



L'aide et le soin aux enfants et adolescents en pédopsychiatrie et santé mentale.

Compléments au rapport 2023
« Quand les enfants vont mal : comment les aider ? »

Rapport adopté par le Conseil de l'enfance et de l'adolescence
le 14 janvier 2025

Sommaire

Sommaire.....	2
Introduction, Sylviane Giampino	4
I. Vers une offre globale de soin	7
1. Éléments de définition	7
2. Renforcer la prévention clinique, une urgence pour les soins en santé mentale, Patrick Cottin	10
3. Une prévention psychique précoce dans des services universels en petite enfance, Pierre Suesser	13
4. La surmédication des enfants dans les bases de données de santé, Sébastien Ponnou 17	
5. La santé de l'enfant et de l'adolescent, Sébastien Rouget.....	25
6. Ce que peuvent les CMPP, ce qu'ils affrontent et ce dont les familles ont besoin, Amandine Buffière	27
7. Déstigmatiser les troubles mentaux, Aude Caria.....	30
II. Mesurer, prévenir et réduire les facteurs sociaux et environnementaux de la souffrance psychique des enfants.	32
1. Santé mentale des enfants et parentalité. L'intérêt d'une prévention, Philippe Duverger et Béatrice Bayo	32
2. Ce dont souffre la santé mentale, Christophe Libert.....	39
3. Handicap et santé mentale, Emmanuel Guichardaz	41
4. Jeunes proches en psychiatrie. Soutenir sans désigner, Hélène Davtian	43
5. Prendre la mesure, prévenir et réduire les facteurs sociaux et environnementaux de la souffrance psychique des enfants, Nathalie Bajolle.....	51
6. Le vécu des parents d'enfants « dys » en situation de précarité, Sébastien Lodeiro	54
Conclusion.....	59
III. Annexes.....	62
1. Une souffrance psychique des enfants et des adolescents qui augmente	62
2. Un système de soin en crise	65
3. Les propositions et les recommandations du Conseil de l'enfance sur la santé mentale des enfants et des adolescents dans ses précédents rapports.....	67
a) Propositions et recommandations issues du rapport 2023 « Quand les enfants vont mal, comment les aider ? ».....	67

b) Propositions et recommandations issues du rapport 2018 « Accueillir et scolariser les enfants en situation de handicap, de la naissance à 6 ans et accompagner leur famille »	74
c) Propositions et recommandations issues du rapport 2019 « Pilotage de la qualité affective, éducative et sociale de l'accueil du jeune enfant »	79
d) Propositions et recommandations issues du rapport 2023 « Qualité, flexibilité, égalité : un service public de la petite enfance favorable au développement de tous les enfants avant 3 ans »	82
4. Les recommandations de la Haute autorité de santé sur les TDAH, 2024	85
5. La Consultation nationale des 6-18 ans de l'Unicef France, 2024	87
6. La santé mentale, les conditions de logement, et l'environnement immédiat	88

Ce rapport s'inscrit dans le suivi du dossier sur la santé mentale des enfants et des adolescents initié par le Conseil de l'enfance et de l'adolescence avec le rapport 2023 « Quand les enfants vont mal : comment les aider »¹ suivi d'un séminaire en avril 2023² et d'un avis renouvelant l'alerte, le 21 novembre 2024³.

Il rassemble **les articles issus des interventions du séminaire du 11 avril 2023 et actualisés en 2024**, autour de deux grands axes :

- I. Vers une offre globale du soin des enfants.
- II. Mesurer, prévenir et réduire les facteurs sociaux et environnementaux de la souffrance psychique des enfants.

Il se prolonge par un ensemble d'annexes développant certains aspects évoqués dans le texte, et réunissant **les propositions** en matière de santé mentale présentes dans les autres rapports du Conseil.

¹ Le Conseil de l'enfance et de l'adolescence du HCFEA, 2023, [*Quand les enfants vont mal : comment les aider ?*](#).

² Le Conseil de l'enfance et de l'adolescence du HCFEA, 2023, [*Quand les enfants vont mal : comment les aider ?*](#), Séminaire, 11 avril.

³ Le Conseil de l'enfance et de l'adolescence du HCFEA, 2024, [*Avis Santé mentale, Grande cause nationale 2025 : le HCFEA poursuit ses travaux et renouvelle l'alerte sur l'aide et les soins face à la souffrance psychique des enfants et des adolescents*](#).



Introduction, Sylviane Giampino⁴

Dans un contexte d'augmentation préoccupante des troubles mentaux des enfants et adolescents, le Conseil de l'enfance du HCFEA a engagé depuis 2019 plusieurs rapports d'états des lieux, d'analyses et d'orientations en faveur d'une meilleure prise en charge de ces troubles. Spécifiquement sur ce thème, ont été publiés début 2021 le rapport « La traversée adolescente des années collège⁵ », et début 2023 le rapport « Quand les enfants vont mal, comment les aider ?⁶ ». Parallèlement, le HCFEA a également instruit des travaux à valeur de prévention universaliste et précoce des difficultés mentales des enfants dans ses rapports sur la qualité d'accueil du jeune enfant de 2018⁷, 2019⁸, 2023⁹ et de prévention éducative et sociale dans son rapport sur « Les enfants, les écrans et le numérique¹⁰ » de 2020. Ses propositions de régulations protectrices furent confirmées par plusieurs instances publiques, parmi lesquelles le rapport 2024 du Régulateur de la communication audiovisuelle et numérique (Arcom). Enfin, dans le cadre du lancement du projet Santé mentale, Grande cause nationale 2025, le Conseil de l'enfance a émis un avis le 21 novembre 2024 indiquant qu'il poursuit son étude du dossier et renouvelle l'alerte de ses travaux antérieurs¹¹.

Sur la santé mentale des préadolescents, primordiale pour cette catégorie d'âge tant leurs difficultés psychiques sont souvent liées à des problèmes somatiques, scolaires, sociaux ou éducatifs, le HCFEA définit en 2021¹² l'urgence d'une approche globale en ces termes : « *les aides en santé mentale de l'enfant et du jeune doivent être développées 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 des professions concernées pour renforcer une offre de soin spécifique* »¹³.

Le rapport de 2023 pointait de plus le déséquilibre entre le constat avéré d'une montée constante des consommations de médicaments par les enfants et les adolescents depuis 2010, qui concernent près de 5 % d'entre eux, et le déficit structurel croissant des autres formes d'aides et de soins. Ce rapport met en évidence une difficulté non seulement d'accès à des soins de première intention, psychothérapeutiques, d'accompagnements

⁴ Sylviane Giampino, présidente du Conseil de l'enfance et de l'adolescence du HCFEA.

⁵ Le Conseil de l'enfance et de l'adolescence du HCFEA, 2021, [*La traversée adolescente des années collège*](#).

⁶ Le Conseil de l'enfance et de l'adolescence du HCFEA, 2023, [*op. cit.*](#)

⁷ Le Conseil de l'enfance et de l'adolescence du HCFEA, 2018, [*Accueillir et scolariser les enfants en situation de handicap de la naissance à 6 ans et accompagner leur famille*](#).

⁸ Le Conseil de l'enfance et de l'adolescence du HCFEA, 2019, [*Pilotage de la qualité affective, éducative et sociale de l'accueil du jeune enfant*](#).

⁹ Le Conseil de l'enfance et de l'adolescence du HCFEA, 2023, [*Qualité, flexibilité, égalité : un service public de la petite enfance favorable au développement de tous les enfants avant 3 ans*](#).

¹⁰ Le Conseil de l'enfance et de l'adolescence du HCFEA, 2020, [*Les enfants, les écrans et le numérique*](#).

¹¹ Le Conseil de l'enfance et de l'adolescence du HCFEA, 2024, [*op. cit.*](#)

¹² Le Conseil de l'enfance et de l'adolescence du HCFEA, 2021, [*op. cit.*](#)

¹³ Le Conseil de l'enfance et de l'adolescence du HCFEA, 2023, [*op. cit.*](#) p. 38.

éducatifs, familiaux, sociaux et de prévention, mais aussi d'accès à des prises en charge pédopsychiatriques urgentes et dans la durée.

Faut-il le préciser, le Conseil ne remet en cause ni l'utilité des médicaments ni la légitimité des prescriptions, mais plaide pour un rééquilibrage conforme à la plupart des recommandations des autorités de santé, en France et à l'international. Il rappelle que la santé est un droit inscrit dans la loi et au niveau supranational, dans le préambule de la Constitution de 1946 et la Convention internationale des droits de l'enfant.

Les études des données réalisées par le HCFEA alertent aussi sur un manque de recherches spécifiques sur les effets des psychotropes sur les enfants, comparativement à celles systématiquement menées sur les adultes. Le Conseil a également documenté certains biais scientifiques et médiatiques susceptibles d'impacter les politiques publiques en santé mentale de l'enfant et les pratiques biomédicales en ce domaine.

L'origine du présent rapport est un élargissement de la réflexion. En effet, à l'occasion de la remise, le 11 avril 2023, du rapport « Quand les enfants vont mal comment les aider ? » à la ministre en exercice¹⁴, en présence de monsieur le délégué ministériel à la santé mentale¹⁵, le Conseil a soumis ses conclusions à une discussion publique, lors d'un séminaire ouvert à tous. Le lecteur trouvera ici rassemblés les articles remis et actualisés par les intervenants. Cet élargissement s'est ensuite enrichi des nouvelles données sur la consommation de médicaments, ainsi que de la publication en 2024 des orientations des Assises de la pédiatrie et de la santé de l'enfant, des travaux des autorités de santé, et d'un aperçu du contexte politique et social sur la santé mentale des jeunes qui s'annonce pour 2025.

Il est clair que pour le Conseil, les problématiques de santé mentale témoignent d'une complexité qui engage conjointement plusieurs niveaux d'articulation. Certes, des protocoles de dépistage se développent, mais pour les familles ou les professionnels qui repèrent des difficultés chez un enfant, le manque d'offre à proximité et les délais d'attente retardent ou empêchent l'accompagnement de soin sous une forme adaptée à chaque enfant, précipitant le risque d'une cristallisation des symptômes ou de l'aggravation des troubles. C'est alors l'évolution d'ensemble de l'enfant, de l'adolescent, qui est menacée, dans ses relations à son environnement familial, scolaire ou social et dans sa santé.

La difficulté à trouver les bons interlocuteurs qui pourront aider l'enfant et sa famille vient alors s'ajouter à l'épreuve familiale qui se joue quand un enfant va mal, et se cumule avec d'autres fragilités qui frappent plus fortement certains d'entre eux. On sait combien les facteurs sociaux et environnementaux, les situations de ruptures et deuils familiaux, l'âge et le sexe peuvent aussi avoir une incidence sur la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent. On sait combien les enfants les plus exposés comme ceux qui sont confiés à la protection de l'enfance cumulent les difficultés de santé, de santé mentale et le nonaccès aux soins. Or ces variables sont sensibles à des pratiques et à des politiques de prévention et d'accompagnement de première instance associées à des mesures de repérages et dépistages. L'efficacité sur le bien-être des enfants de prévenir les situations d'exclusion,

¹⁴ Madame Charlotte Caubel, secrétaire d'État chargée de l'Enfance.

¹⁵ Monsieur Frank Bellivier, délégué ministériel à la santé mentale.



d'isolement et de rupture, de favoriser un meilleur vécu scolaire, une approche pédiatrique de la santé des jeunes, et de travailler à la réduction des inégalités sociales et aux pratiques et dispositifs de remédiation de ces inégalités sont à même de réduire la souffrance psychique des enfants et adolescents concernés.

Un enjeu des orientations du Conseil sur la pédopsychiatrie porte sur la nécessité d'une mobilisation coordonnée des politiques publiques dans tous les domaines touchant à l'enfance – accompagnement familial, petite enfance, éducation scolaire et hors les murs, action sociale, prévention, protection et santé – pour endiguer cette dynamique de fragilisation des enfants et des jeunes. La prise en compte globale du soin des enfants et de l'accompagnement des familles implique donc la nécessité d'une pratique à plusieurs, une pluralité d'approches disciplinaires, une pluralité d'orientations théoriques et d'approches pratiques. Des modèles opératoires ou l'approche statistique et *evidence based* dans une vision « santé mentale/santé publique », doivent pouvoir cohabiter avec des modèles adaptés à la spécificité d'une approche « souffrance psychique des enfants ».

Cette approche de politique coordonnée de la pédopsychiatrie et de la santé mentale, de l'aide et du soin aux enfants et adolescents appellent un réveil des pouvoirs publics et une dotation de moyens humains, institutionnels, de formation et de recherche conséquents et pérennes répartis entre les territoires et les différentes structures de soins et d'accompagnement, d'aides psychothérapeutiques, éducatives, familiales et sociales.

Notons que ces perspectives sont aujourd'hui portées et mises en avant par 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 [...]* »¹⁶.

¹⁶ OMS, 2021, [*Orientations et dossiers techniques relatifs aux services de santé mentale communautaires*](#), Résumé d'orientation, p. 7.

I. Vers une offre globale de soin

1. Éléments de définition

Mal-être, souffrance psychique, troubles, psychopathologies, santé mentale... le rapport 2023 « Quand les enfants vont mal... » s'ouvrait sur un champ lexical varié qui appelle quelques repères, et engage à se demander ce qu'on cherche à saisir : comment vont les enfants, quels troubles manifestent-ils, comment les aider, les soigner, les traiter ?

La partie suivante reprend ces éléments de définitions issus du rapport 2023.

Bien-être, détresse psychologique et troubles psychiatriques¹⁷

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* »¹⁸.

Comme nous l'indiquions déjà en 2021¹⁹ concernant la santé et le bien-être des préadolescents, 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 souffrance²⁰.

¹⁷ HCFEA, 2023, Quand les enfants vont mal... , p.15-17.

¹⁸ OMS, 2022, Santé mentale : renforcer notre action, 17 juin 2022, <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>.

¹⁹ HCFEA, 2021, La traversée adolescente... , 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.

²⁰ 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 intègrerait 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" » ²¹.

À ces différents types de besoins, correspondent en principe **deux niveaux distincts de prise en charge dans le système de soins primaires** (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 psychiatriques français, actuellement peu lisible et peu efficient²² (HCSP, 2022).

²¹ Cour des comptes, 2021, Parcours de soin, *Synthèse*, p. 7.

²² 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 missions²³ 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 prévalence²⁴ sur la vie entière (un quart environ pour l'année en cours) ;
- les **troubles « sévères »**, moins fréquents (1 % pour les troubles psychotiques dont 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, parfois, 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 et les catégorisations évoquées ne sont pas sans faire débats²⁵. En effet, la réalité des expériences vécues peut s'avérer très différente des appréciations classificatoires : certains troubles dits réactionnels peuvent révéler leur sévérité plus tard. A *contrario*, certaines pathologies dites sévères peuvent s'aménager, se stabiliser et se compenser. Dans d'autres cas, le comportement sera jugé problématique par ses parents, ses enseignants, etc., 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.

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 que vivent les enfants.

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.

²³ Cour des comptes, 2021, *op. cit.*

²⁴ La prévalence désigne l'ensemble des cas d'un phénomène de santé sur une période donnée.

²⁵ 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.



2. Renforcer la prévention clinique, une urgence pour les soins en santé mentale, Patrick Cottin²⁶

Le rapport du HCFEA « Quand les enfants vont mal, comment les aider ? » a été largement salué pour son sérieux et sa qualité : le constat présenté sur la situation de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent en France et « *les propositions faites sont en ligne avec d'autres rapports, abondamment cités et ce à juste titre, ce qui renforce le poids des conclusions* »²⁷. Mais il n'aura échappé à personne que ce rapport a aussi suscité une certaine polémique, particulièrement son constat principal sur l'augmentation de la prescription en soin pédopsychiatrique. Ce qui fait débat ce n'est pas l'usage raisonné de la prescription, bien sûr utile, mais l'usage par défaut, par excès et sans accompagnement social, éducatif ou psychothérapique.

Nous savons que la bonne santé n'est pas seulement l'accès à un soin de qualité, mais est aussi liée aux facteurs environnements, sociaux, relationnels.

La réception des préconisations de ce rapport et la manière dont il est possible de pouvoir y répondre ne peuvent pas être déconnectées du moment où les ressources en personnels de la psychiatrie se raréfient.

Le rapport présenté par le HCFEA parle ainsi d'un effet ciseau entre l'augmentation de la demande et le déficit chronique de l'offre de soin. Il insiste sur des délais d'attente déraisonnables en pédopsychiatrie rendant indispensable de proposer d'autres formes de réponses à la dégradation de la santé mentale des enfants et adolescents. L'urgence aujourd'hui plus qu'hier oblige à sortir de la vision trop curative, trop restaurative de la santé pour s'orienter sur les dimensions préventives.

La prévention se devra d'être primaire. De même, tous les programmes qui visent à développer les compétences psychosociales (CPS) dès l'enfance et tout au long de la scolarité sont aussi importants. Mais il convient surtout de poursuivre le développement de la **prévention clinique**. Il s'agit d'une réponse de première ligne, dans une approche globale, à la fois pour l'évaluation des problématiques rencontrées par l'adolescent et sa famille et une possibilité de réponses diversifiées dont la médication, au même titre que les propositions psychothérapeutiques, éducatives, sociales et familiales. C'est une réponse fortement utile aux jeunes et aux familles permettant de faire baisser la pression sur les Centres médico-psychologiques (CMP) et services d'urgence pédopsychiatrique. Savoir ce qu'il conviendrait de faire et ne pouvoir le faire, par manque de moyens ou d'organisation adéquate, amène les acteurs de la psychiatrie dans une fatigue d'être soi – soi psychiatre, soi infirmier, soi psychologue – incommensurable, dans un contexte de politique publique où malgré des colloques, des assises, des rapports, nous constatons toujours la même incapacité à prendre le sujet à l'anglo-saxonne plutôt qu'à la française. Il faut partir des moyens dont on dispose plutôt que de ce que nous aimerions que les choses soient ou

²⁶ Patrick Cottin, président d'honneur de l'Association nationale des maisons des adolescents (ANMDA).

²⁷ SFPEADA, 2023, [Communiqué de Presse suite au rapport du HCFEA et à son exploitation médiatique SFPEADA](#).

deviennent, ce qui conduit à se revoir tous les cinq ans pour se dire et redire que tout ne va toujours pas mieux.

Dans ce paysage, les Maisons des adolescents (MDA) ont plus de vingt années d'existence. À leur création, au milieu des années 2000, il s'agissait de penser un accueil de première intention pour les 15 % des jeunes qui ont besoin d'une attention, d'un accompagnement à un moment de leur histoire de vie en construction, alors qu'aujourd'hui, après la pandémie de Covid, 20 % de jeunes sont en situation de mal-être, soit environ 1 260 000 adolescents.

L'urgence à organiser la filière de soin en santé mentale en prévention est encore plus forte qu'en 2005. L'annonce récente du Premier ministre Michel Barnier de doubler d'ici trois ans le nombre des MDA en France est sans doute le signe de cette urgence. Aujourd'hui, 125 MDA sont chargées de l'accueil, de l'information, de la prévention et de la promotion de la santé, de l'accompagnement et de la prise en charge multidisciplinaire de l'adolescent, de sa famille et des professionnels qui les entourent.

L'objectif des MDA est de faire bénéficier les jeunes en difficulté d'une prise en compte spécialisée et rapide, à proximité de chez eux et de les orienter si nécessaire vers des prises en charge plus spécialisées. Mais l'apport le plus précieux des MDA est sans doute que les 100 000 jeunes de 11 à 21 ans qui y sont reçus chaque année, bénéficient d'une approche singulière. Singulière parce qu'elle s'adresse au fond à leur singularité, à leur être adolescent et non simplement à leur(s) symptôme(s) ; singulière parce qu'elles ont développé au fil de ces plus de vingt ans, une manière de penser l'accompagnement à partir des notions d'accueil inconditionnel, de proximité, de parcours de soin, de mobilité, d'agilité, toute position, en dehors de toute posture, que les adolescents interrogés plébiscitent.

Les MDA contribuent à la filière en santé mentale, au triple *continuum* nécessaire à la prévention : *continuum* territorial pour l'accessibilité²⁸, *continuum* de population (de la petite enfance au grand âge) pour mieux penser les articulations au moment clé de l'existence, *continuum* d'intensité/gravité des problématiques en santé mentale pour rendre le plus efficient chaque maillon de la chaîne d'accompagnement et de soin.

Les MDA ne remplacent pas les soins nécessaires en psychiatrie. Elles prennent en compte et accompagnent en leur sein et suivant « leur équipement », les situations de mal-être et de souffrance psychique légère des adolescents quelle qu'en soit l'expression, physique, psychique, sociale, scolaire. Elles orientent vers les partenaires qu'elles connaissent bien, puisqu'elles ont pour mission de les sensibiliser aux problématiques de l'adolescence et coordonner des parcours complexes.

L'annonce politique de « doubler le nombre de MDA » doit se traduire par le renforcement des moyens en prévention clinique, des moyens pour la mobilité des équipes, des contributions qu'apportent les médecins en MDA, pédiatres, psychiatres, nutritionnistes, addictologues... et l'articulation aux services hospitaliers qu'ils favorisent.

²⁸ Voir Conseil d'État, 2023, *L'usager, du premier au dernier kilomètre : un enjeu d'efficacité de l'action publique et une exigence démocratique*, 6 septembre.



C'est à ce prix, peu important en MDA, que les mal-être des adolescents pourront être pris en compte de manière adéquate et préventive permettant une réponse qui soulage l'adolescent, sa famille, l'entourage scolaire et social/amical, mais aussi la pédopsychiatrie des situations qui ne relèvent pas de soins psychiatriques et/ou de médications prescrites par défaut de savoir vers qui orienter un jeune et sa famille.

3. Une prévention psychique précoce dans des services universels en petite enfance, Pierre Suesser²⁹

La prévention en petite enfance et en santé familiale et infantile s'est constituée au fil du temps comme une pratique s'adressant à tous, autour du développement global et historicisé de l'enfant, s'appuyant sur ses potentialités et celles de son entourage, ouverte à la transdisciplinarité et attentive aux conditions générales favorisant la santé et le « bien grandir »³⁰. Elle s'incarne très largement dans le dispositif de protection maternelle et infantile fondé après-guerre qui développe nombre d'activités de promotion de la santé individuelle ainsi qu'une stratégie de santé publique collective en direction des femmes enceintes, des nourrissons et des enfants de moins de 6 ans, des adolescents et adultes au titre de la santé sexuelle.

Les services de PMI s'adressent à tous les parents puisque l'attente d'un enfant, puis sa naissance, constituent pour tous un moment de profond remaniement qui peut venir révéler ou renforcer certaines fragilités mais aussi la créativité nécessaire pour les dépasser. Le positionnement des professionnels de PMI s'ancre dès lors dans une approche préventive centrée, dès la grossesse, sur le processus long du développement de l'enfant, de la parentalité. C'est ainsi que le dialogue institué dès la période prénatale permettra l'expression des préoccupations parentales, sur les aspects somatiques, psychologiques, sur les déterminants sociaux et environnementaux, sur l'accueil socialisé de l'enfant.

Le travail en PMI a une vocation préventive universelle, s'exerce en équipes largement pluridisciplinaires, développe une complémentarité d'actions au plan individuel et collectif et inclut de nombreux partenaires. Ce travail prend tour à tour plusieurs formes qui s'incarnent dans trois registres correspondant au concept de « prévention en rhizome »³¹ : la prévention par l'accompagnement de la vie quotidienne, par le soutien dans les aléas de la vie ordinaire, par l'aide globale face aux accidents de la vie.

Dans ce cadre les équipes pluridisciplinaires de PMI, articulant des compétences médicales, de puériculture, psychologiques et sociales, mettent en œuvre des pratiques de prévention psychique précoce : en effet la période périnatale et les toutes premières années de vie de l'enfant sont des moments de grande fragilité pour les tout-petits, ainsi que pour leurs parents, compte tenu des remaniements psychiques, somatiques et sociaux à l'œuvre. Les relations parent/nouveau-né alors en construction, peuvent être affectées par les difficultés vécues et des manifestations de symptômes. Ils sont perçus alors comme signes d'appel à repérer par les professionnels de PMI et à prendre en compte notamment par les psychologues cliniciens travaillant au sein des différents lieux en charge de la petite

²⁹ Pierre Suesser, pédiatre, ex-médecin de PMI, membre du Conseil de l'enfance du HCFEA), avec la contribution de Christelle Bénard, Isabelle Ganteil, Géraldine Goure et Valérie González, psychologues (ANAPSY.pe) et de Maryse Bonnefoy et Cécile Garrigues, médecins de PMI (SNMPMI)

³⁰ Suesser P., 2013, *Petite enfance, penser la prévention en grand*, Toulouse, Erès.

³¹ Concept développé par S. Giampino et C. Vidal, 2009, *Nos enfants sous haute surveillance*, éditions Albin Michel.



enfance : centres de PMI³², structures d'accueil collectif et individuel du jeune enfant³³. Mais des « troubles » peuvent s'installer lorsque ces symptômes n'ont pas été entendus ou travaillés avec les familles³⁴. Suivent ici des illustrations thématiques de ce travail de prévention clinique précoce en petite enfance.

Difficultés inhérentes au développement habituel de l'enfant

Les jeunes parents sont souvent à la recherche d'accompagnement pour faire face aux bouleversements associés à l'arrivée du nouveau-né. Leurs motifs de consultations et questionnements à propos de leur bébé sont variés : naissance difficile, pleurs, sommeil, alimentation, sevrage, colère³⁵. De leur côté, irritabilité, épuisement, difficulté à s'organiser sont exprimés. Ces imprévus du développement de l'enfant, rattachés aux dynamiques intersubjectives et relationnelles avec les parents sont familiers des professionnels impliqués dans le soutien à l'enfant et à sa famille selon le profil de chaque enfant, notamment parmi les équipes de PMI. Les parents se sentant entendus et accompagnés parviennent à mieux faire face aux comportements qui pouvaient les surprendre ou les insécuriser. L'incidence positive sur l'enfant permet une décrispation progressive de la situation.

Les lieux et modes d'accueil du jeune enfant, en ce qu'ils offrent pour les bébés et les familles un environnement sécurisant, une rencontre avec une extériorité, l'occasion d'une première séparation, une socialisation progressive, un accès à la créativité et un soutien à la parentalité, s'inscrivent dans le champ de la prévention³⁶. En cela, ils doivent mettre en œuvre des pratiques qui respectent le rythme (du développement) de l'enfant, encourageant la curiosité et l'envie d'explorer son environnement. Les professionnels de la petite enfance, notamment les psychologues, participent de la construction de cet environnement « suffisamment bon »³⁷. Les psychologues contribuent à la prévention, apportant un soutien aux équipes en les accompagnant face aux difficultés vécues avec les enfants accueillis grâce à la réflexion menée en équipe pluridisciplinaire³⁸. Ils accompagnent les parents face aux difficultés qu'ils rencontrent (troubles du sommeil, troubles

³² Ordonnance du 2 novembre 1945 et création de la PMI pour lutter contre la mortalité infantile, et protéger les femmes enceintes et les jeunes mères. La loi du 18 décembre 1989 redéfinit ses missions pour promouvoir la santé médico-psycho-sociale de l'enfant et sa famille et ses missions se sont progressivement étendues pour une prise en charge plus globale de la mère, des futurs parents et de l'enfant de moins de 6 ans, ainsi que des adolescents et adultes au titre de la santé sexuelle.

³³ Crèches et multi-accueils, halte-garderies, jardins maternels et jardins d'enfants pédagogiques et Relais petite enfance avec les professionnels de l'accueil individuel mais aussi en maternités, en Laep (lieux d'accueil parents – enfants), centres maternels...

³⁴ « Les débuts de la vie sont parsemés de passages délicats, de crises, d'aléas relationnels ou d'accidents. L'intérêt d'un accompagnement psychologique à ce moment-là est évident. C'est un moment fondateur de la structuration du sujet en devenir », in Delouvin D. (dir.), 2005, Introduction, *Des psychologues auprès des tout-petits, pour quoi faire ?*, Eres, Collection Mille et un bébés.

³⁵ Rossi M-N, avec la coll. de Hasnaoui J., Valérie González, 2023, Les colères du jeune enfant : regards de psychologues en centre de PMI, *Spirale*, Vol. 4, n° 108, p. 62-67.

³⁶ Voir annexe 2.3 reprenant les propositions du rapport HCFEA 2019 sur la qualité d'accueil du jeune enfant.

³⁷ En référence au « Good enough mother » in Winnicott D.W., 1969, *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot.

³⁸ Schmoll M., Raulin H., Bénard C., 2023, Prévention de la maltraitance institutionnelle en crèche, le rôle des psychologues cliniciens, *Les Pros de la petite enfance*.

oppositionnels, prévention de l'exposition aux écrans...) en aidant à relancer une dynamique empêchée, par des difficultés familiales ou environnementales.

Dépressions périnatales

Le travail d'ajustement auquel le parent (dans sa fonction maternelle ou paternelle) est convié et l'adaptation à son nouveau rôle et ses importantes responsabilités conduisent à un certain déséquilibre psychologique, phénomène tout à fait habituel en post-partum. Mais ce travail psychique nécessaire peut être entravé, voire échouer et conduire à une dépression. Si les premiers signes de cette dépression ne sont pas repérés et pris en compte, cet état de souffrance intense peut s'installer avec des effets délétères sur la mère, le bébé, et le père.

En France, une femme sur sept souffre de dépression du post-partum³⁹ et la première cause de décès maternel est le suicide dans la première année après la fin de la grossesse⁴⁰. La dépression périnatale a des conséquences à la fois sur la santé maternelle, sur la relation au bébé, compromise par l'état psychique de la mère, et vient perturber le développement du bébé.

Dans ce temps du devenir parent, tous les mouvements dépressifs maternels ne nécessitent pas une hospitalisation de la mère et son bébé ou une prise en charge médicamenteuse. Ils peuvent relever d'une prise en charge proposée et étayée par l'accueil de toute une équipe : *« Accueillir les familles en centre de PMI, c'est prendre soin dès la grossesse du futur bébé et de ses parents, soutenir l'émergence des premiers liens de ce bébé à ses parents, favoriser le bon développement de l'enfant. Auxiliaires de puériculture, infirmière-puéricultrice (...) sont présentes tous les jours et offrent un accueil inconditionnel au centre de PMI. Puéricultrice de secteur, médecin, sage-femme, psychomotricien, psychologue viennent élargir l'équipe. (...) Chacun a un regard singulier sur l'enfant et sa famille, garant de la prise en compte globale de la famille »*⁴¹. Lorsqu'ils sont présents au sein d'équipes PMI, les psychologues savent prendre en charge les états dépressifs et travailler en partenariat avec les psychiatres en CMP, libéral et hôpital si cela s'avère nécessaire. *« Nous nous situons dès lors dans l'espace d'un accompagnement pré-thérapie classique par la parole ou le médicament : ce qui soigne là, avant tout, est le maillage créé par l'institution, sa fonction contenante, pare-excitante »*⁴².

Les psychologues et les équipes ont le souci du temps, à chaque fois singulier, de la construction du lien patient-professionnel qui soigne. Ce temps de soin de la dépression du post-partum est au cœur de la prévention car il permet d'accompagner au mieux la

³⁹ Audition « [Grossesse et parentalité : enjeux de santé mentale](#) », lundi 29 avril 2024 au Sénat.

⁴⁰ Santé publique France, 2024, [Les morts maternelles en France : mieux comprendre pour mieux prévenir](#), Rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM) concernant la période 2016-2018.

⁴¹ González V., 2024, Accompagnement en PMI et aléas de l'émergence des liens du bébé à sa famille, in Berger O., Bonnefoy M., Garrigues C. (dir.), *Prévenir ou protéger : faut-il choisir ? La PMI entre prévention en santé et protection de l'enfance*, Erès.

⁴² Ibid.



construction du lien entre le tout-petit et ses parents et participe à la prévention des troubles relationnels du bébé et des interactions enfants-parents.

Prévention des troubles sévères du développement

Les problématiques des jeunes enfants, accueillis très tôt notamment en PMI, ne sont pas le plus souvent encore à ce stade identifiables comme des troubles avérés du développement. Distinguer des écarts simples à l'égard du développement attendu à un âge donné de trajectoires vers un trouble sévère du développement nécessite en situation de prévention et de dépistage la collaboration précieuse des médecins, psychologues, puéricultrices, psychomotriciens. Mais des retards simples de développement comme des troubles plus sévères peuvent s'aggraver s'ils ne sont pas accompagnés par des professionnels (l'accompagnement peut prendre la forme de soutien, guidance parentale) ou pris en charge dans un dispositif pluriprofessionnel de prévention et de soins précoces, spécialisé. Les médecins et psychologues sont formés pour repérer ces troubles, les identifier, et soutenir un premier travail de liaison pour le bébé où se joue une rencontre, et réadresser ces enfants aux services plus spécialisés dans la prise en charge pour lesquels un long temps d'attente est actuellement observé. Les psychologues et les psychomotriciens en PMI mènent alors ce travail spécifique qui permet que les familles, arrivant ensuite dans ces lieux de soins, aient déjà commencé une prise en charge et entamé une démarche d'aide concernant les difficultés de développement de leur enfant.

En conclusion : la prévention « prévenante » est déjà un soin.

Cette pratique de la prévention en petite enfance peut être caractérisée de « prévenante »⁴³. Elle s'appuie sur une référence humaniste. Elle repose sur le crédit à l'enfant des chemins qu'il saura trouver pour franchir les obstacles ou dépasser les blocages et s'ajuste à la temporalité de son cheminement. Elle suppose que les adultes ne se centrent pas que sur le « trouble » mais cherchent aussi à identifier ce qui est investi et mobilisable par l'enfant et son entourage, en demeurant ouvert aux effets de rencontre et de surprise. Le travail sur le sens de tel ou tel comportement doit primer sur sa seule observation. Cette approche mobilise une conception du développement de l'enfant, non comme une suite d'étapes linéaires programmées mais comme un [dis]continuum de mouvements délicats et complexes de créativité développementale où chaque changement d'état suppose et nécessite un réaménagement des positions précédentes. Cette pratique préventive « prévenante », globale, multidimensionnelle et pluridisciplinaire, se doit donc de contextualiser les difficultés, de respecter la confidentialité, l'histoire et les choix de vie des familles en s'ajustant à la singularité et à la liberté des processus de développement psychique et de parentalité.

⁴³ Collectif Pas de 0 de conduite pour les enfants de 3 ans (dir.), *La prévention prévenante en action*, Toulouse, Erès, 2012.

4. La surmédication des enfants dans les bases de données de santé, Sébastien Ponnou⁴⁴

En 2023, le HCFEA alertait sur la souffrance psychique des enfants et sur la mise à mal du système de soin, d'éducation et d'intervention sociale en France.

Le Haut Conseil rappelait que les pratiques psychothérapeutiques, éducatives et sociales sont recommandées en première intention dans le soin des enfants et des adolescents. Dans certains cas, un traitement psychotrope peut être prescrit en deuxième intention, en soutien des dispositifs psychoéducatifs et sociaux. Ces réserves et précautions concernant la prescription de médicaments psychotropes chez l'enfant s'expliquent par la rareté d'études robustes sur l'efficacité des traitements chez l'enfant, des effets indésirables importants et une balance bénéfice/risque qui conduit à un nombre limité d'autorisations de mise sur le marché (AMM) pour les médicaments psychotropes chez l'enfant.

Une augmentation inexorable de la consommation de médicaments psychotropes chez l'enfant et l'adolescent

Face à la hausse de la demande et au déficit croissant de l'offre de soin, le HCFEA présentait des données inédites concernant l'augmentation de la consommation de médicaments psychotropes en population pédiatrique, à l'appui de données transmises par l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) et les données publiques de consommation de soins OpenMedic. En effet, pour la seule année 2021, la consommation de médicaments psychotropes chez les 0-19 ans a augmenté de 16 % pour les anxiolytiques, de 224 % pour les hypnotiques, de 23 % pour les antidépresseurs et de 7,5 % pour les antipsychotiques⁴⁵. Pour l'ANSM, ces niveaux d'augmentation sont sans commune mesure (2 à 20 fois plus élevés) avec ceux observés au niveau de la population générale. **Les données OpenMedic 2010-2021 indiquent une augmentation générale de la consommation antérieure à la période Covid**, passant :

- de 0,28 % à 0,60 % pour les antipsychotiques, soit une hausse d'environ 114 % ;
- de 2,01 % à 2,72 % pour les hypnotiques et les anxiolytiques, soit une hausse d'environ 35 % ;
- de 0,29 à 0,81 % pour les antidépresseurs et les normothymiques, soit une hausse d'environ 179 % ;
- de 0,23 % à 0,57 % pour les psychostimulants, soit une hausse d'environ 148 %.

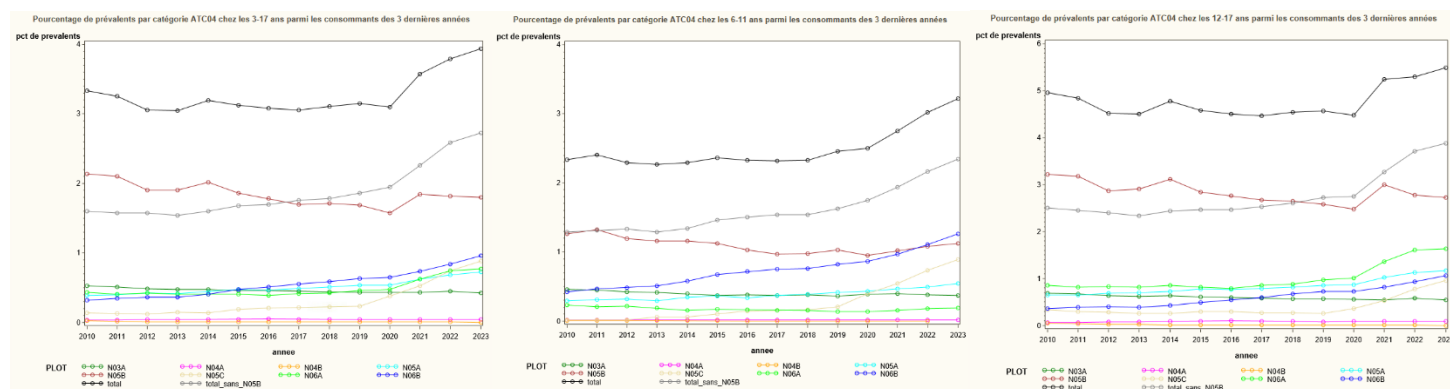
Ces données ont été largement diffusées et médiatisées, ouvrant sur une prise en compte inédite au niveau national. Une étude réalisée dans l'échantillon du Système national de données de santé (SNDS) (2 % de la population générale) et dédiée à la consommation de

⁴⁴ Sébastien Ponnou, professeur des Universités en sciences de l'éducation, responsable scientifique du LabCom EOLE - Observatoire épidémiologique et clinique de l'enfant et de l'adolescent : psychiatrie, handicap, protection de l'enfance.

⁴⁵ 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 SNDS, in Le Conseil de l'enfance et de l'adolescence du HCFEA, 2023, *op. cit.*, p. 46.

médicaments psychotropes chez les 0-17 ans confirme ces données⁴⁶. La prévalence de la consommation de médicaments psychotropes chez les 3-17 ans est passée de 3,25 % en 2011 à 3,94 % en 2023. Plus précisément, cette prévalence est de 2,32 % en 2011 et 3,22 % en 2023 chez les 6-11 ans. Chez les 12-17 ans, elle passe de 4,96 % en 2011 à 5,49 % en 2023 (graphique 1). Ces pourcentages de prévalence en population pédiatrique concernent des centaines de milliers d'enfants, soit un total estimé à 486 220 enfants en 2023.

Graphique 1 | Prévalence de la consommation de médicaments psychotropes parmi les consommateurs des 3 dernières années chez les 3-17 ans, 6-11 ans, 12-17 ans⁴⁷

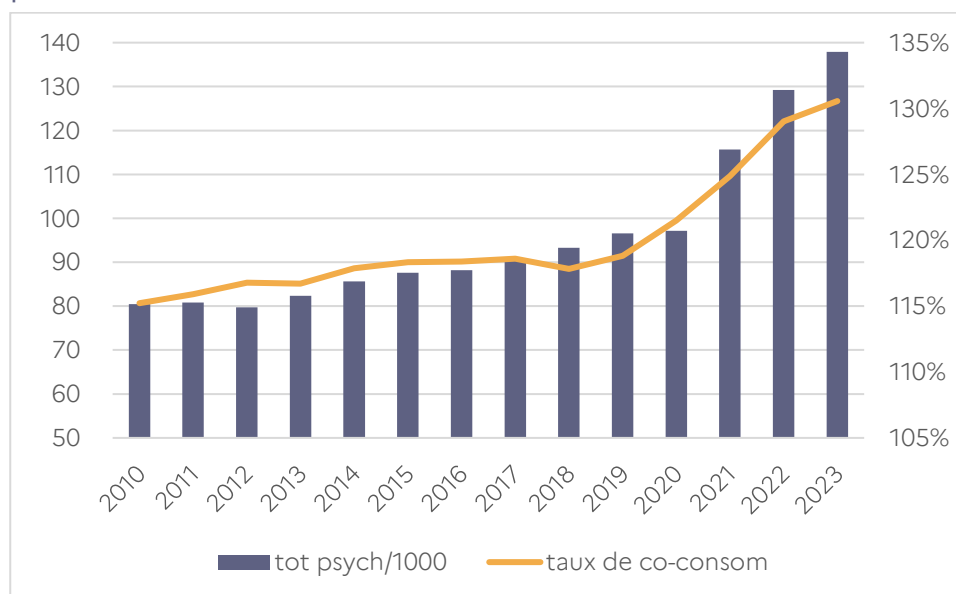


Entre 2010 et 2023, le nombre de délivrances par an et par patient augmente pour la plupart des classes thérapeutiques, en particulier les hypnotiques (+ 137 %), les antidépresseurs (+ 88 %), les antiépileptiques (+ 62 %), les neuroleptiques (+ 50 %) et les psychostimulants (+ 40 %). Les durées de traitement varient considérablement d'une classe thérapeutique à l'autre : elles sont limitées à un mois pour les anxiolytiques et les antidépresseurs. Autrement dit, les traitements pour lesquels la prévalence est la plus élevée sont ceux pour lesquels les durées de traitement sont les plus courtes. *A contrario*, les durées médianes de traitement pour les autres classes ATC sont particulièrement longues. Chez les 6-11 ans initiés en 2017 : 882 jours (2,4 ans) pour les antiépileptiques, 1 079,5 jours (3 ans) pour les antipsychotiques et 2 068 jours pour les psychostimulants (5,7 ans). Le nombre de mois de consommation augmente de + 76 % entre 2010 et 2023 : il passe de 80 mois pour 1 000 personnes en 2010 à 138 mois pour 1 000 personnes en 2023, avec une accélération sur la période 2021-2023 (graphique 2).

⁴⁶ Ponnou S., Briffault X., Aragno V., Thomé B., Gonon F., 2025, La prescription de médicaments psychotropes chez l'enfant et l'adolescent en France : caractéristiques et évolution entre 2010 et 2023. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*.

⁴⁷ *Ibid.*

Graphique 2 | Évolution du nombre de mois de consommation de tous les psychotropes pour 1 000 habitants et du taux de co-consommation de plusieurs catégories ATC04 sur la période 2010-2023⁴⁸



Les **polyprescriptions sont fréquentes** et concernent l'ensemble des classes de médicaments, quand bien même ces consommations ne font l'objet d'aucune étude scientifique.

En 2022, 72 % des médicaments psychotropes destinés à l'enfant sont prescrits par des médecins généralistes (à 64 % des patients), 7 % par des pédiatres (à 9 % des patients) et 9 % par des psychiatres et pédopsychiatres (à 18 % des patients).

En 2022, 30 % des enfants recevant au moins une prescription de médicament psychotrope vivaient dans des conditions sociales défavorables – ce taux est de 50 % pour les antipsychotiques. La consommation de médicaments psychotropes chez l'enfant et l'adolescent augmente au moment de la crise Covid, et continue d'augmenter jusqu'en 2023.

En 2015, commentant un niveau de consommation à 2,5 % de la population pédiatrique, l'épidémiologiste Viviane Kovess et ses collègues concluaient que « *l'utilisation de médicaments psychotropes chez les enfants est élevée en France [...] bien que les données sur leurs effets à longs termes soient insuffisantes, ou que ces médicaments n'aient pas fait l'objet d'étude ou de validation pour un usage chez l'enfant* »⁴⁹. À l'été 2024, le rapport annuel de l'Assurance Maladie soulignait « *l'évolution préoccupante de la consommation de médicaments psychotropes chez les adolescents et jeunes adultes* »⁵⁰. Que conclure des données les plus récentes, alors que la consommation de médicaments psychotropes chez

⁴⁸ Ibid.

⁴⁹ 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*, vol. 25, n° 2, p. 168-175.

⁵⁰ Assurance Maladie, 2024, *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses*, p. 163-172.

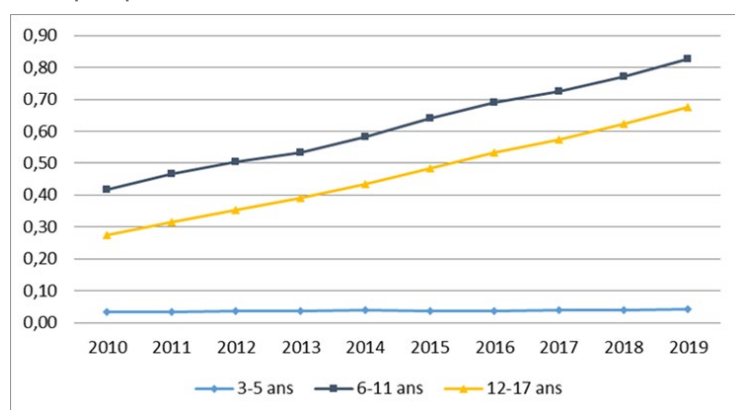


les adolescents atteint les 5,49 %⁵¹, et que les données globales de prévalence en France sont parmi les plus élevées en Europe ?

Le cas particulier du TDAH

Le rapport HCFEA 2023 illustre les enjeux relatifs à la consommation de médicaments psychotropes chez l'enfant et l'adolescent via le cas du Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H), et la prescription de méthylphénidate. Entre 2010 et 2019, la consommation de méthylphénidate a augmenté de 116 %.

Graphique 3 | 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)⁵²



Cette augmentation de la consommation se double d'une mise à mal de l'AMM et des recommandations : prescriptions avant l'âge de 6 ans ; durées de traitement particulièrement longues (5,5 ans et jusqu'à 8 ans pour les enfants de 6 ans en 2011) ; coprescriptions nombreuses d'autres médicaments psychotropes, souvent réservés à l'adulte ; non-respect des conditions réglementaires qui jusqu'en 2021, rendait l'initiation obligatoire en milieu hospitalier (dans près d'un quart des cas) ...

Plus encore, l'étude approfondie de la consommation de méthylphénidate en population pédiatrique abonde l'hypothèse d'une substitution des pratiques psychothérapeutiques, éducatives et sociales de première intention par la prescription médicamenteuse seule. En effet, 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 par le service hospitalier ayant initié le traitement. De plus, **alors que la consommation de méthylphénidate n'a cessé de croître entre 2010 et 2019 (+ 116 %), le nombre de visites dans les CMPP des enfants recevant une prescription de méthylphénidate a été divisé par quatre.**

⁵¹ Ponnou S., Briffault X., Aragno V., Thomé B., Gonon F., 2025, *op. cit.*

⁵² Ponnou S., Haliday H., Thomé B., et 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*, vol. 70, n° 3, p. 122-131.

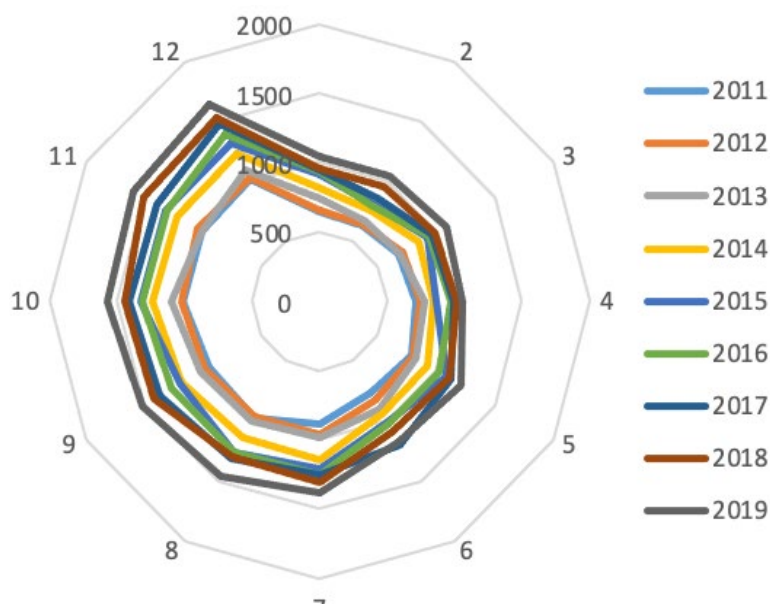
Les CMPP sont des structures de référence en termes d'accompagnement psychosocial de l'enfant et de la famille. Les soins dispensés par les CMPP aux enfants souffrant de TDAH ne représentent, bien entendu, qu'une partie, sans doute faible, de ces mêmes soins prodigués en libéral. Malheureusement, les données concernant ces derniers ne sont pas accessibles via notre base de données. Si les valeurs brutes indiquées dans le tableau 1 sont donc difficilement interprétables, leur évolution entre 2010 et 2019 paraît plus intéressante.

Tableau 1 | Visites en CMPP parmi les patients recevant une prescription de MPH

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	5 1041	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 %

Les études montrent également une détermination scolaire et sociale de la prescription de méthylphénidate : **les enfants les plus jeunes de leur classe présentent un risque accru de médication (54 %)**. 25,7 % des enfants consommateurs de méthylphénidate vivent dans des conditions sociales défavorables.

Graphique 4 | Enfants et adolescents ayant reçu une prescription de MPH selon leur mois de naissance



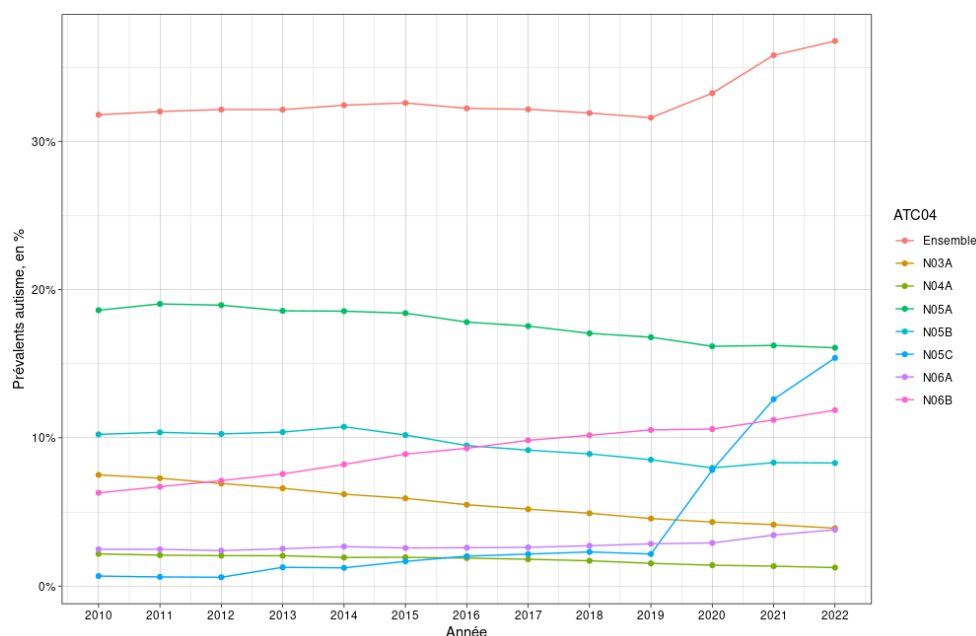


Le cas particulier de l'autisme

Les consensus scientifiques internationaux sont particulièrement réservés concernant la prescription de médicaments psychotropes chez les enfants et les adolescents autistes⁵³. En France, les recommandations de la HAS spécifient « [qu'] *aucun traitement médicamenteux ne guérit l'autisme ou les troubles envahissants du développement (TED)*; [que] *les psychotropes peuvent être considérés en seconde intention [et] doivent être prescrits de manière exceptionnelle et temporaire* »⁵⁴.

Pourtant, **la consommation de médicaments psychotropes chez les enfants et les adolescents autistes en France est particulièrement élevée** : elle passe de 31,8 % en 2010 à 36,8 % en 2022.

Graphique 5 | Pourcentage de patients TED avec au moins une délivrance de médicaments psychotropes entre 2010 et 2022 par ATC. Patients prévalents TED entre 0 et 17 ans

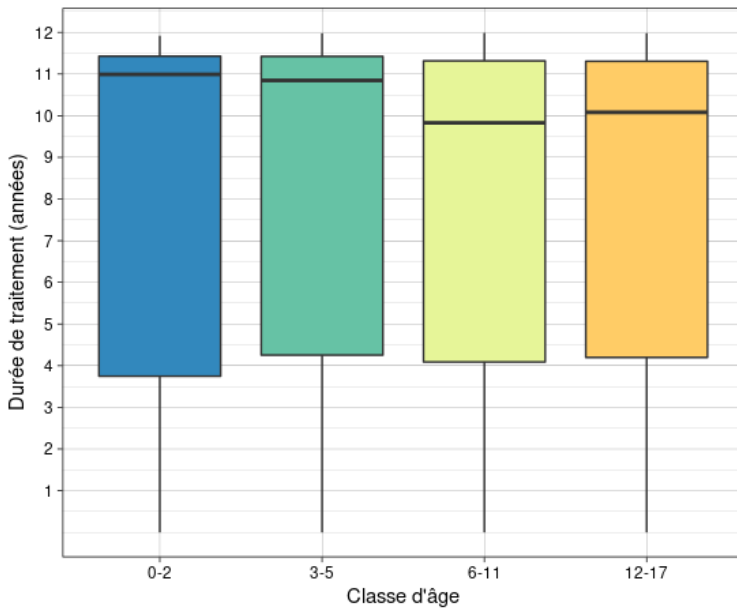


Ces taux de prescription se doublent de volumes de consommation importants avec une moyenne de 18 à 19 boîtes par an et par enfant, et des durées de traitement supérieures à dix ans.

⁵³ Iffland M., Livingstone N., Jorgensen M., Hazell P., Gillies D., 2023, Pharmacological intervention for irritability, aggression, and self-injury in autism spectrum disorder (ASD). *Cochrane database of systematic reviews*, vol. 10 ; Tanwar M., Lloyd B., Jules P., 2017, Challenging behaviour and learning disabilities: prevention and interventions for children with learning disabilities whose behaviour challenges: NICE guideline 2015. *Archives of Disease in Childhood-Education and Practice*, vol. 102, n° 1, p. 24-27.

⁵⁴ HAS, 2012, *Recommandations de bonnes pratiques. Autisme et autres troubles envahissants du développement : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent*.

Graphique 6 | Distribution des durées de traitements (années) tous psychotropes pour les patients prévalents autiste en 2011, ayant initié un traitement psychotrope en 2011 (incidents)



Les polyprescriptions sont nombreuses et les suivis biologiques associés aux prescriptions, insuffisants. Le taux de défavorisation sociale au sein de cette population est de 43,5 % en 2022⁵⁵.

Le traitement par psychotropes des enfants et des adolescents : une efficacité mise en cause dans la littérature internationale

On dispose de peu d'études et données solides sur l'efficacité des traitements pharmacologiques dans les troubles mentaux de l'enfant du fait des effets indésirables importants et d'une balance bénéfice/risque qui conduit à un nombre limité d'AMM pour les médicaments psychotropes en population pédiatrique⁵⁶.

Il faut s'interroger sur la pertinence de laisser se poursuivre l'augmentation de la prescription des psychotropes chez l'enfant et l'adolescent, alors même qu'une partie de la littérature la plus récente semble désormais indiquer qu'ils ne sont ni toujours vraiment efficaces ni vraiment sûrs⁵⁷. Or, d'autres stratégies psychothérapeutiques, éducatives, sociales, certes plus complexes mais possiblement beaucoup plus pertinentes permettraient d'alléger la souffrance psychique des enfants et d'en atténuer les conséquences, dont on sait qu'elles peuvent se répercuter tout au long de la vie.

⁵⁵ Ponnou S., Briffault X., Aragno V., Thomé B., Gonon F., 2025, *op. cit.*

⁵⁶ 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*, vol. 60, n° 1, p. 77-85.

⁵⁷ Leichsenring F., Steinert C., Rabung S. et 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*, vol. 21, n° 1, p. 133-145.



Une communication honnête et transparente s'impose sur les recommandations de prescription, sur les limites des traitements pharmacologiques et sur le respect des AMM. Le médicament peut représenter un miroir aux alouettes et une approche strictement sanitaire des difficultés mentales chez les enfants. Il risque d'empêcher ou de retarder le recours et l'accès à des stratégies de soin plus ajustées et plurielles dont l'efficacité est observable – *a fortiori* chez l'enfant et l'adolescent.

Il est urgent d'aligner les différentes sources des données de la science, l'éthique de la recherche et celle de la communication à destination des patients, des professionnels, et du grand public dans ce domaine.

5. La santé de l'enfant et de l'adolescent, Sébastien Rouget⁵⁸

On prescrit plus de psychotropes chez les enfants qu'il y a dix ans. Comment doit-on interpréter cette information ? Est-ce un signe d'alerte, doit-on le prendre comme une critique des pratiques médicales, ou cela rend-il compte à l'inverse d'une amélioration des prises en charge ? Je voudrais tenter d'analyser sans polémique cette médication croissante des enfants et adolescents.

Mon premier mouvement serait de considérer qu'il s'agit du marqueur d'une majoration des troubles psychiques des enfants et adolescents. De nombreuses études l'ont montré, c'est indéniable, en particulier **depuis le confinement et surtout le déconfinement, on note une augmentation du mal-être et des troubles du comportement chez les enfants et adolescents**. Que ceux-ci aient besoin de traitements médicamenteux est plutôt logique. De plus, il faut bien avouer que le monde que nous, adultes, leur laisserons peut légitimement être source d'inquiétudes, voire d'angoisse. L'actualité économique, internationale, politique, sociale n'est pas toujours souriante. Entre bruits de botte et dérèglement climatique, nombreuses sont les incertitudes quant à l'avenir pour nos jeunes. Et puis, même si ce n'est pas du même ordre, d'autres sources de stress existent dans leurs conditions de vie, qu'elles soient scolaires, familiales ou autres. Un seul exemple, le médecin d'adolescents que je suis connaît bien les affres de Parcoursup, qui remplace un système antérieur qui était d'ailleurs aussi perfectible. On souhaiterait améliorer encore le climat scolaire de manière générale, travailler sur les violences intrafamiliales, les violences à l'extérieur de la maison... Donc, nos enfants, nos adolescents vont moins bien qu'avant.

L'autre hypothèse optimiste pour comprendre cette augmentation des traitements psychotropes serait de considérer qu'un meilleur dépistage et une meilleure prise en charge conduisent à des traitements plus adaptés, initiés plus tôt, notamment à l'âge limite avec les jeunes adultes : des prescriptions plus nombreuses, mais de bon aloi et qui profiteraient de cette fenêtre d'opportunité qu'est l'adolescence, lorsque rien n'est fixé dans le développement cérébral, pour améliorer la santé psychique et permettre aux jeunes de devenir des adultes en bonne santé. Mais cet optimisme est contredit **par la diminution parallèle du nombre de consultations en CMPP et en CMP, et l'impossibilité de répondre aux demandes connues par les systèmes de prise en charge par ailleurs**.

Alors, il faut bien considérer d'autres explications : l'une d'entre elles serait que **la société dans son ensemble était plus intolérante aux variations normales de comportement des enfants et adolescents**, et que les fantaisies qu'on tolérait antérieurement sont maintenant dénommées des troubles qu'il faut traiter. Cela concerne en particulier les enfants dits « agités » et les difficultés scolaires. Cela interroge le regard sociétal sur les variantes de la normale et les situations frontalières entre le normal et le pathologique. Reconnaissons que pour accueillir avec bienveillance et tolérer des comportements inhabituels, il faut aller globalement bien, que ce soient les parents ou les institutions. **La situation du système**

⁵⁸ Sébastien Rouget, chef de service de pédiatrie au Centre hospitalier sud-francilien Corbeil-Essonnes, président de la Société française pour la santé de l'adolescent (SFSA).



scolaire, de la médecine scolaire et universitaire, de la protection des mineurs est telle qu'on observe parfois des demandes de réponses rapides, médicamenteuses.

La dernière hypothèse est donc que, faute d'accès aux systèmes de soin les plus adaptés, les prescripteurs de premier niveau, en particulier médecins généralistes et pédiatres se voient contraints, afin d'amener une réponse à la souffrance des enfants et des parents, à des prescriptions « d'attente ». Faute de mieux, au moins, on essaie de soulager partiellement les symptômes les plus bruyants par la pharmacologie. Si la prescription n'est alors qu'un palliatif transitoire, cela peut à la limite s'entendre. Le principal risque que j'y vois est que le palliatif devienne un substitut, et que la prise en charge se résume à une prescription médicamenteuse. Ces prescriptions ne seraient pas le fait premier des psychiatres et pédopsychiatres, mais plutôt des autres médecins face à des enfants qui ne pourraient pas être inscrits dans le parcours de soin idéal. **Le danger est que ces prescriptions « faute de mieux » deviennent progressivement légitimes, voire normales.**

Enfin, je voudrais alerter sur un piège lié à notre discussion d'aujourd'hui : ce serait de considérer que le médicament est en soi une réponse inadaptée face aux pathologies psychiques des enfants. En effet, il a un réel intérêt dans de nombreuses situations pathologiques. Les recommandations françaises comme internationales le placent plutôt en deuxième intention, après d'autres prises en charge et en association avec les autres suivis. On insiste finalement beaucoup sur la prise en charge multimodale, associant à des degrés divers : travail psychothérapeutique, médiations, éducation thérapeutique, psychomotricité, rééducation, mesures éducatives, soutien à la parentalité.

Pour conclure, forts de ce constat, grâce aux éléments d'interprétation dont on vient de discuter, il s'agit maintenant de tirer les leçons de ce rapport afin d'améliorer la santé psychique des enfants. Cette santé, on l'a vu, repose sur la conjonction de plusieurs systèmes, de tous les professionnels impliqués auprès des enfants et des adolescents : **il ne faudrait pas croire que la santé psychique ne repose que sur les « psys »**. Hors du champ du soin, les personnels scolaires, de crèche, les assistantes maternelles, les entraîneurs et éducateurs sportifs, les profs de théâtre, de musique, d'autres activités extrascolaires artistiques, culturelles ou sportives, tous participent à la santé psychique de nos jeunes. La protection de l'enfance est aussi essentielle, que ce soit l'ASE, les diverses associations, la PJJ. Dans le domaine du soin, ce sont les professionnels de première ligne, médecins généralistes, pédiatres, psychologues libéraux, psychomotriciens, les institutions inscrites dans la cité, de la PMI aux MDA en passant par les CAMSP, la santé scolaire et universitaire ; les lieux de soins, tels les CMP et CMPP, les Sessad, les IME, hôpitaux de jour, et l'hôpital, les services de pédiatrie, de médecine de l'adolescent et de psychiatrie infanto-juvénile.

Investir dans la santé psychique des enfants et adolescents apporte comme l'écrivait l'OMS dans un rapport récent, un triple bénéfice : pour les jeunes d'aujourd'hui eux-mêmes, pour les adultes qu'ils deviendront et par ricochet, pour leurs enfants, et donc la génération suivante. Certes, investir pour redresser tout l'écosystème de la santé psychique et de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent sera coûteux. Mais dans notre monde moderne, lorsque le retour sur investissement est si large, triple (les jeunes eux-mêmes, les adultes de demain et les enfants d'après-demain), comment pourrions-nous justifier l'inaction ?

6. Ce que peuvent les CMPP, ce qu'ils affrontent et ce dont les familles ont besoin, Amandine Buffière⁵⁹

La parution du rapport du HCFEA a suscité un certain nombre de réactions passionnées. Je souhaite resituer l'importance de ce travail dans le panorama général de la santé mentale des enfants et des adolescents et faire le point sur la situation actuelle inquiétante des Centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP).

En tant que pédopsychiatre, je tiens à préciser que la question de la prescription de psychotropes aux enfants et aux adolescents n'est pas un problème quand elle est faite dans les règles de l'art, c'est-à-dire généralement pas en première intention, sauf situation urgente, et seulement si elle est accompagnée d'un suivi de qualité. Le problème auquel nous, adultes et professionnels, sommes confrontés aujourd'hui est qu'en France, les conditions d'un accompagnement psychique de qualité des enfants et des adolescents ne sont pas réunies. Elles ne le sont plus depuis des années, et elles s'aggravent. Voilà la véritable alarme de ce rapport.

En ce qui concerne les CMPP, qui représentent un tiers de l'offre ambulatoire en pédopsychiatrie selon le rapport Igas 2018, nous sommes des équipes moins nombreuses qu'il y a vingt ans. Selon une enquête de la FDCMPP, **pour une équipe d'une dizaine de professionnels, environ trois postes ont disparu**. Un millier de postes attribués à nos structures par l'Éducation nationale pour l'accompagnement des enfants ayant des difficultés d'apprentissage ont été supprimés. Ceci est d'autant plus problématique dans un contexte où les postes de médecins scolaires et de PMI sont vacants, avec des salaires décourageants, et où le nombre de poste d'enseignants spécialisés en Rased a été massivement réduit. Dans les CMPP, nous avons des difficultés pour recruter des orthophonistes car leur salaire est trop bas. De même, les pédopsychiatres qui partent à la retraite ne sont pas remplacés du fait d'un problème démographique.

Or, lorsque nous traversons ces crises structurelles, les difficultés psychiques et le mal-être des enfants et des adolescents progressent fortement. La souffrance des jeunes augmente pour des raisons diverses et complexes. Mais elle est aussi la conséquence du sous-investissement et de l'abandon du système d'aide sociale et de protection de la jeunesse, contre laquelle nous pourrions agir.

Le rapport du HCFEA se pose la question d'un « effet ciseaux », entre la réduction des moyens de suivi, et l'augmentation des prescriptions médicamenteuses. Un effet ciseaux existe bien entre une demande de soins croissante et une offre de soins laissée à l'abandon, ce qui dégrade la qualité de soins proposés et désespère les professionnels.

Les efforts annoncés sont loin de répondre aux enjeux de la situation actuelle. Les moyens de diagnostic et d'évaluations rapides se multiplient, mais ce développement ne s'accompagne pas d'une augmentation des moyens de suivi et d'accompagnement. D'une manière générale, les problèmes systémiques ne sont pas traités. Certaines structures,

⁵⁹ Amandine Buffière, pédopsychiatre, présidente de la Fédération des centres médico-psycho-pédagogiques (FDCMPP).



notamment les CMPP, n'ont bénéficié d'aucune revalorisation de leurs dotations de fonctionnement, ni d'aucun poste supplémentaire. Dans le cas des pédopsychiatres, malgré les moyens alloués, c'est la pénurie de professionnels qui crée des difficultés de recrutement, alors que pour les autres professionnels c'est l'inverse : des moyens supplémentaires sont nécessaires pour recruter des psychologues, et une revalorisation salariale est essentiel pour recruter des orthophonistes et des psychomotriciens. Si des ressources étaient allouées aux CMP et aux CMPP, nous pourrions facilement élargir nos équipes de soins avec des éducateurs spécialisés, des ergothérapeutes et des neuropsychologues.

La plateforme, l'équipe mobile, ont besoin de solutions d'aval, de structures où les familles et les enfants peuvent être accompagnés aussi longtemps que nécessaire. Le soin psychique est très efficace, mais il demande du temps et des professionnels experts dans plusieurs domaines (troubles des apprentissages, troubles psychologiques), en diagnostic, mais aussi en psychothérapie(s), en travail avec les enfants et les familles et en travail d'équipe. La combinaison de toutes ces compétences est un art subtil et délicat qui ne peut se résumer au remplissage d'échelles. Même si ces dernières ont leur utilité, la richesse passionnante de ce métier est ailleurs.

Les quelques pédopsychiatres qui restent doivent pouvoir animer et coordonner des équipes, mais ils doivent aussi être et rester des psychothérapeutes pour comprendre en profondeur ce qui est en jeu pour chaque enfant suivi directement ou par l'équipe qu'ils coordonnent.

Développer les compétences des équipes, les former à de nouvelles approches et pratiques psychothérapeutiques, leur permettre d'utiliser des référentiels théoriques différents et complémentaires peuvent se faire très rapidement avec des moyens pour des formations et un renforcement des équipes, car on ne peut s'autoriser à aller en formation que lorsque les collègues ne sont pas trop débordés par le flux des demandes de plus en plus urgentes et graves.

Les personnels des CMP et des CMPP pourraient animer localement et coordonner des équipes de soins psychiques sur un territoire donné comme ils le faisaient parfois quand le temps était moins compté.

Quelle plus belle ambition pourrait se donner le politique que de prendre soin de la santé mentale de ses enfants et de ses adolescents ?

Comme le disait Hannah Arendt : « À la différence de la force, qui est le don et la propriété de chaque homme pris isolément [...], le pouvoir ne peut voir le jour que si des hommes se réunissent en vue de l'action, et il disparaît quand, pour une raison ou pour une autre, ils se dispersent et s'abandonnent les uns les autres. Se lier et promettre, s'associer et signer un contrat : tels sont donc les moyens qui préviennent la disparition du pouvoir [...]. Il y a dans la faculté humaine de faire des promesses et de les respecter un élément de la capacité de l'homme à bâtir un monde. De même que les promesses et les accords sont tournés vers l'avenir et fournissent quelque stabilité dans l'océan de l'incertitude future où l'imprévisible peut surgir de partout, de même la capacité de construire un monde concerne bien plus que

nous-mêmes et que notre temps sur la terre, notre "successeur" et les "générations futures" »⁶⁰.

J'espère que nous serons capables de prendre soin des générations futures comme nous y invite ce rapport et de nous réunir pour leur santé mentale.

⁶⁰ Arendt H., 1983 [1961], *La condition de l'homme moderne*, Traduit par G. Fradier, Paris, Calmann-Lévy (coll. « Agora »), p. 257-258.



7. Déstigmatiser les troubles mentaux, Aude Caria⁶¹

Si l'enfance est une période sereine et sans souci pour la plupart des enfants, certains rencontrent des difficultés, plus ou moins importantes, qui peuvent avoir des répercussions sur leur bien-être et leur santé mentale. Les situations de crises permanentes (sanitaire, écologique, internationale, économique, sociale) ont aussi un impact durable sur leur santé mentale. Particulièrement, la période de crise sanitaire nous a montré qu'il n'y a **pas de santé sans santé mentale**, laquelle ne se résume pas à l'absence de troubles psychiques. La santé mentale doit être intégrée comme un élément de la santé globale. Elle ne doit pas se réduire au dépistage des troubles psychiques, mais être abordée dans sa conception universelle – « On a toutes et tous une santé mentale » – et sous l'angle des facteurs individuels et sociétaux qui l'influencent, des signes d'alerte et des possibilités de rétablissement.

De même, une politique de promotion de la santé mentale et de prévention des troubles psychiques nécessite de sortir résolument d'une vision uniquement curative et de diffuser **une vision globale et holistique incluant les déterminants socioéconomiques et environnementaux**. Cet effort en matière de prévention intègre la prévention contre la pauvreté et la précarité des enfants et de leur famille. Car on le sait, certaines molécules sont plus particulièrement prescrites, au sein d'une même classe d'âge, aux enfants les plus jeunes et, de manière générale, au sein des catégories les plus pauvres. Le médicament est donc utilisé non seulement comme une réponse aux problèmes de santé, mais aussi comme une réponse aux problématiques sociales.

La prévention de violence faite aux enfants doit également être une priorité.

Psycom est un organisme public d'information sur la santé mentale et de lutte contre la stigmatisation. Il a pour objectif d'informer, d'orienter et de sensibiliser les publics variés afin de les aider à agir en faveur de leur santé mentale et de celle des autres⁶².

L'objectif visé à travers Psycom est de dépasser la vision étroite de la santé mentale centrée sur les troubles psychiques et les soins psychiatriques et de promouvoir une vision globale de la santé mentale, conçue comme un enjeu politique, social et culturel.

⁶¹ Aude Caria, psychologue, directrice de Psycom Santé mentale Info.

⁶² Psycom informe le public par différents outils (brochures, réseaux sociaux, vidéos, annuaires locaux) et accompagne les personnes dans leur recherche d'aide par les lignes d'écoute, les associations d'entraide en créant des outils pédagogiques pour expliquer la santé mentale et lutter contre la stigmatisation et la discrimination des personnes vivant avec des troubles psychiques.

Encadré : Le Jardin du Dedans®

Les planches illustrées du Jardin du Dedans®, créé par Psycom avec le soutien de l'Unicef France, permettent de sensibiliser les enfants âgés de 8 à 11 ans à la santé mentale et d'aider les adultes à aborder ces questions complexes avec eux en utilisant la métaphore du jardin et des saisons. Ce kit pédagogique se compose d'une histoire sous forme d'un *kamishibai* (théâtre d'images) composé de



12 planches illustrées et de deux livrets pour l'animation.

La métaphore poétique dédramatise la question de la santé mentale et la rend plus facile à aborder. Parler de santé mentale avec les enfants, débattre de ce qui la constitue et ce qui peut l'influencer, c'est les aider à comprendre cette composante essentielle de leur santé et à contribuer au respect de leur droit à la santé mentale et au bien-être.

La santé mentale est un enjeu de société, transversal à tous les domaines (éducation, santé, social, solidarités, travail, handicap, sports, égalité femmes/hommes, sécurité, justice, logement, environnement, etc.). Cet enjeu complexe impose une réponse des politiques publiques à la hauteur des besoins. Il nécessite la mise en place d'une délégation interministérielle à la santé mentale, qui portera une politique ambitieuse et transversale, incluant promotion, prévention, parcours de soins et d'accompagnement, lutte contre la stigmatisation et les inégalités sociales en santé.



II. Mesurer, prévenir et réduire les facteurs sociaux et environnementaux de la souffrance psychique des enfants.

1. Santé mentale des enfants et parentalité.

L'intérêt d'une prévention, Philippe Duverger et Béatrice Bayo⁶³

Aujourd'hui, il semblerait que « *l'avenir est plus inquiétant que jamais* »⁶⁴ à cause des crises sociale, économique, écologique, politique, migratoire et sanitaire auxquelles s'ajoutent, pour les enfants et adolescents, la pression scolaire, les risques liés à l'usage des écrans et des réseaux sociaux. Dans ce contexte, tous les indicateurs de santé mentale des jeunes montrent des chiffres inquiétant de mal-être et de souffrance psychique très préoccupants.

L'adolescence est une période de vulnérabilité. Désireux de trouver leur place dans l'espace social, les adolescents sont d'une extrême sensibilité aux pairs. Cette dépendance peut les entraîner dans des comportements mimétiques qu'ils ne commettraient jamais seuls. Résister à la pression du groupe, exacerbée par les écrans, les « *likes* » et les « *followers* », demande une capacité de distanciation, de conscience de l'autre dans sa différence et un jugement moral qui nécessite en général la présence d'un aîné ou d'un parent, adulte. Or, il y a de moins en moins souvent d'adultes, famille comme éducateurs, proches de ces jeunes livrés à eux-mêmes. La première victime de leur excitation et de la violence qui en résulte, c'est leur propre corps qu'ils maltraitent : scarifications, tentatives de suicide, anorexie et boulimie, blessures par accident...

Quel exutoire et quelle possibilité d'investir cette énergie leur propose-t-on ? Quel espace et quel accompagnement par des adultes bienveillants leur accorde-t-on ? Et aujourd'hui, qu'en est-il, plus précisément, de la santé mentale des jeunes ?

Santé mentale des jeunes, de quoi parle-t-on ?

Aujourd'hui, les parents sont de mieux en mieux informés et de plus en plus attentifs à la santé de leur enfant et simultanément plus inquiets. Cela se retrouve dans la réalité des consultations de pédopsychiatrie, dans l'augmentation des demandes de soins et des accueils aux services des urgences de l'hôpital.

Dans les consultations, il n'est pas noté de réelle augmentation des pathologies psychiatriques, mais plutôt une **majoration des détresses psychiques, des mal-être** avec notamment des troubles anxieux en lien avec l'école : phobies scolaires, attaques de panique, allant parfois de pair avec un harcèlement scolaire/cyber harcèlement. De même, des fragilités et labilités émotionnelles voire des dépressions, associées ou non à des idées

⁶³ Philippe Duverger, professeur des Universités en pédopsychiatrie, président de la Fédération nationale des écoles des parents et des éducateurs (FNEPE) ; Béatrice Bayo, directrice de la FNEPE.

⁶³ Nathalie Bajolle, présidente de la fédération nationale des associations de maîtres E (FNAME).

⁶⁴ Morin E., 2020, Changeons de voie. Leçons du coronavirus, Denoël.

et crises suicidaires. Il existe une fluctuation importante de survenue de ces troubles en lien avec le calendrier scolaire. Enfin, sont notées une **augmentation des troubles des conduites alimentaires** (anorexie mentale, boulimie) et une majoration des temps passés sur les écrans sous la forme, parfois, de réelles addictions. Il s'agit donc de sentiments récurrents d'insécurité, d'angoisses flottantes, d'inquiétudes latentes, de détresses et de mal-être chez des jeunes vulnérables, particulièrement chez les filles. **82 % des hospitalisations dans le service au CHU d'Angers concernent les filles.**

Ces symptômes psychiques font l'objet d'inquiétudes parentales, légitimes. Ils font aussi l'objet de nombreuses prescriptions. Le rapport du HCFEA « Quand les enfants vont mal, comment les aider ? » montre en effet, entre 2014 et 2021, une augmentation inquiétante de la prévalence de consommation en population pédiatrique. Ce phénomène de surmédication concerne des dizaines de milliers d'enfants. Mais si les médicaments psychotropes soulagent, elles ne répondent pas totalement à la souffrance. Autrement dit, le traitement médicamenteux n'est pas le soin. Par ailleurs, faut-il médicaliser certaines souffrances ?

Les résultats récents de l'enquête nationale de Santé publique France

Les derniers chiffres de Santé publique France⁶⁵ montrent une dégradation de plusieurs indicateurs de santé mentale des enfants, particulièrement en septembre 2024, avec une augmentation des passages aux urgences de plus de 138 % pour les troubles de l'humeur, de plus de 72 % pour les troubles anxieux, de plus de 47 % pour les troubles psychotiques, de 101 % pour idées suicidaires et de 70 % pour geste suicidaire pour les jeunes de 0 à 17 ans par rapport au mois d'août⁶⁶. Ces chiffres sont supérieurs à ceux des années précédentes sur cette même période.

Une autre enquête, EnCLASS⁶⁷, portant sur la santé mentale des jeunes, confirme cette situation :

- du côté des bonnes nouvelles, elle montre que la majorité des élèves de collège et de lycée se perçoivent en bonne santé globale et sont satisfaits de leur vie actuelle. Ainsi, en 2022, 86 % des collégiens et 83 % des lycéens se sont déclarés en excellente ou en bonne santé, les garçons davantage que les filles, que ce soit au collège (90 % vs 82 %) ou au lycée (90 % vs 77 %) ;

⁶⁵ Santé publique France, 2024, [Analyse mensuelle des indicateurs à partir des réseaux OSCOUR® et SOS Médecins](#), Point mensuel, n° 38, 10 octobre.

⁶⁶ NDR : soutenu par Santé publique France et destiné aux jeunes de 12 à 25 ans, le [Fil Santé Jeunes](#) propose une ligne d'écoute (0 800 235 236), anonyme et gratuite, accessible 7 jours sur 7 de 9h à 23h. Les jeunes peuvent également consulter le site internet mettant à disposition de l'information, un forum, un tchat, des orientations vers des structures d'aide (lieux d'accueil et d'écoute, Maisons des adolescents, structures associatives, professionnels et de soins). Ces services sont dispensés par des professionnels (psychologues, éducateurs, conseillers familiaux, médecins).

⁶⁷ Santé publique France, 2024, [La santé mentale et le bien-être des collégiens et lycéens en France hexagonale. Résultats de l'Enquête nationale en collèges et en lycées chez les adolescents sur la santé et les substances – EnCLASS 2022](#), Le point sur Santé mentale, 9 avril 2024.



- en revanche, seulement 59 % des collégiens et 51 % des lycéens présentent un bon niveau de bien-être mental. Ce niveau diminue avec l'évolution dans la scolarité puisque, si près de 7 collégiens sur 10 en 6^e déclarent un bon niveau de bien-être mental, ils ne sont plus que la moitié des élèves de 3^e dans ce cas.

Finalement, sur la période 2018-2022, les collégiens et lycéens ont globalement connu une dégradation de leur santé mentale, plus marquée chez les filles. **La santé mentale et le bien-être des élèves se dégradent durant le collège et ne s'améliorent pas au lycée.** Avec notamment : un **ressenti de solitude** chez 21 % des collégiens et 27 % des lycéens, surtout chez les filles. Cette première plainte évoquée par les jeunes est importante à prendre en compte, si l'on veut y remédier. Et des plaintes récurrentes qui ont fortement augmenté parmi les collégiens, chez les garçons (+ 6 points) et surtout chez les filles (+ 14 points) : 51 % des collégiens et 58 % des lycéens se plaignent de façon récurrente d'irritabilité, de nervosité, de déprime, et de troubles du sommeil.

Outre les symptômes anxieux, de nombreux élèves présentent aussi des symptômes dépressifs : manque d'énergie, tristesse, sentiment de découragement, sentiment d'inutilité et 14 % des collégiens et 15 % des lycéens présentent un risque important de dépression. Enfin, 24 % des lycéens déclarent des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois, 13 % avoir déjà fait une tentative de suicide (TS) et 3 % ont été hospitalisé pour une TS – sachant que bon nombre ne sont pas hospitalisés parce que la TS est cachée ou qu'aucun lit d'hospitalisation n'était alors disponible.

Au total, les filles présentent une santé mentale moins bonne et un niveau de bien-être moins élevé que les garçons⁶⁸. Cette tendance est également confirmée par d'autres études menée auprès de l'ensemble des jeunes de 17 ans⁶⁹.

Alors comment expliquer le sentiment de solitude que les jeunes mettent en avant ? Cette solitude des jeunes ne serait-elle pas d'abord celle des adultes ? Comment concevoir que des jeunes, qui ont toute la vie devant eux, soient amenés à penser à l'idée de se donner la mort ? Comment comprendre que des adolescentes se privent de manger ou ne veulent plus se rendre au collège ? Comment interpréter ce mal-être de la jeunesse d'aujourd'hui ? Et quel vécu des parents face à ces détresses ?

Des parents plus avertis et plus ouverts aujourd'hui

Mais simultanément, des parents semblent perdus et anxieux. Soumis à des injonctions sociétales et des pressions multiples, parfois discordantes, ils doutent. Coupables de n'être pas « parfaits », ils surfent sur l'abîme de la performance et de la réussite éducative avant tout. Des parents soumis à rude épreuve, dans un contexte social tendu fait de polémiques médiatiques (entre l'éducation bienveillante d'une parentalité permissive dite « positive » – façon Filliozat – et celle autoritaire qui prône la fermeté et la limite – modèle Goldman), polémiques politiques (avec mise en cause parentale suite aux émeutes urbaines estivales), polémiques sociales (avec l'évocation de stages de responsabilité parentale et de possible

⁶⁸ *Ibid.*

⁶⁹ OFDT, 2023, *op. cit.*

pénalisation des parents). Donc des parents parfois en difficulté pour éduquer leurs enfants. Ces derniers (ou du moins leur statut) auraient-ils changé à ce point ?

Le rapport à l'autorité a beaucoup évolué. Dans la famille, entre Droits de l'Enfant et Droits des parents, c'est une relation contractuelle qui s'établit aujourd'hui, plutôt qu'une relation d'autorité. Il s'agit donc d'une relation d'éducation basée sur la séduction ou la force plutôt que sur l'autorité. Avec notamment l'évitement de tout conflit qui risquerait de remettre en cause l'amour de l'enfant pour son parent. Mais peut-on éduquer sans conflit ? N'y a-t-il pas une confusion entre Autorité et Pouvoir et entre Obéissance et Soumission ? Les enjeux autour du smartphone en donnent un très bon exemple.

La place des écrans illustre les difficultés parentales, avec très souvent le sentiment d'être quasiment hors-jeu face à cette captation de l'attention de leurs enfants par les écrans de leurs smartphones. Cela conduit parfois à une absence de règles et de rituels qui laisse l'enfant construire tout seul son rapport à l'outil numérique. Des parents souvent pris dans l'émotion plutôt qu'inscrits dans un registre éducatif, et qui font habituellement la confusion entre la norme et la règle. Car si la norme aujourd'hui (variable tacite et codifiée, relative et discutable, relevant d'un choix) est d'avoir un smartphone à 10-11 ans, la règle d'utilisation du smartphone (obligation définie par une autorité et qui s'impose) repose sur l'autorité du parent. Malheureusement, il semble que c'est la norme qui a pris le pas sur la règle, dans bien des familles.

L'accompagnement des parents est donc aujourd'hui fondamental, pour eux-mêmes et leurs enfants. Car le seul levier qu'ils ont l'impression de détenir est celui de l'interdit ou de la limitation dans le temps. Or, si le temps d'écran a son importance sur le développement du langage, l'épanouissement cognitif, etc., le contexte d'exposition compte également. Au-delà des effets somatiques connus, la surexposition aux écrans et les réseaux sociaux constituent « *des facteurs de risque pour la santé mentale de leurs enfants, notamment de dépression et d'anxiété, en particulier lorsqu'il existe une vulnérabilité préexistante* »⁷⁰. L'inquiétude parentale est donc légitime.

Être parent peut donc être difficile : les familles le disent elles-mêmes

Quels que soient son milieu social et culturel, son quartier, quel que soit l'âge de son enfant, tout parent est confronté, à un moment ou un autre, à des difficultés éducatives. L'injonction à la perfection, les recommandations contradictoires, la pression sociale font peser sur les épaules des parents une charge mentale épuisante. Pour les familles en situation de fragilité, mères isolées notamment, cette « pression » s'ajoute à une situation matérielle parfois précaire et à des difficultés sociales et/ou psychiques qui peuvent obérer leurs capacités d'agir pour leurs enfants et pour eux-mêmes aussi bien qu'ils le souhaiteraient.

Ainsi, certains parents cherchent des « modèles éducatifs » qu'ils pourraient appliquer comme on applique une recette : parentalité positive, *time-out*, programmes « *evidence*

⁷⁰ Benyamina A. et coll, 2024, [Enfants et écrans À la recherche du temps perdu](#), Rapport remis au Président de la République.



based » (Triple P ou PSFP, etc.) avec le risque que ce modèle ne soit pas adapté à leurs besoins ou réalités et qu'ils soient encore plus perdus face à l'échec de la solution. Le développement du *coaching* parental s'inscrit, lui, dans une dynamique de privatisation du secteur social, où le parent est un client venant acheter des bons conseils. Si cette offre peut séduire et répondre aux besoins de certains parents, elle présente les limites de l'accessibilité financière et les risques liés à la lucrativité de cet accompagnement.

Les associations, telles que les Écoles des parents et des éducateurs (EPE), proposent un accueil universel à tous les parents, pour un accompagnement anonyme et gratuit par des professionnels pluridisciplinaires, qui veillent à s'appuyer et à agir sur les « capacités » du parent, et à prendre en compte la singularité de chaque situation. Quels que soient les dispositifs, ils doivent, dans leur diversité, s'adresser à tous les parents confrontés à des difficultés ou des questions relatives à leur enfant et à la vie familiale. Ils doivent être accessibles facilement, rapidement, sans condition et sans stigmatisation.

Un premier temps : une offre de rencontre avec les parents et le jeune

Au-delà des seuls prismes de l'âge et des besoins des enfants, accompagner les parents à partir de leurs attentes, besoins et questionnements permet l'épanouissement de chacun au sein de la famille. C'est ce que nous développons notamment au sein des EPE réparties sur toute la France et rassemblées au sein de la Fédération nationale des EPE (Fnepe). Ce soutien à la parentalité est essentiel pour lutter contre les inégalités et le déterminisme social. Il doit être un axe majeur d'une politique familiale ambitieuse, innovante, préventive, construite avec les parents, en respectant la diversité des modes éducatifs, ainsi que le contexte familial, social, économique et culturel de chaque famille et enfant.

Mais aujourd'hui, les dispositifs de soutien à la parentalité demeurent très dispersés et mal connus. Ils ne touchent que 10 à 15 % des familles, alors qu'il semble indispensable que toutes les familles en ressentant le besoin puissent faire appel, quel que soit l'endroit où elles vivent, à un accompagnement ou un soutien, sans peur ni honte. Il faut ardemment soutenir les actions et lieux d'écoute, sans jugement, de solidarité et de construction de liens sociaux durables et encourager la création de nouveaux dispositifs, visibles et accessibles. Ces actions favorisent les échanges, la reconnaissance et l'entraide entre parents, permettent le répit parental et le renforcement de la confiance des parents dans leurs capacités d'éducateurs. Ils sont de véritables dispositifs de prévention.

Au-delà de l'accompagnement et du soutien aux parents, ces premières rencontres avec des professionnels permettent un repérage d'éventuels troubles psychiques chez le jeune qu'il s'agira alors d'orienter vers un dispositif de soins.

Le temps du soin

Lorsque d'authentiques signes de troubles psychiques existent, l'orientation vers un dispositif de soins est impérative. Cela peut être le CMP, un CMPP, certaines MDA, le dispositif Mon soutien psy, ou encore un professionnel libéral. Le médecin traitant peut aussi éclairer et orienter les familles sur les offres de soins possibles. Certes les délais d'attente pour des consultations sont parfois (très) longs. Ils doivent cependant pouvoir se mettre en place, pour proposer des soins appropriés, à défaut de prescriptions



médicamenteuses isolées. Pour cela, des moyens humains doivent être renforcés dans le cadre d'une véritable politique de prise en compte de la santé mentale et de la psychiatrie des jeunes, notamment au niveau de ces lieux de soins de premiers recours.

Accompagner les parents, c'est prendre soin de la société

Pour de multiples raisons, les inquiétudes parentales quant à la santé mentale de leurs enfants sont grandes, et leurs difficultés éducatives ne sont pas des moindres.

Face à ce constat, nous n'avons pas de passeport de parentalité. Rappelons-le, les parents parfaits n'existent pas, pas plus que des enfants parfaits. Il n'y a pas de recette ! On élève moins ses enfants avec des protocoles prétendument « scientifiques » qu'avec sa propre histoire.

En tant que professionnel, il semble important de ne pas céder à la morosité et au pessimisme. Les enfants et adolescents sont très sensibles au discours des adultes. Il faut croire en les capacités d'adaptation des jeunes et en leurs ressources. Vis-à-vis des parents, il importe de les rassurer, de leur redonner confiance. De les soutenir pour retrouver une autorité bienveillante et de les aider à fixer des limites mais aussi des autorisations. Qu'ils retrouvent du plaisir à être ensemble, sans écran, avec leurs enfants. Qu'ils transmettent des valeurs et construisent des liens de confiance permettant de se séparer sans angoisse. Et finalement, de les accompagner pour être « un parent moyen ».

C'est ce qui nous anime au sein des EPE, dans une approche fondée sur la coéducation et le développement des ressources déployées dans les Cafés des Parents, les entretiens familiaux, les services de conseil et de médiation familiale, les espaces de rencontre et lors des visites médiatisées. Autant de dispositifs au plus près des parents.

En guise de conclusion

Il nous faut comprendre ce que vivent nos jeunes actuellement et réfléchir à ce que nous leur offrons comme soin, accompagnement à l'école, dans le secteur social, médicosocial. De même, il faut prendre la mesure de ce que vivent certains parents, pour mieux les accompagner.

Alors que le mal-être des adolescents ne fait que croître et que les *burn-out* parentaux ne cessent de se multiplier, il est urgent qu'une politique ambitieuse en matière de santé mentale soit définie avec des moyens suffisants et adaptés. En n'oubliant jamais que prévention et santé doivent être appréhendées conjointement, afin que les mêmes causes n'engendrent pas toujours les mêmes effets.



Ces dernières années, de nombreux rapports⁷¹ convergents concluent à une dégradation manifeste de la santé mentale des jeunes de notre pays⁷². Au point que la santé mentale est considérée aujourd'hui comme la première problématique de santé publique chez l'enfant et qu'elle soit Grande cause nationale en 2025. Alors espérons que ces annonces relèvent d'une véritable prise de conscience et que les moyens soient au rendez-vous. Le moment est trop important pour ne pas œuvrer ensemble, pour la santé mentale des jeunes et pour leurs parents.

⁷¹ Amiel M., 2017, *Situation de la psychiatrie des mineurs en France*, Sénat Rapport d'information n° 494 ; Dru A., Gautier A., 2021, *Améliorer le parcours de soins en psychiatrie*, Rapport CESE ; HAS, 2021, *Coordination entre services de protection de l'enfance et services de pédopsychiatrie*, Note de cadrage ; Défenseur des droits, 2021, *Santé mentale des enfants : le droit au bien-être*, Rapport ; Cour des Comptes, 2023, *La Pédopsychiatrie*, Rapport ; Le Conseil de l'enfance et de l'adolescence du HCFEA, 2023, *op. cit.* ; SFPEADA, 2024, *Quelle pédopsychiatrie pour le second quart du XXIème siècle ?*, Rapport ; UNICEF France, 2024, *Consultation nationale des 6-18 ans. Enfants et adolescents en souffrance. Privations, déficit de protection et rejet social*.

⁷² NDR : les enquêtes internationales confirment également que le bien-être – la santé, les liens sociaux et le bien-être subjectif – montre des signes de détérioration. Selon le rapport de l'OCDE, en 2023, un tiers des personnes interrogées déclaraient avoir éprouvé un niveau élevé de douleur ou d'anxiété la veille, un cinquième avait ressenti une profonde tristesse, et entre 4 et 14 % s'étaient sentis seuls. Voir : OCDE, 2024, *Comment va la vie ? 2024 (version abrégée) : Bien-être et résilience en temps de crise*, Éditions OCDE, Paris.

2. Ce dont souffre la santé mentale, Christophe Libert⁷³

La santé psychique des enfants et des adolescents s'est fortement dégradée depuis au moins deux décennies comme plusieurs rapports et travaux l'indiquent.

Cette dégradation globale de la santé mentale des enfants et des jeunes est encore plus inquiétante dans un contexte où le système de soins et de prise en charge sociale et psychologique est confronté à des difficultés structurelles. Sur les 1 600 000 enfants et adolescents qui présentent en France au moins un trouble psychique, la moitié seulement bénéficie annuellement de soins, prodigués en pédopsychiatrie par des professionnels spécialisés, en hospitalisations partielles, complètes ou en structures ambulatoires. Les constats cumulés dessinent une situation dégradée qui va s'aggravant entre une diminution forte des capacités d'hospitalisation en pédopsychiatrie sur les dernières années (baisse de 58 % des lits entre 1986 et 2013) et une situation démographique tendue des professionnels de tous les métiers et dans les secteurs d'activité concernés⁷⁴. À ceci s'ajoutent les délais d'attente pour accéder aux services de pédopsychiatrie qui varient de 6 à 12, voire 18 mois.

Face à ces constats très inquiétants, il est nécessaire de fournir une réponse coordonnée, impliquant et le médicosocial et l'éducatif afin, à la fois, de mener des actions de prévention globale, de contribuer au repérage des troubles, de veiller au soin puis au rétablissement des enfants et à l'accompagnement de leur famille.

Il est évidemment indispensable, comme cela a été maintes fois exigé et répété, d'augmenter les ressources allouées à la pédopsychiatrie en prévoyant des **financements pérennes et généralisés** sur tout le territoire à la hauteur des besoins en soins psychiques. Ce, pour **doubler les capacités d'accueil et de soins de qualité**. Cette mesure doit être associée à une réorganisation de la psychiatrie infanto-juvénile dans une « **dynamique de secteur élargie** » toujours territorialisée, mais décroïsonnée. Élargie à tous les acteurs du bassin de vie de l'enfant, cette dynamique implique **la continuité et la cohérence du parcours de soin**, le renforcement de moyens des espaces de soins de niveau 2 (CMP, CMPP, CAMSP) qui suivent les jeunes dans la durée, et des espaces de prévention (MDA, PMI et santé scolaire) qui sont essentiels pour la prise en charge de troubles légers et le repérage des troubles plus sévères. Une **coordination** entre tous ces professionnels, les pédopsychiatres, psychologues, psychomotriciens, orthophonistes, infirmiers, éducateurs, assistants sociaux, etc. à l'échelle géographique du bassin de vie de l'enfant permettra une meilleure prise en charge.

Le renforcement des dispositifs de prévention et de soins en pédopsychiatrie doit faire l'objet d'un financement pérenne et de mesures fortes qui prennent en compte les spécificités de chaque territoire, en portant une attention particulière aux enfants les plus vulnérables et ceux des collectivités d'outre-mer, dans une **dynamique interministérielle, clé de voûte d'une restructuration du pilotage de psychiatrie et de la santé mentale des**

⁷³ Christophe Libert, pédopsychiatre, président de l'Association des psychiatres de secteur infanto-juvénile (API).

⁷⁴ Assises de la pédiatrie et de la santé de l'enfant, 2023, *Ma santé, notre avenir. Investir dans la santé de l'enfant : une urgence nationale*, Rapport.



enfants et des adolescents à tous les échelles – sectorielle, territoriale, régionale et nationale – comprenant notamment l’individualisation de PTSM (Projet territorial de santé mentale) spécifiques aux enfants et adolescents.

Enfin, aucune réorganisation ne peut être pensée sans un « **choc d’attractivité** » : Il faut d’abord créer un choc d’attractivité en revalorisant tous les soins hospitaliers et ambulatoires curatifs et préventifs, et donc tous les métiers du large domaine de la santé psychique des enfants et adolescents.

3. Handicap et santé mentale, Emmanuel Guichardaz⁷⁵

Le Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH) est constitué principalement de représentants associatifs dont les associations de parents d'enfants en situation de handicap et les personnes en situation d'handicap elles-mêmes. Composé de 160 membres, il fonctionne par commission et adoption des avis et contributions par vote en assemblée plénière.

La dimension environnementale d'abord

L'approche du CNCPH est celle du handicap, tel que défini par la loi du 11 février. Cette définition a introduit un élément majeur : **la dimension environnementale qui veut que le handicap résulte d'une interaction entre un trouble ou une déficience et l'environnement dans lequel évolue la personne.**

Rapportée à l'école, elle implique de ne pas seulement se focaliser sur la compensation individuelle, mais de créer les conditions favorables pour que ses manifestations aient le moins de répercussions possibles sur le parcours scolaire et les apprentissages des enfants. C'est à l'école de s'adapter à la diversité des élèves. Cela exige des moyens, pour la formation des enseignants et des autres personnels, la présence de professionnels spécialisés (infirmières scolaires, les médecins), et une collaboration renforcée entre le secteur médicosocial (comprenant les éducateurs, les éducateurs spécialisés et les professionnels paramédicaux) et l'Éducation nationale.

Il y a, en effet, des enfants qui ne vont pas bien, qui souffrent, sans que les causes précises de leur souffrance ne soient toujours apparentes, et des enfants qui présentent des troubles bien identifiés, dont les manifestations bousculent et interrogent leurs environnements. Pour ces enfants et leur famille et sans préjudice des prescriptions médicamenteuse établies dans le cadre d'un parcours de soin, il est nécessaire d'agir, en première intention, sur les environnements des enfants, en particulier dans les écoles.

Une préoccupation partagée pour la santé mentale des enfants

Le rapport du HCFEA rejoint sans la recouvrir la préoccupation partagée du CNCPH sur la santé mentale des enfants et sur les difficultés que rencontrent les familles comme les professionnels pour y répondre. Le premier enseignement de ce rapport est qu'effectivement, un nombre important d'enfant ne vont pas bien, du point de vue de la santé mentale. Le second, c'est que pour aller mieux, un grand nombre d'enfants ont recours à une thérapeutique médicamenteuse.

S'il n'appartient pas au CNCPH d'évaluer la pertinence d'une modalité thérapeutique donnée, il insiste sur la mise en œuvre effective des parcours de soins recommandés par les autorités de santé.

Notre expertise s'appuie en effet d'abord sur les apports des associations qui composent notre instance : le savoir expérientiel des personnes concernées et notamment, des parents,

⁷⁵ Emmanuel Guichardaz, responsable des projets de scolarisation à la Fédération trisomie 21 France, membre du Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH).



ainsi que les résultats des études menées par ses associations membres, car cette expertise d'usage mérite d'être prise en compte en complément d'autres formes d'expertise.

Nous nous plaçons par ailleurs résolument dans les recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) de la HAS, qui peut nous guider, en particulier dans des domaines qui font débat tels que les troubles du neuro-développement. La note de cadrage des recommandations de bonne pratique⁷⁶ publiée en 2021 suite à la saisine de HyperSuper TDAH France rappelle que :

- la prise en charge du TDAH doit être la plus précoce possible, et être adaptée aux symptômes de l'enfant, à leur sévérité et au contexte sociofamilial ;
- elle passe en première intention par des mesures non médicamenteuses ;
- le méthylphénidate est le seul traitement à disposer en France d'une AMM dans le TDAH, chez l'enfant de 6 ans et plus, lorsque les mesures psychologiques, éducatives, sociales et familiales seules s'avèrent insuffisantes ;
- le méthylphénidate peut être instauré en deuxième intention chez l'enfant de 6 ans et plus, ayant un diagnostic établi de TDAH selon les critères de l'AMM ;
- il n'est pas indiqué chez tous les enfants.

Mais le délai moyen de diagnostic en France est d'environ deux ans, et malgré les recommandations HAS en 2014, les usagers déplorent un manque de connaissance des professionnels de santé sur le TDAH.

Conscient qu'il y a des débats, le CNCPPH appelle à un dialogue constructif sur ce sujet.

⁷⁶ NDR : la HAS a remis ses [nouvelles recommandations](#) le 23 septembre 2024. Elles indiquent que « Concernant l'accompagnement, des interventions non médicamenteuses sont recommandées en première intention, telles que la psychoéducation [...]. En complément, si besoin et selon la gravité du trouble, un traitement médicamenteux peut être prescrit ». Voir l'annexe 3.

4. Jeunes proches en psychiatrie. Soutenir sans désigner, Hélène Davtian⁷⁷

Dans un contexte de vieillissement de la population, de saturation du système de santé et de renforcement de l'ambulatoire, l'entourage familial est de plus en plus sollicité pour apporter une aide et prendre le relai des professionnels. Si la solidarité familiale a existé de tout temps, le terme d'« aidant familial » est une construction relativement récente dont le recours est proportionnel à la fragilisation du système de santé. En psychiatrie, un simple regard dans le rétroviseur permet de comprendre qu'il s'agit d'un changement de paradigme majeur⁷⁸.

Dans ce mouvement, le terme « jeune aidant » s'est imposé pour décrire une réalité sociale aujourd'hui incontestable⁷⁹. Les études, Eliass pour les collégiens, Adocare pour les lycéens, Campus Care pour les étudiants, permettent de rendre compte du nombre de jeunes concernés par une situation de vie auprès d'un proche malade ou porteur d'un handicap et de l'importance de développer des politiques publiques adéquates.

Cet article vise à apporter une réflexion clinique sur la situation particulière des jeunes qui grandissent auprès d'un proche vivant avec un trouble psychiatrique. En ce sens, nous viserons tout d'abord à comprendre comment la thématique des jeunes aidants se pose dans le champ de la psychiatrie, puis nous nous intéresserons aux besoins spécifiques de ces jeunes et à la nécessité d'y répondre.

Enfants oubliés de la psychiatrie adulte

On peut constater une grande disparité des représentations des « jeunes aidants ».

Il n'existe pas de chiffres en France sur le nombre de jeunes proches concernés. Pour évaluer le nombre d'enfants de personnes malades, on peut s'appuyer sur les travaux menés à l'étranger (Suède, Suisse, GB), pour estimer qu'au moins un tiers des personnes suivies en psychiatrie sont parents d'au moins un enfant mineur. Pour évaluer le nombre de frères et sœurs de personnes malades, en se référant à la typologie des familles françaises (source Ined), on peut, sur la base des chiffres de l'Insee, estimer que chaque personne malade a, en moyenne, au moins un frère ou une sœur.

Or il n'est pratiquement jamais fait mention de l'entourage jeune des patients dans les textes qui régissent la psychiatrie adulte⁸⁰. Et ceci bien que le renforcement de l'ambulatoire place ces jeunes dans une situation de témoins au quotidien des troubles de leur(s) parent(s)

⁷⁷ Hélène Davtian, psychologue (PhD), chargée de projet jeunes proches et parentalité à l'Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (Unafam).

⁷⁸ Davtian H., Scelles R., 2013, La famille de patient schizophrène serait-elle devenue une ressource inépuisable ?, *L'information psychiatrique*, n° 1, p. 73-82 ; Bédouchaud D., 2022, Les jeunes aidantes et aidants, un sujet émergent pour la recherche et l'action publique, *Informations sociales*, n° 4, p. 33-37.

⁷⁹ Jarrige E., Dorard G., Untas, A., 2020, Revue de la littérature sur les jeunes aidants : qui sont-ils et comment les aider ?, *Pratiques psychologiques*, vol. 26, n° 3, p. 215-229.

⁸⁰ À titre d'exemple, le Rapport Laforcade 2016 qui préconise l'ambulatoire, « Le domicile doit devenir la règle, l'hôpital l'exception », n'évoque pas la présence d'enfants, adolescents ou jeunes adultes au domicile des patients.



ou de leur(s) frère(s) et sœur(s). Le terme de *forgotten children*⁸¹, introduit par la psychiatre américaine Marsh pour qualifier les jeunes frères et sœurs de ses patients, reste donc tout à fait pertinent aujourd'hui.

Nombre d'enfants ont ainsi vécu une période de confinement avec un proche malade. Le fait que cette question n'ait pas été évoquée, montre à quel point ils sont invisibilisés dans l'organisation actuelle des soins psychiatriques. Le danger serait de déplacer brutalement le curseur d'enfants oubliés du système de santé à enfants à risque, et à dépister. Certains pays l'ont fait et en ont vite perçu les effets délétères.

Enfants à risque du côté des neurosciences et de la médecine prédictive

Le paradoxe est que, tout en étant oubliés de l'organisation des soins, ils sont aussi considérés comme personnes à risque. La littérature scientifique les qualifie en effet d'enfants HR (à haut risque de psychose) avec notamment grande vulnérabilité au stress, troubles anxieux supérieurs à la population générale⁸². Ils pourraient donc potentiellement relever eux-mêmes de soin, pour autant aucune approche préventive, agissant notamment sur la consolidation des facteurs de protection, n'est mise en place.

Enfants en danger du point de vue de la protection de l'enfance

Il arrive que, du fait de sa pathologie, un parent soit happé par l'intensité de son trouble au point de ne plus pouvoir percevoir les besoins de son enfant, voire de perdre la conscience de sa présence. Il arrive que l'épuisement, la dépression conduisent un parent à négliger un enfant. Il arrive également que, lors un épisode psychotique aigu, un enfant ou un adolescent soit l'objet de projections délirantes de son frère ou de sa sœur qui le mettent en danger. Dans ces situations extrêmes, il y a besoin d'une protection qui, si elle ne peut se trouver dans les ressources familiales, nécessite le recours à la protection de l'enfance.

Les regards portés sur ces jeunes oscillent entre banalisation et dramatisation. C'est l'entre deux qui doit être reconnu. Le terme « jeune aidant » qui émerge dans les débats publics permet de considérer cette réalité dans sa quotidienneté, et pas uniquement au moment des crises et des hospitalisations. Mais il doit être revisité au regard des particularités dont ces multiples représentations rendent compte. Comment en effet se reconnaître dans une identité de jeune aidant si par ailleurs on est invisibilisé, si on se sent vulnérable ou si on a peur ?

Une récente étude du Credoc⁸³ vient renforcer cette interrogation. Menée auprès de 3 000 jeunes de 16 à 25 ans dans une situation d'aidance familiale, elle alerte spécifiquement sur la situation de ceux qui grandissent auprès d'un proche en souffrance psychique et/ou

⁸¹ Marsh D.T., Dickens R.M., 1997, *Troubled journey : coming to terms with the Mental Illness of a sibling or parent* (Vol. WWII). New York, Tarcher/Putman.

⁸² Selon la Confédération des associations de proches en santé mentale du Québec (2023), les jeunes proches qui aident un parent vivant avec un trouble mental sont 15 à 20 fois plus à risque de développer un problème de santé mentale. Bonnot O., 2007, *Troubles psychiatriques des parents et santé mentale de l'enfant*, EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), *Psychiatrie/Pédopsychiatrie*, n° 37.

⁸³ Voir le [site](#).

souffrant d'addiction les qualifiant de « *submergés ayant besoin de secours* » et d'« *éprouvés ayant besoin de soutien* ».

Prendre en compte leur situation de vie dans sa globalité

La définition du « jeune aidant » qui fait référence est celle de l'American Association for Caregiving Youth (2012) : « *un enfant ou un adolescent qui apporte une aide significative régulière à un membre de sa famille ou de son foyer* ». Elle paraît peu adaptée pour que les jeunes proches en psychiatrie puissent bénéficier des politiques publiques qui en découlent, il y a donc un enjeu d'équité sociétale auquel nous souhaitons répondre.

Nous proposons le terme « jeunes proches » pour dépasser la question du rôle social. Par ce terme nous entendons « *tout jeune qui grandit auprès d'un proche en souffrance psychique, quel que soit son âge, et quel que soit ce qu'il fait ou ne fait pas* ». Sur un plan éthique⁸⁴, nous estimons que l'aide ne doit pas être conditionnée à ce que produit un jeune, mais au fait qu'il est dans une situation de vie difficile qui nécessite une attention particulière.

Le terme « jeune proche » ne s'oppose pas au terme « jeune aidant », mais il vise à lutter contre les angles morts des politiques publiques et à aborder avant tout ce sujet dans une perspective de prévention de la santé mentale de ces jeunes.

Répondre à leurs besoins conscients ou non

Pour une grande part, on constate que ces jeunes n'expriment pas de demande d'aide de façon explicite par loyauté familiale, par peur de la stigmatisation, par crainte de rendre détectable leur vulnérabilité. L'absence de demande pour eux-mêmes ne correspond pas à une absence de besoin, et c'est toute la difficulté du travail de prévention. C'est aux adultes, dans leur rôle d'éducateurs, d'être attentifs à ces besoins.

Le travail clinique et de recherche, mené depuis de longues années par un groupe d'acteurs francophones réunis au sein du réseau Étincelles⁸⁵, permet de recenser les besoins de ces jeunes qu'ils soient conscients ou non, exprimables ou non.

En effet, la dégradation de la psychiatrie impacte fortement ces jeunes : l'accès aux soins est difficile, le suivi ambulatoire réduit souvent au minimum, et la charge des aidants adultes de la famille de plus en plus lourde. Le premier besoin de ces jeunes est celui d'être assuré que leur proche est bien pris en charge : « *Ce que je veux c'est que quand papa rentrera à la maison, il ira mieux* » (Sara, 8 ans). Sans cela, ils ne peuvent se dégager d'une responsabilité de veilleur.

Le deuxième concerne la stigmatisation⁸⁶, mais aussi l'autostigmatisation, qui porte sur la personne malade et sur l'ensemble de la famille et les jeunes proches. « *Ma mère est folle* », c'est par ces mots que Pierre exprime pour la première fois cette situation. Il est évident

⁸⁴ En phase avec la Convention Internationale des Droits de l'Enfant ratifiée par la France, CIDE.

⁸⁵ Le Réseau Etincelles est une communauté de pratiques professionnelles et expérientielles portée par l'Unafam. Il réunit sur ce sujet des acteurs de la francophonie belges, français, québécois et suisses.

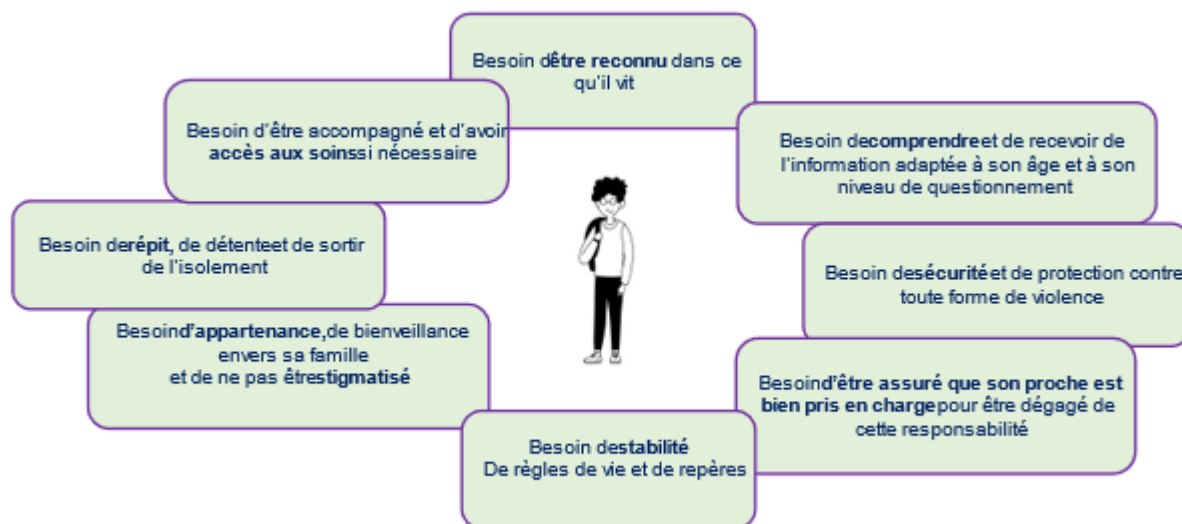
⁸⁶ Lampropoulos D., Fonte D., Apostolidis T., 2019, La stigmatisation sociale des personnes vivant avec la schizophrénie : une revue systématique de la littérature, *L'Évolution Psychiatrique*, vol. 84, n° 2, p. 346-363.



que ceci représente un frein supplémentaire à la demande d'aide et que la lutte contre la stigmatisation des maladies mentales dans laquelle est engagée l'Unafam est une façon indirecte de les soutenir.

Ces éléments de contexte étant posés, nous pouvons regarder des besoins plus personnels.

Les besoins des jeunes proches en psychiatrie



Le besoin primordial est celui d'être pris en considération, d'être reconnu dans cette situation de vie. C'est un besoin qui se fait entendre dans l'après-coup, une fois devenu adulte, à travers des prises de parole publique (témoignages, podcasts, films de fiction...) mais aussi dans le cadre d'une psychothérapie où l'on entend souvent cette phrase : « *on a fait comme si je n'étais pas là* ».

Nier la présence des enfants alors qu'ils sont présents, comme l'induit le système de soin actuel, provoque chez eux de la déniégation de ce qu'ils éprouvent (même pas mal, même pas peur). Des collègues suisses parlent de « *discretion ostentatoire* », c'est-à-dire une discrétion faite pour être vue. D'eux-mêmes, ils ne demandent rien car ils ont l'impression que, au regard de ce que vit leur proche, ce qu'ils ont à dire n'a pas d'intérêt, pas de poids. Si toute maladie produit un effet centripète qui place au centre de l'attention celui qui souffre, les troubles psychotiques amplifient cette tendance et produisent dans l'entourage ce que le psychiatre P. C. Racamier a nommé « *le sentiment d'insignifiance* »⁸⁷ : « *À côté de ce que vivait mon frère, je me sentais minuscule et insignifiante* » (Maryam, 18 ans).

Devant le flou et la confusion, ils ont besoin d'avoir des éléments pour comprendre la situation dans laquelle ils sont impliqués. Il faut alors qu'ils puissent trouver de l'information en phase avec leurs questionnements et bien adaptée à leur âge.

Chez les plus petits, on constate souvent une tendance à s'attribuer les raisons d'une rechute : « *C'est parce que je n'ai pas été assez sage que maman est repartie à l'hôpital* »

⁸⁷ Racamier P. C., 1980, Les schizophrènes, in *Les schizophrènes*, p. 89.

(Lucas, 5 ans). Chez les adolescents, il y a souvent des questionnements envahissants et inavouables sur leur propre santé : « *Comment faire pour savoir si je ne suis pas malade moi aussi ?* » (Alice, 16 ans). Les jeunes adultes font face à des freins à l'émancipation : « *Si je pars, qui va s'occuper de ma mère ?* » (Tom, 23 ans).

La bienveillance envers leur famille est essentielle si l'on veut créer les conditions de cet accompagnement. Autant que possible, le parent qui a une difficulté de santé mentale doit être associé afin qu'il trouve ses propres mots pour accompagner les questionnements de son enfant. Avec des parents concernés par la maladie, nous avons conçu un outil pour anticiper les décisions éducatives dans le cas où un parent devrait être réhospitalisé. Il est arrivé en effet que des enfants soient placés brutalement en foyer de protection de l'enfance le jour de l'hospitalisation en urgence d'un parent. [Mon GPS-Parents](#) a pour objectif de soutenir la continuité éducative, même en cas de séparation et d'assurer à l'enfant un sentiment de sécurité.

Sur le thème général des jeunes aidants, on voit se développer un discours d'admiration et de valorisation qui loue leur maturité précoce et leur capacité à l'empathie. Mais il est nécessaire aujourd'hui de pondérer ce discours en indiquant à ces jeunes des limites à l'aide qu'ils peuvent apporter à leur proche. Quand on côtoie la psychose, il est difficile de repérer de soi-même les limites. Un enfant est prêt à tout pour soulager la souffrance de son parent et il ne peut de lui-même percevoir ses limites. Le besoin de stabilité, de règles et de repères est donc à comprendre non seulement sur le plan de l'organisation concrète de la vie, mais aussi sur ce niveau intrapsychique : « *J'ai absorbé ses délires comme une éponge* » (Kim, 17 ans) ; « *Je partageais sa chambre, j'étais la confidente de tous ses délires* » (Maya, 20 ans).

La charge émotionnelle des aidants familiaux adultes en psychiatrie est largement documentée, notamment à travers les travaux sur les « émotions élevées » et le « *burden* » (fardeau)⁸⁸. Le besoin de répit se pose à tous les membres de l'entourage. Pour les plus jeunes, en pleine construction identitaire et en questionnement sur leur devenir, des temps de répit et de récupération sont impératifs.

Pour certains, ce besoin pourra être soulagé par les séjours de répit pour les jeunes aidants portés par l'association [JADE](#), mais il faut parfois organiser de façon plus durable la séparation. Séjourner temporairement ou durablement chez un autre membre de la famille, être scolarisé en internat, faire des études dans une autre région, etc. sont des aménagements qui peuvent être nécessaires pour permettre au jeune de se recentrer sur sa propre vie et protéger la relation avec son proche sur le long terme : « *C'était trop dur à la maison, je n'ai plus de famille, je l'ai laissée à mon frère* » (Stéphane, 22 ans)⁸⁹.

⁸⁸ Cormier H., 1991, Profamille, CHUL, Unité de psychiatrie sociale et préventive, Ste Foy, Québec.

⁸⁹ NDR : lors de la cohabitation avec une personne ayant un trouble psychique dans la fratrie, les frères et les sœurs évoquent des quotidiens et des rapports à l'avenir bouleversés. Si leurs trajectoires en portent la trace, elles ne sont pas pour autant « brisées ». Elles restent influencées par les positions de classe et de genre et soutenues par les interventions familiales (autorisation à s'éloigner, décharge de l'aide familiale, protection face aux accusations d'abandon, etc.). Voir : Blum P., 2024, [Frères et sœurs face aux troubles psychiques de l'un](#)



Enfin, en particulier chez les adolescents, les interrogations sur leur propre santé mentale sont souvent envahissantes. Comment résoudre cette interrogation alors qu'il n'existe pas d'examens biologiques ou d'imagerie médicale pour y répondre ? Dans une recherche participative impliquant 600 frères et sœurs⁹⁰, nous avons constaté que ceux-ci tentaient, par des conduites ordaliques, des voyages en condition extrême, des prises de toxiques, d'éprouver ou de mettre au défi leur santé mentale, seule façon d'expérimenter qu'elle était suffisamment solide. C'est pourquoi les injonctions à consulter un professionnel soignant sont souvent inopérantes. Ces jeunes craignent qu'un regard diagnostique soit posé sur eux et qu'il ne vienne confirmer ce qu'ils redoutent. Il est important cependant, quand ils sont prêts et qu'ils en expriment le besoin, qu'ils puissent avoir facilement accès à un professionnel du soin.

Adapter nos institutions à cet enjeu de santé publique

Aujourd'hui, sous l'impulsion conjuguée du secteur associatif et de chercheurs, des politiques publiques se mettent en place pour les jeunes aidants, dont le statut de [l'étudiant aidant](#). Ceci représente bien sûr une avancée, mais elles sont peu adaptées à la situation des jeunes proches en psychiatrie. Comment en bénéficier par exemple si le proche ne se reconnaît pas malade lui-même, et/ou qu'il n'y a donc aucun moyen de prouver la situation d'aidance ?

En 2005, l'Unafam et d'autres organismes avaient défendu la nécessité d'inclure la notion de handicap psychique dans la loi, car les politiques publiques de l'époque (attribution de l'AAH par les Cotorep, dispositifs d'accompagnement social, accès à l'emploi, etc.) ne prenaient pas en compte les empêchements consécutifs aux troubles psychiatriques. Il ne faudrait pas que les politiques qui se déploient aujourd'hui pour les jeunes aidants reproduisent un angle mort de même nature de ce qui avait été dénoncé alors. « *Tant qu'on ne nous compte pas, on ne compte pas* » (Alix, aidante de 4 ans à 64 ans).

Car, il est évident qu'il est plus simple de repérer et de quantifier l'aide visible en lien avec des pathologies et des handicaps visibles. Il faut considérer, à côté des formes d'aide bien documentées et relativement faciles à repérer (aide physique, domestique, comportementale), des formes d'aide moins visibles (aide relationnelle, soutien moral et émotionnel), mais aussi inclure une forme d'aide propre à cette situation et que nous appelons « aide par effacement ». Elle qui consiste à ne pas peser et Axelle Enderlé, directrice de [La Pause Brindille](#) précise « *effacement de soi et de ses propres difficultés, effacement de ses besoins, de ses demandes, jusqu'à la transparence* ».

« *Quand mon frère est en crise, je monte dans ma chambre, je dessine et je pleure* » (Maryam, 10 ans). Si la définition américaine prévaut, Maryam serait-elle considérée comme une jeune aidante ? Son attitude invite à comprendre l'effort qu'elle produit pour ne pas peser sur la situation. L'aide qu'elle fournit combine sa capacité à maintenir la relation malgré le défi relationnel posé par les troubles psychiques, sa capacité à rester proche malgré la non-

[des leurs Des liens et des trajectoires transformés mais pas nécessairement brisés](#), *Revue des politiques sociales et familiales*, n° 152 (3), p. 23-40.

⁹⁰ Davtian H., 2003, Frères et sœurs de malades psychiques, Unafam.

perception de sa présence, sa capacité à rester en phase avec le réel malgré le décalage de perception du monde qui l'entoure, sa capacité à réguler ses émotions.

Il est urgent que les efforts d'adaptation que fournissent ces enfants, adolescents et jeunes adultes soient reconnus et soutenus à leur mesure. Pour cela, il faudrait **inclure la thématique des jeunes proches en psychiatrie dans les politiques de prévention en santé mentale**⁹¹ en se décalant d'un modèle médical centré principalement sur la détection des facteurs de risque, pour orienter l'action sur le renforcement et le soutien des facteurs de protection.

Ouvrir de nouvelles pistes pour une approche préventive et un accompagnement adapté

Si des expériences existent en France comme à l'étranger, telles celles développées par des porteurs de projet du réseau Étincelles, la reconnaissance fine des aidants, le soutien et l'accompagnement qui leur bénéficieraient restent entravés par divers freins :

- fonctionnement en silos des institutions, peu adapté à des familles faisant face à une pathologie qui fragilise toute dimension relationnelle ;
- acculturation à la problématique des jeunes proches dans le champ sanitaire et médicosocial/nécessité de formation ;
- acculturation à la question des troubles psy, professionnels de la protection de l'enfance/nécessité de formation ;
- non-prise en compte de la spécificité des troubles psy dans les politiques jeunes aidants en France ;
- difficulté à « aller vers » sans renforcer la désignation :
 - des jeunes peu demandeurs et parfois non conscients de leurs propres besoins,
 - des parents qui n'osent pas évoquer leur difficulté de santé mentale en dehors d'un contexte sanitaire.

Il convient aujourd'hui d'imaginer de nouvelles façons d'aborder la prévention : sortir des logiques de file active, propres aux soins curatifs, serait une première étape. En effet, en prévention, il ne s'agit pas de répondre à une demande, mais de s'adresser à des jeunes isolés et peu demandeurs d'aide. **Toute la difficulté est de proposer un soutien sans renforcer la désignation.** En ce sens, le travail mené sur les réseaux sociaux par la [Pause Brindille](#) (aller-vers digital associé à l'aller-vers présentiel) est très pertinent. Basé sur la paire-aidance générationnelle, cette approche rassurante et non stigmatisante permet le développement d'une communauté de jeunes aidants qui favorise le sentiment d'appartenance et lutte contre l'isolement.

L'aller-vers doit pouvoir s'articuler, quand il le faut, à un accompagnement plus spécialisé que nous avons dessiné dans cet article. Un certain nombre de projets émergent en France (Projet J3P à l'Unafam, les Funambules-Falret en Île-de-France, le Club Familles à Reims...). Ils s'inspirent du service Le Biceps du BCAS à Genève qui a été pionnier sur cette thématique.

⁹¹ Unicef France, 2023, 10 mesures pour agir urgemment en faveur de la santé mentale des enfants et des jeunes, document inter associatif.



Ceci représente l'« accompagnement direct » des jeunes, mais il doit aller de pair avec un « accompagnement indirect » qui consiste à agir sur leur environnement de vie. Ceci passe par le soutien des parents ayant une difficulté de santé mentale et de leurs conjoints ou ex-conjoints qui partagent avec eux l'autorité parentale. Les troubles psychiques posent aux parents qui en souffrent des défis éducatifs particuliers qui méritent de l'aide. Marc Boily⁹² constate un vécu discriminatoire de la parentalité en particulier lors des décisions au sujet des gardes d'enfant où l'accent est mis sur le diagnostic plutôt que sur les compétences parentales. Serge Escots parle de « *parentalité empêchée* »⁹³ qui est avant tout à soutenir. C'est pourquoi l'Unafam propose une approche intergénérationnelle où l'accompagnement direct auprès des jeunes est complété par une consultation d'accompagnement dédié aux parents qui ont une difficulté de santé mentale, par des groupes de parole pour les conjoints et par un réseau des grands-parents⁹⁴ qui jouent un rôle actif dans l'éducation de leurs petits-enfants et sont parfois nommés tiers dignes de confiance.

En conclusion

Par cet article, nous avons cherché à contribuer à une meilleure compréhension de la situation de ceux que nous avons appelés les jeunes proches en psychiatrie, afin d'une part qu'ils ne soient pas exclus des politiques publiques qui se mettent en place pour l'ensemble des jeunes aidants, et d'autre part qu'une attention non stigmatisante leur soit portée quand il s'agit de penser une organisation de soutien à la santé mentale des jeunes. Dans le contexte du virage domiciliaire de la psychiatrie adulte, ne pas le faire aurait des effets délétères sur leur santé et sur leur avenir.

⁹² Boily M., 2009, L'exercice du rôle parental chez des personnes aux prises avec des troubles mentaux, Thèse de doctorat, Université de Laval.

⁹³ Escots S. et Devolder L., 2016, *En finir avec les parents toxiques, Parentalités empêchées*, Toulouse, Carré de Vignes.

⁹⁴ Davtian H., Collombet E., Laviolle J., De Stercke E., Boily, M., 2021, Grands-parents, une place essentielle mais complexe, in Piche G. et al, *Trouble mental chez le parent, enjeux familiaux et implications cliniques*, Québec, Presses de l'Université de Laval.

5. Prendre la mesure, prévenir et réduire les facteurs sociaux et environnementaux de la souffrance psychique des enfants,

Nathalie Bajolle⁹⁵

Le Rased (réseau d'aides spécialisées aux élèves en difficulté) intervient auprès des enfants qui éprouvent des difficultés en classe. Il est constitué d'ES-ADP (enseignants spécialisés chargé des aides à dominante pédagogique), d'ES-ADR (enseignants spécialisés chargé des aides à dominante relationnelle) et de psychologues de l'Éducation nationale. Ces trois catégories de professionnels ont pour mission d'apporter leur aide et leur expertise notamment dans le cadre de la prévention en maternelle. La confrontation des observations complémentaires des membres du Rased permet de se mettre à l'écoute des souffrances d'élève et d'élaborer ensemble une compréhension fine des facteurs en jeu à l'école et dans l'environnement éducatif global.

Le rapport du HCFEA montre l'impact du système éducatif et des inégalités sociales sur la consommation des antidépresseurs. Malgré une politique scolaire inclusive et une attention accordée aux élèves ayant des besoins éducatifs particuliers, **la culture dominante de l'évaluation, de la réussite et de la normalisation reste omniprésente** dans le secondaire, dans une moindre mesure dans le premier degré.

Nous observons que **les élèves socialement vulnérables le sont aussi sur le plan scolaire**, car ils n'ont souvent pas la connaissance et la compréhension des normes et des attentes de l'environnement scolaire. Il n'est pas rare de percevoir une tendance des parents à projeter une forme d'inquiétude sur le parcours de leur enfant, ce qui peut refléter leur propre expérience en tant qu'élèves, ou bien celle des aînés de la fratrie. Il leur est parfois difficile de franchir le portail de l'école et de se confronter à la parole des enseignants. En tant qu'enseignant spécialisé, notre rôle favorise un certain recul vis-à-vis de cet écart de rapport à l'école. Nous pouvons nous situer en interface entre les apprentissages, et les adultes parents ou enseignants. Il s'agit d'étayer l'échange et la compréhension mutuelle. La confiance entre adultes est un gage fort de développement global de l'enfant à l'école.

L'objectif des Rased est de rassurer ces enfants et leurs parents, de leur donner confiance et de favoriser l'estime de soi. Il s'agit de faciliter la reconnaissance globale de la légitimité de chacun au sein de la communauté éducative et de favoriser ainsi l'accueil et l'écoute de tous les élèves.

En permettant qu'un accompagnement se mette en place autour de l'enfant, en classe ou à l'extérieur, le Rased permet aux enfants d'expérimenter la réussite scolaire. Aider les élèves à réussir leurs études renforce non seulement leur estime de soi, mais aussi leur reconnaissance par les adultes, y compris les parents et les enseignants. Le changement de regard vis-à-vis de leur place dans la classe et de leurs besoins contribue à réduire leur souffrance psychique.

⁹⁵ Nathalie Bajolle, présidente de la fédération nationale des maîtres E (Fname).



Un axe important concerne la **prévention** qui commence par l'observation et la mise à l'écoute de l'enfant dans son cadre scolaire, cadre d'apprentissage et cadre de relations humaines. Elle implique un travail de prise en charge des enfants qui peut se faire en petits groupes sur des difficultés précises, telles que le langage et la socialisation dès la toute petite section de maternelle. Toutefois, cette part du travail des Rased est mise à mal par des priorités qui s'imposent, notamment pour le lire-écrire-compter, ainsi que par une réduction des moyens humains au sein des équipes des Rased. Ainsi, **entre 2007 et 2020, le nombre de postes en Rased a diminué de 33 %**, à quoi il faut ajouter le nombre de postes non pourvus.

Ces données révèlent également un **paradoxe** : au moment où l'on prône l'école inclusive, les postes de professionnels qui pourraient accompagner les élèves à besoins éducatifs particuliers sont supprimés.

L'article L. 111-1 du Code de l'éducation le précise : « *quels que soient les besoins particuliers de l'élève, c'est à l'école de s'assurer que son environnement est adapté à ses besoins* », le temps qui leur est consacré est insuffisant. D'où la nécessité d'éclairer tous les professionnels de l'école par une formation initiale et continue adaptée et de qualité.

L'engagement des enseignants spécialisés dans une formation diplômante, le Cappei (certificat d'aptitude professionnelle aux pratiques de l'école inclusive, Décret n° 2017-169), permet de développer un champ théorique à propos des processus d'apprentissage et du développement de l'enfant, mais aussi de développer des compétences psychosociales nécessaires pour s'engager dans les relations de partenariat avec des professionnels et les parents d'élèves. Ils sont des interlocuteurs privilégiés entre les enseignants, les parents et les professionnels externes qui interviennent auprès des élèves pour lesquels ils contribuent à construire un parcours de réussite.

Le partenariat des Rased au sein de la communauté éducative se situe à une interface-clé entre le suivi d'experts externes et le suivi des apprentissages scolaires. Dans certains cas, l'accompagnement des élèves dans le cadre de la prise en charge directe par le Rased est doublé d'une aide indirecte auprès des enseignants par la mise à disposition de ressources telles qu'analyser les difficultés qui empêchent de progresser, et s'appuyer sur les réussites et atouts de l'élève, pour relancer sa progression. Dans son rôle de relais à la parentalité, le Rased sert d'interlocuteur en animant des ateliers pour les parents sur des thèmes aussi variés que l'alimentation, le sommeil, l'hygiène ou l'usage des écrans. Cependant, le manque de temps et de professionnels du Rased, là encore, limite ces échanges pourtant bénéfiques pour les parents.

L'école ne peut pas réduire seule les inégalités sociales, mais elle a une place à tenir et doit s'en donner les moyens. Elle peut aider les élèves en accordant un rôle, une place aux parents, en faisant valoir leur droit, mais aussi en leur indiquant leurs devoirs envers leurs enfants. Comme le souligne l'enseignante, formatrice et auteure d'ouvrages consacrés à la coéducation Catherine Hurtig Delattre : « *En se mettant dans une posture d'ouverture appelée "posture coéducative" qui permet de mieux connaître les parents et leur logique*

d'éducation et ce qui se passe dans la famille, cela apporte un vrai plus en termes d'efficacité professionnelle »⁹⁶.

Nous souhaitons que soient préservés et renforcés les moyens d'action des Rased au service direct des enfants et d'un lien paisible et constructif entre parents et école, en prévention de toute détérioration de la santé mentale des enfants.

⁹⁶ Hurtig-Delattre C., 2024, [La coéducation à l'école : entretien avec Catherine Hurtig-Delattre, L'autonome de solidarité laïque.](#)



6. Le vécu des parents d'enfants « dys » en situation de précarité, Sébastien Lodeiro⁹⁷

Étude exploratoire sur l'accès à la santé des enfants ayant des difficultés d'apprentissage et développementales issus de familles en situation de précarité en Haute-Saintonge,

Afin de compléter les pistes explorées dans une enquête précédente, cette étude menée à Haute-Saintonge porte sur des familles en situation de précarité dont les enfants présentent des difficultés d'apprentissages et de développement. L'objectif était de mieux comprendre leur vécu et le parcours de santé de leurs enfants, leurs relations avec les professionnels, les solutions qu'elles trouvent face aux obstacles rencontrés et leur connaissance de l'offre de santé. Pour cela, 13 familles ayant 19 enfants concernées, majoritairement des garçons, ont été interviewées. Il s'agit souvent des familles nombreuses, de foyers monoparentaux (9/13 des mères élevant seules leurs enfants) avec un vécu familial compliqué (absence du père, familles d'accueil...) et en situation de précarité (exerçant des « petits boulots » et bénéficiant d'aides sociales telles que RSA, aides de la CAF et allocations chômage).

Lors des entretiens, les familles évoquent un ensemble de symptômes, des appréciations sur le comportement ou le caractère de leur enfant, des difficultés scolaires, des problèmes d'intégration scolaire et des maladies. Tous ces éléments se combinant au fil des rencontres avec les professionnels pour parfois déboucher sur un ou plusieurs diagnostics.

Des séries de symptômes se combinent, et les diagnostics se succèdent au fil des consultations (par exemple : problème de vue, problème neuromusculaire, problème psychomoteur, relation mère-enfant, problème de DYS ; difficultés scolaires, hyperactivité, problème familial, violence, dyspraxie/dyslexie). Des combinaisons complexes à mettre en perspective avec des contextes de précarité, de ruptures familiales qui, du point de vue des professionnels, semblent devenir aggravants dans l'analyse des difficultés de l'enfant. Une tendance à la « psychologisation » de problèmes familiaux empêche d'entendre le problème concret d'inadaptation scolaire et parfois ralentit les diagnostics (notamment DYS) : *« Mon médecin m'a conseillé de prendre contact avec l'UPIJ pour rencontrer un pédopsychiatre car pour lui son comportement (le fait qu'il soit turbulent à l'école) ne venait peut-être pas que de sa dyslexie mais aussi de l'absence de son père ».*

Ces difficultés sont signalées par l'école (maître, maîtresse, directeur d'école puis médecin scolaire), la mère et les professionnels de santé, les voisins ou une amie. Elles sont parfois signalées tardivement (entre 3 et 14 ans). Dans certains cas, il y a une nécessité de s'accorder entre parents, enseignants sur « l'anormalité » des constats sinon rien n'est entrepris. Parfois ce sont aux parents de convaincre les professionnels (santé et éducation nationale) qu'il y a un problème : *« Il faudrait qu'on se voit autour d'une table, il pourrait comprendre, mon fils à 10 ans s'habille pas seul, écrit pas seul... Ils veulent pas le voir, ils ont pas envie de comprendre ».* Les médecins généralistes sont ici absents du repérage de ces difficultés.

⁹⁷ Sébastien Lodeiro, sociologue, chargé d'études, IREPS nouvelle Aquitaine.

Dans le parcours de prise en charge de leur problématique, les enfants peuvent avoir rencontré de 4 à 16 professionnels du champ sanitaire et social. Dans ce panorama, les médecins généralistes, les orthophonistes, les psychologues, la Maison départementale pour les personnes handicapées (MDPH) et les assistantes sociales sont les professionnels les plus sollicités par les familles. Du repérage des premières difficultés à un (premier) diagnostic, les délais varient entre un an et demi et cinq ans.

Si l'accès aux soins sur le territoire est difficile et les délais d'attente pour un rendez-vous, très longs, les familles sont entourées de professionnels : avec de l'énergie et de l'opiniâtreté, elles réussissent à les trouver. Malgré les ruptures dans les parcours de santé, l'épuisement et le renoncement, elles recommencent : « ... *l'AS de l'UPIJ a proposé... la CIM de Jonzac, personne ne connaissait ni le psy, ni le médecin, personne...* » ; « *Dès qu'un enfant ne rentre pas dans la case "normal", on sait pas quoi en faire, on ne sait pas l'orienter* ».

Il est possible d'affirmer qu'il n'y a pas de problématique de non-accès aux soins. Mais les familles sont entourées de professionnels qui ne se parlent pas⁹⁸. Elles doivent répéter, à de multiples reprises, l'histoire de leur enfant (professionnels de santé, à l'école, à chaque changement d'enseignant, de directeur, d'établissement) et sont soumises à la multiplicité de leurs regards, de leurs interprétations de la situation. « *Ce qui manque... c'est qu'ils (les professionnels) sont tous dans leur coin, mais s'ils échangeaient sur la situation d'un de leur patient commun, je suis sûre qu'il y aurait du bon pour lui* ». Ceux-ci n'orientent pratiquement pas ou ne réorientent pas vers d'autres professionnels, soit parce qu'ils ne sont pas sensibilisés aux difficultés rencontrées, soit parce qu'ils ne connaissent pas bien leur environnement professionnel. Des éléments contradictoires entre les acteurs donnent parfois un sentiment d'incohérence ou d'incompétence des professionnels à certains parents. Certains d'entre eux se résignent à leur incompréhension et suivent le parcours désigné malgré ses incohérences.

Il existe une fragmentation du regard sur les situations, un manque de continuité de l'offre et de prise en compte globale (au-delà du médical) de l'enfant et de la famille. Les parents perdus se chargent seuls de la coordination, du parcours de leur enfant, mais les délais d'attente aggravent la situation de l'enfant. Ceci les oblige à recourir au secteur privé malgré les coûts. Il existe manifestement une tension forte sur l'offre des professionnels du territoire. Les parents, malgré leurs faibles revenus, sont prêts à avancer ou dépenser des sommes importantes pour accéder à un professionnel de santé.

Le vécu des familles

Les parents se sentent aussi parfois exclus de la prise en charge de l'enfant et pas toujours écoutés : « *Que ce soit des professionnels médicaux ou ailleurs, on n'écoute jamais le parent. Mon enfant il a tel ou tel problème, ils pensent qu'on est des parents trop protecteurs, qui surprotègent donc on invente des problèmes aux enfants...* ». Certains éprouvent un sentiment de mépris lors de leur interaction avec les professionnels de santé : « *"Bonjour, je suis le médecin qui s'occupe des boules dans la tête des enfants". Nan, mais il me prenait pour*

⁹⁸ cf : enquête auprès des professionnels IREPS 2014



une débile ou quoi ? pourquoi il ne me dit pas cash ce qu'il y a » ; « Ils m'ont pris pour une débile » ; « ...regard de supériorité auprès de l'Éducation nationale, l'UPIJ, dans les cabinets médicaux ». Certains d'entre eux ne font pas confiance aux professionnels : « ...Aller voir un psy, Dr ... Je l'ai vu 10 min et c'est tout. Après j'ai reçu un papier comme quoi j'étais déficient intellectuel ».

Certains parents éprouvent un sentiment de culpabilité. Ceci peut être vécu sur un plan individuel : *« On culpabilise beaucoup ! Est-ce que ça vient de nous ? Est-ce qu'on a fait quelque chose qu'il ne fallait pas ? Beaucoup de questions viennent et remettent en cause nos rôles de parents », « Je l'ai faite tombée à la maternité, donc je pensais que c'était les séquelles »* ; il peut être renforcé par l'environnement familial, professionnel ou éducatif : *« elle (la psychologue) m'a dit que si elles (les filles) réagissaient comme ça, c'est parce que je n'étais pas assez ferme avec mes filles et qu'elles me poussaient jusqu'à ce que j'en peux plus. Elle m'a dit aussi que ça venait peut-être du fait qu'elles ne voyaient pas assez leur père », « On n'a pas forcément dit que mon fils avait un problème mais que c'était moi qui l'élevait mal »* ; ou bien renforcé par l'intériorisation de croyances ou stéréotypes sociaux : *« Je veux pas être méchant mais les déficients mentaux, c'est ceux qui sont enfermés dans des asiles, dans des asiles psychiatriques ».*

Le diagnostic est souvent vécu comme un moment de soulagement par les parents. Il joue un rôle déculpabilisant tout en permettant de comprendre ce qu'il se passe et d'espérer une prise en charge rapide : *« Je suis contente parce que je sais ce que c'est. On était soulagé »* ; *« Très très surprise, et en même temps soulagée de savoir enfin ce qu'il avait »* ; *« J'accepte ce qu'on me dit, l'important c'est qu'il soit pris en charge ».*

Pour compléter les données sur le vécu des parents, des entretiens complémentaires avec les enseignants ont également été réalisés. Ils mettent en évidence la difficulté des enseignants face aux problématiques de ces enfants. L'enseignant semble se retrouver seul avec un sentiment de ne pas faire ce qu'il faut. Cette situation semble favoriser la mise à l'écart de l'enfant, un regard négatif sur les parents, une exportation des problématiques vers le médical.

Les conditions favorables au travail avec les parents

Les parents aspirent à être en relation avec des professionnels qui s'adaptent à leurs réalités : *« Faut des professionnels qui savent faire la part des choses »* ; *« On peut payer en plusieurs fois l'ergo »*, s'intégrer dans les projets avec leur enfant : *« On discute avec la maîtresse de l'insertion de ... dans une classe "normale". Il est content d'y aller le matin et de retrouver des copains qu'il s'est fait là-bas. Il a fait pas mal de progrès au niveau de ses résultats scolaires »* et se retrouver avec d'autres parents : *« il faut un entourage, ce que j'aurai aimé c'est de me retrouver avec d'autres mamans comme moi, pouvoir m'exprimer, qui avaient une expérience ».*

Les relations d'égal à égal avec un « décentrement » du professionnel du soin de la figure du médecin distant ou surplombant sont également importantes pour les parents. Alors peut se créer un échange sur le ressenti, le vécu et le quotidien très concret de la famille (approche globale). Les professionnels cités comme ayant permis d'améliorer la situation de

l'enfant sont ceux qui ont « démedicalisé » leur regard pour faire face à la détresse de ces mères. Ceci constitue un projet d'évolution des pratiques professionnelles à promouvoir pour renforcer la pertinence de l'offre territoriale.

Conclusion

Cette recherche montre que les professionnels de santé sont débordés et conscients de proposer **une offre en décalage avec les besoins des familles**, tandis que les parents, perdus, s'épuisent mais ne renoncent pas. Tout au long d'un véritable **parcours du combattant**, elles arrivent à trouver les professionnels et le diagnostic permettant d'accéder à une prise en charge. **Plutôt qu'un problème d'accès aux soins, il s'agit d'un manque de continuité de l'offre et de prise en compte globale de l'enfant et de la famille.** Cette étude permet également divers constats.

Constats liés à l'offre des professionnels de santé :

- multiplicité et cloisonnement des interlocuteurs ;
- faible réorientation des familles vers les professionnels adéquats et orientation systématique vers des structures publiques surchargées ;
- délais pour le diagnostic et la prise en charge des troubles ;
- délais de traitement des dossiers par la MDPH : 2 à 6 mois (délai le plus courant) avec des refus non motivés ;
- absence d'accompagnement de l'entourage de l'enfant (notamment des mères) ;
- posture des professionnels de santé : peu recherchent l'adhésion des familles ;
- absence de communication des professionnels de santé entre eux et avec les professionnels de l'éducation.

Constats liés aux professionnels de l'éducation :

- professeurs des écoles peu sensibilisés aux troubles du comportement : avant la prise en charge, l'enfant est considéré comme un élément perturbateur et traité comme tel ;
- relations difficiles avec les parents et/ou absence de communication (enfant vu par un psychologue scolaire sans que les parents en soient avertis) ;
- résistance parfois à la présence d'une AVS ;
- absence de communication des professionnels de l'éducation entre eux et entre les professionnels de l'éducation, le médecin scolaire et les parents.

À partir de ces constats il est possible de formuler les recommandations suivantes :

- changer le regard des professionnels sur les familles en situation précarité « **Une perception des familles sans ressources ayant renoncé** » : les familles interviewées ont eu des parcours faits d'essais, de tâtonnements, d'erreurs, de ruptures et de recommencements mais aucune d'entre elles n'a renoncé à aider son enfant ;
- ne pas laisser les parents seuls face à la difficile organisation des soins et de la santé de leur enfant – d'où la nécessité de faciliter le parcours des familles en leur proposant une coordination microlocale des pratiques de soins et de santé pour servir d'intermédiaire, de courroie de transmission, d'accompagnement des



parents et des professionnels, faire évoluer les pratiques de soins vers une approche globale ;

- développer une approche globale des difficultés de l'enfant – nécessité de prendre en compte l'environnement familial, éducatif et social de l'enfant et de ne pas traiter uniquement les symptômes de celui-ci ;
- renforcer la confiance entre les familles et les professionnels pour favoriser la reconnaissance du parent en tant que moteur et organisateur de la prise en charge de l'enfant – nécessité de réaffirmer le parent dans ses compétences éducatives (proposer, si besoin, un accompagnement au parent et l'outiller dans la prise en charge quotidienne de son enfant : le cahier des colères par exemple) ;
- proposer de la formation et de l'accompagnement des professionnels pour renforcer les pratiques de codécision et de coéducation avec les parents ;
- le premier interlocuteur est le maître ou la maîtresse – d'où la nécessité de former ces acteurs de première ligne en les sensibilisant (parents, associations, professionnels) aux troubles du comportement et de l'apprentissage afin qu'ils puissent être mieux repérés et en les aidant à parler de leurs difficultés à gérer certains élèves afin de mieux accepter l'aide extérieure ;
- des délais de diagnostics et de prise en charge raccourcis – amélioration de la communication avec les familles (notamment pour l'UPIJ), compréhension et amélioration de la prise en charge administrative de la MDPH (délais de 2 à 6 mois) ;
- la création de nouvelles modalités de travail collectives et collaboratives pour faciliter une orientation systématique du parent vers les professionnels adéquats (créer ou réactualiser des plaquettes sur les ressources du territoire) ;
- développer des temps de dialogues entre parents ayant vécu ces problématiques ;
- développer des temps d'échanges entre parents et professionnels (rendez-vous communs entre médecin scolaire, psychologue, maître ou maîtresse, professionnels de santé et parents en amont et en aval du diagnostic) ;
- informer sur les troubles du comportement et de l'apprentissage pour éviter la confusion avec la déficience intellectuelle et éviter un regard discriminant : création de plaquettes du type « Repérer, comprendre et orienter ».

Conclusion

Ce rapport, qui rassemble douze contributions, souligne la **dégradation de la santé mentale des enfants et des adolescents**, le **risque de substitution des pratiques d'aides psychothérapeutiques, éducatives et sociales par le médicament** et les **crises traversées par le secteur de la santé mentale et de la psychiatrie** de l'enfant tout en proposant des **pistes d'amélioration**.

La contribution de Sébastien Ponnou présente des données précises et actualisées sur l'augmentation de la consommation de médicaments psychotropes chez les enfants et les adolescents en France, jusqu'en 2023. Cette surmédication concerne des dizaines de milliers d'enfants. Dans le cas du méthylphénidate, elle est accompagnée de pratiques déconseillées, telles que la prescription de médicaments avant l'âge de 6 ans, des polyprescriptions, des durées de traitement longues, et le déclin des pratiques psychothérapeutiques, éducatives et sociales de première intention. Dans le cas de l'autisme, où les médicaments doivent être prescrits à titre exceptionnel et de manière temporaire, on voit au contraire une augmentation des prescriptions, des coprescriptions et des durées de traitement particulièrement longues. Cette augmentation intervient dans un contexte où il est de plus en plus difficile et de moins en moins fréquent d'accéder aux autres réponses thérapeutiques et d'accompagnement qui sont pourtant celles recommandées, d'où l'hypothèse d'une substitution progressive des réponses les plus bénéfiques aux enfants, par la seule prescription de médicaments dont les effets à long terme et cumulés dans le cas des coprescriptions sont à la fois peu étudiés et non sans risques.

Après ces données chiffrées et actualisées qui soulignent bien une tendance qui progresse encore en 2023, Sébastien Rouget explore les raisons de la hausse des prescriptions des psychotropes chez les enfants et les adolescents.

Si cette augmentation reflète une indéniable majoration des troubles psychiques, dans un contexte marqué par des crises multiples (sanitaire, écologique, internationale, économique, sociale), une interprétation plus optimiste attribue la hausse des prescriptions à un meilleur dépistage des troubles psychiques. Cependant, la diminution parallèle du nombre de consultation en CMPP et en CMP ainsi que l'incapacité des systèmes de soins à répondre aux demandes dans des délais raisonnables contredisent ou du moins nuancent fortement cette hypothèse.

Il faut aussi prendre en compte l'intolérance croissante de la société envers certains comportements, notamment ceux des enfants dits « agités » ou ayant des difficultés scolaires, ce qui peut mener à une médicalisation excessive.

Une dernière hypothèse envisage que, faute d'un suivi plus adapté, certains médecins se résolvent à recourir à des prescriptions « d'attente », comme solution temporaire pour soulager partiellement les symptômes, et répondre à l'inquiétude des parents. Toutefois, ces prescriptions « faute de mieux » risquent de devenir une réponse systématique, normalisée, et longue durée. Si les médicaments ont un réel intérêt dans le traitement de



nombreuses pathologies, leur usage devrait être réservé à des situations médicales précises, non à une inaccessibilité des réponses les plus adaptées, et doit impérativement être accompagné d'une prise en charge globale et diversifiée.

Après ces deux contributions qui révèlent le risque de substitution des pratiques de première intention par le médicament et les causes de la hausse des prescriptions, les textes de Christophe Libert et d'Amandine Buffière soulignent les **difficultés structurelles du secteur du soin et de la santé de l'enfant** : la diminution des capacités d'hospitalisation en pédopsychiatrie, la situation démographique tendue des professionnels, la baisse des financements dans le secteur, mais aussi la réduction drastique de personnel et des moyens dans les CMPP. **Ces problèmes systémiques limitent la capacité des professionnels à répondre dans des délais raisonnables aux souffrances psychiques des enfants et des adolescents.** Face à ces constats, les auteurs insistent **sur l'urgence d'attribuer des financements pérennes**, accrus et généralisés sur tout le territoire, de renforcer **l'attractivité des métiers**, notamment les métiers de l'enfance, qui demandent des consultations plus longues, et sont pourtant moins bien rémunérées (pédopsychiatres, psychologues, psychomotriciens, orthophonistes, infirmiers, éducateurs, assistants sociaux etc.), et d'adopter une **approche coordonnée** impliquant à la fois le secteur médicosocial et éducatif à l'échelle du bassin de vie de l'enfant.

Les contributions d'Aude Caria et de Patrick Cottin rappellent l'importance d'une **approche globale et préventive de la santé mentale** plutôt qu'une vision strictement curative. **La santé mentale ne se résume pas à l'absence de troubles psychiques**, elle est la partie intégrante de la santé globale. La promotion de la santé mentale et la prévention des troubles psychiques nécessitent de prendre en compte les déterminants socioéconomiques et environnementaux. Ces actions doivent également viser à prévenir la pauvreté et la précarité des enfants et de leurs familles, tout en leur offrant des réponses diversifiées, incluant l'accompagnement psychothérapeutique, éducatif, social et familial. **Les politiques en matière de santé mentale et psychique doivent intégrer à la fois la prévention, l'accompagnement, le soin, la lutte contre la stigmatisation et les inégalités sociales en santé.**

Il est également essentiel de considérer **l'environnement social et relationnel** des enfants et des adolescents, en particulier leur environnement familial et éducatif, comme un soutien et un partenaire. Les contributions insistent sur **le rôle crucial de l'environnement familial dans la prévention des souffrances psychiques.**

Le texte de Philippe Duverger et Béatrice Bayo montre que, face aux souffrances de leur enfant, les parents se retrouvent parfois perdus et anxieux. À cela s'ajoutent des difficultés liées à l'injonction à la perfection, aux recommandations contradictoires et à la pression sociale. L'accompagnement des parents, en leur offrant un soutien gratuit et sans stigmatisation par des professionnels pluridisciplinaires, est donc essentiel pour eux-mêmes et pour aider leurs enfants.

Pour les familles en situation de fragilité et de précarité ou celles vivant dans des territoires enclavés, l'accès à l'aide peut être encore plus difficile. Sébastien Lodeiro suit le parcours de soin des enfants présentant des difficultés d'apprentissages et de développement dans

des familles en situation de précarité en Haute-Saintonge. Il démontre que ces familles rencontrent avant tout **un manque de continuité de l'offre de soins et une prise en charge fragmentée** plutôt qu'une difficulté d'accès aux soins. Bien que les parents soient souvent épuisés par le « **parcours du combattant** » auquel s'apparente leur quête de soin pour leur enfant, ils parviennent, à force de persévérance, à trouver les professionnels et à obtenir un diagnostic. Cependant, le manque de communication entre les professionnels crée **une prise en charge éclatée, où les familles se sentent exclues, mal écoutées, voire parfois méprisées**.

Il est aussi nécessaire d'intégrer l'environnement immédiat de l'enfant dans la démarche préventive. La contribution d'Hélène Davtian montre que **les jeunes aidants, ou « jeunes proches »** de personnes en situation de handicap, de vulnérabilité, de maladie chronique ou de perte d'autonomie, ont besoin d'être **considérés**, sans dramatisation, ni banalisation. Ils doivent pouvoir être rassurés sur la qualité de la prise en charge de leur proche, et échanger sur les limites de l'aide qu'ils peuvent apporter.

Les textes d'Emmanuel Guichardaz et de Nathalie Bajolle rappellent l'importance d'agir sur les environnements éducatifs des enfants. L'école doit s'adapter aux besoins spécifiques des enfants en situation de handicap ou ayant des difficultés d'apprentissage, et non l'inverse. Cependant, paradoxalement, **au moment où l'on prône l'école inclusive, le nombre de postes en Rased a diminué de 33 % entre 2007 et 2020**. Aider ces élèves à réussir leurs études ne renforce pas seulement leur estime de soi, mais aussi leur reconnaissance par les adultes, qu'il s'agisse des parents ou des enseignants. Ce **changement de perspective**, en **valorisant leur place dans la classe** et en répondant à leurs besoins, contribue à **réduire leur souffrance psychique**.



III. Annexes

1. Une souffrance psychique des enfants et des adolescents qui augmente

De nombreux rapports récents convergent aujourd'hui concernant la dégradation de santé mentale des enfants et des adolescents en France⁹⁹.

Selon le rapport des **Assises de la pédiatrie et de la santé de l'enfant**¹⁰⁰, en 2022, les tentatives de suicide ont augmenté de 63 % chez les 10-14 ans, et de 42 % pour la tranche d'âge 15-19 ans ; les délais d'attente pour accéder aux services de pédiatrie et de pédopsychiatrie varient de 6 à 18 mois ; les pédopsychiatres sont en nombre insuffisant, comme presque toutes les spécialités de la santé de l'enfant. Pour les enfants des Outre-mer, la santé est un facteur d'inégalité supplémentaire tout comme pour les enfants en situation de grande précarité, les enfants concernés par une mesure de protection de l'enfance ou les enfants en situation de handicap qui ont un accès particulièrement difficile aux soins primaires.

Concernant le bien-être et la santé mentale des enfants de 3 à 6 ans scolarisés en maternelle en France hexagonale, **l'étude Enabee**¹⁰¹ fait le constat que 8,3 % d'entre eux présentent au moins une difficulté émotionnelle, oppositionnelle ou d'inattention/hyperactivité probable avec un retentissement sur leur vie au quotidien. Plus précisément, 1,8 % présentait des difficultés émotionnelles probables, 1,9 % des difficultés d'inattention ou d'hyperactivité probables et 5,9 % des difficultés oppositionnelles probables. Environ un tiers des enfants qui présentaient au moins un type de difficultés probables ayant un retentissement sur leur vie avait consulté un professionnel de santé mentale (33,7 %) au cours de l'année précédente en rapport avec ces difficultés.

L'enquête EnCLASS¹⁰² montre également que les collégiens et les lycéens ont connu une nette dégradation de leur santé mentale et de leur bien-être entre 2018 et 2022, plus

⁹⁹ Voir l'avis du Conseil de l'enfance et de l'adolescence du HCFEA, 2024, *op. cit.*

¹⁰⁰ Assises de la pédiatrie et de la santé de l'enfant, 2023, *op. cit.*

¹⁰¹ **Enabee**, menée par la Santé publique France, croise des données collectées en 2022 auprès de plus de 15 000 enfants et enseignants dans près de 400 écoles, ainsi que de 10 000 parents pour mesurer trois types de troubles probables : émotionnels, oppositionnels ou de TDAH. Il ne s'agit pas de diagnostics cliniques mais d'une analyse croisée des points de vue déclarés pour chaque enfant, ayant permis d'identifier des symptômes et, au-delà de certains seuils, des troubles probables.

¹⁰² L'enquête nationale en collèges et en lycées chez les adolescents sur la santé et les substances (EnCLASS) est menée par l'EHESP et l'OFDT en partenariat avec l'Éducation nationale. Les données ont été recueillies en 2022 auprès de 9 337 élèves du secondaire. Voir : Santé publique France, 2024, La santé mentale et le bien-être des collégiens et lycéens en France hexagonale. Résultats de l'Enquête nationale en collèges et en lycées chez les adolescents sur la santé et les substances – EnCLASS 2022, *Le point sur Santé mentale*, 9 avril.

marquée chez les filles. Selon l'indice de bien-être mental de l'OMS, seulement la moitié des élèves interrogés présentent un bon niveau de bien-être mental. 14 % des collégiens et 15 % des lycéens présentent un risque de dépression et déclarent un sentiment de solitude, des plaintes psychologiques et/ou somatiques ou des pensées suicidaires. Sur la période 2018-2022, la proportion de lycéens ayant eu des pensées suicidaires a augmenté de 13 % à 17 % et de 7 points chez les lycéennes (31 %). 13 % des lycéens ont déclaré avoir fait une tentative de suicide au cours de leur vie et 3 % une tentative avec hospitalisation.

Les **données hospitalières**¹⁰³ confirment également l'augmentation de la souffrance psychique des enfants. En novembre 2024, suite à la rentrée scolaire, le nombre de passages aux urgences chez les enfants de moins de 18 ans est en hausse par rapport aux niveaux observés avant les vacances scolaires pour l'ensemble des indicateurs, notamment pour geste suicidaire (une hausse de 37 % soit 542 passages supplémentaires), idées suicidaires (une hausse de 38 % soit 487 passages supplémentaires), troubles anxieux et trouble de l'humeur. Les effectifs pour geste suicidaire et idées suicidaires sont toutefois très supérieurs à ceux observés les années précédentes.

Selon l'étude menée par la Drees avec Santé publique France en 2024, en cohérence avec les observations de terrain et les données récentes, le taux d'hospitalisation pour geste auto-infligé (tentatives de suicide et autoagressions) progresse de façon brutale et inédite chez les adolescentes et les jeunes femmes¹⁰⁴. Depuis la fin 2020, le nombre de jeunes femmes âgées de 10 à 24 ans hospitalisées a fortement augmenté, avec un pic autour de l'âge de 15 ans, alors que le nombre de patients (hommes comme femmes) de 30 à 55 ans diminue de façon continue. Plus précisément, **sur près de 85 000 personnes qui ont été hospitalisées au moins une fois en lien avec un geste auto-infligé en 2022, 64 % sont des femmes.**

Deux tiers des hospitalisations des adolescentes et jeunes femmes pour geste auto-infligé sont liées à des intoxications médicamenteuses volontaires.

Concernant les taux d'hospitalisation dans les services de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), comparé à la période 2010-2019, **leur moyenne en 2021-2022 progresse ainsi de 71 % chez les filles de 10-14 ans et 44 % pour les 15-19 ans.** La progression observée des taux d'hospitalisation en psychiatrie est encore plus importante : **246 % pour les 10-14 ans, et 163 % pour les 15-19 ans. En psychiatrie, le taux d'hospitalisations pour geste auto-infligé**

¹⁰³Santé publique France, 2024, [Analyse mensuelle des indicateurs à partir des réseaux OSCOUR® et SOS Médecins](#), Point mensuel, n° 40, 2 décembre 2024.

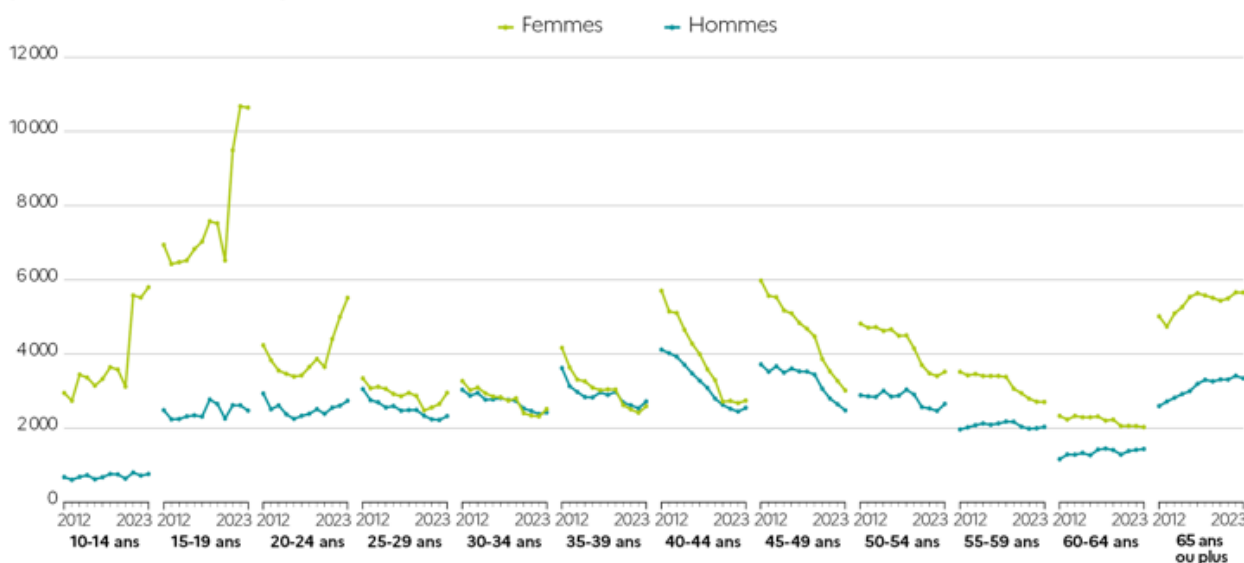
¹⁰⁴ Hazo J-B., Pirard P., Jollant F. et Vuagnat A., 2024, [Hospitalisations pour geste auto-infligé: une progression inédite chez les adolescentes et les jeunes femmes en 2021 et 2022, études et résultats](#), n° 1300.



de la patientèle féminine âgée de 10 à 19 ans double entre 2012 et 2020 puis double de nouveau entre 2020 et 2022.

Les données de 2023 montrent un tassement de la tendance en MCO chez les patientes de 15 à 19 ans avec un maintien des effectifs de patientes à des niveaux proches de ceux de 2022 (graphique ci-dessous). En revanche, **concernant les patientes de 10 à 14 ans et de 20 à 24 ans, les effectifs augmentent à nouveau pour les premières et continuent de progresser pour les secondes, en 2023.** En psychiatrie, la tendance continue sa hausse en 2023

Nombre annuel de patients hospitalisés en médecine et chirurgie pour geste auto-infligé, par sexe et classe d'âge, entre 2012 et 2023



Lecture > En 2012, on dénombre 2948 patientes âgées de 10 à 14 ans ayant eu au moins une hospitalisation comportant un diagnostic de geste auto-infligé, contre 5 798 en 2023.

Champ > France entière, patients âgés de 10 ans ou plus hospitalisés au moins une fois avec un diagnostic associé de geste auto-infligé (Code CIM-10 de X60 à X84).

Source > Système national de données de santé, CNAM.

> Études et Résultats n° 1300 © DREES

Les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (CSS, ex-CMU-C et ACS) (près de 26 % contre 11 % de l'ensemble des personnes ayant consommé des soins en 2022) et les habitants des communes défavorisées sont surreprésentés parmi ces patients. Les taux d'hospitalisations départementaux sont par ailleurs plus élevés dans les Hauts-de-France et la Bretagne qu'en région parisienne et dans les Drom.

2. Un système de soin en crise

Un **rapport parlementaire** sur les urgences psychiatriques¹⁰⁵ souligne également que le système de soins psychiatrique a connu une perte de 7 000 places d'hospitalisation à temps complet entre 2008 et 2022¹⁰⁶. Cette baisse a porté exclusivement sur le service public (qui avec le privé non lucratif a perdu 10 383 places). Le nombre de pédopsychiatres a chuté de 34 % entre 2010 et 2022 et le renouvellement générationnel n'est pas assuré. Dans ce contexte alarmant, la prise en charge des mineurs est souvent opérée dans des conditions inadaptées, par exemple en unité pour adultes. Bien pire, la prise en charge est parfois impossible et entraîne des pertes de chances évidentes : en 2023, 123 enfants de moins de 15 ans s'étant présentés aux urgences du CHU de Nantes pour des idées suicidaires ou une tentative de suicide, n'ont pu être hospitalisés et ont dû retourner sans soins à leur domicile.

Dans la version enrichie de son **livre blanc « Répondre à l'urgence et bâtir l'avenir de la psychiatrie »**, publiée en janvier 2025, la Fédération hospitalière de France (FHF) montre que la psychiatrie fait face à une démographie médicale extrêmement tendue : **30 % de postes vacants pour les postes de PH à temps plein, 50 % pour les postes à temps partiel**. De même, les établissements rencontrent des difficultés de recrutement de personnels paramédicaux. **25 % des psychiatres en poste ont dépassé l'âge de 65 ans**.

Plus de 95 % de la file active en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent est exclusivement suivie en ambulatoire. Cependant, les soins à temps complet demeurent indispensables pour certains jeunes patients, essentiellement pour les adolescents. Pour la FHF, il convient de prévoir pour chaque territoire une capacité d'hospitalisation de mineurs afin de répondre à l'ensemble des besoins de santé.

Il existe une forte hétérogénéité dans la façon dont les urgences pédopsychiatriques sont accueillies selon les départements. L'admission d'enfants souffrant de troubles psychiatriques dans un service d'urgences générales est loin d'être idéale. Même si l'accueil aux urgences pédiatriques jusqu'à 18 ans doit être privilégiée, dans tous les cas, un accueil dédié doit être organisé et la suite des soins doit être rapidement proposée. Ceci peut être rendu difficile par manque de moyens en centre médico-psychologique enfants adolescents (CMPEA). Des solutions efficaces existent dans certains hôpitaux avec des prises en charge dans des unités 15/25 ans ou des hôpitaux de jour de soins intensifs.

¹⁰⁵ Dubré-Chirat N., Rousseau S., 2024, *Mission d'information sur la prise en charge des urgences psychiatriques*, Assemblée nationale.

¹⁰⁶ Sur les enjeux éthiques relatifs à la crise de la psychiatrie, voir aussi : Comité consultatif national d'éthique, 2025, *Enjeux éthiques relatifs à la crise de la psychiatrie : une alerte du CCNE*, Avis 147.



Les structures et parcours de soins, souvent complexes et mal coordonnés, peuvent compliquer l'accès à des soins adaptés, entraîner des ruptures de parcours et limiter l'efficacité des interventions. Il est essentiel de développer un maillage équilibré et accessible de l'offre de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent sur l'ensemble du territoire, en particulier dans les zones rurales ou sous-dotées en services spécialisés. L'élaboration d'un schéma d'organisation de l'offre de soins, comprenant les centres de premier niveau (CMP, CMPP, CAMSP), de deuxième niveau (services hospitaliers de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent) et de troisième niveau (unités très spécialisées et équipes pluridisciplinaires) rendrait ce réseau de soins plus lisible et plus fonctionnel.

3. Les propositions et les recommandations du Conseil de l'enfance sur la santé mentale des enfants et des adolescents dans ses précédents rapports

Face à l'augmentation préoccupante des troubles mentaux chez les enfants et les adolescents, le Conseil de l'enfance du HCFEA a formulé, depuis 2019, plusieurs recommandations et axes d'amélioration dans ses différents rapports pour améliorer la prise en charge de ces troubles. Spécifiquement sur ce thème, ont été publiés, en 2021, le rapport « La traversée adolescente des années collège », et, en 2023, le rapport « Quand les enfants vont mal, comment les aider ? ». Parallèlement, le HCFEA a mené des réflexions sur la prévention universelle et précoce des difficultés mentales chez les jeunes enfants, comme en témoignent ses rapports de 2018 « Accueillir et scolariser les enfants en situation de handicap de la naissance à 6 ans et accompagner leur famille », 2019 « Pilotage de la qualité affective, éducative et sociale de l'accueil du jeune enfant », 2023 « Qualité, flexibilité, égalité : un service public de la petite enfance favorable au développement de tous les enfants avant 3 ans ».

a) Propositions et recommandations issues du rapport 2023 « Quand les enfants vont mal, comment les aider ? »¹⁰⁷.

Renforcer la prise en charge globale et diversifiée

La prise en compte globale du soin des enfants et de l'accompagnement des familles implique 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.

Ces approches appellent un effort des pouvoirs publics et une dotation de moyens humains, institutionnels, de formation et de recherche conséquents et pérennes dédiés aux pratiques d'accompagnement de proximité et d'aide psychothérapeutique, éducative et sociale, afin d'abonder les services hospitaliers, associatifs, sociaux et médicosociaux, les PMI, l'accueil du jeune enfant, l'école et les lieux tiers fréquentés par l'enfant.

Ces différents éléments rejoignent les arguments de très nombreux chercheurs et praticiens en France et au niveau international – y compris de l'OMS¹⁰⁸, qui soutiennent :

¹⁰⁷ Le Conseil de l'enfance et de l'adolescence du HCFEA, 2023, *op. cit.*

¹⁰⁸ OMS, 2021, *op. cit.*



- 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 ;
- 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 enfants¹⁰⁹.

Réformer et structurer la pédopsychiatrie de l'adolescent

La réponse au mal-être et à la souffrance psychique des enfants et adolescents doit 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 centrées sur les adolescents

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 – 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 MDA comme lieu de proximité de recours et de coordination du travail en réseau avec les différents acteurs intervenant en première instance (école, MJC, CCAS, programmes jeunesse des Caf, actions parentalité...) afin 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, et à mieux connaître les possibilités de réponses existantes sur le bassin de vie des adolescents.
- 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.

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 2018 du HCFEA –, 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 les CMPP afin qu'ils soient en mesure d'élargir leur mission, et leur attribuer une double mission¹¹⁰, de service spécialisé de prévention et prise en charge médico-psychologique pluridisciplinaire sectorisé, à laquelle s'ajouterait un volet centre de référence et d'appui¹¹¹ d'orientation pour les familles ou les jeunes en demande d'aide, ainsi 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

¹¹⁰ 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.

¹¹¹ La transformation des conservatoires municipaux comme centres de ressources préconisée par le HCFEA. Voir : Le Conseil de l'enfance et de l'adolescence du HCFEA, 2018, *Les temps et lieux tiers des enfants et des adolescents hors maison et hors scolarité*.



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 pédopsychiatres, les *numérus 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 de confirmer l'augmentation du nombre de pédopsychiatres, 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 et diversifier les réponses aux situations d'urgence

- Imposer des quotas d'obligations sectorielles de places d'hospitalisations en pédopsychiatrie par territoire de santé.
- Créer des unités de Clinique de l'urgence par des accueils intensifs mobilisables sur 72 heures hors hospitalisation, 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.
- 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.

L'environnement éducatif

La création d'un véritable service de psychologie scolaire pourrait contribuer à la fois à répondre à leur souffrance psychique et à limiter la consommation de médicaments. Ce service 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 parascolaire¹¹².

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. L'école peut prévenir et soutenir, mais si un enfant va mal, il faudra pouvoir l'orienter vers des filières de soins, d'éducation spécialisée (CMPP, CMP, service de pédopsychiatrie, MDA, etc.). C'est de l'articulation et de la complémentarité entre les champs scolaire et médicosocial que se nourrissent et se développent les pratiques inclusives.

La notion de dynamiques inclusives 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.

Par ailleurs, 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.

Environnement social

Les enfants sont plus exposés et moins résilients que les adultes face à ces facteurs de risques 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 ;

¹¹² Moro M.-R., Brison J.-P., 2016, *Mission bien-être et santé des jeunes*, Rapport au Président de la République.



- par des politiques d'accompagnement des familles en situation de précarité et de vulnérabilité ;
- par une prise en compte réelle et effective des problématiques sociales dans l'accompagnement des enfants en situation de souffrance psychique.

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 ;
- 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'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 également de renforcer les dispositifs de préventions et d'action sociale :

- 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.

Environnement numérique

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. Concernant l'usage et mésusages des écrans et du numérique chez l'enfant¹¹³, le Conseil propose de :

- Former les professionnels et sensibiliser les enfants aux usages du numérique.
- Créer une vigie éthique concernant les usages du numérique chez l'enfant.

¹¹³ Le Conseil de l'enfance et de l'adolescence du HCFEA, 2020, [*op. cit.*](#)

- Favoriser l'accès de l'enfant à une pluralité d'activités, de jeux et à la culture, hors du numérique.
- 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, pédocriminalité, mauvais usage des réseaux sociaux, etc.).
- Créer les conditions d'une approche positive de la sexualité, développer un discours de prévention et de sensibilisation 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 le recueil et l'analyse des données de santé mentale liées aux phénomènes de repli, sur la maison/la chambre ; aux socialités virtuelles, au risque d'un isolement réel ; au trop d'écran et aux contenus inappropriés¹¹⁴.
- Encourager les activités extérieures en même temps qu'on encadre le temps d'écran et son utilisation. Les limitations qui concernent l'usage des écrans, d'internet et des réseaux sociaux sont aussi une occasion de repenser une offre épanouissante d'activités au dehors pour donner envie et possibilité aux enfants et aux adolescents de s'investir autrement ainsi que des messages positifs qui pourraient encourager les sorties¹¹⁵.

¹¹⁴ Voir : Conseil de l'enfance du HCFEA, 2024, *Quelle place pour les enfants dans les espaces publics et la nature ? Éducation, santé, environnement*, Adopté le 17 octobre.

¹¹⁵ *Ibid.*



b) Propositions et recommandations issues du rapport 2018 « Accueillir et scolariser les enfants en situation de handicap, de la naissance à 6 ans et accompagner leur famille »¹¹⁶

Ce rapport sur l'accueil de l'enfant en situation de handicap de sa naissance à ses 6 ans est issu d'une saisine conjointe de la ministre de la Santé et des Solidarités Agnès Buzyn et de la secrétaire d'État aux Personnes Handicapées, Sophie Cluzel. Il souligne l'utilité de :

- Renforcer un accompagnement adapté pour garantir à tous les enfants en situation de handicap un accès aux services de l'accueil et de la scolarité (scolaires, périscolaires ou extrascolaires).
- Améliorer les conditions de travail de leurs accompagnants et la qualité de vie de leurs aidants familiaux (parents et fratrie).

Dans un avis du HCFEA du 5 juillet 2018 accompagnant ce rapport, le Conseil considère que les enjeux de la petite enfance et du handicap doivent être davantage développés dans les politiques publiques, pour au moins deux raisons :

- l'inclusion, la vie partagée entre tous les enfants dans des services de droit commun, doit devenir la norme dès la petite enfance, ce qui prépare l'inclusion future ;
- l'accueil de tous les petits enfants ensemble pose les bases d'un rapport de familiarité avec le handicap, et non d'étrangeté, socle d'une société inclusive.

6 axes prioritaires :

- Avant 3 ans, ouvrir davantage les modes d'accueil individuels et collectifs aux enfants en situation de handicap
- Compléter et améliorer la scolarisation en école maternelle
- Faciliter la vie des familles dans leur rapport aux services petite enfance et handicap sur le chemin d'un éventuel diagnostic
- Développer l'appui aux professionnels et le travail en réseau au service des enfants
- Prendre en considération et améliorer la vie des fratries
- Aider les parents, soutenir leur parentalité et leur faciliter l'articulation avec le travail.

Ainsi, un meilleur accueil des enfants en situation de handicap contribue à réduire la charge mentale des parents tout en leur permettant de bénéficier de plus de disponibilité et de réduire le sentiment d'isolement que peuvent ressentir les fratries.

¹¹⁶ Le Conseil de l'enfance et de l'adolescence du HCFEA, 2018, *op. cit.*

Proposition 1 : Afin de pallier le défaut de connaissance sur l'accueil du petit enfant en situation de handicap, développer la recherche et la production et l'analyse de données statistiques.

1. Avant 3 ans, ouvrir davantage les modes d'accueil individuels et collectifs aux enfants en situation de handicap

Proposition 8 : Développer « aller vers » les familles dans les dispositifs de Soutien à la parentalité (REAAP) et des lieux d'accueil enfants parents (LAEP) pour faire davantage profiter les parents qui n'ont pas d'activité professionnelle ou s'arrêtent de travailler afin de s'occuper de leur enfant en situation de handicap.

Proposition 10 : Permettre aux équipes d'EAJE et aux assistantes maternelles d'avoir des temps de réflexivité professionnelle au sujet des enfants en accueil spécifique : concertation en équipes, réflexion à plusieurs ou avec un spécialiste sur leur pratique, rencontres avec d'autres professionnels. Prévoir des temps de formation continue portant sur le handicap, communs avec d'autres services, professeurs d'écoles maternelles par exemple, pour une meilleure connaissance mutuelle des fonctions des uns et des autres et par là, normaliser la coopération.

2. Compléter et améliorer la scolarisation en école maternelle

Des observateurs soulignent une relative stigmatisation des élèves des Ulis et un risque plus important d'intimidation et de harcèlement de la part d'autres élèves, et ce quelle que soit la nature de la déficience ou de la maladie chronique (diabète insulinodépendant...) qu'ils présentent.

Proposition 14 (formulée par le Collège des enfants) : Former ou sensibiliser et informer l'ensemble des élèves au sujet du handicap avec implication des enfants volontaires qui ont une expérience de lieux avec des enfants en situation de handicap (aussi bien dans leur famille qu'en classe).

3. Faciliter la vie des familles dans leurs rapports aux services petite enfance et handicap sur le chemin d'un éventuel diagnostic

Proposition 22 : Appliquer la circulaire du 18 avril 2002 relative à l'accompagnement des parents et à l'accueil de l'enfant lors de l'annonce pré et postnatale d'une maladie ou d'une malformation. La diffuser largement y compris dans les services de l'enfance et les structures concernées par le handicap. Les plates-formes territoriales d'appui nouvellement créées pourront contribuer à cette démarche ainsi que les organismes de formation des professionnels de la santé, de l'éducation, de l'animation et de l'accueil en petite enfance.



Proposition 24 : Proposer, dès l'observation de difficultés spécifiques et au cours des parcours du diagnostic, un soutien et un accompagnement des familles qui inclut les fratries. Pour cela :

- Favoriser les actions qui, au besoin, vont au-devant de ces familles pour les faire profiter des dispositifs et actions de soutien à la parentalité des territoires.
- Renforcer la présence d'appuis psychologiques dans les centres diagnostiques et services hospitaliers impliqués.
- Mettre à disposition des familles les moyens d'un accès facilité à des professionnels de l'accompagnement psychologique dans les services de proximité.
- Favoriser entre des familles confrontées au handicap la mise en relation, le soutien de pair à pair, et le partage d'expérience, ainsi qu'entre des familles dans cette situation et d'autres qui ne le sont pas.

4. Développer l'appui aux professionnels et le travail en réseau au service des enfants

Proposition 25 : Anticiper, préparer, suivre et partager l'accueil et la scolarisation des très jeunes enfants à besoins spécifiques. Travailler et réfléchir en équipe avec l'appui de professionnels extérieurs et l'ensemble des familles. Pour cela :

- Vu l'importance des premiers contacts entre l'enfant, les parents, et le mode d'accueil ou l'école, pour nouer la confiance, organiser des modalités et démarches éventuellement particulières pour faciliter ces premières rencontres.
- Au fil de l'accueil, et de la scolarisation, dédier des temps de réflexion en équipe, et mutualiser les outils et expériences. Prendre appui sur les unités mobiles de soutien et d'accompagnement.
- S'organiser pour faire connaissance et établir des relations entre les accueillants des services communs et les acteurs du suivi et du soin de l'enfant (médecin, référent scolaire, spécialistes, rééducateurs, ergothérapeutes...).
- Favoriser dans les structures un partage de valeurs et d'attitudes de non-discrimination, esprit d'entraide, partage d'expérience. Tout d'abord entre enfants : expliquer, rassurer les autres enfants quant aux relations avec leur camarade, faire circuler, mutualiser des outils pédagogiques sur l'inclusion et les handicaps. Ensuite, en direction des autres familles : entreprendre une sensibilisation sur les modalités et enjeux d'une inclusion précoce réussie profitable à tous les enfants et à la faculté d'être ensemble.

Proposition 30 : Intégrer les partenariats entre sanitaire, modes d'accueil, services de la petite enfance et école dans les missions des professionnels de terrain de ces institutions.

Porter une attention particulière aux enfants pris en charge par les services de l'aide sociale à l'enfance. La proportion d'enfants en situation de handicap parmi les enfants pris en charge par les services de la protection de l'enfance est sept fois plus importante que dans la population générale (Défenseur des droits, 2015). L'enjeu de prévention précoce des

souffrances familiales, et d'une inclusion précoce avec un accompagnement des familles dès la petite enfance prend ici tout son sens.

Proposition 31 : Renforcer les liens entre MDPH et ASE par la mise en place systématisée de fiches de liaison pour chaque mineur ainsi que la création d'un référent ASE au sein des MDPH, et réciproquement.

5. Prendre en considération les fratries et faciliter leur vie quotidienne

Il est crucial de créer les conditions nécessaires pour que les parents puissent avoir le temps de prendre soin de tous leurs enfants. D'après leurs parents, un tiers des frères et sœurs de l'enfant souffrent dans la prise de conscience de « la différence » de leur frère ou sœur. 27 % des familles déclarent que leurs enfants vivent difficilement le regard des autres sur leur frère ou leur sœur handicapé. 52 % des familles déclarent que la fratrie rencontre des difficultés dans ses propres relations amicales et familiales.

Proposition 32 : Donner aux frères et sœurs des enfants en situation de handicap une priorité d'accès aux services communs (modes d'accueil individuels et collectifs, accueils de loisirs), ceci en réfléchissant avec les parents, au cas par cas, s'il est souhaitable ou non que le frère ou la sœur soit accueilli dans le même lieu que l'enfant en situation de handicap.

Proposition 33 : Expérimenter la création d'un Pass-Colo de 200 € pour les 6/14 ans destiné aux enfants à besoins spécifiques et pour leurs fratries.

Proposition 34 : Dans le cadre du plan Mercredi, porter une attention particulière aux familles avec un enfant en situation de handicap pour les informer et les inciter à recourir à ces nouvelles activités pour tous les enfants de la famille.

Proposition 35 : Dans les formations aux professionnels en charge des jeunes enfants en situation de handicap, prendre en considération les fratries : s'adresser à eux, les prendre en compte dans l'organisation du projet personnalisé d'accueil du jeune enfant (PPAJE) tout au long du parcours de l'enfant accompagné spécifiquement.

6. Favoriser le soutien entre les enfants

Proposition 36 (formulée par le Collège des enfants) :

- Proposer aux frères et sœurs des enfants en situation de handicap qui le souhaitent, de faire part de leur expérience aux plus jeunes dans les écoles. Cela les valoriserait et ce serait utile sachant que la transmission d'enfant à enfant est mieux vécue.
- Élaborer et diffuser un « guide des amis des enfants en situation de handicap » pour les enfants, et amener les amis et les frères et sœurs à parler de ce qu'ils vivent avec leurs propres copains pour réduire la stigmatisation ou la ségrégation dont eux-mêmes peuvent être l'objet par les autres enfants.



7. Aider les parents, soutenir leur parentalité et leur faciliter l'articulation avec le travail

Les principales difficultés rencontrées par les « aidants » familiaux, ici les parents, sont : le manque de temps (39 %), du stress (21 %), de la fatigue (19 %). Les trois quarts des aidants actifs ont dû s'absenter au cours des douze derniers mois en dehors des congés payés, du fait de leur rôle d'aidant.

Proposition 37 : Étendre le champ d'application du congé de proche aidant et développer les possibilités de prendre un congé parental plus long sous forme de temps partiel pour les parents d'enfants en situation de handicap.

Il convient d'instaurer le droit pour tout salarié parent d'enfants en situation de handicap (bénéficiaires de l'AEEH ou d'un PPS ou d'un PPAJE) de demander à son employeur un aménagement souple de son emploi du temps pour raisons familiales.

Proposition 38 : Instaurer un « *Right to request* » pour les parents d'enfants en situation de handicap et inciter les entreprises à prendre des mesures de conciliation (RSE, accords collectifs).

Proposition 41 : Pour limiter le retrait du marché du travail et faciliter l'articulation vie familiale et vie professionnelle pour les parents d'enfants en situation de handicap, prolonger la Prépa à temps partiel jusqu'aux 4 ans de l'enfant (en lien avec le congé parental dans le droit du travail)

Proposition 42 : Remettre à plat l'architecture de l'AEEH et dissocier frais et aide humaine.

c) Propositions et recommandations issues du rapport 2019 « Pilotage de la qualité affective, éducative et sociale de l'accueil du jeune enfant »¹¹⁷

Ce rapport du Conseil est l'objet d'une saisine du ministère des Solidarités et de la Santé en date du 27 janvier 2019.

Dans un Avis du HCFEA du 22 mars 2019 accompagnant ce rapport, le Conseil propose un pilotage national de la qualité des modes d'accueil individuels et collectifs pour une équité du service rendu aux enfants et à leurs familles, mais sans objectif de standardisation des pratiques. Pour ce faire, il adopte :

- **24 propositions de repères pour un référentiel de qualité** des acteurs de la petite enfance, correspondant à une déclinaison opérationnelle des 10 orientations du texte cadre national de l'accueil de la petite enfance et servant à mettre en place des autoévaluations internes des EAJE ;
- **24 propositions de pilotage de la qualité** qui ressortent du cadre normatif et de la structuration de l'offre. Elles complètent ces repères pour créer un environnement propice qui encourage l'amélioration régulière et la réflexivité sur les pratiques, ainsi que la professionnalisation et la reconnaissance des métiers de la petite enfance.

Les 24 repères sont regroupés autour de **trois dimensions** permettant de soutenir le développement global de l'enfant et d'améliorer la qualité éducative, affective et sociale de son accueil :

- A. L'accueil de l'enfant à partir de sa spécificité et de son contexte familial et social.
- B. Le contenu des interactions avec les enfants favorable à leur sécurisation affective et relationnelle, à leur développement sensori-moteur, langagier et logique, leur socialité et leur sensibilité culturelle et environnementale.
- C. Accueillir les enfants par des organisations bientraitantes et ouvertes sur l'extérieur.

Ces trois dimensions, par la mise en place d'une « **prévention prévenante** » dans l'ensemble des modes d'accueil, concourent à l'amélioration du bien-être et de la santé mentale du petit enfant et, par corrélation, de ses parents et fratrie.

De manière générale, la qualité des interactions avec les enfants elle-même dépend de l'organisation de la structure. Selon la revue de littérature de l'OCDE sur le sujet, les éléments déterminants tiennent avant tout à la qualité des interactions entre enfants et professionnels qui constituent le cadre de leurs expériences quotidiennes (climat affectif, soins physiques, environnement riche en situations éducatives et pédagogiques, savoir-faire pour mobiliser les enfants dans des activités, des jeux et des interactions avec les autres,

¹¹⁷ Le Conseil de l'enfance et de l'adolescence du HCFEA, 2019, *Pilotage de la qualité affective, éducative et sociale de l'accueil du jeune enfant*.



rituels créant des repères). Concernant les éléments structurels, la formation continue et l'amélioration *in vivo* des compétences ont également un effet significatif sur le développement des capacités des enfants.

A. L'accueil de l'enfant à partir de sa spécificité et de son contexte familial et social : repères 4, 5, 7 et 8

Les repères 4 et 5, en lien avec l'article 2 « *Un accueil de qualité doit respecter la spécificité du développement global et interactif du jeune enfant, dans une logique de prime éducation* », plaident pour une prise en compte globale de l'enfant.

- **Repère 4 :** connaître et observer le développement de chacun des enfants en explicitant dans le projet d'accueil les références théoriques ou les modèles éducatifs, ainsi que les outils, pratiques et méthodes dont il s'inspire.
- **Repère 5 :** personnaliser l'accueil de chaque enfant. Les professionnels de l'accueil doivent se doter d'outils permettant de personnaliser l'accueil de chaque enfant en fonction de son développement, de sa personnalité et de son contexte familial. Seront prévus des supports de dialogue avec les parents sur les rythmes, les relations et les préférences des enfants. Réunir une documentation individuelle (photos, réalisations, descriptions, récits, etc.), à laquelle on associe les enfants, témoignant de l'intérêt qu'on leur porte. Partager avec les parents un regard sur les progrès et la personnalité de chaque enfant, permettant de réajuster au besoin l'attitude professionnelle ou les modalités de l'accueil.

Les repères 7 et 8, en lien avec l'article 3 « *La relation entre l'enfant et tous les adultes qui l'entourent se construit en confiance et clarté* », contribuent à la facilitation de la relation des parents avec les professionnels du mode de garde.

- **Repère 7 :** mode de participation des parents : le projet d'établissement devra définir concrètement les modalités formelles et informelles de facilitation de la relation parents-mode d'accueil. Les EAJE préciseront les modes de relation avec la famille. Pour les assistants maternels, prévoir dans le contrat de travail, deux fois par an, un temps de dialogue – bilan et projet – avec les parents en dehors de la présence des enfants, afin d'apporter les réajustements nécessaires à un accueil personnalisé en fonction de l'évolution de l'enfant et de la situation globale.
- **Repère 8 :** pratique de la ou des personnes de référence. En mode d'accueil collectif, systématiser la fonction de référente au minimum pendant la période de familiarisation et les premiers mois de l'accueil, et pour les enfants à besoins spécifiques, systématiser la personne de référence sur la durée de l'accueil.

Proposition 2 : Développer une pluralité d'accueils partiels et multi-accueils dans toutes les crèches qui n'en proposent pas déjà (type multi-accueil), notamment pour des familles à besoins spécifiques (pauvreté, insertion, handicap). Favoriser la mise en place d'un ou deux petits ateliers hebdomadaires (par exemple d'une durée de deux heures) dans les EAJE, positionnés comme des ateliers d'éveil et de socialisation ouverts aux jeunes enfants vivant

à proximité ou dans des conditions permettant leur venue accompagnés d'un parent, et en prévoyant la gratuité pour les familles sans ou à bas revenus. Intégrer spécifiquement cette offre dans les schémas départementaux de services aux familles et profiter de la reprise du cadre normatif pour faciliter ces offres hybrides en prévoyant l'encadrement légal *ad hoc*. Les référencer dans Mon enfant.fr et dans la plate-forme EAC qui sera mise en service en 2020 et ouvrir cette plateforme aux professionnels de la petite enfance. Envisager le même type de démarche en RAM et MAM, lorsque les missions et le nombre de RAM auront été élargis. Soutenir les initiatives comparables existantes d'accueil, de socialisation et éveil (LAEP et maisons vertes, centres sociaux, bibliothèques ou ludothèques, accueils jeux, gymnastique ou massage du nourrisson, bébés nageurs...)

- **Repère 22** : préciser dans le projet éducatif/d'accueil les modalités de liens avec les partenaires locaux facilitant l'accueil : Unités mobiles d'appui, PMI, CAMSP ; établir des relations avec les acteurs du suivi/soin (médecin, référent scolaire, spécialistes, rééducateurs, ergothérapeutes, etc.).
- **Repère 23** : former les professionnels sur la violence dans l'éducation faite aux enfants/petits enfants et prévoir au moins un temps annuel de sensibilisation.
- **Repère 24** : repérage et prévention obligatoires des maltraitements et négligences : rappeler dans le projet d'accueil de l'assistant maternel, le projet social des EAJE et le règlement de fonctionnement le rôle des structures et des professionnels et le dispositif de saisine des CRIP et du 119. Afficher dans les EAJE, les MAM et les RAM les clés du repérage des actes de maltraitance/négligence et les acteurs à mobiliser. Avec la PMI, former les professionnels et sensibiliser les parents aux principaux signes de situations de maltraitance/négligence et aux procédures d'alerte. Ces repères seront le cas échéant à actualiser avec la stratégie de protection de l'enfance à venir à l'été 2019.

En lien avec l'article 10 : « Des professionnel.le.s qualifié.e.s et en nombre suffisant sont la garantie première d'un accueil de qualité ».

- **Proposition 9** : renforcer la continuité éducative jusqu'à 6 ans en instituant via des conventions cadre des modalités facilitatrices d'actions communes au niveau interministériel. Renforcer la coordination locale sur une base plus institutionnelle, notamment : stabiliser l'existant, dont les jardins d'enfants, et favoriser la mise en place **d'actions passerelles avec l'école, le centre de loisirs, les RAM, les LAEP, et favoriser les rentrées échelonnées en cours d'année** ; ouvrir plus systématiquement dans les écoles maternelles des espaces parents-enfants et convier les professionnels à partager des moments.
- **Proposition 10** : développer et mutualiser certaines formations et temps de regroupements relatifs aux conditions d'une continuité éducative durant la petite enfance entre Atsem, assistants maternels, professionnels des EAJE, enseignants de l'école maternelle, encadrants de RAM et d'EAJE.



d) Propositions et recommandations issues du rapport 2023 « Qualité, flexibilité, égalité : un service public de la petite enfance favorable au développement de tous les enfants avant 3 ans¹¹⁸ »

Que proposons-nous aux 43 % d'une classe d'âge de tout-petits vivant en France qui n'accèdent pas à des offres d'accueils formels, alors que les bénéfices à moyen et long terme d'une socialisation progressive avant l'entrée à l'école sont reconnus ?

Les trois premières années du développement de l'enfant présentent des caractéristiques sur les plans physique, affectif, cognitif, émotionnel et social. Son développement doit être compris comme un processus global et dynamique parce qu'il y a interaction permanente, d'une part, entre l'enfant et son environnement et, d'autre part, entre chacune des sphères de son développement, **avec des décalages passagers normaux entre le niveau de maturation de l'enfant sur un plan et son immaturité sur un autre.**

Les études comme les observations dans la clinique quotidienne des modes d'accueil confirment leurs effets individuels positifs – lorsqu'ils sont de bonne qualité, et d'autant plus dans des contextes de mixité sociale – tant sur le développement cognitif que socio-émotionnel et au regard de la scolarisation pour tous les enfants. Les progrès des enfants de familles défavorisées accueillis sont similaires à ceux des enfants de familles favorisées. De plus, l'ouverture de la cellule familiale, après l'arrivée d'un enfant, et la rencontre de professionnels dans des cadres souples et non normatifs est une forme d'accompagnement à la parentalité, et de prévention en santé et santé mentale de l'enfant et de ses parents.

Une politique universelle doit pouvoir porter simultanément des ambitions de meilleur développement de l'enfant, de conciliation entre vie familiale et vie professionnelle, et de réduction de l'isolement des familles et des inégalités sociales ou de santé dès les débuts de la vie. Les accueils flexibles peuvent représenter une partie de la réponse à la réduction de la pauvreté quand ils permettent aux mères sans emploi de sortir de leur isolement, d'aménager les processus de séparation d'avec leur enfant, et d'envisager une reprise d'activité professionnelle ou des formations.

Les modes d'accueils flexibles sont des lieux dédiés à la socialisation des jeunes enfants quelques heures par semaine en dehors de la famille (éventuellement accompagnés une partie du temps par un parent). Ils sont basés par exemple sur le jeu, source de plaisir, d'apprentissage, de collaboration et de relation, la prise d'autonomie, la découverte de la nature, la prévention. Ils comprennent les accueils parents-enfants (Laep, Maisons vertes...),

¹¹⁸ Le Conseil de l'enfance et de l'adolescence du HCFEA, 2023, [*Qualité, flexibilité, égalité : un service public de la petite enfance favorable au développement de tous les enfants avant 3 ans.*](#)

les initiatives passerelles préparant à la scolarisation à 2 ans, les jardins d'enfants ou d'éveil... Des structures d'accueil plus formalisées (EAJE, assistantes maternelles, MAM) ou des RPE qui proposent sous certaines conditions des activités comparables sur certains créneaux horaires et sur une partie de leur capacité, entrent également dans le périmètre de ces accueils flexibles d'éveil et de socialisation précoce dès lors que ces temps sont bien dédiés à des activités de socialisation et d'éveil, distinctes de leur fonction d'accueil.

Certaines activités offertes aux tout-petits dans d'autres cadres (ludothèques, activités d'éveil artistique et culturel, jeux...) peuvent avoir des objectifs convergents. C'est toute l'articulation entre ces offres de nature, de financement et d'objet social différents, au bénéfice de l'éveil et la socialisation de tous les enfants, de tous milieux, partout en France, qui est au cœur de la formalisation d'une offre lisible d'« accueils flexibles » pour tous.

Être accueillis avec d'autres et bien entourés : un besoin prioritaire pour les plus vulnérables

Un cadre de vie ou des statuts insécurisants peuvent mettre à mal les dispositions, les comportements, les ressources personnelles d'adaptabilité de l'enfant, sa santé ou ses acquisitions. C'est en cela que l'élargissement de ses espaces relationnels, d'expression et de relation avec des tiers, peuvent être d'une grande aide, pour l'enfant, mais aussi pour « soigner le lien » intrafamilial. C'est l'un des soubassements théoriques à l'origine des Maisons Vertes et des Laep, dont le déploiement est porté par les dispositifs de soutien à la parentalité des collectivités territoriales et des porteurs associatifs notamment familiaux et le financement, affecté au soutien à la parentalité. Or, il s'avère aujourd'hui qu'il faut les positionner comme des dispositifs au service de l'évolution des enfants, pour en garantir le droit pour tous et dans un esprit de justice sociale devant l'importance d'un apprentissage dans des conditions douces, et progressives.

Les enfants qui bénéficient d'un accueil en crèche ont un meilleur développement cognitif et socio-émotionnel, les enfants défavorisés sont ceux qui en bénéficient le plus, quand les modes d'accueil sont de qualité élevée, et avec une transition progressive à l'entrée du mode d'accueil, puis au passage vers le système scolaire.

Quels contours pour une offre flexible de socialisation à tous les enfants avant 3 ans ?

Le HCFEA propose d'ouvrir à tous les enfants qui ne fréquentent pas les accueils « formels » l'accès à une socialisation progressive et de qualité avant l'entrée dans le système scolaire. Ces bénéfices s'entendent en termes de prime éducation, d'inclusion et de meilleure continuité éducative entre famille, prime socialisation et scolarité.

L'objectif est de permettre aux jeunes enfants une expérience de socialisation souple, avec d'autres enfants avant une socialisation structurée par l'école maternelle. C'est pourquoi elle inclurait les initiatives passerelles, et tous les projets relevant de la continuité éducative et relationnelle entre la famille et l'école, et entre les modes d'accueil et l'école.



Il est nécessaire de proposer une offre plus souple, pouvant couvrir un spectre large d'approches : accueil individuel et collectif, ponctuel ou permanent, partiel ou à temps complet, avec les parents ou sans les parents. Mais cette offre doit être accessible à tous les enfants, dans une approche de mixité, en évitant l'écueil du ciblage.

En point d'orgue des multiples démonstrations, expertises, mobilisations et prises de conscience, les travaux du séminaire « Premiers pas »¹¹⁹ ont conduit à proposer une offre d'accueil plusieurs demi-journées par semaine, modalités habituellement du ressort des accueils flexibles *« afin de respecter les besoins de socialisation et de prime éducation du jeune enfant en termes de durée, de souplesse, d'âge et d'effets attendus, cette offre pourrait reposer sur les principes suivants : la possibilité ouverte de recourir à au moins quatre demi-journées par semaine, soit un niveau proche du mi-temps, pour tous les enfants à partir de 6 mois, en groupe, que ce soit en structure collective, en relais petite enfance ou dans des structures intermédiaires/flexibles/passerelles... avec et/ou sans les parents. Le développement d'une telle offre viendrait en complément des modalités d'accueil existantes »*.

Le HCFEA souhaite que ces types d'accueil soient clairement nommés pour permettre leur identification en termes de politique publique – et la reconnaissance de leur utilité sociale et éducative en vue d'un meilleur développement des enfants – et d'un renouvellement de l'offre mieux adaptée aux modes de vie des familles, de travail des parents, aux connaissances sur l'enfant et à la réduction des inégalités dès le début de la vie.

Il s'agit donc de renforcer l'objectif de conciliation vie personnelle/vie professionnelle mais également de remettre les enfants au centre des enjeux, et parmi eux les enfants de familles en difficulté, qui doivent pouvoir bénéficier d'un accueil au même titre que les autres.

Cette orientation serait conforme aux obligations de la France à l'international – la Cide, le plan d'action France de la Garantie européenne de l'enfance 2021, mais aussi l'engagement de la France à l'Unesco portant sur l'éducation et la protection pour la petite enfance (EPPE) lors de la conférence internationale tenue à Paris en 2018, ou encore lors de la conférence mondiale de l'Unesco (Ouzbékistan) du 14 au 17 novembre 2022, qui invite à généraliser les offres d'accueil préscolaire pour tous les enfants dans le monde en ces termes : *« l'éducation et la protection de la petite enfance sont des instruments pour promouvoir l'équité et la justice sociale, une croissance économique inclusive et un développement durable »*¹²⁰.

¹¹⁹ Cycle de séminaires Premiers pas, Cnaf, France stratégie, HCFEA, en ligne : [France Stratégie | France Stratégie](#)

¹²⁰ Conférence mondiale sur l'éducation et la protection de la petite enfance Tashkent, 2022, [L'éducation commence tôt : progrès, défis et perspectives](#).

4. Les recommandations de la Haute autorité de santé sur les TDAH, 2024

Saisie par la Délégation interministérielle aux troubles du neurodéveloppement (TND) et par l'association de patients HyperSupers-TDAH France, la HAS a publié une liste de recommandations¹²¹ relatives au diagnostic et à la prise en charge du TDAH chez l'enfant et l'adolescent, à destination des professionnels de santé, afin de compléter les recommandations de 2015, centrées sur le repérage et le suivi des enfants atteints de TDAH par le médecin de premier recours.

Selon ces recommandations, le diagnostic doit reposer sur un entretien avec l'enfant et ses parents afin d'évaluer le développement de l'enfant dans toutes ses dimensions (neurologique, psychomoteur, affectif). Il doit également comprendre un examen clinique de l'enfant et un recueil d'informations sur ses apprentissages, ses attitudes et son comportement auprès de son entourage familial mais aussi scolaire et extrascolaire.

Concernant l'accompagnement, les interventions non médicamenteuses sont préconisées en première intention, telles que la psychoéducation, qui aide l'enfant et ses parents à comprendre le trouble et gérer son impact, le programme d'entraînement aux habiletés parentales (PEHP), qui s'appuie sur les principes des thérapies comportementales, cognitives et émotionnelles, et l'éducation thérapeutique du patient (ETP), qui vise à favoriser l'autonomie du patient, mais aussi l'accompagnement scolaire avec des conseils pour la mise en place d'aménagements spécifiques. En complément, si besoin et selon la gravité du trouble, un traitement médicamenteux par méthylphénidate peut être prescrit à partir de l'âge de 6 ans¹²².

Toutefois, le faible nombre de professionnel et leur répartition inégale sur le territoire entraîne un allongement du délai de diagnostic et d'intervention. Actuellement, en France, la primo-prescription et le renouvellement annuel ne sont autorisés qu'aux psychiatres, pédiatres et neurologues. Dans l'objectif d'élargir l'offre de soins, la HAS propose d'étendre

¹²¹ HAS, 2024, *Trouble du neurodéveloppement/TDAH : Diagnostic et interventions thérapeutiques auprès des enfants et adolescents, Recommandations*, 18 juillet.

¹²² Chez un enfant de moins de 6 ans, le traitement s'appuie sur des mesures non médicamenteuses. Mais dans les cas les plus complexes et les plus sévères, il est recommandé que le traitement par méthylphénidate soit prescrit par une équipe spécialisée du TDAH de niveau 2 ou dans le cadre d'une réunion de concertation pluridisciplinaire.



ces compétences à d'autres médecins, notamment les généralistes, en mettant en place une formation structurée et diplômante.

Selon la HAS, le développement de la télémédecine peut également contribuer à améliorer le parcours de l'enfant avec un TDAH en facilitant l'accès à l'expertise médicale. S'il est recommandé que le diagnostic repose sur au moins une consultation en présentiel pour l'examen clinique, la téléconsultation peut faciliter le suivi à distance du patient. Par ailleurs, les téléconsultations assistées, durant lesquelles un professionnel de santé ou un psychologue accompagne l'enfant et sa famille, apportant ainsi un soutien au médecin spécialisé, sont encouragées.

5. La Consultation nationale des 6-18 ans de l'Unicef France, 2024

La Consultation nationale des 6-18 ans de l'Unicef France menée auprès de 20 000 enfants en 2024 indique des résultats inquiétants concernant la santé mentale, mais aussi le sentiment de solitude et les sociabilités¹²³ :

Plus d'un tiers des enfants consultés (36,3 %) déclarent « être tristes ou ne plus avoir goût à rien », et 30,6 % déclarent avoir déjà pensé au suicide.

50,7 % se déclarent « stressés ou angoissés » (de temps en temps, souvent ou tout le temps). Cette angoisse, pour 55,2 % des enfants, peut être liée à une « inquiétude que leur famille ou leur entourage n'aille pas bien ».

Pour 47,2 % des enfants consultés, il arrive qu'ils perdent confiance en eux.

76,6 % des enfants soulignent ne pas avoir parlé à un médecin, un psychologue ou un professionnel de santé (de ces signes de mal-être). On retrouve les raisons principales suivantes : « Je pense qu'on ne me prendra pas au sérieux » (73,8 %) ; « Je ne vois pas à quoi ça sert d'en parler ou je trouve que ce n'est pas grave » (67 %) ; « J'ai peur ou j'ai honte d'en parler » (60,8 %) ; « je ne sais pas à qui en parler » En outre, 56,7 % d'entre eux expliquent ne pas savoir à qui en parler (manque de connaissance des ressources existantes), et 47,6 % soulignent qu'il est compliqué de prendre rendez-vous ou que cela coûte cher (barrière financière dans l'accès aux soins). *« Ces silences rappellent l'importance de continuer à déstigmatiser la thématique de la santé mentale, de mieux faire connaître les dispositifs de prise en charge et de garantir leur accessibilité, pour chaque enfant ».*

Les témoignages pointent un autre enjeu préoccupant, celui du sentiment de solitude et d'isolement : un quart des enfants déclarent se sentir seuls ou isolés (de temps en temps, souvent, tout le temps).

¹²³ Unicef France, 2024, *Consultation nationale des 6-18 ans. Enfants et adolescents en souffrance. Privations, déficit de protection et rejet social*, p. 29-30.



6. La santé mentale, les conditions de logement, et l'environnement immédiat

L'enquête Enfams, réalisée par l'Observatoire du Samusocial de Paris auprès de parents et enfants de 0 à 12 ans sans logement et pris en charge par les services d'hébergement en d'Île-de-France, montre que ces enfants ont des niveaux de troubles psychologiques plus fréquents (19 %) que ceux en population générale (8 %). Ils sont particulièrement exposés à un faible statut socioéconomique, des événements de vie négatifs, un isolement relationnel et un niveau insuffisant de soutien social, ainsi qu'à des situations de violence¹²⁴.

Le rapport de Défenseur des droits¹²⁵ rappelle aussi que : « *Le mal logement constitue, en soi, une atteinte au droit des enfants à un environnement sain. L'accès à un logement décent est un déterminant de santé majeur reconnu par l'OMS et il est l'une des conditions de base pour mener une vie saine. Le fait d'habiter dans un logement dégradé conduit à un processus de stigmatisation, de dégradation sociale et de perte d'estime de soi et ses effets sur la santé mentale et la réussite scolaire sont largement établis* ».

Dans son rapport « *Quelle place pour les enfants dans les espaces publics et la nature ? Éducation, santé, environnement* »¹²⁶ le Conseil de l'enfance du HCFEA souligne également l'importance d'assurer une continuité résidentielle aux enfants confrontés à différentes formes de précarité résidentielle (enfants en situation de grande pauvreté et de grande précarité, vivant à la rue, dans des bidonvilles, des squats, des campements, des accueils d'urgence ou des logements insalubres) pour leur santé physique et mentale et leur développement affectif et social.

¹²⁴ Roze M., Vandentorren S., Melchior M., 2019, [Santé mentale des mères et des enfants de familles sans logement en Île-de-France. Résultats de l'enquête ENFAMS](#), *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, vol. 67, n° 7, p. 313 318 ; Observatoire du Samusocial de Paris, 2014, [ENFAMS : Enfants et familles sans logement personnel en Ile-de-France](#).

¹²⁵ Défenseur des droits, 2024, [Droit des enfants à un environnement sain : protéger l'enfance, préserver l'avenir](#), Rapport Enfant 2024, p. 28.

¹²⁶ Conseil de l'enfance du HCFEA, 2024, [Quelle place pour les enfants dans les espaces publics et la nature ? Éducation, santé, environnement](#), Adopté le 17 octobre, p. 47-62.



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 bientraitance, dans une approche intergénérationnelle.

Retrouvez nos dernières actualités sur www.hcfea.fr



Le HCFEA est membre du réseau France Stratégie (www.strategie.gouv.fr)

Adresse : 78-84 rue Olivier de Serres, Tour Olivier de Serres, CS 59234, 75739 PARIS cedex

