, en l'autre, dans la relation) – *a fortiori* en ce qui concerne les troubles psychiques.

Du point de vue de la formation, la formation initiale des questions d'inclusion passe par une sensibilisation aux situations de handicap, le plus souvent fondée sur des études de cas, qui sont « généralisées ». **Il n'existe pas ou très peu de mises en situation accompagnées**, d'où des écarts importants une fois sur le terrain entre les représentations et les véritables enjeux de l'inclusion. Toujours du point de vue de la formation aux pratiques d'inclusion, le recours aux grands pédagogues (Deligny, Decroly) reste insuffisant alors que ces approches du désir d'apprendre retrouvent une actualité liée aux crises sanitaire, écologique, ou liées à la guerre en Ukraine. Les dispositifs de formation continue aux dispositifs d'inclusion les plus consistants ne sont transmis qu'après que les professionnels aient été confrontés aux situations de terrain.

Les praticiens qui s'investissent et ne renoncent pas sont ceux qui « bricolent, braconnent, inventent » et se documentent peu à peu puis trouvent des interlocuteurs pour se former et formaliser. Si cette formalisation de l'inclusion ou des pratiques inclusives est attendue, elle comporte le risque de basculer dans l'illusion des bonnes pratiques immédiatement reproductibles, alors que les situations et les configurations sont toujours singulières et nécessitent d'être analysées en même temps que doivent être connus et analysés les troubles et handicaps rencontrés.

Les pratiques d'inclusion relèvent du cas par cas et de l'artisanat. Leur mise en œuvre réelle – au-delà des intentions et des prescriptions – doit tenir compte des manières d'être et de faire en situation, des praticiens tout autant que des enfants et adolescents concernés, et des camarades qui les entourent.

³⁶¹ Bedoin D., Lemoine M., Zoïa G., 2022, Comprendre les parcours inclusifs et les dynamiques inclusives: observations, analyses et perspectives, *Éducation et socialisation, Les Cahiers du CERFEE*, n° 65 ; Lemoine M., Guigue M., Tillard B., 2012, « Démission impossible » : un dispositif conçu pour des élèves en difficulté qui vient soutenir l'action des professionnels, *L'éducation inclusive. Une réponse à l'échec scolaire*, p. 189-200 ; Lemoine M., 2010, Faire médiation au collège: les apports de Démission impossible, un dispositif qui investit les marges de la scolarité, *Connexions*, n° 93, 133-145 ; Ponnou S., Lemoine M., Bartkowiak N., Fougères N., Pala D., 2018, Récit d'un partenariat institution-université pour produire des connaissances partagées, *Le Sociographe*, 64 (4), I-XII ; Ponnou S., Lemoine M., 2021, Subvertir les dispositifs d'évaluation des institutions médicosociales : approche clinique et anthropologique, *Pensée plurielle*, n° 53 (1), p. 53-75.

Cette mise en œuvre implique, pour les institutions et les pouvoirs publics, de regarder davantage à l'échelle interindividuelle et **d'accepter l'idée que les modèles préétablis ne sont pas fonctionnels s'ils sont dupliqués**, à rebours des programmes de généralisation des expérimentations innovantes ou des bonnes pratiques, qui peuvent fonctionner par ailleurs dans d'autres champs.

La notion de dynamiques inclusive se fonde sur la notion de **continuité** avant, pendant, après l'école dans les différents environnements de vie de l'enfant et de l'adolescent. **Penser les dynamiques inclusives, c'est d'abord penser la continuité éducative et psychosociale de l'enfant.**

Ainsi, le paradigme de dynamique inclusive implique *a minima* une triple circulation :

- **une circulation des jeunes entre différents environnements** et avec différents acteurs, spécialistes et non spécialistes, enseignants, professionnels aidants, familles, etc.
- **une circulation des savoirs entre les acteurs** concernant les enfants en situation de handicap, les attendus relatifs à leur pathologie, les adaptations, les gains, les appuis, les leviers, les pratiques pédagogiques vertueuses, etc.
- **une circulation des savoirs professionnels et académiques** sur les enfants en situation de handicap et les enjeux de leur accompagnement afin de monter le niveau d'information et de formation générale des acteurs réels et potentiels.

Les dynamiques inclusives impliquent **des médiations régulières et une coordination des dispositifs** qui veillent à faire circuler ces informations et à les actualiser régulièrement.

La complexité des pratiques d'inclusion appelle à prendre en compte le rôle primordial des environnements de travail et à accompagner les équipes à l'appui de dispositifs de formation recherche ou d'accompagnement par la recherche.

Quelques leviers pour une éducation inclusive c'est-à-dire, pour tous

Au terme de ce tour d'horizon dédié aux pratiques d'inclusion des enfants en situation de souffrance psychique, parmi ces opérateurs et levier de l'inclusion, on retiendra :

- **l'alliance parents/familles-professionnels et l'articulation éducative, thérapeutique et sociale** sont toujours favorables à l'inclusion de l'enfant ;
- **les articulations entre champ médicosocial et scolaire** semblent profiter au bon accueil de l'enfant. Il importe donc de poursuivre sinon d'amplifier les passerelles entre les milieux scolaire et spécialisé. À titre d'exemple : **des éducateurs à l'école, et des enseignants en institution spécialisée**. L'accompagnement de l'enfant dans ses lieux de vie, de soin et d'apprentissage appelle sans doute un décloisonnement des politiques publiques. Il implique également la création et l'essor d'espaces de rencontre, de travail et d'articulation qui ne peuvent se résumer à la seule réunion annuelle de l'équipe de suivi de scolarisation ;
- la **simplification des démarches administratives** et des modalités d'accueil de l'enfant/de la famille sont toujours au bénéfice de l'accueil de l'enfant ;
- les **expériences d'inclusion réussies semblent toujours l'œuvre de bricolages et d'inventions *in situ***. D'où la **nécessité de privilégier la créativité des professionnels et des équipes plutôt que d'abonder les recommandations standardisées** ou les réponses stéréotypées ;

- ces bricolages se fondent sur la réactualisation des savoir-faire pédagogiques et sur la mise au travail de collectifs pensants.
- **la continuité éducative entre les différents acteurs (enseignant, AESH, équipe éducative, psychologue, psychiatre) et les équipes qui accompagnent l'enfant et la famille sont toujours en faveur des dynamiques d'inclusion**
- les savoirs et savoir-faire sur l'accueil des enfants se diffusent et se transmettent de manière transversale et collégiale, tandis que les organisations fonctionnent davantage de manière hiérarchique et autoritaire ;
- les **problématiques de santé mentale impliquent de trouver ou retrouver le geste éducatif**. On notera par exemple que les situations de crise ne sont généralement pas provoquées par des raisons médicales ou biologiques, mais par une demande, un événement, un « non », un sentiment de frustration... qui demandent des éducateurs qu'ils **inventent le geste éducatif adapté à la situation**.
- **l'inclusion n'est pas synonyme de banalisation ni de normalisation**. L'accueil de l'enfant implique la reconnaissance de ses difficultés et de sa différence ;
- **les politiques de dépistage et de diagnostic n'ont visiblement pas amélioré le suivi et l'accompagnement des enfants**. Il s'agit dès lors de **déplacer la focale du dépistage à l'accompagnement, au profit de l'enfant**, voire de réduire les effets de pathologisation des difficultés scolaires qui se sont fait jour avec le déploiement des politiques d'inclusion.

III.3. La stratégie interministérielle de renforcement des compétences psychosociales

Au cours des discussions en séance du Conseil de l'enfance, Santé publique France a souhaité mettre en lumière les programmes de développement des compétences psychosociales (CPS) des enfants. Le développement des CPS est au cœur d'un ensemble de programmes de prévention, de type « psychoéducatif » visant à réduire des facteurs de risque et améliorer la réussite éducative et sociale. En 1986 dans le cadre de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) met en exergue, l'importance de renforcer les « aptitudes indispensables à la vie » (« *Life skills* ») pour favoriser la santé globale, et atteindre « un état de complet bien-être physique, mental et social ». Puis dans son rapport de 2015 sur la prévention de la violence chez les jeunes, l'approche par les CPS figure parmi les 4 stratégies recommandées³⁶².

En France, elles font l'objet depuis 2022 d'une Stratégie nationale interministérielle (Santé et Prévention, Education nationale, Sport, Enseignement supérieur, Enseignement agricole,

³⁶² Les quatre axes stratégiques recommandés par l'OMS sont les suivants : élaboration de politiques favorables à la santé, création d'environnements favorables à la santé, renforcement de l'action communautaire, réorientation des services de santé, World Health Organisation. Ottawa Charter for Health Promotion: First International Conference on Health Promotion Ottawa, 21 November 1986.; 1986in Santé publique France / Les compétences psychosociales : état des connaissances scientifiques et théoriques / p. 11

Justice/PJJ, Travail/formation et insertion professionnelle)³⁶³ sur le renforcement des compétences psychosociales des enfants et des jeunes³⁶⁴. Associée à cette stratégie, Santé publique France apporte son expertise et soutient le déploiement d'interventions CPS³⁶⁵ pour les 3-25 ans sur tous les territoires. L'agence est en appui de l'animation et la coordination, des outils d'accompagnement pour les professionnels, de la mise en place d'un système national de suivi et d'évaluation par indicateurs, basés sur des « données probantes ». La définition et les classifications des CPS depuis les années 1980 ont évolué. Ainsi, selon Santé publique France : « *Dans sa première définition proposée dans les années 1990, l'OMS définit de façon générale la compétence psychosociale comme "la capacité d'une personne à faire face efficacement aux exigences et aux défis de la vie quotidienne. C'est la capacité d'une personne à maintenir un état de bien-être psychique et à le démontrer par un comportement adapté et positif lors d'interactions avec les autres, sa culture et son environnement" (OMS, 1994). Le développement de cette capacité psychosociale globale peut se faire par "l'enseignement de compétences de base utiles à la vie" . Aujourd'hui, les données de la littérature nous permettent de définir les CPS comme un ensemble cohérent et inter-relié de capacités psychologiques (cognitives, émotionnelles et sociales), impliquant des connaissances, des processus intrapsychiques et des comportements spécifiques, qui permettent de renforcer le pouvoir d'agir (empowerment), de maintenir un état de bien-être psychique, de favoriser un fonctionnement individuel optimal et de développer des interactions constructives.*

En partant du cadre théorique de l'OMS, des principales classifications internationales, et des données probantes actuelles, une nouvelle classification [...] actualisée des CPS se focalise sur les principales CPS mise en avant dans la littérature »³⁶⁶. Regroupant des compétences cognitives, émotionnelles et sociales, elles ont pour objectif de favoriser l'épanouissement de l'individu (par la régulation émotionnelle, la gestion du stress, le développement de relations positives avec autrui, la prise de décision, la capacité à refuser...), la réduction de facteurs de risque (comportements violents, échec scolaire, conduites addictives, ...) et le « vivre ensemble ».

D'après le rapport de Santé publique France (2022), de nombreuses interventions CPS auprès des enfants et des jeunes ont montré des effets bénéfiques sur le bien-être, la santé mentale, les addictions, la santé sexuelle. Certaines interventions peuvent cependant s'avérer inefficaces³⁶⁷

³⁶³ Cette stratégie repose sur l'instruction interministérielle du 19 août 2022 <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2022/2022.18.sante.pdf#page=83>

³⁶⁴ Instruction ministérielle CPS du 19 août 2022 : <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2022/2022.18.sante.pdf#page=83>

³⁶⁵ Ce travail a fait l'objet en 2022 d'une publication et d'un référentiel posant les principes et les axes fondamentaux des CPS pour un déploiement auprès des enfants et des jeunes : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/sante-mentale/depression-et-anxiete/documents/rapport-synthese/les-competences-psychosociales-etat-des-connaissances-scientifiques-et-theoriques>

³⁶⁶ Santé publique France, Les compétences psychosociales : définition et classification, <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/les-competences-psychosociales-definition-et-classification>

³⁶⁷ Santé publique France, 2022, Rapport *Les compétences psychosociales : état des connaissances scientifiques et théoriques*, chap 6, p. 74, <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/477950/3645324?version=1>

notamment pour des raisons liées à un manque d'adaptation au contexte national ou à l'absence de mise en œuvre de certains critères.

Si certaines études témoignent de résultats favorables des CPS de l'intervention SFP³⁶⁸, concernant plus particulièrement le programme familial « SFP 10-14 ans» (*Strengthening Families Program*) appliqué à la consommation de tabac, alcool et drogues, quatre Essais Contrôlés Randomisés dans quatre pays européens entre 2014 et 2022 ont remis en cause l'efficacité des programmes importés dans ces pays³⁶⁹.

En 2014 en Suède : « *Résultats : Aucun effet préventif n'a été trouvé pour le tabagisme, l'alcool et la consommation de drogues et d'autres comportements non conformes aux normes, et les modérateurs n'ont pas non plus affecté le résultat. Conclusion : La version suédoise du SFP 10-14 n'a pas été efficace pour prévenir la consommation de substances chez les jeunes dans un contexte suédois* »³⁷⁰.

En 2022 au Royaume-Uni : « *Résultats : Il n'y avait aucune preuve de différences statistiquement significatives entre les groupes deux ans après la randomisation pour les critères de jugement principaux (la consommation d'alcool des jeunes au cours des 30 derniers jours ; ivresse au cours des 30 derniers. Il n'y avait pas de différences statistiquement significatives entre les groupes pour les autres résultats liés à la consommation de substances ou ceux liés au bien-être/au stress et aux problèmes émotionnels/comportementaux. Conclusions : Les preuves antérieures d'efficacité n'ont pas été reproduites. Les résultats soulignent l'importance d'évaluer les interventions lorsqu'elles sont adaptées à de nouveaux contextes* »³⁷¹.

³⁶⁸ Santé publique France, 2022, Rapport Les compétences psychosociales : état des connaissances scientifiques et théoriques, *op. cit.* p. 78 <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/les-competences-psychosociales-un-referentiel-pour-un-deploiement-aupres-des-enfants-et-des-jeunes.-synthese-de-l-etat-des-connaissances-scientif>.

³⁶⁹ Segrott, J., Gillespie, D., Lau, M., Holliday, J., Murphy, S., Foxcroft, D., Moore, L. (2022). Effectiveness of the Strengthening Families Programme in the UK at preventing substance misuse in 10–14- year-olds: a pragmatic randomised controlled trial. *BMJ open*, 12(2), e049647 ; Foxcroft, D. R., Callen, H., Davies, E. L., Okulicz-Kozaryn, K. (2017). Effectiveness of the strengthening families programme 10-14 in Poland: Cluster randomized controlled trial. *European journal of Public Health*, 27(3), 494–500 ; Baldus, C., Thomsen, M., Sack, P. M., Bröning, S., Arnaud, N., Daubmann, A., Thomasius, R. (2016). Evaluation of a German version of the Strengthening Families Programme 10-14: a randomised controlled trial. *The European Journal of Public Health*, 26(6), 953-959 ; Skärstrand, E., Sundell, K., Andréasson, S. (2014). Evaluation of a Swedish version of the Strengthening Families Programme. *European journal of Public Health*, 24(4), 578–584.

³⁷⁰ Skärstrand, E., Sundell, K., Andréasson, S. (2014). *Op. cit* Evaluation of a Swedish version of the Strengthening Families Programme. *European journal of Public Health*, 24(4), 578–584.

³⁷¹ Segrott, J., Gillespie, D., Lau, M., Holliday, J., Murphy, S., Foxcroft, D., Moore, L. (2022). *Op. cit.* Effectiveness of the Strengthening Families Programme in the UK at preventing substance misuse in 10–14 year-olds: a pragmatic randomised controlled trial. *BMJ open*, 12(2), e049647.

D'autres travaux (notamment Riesch et al. 2012) et plusieurs essais randomisés, ont montré des résultats favorables³⁷². Il est à noter que le programme français, intitulé PSFP (programme de soutien aux familles et à la parentalité) a fait l'objet d'une adaptation au contexte français³⁷³.

L'évaluation de l'efficacité des programmes standardisés de type CSP a été questionnée lors des délibérations au sein du Conseil de l'enfance et de l'adolescence du HCFEA. Certains programmes *Evidence-based*, notamment de formation aux bonnes pratiques parentales en termes de santé mentale de l'enfant ont été discutés.

Les échanges ont porté principalement sur les enjeux éthiques et praxéologiques relatifs au choix des compétences visées par ces programmes, sur les limites inhérentes à l'évaluation et à l'efficacité des approches de l'enfant par ses compétences et la standardisation de l'application des programmes qui ne laisseraient pas la souplesse et la liberté nécessaires à l'ajustement à la variabilité des situations dans lesquelles les enfants se trouvent³⁷⁴.

Par ailleurs, et plus généralement, face à un système de soin et de prévention insuffisant, l'essentiel des questions contemporaines de la santé mentale de l'enfant, ses complexités et sa gravité dépassent la question de la seule prévention au niveau des pratiques individuelles. Si les CPS peuvent avoir un intérêt et un sens en termes de prévention de la santé mentale de l'enfant, elles ne se substituent nullement aux pratiques et dispositifs courants de soin et d'éducation ni aux politiques de réduction des inégalités sociales et environnementales.

Enfin, au-delà des CPS, il faut rappeler que dans les pratiques de prévention, d'accompagnement social, de soin et d'éducation destinées à l'enfant, lorsque le praticien s'oriente vers des approches standardisées, il doit pouvoir adapter son intervention à l'enfant, et à la spécificité de la relation et du contexte qui la plupart du temps prime sur la méthode elle-même dans la manière dont l'enfant s'empare de l'aide reçue.

³⁷² Maguin E, Safyer A, Nochajski TH, DeWitt D, MacDonald S, Kumpfer K. The impact of a family-based alcohol prevention program on parenting behavior. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2004;28:873.

Brody GH, Murry VM, Gerrard M, Gibbons FX, McNair L, Brown AC, et al. The strong African American families program: prevention of youths' high-risk behavior and a test of a model of change. *J Fam Psychol*. 2006;20(1):1-11.

Gottfredson D, Kumpfer K, Polizzi-Fox D, Wilson D, Puryear V, Beatty P, et al. The Strengthening Washington D.C. Families project: a randomized effectiveness trial of family-based prevention. *Prev Sci*. 2006;7(1):57-74.

Brook J, McDonald TP, Yan Y. An analysis of the impact of the Strengthening Families Program (SFP 3-5 and 6-11) on family reunification in child welfare. *Children and Youth Services Review*. 2012;34:691-5.

Coatsworth JD, Duncan LG, Nix RL, Greenberg MT, Gayles JG, Bamberger KT, et al. Integrating mindfulness with parent training: effects of the Mindfulness-Enhanced Strengthening Families Program. *Dev Psychol*. 2015;51(1):26-35.

Puffer ES, Annan J, Sim AL, Salhi C, Betancourt TS. The impact of a family skills training intervention among Burmese migrant families in Thailand: A randomized controlled trial. *PLoS One*. 2017;12(3):e0172611

³⁷³ <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-des-patients-et-des-usagers/projet-territorial-de-sante-mentale/illustrations/article/psfp-programme-de-soutien-aux-familles-et-a-la-parentalite>

³⁷⁴ À titre indicatif et non exhaustif, concernant les travaux de Xavier Briffault sur ces questions : Delawarde, C., Saïas, T., Briffault, X. (2014). The public health dogma of evidence-based mental disorders prevention and mental health promotion: French professionals' beliefs in regard to parenting programs. *Health Sociology Review*, 23(3), 166-177 ; Delawarde, C., Briffault, X., Saïas, T. (2014). L'enfant, sa famille et la santé publique: une fable périlleuse ? *Devenir*, 26(1), 45-58 ; Saïas, T., Veron, L., Delawarde, C., Briffault, X. (2014). Prevention in mental health: Social representations from French professionals. *Health Sociology Review*, 23(2), 159-164.

PARTIE V.

LA PREVENTION ET L'INTERVENTION SOCIALE EN FAVEUR DES ENFANTS

« L'accueil de l'autre dans son inconditionnalité ne présuppose aucune forme d'injonction, de prédiction ou de normalisation dans les relations mises en œuvre. Cet accueil s'accompagne d'un véritable ajustement créateur, sensible, affectif ou cognitif dans une authentique dialectique de la réciprocité et de la reconnaissance. L'autre ne saurait se réduire à nos modes de pensée ou cadres de références. L'accompagnement s'accomplit dans l'ici-maintenant de la rencontre. Il peut se déployer également dans la proposition de médiations ludiques, artistiques, poétiques, scientifiques ou numériques dans une approche duelle, groupale ou collective ». Bruno Jarry³⁷⁵

L'impact des facteurs sociaux et environnementaux pose le défi majeur de réduire les inégalités et développer la prévention et les leviers en faveur de la santé mentale – parmi lesquels, l'intervention sociale, mais aussi culturelle et artistique. L'ensemble implique prioritairement d'améliorer l'attractivité et les conditions d'exercice des métiers :

- du soin – et notamment, concernant la santé mentale de l'enfant, les pédopsychiatres, médecins, infirmiers, psychologues, orthophonistes, ergothérapeutes, kinésithérapeutes, psychomotriciens, auxiliaire de puériculture, aide-soignant ;
- de l'éducation – principalement les personnels de direction, les enseignants et les AESH ;
- de l'intervention sociale – notamment les éducateurs spécialisés, les assistants de service social, les éducateurs techniques, les moniteurs-éducateurs, les assistants éducatifs et sociaux, les travailleurs de l'intervention sociale et familiale, etc.

En effet, ces professions connaissent depuis plusieurs années **une désaffectation et des difficultés chroniques de recrutement** – aussi bien sur le terrain qu'au moment de l'entrée en formation. Ce phénomène est notamment objectivé dans le rapport « Professionnels de santé et offre de soins pour les enfants : enjeux quantitatifs et qualitatifs » du Haut Conseil de la Santé Publique³⁷⁶. Cette observation peut s'expliquer par plusieurs phénomènes conjoints :

- une perte de sens quant à la finalité de leurs missions dans un contexte socioéconomique qui ne cesse de se déliter
- des conditions d'exercice dégradées qui engendrent une crise des vocations et qui conduisent les professionnels à ne pas persévérer dans le métier et à changer d'emploi ou de branche ;
- des salaires et des conditions de travail qui n'ont pas suffisamment évolués, de telle manière que les métiers du soin, de l'éducation et de l'intervention sociale ont perdu leur attractivité ;
- une reconnaissance/valorisation sociale en déclin, qui ne suffit plus à soutenir les aspects vocationnels du métier.

Abonder les moyens des dispositifs de santé mentale – aussi bien dans les secteurs thérapeutiques, éducatifs et sociaux – de manière à favoriser le soin et le bien-être de l'enfant, c'est aussi lutter contre le risque de la perte de sens qui se fait jour dans les métiers de l'humain.

³⁷⁵ Jarry B., discours de réception de la médaille d'Officier dans l'Ordre national du mérite, 11 février 2023.

³⁷⁶ <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1247>

De la même manière, soutenir la formation et le recrutement de professionnels qualifiés reste la solution la plus logique et la plus efficace pour soutenir les enfants et les familles.

Soit l'esquisse d'un cercle vertueux à même de contribuer à l'amélioration de la santé mentale de l'enfant et des prochaines générations.

I. L'IMPACT DES FACTEURS SOCIO-ENVIRONNEMENTAUX : UNE CONSTANTE

Les études internationales montrent de manière transversale l'incidence des facteurs sociaux et environnementaux sur la santé mentale de l'enfant. La plupart de ces risques sont liés au contexte socioéconomique, éducatif et culturel.

Les facteurs sociaux et environnementaux génèrent de profondes inégalités sociales et des vulnérabilités dans toutes les sphères des personnes adultes et enfants qui en pâtissent. La littérature scientifique et les consensus d'experts montrent que les facteurs sociaux peuvent avoir un impact direct sur la santé et le développement de l'enfant aussi bien d'un point de vue psychique que somatique. Ils démontrent aussi que ces déterminants de risques sont sensibles à la qualité et la mobilisation d'action des pouvoirs, des systèmes sociaux, de protection, d'éducation, de santé et de solidarité, notamment pour les enfants dont l'évolution peut se trouver entravée ou relancée efficacement : réduction des inégalités sociales, plans de lutte contre la pauvreté et l'exclusion, pratiques de soutien à la parentalité et d'accompagnement psychosocial, soutien aux associations socioculturelles, services familiaux, institutions médicosociales de prévention et d'accompagnement, planning familial, PMI, etc.

Les services publics de protection maternelle et infantile jouent à cet égard un rôle notable en prévention psychique développementale, qui doit être consolidé, de par leur engagement pluri-professionnel auprès des bébés et des parents dès la grossesse et la naissance : ils offrent un accompagnement des difficultés relationnelles susceptibles d'affecter le quotidien (alimentation, sommeil, pleurs du bébé...) pour éviter leur nouage potentiel en des troubles psychopathologiques avérés.

Il s'agit dès lors de renforcer les dispositifs de prévention et d'intervention sociale dédiés à l'enfant et à la famille, et en priorité de réduire les inégalités sociales et territoriales d'accès au soin.

De nombreux facteurs de risques environnementaux et sociaux ont ainsi été identifiés pour les troubles de l'enfance et les troubles mentaux en général. Pour le TDAH, on l'a vu (partie II), ces facteurs de risque incluent les conséquences de la pauvreté, l'exposition à des niveaux toxiques de

plomb³⁷⁷, la naissance prématurée³⁷⁸, la maltraitance grave des enfants, des parents souffrant de troubles mentaux, de mauvaises interactions entre parents et enfants³⁷⁹, un faible niveau scolaire ou économique des parents, les enfants vivant dans une famille monoparentale ou dont la mère était adolescente au moment de la naissance sont plus à risque également³⁸⁰. Une exposition excessive à la télévision avant l'âge de trois ans semble particulièrement néfaste au développement de la capacité d'attention d'un enfant³⁸¹.

De nombreux facteurs sociaux et économiques ont également été mis en évidence pour la dépression chez l'enfant et l'adolescent dans la littérature internationale : pauvreté, inégalités sociales, crises et événements traumatiques (guerre, catastrophe naturelle, crise sanitaire), inégalités de genre, faible niveau d'éducation et faible niveau socioéconomique des parents, qualité de la relation parents-enfant, abus et maltraitance, autoritarisme, permissivité, conflits entre parents, comportement anxiogène des parents, désinvestissement parental, parents souffrant de troubles mentaux³⁸².

Toutes les études épidémiologiques et sociales menées au niveau international et transversales à l'ensemble des pays enquêtés, montrent que les inégalités sociales, les crises et les facteurs de stress se sont accrus ces dernières années. De même, les enfants sont systématiquement et

³⁷⁷ Needleman, H. L., Gunnoe, C., Leviton, A., Reed, R., Peresie, H., Maher, C., Barrett, P. (1979). Deficits in psychologic and classroom performance of children with elevated dentine lead levels. *N Engl J Med*, 300(13), 689-695. doi : 10.1056/nejm197903293001301

³⁷⁸ Linnet, K. M., Wisborg, K., Agerbo, E., Secher, N. J., Thomsen, P. H., Henriksen, T. B. (2006). Gestational age, birth weight, and the risk of hyperkinetic disorder. *Arch Dis Child*, 91(8), 655-660 ; Szatmari, P., Saigal, S., Rosenbaum, P., Campbell, D., King, S. (1990). Psychiatric disorders at five years among children with birthweights less than 1000g: a regional perspective. *Dev Med Child Neurol*, 32(11), 954-962.

³⁷⁹ Biederman, J., Faraone, S. V., Monuteaux, M. C. (2002). Differential effect of environmental adversity by gender: Rutter's index of adversity in a group of boys and girls with and without ADHD. *Am J Psychiatry*, 159(9), 1556-1562 ; Biederman, J., Milberger, S., Faraone, S. V., Kiely, K., Guite, J., Mick, E., . . . Reed, E. (1995). Family-environment risk factors for attention-deficit hyperactivity disorder. A test of Rutter's indicators of adversity. *Arch Gen Psychiatry*, 52(6), 464-470 ; Schneider, H., Eisenberg, D. (2006). Who receives a diagnosis of attention-deficit/ hyperactivity disorder in the United States elementary school population? *Pediatrics*, 117(4), 601-609 ; Tallmadge, J., Barkley, R. A. (1983). The interactions of hyperactive and normal boys with their fathers and mothers. *J Abnorm Child Psychol*, 11(4), 565-579.

³⁸⁰ Froehlich, T. E., Lanphear, B. P., Epstein, J. N., Barbaresi, W. J., Katusic, S. K., Kahn, R. S. (2007). Prevalence, recognition, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in a national sample of US children. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 161(9), 857-864 ; Schneider, H., Eisenberg, D. (2006). Who receives a diagnosis of attention-deficit/ hyperactivity disorder in the United States elementary school population? *Pediatrics*, 117(4), 601-609.

³⁸¹ Christakis, D. A., Zimmerman, F. J., DiGiuseppe, D. L., McCarty, C. A. (2004). Early television exposure and subsequent attentional problems in children. *Pediatrics*, 113(4), 708-713 ; Nikkelen, S. W., Valkenburg, P. M., Huizinga, M., Bushman, B. J. (2014). Media use and ADHD-related behaviors in children and adolescents: A meta-analysis. *Developmental psychology*, 50(9), 2228 ; Beyens, I., Valkenburg, P. M., Piotrowski, J. T. (2018). Screen media use and ADHD-related behaviors: Four decades of research. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 115(40), 9875-9881.

³⁸² Yap, M. B. H., Jorm, A. F. (2015). Parental factors associated with childhood anxiety, depression, and internalizing problems: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 175, 424-440 ; Walker, S. P., Wachs, T. D., Gardner, J. M., Lozoff, B., Wasserman, G. A., Pollitt, E., International Child Development Steering Group. (2007). Child development: risk factors for adverse outcomes in developing countries. *The lancet*, 369(9556), 145-157 ; Wirback, T., Möller, J., Larsson, J. O., Galanti, M. R., Engström, K. (2014). Social factors in childhood and risk of depressive symptoms among adolescents—a longitudinal study in Stockholm, Sweden. *International Journal for Equity in Health*, 13(1), 1-11 ; Dobson, K. S., Dozois, D. J. (Eds.). (2011). *Risk factors in depression*. Elsevier.

logiquement plus exposés et moins résilients que les adultes face à ces facteurs de risque sociaux et environnementaux bien que la plupart des parents fassent de leur mieux pour les entourer.

Pour ces raisons, il y a urgence à réduire l'impact des facteurs sociaux de risque pour les troubles mentaux chez l'enfant :

- par la mise en œuvre de politiques publiques globales de lutte contre la pauvreté et de réduction des inégalités sociales ;
- par des politiques ciblées d'accompagnement des familles présentant des risques accrus de vulnérabilité sociale ;
- par une prise en compte réelle et effective des problématiques sociales dans l'accompagnement des enfants en situation de souffrance psychique.

1.1. Les inégalités socio-spatiales d'accès au soin

Un volet important concerne les inégalités socio-spatiales d'accès au soin. Si cette question se décline de manière transversale aux problématiques de santé, elle emporte des enjeux particulièrement vifs dans le champ de la psychiatrie et de l'enfance.

Dans son rapport 2022 dédié « L'état de santé de la population en France », la Drees indexe de nombreuses inégalités sociales et territoriale d'accès au soin, a fortiori dans le domaine de l'enfance :

« L'accès aux soins demeure inégal d'un territoire à l'autre et, dans un contexte de baisse attendue de la démographie médicale, les inégalités d'accessibilité aux professionnels de santé (et en particulier aux généralistes libéraux) s'accroissent. Elles risquent de pénaliser plus fortement les plus modestes. En effet, inégalités spatiales et sociales semblent se renforcer. [...]

Les dépistages demeurent inégalement répandus Les inégalités de recours à la prévention et aux soins contribuent à la plus grande fréquence des problèmes de santé, mais aussi à leur retentissement plus important en bas de l'échelle sociale. [...]

Les différences de prise en charge par niveau de vie semblent s'accroître lorsque l'offre diminue : là encore, inégalités spatiales et sociales semblent se renforcer, au détriment des personnes les plus modestes »³⁸³.

³⁸³ Bagein, G., Costemalle, V., Deroyon, T., Hazo, J. B., Naouri, D., Pesonel, E., Vilain, A. (2022). L'état de santé de la population en France, DREES. Sur les inégalités sociales d'accès au soin voir également : Delpierre, C. (2017, octobre). Épigénétique et conséquences en Santé publique. Dans Lang, T., Ulrich, V. (coord.), *Les inégalités sociales de santé, Actes du séminaire de recherche de la DREES 2015-2016* ; Gaini, M., Guignon, N., Moisy, M., Vilain, A., et al. (2020). *Les inégalités sociales de santé apparaissent avant la naissance et se creusent durant l'enfance*. Insee, France, portrait social, coll. « Insee Références » ; Hazo, J.-B., Boulch, A. (2022, juin). Santé mentale : une amélioration chez les jeunes en juillet 2021 par rapport à 2020 mais des inégalités sociales persistantes. DREES, *Études et Résultats*, 1233 ; Mignon, D., Jusot, F. (2020). Inégalités des chances dans le recours aux soins des jeunes adultes en France. *Insee, Économie et Statistique*, 514-515-519 ; Zeitlin, J., Pilkington, H., Drewniak, N., Charreire, H., Amat-Roze, J.-M., Le Vaillant, M., Combier, E., Blondel, B. (2015, février). Surveillance des inégalités sociales de santé périnatale au niveau national à partir des caractéristiques sociales de la commune de résidence des mères. *Santé publique France, Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 6-7.

Ces différents types d'inégalités concernent l'ensemble des problématiques de santé : surpoids et obésité, tabagisme, alcoolisme et addictions, risques cardiovasculaires et cérébro-vasculaires, cancers, différents types de maladies chroniques (i.e. diabète), ainsi que les problématiques de santé mentale.

Ces inégalités sociales touchent à la fois les politiques de prévention, de dépistage, et l'accès au soin.

Elles se sont aggravées par les crises successives : Covid, crise économique, etc. Les personnes socialement vulnérables sont les plus impactées et les moins résilientes aux événements et mutations de la question sociale.

Le rapport de la Drees indique que **ces inégalités sociales et territoriales d'accès au soin sont résistantes aux politiques de prévention** dans la mesure où ces dernières ne permettent pas de résoudre les causes structurelles des inégalités.

Le rapport de la Drees montre également que **les inégalités d'accès au soin sont manifestes dès la naissance** et impactent plus particulièrement les enfants :

« Les inégalités sociales de santé apparaissent avant même la naissance, avec des différences de suivi prénatal et de comportements à risque pour l'enfant à naître. Dès la petite enfance, des inégalités de santé se développent, que les habitudes de vie, les facteurs culturels et économiques ou l'exposition environnementale contribuent à creuser au cours de l'enfance et de l'adolescence. [...] Les inégalités de santé apparaissent dès avant la naissance avec de nombreux facteurs de risques pour la santé de la femme enceinte et de l'enfant à la naissance plus fréquemment présents dans les milieux défavorisés (tabac, obésité). La prématurité et les petits poids à la naissance sont plus fréquents lorsque la mère est de milieu modeste. Lorsqu'ils grandissent, deux fois plus d'enfants d'ouvriers que d'enfants de cadres se retrouvent en surpoids en grande section maternelle. En 2017, 18 % des enfants en classe de troisième sont en surpoids et 5 % sont obèses (3 % chez les enfants de cadre et 8 % chez les enfants d'ouvriers). La part de ces enfants en surpoids ou obèses progresse »³⁸⁴.

Les enfants sont tout autant sinon plus exposés que les adultes aux inégalités sociales de traitement et d'accès au soin. Cette vulnérabilité est d'autant plus prégnante dans le cas des soins psychiques dans la mesure où les études mettent en avant un risque accru pour les troubles mentaux chez les personnes présentant des conditions sociales défavorables.

De même, les hospitalisations pour gestes auto-infligés suivent un gradient social assez fort en défaveur des plus modestes³⁸⁵, témoignant de l'impact des facteurs sociaux et environnementaux sur la survenue des troubles mentaux.

³⁸⁴ *Ibid.*

³⁸⁵ Sterchele, C. (2022, septembre). Caractéristiques sociodémographiques des personnes hospitalisées pour tentative de suicide entre 2015 et 2017 (EDP-Santé). Dans Observatoire national du suicide (ONS), Suicide Mesurer l'impact de la crise sanitaire liée au Covid-19 - Effets contrastés au sein de la population et mal-être chez les jeunes, 5e rapport.

I.2. L'accès aux psychothérapies du secteur libéral

Les inégalités d'accès aux soins psychiques en termes de santé mentale de l'enfant sont d'autant plus vives que la saturation systémique des services de soin, les déficits de moyens humains et la défaillance du système de santé mentale ne permettent pas à chaque enfant qui en aurait besoin de disposer des services publics de prise en charge et d'accompagnement.

L'accès aux psychothérapies en libéral, s'il est ouvert à tous par principe, **se heurte à la réalité de l'accessibilité économique et profite d'abord aux enfants issus des familles les plus aisées, ou les mieux informées et orientées**. D'autres familles disposent moins souvent du bagage économique, culturel ou symbolique pour adresser une demande de soin en psychothérapie libérale pour leur enfant. Une récente réforme ouvre la possibilité de consultations en libéral, remboursées par la sécurité sociale, sur prescription médicale, pour les enfants et les jeunes, selon des critères qui suscitent des débats (voir annexe V). Un autre frein aux consultations en libéral repose sur des représentations dépassées du coût et des méthodes en libéral pour une psychothérapie. En effet, si dans les corpus de la clinique psychothérapeutique, le règlement des séances par le patient fait *a priori* partie intégrante du travail de soin, les montants et les formes de ce paiement font autant partie de l'ajustement à la singularité de chaque prise en charge. Le paiement est l'un des outils de la psychothérapie, et c'est d'ailleurs en ce sens qu'a été inventée notamment avec les enfants la possibilité d'un paiement symbolique par l'enfant lui-même. Les praticiens libéraux doivent pouvoir être rémunérés pour leur travail et leurs compétences, tout en sachant adapter le prix, les horaires et le rythme des séances de l'enfant, à sa motivation, et son contexte global, de telle manière que le coût ne soit pas une entrave au soin.

Par ailleurs, des praticiens en psychanalyse et en psychologie proposent des consultations gratuites dans certaines structures : services sociaux, centres de PMI, lieux d'accueil enfant-parent et/ou dans des partenariats avec des associations caritatives et de solidarité. Certaines associations de psychologues ou autres thérapeutes et psychanalystes praticiens organisent des centres de consultations gratuites pérennes pour certains publics, ou des consultations spécifiques lors de situations de drame collectifs comme ce fut le cas lors des attentats à Paris en 2015 dans les mairies. Ces initiatives se déploient sur le territoire national et certaines font l'objet d'une reconnaissance par les pouvoirs publics et les autorités de santé³⁸⁶.

Ainsi la lutte contre les inégalités d'accès aux soins psychiques doit être menée dans trois directions conjointes :

- faciliter et abonder l'accessibilité aux offres de soin en structures médicosociales de proximité : CMP, CMPP, services hospitaliers, etc. ;
- faciliter l'accès aux psychothérapies libérales : il existe en France des ressources psychothérapeutiques susceptibles de contribuer à renforcer le système de santé mentale chez l'enfant ;

³⁸⁶ Voir les consultations proposées dans les centres d'hébergement pour familles migrantes. Autre exemple, depuis 2006, les Centres Psychanalytiques de Consultation et de Traitement (CPCT) accueillant les personnes en situation de précarité, d'exclusion, sans emploi, etc. sans contrepartie financière créés des psychanalystes. <https://www.causefreudienne.org/cpct/>

- favoriser les initiatives d'institutions et d'associations reconnues d'utilité publique qui ont de longue date déployé des dispositifs à même de réduire les inégalités d'accès aux soins psychiques.

L'exemple nord-américain du « filet de sécurité »

La mise au jour de facteurs de risque sociaux et environnementaux pour les troubles mentaux chez l'enfant ainsi que les inégalités sociales et territoriales d'accès aux soins psychiques chez l'enfant engagent le déploiement ou le renforcement des politiques de prévention sociale adaptés : lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion, renforcement des dispositifs de prévention sociale, prévention des usages et mésusages des écrans, la prévention des risques liés au sommeil, le développement des CPS, etc. Elles Constituent autant de perspectives susceptibles de contribuer à la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent.

En Amérique du Nord (Etats-Unis et Canada), la mise en œuvre de « filets de sécurité » a permis de réduire de manière considérable la pauvreté chez l'enfant. Ainsi, en septembre dernier, le New York Times publiait des données sur l'état de la pauvreté infantile aux États-Unis. Alors qu'en 1993, 28 % des enfants américains vivaient sous le seuil de la pauvreté, cette proportion avait diminué à 11 % en 2019³⁸⁷. Cela représente 11 millions d'enfants de moins. Cette diminution s'explique notamment par le déploiement de **programmes faisant office de filets de sécurité pour les parents avec un faible revenu : bons alimentaires, crédit d'impôt sur le revenu gagné, crédit d'impôt pour enfant, programme de dîners dans les écoles, assurance-chômage**. Une famille qui gagne moins de 20 000 \$ après impôt reçoit ainsi environ le même montant de la part du gouvernement pour compenser son revenu insuffisant. Cela permet donc à ces familles de passer au-dessus du seuil de pauvreté.

De même, au Canada, d'après le Conseil consultatif national sur la pauvreté canadien, le taux de pauvreté passé de 16,3 % en 2015 à 9,4 % en 2019. Selon Pierre Fortin, professeur en sciences économiques à l'UQAM, « *l'allocation canadienne pour enfant (ACE) qui a été bonifiée par le gouvernement fédéral en 2016 a bien aidé les familles pauvres. Nous avons alors fait un pas en avant pour lutter contre la pauvreté chez les enfants. Les études qui ont été faites jusqu'ici sur l'impact de cette mesure ont été très positives* »³⁸⁸. Selon le Gouvernement canadien, l'ACE a contribué à sortir près de 300 000 enfants de la pauvreté entre 2015 et 2017. Ces politiques de lutte contre la pauvreté, associées au déploiement de politiques et de services de garde du jeune enfant visant la participation des femmes au monde du travail, ont montré des bénéfices dans la réduction de la pauvreté et *in fine*, contribué à l'amélioration du bien-être des enfants.

³⁸⁷ <https://tout-petits.org/actualites/2022/chronique-lutte-a-la-pauvrete-pourquoi-miser-sur-le-filet-de-securite/>

³⁸⁸ *Idem*

« Grandir sans chez-soi. Quand l'absence de domicile met en péril la santé mentale des enfants » (Rapport de l'Unicef 2022)

Le rapport Unicef *Grandir sans chez-soi. Quand l'absence de domicile met en péril la santé mentale des enfants*³⁸⁹ met en lumière la nécessité de travailler à améliorer les conditions d'hébergement des enfants afin de diminuer les risques de santé mentale liés à la précarité et à l'exclusion. Ainsi:

- **en France 42 000 enfants vivaient dans des hébergements, des abris de fortune ou dans la rue le 22/08/2022**³⁹⁰. Ces enfants, dits « sans-domicile », sont tous confrontés à la précarité multidimensionnelle (précarité des conditions de vie, économique, sociale, administrative) inhérente à l'absence de logement. Celle-ci engendre des conséquences graves sur la santé mentale des enfants ;
- les enfants constituent une part croissante mais méconnue de la population « sans-domicile » : on constate un manque de données exhaustives et actualisées – *la dernière enquête Insee sur les « sans-domicile » date de 2012 et celle-ci étudie peu la situation particulière des enfants, leurs besoins, etc.* Par ailleurs, les données épidémiologiques relatives à la santé mentale des enfants sont lacunaires en France. **Celles sur la santé mentale des enfants sans-domicile sont donc quasi inexistantes en France et les conséquences de l'absence de logement sur la santé mentale des enfants sont donc très peu documentées dans la littérature française ;**
- certaines études internationales ont démontré **des troubles mentaux plus fréquents chez les enfants sans-domicile que dans la population générale**. L'enquête Enfams, réalisées par l'Observatoire du Samusocial de Paris en 2013 auprès des familles sans-domicile hébergées en Île-de-France souligne également que **les troubles suspectés de la santé mentale globale sont plus fréquents chez les enfants hébergés (19,2 %) qu'en population générale (8 %)** ³⁹¹.

Alors que le logement est clairement reconnu comme un déterminant de santé (notamment par l'OMS) et que des études ont démontré une vulnérabilité particulière des enfants sans-domicile face aux troubles de la santé mentale, de plus en plus d'enfants sont victimes de la crise du logement : ainsi le Baromètre Unicef/FAS sur les enfants à la rue enregistrait **une hausse de 77 % du nombre d'enfants restés sans solution d'hébergement entre le 31/01/2022 et le 22/08/2022**.

L'UNICEF France et le Samusocial de Paris, en collaboration avec Santé publique France, documentent de manière très étayée les conséquences de l'absence de domicile sur le développement de l'enfant et la santé mentale des enfants, de l'absence de domicile et de la précarité sur les liens familiaux et la scolarisation, et les difficultés d'accès aux soins psychiatriques en France (voir annexe V).

³⁸⁹ <https://www.unicef.fr/article/sante-mentale-la-double-peine-des-enfants-sans-domicile/>

³⁹⁰ Données issues du Baromètre enfants à la rue, Donnée issue du [Baromètre enfants à la rue](#), publié en septembre 2022 par l'UNICEF France et la Fédération des acteurs de la solidarité. Ce baromètre analyse, sur la base des données SI-SIAO, les demandes d'hébergement des personnes en familles adressées au 115 et les réponses données (demandes pourvues ou non pourvues et mode d'hébergement), la nuit du 22/08/2022 dans la France entière. Ces données ne sont pas exhaustives car de nombreuses sont les familles qui ne recourent pas au 115. De plus, elles ne mettent pas en lumière la situation particulière des mineurs non accompagnés à la situation de rue.

³⁹¹ https://www.samusocial.paris/sites/default/files/2018-10/enfams_web.pdf

Face à cette situation l'Unicef recommande :

- **de promouvoir la santé mentale des enfants sans-domicile** en leur garantissant un environnement sûr, bienveillant et stable, propice à leur développement, à leur bien-être et à l'exercice de leurs droits ; garantir l'accueil inconditionnel des familles sans-domicile dans des structures adaptées aux besoins spécifiques des enfants ; permettre aux familles sans-domicile d'accéder à un logement ordinaire en accélérant la production de logements à loyers abordables et adaptés à leurs besoins ; assurer la protection de tous les mineurs non accompagnés en leur garantissant une mise à l'abri immédiate et inconditionnelle, en assurant leur prise en charge par les services de la protection de l'enfance. Autant de propositions qui rejoignent celles formulées par le Collège des enfants dans le cadre de la Garantie enfance européenne.
- **d'améliorer la prévention et la détection des problèmes de santé mentale** de tous les enfants en renforçant les leviers existants, avec une attention spécifique à la situation des enfants sans-domicile ; renforcer et sécuriser les moyens de la PMI ; encourager le développement d'actions de prévention et de sensibilisation visant à *aller vers* les familles sans-domicile ;
- **de mieux prendre en charge les problèmes de santé mentale** de tous les enfants avec une attention particulière sur les enfants sans-domicile, en renforçant l'offre existante et en améliorant sa qualité et la prise en compte de leurs besoins spécifiques ; renforcer l'offre de soins en santé mentale par la revalorisation des métiers du soin en santé mentale, l'augmentation des capacités d'accueil des établissements et le développement de l'offre dans les territoires en tension ; lever les barrières financières des familles sans-domicile par une prise en charge inconditionnelle, totale et immédiate ; encourager le développement des pratiques d'*aller vers* et de *ramener vers* pour accompagner les personnes éloignées du système de santé ; mieux former les acteurs médico-sociaux aux besoins spécifiques des enfants sans-domicile ;
- **de favoriser la transversalité** et l'interconnaissance entre le secteur de l'accueil, de l'hébergement, de l'insertion et celui de la santé mentale et de la pédiatrie : systématiser la prise en compte de la santé mentale des enfants dans les politiques publiques de l'hébergement et de l'accès au logement et réciproquement.

1.3. Renforcer les dispositifs de prévention sociale

L'impact des facteurs sociaux et environnementaux sur la santé mentale de l'enfant, ainsi que les inégalités sociales et territoriales d'accès au soin impliquent de renforcer les dispositifs de préventions et d'action sociale existants :

- prévention et accompagnement de la famille, soutien à la parentalité : prévention dès la naissance et les 1 000 premiers jours de vie de l'enfant, PMI, accueil, accompagnement et suivis en mode d'accueil individuel/collectif ;
- prévention en milieu scolaire (école, collège, lycée), à la fois du point de vue de l'information des parents, des enfants, que de l'engagement d'un travail sur l'environnement de l'enfant, les ambiances de classe, la relation élève-professeur, etc. ;
- prévention dans les lieux-tiers, les espaces socioculturels et sportifs : centre social et de loisir, centre culturel, association sportive, etc. ;
- renfort des dispositifs d'accompagnement à destination des jeunes et des adolescents : Planning familial, MDA, etc. ;

- soutien des dispositifs judiciaires, sociaux et médicosociaux de prévention et d'accompagnement : AED/AEMO, lutte contre l'exclusion, prévention spécialisée, etc.

Ces dispositifs de prévention des troubles de l'enfance et des inégalités d'accès au soin ne relèvent pas seulement de la transmission d'une information qui viendrait à manquer – les enfants et les adolescents en sont au contraire saturés – mais bien d'une **présence réelle et effective auprès des enfants**, des jeunes et des familles, une **prévention incarnée**, inscrite dans une relation qui donne sa force et sa portée à la dimension du prendre soin – de soi, des autres, etc.

Ces **modalités classiques – et pourtant essentielle de prévention** – touchent à des domaines variés : **soutien à la parentalité, prévention des violences intrafamiliales, prévention de l'inceste, prévention du harcèlement en milieu scolaire et extra-scolaire, prévention face aux risques d'addiction**. Ils représentent un enjeu majeur, aujourd'hui comme hier et comme demain, en termes de protection de l'enfance et de prévention des troubles mentaux chez l'enfant.

Compte tenu de la crise, aux limites même de l'effondrement de la pédopsychiatrie en France, les acteurs de la prévention sont amenés à intervenir de plus en plus auprès de jeunes et de leurs parents, **dans des situations relevant davantage du soin que de la prévention**.

Les délais d'attente dans les structures de soins telles que les CMP / CMPP, nous l'avons souligné (cf. partie I sur la pénurie de l'offre de soin) **ont impacté ceux de lieux davantage polyvalents comme les MDA**, qui ne sont plus à leur tour en mesure de répondre aux besoins avec la réactivité inhérente à leur mission. Par ricochet, les structures de prévention sont alors mobilisées, y compris de manière non officielle, pour répondre à ces besoins non couverts. Ce transfert des acteurs du soin vers les acteurs de la prévention pose de nombreuses questions en termes de disponibilité, de formation des professionnels, de financements. Les EPE, qui portent notamment des points écoute parents et des points d'accueil écoute jeunes, font face à cette évolution préoccupante de leur accompagnement, de la prévention primaire vers la prévention secondaire voire tertiaire.

Prévenir ou guérir ne sont pas des alternatives en santé mentale mais bien deux éléments essentiels. La confusion croissante entre ces deux perspectives acte une déconnexion progressive entre services et besoins, offre et demande.

II. LES PRATIQUES D'INTERVENTION SOCIALE

II.1. Du bon accueil de l'enfant dans les services et structures

La question de la santé mentale des enfants doit absolument être élargie et appréhendée dans une approche systémique tant les relations précoces de l'enfant et du bébé avec leur environnement sont décisives pour leur développement.

De nombreuses études montrent l'importance du « bon » accueil des enfants et de sa qualité dans leurs divers lieux d'accueil. Il est donc essentiel de prendre en compte la qualité des conditions d'accueil des enfants. Qualité qui se décline, entre autres, à travers la question de la formation et du degré de qualification des professionnels, de leurs effectifs en nombre suffisant et de leur organisation au sein des institutions dans lesquelles ils interviennent.

On l'a montré, la place des psychologues dans l'institution scolaire touche directement à cette question de la qualité de l'accueil des enfants et adolescents. La demande est très forte à cet égard, du côté des familles, des enseignants et des enfants eux-mêmes (Voir les paroles du collège des enfants du Haut Conseil, et le rapport Traversée adolescente des années collège, 2021)³⁹².

Comme l'indique déjà le rapport Moro-Brison en 2016³⁹³, le nombre de psychologue en France reste en deçà de la moyenne européenne constatée (un psychologue pour 800 en Europe contre un psychologue pour 1 600 en France). En 2021, les rapports Balanant³⁹⁴ et Buffet³⁹⁵ rappellent la nécessité de rendre plus visible et plus optimal le service offert par ces professionnels en créant un véritable service de psychologie qui n'existe pas à ce jour.

Le passage par la MDPH depuis 2005 pour obtenir des moyens humains et matériels (AESH notamment), tendant à traiter les difficultés scolaires sous le prisme de « troubles », conduit à une sur-demande auprès de la MDPH et d'attribution d'AESH (voir encadré).

Pour le collectif Cep-Enfance³⁹⁶,

« Sur le terrain », les professionnels constatent combien les inégalités territoriales d'accès aux soins ne font qu'augmenter la sévérité des symptômes non soignés.

Dans des travaux d'ATD Quart Monde, à travers de nombreux récits de vie recueillis, on note que l'insécurité, provoquée par la grande pauvreté qui touche certaines familles, fabrique de l'insécurité matérielle qui produit à son tour de l'insécurité psychique qui peut nuire à la bonne santé mentale des enfants et faire le nid de troubles psychiques à venir. En illustration de cela, face à une situation de vie faite de ruptures et d'accueils successifs temporaires, une mère réagissait ainsi à une proposition de soin avec un psychologue pour l'un de ses jeunes enfants « *le problème, c'est pas Sofiane qui va pas bien. Comment il peut aller bien si je suis en insécurité ? Traitons l'insécurité et on traitera Sofiane* ».

D'autre part, la normalisation des pratiques actuellement à l'œuvre uniformise, modélise, protocolise les soins apportés aux enfants au détriment d'une plasticité réflexive des acteurs porteuse d'accompagnement, de prévention, de soins « sur-mesure ». La complexité de l'enfant, sujet en devenir, peut se trouver étouffée par l'injonction des recommandations officielles : « un trouble/une rééducation ».

II.2. Les risques liés au sommeil

La qualité, la régularité et la durée du sommeil sont essentielles pour le bon développement mais aussi le bien-être des enfants de tous âges. Or, la dette de sommeil s'accroît pour de multiples raisons socioéconomiques, d'environnement sonore domestique et urbain, ou encore par l'usage des écrans et des réseaux sociaux, ce qui pénalise les enfants.

³⁹² https://www.hcfea.fr/IMG/pdf/hcfea_rapportanneescollege.pdf.

³⁹³ Mission *Bien-être et santé des jeunes* réalisée par Marie-Rose Moro et Jean-Pierre Brison, *op. cit.*

³⁹⁴ Lien vers le rapport du député Erwan Balanant : https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/cion-cedu/l15b4712_rapport-fond

³⁹⁵ Rapport d'enquête parlementaire : « Effets de la crise du covid-19 sur les enfants et la jeunesse » - N° 3703 lien : <https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/cecovidj/l15b3703> rapport-enquête

³⁹⁶ Contribution en annexe V.3.

Le 17 octobre 2022, le Cofrade (Conseil français des associations pour les droits de l'enfant), membre du HCFEA, a organisé une demi-journée de mobilisation avec des parlementaires, des scientifiques et des associations, et publié en mars 2022 une tribune dédiée à la prévention des risques liés aux carences de sommeil chez l'enfant..

Des lieux de vie où le sommeil est protégé du bruit, et l'information sur l'importance de préserver le sommeil, en particulier celui des enfants, est un levier de prévention et de santé.

Les risques liés au sommeil – Cofrade

À l'automne 2021, 70 % de la population déclarait souffrir de problèmes de sommeil, selon Santé Publique France. La crise sanitaire est venue éclairer les difficultés de sommeil déjà connues chez les enfants : 22 % des nourrissons, 25 % des enfants d'âge préscolaire, 30 % des enfants d'âge primaire et jusqu'à 70 % des collégiens sont concernés par des troubles du sommeil.

Les carences de sommeil peuvent être considérées comme un enjeu de santé à part entière, avec des conséquences néfastes sur le plan physique, psychologique, des apprentissages et des interactions sociales.

Cependant, les enjeux relatifs au sommeil de l'enfant peuvent également être associés à d'autres types de problématiques – notamment de santé mentale (angoisse, anxiété, agitation, souffrance psychique, etc.) ou socioéconomique. Ainsi :

« Certaines populations cumulent ainsi des situations défavorables en termes économiques, professionnels, éducatifs et sanitaires, et le sommeil se trouve au cœur de la production et de la reproduction de ces inégalités sociales... Les évolutions contemporaines du sommeil sont ainsi au centre de la production des inégalités sociales... Le bon sommeil constitue un bien commun dont il faut garantir l'égal accès à tous »³⁹⁷.

Face à cet enjeu à même d'abonder les dispositifs de prévention de la santé mentale de l'enfant, sont encouragées les initiatives institutionnelles et individuelles en faveur de la promotion du sommeil, pour garantir aux enfants le droit à un sommeil en quantité et qualité suffisantes, de manière à soutenir son développement et son épanouissement³⁹⁸.

II.3. Lutter contre les violences faites aux enfants

On l'a dit, les enfants dits « protégés », les enfants sous main de justice, mais aussi les enfants sans domicile – la question doit être posée pour les mineurs non accompagnés –, ont une moins bonne santé mentale et plus de besoins particuliers, de soin, de suivi, et d'aide, dans la durée, mais font face aux mêmes carences. Pire, leur situation entrave encore dans de nombreux cas leur accès aux soins et surtout, à un suivi régulier et de qualité.

³⁹⁷ Leger *et al.*, 2016.

³⁹⁸ Tribune COFRADE et INSU.

Le Conseil National de la Protection de l'Enfance³⁹⁹ (CNPE) insiste sur le fait que **les enfants victimes de négligences graves et de violences** (qu'ils les aient subies directement ou en aient été les témoins) ont pour la plupart d'entre eux été exposés à des événements traumatiques répétés et prolongés, sans protection du milieu familial, et connu de nombreuses ruptures. Ils **ont des besoins de santé spécifiques qui imposent aux professionnels qui les accompagnent des coopérations interdisciplinaires et la construction d'un parcours de soins coordonné**. Les situations de handicap sont surreprésentées dans la population des enfants protégés⁴⁰⁰, et leur santé globale moins bien prise en compte que dans la population générale, que ce soit sur le plan somatique ou pédopsychiatrique. De la même façon, le parcours médico-judiciaire dont le constat médical, doit être intégré à un lieu de soins pédiatriques ou pédopsychiatriques dédié aux enfants et aux adolescents. Le CNPE appelle l'attention des autorités sur l'impérieuse **nécessité que les mineurs victimes soient d'abord considérés comme des sujets de soins avant d'être entendus comme des justiciables**. C'est d'ailleurs ce qui a prévalu à la mise en place dans les hôpitaux des Unités d'Accueil Pédiatriques Enfant en Danger (UAPED)⁴⁰¹. Il s'agit donc :

- de mieux repérer les souffrances de ces enfants, développer la promotion de la santé dans les institutions qui les accompagnent et favoriser les alliances éducatives et de soin sont autant de conditions pour répondre à leurs besoins ;
- de développer une approche intégrée de la santé de l'enfant réunissant santé physique, psychique et sociale permettant un prendre soin dès la première rencontre avec les professionnels ;
- d'intégrer le soin dans une préoccupation plus large de continuité et de permanence des espaces de protection, (école, espaces de loisirs et de santé, lieu d'accueil) dans le respect et la valorisation des liens affectifs noués par l'enfant, veillant ainsi à la prise en compte de son besoin de sécurité

Ces enfants et adolescents particulièrement vulnérables doivent bénéficier d'un prendre soin par l'ensemble des professionnels qu'ils rencontrent. Quelles que soient leurs fonctions et leurs institutions, ils pourront échanger, partager, coopérer dans le respect de la loi en vigueur et dans le seul intérêt supérieur des mineurs qu'ils accompagnent.

Parce que la santé des enfants les plus vulnérables est une préoccupation majeure du Conseil National de la Protection de l'Enfance, une commission santé a été installée, chargée de faire des propositions aux pouvoirs publics pour améliorer le repérage des situations de souffrance et de danger, l'accès aux soins des enfants protégés, le tout dans une démarche de promotion de la santé pour tous les enfants.

Compte tenu des difficultés relatives à l'accueil et à l'accompagnement du soin psychique des enfants, **il est nécessaire de dessiner et rendre lisible l'évolution des capacités d'accueil des**

³⁹⁹ Voir contribution en annexe V.4.

⁴⁰⁰ Entre 13 et 20 % des enfants confiés bénéficieraient d'une notification MDPH. Cf. Défenseur des droits. (2015). Handicap et protection de l'enfance : des droits pour des enfants invisibles. https://defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/rae_2015_accessible.pdf

⁴⁰¹ Instruction N°DGOS/R4/R3/R2/2021/220 du 3 novembre 2021 relative à la structuration de parcours de soins pour les enfants victimes de violences. <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2021/2021.23.sante.pdf>

enfants en hospitalisation, dans les placements familiaux thérapeutiques, et les établissements médicosociaux.

Un constat similaire est mis en exergue par la **Fondation des apprentis d'Auteuil**.

Fondation des apprentis d'Auteuil

Le champ de la protection de l'enfance apporte des réponses éducatives à des enfants et des parents pris dans des situations complexes, qui peuvent impliquer des enjeux de santé mentale. Les politiques de protection de l'enfance sont décentralisées et si elles répondent à un canevas réglementaire commun, elles n'en restent pas moins tributaires des orientations politiques au niveau départemental. Ainsi, la **Protection de l'enfance est traversée par des débats, les politiques ne sont pas coordonnées**, hétérogènes et manquent de lisibilité. **Sans organisation institutionnelle et sans consensus académique interprofessionnel**, les établissements diversifient leurs initiatives:

- structuration d'une réponse éducative et d'un projet d'établissement adaptés aux jeunes présentant des troubles (comportement, relation, apprentissages, socialisation) coordonnée avec les autres réponses du territoire ;
- regroupement d'établissements sociaux et médicosociaux pour fluidifier les parcours des enfants en mutualisant les compétences des équipes ;
- mise en place de structures mobiles pour aider, au cas par cas, les établissements d'une zone géographique confrontés à des difficultés de prise en charge ;
- mise en place d'un dispositif de coordination sans prise en charge afin de faciliter l'accès aux ressources et à des compétences complémentaires dont les enfants et les parents accompagnés par l'ASE peuvent avoir besoin ;
- intégration de compétences sanitaires et médicosociales au sein d'établissement pour accueillir de petits groupes d'enfants rencontrant des difficultés très spécifiques ;
- renforcement des compétences psychoéducatives afin de structurer des réponses professionnelles cohérentes devant les troubles traumatiques de certains enfants ;
- mise en œuvre de techniques thérapeutiques diverses : art-thérapie, médiations animales, installations de locaux, etc.

Parmi les engagements pris concernant l'accueil des jeunes en situations complexes :

- **chaque enfant doit être considéré comme une personne**, toujours égale en droit et dignité et ce d'autant plus qu'elle est fragile et vulnérable ;
- **chaque situation d'accueil est l'occasion d'une rencontre** qu'il revient à chacun de rendre enrichissante pour l'enfant comme pour ceux qui les accompagnent ;
- **chaque accompagnement engage l'ensemble de la communauté** car l'action éducative n'est pas une somme d'actes individuels, aussi méritants soient-ils. Elle procède d'une exigeante cohérence de la communauté dans laquelle tous – adultes, enfants, familles – sont concernés par la réussite du projet éducatif ;
- **tout acte éducatif s'inscrit dans un parcours** et non dans une succession administrative d'actes ponctuels. L'éducation s'inscrit toujours dans la durée nous engage à accompagner les enfants sur leur propre chemin, avec leurs besoins d'enfants, et non sur le nôtre avec nos solides certitudes d'adultes.

II.4. Soutenir les dispositifs institutionnels et l'accueil des enfants

L'ensemble des éléments mis en exergue au fil de ce rapport dédié à la santé mentale de l'enfant plaide en faveur d'un soutien renouvelé aux institutions d'accueil de l'enfant : accueils collectifs de la petite enfance, école et institutions scolaires (collège/lycée), hôpital et institutions médicosociales, lieux tiers, espaces culturel et d'éducation populaire, etc.

À cet égard, la possibilité d'accueillir des enfants y compris ceux dont les parents n'ont pas d'activité professionnelle, ou connaissent des situations de vulnérabilité, des difficultés de santé, économiques, sociales, vivent dans des territoires démunis en offre d'accueil, en services, etc. assure une forme de prévention primaire.

Le HCFEA préconise le développement d'accueils flexibles, intermédiaires permettant une transition progressive de l'enfant du milieu familial vers le milieu social et scolaire dans des lieux d'accueil enfant-parent (Laep), les maisons vertes, des accueils ludiques, culturels, etc. pour prévenir les troubles précoces de séparation mère-enfant et promouvoir une meilleure égalité entre tous les enfants dans l'accès à des situations de primo-éducation.

Il s'agit dès lors d'élargir les capacités d'accueil et d'accompagnement :

- dans les lieux d'accueil de la petite enfance puis à l'école, au collège et au lycée ;
- dans les institutions médicosociales de type ITEP, IME, Sessad, CATTP, qui inventent au quotidien des modes d'accueil, de soin, d'éducation et d'accompagnement des enfants et des familles, entre protection et émancipation ;
- en milieu hospitalier, dans les services ambulatoires ou d'accueil moyen/long séjour.

II.5. Soutenir et développer les pratiques d'accompagnement médicales, sociales, psychologiques et éducatives

L'enfance et les questions de santé mentale impliquent *de facto* les dimensions du temps, du processus, et une part d'inconnu. Le développement de l'enfant, son éducation, son épanouissement, son bien-être, puis son émancipation, demandent du temps, une présence et un investissement constants, qui se modulent et se transforment selon les âges de l'enfance et les situations particulières.

Les CMPP⁴⁰² (voir Partie I III.3) constituent un tiers de l'offre ambulatoire en pédopsychiatrie pour les consultations et les suivis, à côté des CMP-IJ. Ils font face à de lourdes difficultés aggravées par l'épidémie de Covid, et à une réduction importante de leur capacité d'accueil et d'accompagnement pluridisciplinaire.

Il y a ainsi en 2023 moins de professionnels en CMPP pour davantage de demandes qu'il y a vingt ans, avec des départs qui désorganisent les structures, qui ont pour conséquences :

- Une diminution voire disparition des postes de psychopédagogues en CMPP ;
- Une diminution du nombre pédopsychiatres ;

⁴⁰² Audition et contribution de la FDCMPP, voir contribution complète et propositions en annexe V.2.

- Une diminution importante du nombre d'orthophonistes et des difficultés de recrutement de psychomotriciens (pour cause, entre autres, d'un salaire peu attractif).

Récemment, l'État a développé les dispositifs destinés au diagnostic, à l'évaluation des troubles des enfants. Un investissement budgétaire important y a été consacré mais pas les capacités de suivi et de soins.

Au-delà des CMPP, la fermeture de places en IME, le cas de la Seine Saint-Denis

En Seine-St-Denis, 1 200 enfants ont une notification de la MDPH qui n'est pas effective.

Cette situation entraîne une dégradation des soins pour les patients : espacement des consultations (jusqu'à 2 ou 3 mois), délais d'attente entre le début du processus diagnostique et des soins réguliers (suivi psychologique, psychomoteur, orthophonique).

L'attente signifie l'étirement de la souffrance psychique liée au retard de diagnostic et de suivi, une aggravation (anxiété qui se transforme en dépression, en idées suicidaires), des difficultés d'apprentissage qui s'accroissent et occasionnent des décrochages scolaires.

Cette situation peut entraîner une mise sous traitement psychotrope, faute de soins plus appropriés ; les difficultés psychologiques qui pourraient être travaillées en consultation ne le sont pas et les médecins peuvent être amenés à prescrire antidépresseurs, ritaline, neuroleptiques, non pas après un temps de travail avec l'enfant, sa famille, son environnement mais dans l'urgence devant le poids psychique de la crise et la non-disponibilité des soignants.

Les soignants en santé mentale et en pédopsychiatrie qui sont des experts de la relation ne peuvent plus exercer correctement leur métier, tout simplement parce que travailler la relation nécessite du temps.

De la même manière, les pratiques de santé mentale s'inscrivent dans des logiques d'accompagnement au long cours, de suivis réguliers, de soins et de dispositifs pluriels et articulés. De telle sorte que les effets de court terme, s'ils existent et sont manifestes dans les pratiques comme dans la littérature, ne sauraient masquer la nécessité de penser des dispositifs d'accompagnement médical, psychologique, social et éducatif dans la durée.

Ainsi, le Haut Conseil réaffirme ici, comme il l'a indiqué dans les précédentes parties dédiées au thème des psychothérapies ou de l'éducation, la nécessité d'abonder les moyens de l'intervention sociale à la hauteur des enjeux relatifs à la santé mentale de l'enfant.

III. LA VIE ARTISTIQUE, CULTURELLE, LE DROIT AUX VACANCES ET AUX LOISIRS : UNE QUESTION DE SANTE⁴⁰³

Le rapport du bureau régional de l'OMS pour l'Europe de 2019⁴⁰⁴ le démontre bien : **une approche par les arts et la culture peut améliorer la compréhension des besoins, des valeurs, des perceptions et de l'expérience des individus dans le monde qui les entoure afin d'améliorer**

⁴⁰³ Voir contribution Culture en annexe V.5.

⁴⁰⁴ <https://www.euro.who.int/fr/media-centre/sections/press-releases/2019/can-you-dance-your-way-to-better-health-and-well-being-for-the-first-time,-who-studies-the-link-between-arts-and-health>

la santé et le bien-être de tous. Deux politiques d'action culturelle, l'une menée spécifiquement pour les champs de la santé, du médico-social et du handicap et une autre ayant une approche globale de la santé des enfants et des jeunes dès la naissance, contribuent au développement des pratiques culturelles de tous les citoyens.

Les arts et la culture permettent des expériences intimes, esthétiques et sensibles favorables à l'épanouissement et au bien-être de tous les individus quelle que soit leur situation. **La pratique artistique et les rencontres avec les œuvres et les professionnels de la culture, qui constituent deux piliers de la politique d'éducation artistique et culturelle (EAC), invitent notamment les plus jeunes à une connaissance et à une prise de conscience d'eux-mêmes et à une plus grande ouverture aux autres.**

Parallèlement, l'art et la culture peuvent être bénéfiques à la santé physique et mentale des individus tout au long de leur vie.

Les politiques interministérielles, le dialogue et la collaboration avec les collectivités territoriales doivent viser la participation à la vie artistique et culturelles de tous les enfants et de tous les jeunes, plus encore dans un contexte de relance post-crise.

Il s'agit ainsi de travailler à lever les freins que pourraient générer des situations aussi variées que le handicap, la maladie, la grande précarité, le placement sous main de justice, en affirmant l'enjeu propre de la culture en matière tant d'émancipation que de construction de lien social. Et ce en portant une attention particulière portée aux territoires prioritaires (politiques de la ville, territoires ruraux et ultramarins).

La politique d'éveil et d'éducation artistiques et culturels menée par le ministère avec ses partenaires, constitue le principal levier d'action pour permettre l'accès et la participation de tous les enfants et de tous les jeunes, à la vie artistique et culturelle quels que soient leurs lieux et temps de vie.

III.1. Culture Santé/médico-sociale pour une action inclusive

Cette politique s'appuie sur la double ambition de favoriser l'accès du plus grand nombre aux pratiques culturelles et aux œuvres **et de promouvoir une politique de la santé qui prenne en compte toutes les dimensions de la personne, missions respectives du ministère de la Culture et du ministère de la Santé et de la Prévention.** Elle a également pour but de réaffirmer l'importance d'une action interministérielle en matière de culture et de développer celle-ci au sein des établissements de santé.

Afin de traduire ces objectifs en action, les enjeux de cette politique sont formalisés depuis 1999 par des protocoles interministériels signés par les deux ministres. Tandis que ce premier texte se focalisait sur les actions développées dans le secteur sanitaire, les objectifs définis au moment du renouvellement de ce protocole en 2010 ont permis d'étendre le périmètre d'action et les bénéficiaires touchés grâce à un élargissement au secteur médico-social : « *le ministre de la Santé et le ministre de la Culture conviennent de l'opportunité d'étendre le dispositif "Culture et Santé" aux établissements médico-sociaux, à titre expérimental* »⁴⁰⁵. Cette volonté s'inscrivait alors « dans la

⁴⁰⁵ <https://www.culture.gouv.fr/Thematiques/Developpement-culturel/Le-developpement-culturel-en-France/Culture-et-Sante>

perspective de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires », loi visant, entre autres, à réorganiser le secteur de la santé en prenant en compte la trajectoire globale des personnes et en décloisonnant le secteur sanitaire, le secteur médicosocial et la médecine de ville.

Cette évolution a ouvert de fait au secteur médicosocial, les possibilités d'interventions du programme national « Culture à l'hôpital », jusqu'alors réservé au champ hospitalier. Cette ouverture répond à de véritables enjeux de société.

Dans la continuité des textes précédents, le ministère de la Culture, le ministère de la Santé et de la Prévention et le ministère des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes handicapées œuvrent actuellement à la rédaction d'un troisième protocole interministériel visant à sanctuariser l'élargissement de cette politique au secteur médico-social et à en consolider sa gouvernance nationale et territoriale tout en intégrant de nouveaux enjeux et de nouveaux éléments de contextes notamment liés à la crise sanitaire. Dans le prolongement de la coordination du dialogue avec le ministère de la Santé et de la Prévention et le ministère des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes handicapées, le ministère de la Culture au travers de l'implication du Haut Fonctionnaire Handicap et Inclusion travaille étroitement avec le secrétariat général du Comité interministériel au handicap (SGCIH) et avec le Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH). Dans ce cadre, une **commission nationale Culture et Handicap**, présidée par la ministre de la Culture et la Ministre déléguée chargée des personnes handicapées, se réunit afin d'échanger sur les ambitions et les projets portés par l'État.

III.2. La culture au quotidien dès le plus jeune âge

La notion de santé est particulièrement développée dans le domaine de l'éveil artistique et culturel des très jeunes enfants (0-3 ans). Conceptualisée par Sophie Marinopoulos dans un rapport pour le ministère de la Culture en 2019, la notion de Santé Culturelle a pris corps dans la politique interministérielle d'éveil artistique et culturel portée avec le ministère en charge des Solidarités (protocole de 2017). Celle-ci réhabilite une culture universelle, dite sans frontière, que porte l'éveil humanisant des tout-petits.

Le rapport souligne la nécessité « *d'offrir aux enfants la possibilité de grandir dans une culture du sensible, de l'esthétique, des mots, afin qu'ils puissent développer leurs capacités identifiantes, le respect d'autrui, la protection de la dignité, la reconnaissance de la différence, l'empathie.* »⁴⁰⁶.

Parallèlement, le ministère de la Culture s'est fortement mobilisé dans le cadre du chantier des « 1 000 premiers jours ». Concrètement, ce chantier soutient la mise en pratiques de cet objectif de renforcement de la santé culturelle des enfants par les professionnels de la petite enfance et s'accompagne de temps de sensibilisation des familles lors des différentes étapes de leurs parcours de parents en insistant sur l'importance des temps culturels et artistiques partagés avec leur enfant dès la naissance.

⁴⁰⁶ Marinopoulos S., 2019, Rapport pour le ministère de la Culture -Une Stratégie nationale pour la Santé Culturelle – promouvoir et pérenniser l'éveil culturel et artistique de l'enfant de la naissance à 3 ans dans le lien à son parent : <https://www.culture.gouv.fr/Thematiques/Education-artistique-et-culturelle/L-Eveil-artistique-et-culturel-des-jeunes-enfants/Mission-Culture-petite-enfance-et-parentalite>

Conçu comme « *une invitation à adopter au quotidien des gestes simples et bénéfiques pour la santé et le développement de son enfant* », le trousseau de bienvenu des 1 000 jours contient des objets liés aux soins corporels du bébé, au bien-être de la mère, un album jeunesse, ainsi qu'un carnet avec des conseils et ressources pour guider les nouveaux parents.

Enfin dans le cadre des 1 000 jours, le ministère de la Culture a édité un kit de médiation « Ma santé à moi est culturelle » disponible gratuitement sur le site du ministère de la Culture⁴⁰⁷.

En matière de santé culturelle, le rôle et les enjeux de l'accès à la culture reste à développer. Ainsi, le rapport *Youth, Mental Health and Culture*, résultant d'une consultation initiée par la plateforme de dialogue de la Commission européenne « Voices Of Culture », propose des pistes d'action concrètes, aux acteurs comme aux responsables des politiques culturelles⁴⁰⁸.

III.3. Les problèmes des écrans

De nombreuses études ont montré les effets néfastes des écrans sur la santé mentale de l'enfant.

Si les effets délétères des écrans sur la santé mentale de l'enfant font consensus, il ne s'agit pas tant d'incriminer les écrans que le temps passé par les enfants à utiliser ces outils numériques et télévisuels, et le mésusage qui en est fait. En effet, le développement de l'enfant implique des interactions soutenues avec son environnement, les adultes, ses pairs, les loisirs, le sport et la culture... Or, l'usage des écrans, et en particulier de la télévision, place l'enfant dans une situation de passivité voire d'enfermement qui n'est pas favorable à sa santé mentale en général ni à ses capacités d'attention en particulier. Ainsi, il est possible de penser que l'effet délétère des écrans engage une combinaison de facteurs : moindre activité physique, obésité, faibles interactions langagières avec un adulte, manque de sommeil et carences affectives⁴⁰⁹.

Encadré Prévention des usages et mésusages des écrans chez l'enfant

En mars 2020, le Conseil de l'enfance et de l'adolescence du HCFEA a publié un dossier dédié à l'usage et aux mésusages des écrans et du numérique chez l'enfant et formulait alors 10 axes de proposition⁴¹⁰ :

- Former les professionnels et sensibiliser les enfants aux usages du numérique.
- Créer d'une vigie éthique concernant les usages du numérique chez l'enfant.
- Favoriser l'accès de l'enfant à une pluralité d'activités, de jeux et à la culture, hors du numérique.
- Réduire l'impact du numérique sur les inégalités sociales.
- Réduire les contradictions institutionnelles des usages du numérique chez l'enfant (par exemple les usages passifs/occupationnels de la télévision dans les institutions médicosociales).
- Lutter contre les violences numériques (fake news, cyberharcèlement, pédo-criminalité, mauvais usage des réseaux sociaux, etc.).

⁴⁰⁷ <https://www.culture.gouv.fr/Thematiques/Education-artistique-et-culturelle/L-Eveil-artistique-et-culturel-des-jeunes-enfants/Ma-sante-a-moi-elle-est-culturelle-kit-de-mediation-sur-la-Sante-Culturelle-C>

⁴⁰⁸ https://www.artcena.fr/sites/default/files/medias/YMHC_BrainstormingReport_FINAL-1.pdf

⁴⁰⁹ AAP. Media and Young Minds. *Pediatrics*. 2016;138(5).

⁴¹⁰ HCFEA, 2020, Les enfants, les écrans et le numérique : https://www.hcfea.fr/IMG/pdf/dossier_enfantsecransnumerique.pdf.

- Créer les conditions d'une approche positive de la sexualité, développer un discours de prévention et de sensibilisation, sans naïveté, face aux risques liés aux pratiques numériques des enfants.
- Penser un espace public sécurisé et aménagé en considérant la présence des enfants, y compris en termes d'écrans et d'affichage numérique public.
- Développer la recherche et des connaissances mieux ciblées sur les usages et les contenus numériques à destination des enfants.
- Droits de l'enfant : mettre en œuvre les recommandations de l'ONU et de la Convention Internationale des Droits de l'Enfant.

Ces dernières années, la mobilisation sur la protection des enfants sur l'espace numérique est devenue un enjeu partagé par les familles, les éducateurs et les pouvoirs publics. Il n'en reste pas moins que la puissance de pénétration dans les habitudes de vie des enfants progresse, notamment pour les très jeunes.

III.4. Le droit et l'accès aux vacances et aux loisirs

Dans le même ordre d'idée, le Secours Populaire, mais aussi le secours catholique Caritas France, soutient l'importance du droit aux vacances et au loisir comme facteur susceptible de contribuer au bien-être et à la santé mentale de l'enfant et de la famille. Ces éléments sont étayés par deux rapports du Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie (Credoc)⁴¹¹ et de l'Observatoire des vacances et des loisirs (Ovlej)⁴¹² qui montrent que les enfants et les familles présentant des difficultés sociales (pauvreté, précarité, parent isolé) sont plus éloignés des loisirs et de l'accès aux vacances – invitant à repenser l'accessibilité des vacances et des loisirs pour les familles les plus modestes⁴¹³.

⁴¹¹ <https://www.credoc.fr/publications/les-vacances-et-les-activites-collectives-des-5-19-ans>.

⁴¹² <http://www.ovlej.fr/>.

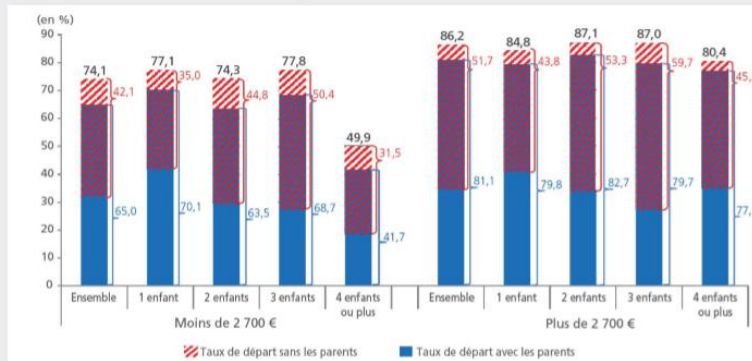
⁴¹³ Ovlej, *op. cit.*

A partir de 4 enfants, les voyages baissent fortement dans les foyers aux revenus plus modestes

Taux de départ en voyage des enfants selon le nombre d'enfants au sein du foyer et le revenu mensuel du foyer (année 2017)
Champ : enfants de 0 à 15 ans

Des difficultés financières qui expliquent sans doute ce moindre taux de départ en vacances, ajoutées à des difficultés pratiques :

- l'hébergement est moins aisé, qu'il soit marchand ou dans la famille ou chez des amis
- Et une mobilité plus contrainte (véhicules plus grands) ou en transports collectifs (train et avion)



Source : Direction Générale des Entreprises (DGE)
Dispositif SDT (Suivi de la Demande Touristique), enquête complémentaire sur les voyages des enfants, 2017
Enquête réalisée fin 2017 auprès de parents sur les voyages de leurs enfants sans eux entre le 1^{er} septembre 2016 et le 31 août 2017.
Au total 5 800 enfants au sein de 3 500 foyers

Déjà, dans le rapport sur les temps et lieux tiers des enfants et des adolescents de 2019⁴¹⁴, le Haut Conseil soulignait l'importance considérable de ce tiers éducateur des enfants, et l'enjeu essentiel du droit d'avoir des loisirs et des temps de vacances, hors de la maison, ensemble, pour leur développement, et leur épanouissement

Le « droit aux vacances » est inscrit dans l'article 140 de la loi de Lutte contre les exclusions votée en 1998 :

« L'égal accès de tous, tout au long de la vie, à la culture, à la pratique sportive, aux vacances et aux loisirs constitue un objectif national. Il permet de garantir l'exercice effectif de la citoyenneté.

La réalisation de cet objectif passe notamment par le développement, en priorité dans les zones défavorisées, des activités artistiques, culturelles et sportives, la promotion de la formation dans le secteur de l'animation et des activités périscolaires ainsi que des actions de sensibilisation des jeunes fréquentant les structures de vacances et de loisirs collectifs.

Elle passe également par le développement des structures touristiques à caractère social et familial, par l'organisation du départ en vacances des personnes en situation d'exclusion et par leur accès aux pratiques artistique et sportive et à l'offre culturelle locale ».

La mixité est l'un des axes majeurs de l'accueil familial de vacances où des enfants séjournent deux à trois semaines durant l'été chez des familles bénévoles, et du partenariat national avec l'UCPA qui met à disposition des places au sein de ses séjours « grand public ».

⁴¹⁴ Haut conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge, 2018, Les temps et lieux tiers des enfants, *op. cit*

PERSONNES ET INSTITUTIONS RENCONTREES ET AUDITIONNEES

Auditions

- François Gonon, CNRS, neurobiologiste : « Santé mentale de l'enfant et de l'adolescent : le discours de la neurobiologie est-il le seul pertinent ? » - 24 mars.
- Sébastien Ponnou, Université de Rouen : « Que nous disent les bases de données de santé sur le diagnostic, le soin et les parcours de soin des enfants : le cas de l'hyperactivité/TDAH et de la prescription de méthylphénidate » - 21 avril.
- Enguerrand Du Roscoät, Santé Publique France : « Santé mentale des enfants et des adolescents : un état des travaux conduits par Santé Publique France ».
- Xavier Briffault, CNRS, sciences sociales/épistémologie, personnalité qualifiée du Conseil : « Psychiatrie, santé mentale... Pourquoi est-ce si compliqué ? » - 20 mai.
- Bruno Falissard, pédopsychiatre : « Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent : de quoi parle-t-on ? » - 30 juin.
- David Cohen, psychiatre : « Soigner les enfants en souffrance psychique, soins, médicaments et autres prises en charge » - 22 septembre.
- Laurent Lescouarch, Université de Caen Normandie : « Des pédagogies pour penser l'enfant en difficulté dans ses environnements éducatifs » - 22 septembre.
- Groupe de travail éducation :
 - Laurent Lescouarch, Université de Caen Normandie ;
 - Maryan Lemoine, Université de Limoges ;
 - Diane Bedoin, Université de Rouen Normandie.

Entretiens et échanges

- La Délégation ministérielle à la Santé Mentale et à la Psychiatrie, M. Frank Bellivier, Délégué ministériel, juillet 2022.
- La Haute autorité de santé, M. Pierre Gabach : juillet, décembre 2022.
- L'Agence nationale de sécurité du médicament, Mme Caroline Semaille, DGA chargée des Opérations, juillet et octobre 2022.
- La Direction de la sécurité sociale, M. Jérémie Casabielhe, Chef de bureau, Mission de coordination gestion risque maladie – 1D, Ss-dir financement du système de soins (SD1).
- Par courrier : la DGOS (offre de soin), Mme Wuthina CHIN (R4), juillet 2022.
- La Fédération des centres médico-psycho-pédagogiques : Mme Amandine Buffière, Présidente de la FDCMPP, juin 2022, janvier 2023.
- Le Haut conseil de la santé publique, janvier 2023.
- La Direction générale des outre-mer, août 2022.
- Le Comité interministériel du Handicap, Mme Céline Poulet, Secrétaire générale, janvier 2023.
- La Direction générale de la santé, Mme Julie Barois Cheffe du bureau prévention ; Mme Pascale Fritsch ; M. Jean-Michel Tassié, février 2023.
- UNAFAM, Mme Marie-Jeanne Richard, mars 2023.

LISTE DES ABREVIATIONS

CLSM : Conseils locaux de santé mentale.

CMP : Centre médico-psychologique.

CMP-IJ : Centre médico-psychologique AESH : Accompagnant des élèves en situation de handicap.

AMM : Autorisation de mise sur le marché.

ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.

APA : Association américaine de psychiatrie.

ARS : Agence régionale de santé.

ATIH : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation.

CAMPS : Centre d'action médico-sociale précoce.

CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel.

CDAPH : Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées.

CIH : Comité interministériel au Handicap.

CIDPH : Convention des Nations unies pour le Droit des personnes handicapées.

CLS : Contrats locaux de santé.

e de psychiatrie infanto-juvénile.

CMPP : Centre médico-psycho-pédagogique.

CNH : Conférence nationale Handicap.

CNCPH : Conseil national consultatif des personnes handicapées.

Cnom : Conseil national de l'ordre des médecins.

CNPE : Conseil National de la Protection de l'Enfance.

Cofrade : Conseil français des associations pour les droits de l'enfant.

Cosej : Comité pour la santé des enfants et des jeunes.

CPCT : Centre Psychanalytique de Consultation et de Traitement.

CPT : Communautés psychiatriques de territoire.

CPS : Compétences psychosociales.

Credoc : Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie.

CRTLA : Centre référent sur les troubles du langage et des apprentissages.

CTSM : Contrats territoriaux en santé mentale.

DAF : Dotation annuelle de fonctionnement.

DGCS : Direction générale de la cohésion sociale.

DGS : Direction générale de la Santé.

Drees : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.

DSS : Direction de la Sécurité sociale.

EAC : Éducation artistique et culturelle.

EMAS : Équipe mobile d'appui à la scolarisation.

EMDR : Eye Movement Desensitization and Reprocessing.

FIR : Fond d'intervention régional.

FNPEIS : Fond national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire.

GHT : Groupements hospitaliers de territoire.

HAS : Haute Autorité de santé.

HCFEA : Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge.

HCSP : Haut Conseil de la santé publique.

HDJ : Hôpital de jour.

IME : Institut Médico Éducatif.

ITEP/DITEP : Institut Thérapeutique Éducatif et Pédagogique.

Laep : Lieu d'accueil enfant-parent.

MCO : Médecine, chirurgie, obstétrique.

MDA : Maison des adolescents.

MPH: Master of public health (Master de santé publique).

NIMH: National Institute of Mental Health.

Ondam : Objectif national de dépenses d'assurance maladie.

ONS : Office National des Statistiques.

OQN : Objectif quantifié national.

Oscour : Organisation de la surveillance coordonnée des urgences.

PAI : Projet d'accueil individualisé.

PCO : Plateforme de coordination et d'orientation.

PCO TND : plateforme de coordination et d'orientation pour les troubles du neurodéveloppement.

PEA : Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

PMI : Protection maternelle et infantile.

PNA : Programme national pour l'alimentation.

PNNS : Programme national nutrition santé.

PNSE : Plan national santé-environnement.

PPA : Projet personnalisé d'accompagnement.

PPRE : Programme personnalisé de réussite éducative.

PPS : Projet personnalisé de scolarisation.

PSSM : Premiers secours en santé mentale.

PsyEN : psychologue de l'Éducation nationale.

PTSM : Projets territoriaux de santé mentale.

RASED : Réseau d'aides spécialisées aux élèves en difficulté.

RCP : Résumé des caractéristiques du produit.

ROR : Rougeole, oreillons, rubéole.

SEGPA : Section d'Enseignement Général et Professionnel Adapté.

SESSAD : Service d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile.

SNS : Stratégie nationale de santé.

TDAH : Trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité.

TED : Troubles envahissants du développement.

TND : Trouble du neurodéveloppement.

ULIS : Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire.



Le Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge est placé auprès du Premier ministre. Il est chargé de rendre des avis et de formuler des recommandations sur les objectifs prioritaires des politiques de la famille, de l'enfance, des personnes âgées et des personnes retraitées, et de la prévention et de l'accompagnement de la perte d'autonomie.

Le HCFEA a pour mission d'animer le débat public et d'apporter aux pouvoirs publics une expertise prospective et transversale sur les questions liées à la famille et à l'enfance, à l'avancée en âge, à l'adaptation de la société au vieillissement et à la bienveillance, dans une approche intergénérationnelle.

RETROUVEZ LES DERNIÈRES ACTUALITÉS DU HCFEA :

<https://www.hcfea.fr/>



Le HCFEA est membre du réseau France Stratégie (www.strategie.gouv.fr)

Adresse postale : 14 avenue Duquesne - 75350 Paris 07 SP