



CONSEIL DE L'ENFANCE ET DE L'ADOLESCENCE

QUAND LES ENFANTS VONT MAL : COMMENT LES AIDER ? ANNEXES

Adopté le 7 mars 2023

SOMMAIRE

ANNEXES PARTIE I. La santé mentale des enfants : une demande en hausse, une offre en crise	4
I.1. L'augmentation de la souffrance psychique	4
I.2. Une complexité, des définitions	6
I.3. La santé mentale des enfants et des adolescents, rapports du HCFEA 2018-2023.....	8
I.4. La santé mentale des enfants en protection de l'enfance, encart ONPE	15
I.5. Suivi des patients en psychiatrie, données de la Drees, 2022	16
I.6. CAMPS, CMPP, CMP-IJ, données Igas 2018	18
I.7. La santé mentale des enfants dans la Stratégie nationale de santé 2018-2022	19
I.8. Les politiques régionales de santé de l'enfant – Rapport Cour des comptes 2021.....	23
I.8.1. Disparités territoriales et absence de vision globale des actions territoriales	23
I.8.2. Pas de suivi des dépenses pour la santé des enfants	25
I.8.3. Des données éparées, incomplètes, et difficiles à rassembler	25
I.8.4. Un manque de connaissance et de visibilité des ressources disponibles	26
ANNEXES PARTIE II. Augmentation de la consommation de médicaments psychotropes	28
II.1. L'augmentation de la consommation entre 2010 et 2021.....	28
II.1.1. Epi-phare	28
II.1.2. Évolution de la consommation 2010-2021, données Openmédic/EGB	31
II.2. L'évaluation bénéfiques/risques des médicaments psychotropes.....	34
II.3. Impact du système scolaire et inégalités sociales sur le diagnostic et la médication....	48
II.3.1. Mois de naissance et diagnostic, études internationales	49
II.3.2. Et en France.....	50
II.4. Les recommandations convergent concernant les psychotropes chez l'enfant	54
II.4.1. Sur le méthylphénidate	54
II.4.2. Sur les antidépresseurs	54
Efficacité des antidépresseurs.....	54
Effets indésirables des antidépresseurs : idées et conduites suicidaires.....	55
...Virage maniaque et syndrome de sevrage.....	58
Sur les autres troubles mentaux objet d'une prescription d'antidépresseurs.....	58
II.4.3. Sur les antipsychotiques concernant les comportements agressifs.....	59
II.5. Epistémologie de la recherche biomédicale en santé mentale de l'enfant	60
II.5.1. Étiologie biologique des troubles mentaux	60
II.5.2. Le volume des structures sous-corticales chez les patients TDAH.....	61
II.5.3. La génétique du TDAH	63
II.5.4. La prévalence du TDAH en France	63
II.5.5. Les biais médiatiques	65
II.5.6. Les conflits d'intérêts dans les pratiques et politiques de soin.....	69
II.5.7. Les limites des modèles biologiques	70
Trouble du neurodéveloppement et DSM	71
Le DSM ne repose sur aucune étiologie biologique	73
Le DSM est-il fiable ?	73
Le DSM est-il scientifiquement valide ?	74

Une utilité discutée	75
II.5.8. Les approches Evidence Based	76
ANNEXES PARTIE III. Les psychothérapies : intérêt clinique, débats et enjeux	80
ANNEXES PARTIE IV. Penser l'éducation, les pédagogies, les dynamiques inclusives	82
IV.1. La tradition de l'éducabilité et les réponses pédagogiques.....	82
IV.1.1. Un environnement sécurisant et prévisible à la mesure des enfants.....	83
IV.1.2. respecter les besoins physiologiques et psychologiques des enfants.....	84
IV.1.3. l'enfant comme personne à part entière, au sein d'un collectif	86
IV.1.4. l'enfant est responsabilisé dans son rapport à lui-même et aux autres	87
IV.1.5. découvrir le monde, avoir prise sur une partie de son activité.....	88
IV.1.6. des adultes sécurisants, étayants et bienveillants	89
IV.2. Rapport Cour des comptes, Les médecins et les personnels de santé scolaire.....	91
IV.3. Contribution du Collège des enfants du HCFEA	92
ANNEXES PARTIE V. La prévention et l'intervention sociale	94
V.1. Synthèse des dépenses de santé des enfants de moins de 12 ans en 2019.....	94
V.2. Contribution de l'Association française des centres médico-psycho-pédagogiques	95
V.3. Contribution du CEP-Enfance	98
V.4. Contribution du CNPE	100
V.5. Vie artistique, culturelle, droit aux vacances et aux loisirs : une question de santé	103
V.5.1. Une politique Culture Santé/médico-sociale pour une action inclusive	104
V.5.2. La culture au quotidien dès le plus jeune âge, une question de santé	105
V.5.3. Le droit aux vacances et aux loisirs.....	106

ANNEXES PARTIE I.

LA SANTE MENTALE DES ENFANTS : UNE DEMANDE EN HAUSSE, UNE OFFRE EN CRISE

I.1. L'augmentation de la souffrance psychique

La consultation nationale des 6-18 ans d'UNICEF France¹

Menée auprès de plus de 25 000 enfants en France, elle montre que :

- 76,6 % des répondants indiquent qu'il leur arrive d'être triste ou cafardeux, 53,3 % de n'avoir plus goût à rien et 64,2 % de perdre confiance en eux ;
- **prépondérance chez les filles des troubles internalisés.** En revanche, elles sont moins nombreuses à en avoir déjà parlé à un médecin ou un psychologue ;
- **les plus âgés (13-18 ans) rendent compte d'un plus grand état de mal-être.** Pourtant cette souffrance psychique semble moins bien prise en compte chez les adolescents. En effet, ce sont les plus jeunes qui, proportionnellement, ont été plus nombreux à avoir consulté un médecin ou un psychologue à ce propos. Ils en parlent aussi plus facilement à leurs parents ou à un membre de leur famille ;
- 27,2 % des répondants reconnaissent qu'il leur est déjà arrivé de penser au suicide et 10,3 % qu'ils ont déjà tenté de se suicider.

Les enseignements de cette Consultation nationale rendent particulièrement aigüe **la question des lieux de soins susceptibles de les prendre en charge.**

Le risque suicidaire : la partie visible de la crise du système de santé mentale de l'enfant

En France, un taux de suicide², de 13,2 pour 100 000 habitants, parmi les plus élevés d'Europe. Avoir connu un épisode dépressif³ est un facteur associé aux comportements suicidaires. En France, environ 8 500 décès par suicide sont dénombrés chaque année, soit 23 par jour⁴.

¹ Dans ma tête : Promouvoir, protéger et prendre en charge la santé mentale des enfants, Rapport Unicef, 2021 : <https://www.unicef.fr/article/dans-ma-tete-promouvoir-protéger-et-prendre-en-charge-la-sante-mentale-des-enfants/>.

² Le taux de suicide est « standardisé » selon l'âge à partir de la population de la zone OCDE en 2010 afin de neutraliser les variations liées aux différences de structure d'âge entre pays et dans le temps.

³ <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2019/suicide-et-tentative-de-suicidesdonnees-nationales-et-regionales>.

⁴ Observatoire national du suicide, juin 2020 <https://drees-site-v2.cegedim.cloud/sites/default/files/2021-02/fiches.pdf>.

Depuis une dizaine d'années, les décès par suicide et les tentatives de suicide sont en augmentation chez les 15-19 ans dans certains pays à revenu élevé, notamment au Royaume-Uni et aux États-Unis⁵ (Odd, *et al.*, 2021 ; HAS, 2021 ; Cousien, *et al.*, 2021).

Les décès par suicide sont en revanche considérés comme peu fréquents parmi les enfants âgés de moins de 14 ans, mais il existe de fortes présomptions que leur occurrence soit **nettement sous-estimée** dans cette catégorie d'âge en raison de fréquentes erreurs de catégorisation. En effet, nombre de ces décès sont sans doute attribués à des « accidents domestiques » ou à des « morts accidentelles ⁶» (HAS, 2021 ; Wasserman, *et al.*, 2021).

D'après l'Observatoire national du suicide (ONS)⁷, le suicide est la troisième cause de mortalité chez les adolescents âgés de 15 à 19 ans, après les accidents de la route et la violence interpersonnelle⁸.

En France, depuis plus de deux ans, la presse s'est fait écho d'articles de professionnels⁹ : le nombre de consultations pour geste suicidaire augmente, et concerne presque exclusivement les filles¹⁰. Ainsi, selon une étude publiée dans une revue américaine de référence, et qui converge avec les données de Santé Publique France¹¹, **le nombre d'admission des moins de 15 ans à l'hôpital Robert Debré pour tentative de suicide a augmenté de 299% entre juillet-août 2019 et mars-avril 2021**¹².

D'après les remontées des services d'urgence¹³, le pic des quatre dernières années se situe en mai 2022. De même, la forte augmentation **des appels aux centres antipoison pour tentative de suicide** en 2021 repose essentiellement sur la hausse importante des appels concernant les **jeunes filles et jeunes femmes âgées de 12 à 24 ans**, dont la moyenne annuelle de 2021 est supérieure de moitié à celle des trois années précédentes.

⁵ Odd, *et al.*, 2021 ; HAS, 2021 ; Cousien, *et al.*, 2021.

⁶ HAS, 2021 ; Wasserman, *et al.*, 2021.

⁷ ONS, 2022, 5^e rapport, *Suicide, Mesurer l'impact de la crise sanitaire liée au Covid-19*. Effets contrastés au sein de la population et mal-être chez les jeunes, septembre 2022.

⁸ OMS, 2019 ; Wasserman, *et al.*, 2021, in ONS, 2022, *op. cit.*

⁹ *Libération*, dossier Pédopsychiatrie, Covid-19 et mal-être des enfants : que faire ?, 22 novembre 2021 : https://www.liberation.fr/societe/sante/covid-19-et-mal-etre-des-enfants-que-faire-20211222_ERQQSR5IKBFJFIOV_7JLEAFNWKI/ ; *France Info*, 15 février 2023 *Dépression, tentatives de suicide chez les ados : l'alarmante bombe à retardement de la crise Covid* <https://france3-regions.francetvinfo.fr/occitanie/aveyron/rodez/depression-tentative-de-suicide-chez-les-ados-l-alarmante-bombe-a-retardement-de-la-crise-covid-2713786.html>.

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

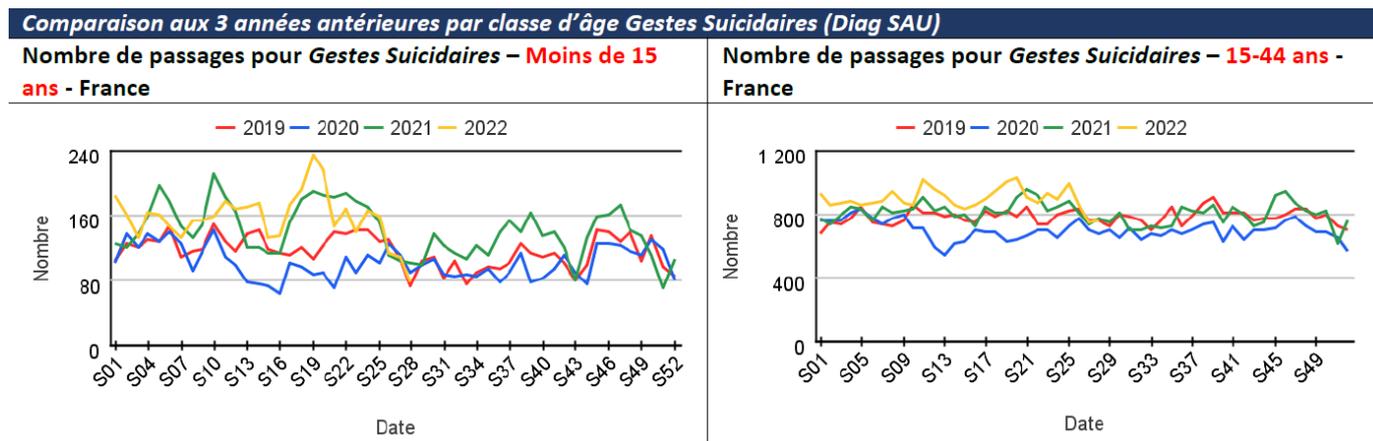
https://www.liberation.fr/checknews/gestes-suicidaires-chez-les-adolescentes-sos-dune-jeunesse-en-detresse-20220110_USG4W6Q5WNAZZBJLED5776FUSM/?redirected=1.

¹¹ Oscour,

¹² Depuis 2021, on compte plus de 40 admissions pour tentatives de suicide par bimestre dans l'hôpital Robert-Debré, c'est deux fois plus qu'avant 2020, et même quatre fois plus que pendant la période 2011-2017. L'augmentation apparaît ainsi comme le fruit d'un double phénomène selon l'étude : une tendance longue et haussière, depuis environ 2016, mais aussi une accélération forte dans la période de la pandémie.

¹³ Analyse des regroupements syndromiques de Santé mentale - Passages aux urgences du réseau Oscour® et actes médicaux SOS Médecins, Santé publique France, Point du 18/07/2022 <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/454911/3548879>.

Tableau 1 Nombre de passages aux urgences pour geste suicidaire



Analyse des regroupements syndromiques de Santé mentale – Passages aux urgences du réseau Oscour® et actes médicaux SOS Médecins, Santé publique France, Point du 18/07/2022.

D'après l'étude, « De nombreux facteurs peuvent avoir contribué à cette accélération, comme la sensibilité spécifique des enfants aux mesures de prévention [mitigation], la détérioration de la santé ou de la situation économique de la famille, l'augmentation du temps d'écran et de la dépendance aux médias sociaux, ou le deuil »¹⁴.

Pour l'ONS (2022)¹⁵, certains ont souffert d'être confinés seuls ou dans un environnement familial délétère, voire violent. Pour d'autres cependant, le confinement a pu jouer un rôle protecteur et diminuer le risque suicidaire : parents plus disponibles, moins de temps dans les transports, engendrant moins de fatigue, moindre accès à des moyens létaux.

I.2. Une complexité, des définitions

Extraits, HCFEA, 2021, La traversée adolescente des années collège, p.14-15

Lorsqu'on souhaite partir de la notion désormais courante de bien-être pour évoquer la santé mentale et le rapport à leur vie des enfants et des adolescents, il est utile d'interroger la manière dont cette notion a émergé depuis 50 ans et de se poser la question du succès des instruments de sa mesure dans de nombreuses enquêtes internationales. Dans son audition devant le conseil de l'enfance et de l'adolescence le 13 novembre 2020, le P^r Claude Martin a ainsi présenté l'histoire sociale de la notion de bien-être, et des débats que suscite cette réflexion sur les conditions du bien-

¹⁴ Cousien A, Acquaviva E, Kernéis S, Yazdanpanah Y, Delorme R. Temporal Trends in Suicide Attempts Among Children in the Decade Before and During the COVID-19 Pandemic in Paris, France. *JAMA Netw Open*. 2021;4(10):e2128611. doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.2861 .

¹⁵ *Op. cit.*

être, de la qualité de vie, de la « vie bonne » ou du bonheur pour lever les enjeux propres aux questions de mesures et de déterminants du bien-être des enfants et des adolescents¹⁶.

D'une philosophie du bonheur individuel à la mesure du bien-être social

« L'humanité évolue. Les conditions de l'existence se modifient, et avec elles les conditions du bonheur. De nouvelles adaptations s'imposent. Nous ne pouvons plus être heureux à la façon de nos pères. Il est donc nécessaire de remanier quelque peu les anciennes théories, qui ne correspondent plus tout à fait à notre mentalité propre et à notre état social actuel. (...) La morale antique était individualiste... l'homme y était considéré isolément, comme un être indépendant, livré à lui-même, chargé de se procurer par ses propres moyens tout son bonheur. Une conception aussi étroite ne serait plus possible aujourd'hui. Les faits sociaux nous apparaissent dans leur complexité. Nous avons acquis la notion de solidarité humaine. Une théorie du bonheur, qui ne tiendrait pas compte de ses conditions sociales, ne saurait plus être prise au sérieux ».

Les conditions du bonheur, de Paul Souriau (1908).

Si le bien-être est l'objet d'une longue tradition philosophique depuis l'Antiquité, elle s'oriente à partir du XVIII^e siècle vers la recherche du bien commun et non uniquement individuel, et s'articule à la théorie utilitariste et au welfarisme. 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 et des études du bien-être subjectif se développent à partir des années 1960 et questionne le lien entre bien-être et richesse (paradoxe d'Easterlin des années 1970).

Le bien-être devient peu à peu un domaine de recherche en fort développement (économie du bonheur et psychologie positive). Et fortement investi par les organisations internationales (OMS, ONU, OCDE).

De nouvelles recherches sont menées sur la qualité et le degré d'intégration des sociétés (Aschauer, 2016 ; Hall & Lamont, 2009). La composante psychosociale (stress, émotions négatives, *feeling of pressure*, etc.) devient partie intégrante de ces travaux et permet de réfléchir sur les capacités, ce qui les menace et le rôle central des supports et des ressources sociales (étendue des réseaux, vie associative, capital social, capacité de mobilisation collective pour faire pression sur l'action publique).

Face à l'accroissement des inégalités sociales et de formes de ressentiment, de déclassement ou de désenchantement, la mesure du bien-être permet d'appréhender des éléments d'un malaise social diffus qui devient une préoccupation politique majeure. Le bonheur se constitue ainsi en problème public (Frawley, 2015), renforçant le sentiment de sa propre vulnérabilité : *« Comme métaphore culturelle, la vulnérabilité est utilisée pour souligner le fait que les individus et leur communauté manquent des ressources émotionnelles et psychologiques nécessaires pour faire face au changement et pour faire des choix »* (Furedi, 2005). Ainsi, le fait que les problèmes sociaux

¹⁶ Voir HCFEA, Conseil enfance, 2021, Rapport *La traversée adolescente des années collège*, Annexe 1.1. Bien-être des enfants et parentalité, en ligne : https://www.hcfea.fr/IMG/pdf/hcfea_aneescollege_annexe1_bien_etre.pdf. Cette audition est en partie basée sur les travaux de la Chaire Cnaf-EHESP « Enfance, bien-être et parentalité » et sur le numéro thématique 131-132 de la *Revue des politiques sociales et familiales* « Le bien-être des enfants : un enjeu politique / Understanding children's well-being: A political issue ». En ligne https://www.persee.fr/doc/caf_2431-4501_2019_num_131_1_3338.

se conçoivent désormais dans le langage du bonheur et du malheur plutôt que de la justice doit interroger ».

I.3. La santé mentale des enfants et des adolescents, rapports du HCFEA 2018-2023

Du rapport sur les données (2018) et sur les années collège (2021) au rapport sur la santé mentale des enfants (2023) : le constat d'une aggravation de la santé mentale des collégiens, les lycéens et les jeunes adultes

Le HCFEA, dans son rapport « des données mieux centrées sur les enfants » de 2018¹⁷, a montré la nécessité pour la France, entre autres, d'études et de recherches, qui spécifient leurs situations suivant les phases clés de leur développement. Il pointait que le manque vertigineux de visibilité sur les troubles de santé mentale et les troubles psychiques (cf. chapitre 1). Et malgré des investissements financiers important la guidance politique s'oriente par tâtonnements et réponses séquencées aux problèmes relevant d'un champ élargi de la pédopsychiatrie.

Le Conseil de l'enfance et de l'adolescence du HCFEA confirme les conclusions synthétisées par la commission enfance du HCSP en 2017 et 2019 :

« L'école joue un rôle majeur en matière de prise en charge et de surveillance de ces problèmes de santé mentale. Mais les données du cycle primaire notamment sont quasi-inexistantes sur cette question. Les tentatives et facteurs de risque de suicide, sont encore trop mal connus. L'impulsivité des enfants est parfois présentée comme un facteur de risque, alors qu'il semble qu'un ensemble de facteurs combinés (déscolarisation, déstructuration des familles, et éventuellement impulsivité de l'enfant) soient le véritable déclencheur. De façon générale, ce sont des enfants "ordinaires" qui commettent ces tentatives et non comme on pourrait en faire l'hypothèse, ceux touchés par la grande précarité ou les drames familiaux. La prévention sur le sujet est insuffisante. Aucun repérage des enfants à risque n'est effectué. » (HCSP, 2019, p. 68¹⁸).

« Pour améliorer la santé psychosociale des jeunes, de nombreux plans de santé publique ont été élaborés : certains ciblent la population des jeunes, d'autres sont thématiques par rapport aux problèmes de santé et comportent, chaque fois que c'est pertinent, un volet relatif aux enfants et aux jeunes. » (ADSP, 2017, p. 42¹⁹). La difficulté réside dans la mise en œuvre de ces dispositifs, avec de fortes disparités entre les territoires. Les travaux de Santé publique France²⁰ montrent un fonctionnement basé sur des initiatives locales, dans les interstices et les apories du système de soin et appellent une véritable politique de santé globale des adolescents au-delà des initiatives ponctuelles réussies.

La souffrance psychique est un processus d'abord sous-jacent et aux manifestations diverses et à décrypter. Malgré des enquêtes HBSC, des études Elfe et celles de la Drees, et des institutions

¹⁷ HCFEA, 2018, *op. cit.*

¹⁸ Lang T., Aujard Y., Gindt-Ducros A., Bilette de Villemeur A., Colson S., Com-Ruelle L., Halley Des Fontaines V., Emmanuel Debost E., Vernazza-Licht N., Saurel-Cubizolles M., 2019, *Le dispositif statistique de surveillance et de recherche sur la santé de l'enfant*, HCSP, Avis et Rapports, octobre 2019. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-03135427/document>.

¹⁹ ADSP, 2017, *op. cit.*

²⁰ Maillard I., 2011, Lignes de force de l'évolution des politiques publiques relatives à la santé mentale des adolescents. *Santé Publique*(6), p. 127-139.

comme l'Inserm et Santé publique France, la santé mentale des enfants est insuffisamment intégrée dans une approche politique de santé globale et de conditions de vie et d'éducation. La connexion entre les organismes de recherche des politiques publiques et la recherche spécialisée en psychopathologie de l'enfant et de l'adolescents reste insuffisante (recherche fondamentale, constats de terrain) pour **lever les zones d'invisibilité auxquelles la décision politique se heurte en ce domaine.**

Des initiatives interministérielles importantes entre Santé, Éducation nationale, Affaires sociales, Justice... comme le plan santé-bien-être en 2016, et des dispositifs multidimensionnels tels que le fil santé jeune ou les maisons des adolescents (MDA), montrent la voie. Ce rapport est instruit alors que s'annonce le mois de juin 2021 « les assises de la santé mentale » dans laquelle un volet « pédopsychiatrie » suscite tous les espoirs de prendre en compte les diagnostics et les alertes, et les expertises conjuguées des parties prenantes de la santé mentale des enfants et adolescents, c'est-à-dire les professionnels de terrain, les spécialistes en activité, les familles et les jeunes eux-mêmes, incluant aussi les champs de la veille, de la prévention, de l'appui, de l'aide et de la prise en charge soignante et spécialisée. En santé mentale, un principe de précaution politique s'impose : Il faut donc à la fois pouvoir mettre en place des capacités de repérage à grande échelle des signaux faibles de mal-être des adolescents, pour éviter des aggravations, et en même temps savoir distinguer les manifestations liées à cette étape « fertile en émois » qu'est la prime adolescence, pour ne pas « pathologiser » au risque de cristalliser.

La santé mentale, un droit et des besoins, mais un âge mal connu et trompeur

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

Rapport Moro et Brison, 2016, p. 4²¹.

La prime adolescence est un concept récent et opérationnel désignant un **âge mal connu et trompeur**, lourd de ses transformations psychiques et physiologiques, une **période sensible, une plaque tournante** entre vulnérabilisation et fenêtre d'opportunité des politiques de l'enfance, de prévention globale et de réduction des inégalités de parcours sur le long terme.

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.*

²¹ Rapport Moro et Brison, 2016, *op. cit.*

La santé mentale des adolescents dans le monde (OMS 2020)²²

Principaux faits :

- une personne sur six est âgée de 10 à 19 ans ;
- la moitié des problèmes de santé mentale commencent avant l'âge de 14 ans, mais la plupart des cas ne sont ni détectés ni traités²³ ;
- avant les impacts de la pandémie Covid-19, le suicide était déjà la troisième cause de mortalité chez les 15-19 ans (nous ne disposons pas, à date, de chiffres consolidés concernant les 11-15 ans) ;
- à l'échelle mondiale, la dépression est l'une des principales causes de morbidité et d'invalidité chez les adolescents ;
- les problèmes de santé mentale représentent 16 % de la charge mondiale de morbidité et de blessures chez les personnes âgées de 10 à 19 ans.

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

Un mal-être « flou » aux facteurs pluriels et des constats en attente de consolidation

« Les problèmes des adolescents sont banalisés, on dit "c'est normal, c'est l'âge, c'est la crise" or pas forcément ! Et la banalisation n'est pas la solution. »
Collège des enfants du HCFEA, 4 mars 2021

La difficulté du repérage des signes d'alerte sur la santé psychologique des préadolescents est constitutive du cumul des mécanismes à l'œuvre à cette période clef du développement, tels que décrits au chapitre V.1 du présent rapport. Pour n'en citer que quelques-uns, « l'hétérochronie²⁴ » de la prime adolescence, « les luttes psychiques » dans la construction des identités, et le rappel qu'il existe une « psychopathologie normale » à cette période d'âge²⁵. La difficulté étant de prendre des repères entre la banalisation et la pathologisation. Or il n'y a pas nécessairement convergence sur la reconnaissance du mal-être entre les adolescents, leurs parents et leurs éducateurs. Ce qui est mal-être pour les uns ne l'est pas toujours pour les autres. **« Fréquemment les signes sont**

²² <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>.

²³ Kessler R.C., Angermeyer M., Anthony J.C. *et al.*, 2007, Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative, *World Psychiatry*, 2007-6, p. 168–76.

²⁴ Le terme d'hétérochromie apparaît, dès 1958, dans les procès-verbaux des séances de travail de l'équipe de R. Zazzo psychologue du développement. Ce concept, emprunté à la biologie des espèces, désigne l'existence de décalages entre les divers secteurs du développement et constitue ainsi une notion centrale de la psychologie et psychopathologie développementales. Il est à noter que cette équipe de recherche, en lien avec les chercheurs en éthologie a été à l'origine du concept et des travaux sur l'attachement.

²⁵ Michel Wawrzyniac, psychologue et président de la fédération des écoles des parents et des éducateurs (FNEPE).

sur-interprétés ou sous-estimés. Leur repérage se traduit souvent par un conflit d'interprétation entre le jeune, ses parents et ses proches. Les inquiétudes des parents ont tendance à être proportionnelles aux dénis de l'adolescent. Ces conflits plus ou moins vifs sont une composante même du mal-être. Beaucoup de jeunes s'estiment en bonne santé et ne le sont pas. »²⁶

D'après l'enquête Pisa, de façon convergente avec HBSC/Enclass, qui toutes deux prennent appui sur les déclarations des enfants eux-mêmes, 80 % des enfants vivant en France se déclarent très satisfaits de leur vie, ce qui place le pays en 10^e position sur les 31 pays participants.

Même optimisme dans l'enquête de l'Inserm en 2013 « *Portraits d'adolescents. Enquête épidémiologique multicentrique en milieu scolaire* »²⁷ qui montrait que les adolescents sont plutôt satisfaits de leur vie, de leurs relations aux autres et à leurs parents, et valorisent les relations, l'école et la créativité. L'enquête dépeint des adolescents à rebours des stéréotypes, attentifs à leur santé, leur apparence, avec des différences de perception fréquentes entre filles et garçons. Les filles apparaissent plus à l'aise avec la notion de féminité que les garçons avec la notion de virilité, et dans l'ensemble elles semblent « *plus matures et plus lucides, se posant davantage de questions...* »

Cependant, ces portraits d'adolescents satisfaits de leur vie, sont pondérés par un rapprochement avec des constats : dans l'étude de la Drees (Carrasco et Guignon, 2020)²⁸, complémentaire de l'enquête Santé scolaire 2016-2017 de la Depp, la détresse psychique toucherait plus d'un collégien sur dix. « Elle est plus forte chez les filles que chez les garçons. Celles-ci ont plus de doutes sur l'avenir et sont plus dépendantes des clichés » (p. 4) donc des stéréotypes de genre et des normes commerciales de la beauté dans leur construction narcissique d'une bonne image de soi. La prudence des filles les expose moins que les garçons aux prises de risque, mais elles sont majoritairement victimes d'emprise ou de harcèlement comme nous le verrons en partie VII de ce rapport. Du côté des garçons les trois quarts des adolescents considèrent que « se voir imposer trop de limites pousse à prendre des risques » et pour la moitié, que « pour bien vivre il faut avoir le maximum de sensations et d'émotions... et qu'il faut prendre des risques sans les calculer », il s'avère que selon les territoires de vie, ceux-ci peuvent être plus consommateurs de substances psychostimulantes, or la consommation de drogues est à la fois cause et conséquence d'une mauvaise santé mentale (cf. partie VII).

Concernant la dépressivité ou simplement les moments de mal-être, quand ils ne se sentent pas bien, les préadolescents tendent à s'isoler : les filles en écoutant de la musique et les garçons avec les jeux vidéo, puis viennent les amis. Comme le montre également Enclass, la dépression touche surtout les filles (deux fois plus) sans que cela ne se traduise par des signes facilement repérables par les parents. Rares sont les préadolescents qui consultent un « psy » (moins de 9 % des filles, et 5 % des garçons) quand 7,8 % des adolescents déclarent une tentative de suicide et

²⁶ Voir annexe 3.1.

²⁷ Jousset C., Cosquer M., Hassler C., 2015, Portraits d'adolescents. Enquête épidémiologique multicentrique en milieu scolaire en 2013, *Rapport de l'Inserm*, Cachan.

²⁸ Carrasco V., Guignon, N., 2020, La santé mentale des adolescents de 3^e en 2017 – apports d'un auto-questionnaire dans l'enquête nationale de santé scolaire, *Dossiers de la Drees*, n° 65, sept. 2020.

3,7 %, plusieurs). Pourtant on peut lire dans le rapport Moro et Brison « Une proportion significative de jeunes connaît un épisode dépressif caractérisé entre 16 et 25 ans (entre 15 et 17 % selon les études avec une prédominance féminine)²⁹. D'une manière générale, plus de 50 % des pathologies psychiques débutent avant 14 ans » (p. 17). Si les résultats des recherches sont encore parcellaires, certains ont le mérite de livrer des constats contre-intuitifs et permettant de dépasser des préjugés : les enfants plus concernés par des états dépressifs sont à la fois ceux qui subissent des insultes dans leurs environnements de vie, les enfants vivant dans un foyer monoparental, et les enfants de familles favorisées (24 % d'entre eux), mais sont aussi corrélés selon les études à des signes de la sphère alimentaire, notamment la prise ou non de petit déjeuner (73 % contre 39 %).

Une anxiété portant sur l'image corporelle, et des pensées suicidaires aggravées par le harcèlement sur les réseaux sociaux.

La consultation Unicef France 2018 « Quel genre de vie ? Filles et garçons : inégalités, harcèlements, relations »³⁰, et le bilan de l'institut Innocenti, 2020³¹ montrent que la France compte 41 % de jeunes qui se trouvent soit trop gros (25 %, surtout les filles) soit trop maigres (16 %), bien que le pays soit plutôt bien positionné (7^e) et dans le milieu du classement quant au surpoids ou à l'obésité des enfants de 5 à 19 ans³².

L'enquête fait ressortir que la question du suicide est fortement présente chez les adolescents (12-18 ans) : l'idée du suicide concerne 28 % des participants à l'enquête, en particulier les filles, tandis que près de 11 % d'entre eux auraient vécu une tentative de suicide. Parmi les facteurs de risques explorés dans le rapport, le harcèlement sur les réseaux sociaux apparaît comme jouant un rôle crucial dans le passage à l'acte en multipliant les risques par plus de trois. Il est à noter que l'enquête porte sur le recueil de la parole des enfants. Des rapprochements seraient à faire avec des données de santé comme le nombre de consultations médicales ou d'hospitalisations signalant des « alertes de mal-être détournées ».

Selon une récente thèse de médecine sur la santé mentale et le mal-être des adolescents, « **Plus de 50 % des pathologies psychiques débutent avant 14 ans. Leur devenir dépend du repérage et de la prise en charge précoce selon l'OMS (2014). Trop tardive, elle hypothèque leur avenir. Le suicide constitue la seconde cause de décès des adolescents et près d'un tiers d'entre eux présente un état "sub-dépressif" voire une dépression avérée³³, après les accidents, bien souvent liés eux-mêmes à des prises de risque** ». Ainsi une récente enquête sur la médiation sociale³⁴ montre le niveau très moyen de bien-être psychologique ressenti au collège, « avec **un certain désamour des élèves vis-à-vis de l'établissement qui va grandissant avec l'âge. 30 % seulement des collégiens se disent satisfaits de leur vie scolaire** » qui corrobore l'enquête Pisa 2012 : « on note

²⁹ *La santé pour les adolescents du monde. Une deuxième chance pour la deuxième décennie*. Rapport OMS 2014, cité dans Moro et Brison, 2016, *op. cit.* p. 17.

³⁰ Consultation nationale 2018, auprès de 26 000 participant·e·s et couvrant 165 questions <https://www.unicef.fr/article/consultation-nationale-des-6-18-ans-2018-ecoutons-ce-que-les-enfants-ont-nous-dire>.

³¹ Bilan Innocenti 16, 2020, *op. cit.*

³² Source : fonds des Nations unies pour l'enfance, *La Situation des enfants dans le monde 2019. Enfants, nourriture et nutrition : bien grandir dans un monde en mutation*, Unicef, New York, 2019.

³³ Cazottes L., Cransac M., 2019, *Adolescence : une traversée mouvementée. Regard des adolescents sur leur santé mentale et le mal-être*, thèse d'exercice en médecine générale, université Toulouse III - Paul Sabatier.

³⁴ Algan Y., Guyon N., Huillery E., 2015, Rapport au ministère de la Ville, de la Jeunesse et des Sports sur la médiation sociale face à la violence scolaire.

que si les élèves français aiment l'école, cet amour décroît très fortement avec l'âge (plus de 20 % de points d'écart entre la 6^e et la 3^e) ».

Les enquêtes HBSC et Pisa montrent chez les jeunes élèves de collège plus de plaintes somatiques et anxio-dépressives que chez la plupart des élèves européens. Ainsi « si une grande part des adolescents vont globalement bien, une partie semble mal vivre son adolescence... et ceux qui se sentent tristes ou doutent d'eux-mêmes... **se font du mal souvent ou très souvent**, 9,2 % plutôt des filles, ou jouent à des jeux dangereux, surtout les garçons » (Moro et Brison, p. 137³⁵). Des « **signes précoces de mal-être doivent nous alerter [et] peuvent être variés** : retrait, solitude, changement brutal et profond d'apparence et de comportement, addictions diverses, troubles du sommeil, troubles alimentaires, décrochage scolaire, absentéisme, phobies, violences subies ou infligées, idées tristes ou suicidaires, troubles du comportement alimentaire, non observance des traitements nécessaires dans le cadre de maladies chroniques, etc. » (op. cit., p. 17).

Double peine ? La souffrance psychique et les problèmes de santé des adolescents en protection de l'enfance, et placés sous main de justice

Le rapport d'études et la recherche de la direction de la protection judiciaire de la jeunesse (DPJJ, 2020) témoigne de la grande vulnérabilité des jeunes relevant de la PJJ au regard de la santé et du bien-être (même si l'expression n'est pas utilisée). Ainsi, « ces jeunes cumulent de nombreux facteurs de risque : addictions aux produits licites et illicites, exposition aux violences, appartenance à des milieux sociaux précaires, parcours de vie souvent marqués par des difficultés scolaires, ruptures affectives »³⁶.

Certains indicateurs sont particulièrement alarmants : en 2004, « Parmi les jeunes PJJ [...] 44 % des filles et 9 % des garçons ont fait au moins une tentative de suicide au cours de la vie, et 21 % des filles en ont fait plusieurs ; 22 % des garçons et 40 % des filles ont fait au moins une fugue dans l'année, 29 % des filles en ont faites plusieurs ; cette proportion étant de moins de 5 % en population générale scolaire – sans différence entre filles et garçons ». (Choquet, 2005, p. 77)³⁷.

Les dernières études épidémiologiques, réalisées par l'Inserm, datent de 1997 et 2004, aussi une étude épidémiologique est en cours de réalisation (2020-2022).

Une étude est également programmée en 2021 par la direction de la protection judiciaire de la jeunesse sur les effets psychosociaux de l'enfermement sur la santé globale des mineurs.

En 2021, une aggravation sensible de la santé mentale des enfants et des adolescents

La crise sanitaire a encore aggravé la situation. Ainsi, en 2020, à l'instar des constatations effectuées en population générale, aucune augmentation significative de la mortalité par suicide n'a été rapportée chez les mineurs en Europe et aux États-Unis³⁸ (Canady, 2021 ; Odd, et al., 2021 ; Yard, et al., 2021). Puis, dès la première semaine de 2021, le nombre de passages aux urgences pour

³⁵ Moro et Brison, 2016, op. cit.

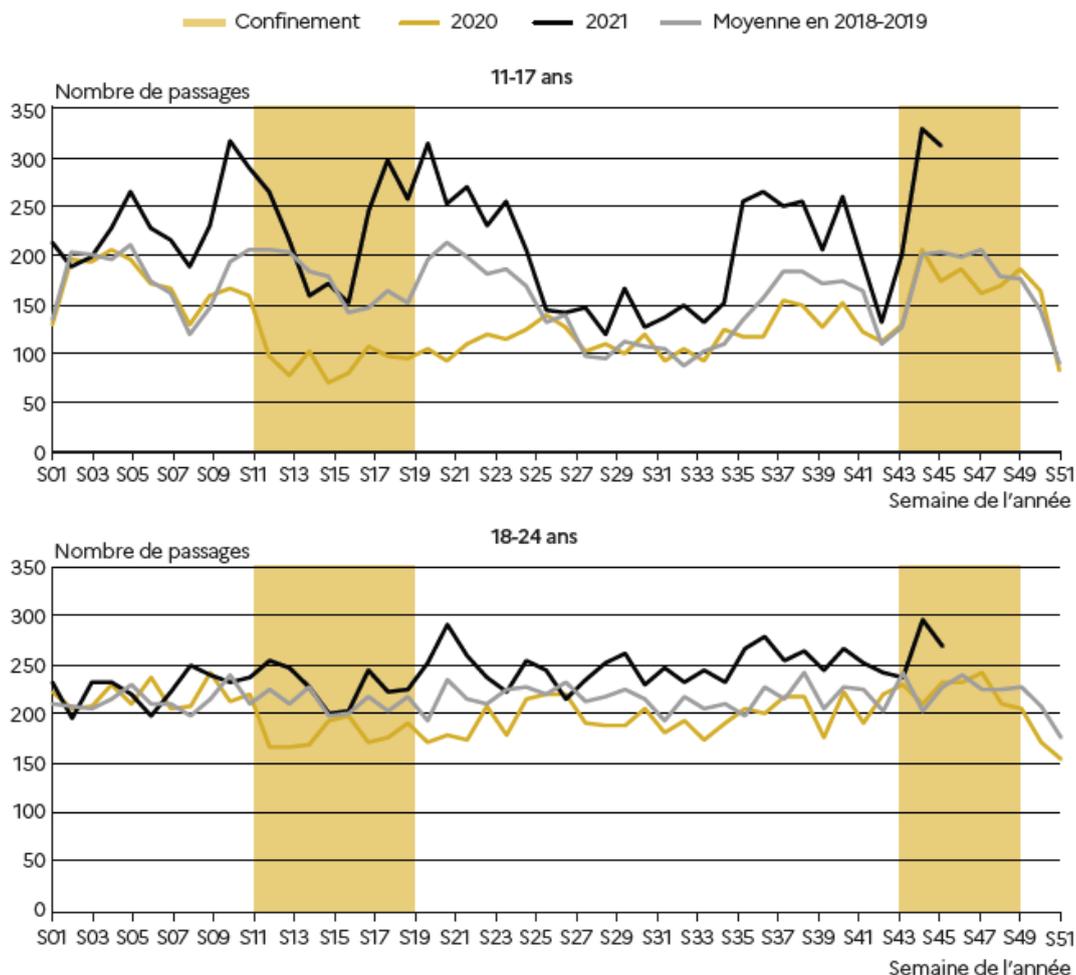
³⁶ Feuille de route Santé des personnes placées sous main de justice 2019-2022, ministère de la Justice, et ministère des Solidarités et de la Santé, p. 7, <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/presentation-feuille-de-route-sur-trois-ans-pour-la-sante-des-personnes-placees>.

³⁷ Choquet M., et al., 2005, Santé des 14-20 ans de la Protection judiciaire de la jeunesse (secteur public), <https://hal-lara.archives-ouvertes.fr/hal-01570683/document>.

³⁸ Canady, 2021 ; Odd, et al., 2021 ; Yard, et al., 2021.

idées suicidaires augmente fortement : **+ 103 % par rapport à 2018-2019**. Cette hausse se poursuit jusqu'à la mi-novembre 2021 **en particulier chez les collégiens et lycéens âgés de 11 à 17 ans**³⁹ (graphique 2) : **+ 35 % chez les sujets âgés de 11 à 17 ans de début janvier à mi-novembre, et + 52 % chez ceux âgés de 11 à 14 ans**. Cette hausse est également sensible chez les personnes âgées de 18 à 24 ans (+ 12 %). D'après Santé Publique France⁴⁰ le nombre de jeunes (18-25 ans) présentant des troubles dépressifs a doublé depuis 2017.

Graphique 2. Nombre hebdomadaire de passages aux urgences pour geste suicidaire en 2020 et 2021 et nombre hebdomadaire moyen en 2018-2019, chez les 11-17 ans et les 18-24 ans



Lecture : chez les 11-17 ans, le nombre de passages aux urgences pour geste suicidaire était de 265 en semaine 12 de 2021, de 97 en semaine 12 de 2020 et en moyenne de 205 en semaine 12 de 2018 à 2019.

Champ : France entière.

Sources : données du réseau Oscour® ; Santé publique France.

³⁹ +126 % chez les 11-17 ans de la première semaine de janvier à la mi-novembre, par rapport à la même période en 2018-2019. L'augmentation sur cette période, quoique très importante, est de moindre intensité au sein de la classe d'âge suivante (18-24 ans).

⁴⁰ BEH 14 février 2023, <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/510377/3786187?version=1> ; Le Monde, Pascale Santi, 14 février 2023. Un jeune sur cinq présente des troubles dépressifs, source Santé publique France 14 02 2023.

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

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

1.4. La santé mentale des enfants en protection de l'enfance, encart ONPE

Préserver la santé globale, somatique et psychique, des enfants nécessite de les protéger lorsqu'ils sont en danger au sein de leur environnement familial. C'est pourquoi le 16ème rapport de l'ONPE au Gouvernement et au Parlement, remis à la Secrétaire d'État en charge de la protection de l'enfance en juillet 2022, est consacré à la santé des enfants protégés. Il s'appuie sur de nombreuses recherches internationales et françaises qui montrent les conséquences sur le développement de la personne des quatre formes de maltraitements reconnues par l'OMS, à savoir les maltraitements physiques, sexuelles, psychologiques et les négligences. Ces formes de maltraitements, qui sont dans certaines situations cumulées, peuvent causer ou aggraver des problèmes de santé et des maladies chroniques chez l'enfant, ces difficultés pouvant perdurer à l'âge adulte.

En ce qui concerne plus particulièrement la santé mentale des enfants, les recherches ont constaté que les problématiques de souffrance psychique et des pathologies avérées et sévères sont plus fréquentes chez les enfants relevant de la protection de l'enfance, en raison notamment d'une insécurité psychique précoce et plus globalement des difficultés de leur parcours de vie. Une partie de ces enfants sont concernés par des psycho-traumas complexes, liés à une exposition répétée et durable à des maltraitements. Le rapport précédemment cité fait état de ces difficultés et des principales conclusions portées dans le cadre du séminaire de recherche mené par l'ONPE en 2021-2022 sur la santé mentale des enfants protégés ;

Les enfants protégés ont donc, pour certains, des besoins très élevés qui débouchent sur la nécessité d'un accompagnement spécifique ou encore de soins psychiques renforcés. La recherche montre également que ces enfants sont souvent orientés tardivement vers le soin, fréquemment à l'occasion d'états de crise, ce qui accroît un phénomène de clivage entre les prises en charge éducative et psychiatrique. Les travaux menés par l'ONPE, et notamment la première journée nationale de rencontre ASE-Pédopsychiatrie organisée le 23 septembre dernier par l'ONPE et la SFPEADA, permettent de repérer l'existence de prises en charge qui développent des approches multiples, articulant un suivi éducatif, des soins pédopsychiatriques et différentes modalités d'approches thérapeutiques.

Par ailleurs, la littérature souligne l'importance primordiale, pour permettre aux enfants de tirer profit des soins qui leur sont prodigués en matière de santé psychique, d'apporter une réponse adaptée et de haut niveau à leurs besoins fondamentaux. L'ensemble de ces travaux encourage enfin, comme ont pu le rappeler les jeunes protégés intervenus lors de la journée du 23 septembre 2022 précitée, à porter une attention particulière au bien-être des jeunes dans leur quotidien (alimentation, sommeil, accès à la culture - jeux, livres, sorties culturelles et artistiques, respect du droit aux loisirs et au repos).

I.5. Suivi des patients en psychiatrie, données de la Drees, 2022⁴¹

Tableau 1 Capacités d'accueil et activité en psychiatrie en 2020

	Psychiatrie générale (GEN)				Psychiatrie infanto-juvénile (INF)				Ensemble de la psychiatrie (GEN + INF)
	Établissements publics	Établissements privés		Total	Établissements publics	Établissements privés		Total	
		à but non lucratif	à but lucratif			à but non lucratif	à but lucratif		
Prises en charge à temps complet									
Hospitalisation à temps plein									
Nombre de lits	30 870	6 461	14 124	51 455	1 563	411	270	2 244	53 699
Nombre de journées	9 569 505	1 882 136	4 635 447	16 087 088	335 950	84 427	84 111	504 488	16 591 576
Accueil familial thérapeutique									
Nombre de places	2 219	169	-	2 388	682	49	15	746	3 134
Nombre de journées	541 055	38 326	-	579 381	90 623	5 154	2897	98 674	678 055
Accueil en centre de postcure									
Nombre de lits	581	658	450	1 689	-	-	-	-	1 689
Nombre de journées	156 030	162 577	147 483	466 090	-	-	-	-	466 090
Accueil en appartement thérapeutique									
Nombre de places	813	215	-	1 028	-	-	-	-	1 028
Nombre de journées	186 048	52 313	-	238 361	-	-	-	-	238 361
Hospitalisation à domicile									
Nombre de places	339	42	15	396	28	-	-	28	424
Nombre de journées	7 135	7 422	5 049	84 006	8 117	-	-	8 117	92 123
Accueil en centre de crise¹									
Nombre de places	496	34	40	570	56	8	-	64	634
Nombre de journées	113 903	7 503	12 031	133 437	11 211	1 907	-	13 118	146 555
Prises en charge à temps partiel									
Hôpital de jour									
Nombre de places	13 470	3 428	1 926	18 824	7 389	1 715	197	9 301	28 125
Nombre de journées	1 259 821	355 399	507 041	2 122 261	568 950	202 247	33 000	804 197	2 926 458
Hôpital de nuit									
Nombre de places	588	188	176	952	84	30	7	121	1 073
Nombre de nuitées	34 671	37 500	16 333	88 504	1 838	955	50	2 843	91 347
Atelier thérapeutique									
Nombre de structures	173	13	2	188	77	2	-	79	267
Nombre de journées	82 112	22 078	2 225	106 415	17 930	1 661	-	19 591	126 006
Prises en charge ambulatoire									
Centre médico-psychologique (CMP)									
Nombre de CMP	1 517	208	-	1 725	1 175	167	-	1 342	3 067
Nombre d'actes	8 219 129	1 020 151	-	9 239 280	3 409 193	498 682	-	3 907 875	13 147 155
Unité de consultation des services									
Nombre d'unités	1 242	133	1	1 376	498	47	-	545	1 921
Nombre d'actes	1 571 401	207 897	2 000	1 781 298	495 809	43 808	-	539 617	2 320 915
Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATT²)									
Nombre de structures	996	120	-	1 116	638	57	-	695	1 811
Nombre d'actes	1 250 965	185 537	-	1 436 502	483 182	51 295	-	534 477	1 970 979
Autres formes de prise en charge ambulatoire²									
Nombre d'actes	2 297 632	321 920	-	2 619 552	293 779	56 763	-	350 542	2 970 094

1. Y compris les structures d'accueil des urgences en hôpital psychiatrique.

2. Sont comptabilisés les actes réalisés à domicile ou en institutions substitutives au domicile, en unités d'hospitalisation somatique, en établissements sociaux ou médico-sociaux, en milieu scolaire ou en centres de protection maternelle et infantile.

Champ > France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris les SSA, hors secteur pénitentiaire.

Source > DREES, SAE 2020, traitements DREES.

⁴¹ [ES2022.pdf \(solidarites-sante.gouv.fr\)](#).

Tableau 1 Caractéristiques des patients et de leur suivi en établissement psychiatrique en 2020

	Ensemble des patients	Psychiatrie pour enfants et adolescents (≤ 16 ans) ¹	Psychiatrie adulte (>16 ans) ¹
Prise en charge à temps complet ou à temps partiel^F			
Nombre de patients	390 299 ³	43 371	349 393
Proportion d'hommes (en %)	51	62	49
Nombre de journées	20 665 743	1 287 486	19 378 257
Part de journées d'hospitalisation partielle (en %)	14	56	11
Durée moyenne de prise en charge à temps complet des patients (journées/an)	58,3	38,4	59,2
Prise en charge ambulatoire^F			
Nombre de patients	1 997 654 ⁴	429 502	1 578 493
Proportion d'hommes (en %)	50	61	47
Nombre d'actes ambulatoires	21 381 541	5 058 750	16 322 192
Part d'actes réalisés en centres médico-psychologiques (en %)	63	74	59
Nombre moyen d'actes	10,7	11,7	10,3

1. Dans le RIM-P, les prises en charge sont classées selon l'âge des patients et non en fonction de la spécialisation du service (psychiatrie générale, psychiatrie **infanto-juvénile** et psychiatrie pénitentiaire).

2. Hors patients pour lesquels la clé de chaînage (numéro anonyme créé à partir du numéro d'assuré social, de la date de naissance et du sexe de chaque patient) contient une erreur.

3. Le nombre total de patients n'est pas égal à la somme des deux colonnes, parce qu'au cours de l'année 2020, 2 465 patients ont changé de tranche d'âge et ont bénéficié des deux types de prises en charge en hospitalisation.

4. Le nombre total de patients n'est pas égal à la somme des deux colonnes, parce qu'au cours de l'année 2020, 10 341 patients ont changé de tranche d'âge et ont bénéficié des deux types de prises en charge en ambulatoire.

5. En 2020, une anomalie a été constatée dans le département de Corse-du-Sud (2A) pour la prise en charge ambulatoire. Pour pallier ce problème, un redressement en évolution a été effectué en prenant comme référence le RIM-P 2019 et en y appliquant l'évolution constatée dans la SAE. 4 659 personnes ont été rajoutées ainsi que 72 925 actes ambulatoires.

Champ > France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy, hors Mayotte), y compris le SSA.

Sources > ATIH, RIM-P 2020, traitements DREES, SAE 2019 et 2020, traitements DREES.

I.6. CAMPS, CMPP, CMP-IJ, données Igas 2018

Tableau 1 : Répartition des missions des CAMPS, CMPP, CMP-IJ (IGAS, 2018)⁴²

Centre	Nombre de structures	Secteur	File active	Définition	Textes	Public reçu	Equipe	Financement
CAMPS (centres d'action médico-sociale précoce)	291 sites principaux	Médico-social (gestion associative à 75%, hospitalière à 25%)	73 115 (2016)	Etablissement médico-social de prévention, de dépistage et de prise en charge d'enfants de la naissance à 6 ans par une équipe pluridisciplinaire médicale, paramédicale et éducative.	Article L. 312-1 du CASF Article L2132-4 du code de la santé publique	Enfants âgés de 0 à 6 ans	Equipe pluridisciplinaire : pédiatres, pédopsychiatres, orthophonistes, kinésithérapeutes, psychomotriciens, éducateurs de jeunes enfants, psychologues, assistants sociaux.	Dotation globale : 190 millions d'euros en 2017 pris en charge par l'Assurance maladie (80%) plus le cofinancement à hauteur de 20 % par le Département.
					Décret n° 76-389 du 15 avril 1976 complétant le décret n° 56-284 du 9 mars 1956 (ajout d'une annexe XXXIIbis)			
CMPP (centres médico-psycho-pédagogiques)	400 sites principaux	Médico-social (gestion associative à 80%)	213 122 (2016)	Etablissement médico-social qui dispense des soins aux enfants et adolescents présentant des difficultés scolaires, de comportement, de langage, de sommeil..	Article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles	Enfants et adolescents âgés de 0 à 20 ans.	Equipe pluridisciplinaire : pédopsychiatres, psychologues, rééducateurs (orthophonistes, psychomotriciens), psychopédagogues, assistants sociaux.	Assurance maladie : 340 millions d'euros (2017)
					Décret 63-146 du 18 février 1963 complétant le décret n.56-284 du 9 mars 1956 (ajout d'une annexe XXXII concernant les CMPP)			
CMP-IJ (centres médico-psychologiques infanto-juvéniles)	1500 sites principaux	Sanitaire (gestion par un hôpital public (88%) ou privé (12%))	401 135 (2016)	Unité de coordination et d'accueil en milieu ouvert, organisant des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et d'interventions à domicile pour lutter contre les maladies mentales	Arrêté du 14 mars 1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales, comportant ou non des possibilités d'hébergement.	Enfants, adolescents, jeunes adultes,	Equipe pluridisciplinaire : pédopsychiatres ou psychiatres, infirmiers psychiatriques, psychologues, rééducateurs (orthophonistes, psychomotriciens), assistants sociaux.	Estimation du budget annuel dans la DAF : 566 millions d'euros (2016)

Source : IGAS

Ces structures « apportent aux enfants et aux adolescents des prises en charge essentielles pour l'accès aux soins, qu'il convient de renforcer compte tenu d'une part des besoins croissants de soins et de la démographie médicale, et d'autre part de leur offre pluridisciplinaire et à proximité des lieux de vie »⁴³. **Elles assurent des missions de prévention et de soins ambulatoires en accès direct, sans adressage d'un médecin ou de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).**

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

⁴² *Ibid.*

⁴³ *Ibid.*

Profils et diagnostics rencontrés dans les prises en charge en CMP-IJ et en CMPP (files actives 2016) :

	CMPP	CMP-IJ
F0 Troubles mentaux organiques	0%	0%
(F10-F19) Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives	0%	0%
(F20-F29) Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants	0%	1%
(F30-F39) Troubles de l'humeur (affectifs)	2%	2%
(F40-F48) Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes	16%	14%
(F50-F59) Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques	1%	1%
(F60 à F69) Troubles de la personnalité	2%	1%
(F70-F79) Retard mental	2%	1%
(F80-F89 sauf F84) Troubles du développement psychologique à l'exception des TED et troubles du spectre de l'autisme	28%	10%
(F84) Troubles envahissants du développement et troubles du spectre de l'autisme (F84.0 à F84.9)	5%	6%
(F90-F98) Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence	23%	27%
Aucun de ces troubles	3%	21%
Pas de diagnostic	18%	15%
Total	100%	100%

Source : *Rapports d'activité CMPP, ATIH, retraitement mission.*

En 2016, selon le rapport IGAS 2018 précédemment cité, le profil des enfants dans ces structures est marqué par une proportion plus importante de garçons, d'âge moyen respectif de 3 ans, 10 ans et 9 ans pour les CAMPS, CMPP et CMP.

Tableau 2 : Caractéristiques des patients en Camps, CMPP et CMP-IJ

	CAMPS	CMPP	CMP-IJ
Nombre d'enfants de la file active	73 115	213 122	401 135
Âge moyen dans la file active	3 ans	10 ans	9 ans
Répartition filles/garçons	39 %/61 %	34 %/66 %	38,5 %/61,5 %

Source : Igas.

1.7. La santé mentale des enfants dans la Stratégie nationale de santé 2018-2022

La santé mentale des enfants entre dans plusieurs de ces plans :

- **le Plan d'accès aux soins** de la SNS⁴⁴ qui décline plusieurs mesures et actions pour favoriser à la fois une offre plus nombreuse, plus variée entre spécialités, et mieux répartie au niveau régional ;
- **la Stratégie nationale autisme et troubles du développement** (2018-2022) à la suite de trois précédents plans « autisme » et d'un plan d'actions interministériel relatif aux troubles spécifiques du langage oral et écrit entre 2001 et 2004. Pour la Cour des comptes, son pilotage rattaché directement aux services de la première ministre avec des moyens financiers dédiés est la mesure qui atteint le plus ses objectifs et ses missions parmi celles du volet enfant de la SNS ;

⁴⁴ <https://www.ars.sante.fr/le-plan-pour-renforcer-laces-territorial-aux-soins-0>.

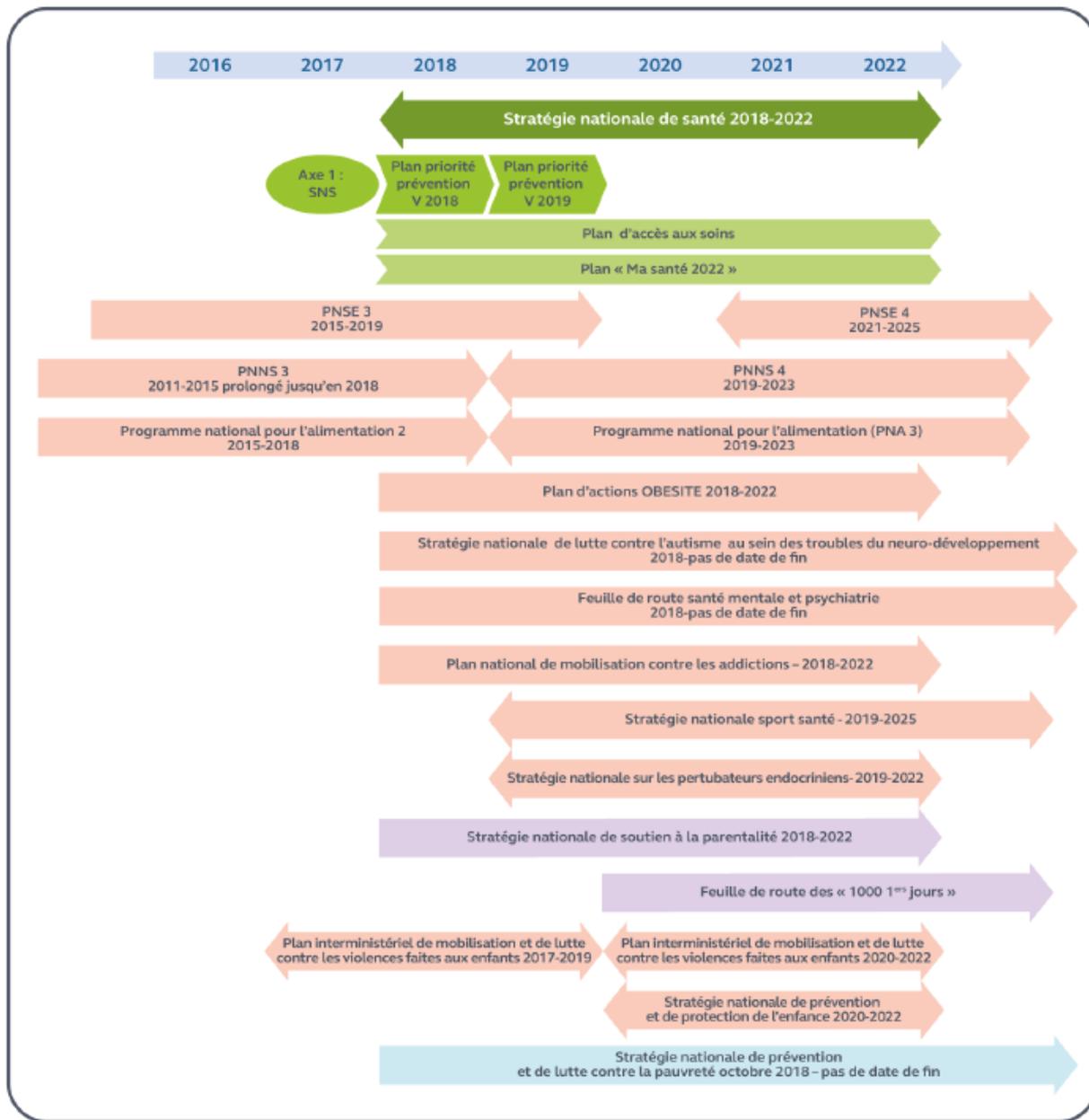
- **la Feuille de route santé mentale et psychiatrie 2018-2022⁴⁵**, est mise en œuvre par un chef d'orchestre dédié avec la nomination par décret n° 2019-380 du 29 avril 2019, auprès de la ministre des Solidarités et de la Santé, un **Délégué ministériel à la santé mentale et à la psychiatrie**. La commission « *Promotion du bien être mental et prévention de la souffrance psychique* » est créée pour piloter les actions de :
 - o lutte contre la stigmatisation ;
 - o travail avec l'Association des Maires de France pour construire une brochure plaidoyer à destination des élus municipaux sur la santé mentale ;
 - o formation des étudiants aux **premiers secours en santé mentale** (PSSM) ;
 - o mise en place de l'expérimentation « **Ecoute'moi** » organisant le repérage et la prise en charge de la souffrance psychique chez les jeunes de 11 à 21 ans ;
 - o mise à disposition des agences régionales de santé d'un ensemble d'actions intégrées de prévention du suicide ;
 - o Le **Plan interministériel de renforcement des compétences psychosociales⁴⁶** (CPS) dans le cadre de la Stratégie nationale sur le renforcement des compétences psychosociales des enfants et des jeunes⁴⁷.
 - o Les **Premiers Secours en Santé Mentale** initialement développés dans le milieu universitaire et qui permettent une détection précoce de la souffrance psychique par les pairs, concernent déjà 10 000 secouristes. Leur montée en puissance se poursuit et s'élargit à de nouveaux publics et à de nouveaux secteurs professionnels.
 - o Le **dispositif Vigilans de prévention de la récurrence suicidaire**, déployé aujourd'hui dans 16 régions a concerné l'an passé 22 000 personnes. Il est complété depuis le 1er octobre dernier par la ligne **3114** du numéro national d'appel de prévention du suicide. Les onze centres répondants, dont trois ouverts 24h/24, assurent aujourd'hui la réponse pour l'ensemble du territoire national. Avec 27000 appels reçus en trois mois, ce dispositif a pleinement démontré son utilité.
 - o Concernant les actions pour des parcours de soins accessibles, plus fluides et de qualité, l'effort s'est amplifié et accéléré : progression de +2,4 % des crédits alloués à la psychiatrie en 2021 ; en plus, 40 M€ pour soutenir 87 projets pour renforcer la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, dont 24 projets pour la psychiatrie périnatale en complément de la stratégie des « 1 000 premiers jours ».

⁴⁵ <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale/Feuille-de-route-de-la-sante-mentale-et-de-la-psychiatrie-11179/>.

⁴⁶ Action 1 : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/180628_-_dossier_de_presse_-_comite_strategie_sante_mentale.pdf.

⁴⁷ Instruction ministérielle CPS du 19 août 2022 : <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2022/2022.18.sante.pdf#page=83>.

Schéma n° 1 : stratégie nationale de santé et plans nationaux thématiques



Légende : SNS : Stratégie nationale de santé ; PNSE : Plan National Santé-Environnement ; PNSS : Programme national nutrition santé ; PNA : programme national de l'alimentation.

Source : Cour des comptes.

À la suite des **Assises de la santé mentale et de la psychiatrie** on notera également :

- la création à titre expérimental des « maisons de l'enfant et de la famille » (pilotage DGS) portant sur les enjeux d'accueil, d'orientation et de coordination des soins pour les enfants de moins de 11 ans et leur famille ;
- l'annonce du renforcement des « Maisons des Ados », des CMP IJ, des CMP, des équipes mobiles psychiatriques, et de l'Accueil familial thérapeutique.

À cet égard, le Ségur de la santé a permis de développer l'aller-vers avec des équipes pluriprofessionnelles, notamment en matière de santé mentale au travers du renforcement des 140 équipes mobiles psychiatrie précarité (+10M€ dès 2020).

Les échanges avec les acteurs de terrain ont mis en exergue la nécessité d'offrir un premier soutien psycho-social aux publics précaires, qui ont avant tout besoin d'une écoute et d'une prise en charge globale, à la fois sanitaire et sociale, pouvant répondre à la complexité de leur situation.

C'est pourquoi il est proposé de **doter les équipes mobiles de médiateurs en santé et des travailleurs sociaux ou éducateurs formés à la détection des troubles psychiques**. Ces professionnels auront la capacité de repérer les personnes avec des troubles psychiques, d'offrir un soutien psychosocial, et le cas échéant, d'orienter la personne vers le service de prise en charge adéquat.

Parallèlement à ce premier niveau de prise en charge, les personnes doivent pouvoir accéder à d'autres soins (car elles se situent généralement en situation de renoncements aux soins) et s'ouvrir des droits. C'est le travail qu'effectuent les **430 PASS hospitalières**. Mais leur accès est rendu difficile pour les personnes qui en sont éloignées géographiquement. Il est donc proposé de développer **les PASS de ville**, dont une vingtaine seulement existe actuellement en Île de France et à Marseille, afin d'offrir un accueil médical et social inconditionnel aux personnes en situation d'exclusion au sein du système de santé ambulatoire.

Enfin, le **dispositif « MonPsy »**⁴⁸, devenu « Mon Parcours Psy », permettant aux personnes ayant des troubles psychiques d'intensité légère à modérée, de **bénéficier de 8 séances remboursées** chez un psychologue libéral conventionné avec l'assurance maladie est déployé⁴⁹, bien que le recours reste à date encore faible. En effet, du 5 avril jusqu'au 31 août 2022, 30 682 personnes ont eu recours au dispositif MonPsy auprès de 1 813 praticiens, pour un total de 94 691 séances, soit une moyenne d'à peine plus de 3 patients par mois et par praticien inscrit dans le dispositif ; d'un peu plus de 10 séances par mois et par praticien inscrit dans le dispositif ; de 3 séances par patient, ce qui est particulièrement faible au regard des processus psychothérapeutiques. Pour plus de précisions, cf. annexe de la Partie III.

Malgré ces réformes et dispositifs, les missions et rapport institutionnels pointent un défaut de coordination, mais surtout un déséquilibre chronique de l'offre et de la demande de soin, au détriment de l'enfant et de sa famille.

En janvier 2019, l'ancienne ministre des Solidarités et de la Santé, Agnès Buzyn, s'était engagée à augmenter les capacités de la pédopsychiatrie, en priorité « *dans les départements [qui ont une capacité] faible ou inexistante* »⁵⁰. **10 départements avaient notamment été repérés comme dépourvus en offre de lits d'hospitalisation temps plein pour enfants et adolescents** : Alpes-de-Haute-Provence, Ardèche, Corrèze, Creuse, Côtes d'Armor, Eure, Manche, Indre, Territoire de Belfort, Aube. Un appel à projets annuel à hauteur de 20 M€ a donc été mis en place en 2019 et

⁴⁸ [Décret n° 2022-195 du 17 février 2022 relatif à la prise en charge des séances d'accompagnement réalisées par un psychologue.](#)

⁴⁹ <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/actualites-du-ministere/article/monpsy-ouverture-du-dispositif-de-remboursement-de-seances-de-psychologues>.

⁵⁰ Déclaration de Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé, sur les maladies mentales et les soins médicaux apportés par la psychiatrie, Paris, le 24 janvier 2019.

reconduit depuis, afin de renforcer significativement l'offre de soins en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Pour les 10 départements cités, l'appel à projets a permis notamment la création de 23 nouveaux lits et 40 places d'hospitalisation à temps partiel sur ces territoires en trois ans, en complément des renforcements en ambulatoire effectués.

L'État s'est emparé de la nécessité d'améliorer l'offre psychiatrique. Ainsi, pour la Cour des Comptes dans son rapport sur les parcours dans l'organisation de la psychiatrie (2021), « **La prise de conscience de la nécessité de construire, pour les patients, des parcours mieux gradués et coordonnés, s'est traduite par la mise en place d'une "boîte à outils" diversifiée, avec plusieurs dispositifs institutionnels nouveaux, spécifiques à la psychiatrie, comme les projets territoriaux de santé mentale (PTSM, devant être mis en œuvre par des contrats territoriaux de santé mentale, CTSM) ou les communautés psychiatriques de territoire (CPT), la possibilité de mobiliser des dispositifs applicables aux autres filières de soins, comme les groupements hospitaliers de territoire (GHT) ou les contrats locaux de santé (CLS). Définis par la loi du 26 janvier 2016 dite "de modernisation de notre système de santé", ces dispositifs ont été ajustés par une loi plus récente, du 24 juillet 2019** »⁵¹. Si ces déploiements, certains récents, ne sont pas tous encore évaluables, la Cour note « une dynamique incontestable, dans les territoires de santé, de concertation entre différents acteurs qui souvent se sont longtemps ignorés »⁵². **Elle souligne néanmoins des moyens spécialisés souvent « asphyxiés »**, défend la nécessité d'un « parcours gradué » et recommande notamment de « filtrer » l'accès aux CMP via un professionnel de « première ligne ». Actuellement, l'évolution prônée par les autorités serait de solliciter pour cela les médecins généralistes.

1.8. Les politiques régionales de santé de l'enfant – Rapport Cour des comptes 2021⁵³

Il est complexe d'identifier les politiques régionales de santé de l'enfant disséminées dans de nombreux axes au sein des projets de santé régionaux. La santé des enfants est ainsi abordée de manière dispersée. Il est à noter que 9 ARS⁵⁴ ont néanmoins défini des parcours spécifiques pour enfants et adolescents et que la santé des enfants est une priorité dans deux d'entre elles, Hauts-de-France et Océan indien.

1.8.1. DISPARITES TERRITORIALES ET ABSENCE DE VISION GLOBALE DES ACTIONS TERRITORIALES

Le **Rapport de la Cour des Comptes 2021 « La santé des enfants »** le montre: si la santé des enfants est jugée globalement bonne, des disparités territoriales très fortes existent. Bien que la loi du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé impulse à cet égard une stratégie nationale de santé transversale et intègre une attention particulière portée aux enfants, elle « se

⁵¹ Cour des comptes (2021), Rapport, *Les parcours dans l'organisation de la psychiatrie* : <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/les-parcours-dans-lorganisation-des-soins-de-psychiatrie>.

⁵² *Ibid.*

⁵³ <https://www.ccomptes.fr/fr/documents/58724>

⁵⁴ Bourgogne-Franche-Comté, Normandie, Nouvelle-Aquitaine, Grand Est, Hauts-de-France, Île-de-France, et Occitanie.

heurte cependant à la pluralité des acteurs institutionnels impliqués – ministère de la santé, ministère de l'éducation nationale, assurance maladie et services départementaux de la protection maternelle et infantile, etc. – qui en fonction de leurs priorités et de leurs missions premières, adopte des objectifs en matière de santé des enfants, **qui ne permettent pas de définir dans la durée une véritable politique cohérente de réduction des inégalités sociales et territoriales** »⁵⁵.

Et de pointer « **le décalage entre le niveau d'action régional des ARS et celui départemental de l'assurance maladie, de l'éducation nationale et de la Protection maternelle et infantile (PMI)** »⁵⁶.

Les leviers pour réduire les inégalités sociales en santé reposent largement sur « **les médecins généralistes, pédiatres et professionnels de santé spécifiques : santé scolaire, et PMI** »⁵⁷. Les difficultés que connaissent depuis de nombreuses années ces deux réseaux les empêchent de réaliser cet objectif :

« D'une part, la **PMI** (...) a vu ses missions considérablement élargies, y compris hors du champ sanitaire, sans modification substantielle de ses financements et alors que **ses effectifs, en particulier médicaux, [diminuent]**. D'autre part, **la santé scolaire, ne parvient plus [à réaliser le] suivi individuel des enfants [pénurie de médecins scolaires, problèmes d'organisation]**. Ces difficultés s'inscrivent plus largement dans un mouvement de disparition progressive et d'éparpillement des compétences médicales et paramédicales spécialisées de l'enfant, en particulier en ville. La prise en charge des soins pour les enfants repose désormais majoritairement sur les médecins généralistes, **les pédiatres n'assurant que 33 % des consultations des enfants de moins de 12 ans en 2019 et concentrant leur activité sur les enfants de moins de deux ans, habitant dans de grands pôles urbains et des milieux sociaux favorisés** »⁵⁸.

Face à cette situation, pour la Cour des comptes, il est nécessaire de « **renforcer la politique de santé en faveur des enfants. Lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé nécessite de redéfinir le parcours de santé des enfants autour de la prévention et du médecin traitant, en l'inscrivant dans un cadre d'action territorialisé adapté aux besoins et aux ressources du territoire, en s'appuyant sur le levier de la transformation numérique** »⁵⁹. Parmi ses recommandations, elle propose d' « **améliorer le suivi épidémiologique, le pilotage interministériel pour la santé des enfants, unifier le cadre de contractualisation entre ARS, assurance maladie, PMI et Éducation nationale, conforter les missions de la PMI, le rôle préventif du médecin traitant, le recentrage de la médecine scolaire sur les enfants à besoins spécifiques et les infirmiers scolaires sur les missions de proximité et confier les examens obligatoires au médecin traitant et construire un parcours de soin territorialisé** »⁶⁰.

De plus, « **les pouvoirs publics ne se sont pas dotés d'un document consolidé recensant les mesures concernant les enfants extraites des différents plans à même de garantir un pilotage**

⁵⁵ Ibid.

⁵⁶ Ibid.

⁵⁷ Ibid.

⁵⁸ Ibid.

⁵⁹ Ibid.

⁶⁰ Voir l'ensemble des recommandations p. 13-14 du rapport de la Cour des comptes 2021 op. cit.

et un suivi efficace de leur exécution et leur évaluation est incomplète et dispersée entre différents organismes (Drees, HCSP, DGS).

Il est également complexe d'identifier les politiques régionales de santé de l'enfant disséminées dans de nombreux axes au sein des projets de santé régionaux. La santé des enfants est ainsi abordée de manière dispersée. Il est à noter que 9 ARS⁶¹ ont néanmoins défini des parcours spécifiques pour enfants et adolescents et que la santé des enfants est une priorité dans deux d'entre elles, Hauts de France et Océan indien »⁶².

I.8.2. PAS DE SUIVI DES DEPENSES POUR LA SANTE DES ENFANTS

La Cour des comptes rappelle « qu'il n'existe **pas d'étude récente sur les dépenses de prévention ou de prise en charge des soins** ou biens médicaux, consacrées aux enfants en France. Les seules estimations ont été produites par le haut conseil pour la famille : en 2009, la dépense de soins engagée pour les enfants de moins de vingt ans avait été estimée à 16 Md€⁵¹, et en 2014, à 18 Md€, auxquels le haut conseil suggérerait d'ajouter les 1,1 Md€ affectés par les départements à la prévention médico-sociale et incluant donc les dépenses liées aux services de PMI ...

Alors qu'il s'agit d'une priorité régulièrement affichée, les pouvoirs publics, au niveau national comme territorial, ne se sont dotés d'aucun instrument de suivi des dépenses de santé consacrées aux enfants. En raison de la multiplicité des acteurs concourant à la santé des enfants, des différentes sources de financement, de la faiblesse des systèmes d'information disponibles, reconstituer les dépenses de santé des enfants dans leur globalité est donc malaisé. **Les dépenses de prévention et de prise en charge des soins et biens médicaux pour les enfants de moins de 12 ans ont été estimées par la Cour pour 2019 à environ 8,9 Md€ »⁶³.**

En 2019, les dépenses de santé des enfants à la charge de l'assurance maladie s'élèvent à 6,6 Md€, répartis à parts égales entre les soins de ville et les établissements de santé, soit 4,3 % des dépenses totales de l'assurance maladie alors que les enfants représentent 14 % de la population totale.

A fortiori, aucune estimation des dépenses des coûts de soin en psychiatrie de l'enfant n'a encore été réalisée, ni le coût de l'absence de recours au soin : quelle est l'impact économique de l'absence de recours au soin concernant la santé mentale de l'enfant : dépenses liée à l'aggravation de l'état de santé, aux difficultés d'apprentissage et d'inscription sociale ? D'après une enquête réalisée par l'Unicef, la contribution aux économies perdue en raison des troubles mentaux chez les jeunes est estimée à près de 390 Md\$ par an.

I.8.3. DES DONNEES EPARSEES, INCOMPLETES, ET DIFFICILES A RASSEMBLER

On le sait⁶⁴, les données sur la santé mentale des enfants et des adolescents sont parcellaires, éclatées, ce qui ne favorise pas le pilotage de priorités en matière de soins. Ainsi, pour la Cour des

⁶¹ Bourgogne-Franche Comté, Normandie, Nouvelle Aquitaine, Grand Est, Hauts-de-France, Île-de-France, et Occitanie.

⁶² Cour des comptes (2021), *op. cit.*

⁶³ *Ibid.*

⁶⁴ Rapport HCFEA, 2018, Des données... *op. cit.*, HCSP 2018, *op. cit.*, Cour des Comptes 2021, *op. cit.*

comptes, « *Le système de suivi et de surveillance de l'état de santé des enfants souffre de lacunes et de fragilités identifiées depuis longtemps, ce qui prive les pouvoirs publics des éléments de connaissance indispensables à la définition des priorités de santé publique et au suivi des actions mises en œuvre pour remédier aux inégalités sociales et territoriales de santé. En particulier, la surveillance à partir des certificats de santé obligatoires ou des examens réalisés en milieu scolaire est rendue impossible par leur caractère insuffisamment systématique et la piètre qualité des informations renseignées. Seules des enquêtes permettent de documenter cet état de santé, mais leur actualisation comme leur granularité territoriale sont faibles, et certaines informations sur les comportements de santé sont manquantes. C'est pourquoi la Cour recommande **d'améliorer l'outil épidémiologique en s'appuyant davantage sur l'exploitation des bases de données médico-administratives enrichies et appariées avec des bases de données sociales** et en renforçant la coordination entre les acteurs notamment pour la production et l'exploitation des enquêtes* »⁶⁵.

Face à ce constat partagé et l'utilité de l'objectiver, le renforcement des études épidémiologiques d'envergure en psychiatrie de **l'enfant est nécessaire, sous réserve de clarification des méthodes et des finalités et des acteurs impliqués**. Parmi les initiatives en cours, pour combler le manque d'informations disponibles en termes de santé mentale de l'enfant, citons entre autres :

- sur le versant « bien-être » de la santé mentale, le maintien et la sécurisation partielle du financement de la cohorte **Elfe** (Étude Longitudinale Française depuis l'Enfance – Ined) et la valorisation des projets d'études utilisant ces données⁶⁶ ; le rapport de la Cour des comptes, qui s'appuie sur les données Elfe, **a ainsi pu disposer de données originales, en particulier pour documenter les inégalités sociales de santé des enfants** et analyser les informations disponibles sur les **recours aux soins et les problèmes de santé des enfants de 2 mois à 5 ans et demi** ;
- les données **Enclass** – Enquête nationale en collège et en lycée chez les adolescents sur la santé et les substances (EHESP/Inserm)⁶⁷ ;
- ou encore le lancement en 2022 de l'étude épidémiologique **Enabee** – l'Étude Nationale sur le Bien-Être des Enfants de 3 à 11 ans, portée par Santé Publique France⁶⁸, qui s'adresse à plus de 30000 enfants scolarisés, à leur famille et aux enseignants.

I.8.4. UN MANQUE DE CONNAISSANCE ET DE VISIBILITE DES RESSOURCES DISPONIBLES

D'après une étude de l'Observatoire national du suicide (ONS), dans les parcours de jeunes ayant eu des gestes suicidaires, où la souffrance psychique existe sur une longue durée – avec des améliorations et des rechutes – les interventions sont discontinues. Les parcours décrits sont extrêmement variés, mais fonctionnent selon le modèle du filet décrit par Elias : « *Un filet est fait de multiples fils reliés entre eux. Toutefois ni l'ensemble de ce réseau, ni la forme que prend chacun des différents fils ne s'expliquent à partir d'un seul de ces fils, ni de tous les différents fils en eux-*

⁶⁵ Cour des comptes, 2021 La santé des enfants : Une politique à refonder pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé, décembre.

⁶⁶ <https://www.elfe-france.fr/>.

⁶⁷ <http://enclass.fr/>.

⁶⁸ <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2022/lancement-de-l-etude-enabee-premiere-etude-nationale-sur-le-bien-etre-des-enfants-de-3-a-11-ans>.

mêmes : ils s'expliquent uniquement par leur association, leur relation entre eux (...). La forme de chaque fil se modifie lorsque se modifie la tension et la structure de l'ensemble du réseau. Et pourtant ce filet n'est rien d'autre que la réunion de différents fils ; et en même temps chaque fil forme à l'intérieur de ce tout une unité en soi ; il y occupe une place particulière, il prend une forme spécifique »⁶⁹.

Rares sont les parcours où chacun parvient à être « le bon fil au bon moment », et les intervenants – les médecins généralistes notamment – ne sont pas tous formés à la complexité et la diversité de l'expression de la souffrance psychique des enfants afin de les orienter vers les bons interlocuteurs. L'étude pose plusieurs constats :

- La psychiatrie manque de moyens et de ressources. Elle est inégalement accessible sur le territoire et reste fortement stigmatisée.
- D'autres professionnels interviennent dans la santé mentale, dont la localisation, la diversité des modes d'exercice et de leur prise en charge sont peu visibles, parmi lesquels, les psychologues cliniciens, mais aussi les métiers de médiations thérapeutiques, psychopédagogues, psychomotriciens, orthophonistes, art-thérapeutes, etc. et les psychanalystes d'enfants.
- Les professionnels des établissements scolaires, universitaires et de formation sont *a priori* bien placés pour repérer, rencontrer et orienter, mais leur accessibilité est inégale et leur rôle pas toujours bien compris.
- **Le médecin généraliste est souvent le premier professionnel sollicité et constitue un point d'entrée vers une prise en charge.** Pour assurer son rôle, il doit diagnostiquer, parfois orienter vers une structure *ad hoc*, pouvoir lui-même connaître l'éventail des possibilités pour les jeunes, et **donc actualiser cette connaissance.**
- Si les conseils locaux de santé mentale (CLSM) apparaissent comme opérateurs de cette coordination, ils ne couvrent pas l'ensemble du territoire et tous n'investissent pas le sujet de la santé mentale chez les jeunes. D'autres acteurs de la prévention et de la coordination des offres de soin existent, notamment les maisons de santé pluriprofessionnelles.
- La tentative de suicide suivie d'une hospitalisation aux urgences générales peut par ailleurs être signalée à des acteurs de la prise en charge psychiatrique (psychiatrie de liaison, CMP) ou à des acteurs de la prévention de la récurrence (associations de prévention, par exemple).

Les familles et les établissements scolaires, qui connaissent les différents acteurs de prévention, de coordination et de prise en charge pour l'accompagnement des jeunes suicidaires **trouvent plus facilement les professionnels à contacter que les enfants eux-mêmes.** En effet, généralement, **les jeunes ne connaissent pas les ressources dont ils disposent et, en dehors du soin repérable (médecin généraliste, psychiatre, hôpital),** ils n'envisagent pas la palette des structures existantes y compris MDA, réseaux d'écoute, psychologues et structures qui leur sont dédiées.

Pour l'ONS, améliorer cette identification passe par différents canaux : l'école, les lieux fréquentés, les outils de communication utilisés (internet et les réseaux sociaux).

⁶⁹ Elias N., 1987, *La société des individus*. Paris, Fayard.

ANNEXES PARTIE II.

AUGMENTATION DE LA CONSOMMATION DE MEDICAMENTS PSYCHOTROPES

II.1. L'augmentation de la consommation entre 2010 et 2021

II.1.1. EPI-PHARE

En juillet 2022, Le Groupement d'intérêt scientifique Epi-Phare (<https://www.epi-phare.fr/rapports-detudes-et-publications/>) rattaché à l'ANSM et à la Cnam, et spécialisé dans l'analyse des bases de données de santé, a produit une étude dédiée à « La consommation de psychotropes chez les jeunes de 0 à 19 ans pendant l'épidémie de Covid-19 ». Les résultats concernent la délivrance sur ordonnance de 59 classes de médicaments psychotropes en pharmacie de ville chez les 0-19 ans pour l'ensemble des bénéficiaires du régime général (51,6 millions de personnes). Les données de consommation sont ordonnées par quinzaine entre 2018 et 2021. Les résultats sont mesurés et présentés en comparant consommation attendue et consommation réelle. Il ne s'agit donc pas de mésusage au sens d'une consommation inappropriée, au sein du foyer, hors du cadre prévu par la prescription faite par le médecin, mais bien d'une augmentation des prescriptions et délivrance de médicaments pour des enfants. Pour chaque année entre 2018 et 2021, la délivrance de médicaments psychotropes est supérieure à celle de l'année précédente et inférieure à celle l'année suivante, suggérant une augmentation continue de la consommation pour l'ensemble des médicaments. La consommation réelle est supérieure à la consommation attendue. Les statistiques observées sont élevées et touchent des milliers d'enfants et d'adolescents. Le phénomène concerne l'ensemble des familles de psychotropes (figure 1.1 à 1.4), avec des observations variables selon les classes :

Figure 1.1 : Anxiolytiques chez les jeunes de 0 à 19 ans, janvier-décembre 2021

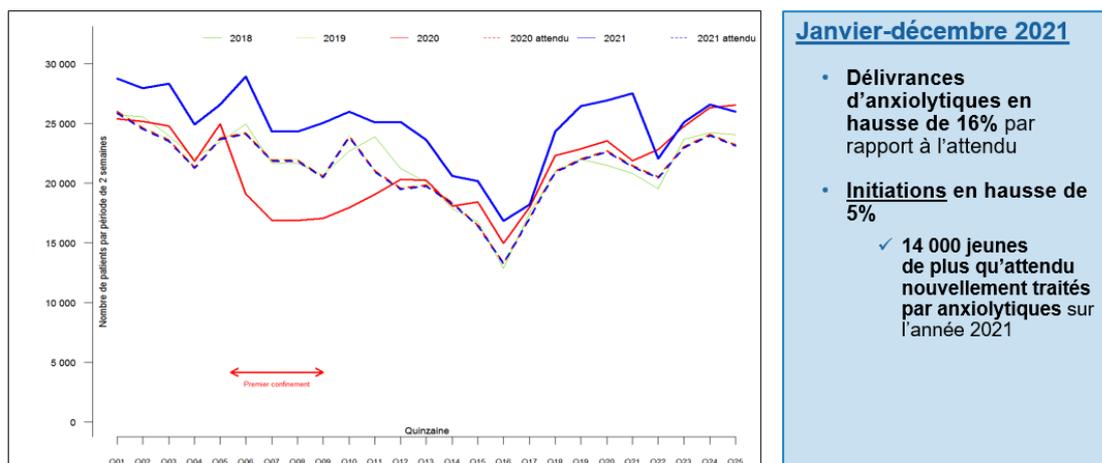
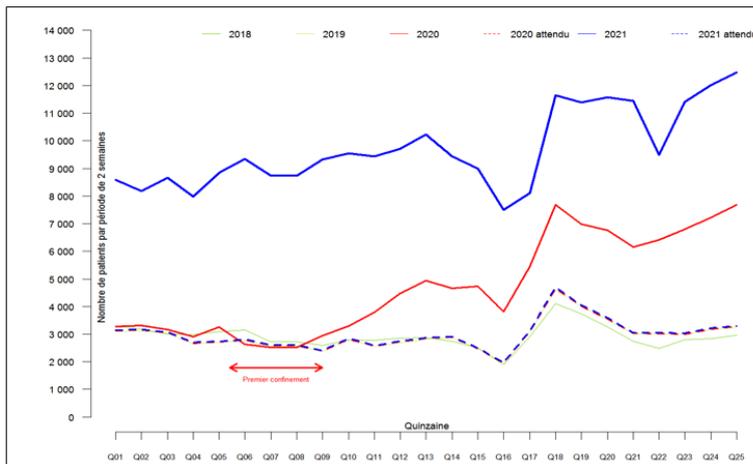


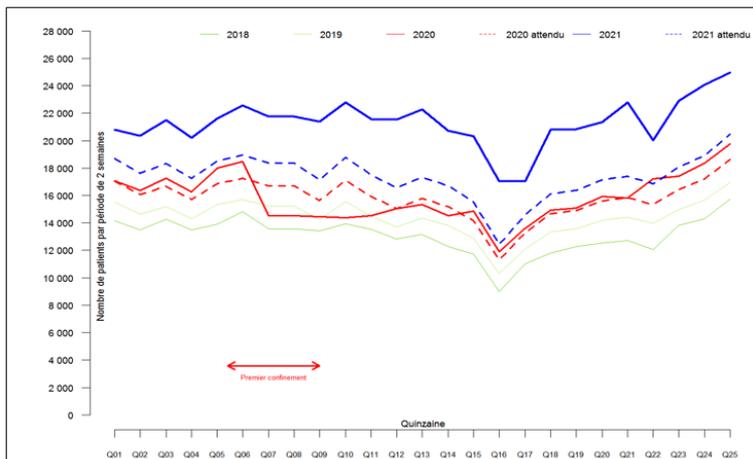
Figure 1.2 : Hypnotiques chez les jeunes de 0 à 19 ans, janvier-décembre 2021



Janvier-décembre 2021

- Délivrances d'hypnotiques en hausse de 224% par rapport à l'attendu
- Initiations en hausse de 67%
 - ✓ 25 000 jeunes de plus qu'attendu nouvellement traités par hypnotiques sur l'année 2021

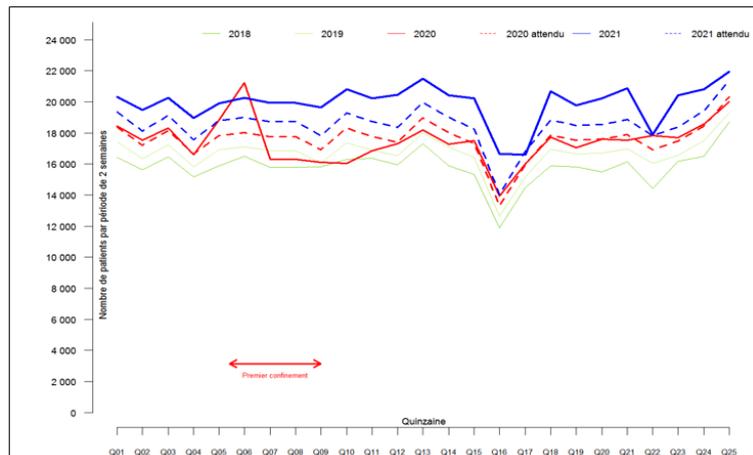
Figure 1.3 : Antidépresseurs chez les jeunes de 0 à 19 ans, janvier-décembre 2021



Janvier-décembre 2021

- Délivrances d'antidépresseurs en hausse de 23% par rapport à l'attendu
- Initiations en hausse de 22%
 - ✓ 15 000 jeunes de plus qu'attendu nouvellement traités par antidépresseurs sur l'année 2021

Figure 1.4 : Antipsychotiques chez les jeunes de 0 à 19 ans, janvier-décembre 2021



Janvier-décembre 2021

- Délivrances d'antipsychotiques en hausse de 7,5% par rapport à l'attendu
- Initiations en hausse de 10%
 - ✓ 4 000 jeunes de plus qu'attendu nouvellement traités par antipsychotiques sur l'année 2021

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

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

Le nombre de délivrance de médicaments psychotropes en 2021 chez les 0-19 ans est nettement plus élevé qu'en 2018, quelle que soit la sous-classe de médicament (figure 2).

Figure 2 : Différence entre le nombre de délivrance de psychotropes observée et attendue en 2021

Source : Epi-phare - GIS ANSM/Cnam - Consommation de psychotropes chez les jeunes de 0 à 19 ans pendant l'épidémie de

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

Covid-19, juillet 2022.

Au total, sur la seule année 2021 (figure 3), la délivrance de psychotropes chez les 0-19 ans a augmenté de :

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

Ces niveaux d'augmentation sont sans commune mesure (2 à 20 fois plus élevés) avec ceux observés au niveau de la population générale, et alors même que le nombre d'AMM en population pédiatrique est très limité pour les médicaments psychotropes (cf. partie II. du rapport « Les cadrages et recommandations des agences et des autorités de santé en France et dans les comparaisons internationales »).

Figure 3 : Différence entre le nombre de délivrances observé et le nombre attendu, entre janvier et décembre 2021

Différence entre le nombre de délivrances observé vs. attendu entre janvier et décembre 2021				
	Anxiolytiques	Hypnotiques	Antidépresseurs	Antipsychotiques
<i>Ensemble de la population</i>	+7,5%	+11%	+6%	+2%
0-19 ans	+16%	+224%	+23%	+7,5%
<i>20-39 ans</i>	+7%	+13%	+10%	+3%
<i>Selon l'âge</i> 40-59 ans	+8,5%	+12%	+7%	+2%
60-74 ans	+7,5%	+9%	+5%	+1,5%
75 ans ou +	+6%	+8%	+3%	+3%

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 SNDS.

II.1.2. ÉVOLUTION DE LA CONSOMMATION 2010-2021, DONNEES OPENMEDIC/EGB

L'analyse de la consommation de psychotropes chez l'enfant entre 2010 et 2021 afin de mesurer plus précisément l'ampleur de ce phénomène en intégrant la période hors Covid, s'appuie notamment sur une étude⁷⁰ récente basée sur plusieurs sources.

Des données de prévalence mises sont mises en exergue lors des précédentes études et tout particulièrement l'enquête de Kovess *et al.*, publiée en 2015 pour les données de prévalence 2010 dans la revue *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*⁷¹. Ces données se fondent sur l'EGB (1 % de la population française) et constituent le matériel le plus récent et le plus robuste concernant l'estimation de la consommation de psychotropes chez l'enfant. Les données de consommation de médicaments psychotropes sont mises à disposition sur Openmedic⁷². Les données Openmedic sont disponibles pour toutes les années depuis 2014. Nous avons restreint nos investigations au nombre d'enfants et d'adolescents (0-19 ans) ayant consommé au moins un médicament psychotrope dans l'année considérée.

Les données ont été rapportées et pondérées avec les bases Insee de manière à produire des taux de prévalence fiables en population pédiatrique⁷³.

Les comparaisons de prévalence 2014-2021 sont extraites de la même base et les calculs ont été réalisés selon les mêmes méthodes. Les comparaisons entre les données 2010 et 2014/2021 en revanche ne reposent pas sur la même base - l'EGB pour les données 2010 (1 % de la population), l'ensemble des délivrances en pharmacie de ville pour les données Openmedic 2014/2020. Les

⁷⁰ Ponnou S., Haliday H., Thomé B., Gonon F., La prescription de méthylphénidate chez l'enfant et l'adolescent en France : caractéristiques et évolution entre 2010 et 2019, *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*, <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2022.01.003>.

⁷¹ Kovess V. *et al.*, 2015, *op. cit.*

⁷² <https://www.data.gouv.fr/fr/datasets/open-medic-base-complete-sur-les-depenses-de-medicaments-interregimes/>.

⁷³ Le traitement des données et le travail de comparaison a été réalisé par l'institut Médian Conseil, spécialisé dans l'analyse des bases de données de santé. <https://www.median-conseil.com/>.

données 2010 concernent les enfants et les adolescents âgés de 0 à 17 ans, les données Openmedic la tranche d'âge 0-19. Les modes de calcul, enfin, ne sont pas toujours identiques.

Les observations réalisées et les modes de calcul sont encore différents de ceux utilisés par Epi-Phare, basés sur le nombre de délivrances.

Il apparaît ainsi que l'augmentation mise en exergue n'est pas spécifique à la période Covid, mais que la consommation de psychotropes chez l'enfant et l'adolescent a augmenté de manière continue au moins depuis 2014 :

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

Seul le taux de prescription d'antiépileptiques reste stable (+ 0,25 %) entre 2014 et 2021 (figure 4). La consommation d'anxiolytiques baisse de - 3,46 % sur la période. Dans les années 2000-2010 (figure 5), plusieurs recherches ont montré que la consommation d'anxiolytiques en France était particulièrement élevée, notamment en population pédiatrique. Plusieurs rapports et recommandations des autorités de santé ont ainsi argumenté une vigilance accrue quant à la prescription de ces molécules⁷⁴. Ces recommandations ont eu un effet sur la prescription, qui n'a pas augmenté et même légèrement diminué, même si elle reste à un niveau élevé.

Figure 4 : Les taux de prévalence entre 2014 et 2021

	Année				Evolution 2014-2021
	2014	2018	2020	2021	
	0,41%	0,48%	0,52%	0,60%	48,54%
	0,50%	0,57%	0,63%	0,81%	62,58%
	0,32%	0,45%	0,50%	0,57%	78,07%
	0,47%	0,47%	0,47%	0,48%	0,25%
	0,05%	0,05%	0,06%	0,06%	27,70%
	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	9,48%
	2,26%	2,07%	1,91%	2,18%	-3,46%
	0,21%	0,28%	0,38%	0,54%	155,48%

ATC3
Antipsychotiques (N05A)
Antidépresseurs (N06A)
Psychostimulants (N06B)
Antiepileptiques (N03A)
Anticholinergiques (N04A)
Dopaminergiques (N04B)
Anxiolytiques (N05B)
Hypnotiques et sédatifs (N05C)

Source : Médian Conseil : résultats présentés à partir de données extraites de la base Openmedic - <https://www.data.gouv.fr/fr/datasets/open-medic-base-complete-sur-les-depenses-de-medicaments-interregimes/>.

⁷⁴ HAS, Prise au long cours d'hypnotiques-anxiolytiques, Article HAS - Mis en ligne le 24 sept. 2012. https://www.has-sante.fr/jcms/c_937781/fr/prise-au-long-cours-d-hypnotiques-anxiolytiques ; HAS, Quelle place pour les benzodiazépines dans l'anxiété ? Avis, juin 2018. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-07/fiche_bum_benzodiazepines_anxiete_cd_27062018.pdf ; ANSM, État des lieux de la consommation des benzodiazépines en France, avril 2017. https://archiveansm.integra.fr/var/ansm_site/storage/original/application/28274caaf04713f0c280862555db0c8.pdf.

Figure 5 : Les taux de prévalence entre 2010 et 2020

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

Source : Médian Conseil : résultats présentés à partir de données extraites de la base Openmédic - <https://www.data.gouv.fr/fr/datasets/open-medic-base-complete-sur-les-dependances-de-medicaments-interregimes/>.

Tandis que l'étude de Kovess et collègues publiée en 2015 argumentait un taux de prescription de médicaments psychotropes de 2,5 % en population pédiatrique en 2010, les données Openmédic 2021 suggèrent que cette prévalence a sans doute doublé en dix ans, et que ce phénomène est antérieur à la crise Covid. **La consommation de médicaments psychotropes pourrait être supérieure à 5 % de la population pédiatrique.**

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

Figure 6 : Prévalence par type de médicament chez les moins de 20 ans en 2020

ATC3	Libellé	Consommateurs	Taux de prévalence
N03A	Antiépileptiques	76681	0,475%
N04A	Anticholinergiques	9549	0,059%
N04B	Dopaminergiques	755	0,005%
N05A	Antipsychotiques	97576	0,604%
N05B	Anxiolytiques	352278	2,182%
N05C	Hypnotiques et sédatifs	87204	0,540%
N06A	Antidépresseurs	130690	0,810%
N06B	Psychostimulants	92793	0,575%

Population totale, moins de 20 ans : 16 142 000 en 2020

Source : Insee.

Dans son rapport 2022 dédié à la santé de la population en France, la Drees note à la fois une augmentation générale importante de consommation de médicaments psychotropes en France, une accentuation de la souffrance psychique et notamment des manifestations dépressives, mais également une détermination sociale de la dépression dans notre pays⁷⁵.

⁷⁵ Bagein G., Costemalle V., Deroyon T., Hazo J. B., Naouri D., Pesonel E., Vilain A., 2022, L'état de santé de la population en France, Drees, p. 14.

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

La méthode scientifique de référence utilisée pour évaluer les effets des molécules (qu'ils soient désirables ou indésirables) est l'essai contrôlé randomisé en triple aveugle (ECR). C'est la seule méthode qui permet d'attribuer à la molécule testée avec un degré de probabilité connu, un rôle causal dans les variations des paramètres pertinents de la maladie soignée entre les sujets du groupe traité et ceux du groupe contrôle observés avant et après le traitement.

Les troubles mentaux sont des troubles dont le diagnostic est essentiellement clinique. Il n'y a pas d'examen biologique ou d'imagerie pertinent. Ces diagnostics ont donc fait l'objet depuis plusieurs décennies, de formalisations visant à des définitions consensuelles reposant sur des regroupements de symptômes cliniquement observables (syndromes). Un manuel nosographique s'est progressivement imposé pour ces définitions, qui forment la base des troubles étudiés dans la littérature scientifique internationale : le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM), conçu et rédigé par l'*American Psychiatric Association*. Il est aujourd'hui ubiquitaire et incontournable : ce qu'on sait expérimentalement de l'efficacité des traitements sur les troubles mentaux, c'est de ces troubles *tels qu'ils sont définis dans le DSM* qu'on le sait.

Pour évaluer l'efficacité d'un traitement sur une maladie, on peut utiliser une approche reposant sur la comparaison des pourcentages de sujets présentant encore la maladie dans le groupe traité *versus* dans le groupe contrôle après le traitement (variable dichotomique). Cette approche, pertinente dans le cas des maladies aiguës à guérison complète, ne l'est pas tellement dans le cas des troubles mentaux qui présentent plutôt des variations de la sévérité symptomatique : la diminution de cette sévérité étant classiquement la cible thérapeutique visée.

Des échelles quantitatives de mesure de la sévérité sont donc utilisées pour mesurer l'impact (taille d'effet) des traitements sur l'évolution de la maladie (variable continue). Plutôt qu'à la comparaison des pourcentages de maladies diagnosticables entre les groupes du protocole expérimental, on s'intéressera alors à la comparaison des moyennes de la sévérité des troubles des sujets. L'ensemble des comparaisons de moyennes issus des ECR disponibles dans la littérature pourront être colligés dans des méta-analyses permettant d'obtenir une estimation statistique de la taille d'effet réelle des traitements évalués, d'autant plus précise et fiable que le nombre de sujets inclus dans les essais colligés est grand.

Lorsqu'une seule échelle de mesure existe, on pourra exprimer les différences de moyenne en valeur absolue sur l'échelle utilisée. C'est rarement le cas. Par exemple, dans le cas de la dépression, différentes échelles quantitatives sont de fait utilisées (MADRS, BDI...). Cependant, l'échelle dite d'Hamilton⁷⁶ s'est imposée depuis près de soixante ans pour mesurer la sévérité dépressive, ses avantages et ses inconvénients sont bien connus⁷⁷.

⁷⁶ HDRS, HRSD, ou HAM-D. Hamilton M., 1960, A rating scale for depression, *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 23(56), 56–62. <https://doi.org/10.1136/jnnp.23.1.56>.

⁷⁷ Nutt D., 2014, The Hamilton Depression Scale- Accelerator or break on antidepressant drug discovery?, *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 85(2), 119–120. <https://doi.org/10.1136/jnnp-2013-306984> ; Briffault X., 2018, The hamilton scale as an analyzer for the epistemological difficulties in research

On utilisera alors une mesure commode qui permet de s'abstraire des différences des échelles de mesure : la différence standardisée des moyennes (*Standardized Mean Difference* –SMD, en anglais, également connue sous le nom de *d* de Cohen)⁷⁸. Il s'agit simplement de rapporter la différence des moyennes entre le groupe traitement et le groupe contrôle à la variabilité (écart-type) de la distribution : $(M_t - M_c)/\sigma$. Le score obtenu exprime la proportion de décalage des moyennes des scores entre les groupes, induite par le fait d'avoir reçu ou non le traitement.

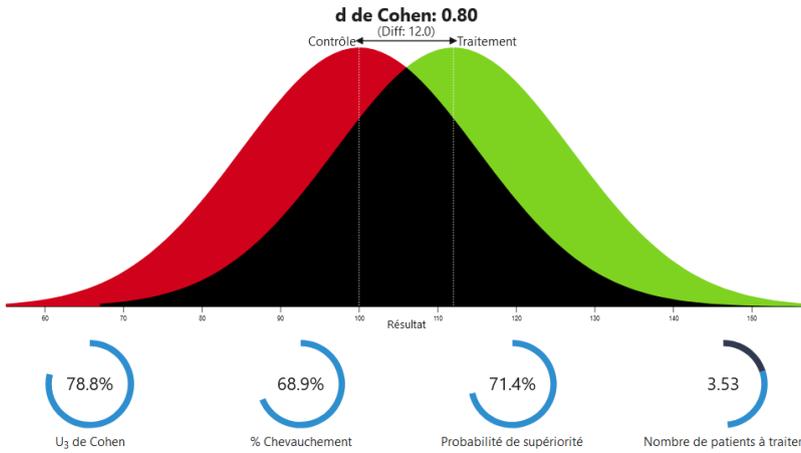
Même si cette formule de calcul est simple, elle n'est pas nécessairement intuitivement compréhensible. La représentation graphique des résultats et différents autres indicateurs calculés à partir de cette valeur le sont en revanche beaucoup plus. Les illustrations et les explications suivantes sont tirées de l'excellent calculateur pédagogique proposé par Kristoffer Magnusson⁷⁹ pour quatre valeurs de *d* classiquement observées dans les études d'évaluation de l'efficacité des traitements des troubles mentaux (figure 11).

on depression, *Measuring Mental Disorders: Psychiatry, Science and Society*, 55–87. <https://doi.org/10.1016/B978-1-78548-305-9.50002-X>.

⁷⁸ Ellis P. D., 2010, *The Essential Guide to Effect Sizes: Statistical Power, Meta-Analysis, and the Interpretation of Research Results*. Cambridge University Press ; Voir également <https://training.cochrane.org/handbook/current/chapter-06>.

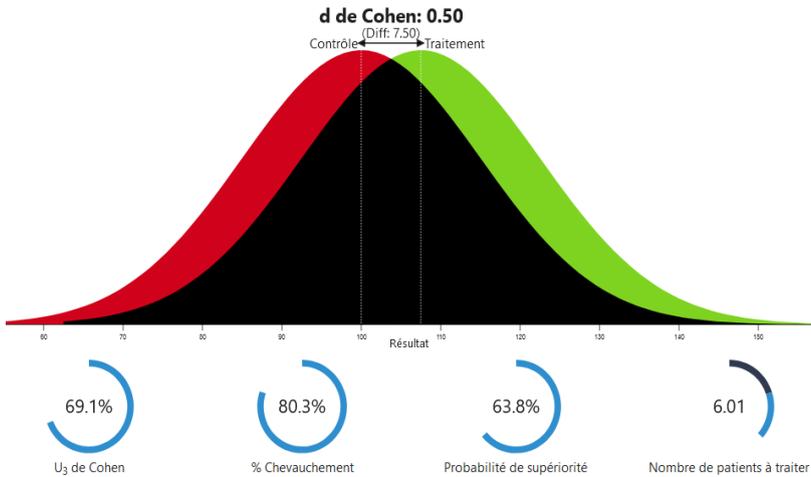
⁷⁹ <https://rpsychologist.com/fr/cohend/>.

Figure 11 : D de Cohen



Une explication simple

Avec un *d* de Cohen de 0.80, 78.8% du groupe "traitement" a une valeur supérieure à la moyenne du groupe "contrôle" (U_3 de Cohen), 68.9% des deux groupes se chevauchent, et il y a 71.4% de chances qu'une personne choisie au hasard dans le groupe traitement ait un score plus élevé qu'une personne choisie au hasard dans le groupe contrôle (probabilité de supériorité). De plus, dans le but d'avoir un meilleur résultat en faveur du groupe traitement, nous avons besoin d'inclure 3.5 personnes en moyenne dans le groupe traitement. Cela signifie que s'il y a 100 personnes dans chaque groupe, et nous supposons que 20 personnes ont un résultat favorable dans le groupe contrôle, alors 20 + 28.3 personnes dans le groupe traitement auront des résultats favorables.¹



Une explication simple

Avec un *d* de Cohen de 0.50, 69.1% du groupe "traitement" a une valeur supérieure à la moyenne du groupe "contrôle" (U_3 de Cohen), 80.3% des deux groupes se chevauchent, et il y a 63.8% de chances qu'une personne choisie au hasard dans le groupe traitement ait un score plus élevé qu'une personne choisie au hasard dans le groupe contrôle (probabilité de supériorité). De plus, dans le but d'avoir un meilleur résultat en faveur du groupe traitement, nous avons besoin d'inclure 6.0 personnes en moyenne dans le groupe traitement. Cela signifie que s'il y a 100 personnes dans chaque groupe, et nous supposons que 20 personnes ont un résultat favorable dans le groupe contrôle, alors 20 + 16.6 personnes dans le groupe traitement auront des résultats favorables.¹

>

Couleurs

Dist1 Chevauchement Dist2

Cliquer pour changer de couleur

Mode sombre : ☾

Paramètres

Effet Important

Moyenne 1 100

Moyenne 2 112

Ecart Type 15

Astuce : double-cliquer sur le graphique pour réinitialiser l'échelle

CER 20

Labels

Axe X Résultat

Distribution 1 Contrôle

Distribution 2 Traitement

Slider

Max 2

Résolution 0,01

ACTUALISER

>

Couleurs

Dist1 Chevauchement Dist2

Cliquer pour changer de couleur

Mode sombre : ☾

Paramètres

Effet Important

Moyenne 1 100

Moyenne 2 107,5

Ecart Type 15

Astuce : double-cliquer sur le graphique pour réinitialiser l'échelle

CER 20

Labels

Axe X Résultat

Distribution 1 Contrôle

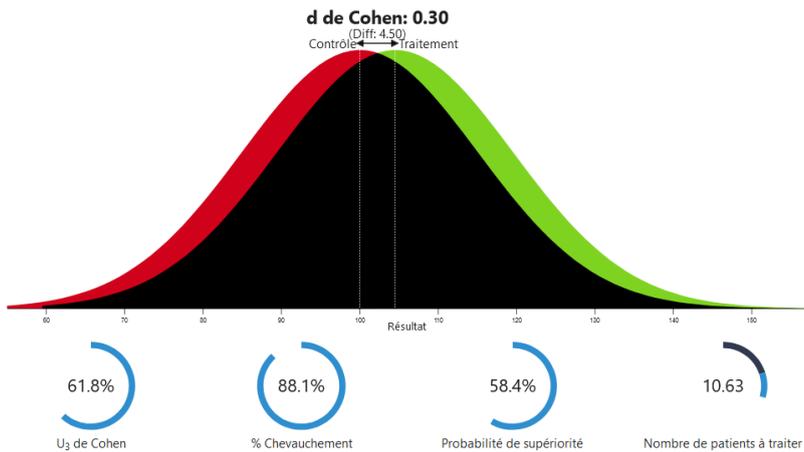
Distribution 2 Traitement

Slider

Max 2

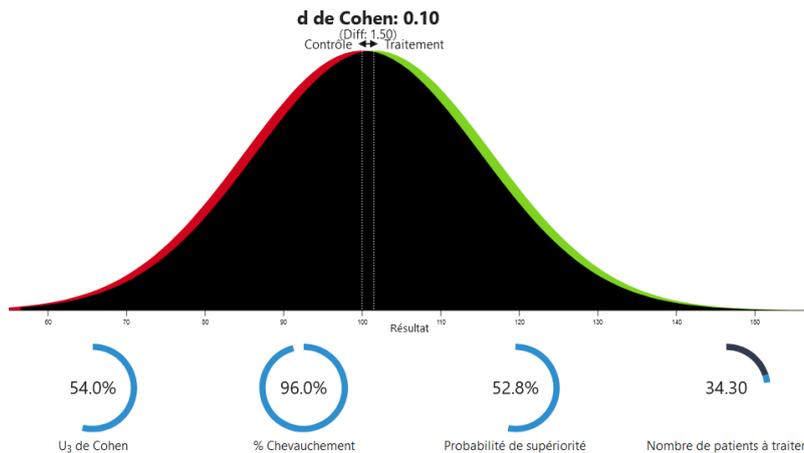
Résolution 0,01

ACTUALISER



Une explication simple

Avec un *d* de Cohen de 0.30, 61.8% du groupe "traitement" a une valeur supérieure à la moyenne du groupe "contrôle" (U₃ de Cohen), 88.1% des deux groupes se chevauchent, et il y a 58.4% de chances qu'une personne choisie au hasard dans le groupe traitement ait un score plus élevé qu'une personne choisie au hasard dans le groupe contrôle (probabilité de supériorité). De plus, dans le but d'avoir un meilleur résultat en faveur du groupe traitement, nous avons besoin d'inclure 10.6 personnes en moyenne dans le groupe traitement. Cela signifie que s'il y a 100 personnes dans chaque groupe, et nous supposons que 20 personnes ont un résultat favorable dans le groupe contrôle, alors 20 + 9.4 personnes dans le groupe traitement auront des résultats favorables.¹



Une explication simple

Avec un *d* de Cohen de 0.10, 54.0% du groupe "traitement" a une valeur supérieure à la moyenne du groupe "contrôle" (U₃ de Cohen), 96.0% des deux groupes se chevauchent, et il y a 52.8% de chances qu'une personne choisie au hasard dans le groupe traitement ait un score plus élevé qu'une personne choisie au hasard dans le groupe contrôle (probabilité de supériorité). De plus, dans le but d'avoir un meilleur résultat en faveur du groupe traitement, nous avons besoin d'inclure 34.3 personnes en moyenne dans le groupe traitement. Cela signifie que s'il y a 100 personnes dans chaque groupe, et nous supposons que 20 personnes ont un résultat favorable dans le groupe contrôle, alors 20 + 2.9 personnes dans le groupe traitement auront des résultats favorables.¹



Source : Briffault X., Données actuelles sur l'efficacité des psychotropes : le cas des antidépresseurs, compléments à l'audition du 20 mai 2022, Haut Conseil de la Famille, de l'Enfance et de l'Age (HCFEA).

Une autre équivalence intéressante est celle qui transforme le *d* en *r* (coefficient de corrélation) puis en *r*² (coefficient de détermination, ou proportion de variance expliquée par le facteur testé) :

$$r = \frac{d}{\sqrt{d^2 + 4}}$$

Pour les quatre valeurs de d représentées plus haut on obtient :

D	r	r ²
0,1	0,0499	0,0025
0,3	0,1483	0,0220
0,5	0,2425	0,0588
0,8	0,3714	0,1379

Source : Briffault X., Données actuelles sur l'efficacité des psychotropes : le cas des antidépresseurs, compléments à l'audition du 20 mai 2022, Haut Conseil de la Famille, de l'Enfance et de l'Age (HCFEA).

Les résultats peuvent également être présentés sous forme binomiale dans un tableau 2x2 pour une équivalence succès/échec avec une variable dichotomique, avec le taux de succès du groupe traité égal à $0,5+r/2^{80}$. On obtient alors :

d = 0,8				d = 0,5				d = 0,3				d = 0,1			
r = 0,37				r = 0,24				r = 0,15				r = 0,05			
r ² = 0,14				r ² = 0,06				r ² = 0,02				r ² = 0,00			
	Succès	Echec	Total												
Traitement	69%	31%	100%	Traitement	62%	38%	100%	Traitement	57%	43%	100%	Traitement	52%	48%	100%
Contrôle	31%	69%	100%	Contrôle	38%	62%	100%	Contrôle	43%	57%	100%	Contrôle	48%	52%	100%
Total	100%	100%		Total	100%	100%		Total	100%	100%		Total	100%	100%	

Source : Briffault X., Données actuelles sur l'efficacité des psychotropes : le cas des antidépresseurs, compléments à l'audition du 20 mai 2022, Haut Conseil de la Famille, de l'Enfance et de l'Age (HCFEA).

*

En 2008, Irving Kirsch *et al.* proposent dans *PLOS Medicine* (*Impact factor* 11, 20^e revue sur 172 en médecine selon le JCR⁸¹) une méta-analyse de tous les essais cliniques soumis à la *Food and drug administration* (FDA) (et pas seulement des résultats publiés) pour l'obtention de l'équivalent d'une AMM pour quatre des antidépresseurs les plus prescrits (fluoxétine, venlafaxine, néfazodone, paroxétine)⁸². 35 essais cliniques regroupant 5 133 patients sont intégrés dans l'analyse. Les résultats montrent une différence pré-post sur l'échelle de Hamilton (HDRS) de 9.6 (d= 1.24) dans le groupe traité contre 7.8 (d=0.92) dans le groupe contrôle, soit une différence de 1.8, qui n'atteint pas en moyenne le seuil de significativité clinique de 3 points HDRS ou 0.5 de différence standardisée des moyennes classiquement retenu, qui n'est qu'à peine atteint pour les patients présentant une dépression sévère (HDRS > 28) (figure 12), cet effet étant lui-même dû à une baisse de l'effet placebo plus qu'à une augmentation de l'effet de la molécule.

⁸⁰ Ellis P. D., 2010, *The Essential Guide to Effect Sizes: Statistical Power, Meta-Analysis, and the Interpretation of Research Results*, Cambridge University Press, p. 23.

⁸¹ <https://jcr.help.clarivate.com/Content/home.htm>.

⁸² Kirsch I., J Deacon B., Huedo-Medina T., Scoboria A., Moore T., Johnson Blair T., Initial Severity and Antidepressant Benefits: A Meta-Analysis of Data Submitted to the Food and Drug Administration, *PLOS*, February 26, 2008, <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0050045>.

Figure 12 : amélioration standardisée moyenne en fonction de la gravité et du traitement initial

Source: Kirsch I., J Deacon B., Huedo-Medina T., Scoboria A., Moore T., Johnson Blair T., Initial Severity and Antidepressant Benefits: A Meta-Analysis of Data Submitted to the Food and Drug Administration, *PLOS*, February 26, 2008, <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0050045>.

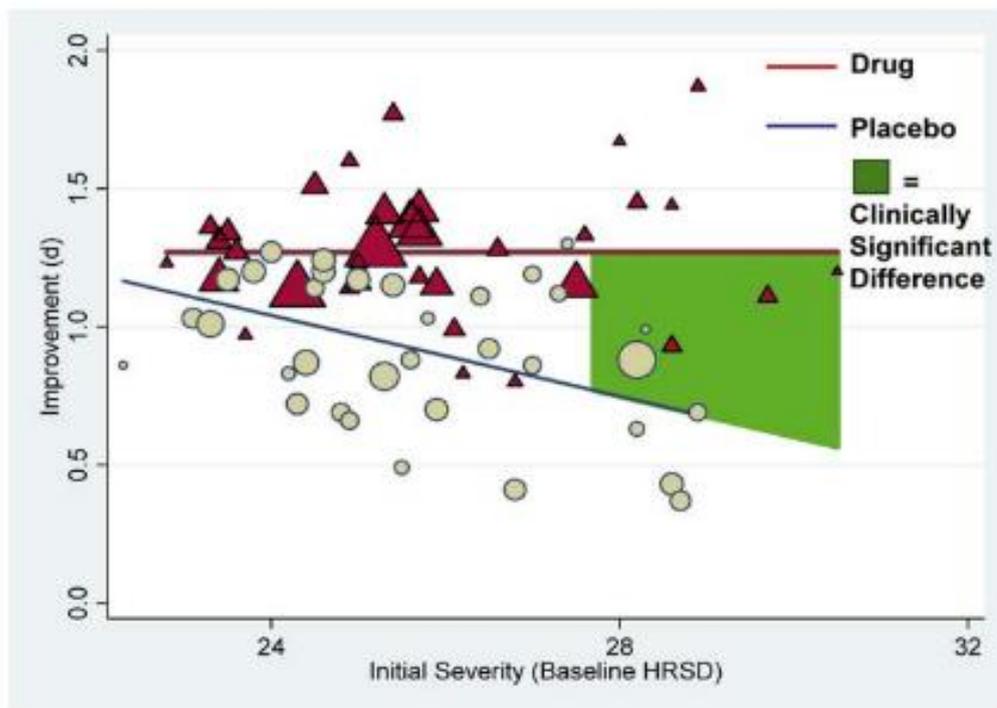


Figure 3. Mean Standardized Improvement as a Function of Initial Severity and Treatment Group, Including Only Trials Whose Samples Had High Initial Severity

Drug improvement is portrayed as red triangles around their solid red regression line and placebo improvement as blue circles around their dashed blue regression line; the green shaded area indicates the point at which comparisons of drug versus placebo reach the NICE clinical significance criterion of $d = 0.50$. Plotted values are sized according to their weight in analyses.

L'échelle de Hamilton évalue la sévérité dépressive sur 17 questions générant un score de 0 à 52, dont 6 points sur le sommeil (figure 13, d'après Briffault et Martin, 2011⁸³ et <https://www.mgfrance.org/images/utilitaires-medicaux/test-hamilton.htm>). Toute molécule ayant un effet sur le sommeil peut donc engendrer l'effet de 1.8 point Hamilton observé dans l'étude de Kirsch, sans se qualifier pour autant pour un effet thérapeutique sur la dépression.

⁸³ Briffault X., Martin O., 2011, Déprimer par les nombres. *Sociologie et Sociétés*, 43(2), 67. <https://doi.org/10.7202/1008239ar>.

Figure 13 Échelle de Hamilton, cotation par symptôme

N°	Cotation	Symptôme évalué
1	0-4	Humeur dépressive
2	0-4	Culpabilité
3	0-4	Suicide
4	0-2	Insomnie de début de nuit
5	0-2	Insomnie de milieu de nuit
6	0-2	Insomnie de fin de nuit
7	0-4	Travail et centres d'intérêt
8	0-4	Ralentissement
9	0-2	Agitation
10	0-4	Anxiété psychique
11	0-4	Anxiété somatique
12	0-2	Symptômes somatiques, gastro-intestinaux
13	0-2	Symptômes somatiques généraux
14	0-2	Symptômes génitaux
15	0-4	Hypocondrie
16	0-2	Perte d'insight
17	0-2	Perte de poids

Note de lecture : pour l'item 4 Insomnie en début de nuit, 3 choix : Pas de difficulté à s'endormir ; se plaint de difficultés éventuelles à s'endormir ; se plaint d'avoir chaque soir des difficultés à s'endormir.

Source : Briffault X., Données actuelles sur l'efficacité des psychotropes : le cas des antidépresseurs, compléments à l'audition du 20 mai 2022, Haut conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA).

La même année, John Ioannidis (un épidémiologiste empirique et théoricien de l'Université de Stanford⁸⁴ de réputation mondiale - 452.000 citations sur Google Scholar, facteur H = 234) publie un article intitulé « *Effectiveness of antidepressants: an evidence myth constructed from a thousand randomized trials?* » dans lequel il écrit : « *Les antidépresseurs, en particulier les molécules les plus récentes, font partie des médicaments les plus prescrits dans le monde avec des ventes annuelles de plusieurs milliards de dollars. L'introduction de ces molécules sur le marché est soumise à un contrôle réglementaire apparemment strict. Plus d'un millier d'essais randomisés ont été menés avec des antidépresseurs. Des avantages statistiquement significatifs ont été démontrés à plusieurs reprises et la littérature médicale est inondée de plusieurs centaines d'essais « positifs » (à la fois avant et après l'approbation). Cependant, deux méta-analyses récentes remettent en cause cette image. La première méta-analyse a utilisé des données soumises à la FDA pour l'approbation de 12 antidépresseurs. Alors que seulement la moitié de ces essais avaient une efficacité formellement significative, les rapports publiés affirmaient presque partout des résultats significatifs. Les essais "négatifs" n'ont pas été publiés ou ont été déformés pour présenter des résultats "positifs". Le bénéfice moyen de ces médicaments sur la base des données de la FDA était de faible ampleur,*

⁸⁴ <https://med.stanford.edu/profiles/john-ioannidis>.

tandis que la littérature publiée suggérait des bénéfices plus importants. Une deuxième méta-analyse utilisant également des données soumises par la FDA a examiné la relation entre l'effet du traitement et la gravité de base de la dépression. Les différences médicament-placebo ont augmenté avec l'augmentation de la gravité initiale et la différence est devenue suffisamment importante pour n'être cliniquement importante que dans la très petite minorité de populations de patients souffrant de dépression majeure sévère. Dans la dépression majeure sévère, les antidépresseurs ne sont pas devenus plus efficaces, simplement le placebo a perdu de son efficacité. Ces données suggèrent que les antidépresseurs peuvent être moins efficaces que ne le suggère leur large commercialisation. Les avantages à court terme sont faibles et l'équilibre à long terme des avantages et des inconvénients est sous-étudié. Je discute de la façon dont l'utilisation de nombreux petits essais randomisés avec des résultats cliniquement non pertinents, une interprétation incorrecte de la signification statistique, une conception d'étude manipulée, une sélection biaisée des populations d'étude, un suivi court et une communication sélective et déformée des résultats a construit et nourri un mythe apparemment fondé sur des preuves sur l'efficacité des antidépresseurs et comment des normes de preuve plus élevées, avec de très grands essais à long terme et des méta-analyses prospectives minutieuses de données au niveau individuel, peuvent se rapprocher de la vérité et de preuves cliniquement utiles »⁸⁵.

Cette prise de position illustre la stabilisation dans la communauté scientifique de références des **doutes majeurs sur l'efficacité réelle des antidépresseurs**, doutes qui se développaient depuis de nombreuses années sur la base d'études empiriques et théoriques nombreuses⁸⁶.

En 2010 Fournier et collègues⁸⁷ proposent dans le *JAMA* (IF 2021 = 157, 3^e revue sur 172 en médecine) une analyse de six études regroupant 718 patients et utilisant leurs données individuelles et non pas les données agrégées (méga-analyse). Les résultats sont similaires à ceux de Kirsch⁸⁸ (figure 14) ainsi qu'à ceux d'une autre méta-analyse de 2002 de Khan et collègues, et montrent que pour les patients présentant un score HDRS inférieur à 25 le seuil de significativité clinique de trois points Hamilton n'est pas atteint, et qu'un *d* de Cohen supérieur à 0,5 n'est atteint que pour un score supérieur à 27.

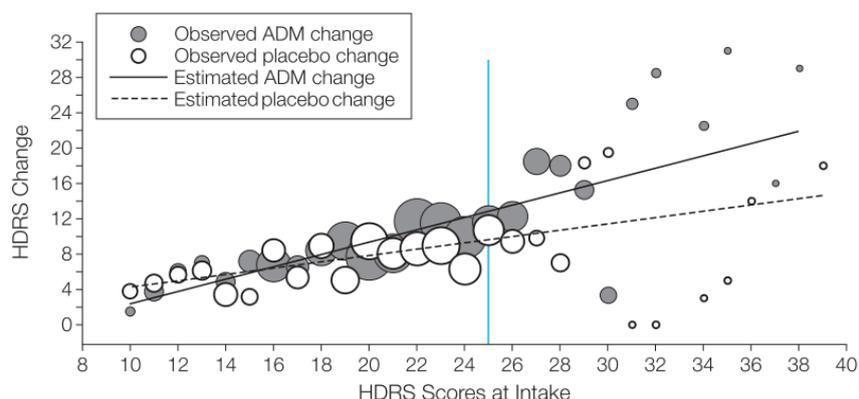
⁸⁵ « L'efficacité des antidépresseurs : un mythe de preuve construit à partir d'un millier d'essais randomisés », Ioannidis, J. P. (2008). Effectiveness of antidepressants: an evidence myth constructed from a thousand randomized trials? *Philos Ethics Humanit Med*, 3, 14. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=18505564.

⁸⁶ Moncrieff J, Wessely S., Hardy R., 2004, Active placebos versus antidepressants for depression. *Cochrane Database Syst Rev*, (1), CD003012. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003012.pub2>.

⁸⁷ Fournier J. C., DeRubeis R. J., Hollon S. D., Dimidjian S., Amsterdam J. D., Shelton R. C., Fawcett J., 2010, Antidepressant drug effects and depression severity: a patient-level meta-analysis. *JAMA*, 303(1), p. 47–53. [https://doi.org/303/1/47 \[pii\]10.1001/jama.2009.1943](https://doi.org/303/1/47 [pii]10.1001/jama.2009.1943).

⁸⁸ *Op. cit.*

Figure 14 : Changements observés versus attendus du score HDRS selon traitement ADM vs placebo



Circles represent observed (raw) mean change in depressive symptoms from intake to the end of treatment at each initial Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) score for both the antidepressant medication (ADM) and placebo conditions. The size (area) of the circles is proportional to the number of data points that contributed to each mean. Regression lines represent estimates of change in depression symptoms from intake to end of treatment for ADM and placebo conditions as a function of baseline symptom severity. These regression lines were estimated from a model of the baseline severity \times treatment interaction, controlling for the effects of the study from which the data originated. The National Institute for Clinical Excellence threshold for clinical significance (an HDRS point difference ≥ 3) was met for intake HDRS scores of 25 or greater, indicated by the blue line.

Source : Fournier J. C., De Rubeis R. J., Hollon S. D., Dimidjian S., Amsterdam J. D., Shelton R. C., Fawcett J., 2010, Antidepressant drug effects and depression severity: a patient-level meta-analysis. *JAMA*, 303(1), p. 47–53. <https://doi.org/303/1/47> [pii]10.1001/jama.2009.1943.

La conclusion des auteurs est la suivante : « Dans l'attente de résultats contraires à ceux rapportés ici et à ceux obtenus par Kirsch et al et Khan et al, des efforts doivent être faits pour clarifier auprès des cliniciens et de potentiels patients que si les antidépresseurs peuvent avoir un effet substantiel sur les dépressions plus sévères, il existe peu de preuves suggérant qu'ils produisent un bénéfice pharmacologique spécifique pour la majorité des patients souffrant de dépressions aiguës moins sévères »⁸⁹.

En 2011 Middleton et Moncrieff⁹⁰ publient dans le *British Journal of General Practice* (IF = 7, la principale revue de recherche en soins primaires au monde) un article intitulé « *They won't do any harm and might do some good': time to think again on the use of antidepressants?* » - « Ils ne feront aucun mal et pourraient faire du bien : il est temps de repenser à l'utilisation des antidépresseurs ». L'article est introduit par un questionnement sur le rapport bénéfices-risques des antidépresseurs : « Les données de recherche suggèrent qu'une grande partie, sinon la totalité, de l'efficacité observée devrait être attribuée à des effets complexes non spécifiques plutôt qu'à la « restauration d'une chimie cérébrale perturbée ». Selon ce point de vue, il est peu probable que les avantages

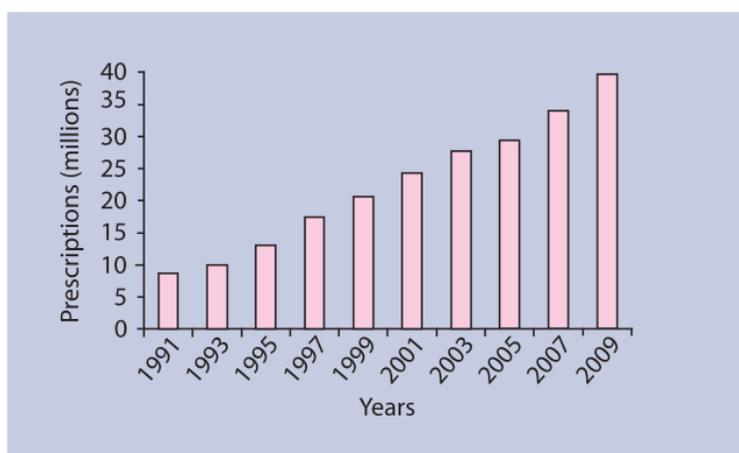
⁸⁹ Fournier J. C., DeRubeis R. J., Hollon S. D., Dimidjian S., Amsterdam J. D., Shelton R. C., Fawcett J., 2010, Antidepressant drug effects and depression severity: a patient-level meta-analysis, *JAMA*, 303(1), p. 47–53. <https://doi.org/303/1/47> [pii]10.1001/jama.2009.1943.

⁹⁰ Middleton H., Moncrieff J., 2011, “They won't do any harm and might do some good”: time to think again on the use of antidepressants?, *Br J Gen Pract*, 61(582), p. 47–49. <https://doi.org/10.3399/bjgp11X548983>.

incertains des antidépresseurs l'emportent sur les risques, ce qui suggère la nécessité d'explorer d'autres approches de traitement »⁹¹.

L'article conclut en s'interrogeant sur le rôle des représentations des médecins dans l'absence de recours aux solutions alternatives (en particulier les psychothérapies) pourtant disponibles, alors que l'augmentation continue des prescriptions d'antidépresseurs (figure 15.1) n'empêche en rien une augmentation tout aussi continue de la charge de morbidité des maladies mentale (figure 15.2) : « *Le programme d'amélioration de l'accès aux thérapies psychologiques est en cours et commence à fournir au praticien des alternatives au traitement médicamenteux. Nous devons encore voir s'il sera utilisé à la place ou en plus des antidépresseurs [Ce changement de paradigme et de pratique] dépendra de la question de savoir si les médecins continueront à se laisser persuader que les antidépresseurs "ne peuvent pas faire de mal et pourraient faire du bien", ou commenceront à reconnaître qu'ils sont "peu susceptibles de faire du bien et peuvent faire du mal »⁹².*

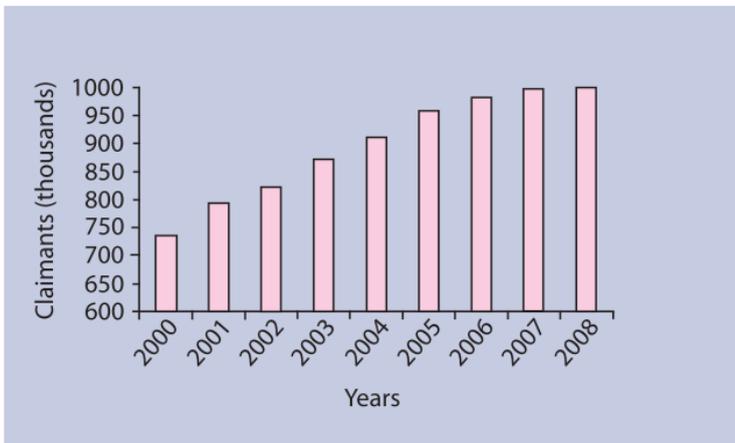
Figure 15.1 : Taux de prescription d'antidépresseurs an Angleterre, 1991-2009



⁹¹ Middleton H., Moncrieff J., 2011, "They won't do any harm and might do some good": time to think again on the use of antidepressants? *Br J Gen Pract*, 61(582), p. 47–49. <https://doi.org/10.3399/bjgp11X548983>.

⁹² *Ibid.*

Figure 15.2 : Taux d'incapacité de travail pour troubles mentaux et du comportement, en Angleterre, 1991-2009



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

En 2012 Gibbons et collègues⁹³ méta-analysent dans les *Archives on general psychiatry* (figure 16) les données de 2 635 adultes, 960 patients âgés et 708 jeunes recevant de la fluoxétine d'une part, ainsi que 2 421 adultes recevant de la venlafaxine à libération immédiate et 2 461 adultes recevant de la venlafaxine à libération prolongée. Les différences observées avec le groupe contrôle sont de 2,2 points Hamilton pour les sévérités faibles et 2,78 pour les sévérités élevées (non significativement différentes), 0,3 en d de Cohen.

⁹³ Gibbons R. D., Hur K., Brown C. H., Davis J. M., Mann J. J., 2012, Benefits from antidepressants: Synthesis of 6-week patient-level outcomes from double-blind placebo-controlled randomized trials of fluoxetine and venlafaxine, *Archives of General Psychiatry*, 69(6), p. 572–579. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.2044>.

Figure 16 : Durée de dépression sévère observée vs attendue avec médicament vs placebo sur 37 études gériatriques et adultes

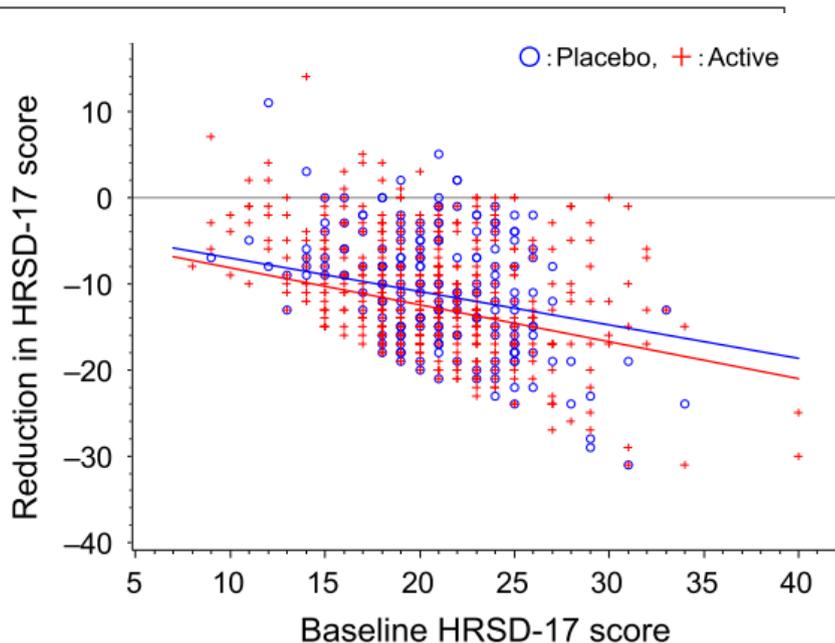


Fig. 1. Observed and estimated changes in the 17-item Hamilton Rating Scale for Depression scores following 8-week acute treatment of major depression. Lines indicate the expected reduction in HRSD score with placebo (blue line) or antidepressants (red line) at 8 weeks on the vertical axis for corresponding baseline score on the horizontal axis. Each dot represents an individual patient either on placebo or antidepressants, with the observed reduction at 8 weeks on the vertical axis and the baseline score on the horizontal axis. HRSD-17: 17-item Hamilton Rating Scale for Depression

Source : Gibbons R. D., Hur K., Brown C. H., Davis J. M., Mann J. J., 2012, Benefits from antidepressants: Synthesis of 6-week patient-level outcomes from double-blind placebo-controlled randomized trials of fluoxetine and venlafaxine, *Archives of General Psychiatry*, 69(6), p. 572–579. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.2044>.

En 2018, Furukawa et collègues⁹⁴ publient dans *Acta Psychiatrica Scandinavica* (IF : 7.734, *Psychiatry* 27/155) une méta-analyse (figure 17) portant sur la duloxétine (Cymbalta®, dérivés et génériques), l'escitalopram (Seroplex®, dérivés et génériques), mirtazapine (Norset®, dérivés et génériques), paroxétine (Deroxat®, dérivés et génériques) ou bupropion (Zyban®, dérivés et génériques) contre placebo (total n = 2 464). La taille d'effet obtenue est de 0,2 sur l'échelle de Hamilton en 17 items et 0,27 sur une échelle abrégée en 6 items, plus sensible.

Figure 17 : Résultats observés vs attendus sur les 17 facteurs de l'échelle d'Hamilton après 8 semaines de traitement pour dépression majeure

Source: Furukawa T. A., Maruo K., Noma H., Tanaka S., Imai H., Shinohara K.,... Cipriani A., 2018, Initial severity of major

⁹⁴ Furukawa, T. A., Maruo, K., Noma, H., Tanaka, S., Imai, H., Shinohara, K.,... Cipriani, A., 2018, Initial severity of major depression and efficacy of new generation antidepressants: individual participant data meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 137(6), 450–458. <https://doi.org/10.1111/acps.12886>.

depression and efficacy of new generation antidepressants: individual participant data meta-analysis, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 137(6), 450–458. <https://doi.org/10.1111/acps.12886>.

En 2022, Leichsenring et collègues⁹⁵ publient dans *World Psychiatry* (IF : 79.683 PSYCHIATRY 1/155) une étude portant sur l'efficacité des psychotropes et de la psychothérapie dans les principaux troubles mentaux.

« Cent deux méta-analyses ont été incluses, englobant 3 782 ECR et 650 514 patients, couvrant les troubles dépressifs, les troubles anxieux, le trouble de stress post-traumatique, le trouble obsessionnel-compulsif, les troubles somatoformes, les troubles alimentaires, le trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité, les troubles liés à l'utilisation de substances, l'insomnie, les troubles du spectre de la schizophrénie et le trouble bipolaire. [Les résultats démontrent que] dans l'ensemble des troubles et des traitements, la majorité des tailles d'effet pour les symptômes cibles sont faibles. Une évaluation méta-analytique à effet aléatoire des tailles d'effet rapportées par les plus grandes méta-analyses par trouble a donné une Différence Moyenne Standardisée (DMS) de 0,34 (IC à 95 % : 0,26-0,42) pour les psychothérapies et de 0,36 (IC à 95 % : 0,32- 0,41) pour les pharmacothérapies par rapport au placebo ou à la TAU. La SMD pour les comparaisons directes des psychothérapies par rapport aux pharmacothérapies était de 0,11 (IC à 95 % : -0,05 à 0,26). La SMD pour le traitement combiné par rapport à l'une ou l'autre des monothérapies était de 0,31 (IC à 95 % : 0,19-0,44). Le risque de biais était souvent élevé »⁹⁶.

S'agissant de la dépression, la taille d'effet se situe à nouveau aux alentours de 0.3.

« Toutes les tailles d'effet (SMD) obtenues par pharmacothérapie par rapport au placebo étaient inférieures à 0,50, allant de 0,19 à 0,41. L'exception était la kétamine, qui a obtenu d'importants effets à court terme (0,83, 0,88) 24 heures et 3-4 jours après le traitement, tombant à 0,31 après 7 jours. La plupart des tailles d'effet en termes de RR étaient également faibles ($\leq 1,22$). Le taux de réponse moyen pour les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) était de 51 % contre 39 % pour le placebo, ce qui correspond à une petite taille d'effet. De nombreux essais de pharmacothérapie dans la dépression ont montré un risque élevé de biais »⁹⁷.

En termes de signification clinique : *« Le bénéfice clinique d'une intervention doit être déterminé par comparaison avec une référence telle que la différence cliniquement importante minimale (MCID). Pour le HAM-D, par exemple, une amélioration minimale cliniquement pertinente a été revendiquée par certains auteurs comme correspondant à une différence de 7 points¹⁴⁷ ou à un SMD de 0,88148. Si cela est exact, dans les psychothérapies ou les pharmacothérapies de la dépression, des tailles d'effet de 0,30, 0,40 voire 0,50 correspondent à une différence sur le HAM-D de 2 ou 4 points (soit <7) non détectable par les cliniciens et donc difficilement être considéré comme cliniquement significatif »⁹⁸.*

⁹⁵ Leichsenring F., Steinert C., Rabung S., Ioannidis J. P. A., 2022, The efficacy of psychotherapies and pharmacotherapies for mental disorders in adults: an umbrella review and meta-analytic evaluation of recent meta-analyses. *World Psychiatry*, 21(1), p. 133–145. <https://doi.org/10.1002/wps.20941>.

⁹⁶ Leichsenring et al., 2022, *op. cit.*

⁹⁷ *Ibid.*

⁹⁸ *Ibid.*

Les conclusions des auteurs sont les suivantes : « *Après plus d'un demi-siècle de recherche, des milliers d'ECR et des millions de fonds investis, "the trillion-dollar brain drain" associée aux troubles mentaux n'est actuellement pas suffisamment prise en compte par les traitements disponibles. Cela ne doit pas être considéré comme une conclusion nihiliste ou dédaigneuse, car certains patients bénéficient sans aucun doute des traitements disponibles. Cependant, faire face à la situation de manière réaliste est une condition préalable à l'amélioration. Prétendre que tout va bien ne fera pas avancer le domaine, ni se conformer et produire des résultats plus similaires. Un changement de paradigme dans la recherche semble nécessaire pour réaliser de nouveaux progrès* »⁹⁹.

En 2022, Teng et collègues¹⁰⁰ montrent dans *Translational Psychiatry* (*Psychiatry* 24/155) que

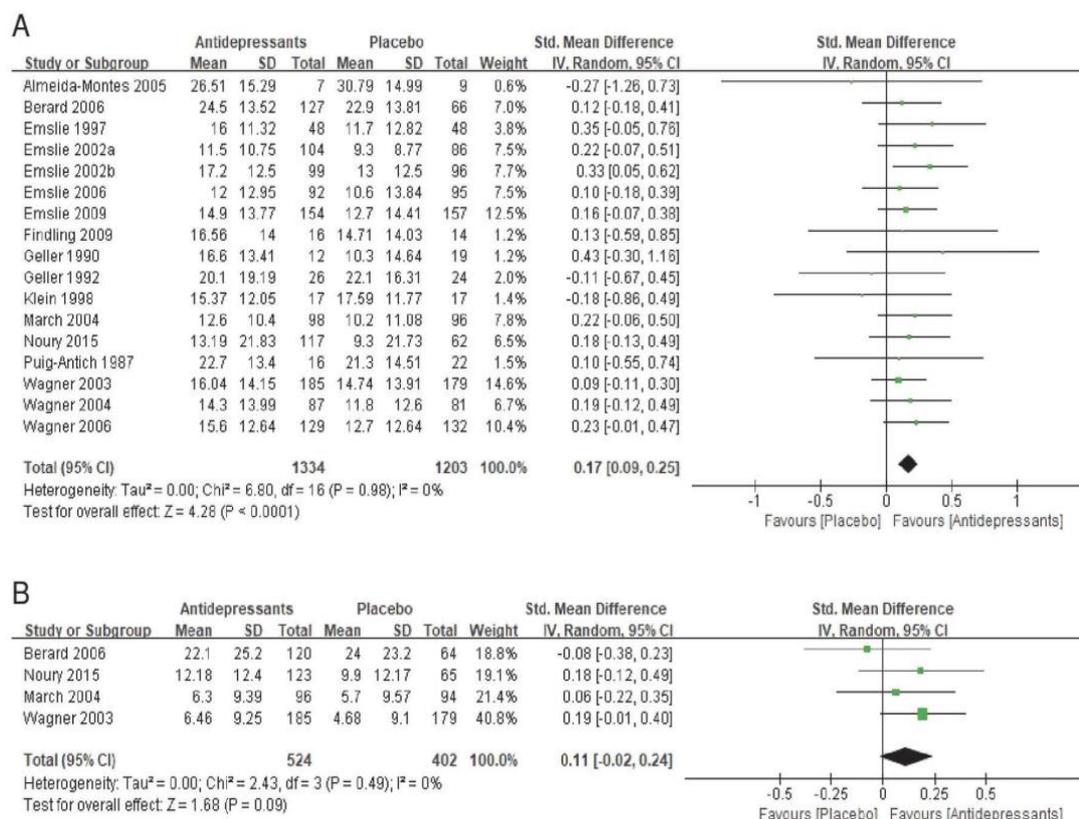


Fig. 2 Meta-analysis of the primary functioning and QOL outcomes. A Forest plot of the standardized mean difference (SMD) of the change in functioning scale scores for the comparison between antidepressants and placebo. **B** Forest plot of the SMD for the change in quality-of-life scale scores for the comparison between antidepressants and placebo. SD standard deviation, CI confidence interval.

l'efficacité des antidépresseurs est encore plus faible si on s'intéresse non plus seulement à la sévérité clinique mais au fonctionnement et à la qualité de vie, avec **une taille d'effet de 0.17 sur le fonctionnement, et aucun effet sur la qualité de vie** (figure 18).

Figure 18 : Méta analyse des résultats des traitements sur le fonctionnement et la qualité de vie

Source : Teng T., Zhang Z., Yin B., Guo T., Wang X., Hu J.,... Zhou X., 2022, Effect of antidepressants on functioning and quality of life outcomes in children and adolescents with major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Translational Psychiatry*, 12(1), 1–9. <https://doi.org/10.1038/s41398-022-01951-9>.

⁹⁹ *Ibid.*

¹⁰⁰ Teng T., Zhang Z., Yin B., Guo T., Wang X., H, J. ... Zhou X., 2022, Effect of antidepressants on functioning and quality of life outcomes in children and adolescents with major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Translational Psychiatry*, 12(1), 1–9. <https://doi.org/10.1038/s41398-022-01951-9>.

En 2022, dans un article publié dans *Molecular psychiatry* (IF 13.437 Neurosciences 13/274), Moncrieff et collègues s'appuient sur l'ensemble de ces résultats pour remettre en cause la théorie même de la dépression comme problème de sérotonine sur laquelle est supposé reposer le principe d'action des antidépresseurs : « *Notre examen complet des principaux volets de la recherche sur la sérotonine montre qu'il n'y a aucune preuve convaincante que la dépression soit associée ou causée par des concentrations ou une activité de sérotonine plus faibles. La plupart des études n'ont trouvé aucune preuve d'une réduction de l'activité de la sérotonine chez les personnes souffrant de dépression par rapport aux personnes sans dépression, et les méthodes visant à réduire la concentration de la sérotonine en utilisant la déplétion en tryptophane n'abaissent pas systématiquement l'humeur des volontaires. Des études génétiques de haute qualité et bien alimentées excluent efficacement une association entre les génotypes liés au système sérotoninergique et la dépression, y compris une interaction proposée avec le stress. De faibles preuves de certaines études sur les récepteurs de la sérotonine 5-HT1A et les niveaux de SERT indiquent une association possible entre l'activité accrue de la sérotonine et la dépression. Cependant, ces résultats sont susceptibles d'être influencés par l'utilisation antérieure d'antidépresseurs et ses effets sur le système sérotoninergique.*

Cette revue suggère que l'énorme effort de recherche basé sur l'hypothèse de la sérotonine n'a pas produit de preuves convaincantes d'une base biochimique à la dépression. Ceci est cohérent avec la recherche sur de nombreux autres marqueurs biologiques. Nous suggérons qu'il est temps de reconnaître que la théorie de la dépression fondée sur la sérotonine n'est pas étayée empiriquement »¹⁰¹.

Ces différents éléments permettent à la fois de saisir les modalités d'évaluation du bénéfice/risque des médicaments psychotropes, mais également de comprendre les réserves des agences de santé – AMM limitées et recommandations – concernant la prescription de médicaments psychotropes chez l'enfant.

Partant de ces éléments, le Haut Conseil a souhaité procéder à un examen des recommandations des agences de santé à l'aune des publications scientifiques les plus récentes concernant le méthylphénidate, les antidépresseurs et les médicaments antipsychotiques. Ces revues de littérature ont été intégrées en annexe à la partie II.IV du présent rapport.

II.3. Impact du système scolaire et inégalités sociales sur le diagnostic et la médication

Une consommation accrue de médicaments psychotropes

En novembre 2020, selon l'enquête EpiCov, 12,1 % de la population âgée de 15 ans ou plus déclarait prendre « des médicaments en lien avec des problèmes d'anxiété, de sommeil ou de dépression » (8,0 % chez les hommes et 15,8 % chez les femmes). Toujours selon l'enquête EpiCov, ils étaient 10,0 % dans ce cas en mai de la même année (7,1 % des hommes et 12,7 % des femmes). Cette consommation de psychotropes varie beaucoup selon l'âge et le sexe : la proportion passe, en novembre 2020, de 2,7 % des hommes âgés de 15

¹⁰¹ Moncrieff J., Cooper R. E., Stockmann T., Amendola S., Hengartner M. P., Horowitz M. A., 2022, The serotonin theory of depression: a systematic umbrella review of the evidence, *Molecular Psychiatry*, (May), 1–14. <https://doi.org/10.1038/s41380-022-01661-0>.

à 24 ans à 12,1 % des hommes âgés de 75 ans ou plus. Chez les femmes également la proportion de consommatrices de psychotropes est progressive avec l'âge puisqu'elle passe de 7,7 % des 15-24 ans à 26,6 % des femmes de 75 ans ou plus (Hazo, *et al.*, 2021).

L'impact de la crise sanitaire sur la santé psychologique de la population s'est ressenti sur l'instauration et le nombre de délivrances de médicaments psychotropes. Le suivi de la consommation des médicaments sur ordonnance délivrés en ville montre en effet une progression importante des nouveaux consommateurs d'anxiolytiques, d'antidépresseurs et de somnifères ainsi qu'une hausse des doses délivrées sur la période allant de mars 2020 à avril 2021. Dans une moindre mesure, les consommations de médicaments antipsychotiques (utilisés dans le traitement des troubles mentaux sévères) et de ceux liés à la dépendance aux opiacées (héroïne, morphine, etc.) et à l'alcool, ont également progressé sur la période. Enfin, les consommations de psychotropes sont plus élevées début 2021 que l'attendu (sur la base de ce qu'elles étaient en 2018-2019 et au début 2020) chez toutes les classes d'âge, **en particulier chez les moins de 19 ans (Weil *et al.*, 2021)¹⁰².**

De nombreuses études internationales ont montré les facteurs de risque scolaires et sociaux relatifs au diagnostic de TDAH et à la médication par psychostimulant¹⁰³.

II.3.1. MOIS DE NAISSANCE ET DIAGNOSTIC, ETUDES INTERNATIONALES

Pour le TDAH, de nombreuses études (voir par exemple encadré) ont montré l'influence du système scolaire sur le diagnostic et la médication des enfants atteints de TDAH.

Variations diagnostic, une étude conduite en Virginie

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

Et **selon le secteur scolaire, le taux de prescription variait de 14 à 63%** ¹⁰⁴.

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

Dans la population générale américaine, la prévalence du TDAH varie selon le mois de naissance, confirmant que **les écoliers les plus jeunes de leur classe sont plus fréquemment diagnostiqués** ¹⁰⁵.

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

¹⁰² https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-10/DD102_MAJ.pdf.

¹⁰³ Pour une revue détaillée voir notamment Ponnou S., Gonon F., 2017, How French media have portrayed ADHD to the lay public and to social workers, *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 12(sup1), 1298244 – ou chapitre 8 du présent rapport.

¹⁰⁴ LeFever, G. B., Dawson, K. V., Morrow, A. L. (1999). The extent of drug therapy for attention deficit-hyperactivity disorder among children in public schools. *American Journal of Public Health*, 89(9), 1359-1364.

¹⁰⁵ Elder T. E., 2010, The importance of relative standards in ADHD diagnoses: evidence based on exact birth dates. *Journal of health economics*, 29(5), p. 641-656 ; Evans, W. N., Morrill, M. S., Parente, S. T. (2010). Measuring inappropriate medical diagnosis and treatment in survey data: The case of ADHD among school-age children. *Journal of health economics*, 29(5), p. 657-673.

Une étude canadienne a ainsi montré que le nombre de garçons traités avec un psychostimulant est 41 % plus élevé s'ils sont nés en décembre que s'ils sont nés en janvier. Pour les filles, le taux est de 77 %¹⁰⁶.

Par ailleurs, le comportement hyperactif des enfants les plus jeunes d'une classe est plus fréquemment jugé pathologique par leurs enseignants que par leurs parents¹⁰⁷, notamment du fait d'une incitation des écoles américaines, variable selon les comtés, et équipée (guides, etc.) par l'industrie pharmaceutique¹⁰⁸, à faire diagnostiquer TDAH les enfants¹⁰⁹¹¹⁰

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

Au-delà des différences de systèmes éducatifs, les méta-analyses actuellement disponibles confirment que le diagnostic de TDAH est fortement lié à l'entrée de l'enfant à l'école primaire. **Dans les pays où cette entrée est déterminée par l'année de naissance de l'enfant, les plus jeunes d'entre eux (en France, ceux nés en décembre) sont deux fois plus souvent diagnostiqués TDAH que les plus âgés. Au contraire, au Danemark où l'entrée en primaire prend en considération la maturité de l'enfant, cette différence n'est pas observée¹¹¹.**

II.3.2. ET EN FRANCE...

L'analyse des données du système national des données de santé montrent par ailleurs que le diagnostic d'hyperactivité et la prescription de méthylphénidate sont systématiquement corrélés au mois de naissance de l'enfant, de telle manière que les élèves les plus jeunes de leur classe soient les plus à risque d'être diagnostiqués hyperactifs (figure 7).

¹⁰⁶ Morrow R. L., Garland E. J., Wright J. M., Maclure M., Taylor S., Dormuth, C. R., 2012, Influence of relative age on diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children, *Cmaj*, 184(7), p. 755-762.

¹⁰⁷ Elder T. E., 2010, *op. cit.*, p. 641-656.

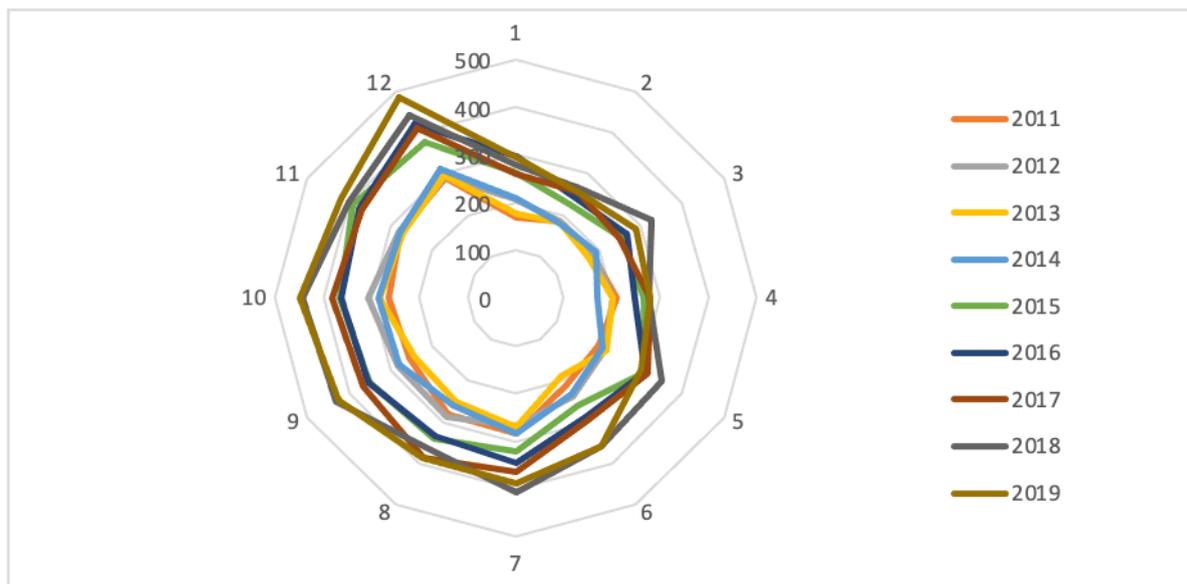
¹⁰⁸ Phillips C. B., 2006, Medicine goes to school: teachers as sickness brokers for ADHD, *PLoS medicine*, 3(4), e182.

¹⁰⁹ Bokhari F. A., Schneider H., 2011, School accountability laws and the consumption of psychostimulants, *Journal of Health Economics*, 30(2), p. 355-372.

¹¹⁰ Fulton, B. D., Scheffler, R. M., Hinshaw, S. P., 2015, State variation in increased ADHD prevalence: Links to NCLB school accountability and state medication laws, *Psychiatric Services*, 66(10), p. 1074-1082.

¹¹¹ Holland J., Sayal K., 2019, Relative age and ADHD symptoms, diagnosis and medication: a systematic review, *European Child & Adolescent Psychiatry*, 28(11), p. 1417-1429; Whitely M., Raven M., Timimi S., Jureidini J., Phillimore J., Leo J., Landman P., 2018, Attention deficit hyperactivity disorder late birthdate effect common in both high and low prescribing international jurisdictions: systematic review, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*.

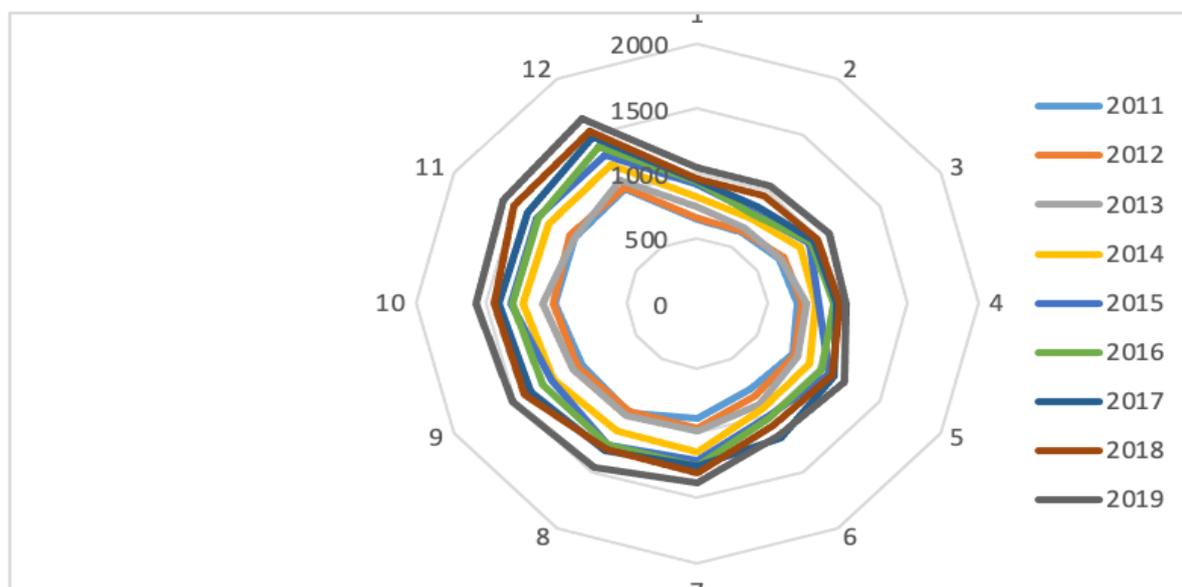
Figure 7 : Mois de naissance des enfants TDAH lors du diagnostic en milieu hospitalier entre 2011 et 2019.



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

De même, les enfants et les adolescents français présentent 44 à 60 % de risques supplémentaires de se voir prescrire un traitement psychostimulant s'ils sont nés en décembre que s'ils sont nés en janvier (54 % en moyenne, sur l'ensemble de la période). En effet, de manière systématique entre 2010 et 2019, le nombre d'initiations augmente progressivement au fil des mois de l'année, de janvier à décembre, pour retomber brutalement le mois de janvier de l'année suivante (figure 8). **Ainsi, le mois de naissance de l'enfant participe non seulement au diagnostic de TDAH, mais détermine *a fortiori* la réponse médicamenteuse aux manifestations de mal-être des enfants.**

Figure 8 : Enfants et d'adolescents traités par méthylphénidate selon leur mois de naissance entre 2011 et 2019



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

L'analyse des bases de données de santé montre l'impact des facteurs sociaux sur le risque de diagnostic d'hyperactivité et la médication des enfants (figure 9). Ainsi, entre 2010 et 2019, 35,2 à 38,8 % des enfants diagnostiqués TDAH vivaient dans des familles bénéficiant de la CMU ou de la CMU-C alors que, selon l'Insee, ces aides ne sont attribuées qu'à 7,8 % de la population française. **Le diagnostic de TDAH est donc beaucoup plus fréquent chez les enfants des familles les plus défavorisées.** Si l'on considère également les enfants TDAH présentant un diagnostic de défavorisation sociale¹¹², le pourcentage d'enfants présentant des difficultés sociales au sein de la cohorte TDAH varie entre 39,8 et 42,6 % sur la période.

¹¹² Les diagnostics de défavorisation sont répertoriés dans la nomenclature CIM-10 à la rubrique « Sujets dont la santé peut être menacée par des conditions socioéconomiques et psychosociales ». Nous nous sommes référés aux codages suivants : Z55 Difficultés liées à l'éducation et l'alphabétisation ; Z56 Difficultés liées à l'emploi et au chômage ; Z57 Exposition professionnelle à des facteurs de risque ; Z58 Difficultés liées à l'environnement physique ; Z59 Difficultés liées au logement et aux conditions économiques ; Z60 Difficultés liées à l'environnement social ; Z61 Difficultés liées à une enfance malheureuse ; Z62 Autres difficultés liées à l'éducation ; Z63 Autres difficultés liées à l'entourage immédiat, y compris la situation familiale ; Z64 Difficultés liées à certaines situations psycho-sociales ; Z65 Difficultés liées à d'autres situations psycho-sociales.

Figure 9 : Niveaux de défavorisation parmi les enfants et adolescents diagnostiqués TDAH

Année	CMU + CMU-C	%	CMU + diag défavorisation	%	Total population
2010	1 217	38,3 %	1 305	41 %	3 181
2011	1 388	38,5 %	1 501	41,7 %	3 602
2012	1 591	38,8 %	1 734	42,3 %	4 100
2013	1 400	37 %	1 527	40,4 %	3 780
2014	1 520	38,5 %	1 667	42,2 %	3 950
2015	1 765	35,6 %	1 971	39,8 %	4 956
2016	1 944	36,2 %	2 211	41,2 %	5 373
2017	1 845	35,2 %	2 096	40 %	5 243
2018	2 200	36,9 %	2 538	42,6 %	5 957
2019	2 211	35,4 %	2 580	41,4 %	6 238

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

De même, en 2019, 21,7 % des enfants recevant du méthylphénidate vivaient dans des familles bénéficiant de la CMU ou de la CMU-C (Fig.10). Ce taux reste très supérieur à l'attribution de ces aides dans la population générale (7,8 %), et cette tendance a augmenté entre 2010 et 2019. Si l'on considère également les enfants consommateurs de méthylphénidate présentant un diagnostic de défavorisation sociale, le pourcentage d'enfants présentant des difficultés sociales parmi les consommateurs de méthylphénidate atteint 25,7 %.

Figure 10 : Niveaux de défavorisation parmi les enfants et adolescents consommateurs de méthylphénidate

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

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

II.4. Les recommandations convergent concernant les psychotropes chez l'enfant

II.4.1. SUR LE METHYLPHENIDATE

L'efficacité du méthylphénidate est avérée dans la littérature internationale, mais elle n'est pas spécifique au TDAH. De manière générale, les psychostimulants ont pour fonction d'améliorer l'attention, les performances et la concentration. Dans le cas du TDAH, les études longitudinales ont montré des effets de court terme pour le méthylphénidate, mais ces effets s'amenuisent puis disparaissent avec le temps. D'où les recommandations de prescriptions de court terme¹¹³, lorsque le traitement est jugé nécessaire pour soutenir le travail psychothérapeutique et éducatif.

De plus, selon plusieurs études américaines ayant suivi de très larges cohortes d'enfants pendant des années, le traitement par psychostimulants ne présente aucun bénéfice à long terme sur les risques d'échec scolaire, de délinquance et de toxicomanie associés au TDAH¹¹⁴.

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

II.4.2. SUR LES ANTIDEPRESSEURS

Efficacité des antidépresseurs

Cipriani-2016¹¹⁵ : Cette méta-analyse a été publiée dans *The Lancet*. Elle conclue: « Si l'on considère le bénéfice/risque des antidépresseurs, ceux-ci ne présentent **pas d'intérêt pour les enfants** et adolescents. La fluoxétine est probablement la meilleure option quand une médication est envisagée ».

¹¹³ The MTA Cooperative Group., 1999, A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 56(12), 1073-1086.

¹¹⁴ Currie J., Stabile M., Jones L., 2014,. Do stimulant medications improve educational and behavioral outcomes for children with ADHD?. *Journal of health economics*, 37, 58-69; Gonon F., Guilé J.-M., Cohen D., 2010, Le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité: données récentes des neurosciences et de l'expérience nord-américaine, *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 58(5), 273-281 ; Humphreys K. L., Eng T., Lee S. S., 2013, Stimulant medication and substance use outcomes: a meta-analysis. *JAMA psychiatry*, 70(7), 740-749; Loe I. M., Feldman H. M., 2007, Academic and educational outcomes of children with ADHD. *Journal of pediatric psychology*, 32(6), 643-654; Sharpe, K. (2014). Evidence is mounting that medication for ADHD doesn't make a lasting difference to schoolwork or achievement. *Nature*, 506(7487), 146-149; The MTA Cooperative Group., 1999, *op. cit.*

¹¹⁵ Cipriani A., Zhou X., Del Giovane C., Hetrick S. E., Qin B., Whittington C., Coghill D., Zhang Y., Hazell P., Leucht S., Cuijpers P., Pu J., Cohen D., Ravindran A. V., Liu Y., Michael K. D., Yang L., Liu L., Xie P., 2016, Comparative efficacy and tolerability of antidepressants for major depressive disorder in children and adolescents: a network meta-analysis. *Lancet* (London, England) 388:881-890.

Zhou-2020¹¹⁶ : Selon cette méta-analyse publiée dans *Lancet Psychiatry*, **le seul antidépresseur qui soit plus efficace qu'un placebo reste la fluoxétine** et cette preuve d'efficacité est jugée **faible** (« very low quality of evidence »).

Hetrick-2021¹¹⁷ : Cette méta-analyse porte sur 26 études primaires concernant la dépression chez l'enfant et l'adolescent. Elle a été publiée par la *Cochrane Library*, une référence pour l'évaluation des essais cliniques. Selon cette revue « **la plupart des antidépresseurs ne sont associés qu'à de faibles diminutions des symptômes dépressifs sans signification [clinique]** ». Selon les auteurs, si une médication de la dépression doit être envisagée, on peut choisir la sertraline, l'escitalopram (Seroplex®, dérivés et génériques), la duloxétine (Cymbalta®, dérivés et génériques), ou la fluoxétine.

Feeney-2022¹¹⁸ : Cette méta-analyse portant sur 6161 patients ne concerne que la dépression chez l'enfant et l'adolescent et les études primaires sont exclusivement des essais contrôlés randomisés produits par l'industrie pharmaceutique, qu'ils soient publiés ou non. Elle conclue qu'en moyenne, et par rapport au placebo, **les antidépresseurs ont une efficacité très faible et à la limite de la significativité statistique**. Cette étude confirme que, **pour la dépression, les antidépresseurs sont moins efficaces chez le jeune que chez l'adulte** et que le meilleur (le moins mauvais) est la fluoxétine. Cet article ne s'intéresse pas aux effets indésirables. L'intérêt de cette méta-analyse est qu'elle prend en compte 34 essais contrôlés randomisés (dont 9 avec la fluoxétine) dont 24 (dont 7 avec la fluoxétine) réalisés entre 2014 et 2020. On peut donc en conclure que les essais contrôlés randomisés les plus récents vont plutôt dans le sens d'une révision à la baisse de l'efficacité des antidépresseurs, y compris pour la fluoxétine. En effet, parmi les 9 études concernant la fluoxétine, seulement trois rapportent une efficacité statistiquement plus grande que le placebo et deux d'entre elles ont été publiées avant 2014 (1997 et 2002).

En guise de conclusion, la fluoxétine reste le seul antidépresseur présentant une certaine efficacité pour la dépression chez l'enfant et l'adolescent. Les études récentes ont révisé à la baisse la taille de cette efficacité au point de faire sérieusement douter de son intérêt clinique.

[Effets indésirables des antidépresseurs : idées et conduites suicidaires...](#)

Les idées et conduites suicidaires sont les effets indésirables les plus étudiés par les essais contrôlés randomisés. Le problème majeur est que le risque suicidaire est un facteur d'exclusion pour les patients inclus dans ces essais. Les essais contrôlés randomisés sous-estiment donc ces risques par rapport à la population générale.

¹¹⁶ Zhou X., Teng T., Zhang Y., Del Giovane C., Furukawa T. A., Weisz J. R., Li X., Cuijpers P., Coghill D., Xiang Y., Hetrick S. E., Leucht S., Qin M., Barth J., Ravindran A. V., Yang L., Curry J., Fan L., Silva S. G., Cipriani A., Xie P., 2020, Comparative efficacy and acceptability of antidepressants, psychotherapies, and their combination for acute treatment of children and adolescents with depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry* 7:581-601.

¹¹⁷ Hetrick S. E., McKenzie J. E., Bailey A. P., Sharma V., Moller C., Badcock P. B., Cox G. R., Merry S. N., Meader N., 2021, New generation antidepressants for depression in children and adolescents: a network meta-analysis. *The Cochrane database of systematic reviews* 5:Cd013674.

¹¹⁸ Feeney A., Hock R. S., Fava M., Hernández Ortiz J. M., Iovieno N., Papakostas G. I., 2022, Antidepressants in children and adolescents with major depressive disorder and the influence of placebo response: A meta-analysis. *Journal of affective disorders* 305:55-64.

Cipriani-2016¹¹⁹ : Cette méta-analyse de 34 essais contrôlés randomisés rapporte que parmi les antidépresseurs, la **fluoxétine** est non seulement la seule à être efficace par rapport au placebo, mais aussi **celle qui induit le moins de problème de tolérance** (sortie prématurée de l'essai). Cipriani et *al.* rapportent aussi une **absence de différence entre la fluoxétine et le placebo concernant les idées et comportements suicidaires**. Sur ce dernier point **la venlafaxine (Effexor®, dérivés et génériques) est l'antidépresseur à éviter absolument car il augmente significativement ce risque**.

Les publications de Zhou-2020 et Hetrick-2021 aboutissent à des conclusions similaires¹²⁰.

Sharma-2016¹²¹ : Cet article est centré sur les risques de violence envers soi et autrui induits par les antidépresseurs ISRS et IRSN (Inhibiteur de la recapture de la Sérotonine et de la Noradrénaline). L'article exploite les résultats d'essais contrôlés randomisés en comparant antidépresseurs et placebo. Concernant le risque d'idées et de comportements suicidaires, l'étude compile 30 essais contrôlés randomisés chez l'adulte et conclue globalement à une absence d'effet (OR = 0,81 intervalle de confiance à 95% de 0,51 à 1,28). Il compile aussi 11 essais contrôlés randomisés chez l'enfant et l'adolescent avec un effet global significatif (OR = 2,39 de 1,31 à 4,33). Pour l'agressivité envers autrui, l'étude compile 22 essais contrôlés randomisés chez l'adulte et conclut globalement à une absence d'effet (OR = 1,09 de 0,55 à 2,14). Chez l'enfant et l'adolescent il compile 11 essais contrôlés randomisés et l'effet global est statistiquement significatif (OR = 2,79 de 1,62 à 4,81).

Dragioti-2019¹²² : Cette revue de revues explore les effets indésirables des antidépresseurs à partir de revues plus spécifiques Pour les idées et conduites suicidaires il revisite une méta-analyse de 2009¹²³. Cette dernière est intéressante car elle exploite non pas des essais contrôlés randomisés, mais des cohortes portant sur plusieurs milliers de patients exposés aux antidépresseurs comparés

¹¹⁹ Cipriani A., Zhou X., Del Giovane C., Hetrick S. E., Qin B., Whittington C., Coghill D., Zhang Y., Hazell P., Leucht S., Cuijpers P., Pu J., Cohen D., Ravindran A. V., Liu Y., Michael K. D., Yang L., Liu L., Xie P., 2016, Comparative efficacy and tolerability of antidepressants for major depressive disorder in children and adolescents: a network meta-analysis. *Lancet* (London, England) 388:881-890.

¹²⁰ Zhou X., Teng T., Zhang Y., Del Giovane C., Furukawa T. A., Weisz J. R., Li X., Cuijpers P., Coghill D., Xiang Y., Hetrick S. E., Leucht S., Qin M., Barth J., Ravindran A. V., Yang L., Curry J., Fan L., Silva S. G., Cipriani A., Xie P., 2020, Comparative efficacy and acceptability of antidepressants, psychotherapies, and their combination for acute treatment of children and adolescents with depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. *The lancet Psychiatry* 7:581-601; Hetrick S. E., McKenzie J. E., Bailey A. P., Sharma V., Moller C. I., Badcock P. B., Cox G. R., Merry S. N., Meader N., 2021, New generation antidepressants for depression in children and adolescents: a network meta-analysis. *The Cochrane database of systematic reviews* 5:Cd013674.

¹²¹ Sharma T., Guski L. S., Freund N., Gøtzsche P. C., 2016, Suicidality and aggression during antidepressant treatment: systematic review and meta-analyses based on clinical study reports. *bmj*, 352.

¹²² Dragioti E., Solmi M., Favaro A., Fusar-Poli P., Dazzan P., Thompson T., Stubbs B., Firth J., Fornaro M., Tsartalis D., Carvalho A. F., Vieta E., McGuire P., Young A. H., Shin J. I., Correll C. U., Evangelou E., 2019, Association of Antidepressant Use With Adverse Health Outcomes: A Systematic Umbrella Review. *JAMA psychiatry* 76:1241-1255.

¹²³ Barbui C., Esposito E., Cipriani A., 2009, Selective serotonin reuptake inhibitors and risk of suicide: a systematic review of observational studies. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association médicale canadienne* 180:291-297.

à des personnes non exposées. Selon Barbui et collègues¹²⁴, les antidépresseurs augmentent significativement le risque suicidaire (suicide et tentative) chez les adolescents (OR = 1,92 de 1,51 à 2,44) mais le diminue chez les adultes et seniors. Selon Dragioti et collègues (2019) qui revisite cette méta-analyse, la conclusion de Barbui et *al.* (2009) est critiquable car les sujets inclus ne sont pas stratifiés par diagnostic. C'est effectivement une faiblesse, mais qui est inhérente à ces cohortes de grande ampleur. Celles-ci ont l'avantage important par rapport aux essais contrôlés randomisés de prendre en compte beaucoup plus d'observations chez des sujets non-sélectionnés. La critique de Dragioti et collègues doit donc être relativisée¹²⁵.

Lagerberg-2021¹²⁶ : Depuis la revue de Barbui de 2009, plusieurs études se sont intéressées aux risques suicidaires possiblement induits par les antidépresseurs. L'étude la plus récente suit une cohorte de 538000 suédois ayant reçus au moins une prescription d'antidépresseurs entre 2006 et 2013 et comptabilise pour chaque sujet les suicides et tentatives de suicide au moins un an avant et un an après la première prescription¹²⁷. Sur cette période de deux ans, le taux de tentatives atteint sans surprise son maximum dans le mois précédent la première prescription puis diminue ensuite. Cependant, 12 mois après la première prescription, ce taux reste deux fois plus élevé que pendant le premier des 12 mois avant la première prescription. Autrement dit, la prescription d'antidépresseurs n'entraîne pas un retour à l'état antérieur. Les auteurs expliquent que les antidépresseurs ne guérissent pas tout le monde mais rejettent l'idée selon laquelle ces médicaments puissent contribuer aux risques suicidaires pendant le traitement. Ils disent que ce profil temporel du risque suicidaire est le même quelle que soit la tranche d'âge. C'est exact pour le profil, mais pas quantitativement. **L'étude montre que les personnes de la tranche 6-17 ans sont celles qui ont le plus fort taux juste avant la prescription par rapport à la situation antérieure (OR= 3,57) et, surtout, c'est dans cette tranche que ce taux baisse le moins au cours du traitement (OR = 2,07 120 jours après l'initiation, par rapport à la situation antérieure 12 mois avant la première prescription).** Par comparaison pour la tranche 50-59 ans, l'écart de taux dans le mois avant initiation est OR = 3,28 et redescend à OR = 1,05 après 120 jours de traitement (donc retour complet à la situation antérieure). **On retrouve donc bien un effet des antidépresseurs nettement moins favorable pour l'enfant et l'adolescent que chez l'adulte ;** on ne peut donc pas exclure une contribution de ces traitements au risque suicidaire chez le jeune sujet.

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

¹²⁴ *Ibid.*

¹²⁵ Dragioti E., Solmi M., Favaro A., Fusar-Poli P., Dazzan P., Thompson T., Stubbs B., Firth J., Fornaro M., Tsartalis D., Carvalho A. F., Vieta E., McGuire P., Young A. H., Shin J. I., Correll C. U., Evangelou E., 2019 Association of Antidepressant Use With Adverse Health Outcomes: A Systematic Umbrella Review. *JAMA psychiatry* 76:1241-1255.

¹²⁶ Lagerberg T., Fazel S., Sjölander A., Hellner C., Lichtenstein P., Chang Z., 2022, Selective serotonin reuptake inhibitors and suicidal behaviour: a population-based cohort study. *Neuropsychopharmacology: official publication of the American College of Neuropsychopharmacology* 47:817-823.

¹²⁷ *Ibid.*

...Virage maniaque et syndrome de sevrage

Le virage maniaque est un risque connu des antidépresseurs¹²⁸. Ce risque a fait l'objet d'une revue systématique qui synthétise les résultats de 66 essais contrôlés randomisés et de 40 études observationnelles. **L'étude montre que ce risque est 5 fois plus élevé chez l'enfant et l'adolescent que chez l'adulte**¹²⁹.

Les essais contrôlés randomisés ont conduit à recommander aux États-Unis la fluoxétine et l'escitalopram pour le traitement de fond de la dépression chez le jeune à partir de 8 ans. Sur la même ligne, la HAS recommande, en deuxième intention, la fluoxétine pour une durée « entre 6 mois et un an dans le but de prévenir les récurrences »¹³⁰.

Une revue récente critique l'argument justifiant un traitement au long cours chez les jeunes patients¹³¹. En effet, les essais contrôlés randomisés montrent que chez beaucoup de patients, le passage d'un traitement court (usuellement deux mois) à un placebo entraîne une rechute d'où, selon les auteurs des essais, la nécessité de poursuivre le traitement. Safer et Zito (2019) critiquent cette interprétation : la rechute à l'arrêt brutal du traitement serait due à un syndrome de sevrage. Une autre revue récente a montré que le syndrome de sevrage a été minimisé par les essais contrôlés randomisés, mais qu'il est en fait fréquent chez l'adulte¹³².

Sur les autres troubles mentaux objet d'une prescription d'antidépresseurs

La recommandation de l'HAS concernant la dépression chez l'adolescent évoque des comorbidités souvent associées, principalement les Troubles obsessionnels compulsifs (Toc) et les troubles anxieux¹³³. La HAS déconseille le traitement par les benzodiazépines en raison des risques de dépendance. Les experts sollicités par le Haut Conseil n'ont pas trouvé sur le site de l'HAS de recommandation spécifique pour ces deux troubles chez l'enfant et/ou l'adolescent. Chez l'adulte ces deux troubles font souvent l'objet d'une prescription d'antidépresseurs.

¹²⁸ HAS, 2014, Manifestations dépressives à l'adolescence: argumentaire scientifique. En ligne : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-12/manifestations_depressives_argumentaire_scientifique.pdf.

¹²⁹ Allain N., Leven C., Falissard B., Allain J. S., Batail J. M., Polard E., Montastruc F., Drapier D., Naudet F., 2017, Manic switches induced by antidepressants: an umbrella review comparing randomized controlled trials and observational studies. *Acta psychiatrica Scandinavica* 135:106-116.

¹³⁰ HAS, 2014, p. 106.

¹³¹ Safer D. J., Zito J. M., 2019, Short- and Long-Term Antidepressant Clinical Trials for Major Depressive Disorder in Youth: Findings and Concerns. *Frontiers in psychiatry* 10:705.

¹³² Hengartner M.P., Davies J., Read J., 2019, Antidepressant withdrawal - the tide is finally turning. *Epidemiology and psychiatric sciences* 29:e52.

¹³³ HAS, 2014.

- La méta-revue de Boaden et collègues publiée en 2020 synthétise l'usage des antidépresseurs chez l'enfant et l'adolescent pour différentes pathologies (TDAH, troubles anxieux et du spectre autistique, énorésie, dépression, TOC, stress post-traumatique)¹³⁴. Il en ressort :
- Qu'aucun antidépresseur ne présente une efficacité supérieure à un traitement placebo dans le cas de l'énorésie et du stress post-traumatique.
- Le seul antidépresseur efficace dans le cas de la dépression chez l'enfant serait la fluoxétine. Sur cette question Boaden et collègues-2020 reprennent les conclusions de la méta-analyse de Cipriani et collègues¹³⁵.
- Pour le TDAH : une étude de 40 patients TDAH montre un effet positif du bupropion (Zyban®, dérivés et génériques) sur les symptômes rapportés par les cliniciens, mais pas par ceux rapportés par les enseignants. Il mentionne aussi une étude de 91 patients TDAH montrant l'effet positif de la désipramine (Norpramin®, dérivés et génériques) sur les symptômes, selon les enseignants. Au total, les effectifs testés sont faibles, ce qui explique les larges écart-types des effets. Les résultats sont donc peu convaincants, en accord avec le fait que le NICE (agence de santé du Royaume-Uni) ne recommande pas les antidépresseurs pour le TDAH. Contrairement aux IRSS et IRSN, mais comme le méthylphénidate, le bupropion est un puissant inhibiteur de la recapture de la dopamine. Quant à la désipramine, c'est un inhibiteur spécifique de la noradrénaline.
- Pour les troubles anxieux, une méta-analyse incluant 1847 enfants et adolescents conclut que la fluvoxamine (Floxufrol®, dérivés et génériques) et la paroxétine (Deroxat®, dérivés et génériques) sont les deux antidépresseurs les plus efficaces¹³⁶. Cependant, cette méta-analyse n'inclut pas les essais contrôlés randomisés non publiés, elle est donc jugée de médiocre qualité.
- Des effets positifs apparaissent sur certains symptômes des troubles du spectre de l'autisme de la tianeptine (Stablon®, dérivés et génériques) et de la clomipramine (Anafranil®, dérivés et génériques), mais l'étude citée ne porte que sur 42 enfants au total. Aucun antidépresseur n'est recommandé par le NICE pour les troubles autistiques.
- TOC : sur 765 enfants testés, la fluoxétine (prozac®, dérivés et/ou génériques) et la sertraline (Zoloft®, dérivés et/ou génériques) sont efficaces. Ils sont approuvés pour ce trouble aux États-Unis et au Royaume-Uni. Toutes ces études sont de court terme et ne donnent aucune indication sur des effets à long terme. De plus, un effet statistiquement significatif ne prédit pas forcément un effet cliniquement positif dans la pratique.

II.4.3. SUR LES ANTIPSYCHOTIQUES CONCERNANT LES COMPORTEMENTS AGRESSIFS

Trois revues sont en accord pour dire que la rispéridone est plus efficace qu'un placebo pour diminuer les comportements agressifs chez l'enfant et l'adolescent, quel que soit le diagnostic¹³⁷. La

¹³⁴ Boaden K., Tomlinson A., Cortese S., Cipriani A., 2020, Antidepressants in Children and Adolescents: Meta-Review of Efficacy, Tolerability and Suicidality in Acute Treatment. *Frontiers in psychiatry* 11:717.

¹³⁵ Cipriani A., Zhou X., Del Giovane C., Hetrick S.E., Qin B., Whittington C., Coghill D., Zhang Y., Hazell P., Leucht S., Cuijpers P., Pu J., Cohen D., Ravindran AV., Liu Y., Michael KD., Yang L., Liu L., Xie P., 2016, Comparative efficacy and tolerability of antidepressants for major depressive disorder in children and adolescents: a network meta-analysis. *Lancet* (London, England) 388:881-890.

¹³⁶ Dobson E.T., Bloch M.H., Strawn J.R., 2019, Efficacy and Tolerability of Pharmacotherapy for Pediatric Anxiety Disorders: A Network Meta-Analysis, *The Journal of clinical psychiatry*, 80.

¹³⁷ Cohen D., Raffin M., Canitano R., Bodeau N., Bonnot O., Périsset D., Consoli A., Laurent C., 2013, Risperidone or aripiprazole in children and adolescents with autism and/or intellectual disability: A Bayesian meta-analysis of efficacy and secondary effects. *Research in Autism Spectrum Disorders* 7:167-175 ; Pringsheim T., Hirsch L., Gardner D., Gorman D. A., 2015, The Pharmacological Management of Oppositional Behaviour, Conduct Problems, and Aggression in Children and Adolescents with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder, Oppositional Defiant Disorder, and Conduct Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. Part

plus récente est une revue *Cochrane*, gage d'exhaustivité et de neutralité¹³⁸. Elle inclut 10 essais contrôlés randomisés dont 9 ont des durées de 4 à 10 semaines et une seule une durée de six mois. Cette dernière étude a enrôlé 527 enfants (moyenne d'âge 11 ans) et a comporté trois phases¹³⁹. La première, de six semaines, a permis de trier les répondants à la rispéridone (335 enfants). Ceux-ci ont été maintenus sous rispéridone pour six semaines supplémentaires de traitement après quoi ils ont été tirés au sort soit pour la continuation du traitement, soit pour un placebo. Au début du traitement placebo, le score d'agressivité augmente à nouveau et plus rapidement que pour le groupe maintenu sous rispéridone, mais reste très en dessous du niveau initial d'agressivité. Cependant, à la fin des six mois de la troisième phase, la différence entre les enfants sous rispéridone et ceux sous placebo est minime (3,8 points sur une échelle de 0 à 48) et pas cliniquement significative¹⁴⁰.

Au total il semble bien que la rispéridone diminue l'agressivité lors d'un traitement court (4 à 10 semaines), mais la poursuite de ce traitement sur plusieurs mois, qui n'a donné lieu qu'à une publication, ne semble pas apporter de bénéfice cliniquement significatif. Concernant les autres antipsychotiques, les études ne sont pas assez nombreuses ni d'assez bonne qualité pour les recommander¹⁴¹.

II.5. Epistémologie de la recherche biomédicale en santé mentale de l'enfant

II.5.1. ÉTIOLOGIE BIOLOGIQUE DES TROUBLES MENTAUX

Dans le même article de Joanna Moncrieff et collègues cité précédemment, ces spécialistes de renommée mondiale ont pu témoigner de la faiblesse des conceptions biomédicales et des traitements médicamenteux concernant la dépression. Cette publication, incluant de nombreuses revues et méta-analyses – et portant donc sur un panel incluant de très nombreux patients –, visait à examiner et produire une synthèse des principaux domaines de recherche qui ont étudié les liens entre la sérotonine et la dépression au cours des trois dernières décennies. Les chercheurs ont notamment analysé :

- les études dédiées au taux de sérotonine dans le sang ;
- les études portant sur les taux du principal produit de dégradation de la sérotonine dans le liquide céphalo-rachidien ;
- les études dédiées aux récepteurs de la sérotonine ;

2: Antipsychotics and Traditional Mood Stabilizers. *The Canadian Journal of Psychiatry* 60:52-61; Loy J. H., Merry S. N., Hetrick S. E., Stasiak K., 2017, Atypical antipsychotics for disruptive behaviour disorders in children and youths. *The Cochrane database of systematic reviews* 8:Cd008559.

¹³⁸ Loy J. H., Merry S. N., Hetrick S. E., Stasiak K., 2017, *op. cit.*

¹³⁹ Reyes M., Buitelaar J., Toren P., Augustyns I., Eerdeken M., 2006, A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Study of Risperidone Maintenance Treatment in Children and Adolescents With Disruptive Behavior Disorders. *American Journal of Psychiatry* 163:402-410.

¹⁴⁰ Loy J. H., Merry S. N., Hetrick S. E., Stasiak K., 2017, *op. cit.*

¹⁴¹ Pringsheim T., Hirsch L., Gardner D., Gorman D. A., 2015, The Pharmacological Management of Oppositional Behaviour, Conduct Problems, and Aggression in Children and Adolescents with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder, Oppositional Defiant Disorder, and Conduct Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. Part 2: Antipsychotics and Traditional Mood Stabilizers. *The Canadian Journal of Psychiatry* 60:52-61; Loy J. H., Merry S. N., Hetrick S. E., Stasiak K., 2017, *op. cit.*

- les études consacrées à la protéine du transporteur de la sérotonine (la protéine qui extrait la sérotonine de la synapse où elle est active – c'est sur elle que les antidépresseurs ISRS agissent) ;
- les expériences qui ont mesuré l'humeur de volontaires après avoir réduit la sérotonine ;
- les études génétiques du gène du transporteur de la sérotonine.

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

Cette revue suggère que l'énorme effort de recherche basé sur l'hypothèse de la sérotonine n'a pas produit de preuves convaincantes d'une base biochimique à la dépression. Ceci est cohérent avec la recherche sur de nombreux autres marqueurs biologiques. Nous suggérons qu'il est temps de reconnaître que la théorie de la dépression fondée sur la sérotonine n'est pas étayée empiriquement »¹⁴².

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

Moncrieff et collègues dénoncent la pression de l'industrie du médicament et la désinformation mise en œuvre aussi bien dans le champ scientifique, auprès des professionnels et des pouvoirs publics pour pousser à la consommation d'antidépresseurs¹⁴³.

II.5.2. LE VOLUME DES STRUCTURES SOUS-CORTICALES CHEZ LES PATIENTS TDAH

En 2017, Hoogman et collègues ont publié dans *Lancet Psychiatry* une étude qu'ils présentent comme la plus large réalisée à ce jour concernant le volume des structures sous-corticales chez les patients diagnostiqués comme souffrant du TDAH. Les auteurs concluent : « *nos résultats confirment que le cerveau des patients TDAH est réellement altéré, ce qui prouve que le TDAH est*

¹⁴² Moncrieff J., Cooper, R. E., Stockmann, T., Amendola, S., Hengartner, M. P., Horowitz, M. A., 2022, *op. cit.*

¹⁴³ <https://theconversation.com/profiles/joanna-moncrieff-104098> ; <https://atlantico.fr/article/decryptage/l-etude-qui-fait-voler-en-eclat-les-explications-sur-les-causes-de-la-depression-et-trembler-l-industrie-pharmaceutique-antidépresseurs-cerveau-serotonine-pression-desinformation-medicaments-joanna-moncrieff>.

bien une maladie du cerveau »¹⁴⁴. Parmi toutes les structures corticales mesurées dans cette étude, celle qui a présenté la différence de volume la plus grande entre les patients TDAH et les témoins est l'amygdale. En moyenne, le volume de l'amygdale des patients est inférieur de 1,5 % à celui des témoins alors que l'écart type parmi les témoins et les patients est de 9,5 %¹⁴⁵. Autrement dit, environ 40 % des patients TDAH ont un volume d'amygdale supérieur à la moyenne des témoins et 40 % des témoins ont un volume inférieur à la moyenne des patients. Comme l'amygdale est une structure cérébrale très impliquée dans la gestion des émotions, les auteurs concluent que la régulation des émotions est défectueuse chez les patients diagnostiqués comme souffrant du TDAH. Ce déficit de régulation ne fait pas partie de la liste des symptômes du TDAH selon le DSM-5, bien qu'il soit fréquemment observé¹⁴⁶. Enfin, notons que les différences structurales rapportées par Hoogman et collègues n'ont pas été confirmées par une méta-analyse plus récente¹⁴⁷.

En concluant que le TDAH est une maladie du cerveau, Hoogman et collègue ont ajouté qu'il n'est donc pas dû à une éducation parentale déficiente. Cette affirmation est en contradiction avec les études épidémiologiques montrant que la maltraitance ou l'exposition excessive aux écrans sont des facteurs de risque pour le TDAH. Quand la presse a rendu compte de cette étude, la relation causale entre ces différences de volume et le TDAH a été encore plus explicite. Ainsi le *Daily Telegraph* du 16 février 2017 a titré : « *Le TDAH est la conséquence d'une anomalie cérébrale, pas d'une éducation déficiente* ». Dans ce même article on pouvait aussi lire : « *Les chercheurs qui ont réalisé cette étude disent que leurs résultats prouvent pour la première fois que cette maladie a bien une cause physique* ».

Commentant l'étude de Hoogman et collègues, des chercheurs ont pointé que des différences de volume aussi mineures pouvaient aussi bien être la conséquence que la cause du TDAH : une association ne prouve pas un lien causal. Ils ont regretté que les médias aient affirmé ce lien causal, diffusant ainsi « *un message trompeur* »¹⁴⁸. À ce commentaire critique Hoogman et collègues répondirent qu'ils n'avaient jamais affirmé un lien causal et qu'ils n'étaient nullement responsables des dérives du discours médiatique¹⁴⁹.

¹⁴⁴ Hoogman M., Bralten J., Hibar D. P., Mennes M., Zwiers M. P., Schweren L. S., ... Franke B., 2017, Subcortical brain volume differences in participants with attention deficit hyperactivity disorder in children and adults: a cross-sectional mega-analysis, *The Lancet Psychiatry*, 4(4), 310-319.

¹⁴⁵ *Ibid.*

¹⁴⁶ Hinshaw S. P., 2018, Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): Controversy, Developmental Mechanisms, and Multiple Levels of Analysis. *Annu Rev Clin Psychol*, 14, 291-316.

¹⁴⁷ Samea F., Soluki S., Nejati V., Zarei M., Cortese S., Eickhoff S. B., Eickhoff C. R., 2019, Brain alterations in children/adolescents with ADHD revisited: A neuroimaging meta-analysis of 96 structural and functional studies. *Neurosci Biobehav Rev*, 100, 1-8.

¹⁴⁸ Batstra L., Te Meerman S., Conners K., Frances A., 2017, Subcortical brain volume differences in participants with attention deficit hyperactivity disorder in children and adults. *Lancet Psychiatry*, 4(6), 439.

¹⁴⁹ Hoogman M., Buitelaar J. K., Faraone S. V., Shaw P., Franke B., 2017, Subcortical brain volume differences in participants with attention deficit hyperactivity disorder in children and adults - Authors' reply. *Lancet Psychiatry*, 4(6), 440-441.

II.5.3. LA GENETIQUE DU TDAH

L'association du TDAH avec un allèle du gène codant pour le récepteur D4 de la dopamine est effectivement le facteur de risque génétique le mieux assuré pour le TDAH. Mais les observations sont extrêmement ténues, car selon les méta-analyses évoquées, cet allèle serait présent chez 23 % des enfants diagnostiqués TDAH et seulement 17 % des enfants contrôles¹⁵⁰. Autrement dit, l'allèle incriminé est présent à des niveaux très similaires parmi les patients et les groupes contrôles - ce qui équivaut en réalité à une absence d'effet. Là encore, les recherches en psychiatrie biologique mettent en lumière des différences statistiques, mais celles-ci sont minimales et ne permettent d'aboutir à aucune conclusion - sinon abusive. Elles ne présentent aucun intérêt clinique.

Un risque ou une susceptibilité génétique ne peuvent être évoqués que si les différences observées concernent l'ensemble sinon une majorité de patient, et sont absentes de la population contrôle. Ce n'est pas le cas pour le TDAH. Ainsi, une revue récente de plus de 300 études génétiques a conclu à l'inconsistance des résultats concernant le TDAH¹⁵¹.

Il s'agit ici d'un biais par omission, où l'information transmise fait l'impasse sur les données et les faits qui invalident sinon réduisent considérablement la portée de l'énoncé.

II.5.4. LA PREVALENCE DU TDAH EN FRANCE

En 2008-2011, l'industrie du médicament (le laboratoire Shire®, qui commercialise l'une des versions les plus répandues de méthylphénidate) a financé une enquête téléphonique concluant à une prévalence élevée du TDAH en France (3,5 à 5,6 % des enfants). Cette recherche repose sur une méthodologie contestable puisqu'il s'agit d'une enquête téléphonique déléguée à des opérateurs non spécialistes, formés sur le tas, auprès d'un échantillon particulièrement restreint de la population (un peu plus de 1 000 foyers)¹⁵². Or, comment déterminer si un enfant souffre ou non d'hyperactivité/TDAH sans jamais lui avoir parlé, ni ne l'avoir jamais rencontré ? Comment en inférer un taux de prévalence fiable ?

Selon ces critères méthodologiques plus que contestables, les chercheurs ont estimé que 36 enfants (3,5 %) âgés de 6 à 12 ans souffraient d'hyperactivité/TDAH, tandis que par ailleurs, 22 enfants (2,2 %) étaient traités par psychostimulant sans pouvoir être formellement diagnostiqués¹⁵³. D'où les auteurs concluent à un taux de prévalence du TDAH de 3,5 à 5,6 % en France. L'étude montre également que parmi les 3,5 % d'enfants diagnostiqués hyperactifs, 36,5 % sont également traités par méthylphénidate – *ratio* d'enfants diagnostiqués TDAH et traités par méthylphénidate en France

¹⁵⁰ Shaw P., Gornick M., Lerch J., Addington A., Seal J., Greenstein D., Rapoport J. L., 2007, Polymorphisms of the dopamine D4 receptor, clinical outcome, and cortical structure in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry.*, 64(8), 921-931.

¹⁵¹ Li Z., Chang S. H., Zhang L. Y., Gao L., Wang J., 2014, Molecular genetic studies of ADHD and its candidate genes: a review. *Psychiatry Research*, 219(1), 10-24. doi:10.1016/j.psychres.2014.05.005.

¹⁵² Lecendreux M., Konofal E., Faraone S. V., 2011, Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder and associated features among children in France. *Journal of attention disorders*, 15(6), 516-524.

¹⁵³ *Ibid.*

= 36,5 %¹⁵⁴. Par conséquent, l'étude pointe un taux de prescription de méthylphénidate de 3,48 % chez les enfants âgés de 6 à 12 ans ($2,2 \% + (3,5 \% \times 0,365) = 3,48 \%$).

Or, la comparaison de ces données avec les taux de consommation de méthylphénidate répertoriés dans le Système National des Données de Santé (SNDS) sur l'ensemble de la population française ont montré que les résultats présentés dans l'étude téléphonique de Lecendreux et collègues étaient 17 fois plus élevés que la réalité des prescriptions réalisées par les médecins sur le territoire (la prévalence de consommation de méthylphénidate chez les enfants de cette même catégorie d'âges est estimée à 0,2 % par l'ANSM). L'analyse des bases de données de santé montre ainsi des contradictions, des incohérences et une surestimation manifeste des résultats de l'étude initiale soutenue par l'industrie du médicament, de sorte qu'en l'état actuel des connaissances scientifiques, le taux de prévalence du TDAH en France reste à établir¹⁵⁵.

De même, la prévalence du TDAH au niveau international varie entre 0,4 et 16,6 %. Au-delà des différences démographiques et culturelles, les comparaisons internationales les variations de ces taux de prévalence sont déterminées par le type de méthode utilisé : étude clinique, enquête téléphonique, questionnaire remis aux parents et aux enseignants, étude de distribution du médicament, etc.¹⁵⁶.

Aux États-Unis la prévalence du TDAH est de 10 % mais cette représentation varie considérablement selon les États : en 2007, une étude estimait le taux de prévalence d'enfants atteints de TDAH à 5,6 % au Nevada et à 14,3 % en Alabama. En Lombardie (nord de l'Italie), le taux de prévalence de l'hyperactivité était estimé à 0,5 % en 2012¹⁵⁷.

De nombreuses études internationales ont mis en évidence les biais et les difficultés relatives à l'estimation de la prévalence du TDAH : ainsi des recherches sérieuses ont montré que le diagnostic d'hyperactivité initialement posé dans des centres spécialisés était réfuté dans 62 à 78 % des cas après réévaluation¹⁵⁸. Plusieurs travaux ultérieurs ont suggéré que les médecins ou les psychologues ne suivent pas correctement les procédures d'évaluation ou les approches globales

¹⁵⁴ *Ibid.*

¹⁵⁵ Ponnou S., Haliday H., 2021, ADHD diagnosis and drug use estimates in France: a case for using health care insurance data. *Journal of attention disorders*, 25(10), 1347-1350 ; Ponnou S., 2020, Prévalence, diagnostic et médication de l'hyperactivité/TDAH en France, *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, août, Elsevier Masson.

¹⁵⁶ Polanczyk G. V., Willcutt E. G., Salum G. A., Kieling C., Rohde L. A., 2014, ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis. *International journal of epidemiology*, 43(2), 434-442.

¹⁵⁷ Faraone S. V., Sergeant J., Gillberg C., Biederman J., 2003, The worldwide prevalence of ADHD: is it an American condition?. *World psychiatry*, 2(2), 104; Visser S. N., Bitsko R. H., Danielson M. L., Perou R., Blumberg S. J., 2010, Increasing prevalence of parent-reported attention-deficit/hyperactivity disorder among children-United States, 2003 and 2007. *Morbidity and mortality weekly report*, 59(44), 1439-1444; Bonati M., Reale L., 2013, Reducing overdiagnosis and disease mongering in ADHD in Lombardy. *Bmj*, 347.

¹⁵⁸ Cotugno A. J., 1993, The diagnosis of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in community mental health centers: Where and when. *Psychology in the Schools*, 30, 338-344; Desgranges K., Desgranges L., Karsky K., 1995, Attention deficit disorder: Problems with preconceived diagnosis. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 12, 3-17.

et cliniques destinées à guider, confirmer ou infirmer le diagnostic¹⁵⁹. De plus, les changements récurrents et l'expansion constante des critères diagnostiques, ainsi que l'émergence de sous-types, contribuent à une augmentation exponentielle des taux de prévalence et par conséquent à l'augmentation des faux positifs¹⁶⁰.

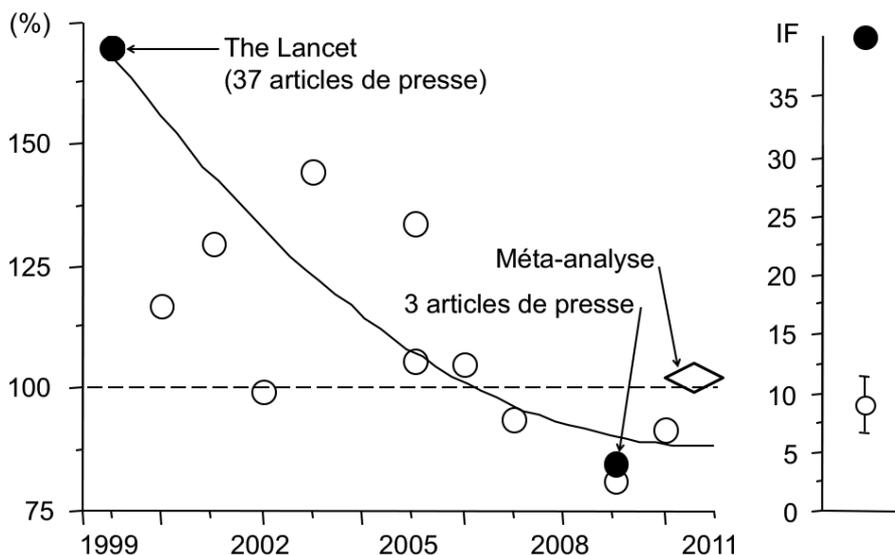
II.5.5. LES BIAIS MEDIATIQUES

Dans le cas du TDAH, l'étude de Dougherty et collègues (1999) soutenant – à tort – l'hypothèse d'un déficit des neurotransmetteurs de la dopamine dans le cas de l'hyperactivité/TDAH, a été couverte et relayée par 22 articles de presse dans la semaine qui a suivi sa publication. Parmi les 11 études ultérieures, une seule a été couverte par trois articles de presse et aucun de ceux-ci n'a précisé que l'étude initiale, pourtant couverte par leur journal, avait été contredite par cette étude ultérieure. La figure suivante montre ainsi que le niveau d'impact de l'étude initiale, pourtant falsifiée et largement réfutée par les études ultérieures et la méta-analyse, est très supérieur à la couverture médiatique des études subséquentes et de la méta-analyse pourtant nettement plus exacte et plus proche des consensus scientifiques.

¹⁵⁹ Handler M. W., DuPaul G. J., 2005, Assessment of ADHD: Differences across psychology specialty areas. *Journal of Attention Disorders*, 9, 402–412; Wasserman R. C., Kelleher K. J., Bocian A., Aker A., Childs G. E., Indacochea F., Stulp C., Gardner W. P., 1999, Identification of attentional and hyperactivity problems in primary care: A report from pediatric research in office settings and the ambulatory sentinel practice network. *Pediatrics*, 103, E38.

¹⁶⁰ Barkley R. A., 2005, Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment (3rd ed.). Guilford Press; Cuffe S. P., Moore C. G., McKeown R. E., 2005, Prevalence and correlates of ADHD symptoms in the National Health Interview Survey. *Journal of Attention Disorders*, 9, 392–401; Wolraich M. L., Hannah J. N., Baumgaertel A., Feurer I. D., 1998, Examination of DSM-IV criteria for attention deficit/hyperactivity disorder in a county-wide sample. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 19, 162–168. Wolraich M. L., Hannah J. N., Pinnock T. Y., Baumgaertel A., Brown J., 1996, Comparison of diagnostic criteria for attention-deficit hyperactivity disorder in a county-wide sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(3), 319–324.

Taux cérébral du transporteur de la dopamine chez les patients diagnostiqués comme souffrant du TDAH exprimé en pourcentage du taux des témoins



La dopamine est un neurotransmetteur cérébral dont la concentration dans la synapse est régulée par une protéine membranaire, le transporteur. Le taux de ce transporteur est ici mesuré par imagerie cérébrale. La méta-analyse cumule les données des 12 études primaires sur cette question. Seules deux études primaires ont reçu une couverture médiatique. Le graphique de droite compare le facteur d'impact (IF) de la revue médicale qui a publié l'étude initiale (*The Lancet*, IF = 39) à la moyenne des facteurs d'impact des revues biomédicales qui ont publiées les 11 études ultérieures. Le facteur d'impact d'une revue scientifique est calculé à partir du taux moyen de citations reçues par chaque article de la revue et représente une mesure de son prestige scientifique.

De même, la conclusion de l'étude de Barbaresi et collègues concernant les effets du traitement médicamenteux sur la performance scolaire des enfants a été reprise telle quelle par 20 des 21 articles de la presse anglo-saxonne ayant couvert cette étude. Seul l'article du *Gardian* a décrit correctement l'ensemble des observations et en a donc critiqué la conclusion. En réalité, les normes journalistiques privilégient la nouveauté et le spectaculaire et favorisent très fortement les études publiées par des revues scientifiques prestigieuses. Cette observation s'explique par le fait que ces revues produisent des communiqués de presse résumant certains des articles qu'elles publient, et que ces communiqués sont la source directe de plus de 80 % des articles de presse rapportant des découvertes biomédicales. Or, la plupart des articles de presse s'inspirent très étroitement de ces communiqués et en reprennent sans critique les biais et les exagérations. De plus, la presse n'informe quasiment jamais le public lorsque les études qu'elle a couvertes sont contredites¹⁶¹.

Ces exemples ne sont pas des cas isolés et ne sont réservés à la littérature anglo-saxonne. En effet, de récentes études publiées dans des revues internationales ont comparé l'état des connaissances

¹⁶¹ Pour une revue des travaux consacrés à ces questions, voir Dumas-Mallet, E., Gonon, F., 2020, . Messaging in biological psychiatry: Misrepresentations, their causes, and potential consequences. *Harvard Review of Psychiatry*, 28(6), 395.

scientifiques aux discours dédiés au TDAH dans les médias en France. Ces études portaient sur les trois consensus présentés en amont :

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

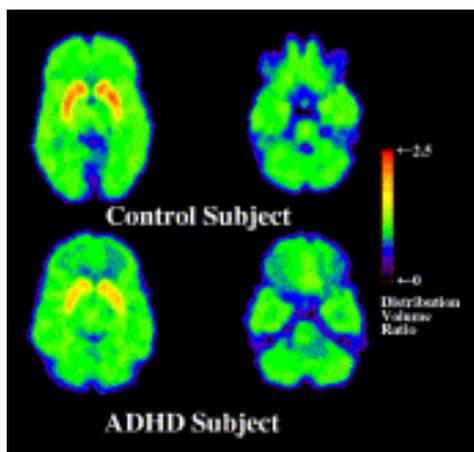
Or, les résultats obtenus ont montré que plus de 87 % de l'information présentée à la télévision, 83 % de l'information diffusée dans la presse et 94 % des données présentées sur internet concernant l'hyperactivité/TDAH sont contraires aux consensus scientifiques internationaux¹⁶².

Niveau de distorsion des consensus scientifiques dédiés au TDAH dans les programmes télévisuels, les articles de presse et les sites web français.

j	Media		
	Télévision	Presse	Internet
Données générales			
N	60	159	50
<i>Premier Consensus : Étiologie neurologique ou neurodéveloppementale du TDAH/Diagnostic par imagerie</i>			
Contre le consensus	6	26	27
En faveur du consensus	1	5	1
Les deux opinions	2	12	4
<i>Second consensus : Étiologie génétique du TDAH</i>			
Contre le consensus	11	8	8
En faveur du consensus	2	5	1
Les deux opinions	3	12	11
<i>Troisième consensus : Effet du traitement médicamenteux sur la réussite scolaire</i>			
Contre le consensus	16	11	3
En faveur du consensus	3	4	1
Les deux opinions	3	2	4
Données cumulées			
Total des opinions exprimées	47	85	57
Contre le consensus	33 (70,21 %)	45 (52,94 %)	38 (66,67 %)
En faveur du consensus	6 (12,77 %)	14 (16,47 %)	3 (5,26 %)
Les deux opinions	8 (17,02 %)	26 (30,59 %)	19 (33,33 %)
Données cumulées contre le consensus	41/47 (87,23 %)	71/85 (83,53 %)	54/57 (94,74 %)

¹⁶² Bourdaa M., Konsman J. P., Secail C., Venturini T., Veyrat-Masson I., Gonon F., 2015, Does television reflect the evolution of scientific knowledge? The case of attention deficit hyperactivity disorder coverage on French TV. *Public Understanding of Science*, 24(2), 200-209; Ponnou, S., Gonon, F., 2017, How French media have portrayed ADHD to the lay public and to social workers. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 12(sup1), 1298244; Ponnou S., Haliday H., Gonon F., 2020, Where to find accurate information on attention-deficit hyperactivity disorder? A study of scientific distortions among French websites, newspapers, and television programs. *Health*, 24(6), 684-700.

Les articles de presse, les programmes télévisés et Internet présentent des distorsions des consensus scientifiques, des informations tronquées, datées et de mauvaise qualité¹⁶³, tandis qu'elles sont une source d'information pour le grand-public aussi bien que pour les professionnels du soin, de l'éducation et de l'intervention sociale. « Allo docteur » sur *France 5* le 11 mars 2010, consacrait une émission à l'hyperactivité chez l'enfant¹⁶⁴. Il y est dit : « *Le TDAH est une maladie neurologique qui touche la transmission de l'information au niveau de certaines zones du cerveau* ».



Détournant des clichés d'imagerie cérébrale publiés dans un article comparant le taux de transporteurs de la dopamine chez l'adulte à partir d'une liaison spécifique par diffusion de cocaïne¹⁶⁵ (Volkow *et al.*, 2007, p. 1 184), les présentateurs poursuivent :

Images extraites de l'article de Volkow *et al.*, publié en 2007 (p. 1184), et diffusées dans l'émission « Allo Docteur » du 11 mars 2010.

« On voit [en haut] les deux petits croissants orange. C'est la zone

qui libère la dopamine. Là, c'est un cas normal. Et puis vous voyez [en bas] ce cas de TDAH, il y a un peu moins de dopamine sécrétée. Du coup, la transmission de l'influx ne

peut pas se faire correctement » (Allo Docteur, émission du 11-03-2010). François Gonon,

¹⁶³ Borjesson M., 1999, A newspaper campaign tells: The launch of neuro-psychiatric diagnoses in the Swedish daily press 1997-1998. *Scandinavian Journal of Disability Research* 1(2): 3–25; Clarke JN (2011) Magazine portrayal of attention deficit/hyperactivity disorder (ADD/ADHD): A post-modern epidemic in a post-trust society. *Health, Risk Society* 13(7): 621–636; Gonon F., Bézard E., Boraud T., 2011, Misrepresentation of neuroscience data might give rise to misleading conclusions in the media: The case of attention deficit hyperactivity disorder. *PLoS ONE* 6(1): e14618; Gonon F. *et al.*, 2012, *op. cit.*, Horton-Salway M., 2011, Repertoires of ADHD in UK newspaper media. *Health* (London) 15(5): 533–549; Horton-Salway M., 2013, Gendering attention deficit hyperactivity disorder: A discursive analysis of UK newspaper stories. *Journal of Health Psychology* 18(8): 1085–1099; Norris C., Lloyd G., 2000, Parents, professionals and ADHD: What the papers say. *European Journal of Special Needs Education* 15(2): 123–137; Schmitz M. F., Filippone P., Edelman E. M., 2003, Social representations of attention deficit/ hyperactivity disorder, 1988–1997. *Culture Psychology* 9(4): 383–40; England-Kennedy E (2008) Media representations of attention deficit disorder: Portrayals of cultural skepticism in popular media. *The Journal of Popular Culture* 41: 91–117; Bourdaa M., Konsman J. P., Secail C., *et al.*, 2015, Does television reflect the evolution of scientific knowledge? The case of attention deficit hyperactivity disorder coverage on French TV. *Public Understanding of Science* 24(2): 200–209; Montoya A., Hernández S., Herreros O., 2013, Evaluating internet information on AttentionDeficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) treatment: Parent and expert perspectives. *Education for Health* 26(1): 48–53; Reavley N. J., Jorm A. F., 2011, Patient education and counseling the quality of mental disorder information websites: A review. *Patient Education and Counseling* 85(2): e16–e25; Ahmed R., Borst J. M., Yong C. W., *et al.*, 2014, Do parents of children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) receive adequate information about the disorder and its treatments? A qualitative investigation. *Patient Preference and Adherence* 8: 661–670. Akram G., Thomson A. H., Boyter A. C. *et al.*, 2008, Characterisation and evaluation of UK websites on attention deficit hyperactivity disorder. *Archives of Disease in Childhood* 93: 695–700; Ersoy M. A., Ulcay M., Ersoy H. T., 2015, Health information-seeking behaviors about attention deficit hyperactivity disorder on the internet and the analysis of top ranking websites. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology* 25(2): 178–182.

¹⁶⁴ https://www.allodocteurs.fr/actualite-sante-l-hyperactivite-une-veritable-maladie_1961.html.

¹⁶⁵ Volkow N. D., Wang G. J., Newcorn J., Fowler J. S., Telang F., Solanto M. V., ... Pradhan K., 2007, Brain dopamine transporter levels in treatment and drug naive adults with ADHD. *Neuroimage*, 34(3), 1182-1190.

neurobiologiste et directeur de recherche au Centre national de la recherche scientifique (CNRS) a montré qu'il s'agissait d'un grave détournement du discours scientifique puisque, contrairement aux informations diffusées dans l'émission, ces clichés ne concernent pas des enfants, mais des adultes. De plus, les aspects méthodologiques de l'étude ne sont pas explicités : mesure du taux de transporteurs de la dopamine à partir d'une liaison spécifique par diffusion de cocaïne (C11). Il s'agit d'une information capitale, puisque la mesure du taux de transporteurs de la dopamine est ici conditionnée par la diffusion de cocaïne. L'émission infère néanmoins un dysfonctionnement des neurotransmetteurs de la dopamine chez les enfants TDAH – par ailleurs réfuté dans la littérature scientifique.

La question du TDAH a fait l'objet d'intenses débats dans les journaux américains et britanniques¹⁶⁶. Dans le courant des années 2000, Internet a transformé la façon dont les citoyens recherchent et accèdent à des informations sur la santé et les questions médicales. En effet, alors qu'en 1998, les journaux étaient la première source d'information sur le TDAH, suivis par les médecins et la télévision¹⁶⁷, en 2008, les parents américains ont exprimé leur forte préférence pour l'information dispensée sur Internet¹⁶⁸. Fox et Duggan ont ajouté qu'en 2012, 72 % des adultes américains avaient utilisé Internet pour rechercher des informations médicales¹⁶⁹. Il est probable que ce nombre augmente à mesure qu'Internet devient plus accessible et son utilisation plus répandue¹⁷⁰ faisant ainsi de l'accès et de la fiabilité des informations de santé dans les médias un problème de santé publique¹⁷¹.

II.5.6. LES CONFLITS D'INTERETS DANS LES PRATIQUES ET POLITIQUES DE SOIN

L'industrie du médicament a financé l'étude concluant à une forte prévalence du TDAH en France (entre 3,5 et 5,6 % en 2008), alors même que les données fournies à l'appui de cette conclusion

¹⁶⁶ Clarke J. N., 2011, Magazine portrayal of attention deficit/hyperactivity disorder (ADD/ADHD): A post-modern epidemic in a post-trust society. *Health, Risk Society* 13(7): 621–636; Gonon F., Bézard E., Boraud T., 2011, Misrepresentation of neuroscience data might give rise to misleading conclusions in the media: The case of attention deficit hyperactivity disorder. *PLoS ONE* 6(1): e14618; Gonon F., Konsman J.-P., Cohen D. *et al.*, 2012, Why most biomedical findings echoed by newspapers turn out to be false: The case of attention deficit hyperactivity disorder. *PLoS ONE* 7(9): e44275; Horton-Salway M., 2011, Repertoires of ADHD in UK newspaper media. *Health* (London) 15(5): 533–549 ; Horton-Salway M., 2013, Gendering attention deficit hyperactivity disorder: A discursive analysis of UK newspaper stories. *Journal of Health Psychology* 18(8): 1085–1099 ; Norris C., Lloyd G. 2000, Parents, professionals and ADHD: What the papers say. *European Journal of Special Needs Education* 15(2): 123–137 ; Schmitz M. F., Filippone P., Edelman E. M., 2003, Social representations of attention deficit/ hyperactivity disorder, 1988–1997. *Culture Psychology* 9(4): 383–406.

¹⁶⁷ Bussing R., Gary F. A., Mills T. L. *et al.*, 2007, Cultural variations in parental health beliefs, knowledge, and information sources related to attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Family Issues* 28(3): 291–318.

¹⁶⁸ Bussing R., Zima B. T., Mason D.M. *et al.*, 2012, ADHD knowledge, perceptions, and information sources: Perspectives from a community sample of adolescents and their parents. *Journal of Adolescent Health* 51(6): 593–600.

¹⁶⁹ Fox S., Duggan M., 2013, Health Online 2013. *Pew Research Center*, 15 January. Available at: <http://www.pewinternet.org/2013/01/15/health-online-2013/> (consulté le 14 août 2022).

¹⁷⁰ Sage A., Carpenter D., Sayner R. *et al.*, 2018, Online information-seeking behaviors of parents of children with ADHD. *Clinical Pediatrics* 57(1): 52–56.

¹⁷¹ Moretti F. A., Elias De Oliveira V., Koga Da Silva E. M., 2012, Access to health information on the internet: A public health issue? *Revista Da Associação Médica Brasileira* 58(6): 650–658.

étaient très contestables et contradictoires avec la réalité des pratiques des professionnels de santé répertoriées dans les bases de données de santé.

Elle a également financé l'association Hyper-Super TDAH France qui milite pour une approche biomédicale du TDAH. Or, les interventions des experts ou membres de TDAH France, ou les références au site internet de l'association sont particulièrement représentés dans les médias.

L'association TDAH France contribue à la rédaction des recommandations des bonnes pratiques de la HAS. TDAH France a également réalisé plusieurs saisines auprès des autorités sanitaires afin d'obtenir la levée de l'obligation de première prescription du méthylphénidate par un praticien hospitalier, au motif de difficultés d'accès au traitement¹⁷². Or, la Prescription initiale hospitalière (PIH) avait l'avantage de constituer une garantie en faveur du suivi et de l'accompagnement des enfants et de leurs parents.

II.5.7. LES LIMITES DES MODELES BIOLOGIQUES

Il n'y a pas de lien entre étiologie et diagnostic : en effet, faute d'étiologie organique avérée, il n'existe aucun test biologique permettant de contribuer au diagnostic des troubles mentaux en général, et des troubles de l'enfance en particulier. Ainsi, les catégories diagnostiques utilisées en pédopsychiatrie se réfèrent exclusivement à l'appréciation du comportement de l'enfant, à des groupes de symptômes, à des modèles théoriques et à l'usage de nosographies qui n'ont pas de base scientifique mais heuristique¹⁷³. L'appréciation des symptômes et du comportement de l'enfant peuvent reposer sur le jugement clinique du praticien, et/ou être étayée par des tests standardisés, elle n'en reste pas moins indépendante de toute lésion organique scientifiquement avérée et identifiée.

L'absence de lien logique entre étiologie et diagnostic engage ainsi d'intenses controverses en termes de prévalence des troubles de l'enfance. Le Haut conseil a souhaité démontrer l'ampleur de ce phénomène pour le cas de l'hyperactivité/TDAH. Mais ces difficultés concernent de manière transversale l'ensemble des troubles de l'enfance et des questions diagnostiques en pédopsychiatrie.

De même, il n'existe pas de lien entre étiologie et traitement médicamenteux. Faute d'étiologie biologique avérée, les médicaments psychotropes actuellement disponibles sont des molécules ou des dérivés de molécules découverts par le hasard d'études randomisées dans le courant des années 1940/1960. La prescription de méthylphénidate dans le cas de l'hyperactivité ne peut être argumentée à l'aune d'un déficit des neurotransmetteurs de la dopamine dans le cas du TDAH¹⁷⁴.

¹⁷² <https://www.tdah-france.fr/Fin-de-la-Prescription-Initiale-hospitaliere-PIH-pour-le-methylphenidate.html>.

¹⁷³ Frances A., 2013, Saving normal: An insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-5, big pharma and the medicalization of ordinary life. *Psychotherapy in Australia* 19(3): 14; Frances A. J., Widiger T., 2012, Psychiatric diagnosis: lessons from the DSM-IV past and cautions for the DSM-5 future. *Annu Rev Clin Psychol*, 8, 109-130. doi : 10.1146/annurev-clinpsy-032511-143102.

¹⁷⁴ Gonon F., Konsman J.-P., Cohen D. *et al.*, 2012, Why most biomedical findings echoed by newspapers turn out to be false: The case of attention deficit hyperactivity disorder. *PLoS ONE* 7(9): e44275.

De même, l'hypothèse d'un déficit de sérotonine dans le cas de la dépression a largement été réfutée dans la littérature scientifique internationale¹⁷⁵.

Ainsi, la scientificité de l'estimation bénéfique/risque des traitements psychotropes ne repose pas sur un principe étiologique mais statistique – avec des résultats dont l'efficacité fait régulièrement débat. La logique linéaire étiologie-diagnostic-prévalence-traitement n'est pas opérante dans le domaine du soin psychique, et cette spécificité doit permettre d'engager un débat critique sur les politiques et les modèles de santé mentale destinés à l'enfant en France.

Ainsi, les données les plus récentes de la recherche biomédicale induisent un changement de perspectives, et tendent à relativiser les discours, les paradigmes, les pratiques voire les politiques publiques fondées à compter d'une conception biologique de la santé mentale de l'enfant.

Ces changements de perspectives vont pleinement dans le sens des recommandations des bonnes pratiques, qui argumentent l'intérêt et la diversité des approches psychothérapeutiques, éducatives et sociales de première intention dans le soin et l'accompagnement de l'enfant et de ses parents.

Trouble du neurodéveloppement et DSM

Un exemple des limites des modèles biologiques dans le champ de la santé mentale de l'enfant concerne le concept de Trouble neurodéveloppemental (TND). Deux experts invités par le Haut conseil - François Gonon et Bruno Falissard – ont interrogé l'intérêt et la pertinence de ce concept en pédopsychiatrie : quel est l'intérêt du concept de TND pour l'enfant, pour ses parents, et en termes de santé publique ?

François Gonon s'est intéressé à cette question concernant le TDAH, et développe son propos à l'appui de quatre arguments :

- 1) Si l'on entend par trouble neurodéveloppemental le fait que le TDAH apparaisse dans l'enfance et qu'il implique le cerveau, on ne peut qu'être d'accord avec ces deux évidences triviales : l'enfant est un être en développement et il n'y a pas de comportement sans cerveau.
- 2) Au-delà, puisque le groupe des troubles neurodéveloppementaux défini par le DSM-5 n'est homogène ni du point de vue de la biologie ni du traitement, reste l'affirmation que ces troubles sont des états durables tout au long de la vie¹⁷⁶. Cependant, plusieurs études épidémiologiques et génétiques remettent en question le point de vue selon lequel le TDAH de l'adulte serait nécessairement le prolongement du TDAH de l'enfance¹⁷⁷.
- 3) En conséquence, on peut éventuellement accepter la désignation de trouble neurodéveloppemental comme une hypothèse pour la recherche, mais du point de vue du praticien, cette désignation n'apporte rien. En effet, elle promeut une conception neuro-essentialiste du TDAH qui n'incite pas le clinicien à rechercher les causes environnementales du trouble, comme la maltraitance, l'anxiété générée par une situation familiale difficile ou l'exposition excessive aux écrans. De plus, cette conception favorise probablement le

¹⁷⁵ Moncrieff J., Cooper R.E., Stockmann, T. *et al.*, 2022, The serotonin theory of depression: a systematic umbrella review of the evidence, *Mol Psychiatry*, <https://doi.org/10.1038/s41380-022-01661-0>.

¹⁷⁶ Thapar *et al.*, 2017, *op.cit.*

¹⁷⁷ Shaw *et al.*, 2017.

traitement médicamenteux comme cela a été montré pour d'autres troubles mentaux¹⁷⁸ et pour d'autres explications neurobiologiques du TDAH, par exemple le supposé déficit de dopamine prétendument corrigé par les psychostimulants¹⁷⁹.

- 4) Pour finir, si on considère l'évolution des noms donnés au TDAH depuis deux siècles, on constate une oscillation entre des désignations évoquant une altération cérébrale (e.g. *minimal brain damage*) et d'autres plus factuelles (e.g. *hyperkinetic disorder*). La catégorie trouble neurodéveloppemental, appliquée au TDAH, ne paraît pas plus justifiée scientifiquement que les précédentes désignations à coloration neurologique.

Une autre critique de la psychiatrie biologique et statistique concerne l'usage hégémonique du DSM. Ces dernières années, de hauts responsables de la psychiatrie anglo-saxonne ont vigoureusement critiqué la classification américaine des maladies mentales¹⁸⁰.

La première version du DSM date de 1952 et la deuxième, le DSM-II, de 1968¹⁸¹. Il distinguait entre les pathologies d'origine organique et celles d'origine psychogène, ces dernières étant divisées en deux classes : les psychoses et les névroses. Il était donc clairement influencé par les psychiatres qui pratiquaient la psychanalyse et souhaitaient voir leurs traitements pris en charge par les assurances. Dans les deux cas, les différentes pathologies étaient définies par des descriptions de patients types (descriptions prototypiques).

La troisième version du DSM, publiée en 1980, a représenté une véritable rupture. Les raisons politiques et sociales de ce changement ont été analysées notamment par Stuart Kirk et H. Kutchins¹⁸². Deux objectifs scientifiques ont aussi guidé les rédacteurs du DSM-III. Premièrement, le principe des descriptions prototypiques du DSM-II a été considéré comme la cause de sa mauvaise fiabilité interjuge : les décisions diagnostiques prises par deux médecins à propos du même patient étaient trop souvent différentes. Il a donc été décidé de définir chaque diagnostic par une liste de critères et des règles d'exclusion. Deuxièmement, les hypothèses psychanalytiques concernant l'étiologie des maladies mentales ont été critiquées par l'Association américaine de psychiatrie (APA) pour leur manque de preuves scientifiques. Constatant qu'aucune théorie ne permettait de rendre compte de cette étiologie, l'APA a décidé que le DSM-III serait athéorique : chaque maladie n'est définie que par ses symptômes caractéristiques. Les promoteurs du DSM-III espéraient ainsi que la recherche en psychiatrie biologique permettrait de découvrir des marqueurs biologiques spécifiques à chaque pathologie et que la recherche de nouveaux médicaments psychotropes en serait facilitée.

¹⁷⁸ Dumas-Mallet E., Garenne A., Boraud T., Gonon F., 2020, Does newspapers coverage influence the citations count of scientific publications? An analysis of biomedical studies. *Scientometrics*, 123(1), 413-427.

¹⁷⁹ Bourdaa M., Konsman J. P., Secail C. *et al.*, 2015, Does television reflect the evolution of scientific knowledge? The case of attention deficit hyperactivity disorder coverage on French TV. *Public Understanding of Science* 24(2): 200–209 ; Gonon F., Bézard E., Boraud T. 2011, Misrepresentation of neuroscience data might give rise to misleading conclusions in the media: The case of attention deficit hyperactivity disorder. *PLoS ONE* 6(1): e14618.

¹⁸⁰ Gonon F., 2013, Quel avenir pour les classifications des maladies mentales? Une synthèse des critiques anglo-saxonnes les plus récentes. *L'information psychiatrique*, 89(4), 285-294.

¹⁸¹ Pierre J. M., 2010, The borders of mental disorder in psychiatry and the DSM: past, present, and future. *J Psychiatr Pract* 2010;16:375-86.

¹⁸² Kirk S., Kutchins H., 1998, *Aimez-vous le DSM ? Le triomphe de la psychiatrie américaine*, Paris, Les Empêcheurs de penser en rond.

Publié en 1994, le DSM-IV, et sa version révisée en 2000, ne présentent pas de changement majeur par rapport au DSM-III. Depuis 1999, l'APA prépare une cinquième version du DSM qui, après avoir été longtemps repoussée, a finalement été publiée en 2013. Les nombreuses critiques relatives au manuel et à ses usages ont conduit l'APA à ne procéder qu'à des modifications mineures entre les DSM-IV et V.

Le DSM ne repose sur aucune étiologie biologique

Malgré d'intenses recherches depuis la publication du DSM-III en 1980, aucun marqueur biologique n'a encore été validé pour aider au diagnostic des troubles mentaux. Ce point a largement été développé au fil de ce rapport, mais citons encore Greg Miller dans un éditorial de la prestigieuse revue *Science* : « *Quand la première conférence de préparation du DSM-V s'est tenue en 1999, les participants étaient convaincus qu'il serait bientôt possible d'étayer le diagnostic de nombreux troubles mentaux par des marqueurs biologiques. Actuellement [en 2010], les responsables reconnaissent qu'aucun indicateur biologique n'est suffisamment fiable pour contribuer au diagnostic* »¹⁸³.

Les consensus scientifiques réfutant la découverte de marqueurs biologiques pour les troubles mentaux ont largement été renforcés entre 2010 et 2020, de sorte le DSM-V ne mentionne aucun biomarqueur d'aide au diagnostic.

Ainsi Allen Frances, l'un des principaux contributeurs du DSM-III, et aujourd'hui très critique à l'égard de cet outil diagnostic : « *Si les neurosciences ont fait progresser notre connaissance du fonctionnement cérébral, plus nous en apprenons sur le cerveau plus celui-ci apparaît d'une inéluctable complexité* »¹⁸⁴.

C'est également l'avis de Steven Hyman : « *La neurobiologie a fait de réels progrès, mais n'a pas encore atteint un niveau qui lui permettrait de contribuer utilement à la définition des différentes pathologies* »¹⁸⁵.

Le DSM est-il fiable ?

La fiabilité des nosographies peut être estimée à partir du degré d'accord entre praticiens pour une présentation clinique donnée : elle est nommée fiabilité interjuge.

Selon son principal promoteur Robert Spitzer, la fiabilité interjuge du DSM-III était supérieure à celle des précédents DSM¹⁸⁶. En réalité, selon Michael First¹⁸⁷, une seule étude a comparé dans les mêmes conditions la fiabilité du DSM-III à celle du DSM-II. Il en ressort que les deux fiabilités sont identiques. Comme on pouvait s'y attendre, elles sont satisfaisantes pour les pathologies les plus

¹⁸³ Miller G., Holden C., 2010, Proposed revisions to psychiatry's canon unveiled. *Science*, 327:770-1.

¹⁸⁴ Frances A. J., Widiger T., 2012, Psychiatric diagnosis: lessons from the DSM-IV past and cautions for the DSM-5 future. *Annu Rev Clin Psychol*, 8:109-30.

¹⁸⁵ Hyman S.E., 2010, The diagnosis of mental disorders: the problem of reification. *Annu Rev Clin Psychol*, 6:155-79.

¹⁸⁶ Spitzer R. L., Forman J. B., Nee J., 1979, DSM-III field trials: I. Initial interrater diagnostic reliability. *The American journal of psychiatry*.

¹⁸⁷ First M. B., 2012, A practical prototypic system for psychiatric diagnosis: the ICD-11 Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. *World Psychiatry*, 11(1), 24.

sévères et médiocres pour les autres¹⁸⁸. Selon Michael First¹⁸⁹ et Allen Frances¹⁹⁰, la fiabilité interjuge des DSM-III et DSM-IV a été largement surestimée. De plus, cette fiabilité est encore plus médiocre en pratique clinique. Ainsi, le diagnostic posé par des chercheurs expérimentés utilisant les protocoles standardisés recommandés par le DSM diffère souvent de celui des psychiatres en pratique clinique quotidienne pour le même patient¹⁹¹. Par exemple, pour les pathologies non psychotiques, l'accord entre les spécialistes et les cliniciens était nettement insuffisant avec un coefficient kappa de fiabilité interjuge variant entre 0,12 et 0,33 – ce qui est loin d'être probant (ce coefficient varie entre de 0 à 1 pour une parfaite fiabilité interjuge). Selon les éléments de littérature disponibles, la fiabilité du DSM ou de tout autre modélisation des troubles mentaux reste très relative.

Le DSM est-il scientifiquement valide ?

La validité est le critère le plus « scientifique » d'une classification. Pour que la définition d'une maladie soit valide, elle doit permettre de la distinguer des autres maladies et de la normalité. En médecine somatique, les marqueurs biologiques ont beaucoup contribué à la définition d'entités valides. Leur absence en psychiatrie ouvre donc un espace de débat aussi nécessaire que salutaire. En l'absence de biomarqueur et d'étiologie connue, la validité d'une pathologie repose alors sur une description permettant de la distinguer des autres pathologies et de la normalité.

Pour Robert Kendell, psychiatre britannique qui a été très impliqué dans la production des DSM-III et IV, si l'on s'accorde sur cette définition de la validité, le constat est clair : les diagnostics psychiatriques définis par le DSM-IV ne peuvent pas être considérés comme valides. D'ailleurs, le préambule du DSM-IV reconnaît explicitement que la validité des définitions proposées n'est nullement prouvée¹⁹². Les études publiées depuis lors vont toutes dans le sens d'une absence de validité pour quatre raisons qui ont été soulignées aussi bien par Robert Kendell¹⁹³ que par Steven Hyman¹⁹⁴. Premièrement, la plupart des patients souffrent d'une combinaison variable de plusieurs troubles : la comorbidité, qui aurait dû rester rare si la validité du DSM avait été satisfaisante, est en réalité très fréquente¹⁹⁵. L'analyse des bases de données de santé françaises montre une très grande variabilité des diagnostics pour un même enfant. Lorsqu'un diagnostic est codé dans les bases de santé, il est précédé et /ou suivi d'un ou de plusieurs autres diagnostics psychiatriques.

¹⁸⁸ Mattison R., Cantwell D. P., Russell A. T., Will L., 1979, A comparison of DSM-II and DSM-III in the diagnosis of childhood psychiatric disorders. II. Interrater agreement. *Arch Gen Psychiatry*, 36:1217-22.

¹⁸⁹ First M. B., 2012, *op. cit.*

¹⁹⁰ Frances A., 2012, Prototypal diagnosis: will this relic from the past become the wave of the future?. *World Psychiatry*, 11(1), 26.

¹⁹¹ Basco M. R., Bostic J. Q., Davies D., Rush A. J., Witte B., Hendrickse W., Barnett, V., 2000, Methods to improve diagnostic accuracy in a community mental health setting, *American Journal of Psychiatry*, 157(10), 1599-1605; Shear M. K., Greeno C., Kang J., Ludewig D., Frank E., Swartz H. A., Hanekamp M., 2000, Diagnosis of nonpsychotic patients in community clinics, *American Journal of Psychiatry*, 157(4), 581-587.

¹⁹² Kendell R., Jablensky A., 2003, Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses, *American journal of psychiatry*, 160(1), 4-12.

¹⁹³ *Id.*

¹⁹⁴ Hyman S. E., 2010, The diagnosis of mental disorders: the problem of reification, *Annu Rev Clin Psychol*, 6:155-79.

¹⁹⁵ Krueger R. F., Markon K. E., 2006, Reinterpreting comorbidity: A model-based approach to understanding and classifying psychopathology, *Annual review of clinical psychology*, 2, 111.

Deuxièmement, le DSM-IV et la CIM-10 sont organisés en différentes classes de pathologies qui sont divisées en entités très spécifiques, mais prévoient pour chaque classe une catégorie non spécifiée – *Not Otherwise Specified* (NOS). Les enquêtes montrent que les catégories NOS sont beaucoup plus souvent utilisées que les autres par les praticiens - et en particulier les médecins généralistes -, alors qu'elles auraient dû rester l'exception. Steve Hyman en conclut que les trop nombreuses catégories étroitement spécifiées ne correspondent pas, aux yeux des cliniciens, à des entités « naturelles »¹⁹⁶.

Troisièmement, la frontière entre état pathologique et normalité est nette pour les pathologies sévères, mais franchement imprécise pour les troubles plus bénins comme la dépression¹⁹⁷. Cela est cohérent avec le fait que des enquêtes épidémiologiques réalisées à la même période aux États-Unis puissent donner des résultats très divergents¹⁹⁸. Par exemple, la prévalence sur un an de la phobie sociale était de 1,6 % dans une étude et de 7,4 % dans l'autre¹⁹⁹.

Quatrièmement, une même cause peut entraîner des pathologies différentes. Par exemple, les adultes qui ont subi des abus sexuels dans l'enfance peuvent souffrir de dépression, de troubles anxieux, de trouble du comportement alimentaire ou de toxicomanie²⁰⁰. De même, une altération chromosomique rare (dite DISC1) observée sur plusieurs générations d'une famille écossaise a entraîné des troubles très variables : schizophrénie, troubles des conduites, dépression, troubles anxieux²⁰¹. Steven Hyman en conclut : « *Les données génétiques et familiales ne confirment pas les limites des pathologies définies par le DSM* »²⁰². Ce manque de validité explique que la définition même de ce qu'est un trouble mental fasse toujours débat²⁰³.

Une utilité discutée

Les principaux arguments concernant l'utilité du DSM – et de manière plus générale des classifications standardisées – font l'objet d'intenses controverses. À titre d'exemple :

- les partisans des nomenclatures standards de type DSM argumentent régulièrement leur intérêt pour la recherche. Hors, Steven Hyman, ancien directeur du NIMH (institut américain

¹⁹⁶ Hyman, S. E. (2010). *Op. cit.*

¹⁹⁷ Batstra L., Frances A., 2012, Diagnostic inflation: causes and a suggested cure, *The Journal of nervous and mental disease*, 200(6), 474-479 ; Kendell R., Jablensky A., 2003, Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses, *American journal of psychiatry*, 160(1), 4-12; Horwitz A. V., Wakefield J. C., 2010, *Tristesse ou dépression?: Comment la psychiatrie a médicalisé nos tristesses*, (vol. 7), Editions Mardaga.

¹⁹⁸ Regier D. A., Kaelber C. T., Rae D. S., Farmer M. E., Knauper B., Kessler R. C., Norquist G. S., 1998, Limitations of diagnostic criteria and assessment instruments for mental disorders: implications for research and policy, *Archives of general psychiatry*, 55(2), 109-115.

¹⁹⁹ *Id.*

²⁰⁰ Kendell R., Jablensky A., 2003, Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses, *American journal of psychiatry*, 160(1), 4-12.

²⁰¹ Abbott A., 2008, Psychiatric genetics: The brains of the family, *Nature*, 454(7201), 154-158.

²⁰² Hyman S. E., 2010, The diagnosis of mental disorders: the problem of reification, *Annu Rev Clin Psychol*, 6:155-79.

²⁰³ Phillips J., Frances A., Cerullo M. A., Chardavoyne J., Decker H. S., First M. B., ... Zachar P., 2012, The six most essential questions in psychiatric diagnosis: a pluralogue part 1: conceptual and definitional issues in psychiatric diagnosis, *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 7(1), 1-29.

pour la santé mentale) a finalement considéré que « *le DSM avait été un obstacle pour la recherche* », et proposé que le NIMH finance des recherches hors DSM²⁰⁴ ;

- d'un point de vue clinique, une enquête diligentée en 2010 par l'OMS auprès de près de 5 000 psychiatres dans 44 pays, montre que les deux tiers utilisent la version clinique de la CIM-10²⁰⁵. Même aux États-Unis, les utilisateurs du DSM le jugent beaucoup trop compliqué avec ses 410 pathologies distinctes définies par des listes de critères, et préféreraient la version clinique de la CIM-10. En effet, cette dernière ne procède pas par listes de critères, mais propose des descriptions types. Cette approche prototypique est préférée par 69 % des psychiatres interrogés par l'OMS. Les raisons de cette préférence et leur bien-fondé ont été mises en avant par le psychiatre américain Drew Westeen²⁰⁶. De plus, 88 % des psychiatres souhaiteraient une classification réduite à un petit nombre de pathologies distinctes (entre 10 et 100)²⁰⁷. Ce point de vue est maintenant défendu par Allen Frances, Michael First et Steven Hyman²⁰⁸ ainsi que de nombreux autres psychiatres américains²⁰⁹. En effet, **puisque aucune classification existante ne peut prétendre à une validité scientifique, tous ces experts estiment qu'il faut privilégier l'utilité clinique** ;
- du point de vue de la formation aux métiers du soin, de l'éducation et de l'intervention la réussite aux examens dépendant souvent de la restitution des catégories du DSM, sa connaissance littérale en vient à représenter l'essentiel des connaissances en psychiatrie²¹⁰.

II.5.8. LES APPROCHES EVIDENCE BASED

La santé mentale – et *a fortiori* la santé mentale de l'enfant – est un secteur polysémique marqué par la diversité de ses publics, de ses acteurs, de ses institutions, de ses prismes théoriques et praxéologiques. En France et au niveau international, cette diversité a longtemps été considérée comme une richesse, témoignant de la complexité à l'œuvre dans les pratiques de soin et d'éducation. Mais depuis le début des années 1980-1990, elle est également perçue comme un facteur d'incertitude : insistant sur un manque supposé de scientificité dans le champ du soin psychique, de l'éducation ou de l'intervention sociale, l'EBM) et l'EBP consistent à collecter des

²⁰⁴ Miller G., 2010, DSM: seeking a brain-based classification of mental illness, *Science*, 327:1437.

²⁰⁵ Reed G. M., Correia J. M., Esparza P., Saxena S., Maj M., 2011, The WPA-WHO global survey of psychiatrists' attitudes towards mental disorders classification, *World Psychiatry*, 10(2), 118.

²⁰⁶ Westeen D., 2012, Prototype diagnosis of psychiatric syndromes, *World Psychiatry*, 11:16-21.

²⁰⁷ Reed G. M., Correia J. M., Esparza P., Saxena S., Maj M., 2011, *op. cit.*

²⁰⁸ First M. B., 2012, A practical prototypic system for psychiatric diagnosis: the ICD-11 Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines, *World Psychiatry*, 11(1), 24; Frances A., 2012, Prototypal diagnosis: will this relic from the past become the wave of the future?, *World Psychiatry*, 11(1), 26; Hyman S. E., 2011, Diagnosing the DSM: diagnostic classification needs fundamental reform, In *Cerebrum: The Dana forum on brain science* (vol. 201, mars. Dana Foundation).

²⁰⁹ Phillips J., Frances A., Cerullo M. A., Chardavoyne J., Decker H. S., First M. B., ... Zachar P., 2012, The six most essential questions in psychiatric diagnosis: a pluralogue part 1: conceptual and definitional issues in psychiatric diagnosis, *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 7(1), 1-29.

²¹⁰ *Id.*

données de recherche de manière à orienter les pratiques professionnelles afin d'en accroître l'efficacité²¹¹.

Le déploiement des conceptions biomédicales des troubles mentaux, de la psychiatrie biologique et statistique dans le courant des années 2000 en France est très largement inspiré des approches EBM-EBP, qui ne limitent pas leurs ambitions à la recherche ou à la santé publique, mais visent à intégrer des données issues de la recherche « scientifique » et « systématique » au pratiques de soin, d'éducation et d'intervention sociale²¹².

L'extension des approches EBM-EBP au champ de la psychiatrie et des pratiques sociales a provoqué en France d'intenses débats et controverses de la part de plusieurs auteurs argumentant le risque de standardisation des pratiques thérapeutiques, éducatives et sociales réduites à une série de protocoles²¹³.

En France comme au niveau international, de nombreux praticiens et chercheurs ont élaboré une critique minutieuse des fondements méthodologiques et idéologiques des approches EBM-EBP dans le champ de la santé mentale, pour soutenir la nécessité des approches épistémologiques, empiriques et cliniques dans les pratiques de soin, d'éducation et d'intervention sociale adressées à l'enfant²¹⁴. Parmi les critiques les plus fréquemment formulées :

- 1) La première concerne le principe même de la preuve, qui se prête particulièrement mal à la réalité des situations de terrain en pédopsychiatrie. En effet, la santé mentale ne présente pas un champ disciplinaire homogène, de telle sorte que chaque situation ou phénomène puisse faire l'objet d'une multitude d'hypothèses potentiellement valides et non-exclusives. La prudence s'impose d'autant plus que les objets d'étude spécifiques aux sciences sociales concernent la personne humaine dont la complexité et la singularité sont souvent ravalées par la sophistication des méthodes et des protocoles.
- 2) Un deuxième écueil tient aux considérations méthodologiques propres aux approches EBP : celles-ci sont en effet classées par degré de robustesse et de fiabilité selon des critères de scientificité reconnus et préétablis : a) Revues systématiques/méta-analyses. b) Essais contrôlés randomisés. c) Études quasi-expérimentales. d) Études de cas et de cohortes. e) Études de groupe pré-expérimentales. f) Enquêtes. g) Études qualitatives. L'EBM/EBP

²¹¹ Ponnou S., Niewiadomski C. (Eds.), 2022, *Critical Psychoanalytic Social Work: Research and Case Studies for Clinical Practice*, Taylor Francis ; Ponnou S., Niewiadomski C., 2020, *Pratiques d'orientation clinique en travail social*, Paris : L'Harmattan.

²¹² Briffault X., 2013, Le process de construction de l'esprit malade et de sa maintenance à l'ère de l'Evidence-Based Mental Medicine, *Topique*, (2), 23-40.

²¹³ Briffault X., 2017, Usages et mésusages des données probantes en santé publique, *Le Journal des psychologues* (3), 39-43 ; Briffault X., Martin O., 2011, Déprimer par les nombres: le façonnage statistique et psychométrique des dépressions contemporaines, *Sociologie et sociétés*, n° 43 (2), p. 67-89 ; Briffault X., 2008 ; Ehrenberg A., 2006 ; Briffault X., 2009, Conflits anthropologiques et stratégies de lutte autour de l'évaluation des psychothérapies, *Nouvelle Revue de psychosociologie*, (2), 105-118 ; Ehrenberg A., 2007, Épistémologie, sociologie, santé publique: tentative de clarification, *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, n° 55(8), 450-455 ; Webb S. A., 2001, Some considerations on the validity of evidence-based practice in social work. *British journal of social work*, 31(1), 57-79 ; Ponnou S., Niewiadomski C. (Eds.), 2022 ; *Critical Psychoanalytic Social Work: Research and Case Studies for Clinical Practice*, Taylor Francis ; Ponnou S., Niewiadomski C., 2020, *Pratiques d'orientation clinique en travail social*, Paris, L'Harmattan.

²¹⁴ Ponnou S., Niewiadomski C. (Eds.), 2022, *Critical Psychoanalytic Social Work: Research and Case Studies for Clinical Practice*, Taylor Francis ; Ponnou S., Niewiadomski C., 2020, *Pratiques d'orientation clinique en travail social*, Paris, L'Harmattan.

attribue une plus faible valeur aux recherches qualitatives et cliniques, or certains terrains ou hypothèses ne peuvent trouver leur condition d'étude qu'à travers le déploiement de méthodes qualitatives. La deuxième difficulté liée à ce référencement concerne précisément le peu de considération des approches EBM-EBP pour les études cliniques, les observations ethno/anthropologiques de terrain, les entretiens, les recherches-actions, les observations participantes... Qui sont autant de méthodes descriptives et compréhensives à même de retranscrire la complexité des pratiques de soin, d'éducation ou d'intervention sociale déployées auprès des enfants.

- 3) Un autre type de problème tient aux écueils propres aux modalités de financement, de production et de diffusion de la recherche scientifique, qui, comme certains experts l'ont démontré dans le cas du TDAH ou de la dépression chez l'enfant, souffrent d'un certain nombre de biais.
- 4) Un quatrième type de limitation concerne l'articulation des registres de la preuve et de la méthode à l'évaluation de l'efficacité des pratiques de soin, elle-même soumise à des enjeux économiques. De telle sorte que l'EBM-EBP apparaisse comme une entreprise de rationalisation des pratiques thérapeutiques, sociales, éducatives et relationnelles afin d'en réduire l'impact financier. La science serait ici utilisée comme outil de management et de réduction des coûts, par le détour de l'évaluation de l'efficacité de l'action. Selon cette logique, l'EBM-EBP aurait tendance à mettre l'accent sur les approches thérapeutiques de court terme, tandis que les logiques de soin en santé mentale de l'enfant impliquent souvent des modalités d'accompagnement à moyen et long terme.
- 5) Les contributeurs de l'EBM-EBP argumentent une éthique de la recherche tandis qu'il s'agit essentiellement de penser une éthique pour les pratiques de soin, voire de construire une pratique depuis une éthique et non une technique (méthode). Il s'agit là d'une distinction fondamentale. En effet, les questions relatives à la santé mentale de l'enfant relèvent d'abord d'un champ de pratiques, orientées par une/des éthiques, à partir de laquelle il est possible de produire de la recherche, et non un champ de recherche à partir duquel inférer une pratique.
- 6) Enfin, une difficulté récurrente des modèles EBM-EBP concerne les possibilités d'application du paradigme dans la réalité des pratiques. Cet écueil tient à cinq raisons principales : d'abord le passage de la recherche fondamentale à la recherche appliquée pose toujours des difficultés épistémologiques et techniques, notamment dans le cadre d'études expérimentales requérant des conditions particulières non reproductibles dans la pratique. De plus, l'EBM-EBP reposent sur des études contrôlées randomisées fondées sur le principe du « toute chose égale par ailleurs ». Si cette logique semble pertinente en médecine somatique, il en est tout autrement en psychiatrie et pédopsychiatrie, où la singularité du sujet, son histoire, son environnement familial, culturel et social tiennent une place prépondérante. Dans la pratique, c'est toujours « toute chose étant différente pour chaque enfant ». De plus, les résultats de la recherche, quelles que soient les méthodes employées, préconisent régulièrement des mesures difficiles à appliquer en l'état, dont le déploiement ne dépend pas de la seule volonté des praticiens. Sans compter que les résultats de la recherche sont parfois difficilement interprétables, sinon inconsistants, contradictoires, quand la pratique requiert une intervention hic et nunc. De manière pragmatique, les conditions d'exercice des métiers du soin, de l'éducation et de l'intervention sociale laissent rarement le loisir d'une analyse approfondie de la littérature scientifique sur une question donnée : le nombre, la variété et la complexité des problématiques posées à chaque professionnel durant sa journée de travail

rendent utopique sinon caduque ce type de démarche. Enfin et surtout, cette perspective d'application des résultats de la recherche aux problématiques professionnelles engage un risque d'uniformisation et de standardisation des pratiques là où l'accueil et le soin de l'enfant appellent de l'ingéniosité et du sens critique, de la réflexion et des débats, de l'audace et de la créativité.

ANNEXES PARTIE III.

LES PSYCHOTHERAPIES :

INTERET CLINIQUE, DEBATS ET ENJEUX

Éléments sur le dispositif MonParcoursPsy

Données relatives au dispositif MonPsy
-Depuis le 05 avril 2022-

L'analyse porte sur toutes les séances réalisées. Les prestations suivantes ont été suivies :

- EEP : Entretien d'évaluation
- APS : Séance de suivi en présentiel.
- PSS : Séance de suivi à distance.

Champ : Soins réalisés du 05 avril 2022 au 31 août 2022, liquidés à fin août 2022, tous régimes, France entière

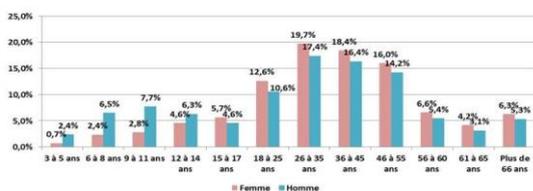
Source : SNDS/DCIR

Recours au dispositif

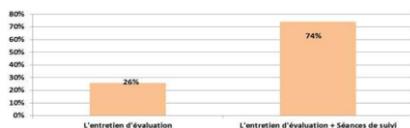
Parmi les 30 682 patients ayant eu recours au dispositif :

- 71,0% sont des femmes
- 9% bénéficient de la CSS

Répartition du nombre de patients par sexe, age



Répartition du nombre de patients



- 74% ont eu recours à au moins une séance de suivi
- En moyenne, 3,1 séances par patient
- Un patient sur deux a réalisé plus de 3 séances

Distribution du nb de séances par patient

Moyenne	3,1
Min	1
25%	1
50%	3
75%	4

- 1 patient sur 2 effectue son entretien d'évaluation avec le psychologue moins de 12 jours après la consultation chez le médecin

- 94 691 séances réalisées pour un montant remboursé de 2,0 M€
- Le montant remboursé moyen par patient est de 645€

Axe médecin adresseur

Parmi les 17 363 médecins ayant orienté au moins un patient chez le psychologue, 94% sont des médecins généralistes

- En moyenne : un médecin a orienté 1,8 patients
- Un médecin sur deux a orienté plus de 1 patient

Axe psychologue

- 1 813 psychologues conventionnés, répartis sur 99 départements (Source : Ministère 29/08/2022)
- Au 31/08/2022, 86,0% ont réalisé au moins une séance, soit 1 566 des psychologues conventionnés

- ➔ En moyenne : un psychologue a reçu en moyenne 19,8 patients
- ➔ Un psychologue sur deux a reçu plus de 13 patients
- ➔ Le nombre moyen de séances par psychologue est de 60,5 séances
- ➔ Un psychologue sur deux a réalisé plus de 42 séances

Source : DSS, à la demande du HCFEA.

Dans la mesure où il se fonde sur le remboursement de séances auprès de psychothérapeutes expérimentés et déjà en fonction, le dispositif MonPsy vise essentiellement, et c'est nécessaire, à faciliter l'accessibilité de l'offre psychothérapeutique existante. Cependant, à ce jour, il ne contribue pas à soulager l'embolie du système de soin.

Le remboursement et la prise en charge du soin psychothérapeutique par l'Assurance maladie n'a pas donné lieu à une demande soutenue des patients ni à une persistance des patients dans le dispositif.

Au vu des premiers résultats de l'expérimentation, la question reste posée du principe de la prescription médicale d'une psychothérapie, potentiellement contradictoire avec l'un de ses fondements qui est l'engagement du sujet dans son propre travail de soin. Fondé essentiellement sur la rencontre et l'alliance thérapeutique, ce travail personnel peut être certes orienté et soutenu ; la question reste de savoir dans quelles conditions il peut être prescrit et sa durée, programmée.

ANNEXES PARTIE IV.

PENSER L'ÉDUCATION, LES PÉDAGOGIES, LES DYNAMIQUES INCLUSIVES

IV.1. La tradition de l'éducabilité et les réponses pédagogiques

Les enseignants, les éducateurs et les pédagogues disposent d'un héritage précieux dans la tradition de l'éducabilité initiée par des médecins pédagogues, à l'instar de Jean Itard²¹⁵, d'Édouard Seguin – dont les apports respectifs seront repris plus tard par Maria Montessori²¹⁶ – ou encore d'Alfred Binet dans *Les idées modernes sur les enfants*²¹⁷. Chacun de ces pédagogues a cherché à appréhender l'enfant dans sa complexité psychologique et affective, en plaçant l'enfant au cœur du dispositif pédagogique en partant du postulat central que « l'enfant est une personne ». Cette perspective est également bien illustrée par le travail de Fernand Deligny²¹⁸ qui a cherché à créer un environnement accompagnant, non pathologique et potentiellement réparateur (résilience) à destination de l'enfant.

- Les pédagogues ont pensé de nombreuses pratiques au bénéfice du bien être de l'enfant, et donc de sa santé mentale qui a été au centre de leurs préoccupations :
 - **Deligny : créer un environnement accompagnant, non pathologique et potentiellement réparateur (résilience)**
- Ils ont cherché à appréhender l'enfant dans sa complexité psychologique et affective au cœur du dispositif pédagogique.



L.Lescouarch-2022

²¹⁵ Meirieu P., 2018, *Le docteur Itard et L'Enfant Sauvage*, in *Les Grands Penseurs de l'éducation*, Éditions Sciences Humaines, p. 43-46.

²¹⁶ Houssaye J., 2012, *Quinze pédagogues: Idées principales et textes choisis*, Paris, Fabert.

²¹⁷ Binet, A., 2010, *Les idées modernes sur les enfants*, p. 1-346.

²¹⁸ Houssaye J., 2013, *Pédagogues contemporains: Idées principales et textes choisis: Fernand Oury, Fernand Deligny, Paulo Freire, László Gáspár, John I. Goodlad, Hartmut von Hentig, Raffaele Laporta, Sérgio Niza*, Paris, Fabert ; Deligny F., 2007, *Œuvres*, Paris, Les éditions l'Arachnéen.

IV.1.1. UN ENVIRONNEMENT SECURISANT ET PREVISIBLE A LA MESURE DES ENFANTS

Une dimension fondamentale de l'éducation est de proposer aux enfants un environnement cadré, prévisible, respectueux, où il est pris en compte comme une personne à part entière. Cela suppose d'être attentif à leur sécurité physique et matérielle, à l'accessibilité des espaces mais également à leur sécurité affective dans la relation aux autres enfants et aux adultes. Ces environnements doivent également être pensés à la mesure des enfants dans la tradition initiée par Pauline Kergomard ou Marie Pape-Carpantier à l'école maternelle, en cherchant à ajuster le mobilier aux particularités des enfants et à leurs besoins. Ces expériences conduisent à penser la question du milieu et du climat dans les espaces éducatifs : aménagement de l'espace, des règles, etc.

Un environnement secure et prévisible à la mesure des enfants

- Environnement cadré, prévisible, respectueux où l'enfant est pris en compte comme une personne.
- - sécurité matérielle et accessibilité
- - sécurité affective : dans la relation aux autres, aux adultes

- Des environnements à la mesure des enfants. P. Kergomard, MP Carpentier



L.Lescouarch-2022

IV.1.2. RESPECTER LES BESOINS PHYSIOLOGIQUES ET PSYCHOLOGIQUES DES ENFANTS

Différentes dimensions sont donc impliquées dans la construction d'un environnement « mieux étayant », dans une systémique pédagogique qui respecte les besoins physiologiques et psychologiques des enfants, condition d'une forme de « bien-être » qui peut être mis en lien avec la santé mentale de l'enfant.

Un pédagogue comme Ovide Decroly²¹⁹ a ainsi construit toute une modélisation pédagogique prenant en compte les centres d'intérêt et les besoins fondamentaux de l'enfance qui pourrait inspirer des pratiques contemporaines.

Qui respecte les besoins physiologiques et psychologiques

- Decroly et les besoins fondamentaux de l'enfance

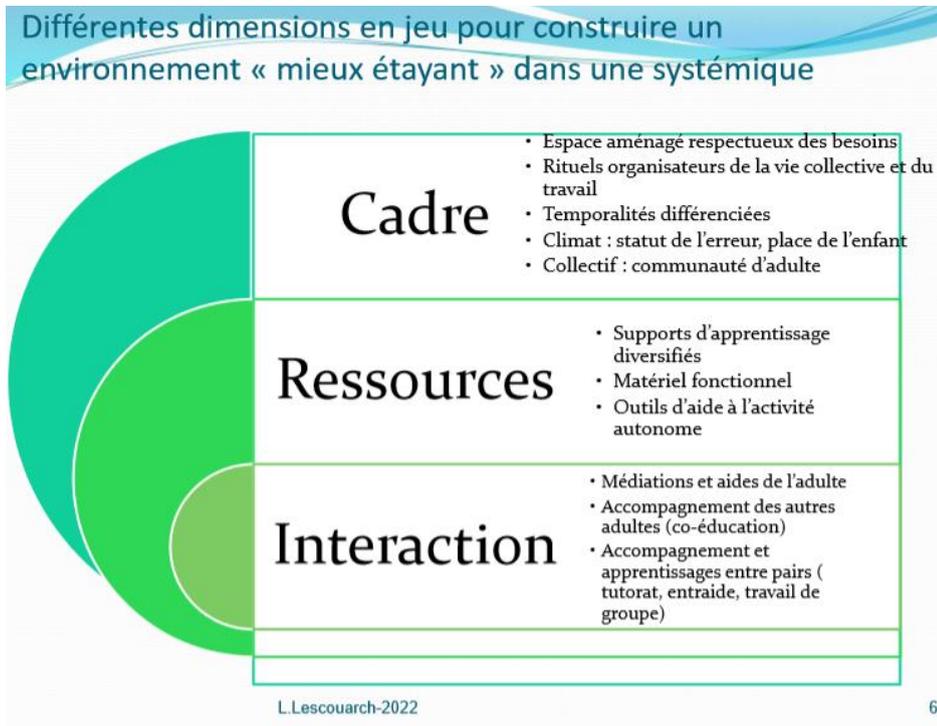


- Un enjeu : une journée pensée en prenant en compte les besoins et rythmes des enfants :
 - Exemple : temps calmes et récréations comme moment pédagogique (Education populaire / F. Best)
 - Exemple de la flexibilisation des espaces à l'école
- Le **besoin de jouer , d'expérimenter**

L.Lescouarch-2022

²¹⁹ Wagnon S., 2017, Les jeux Decroly, prototypes des jeux éducatifs ?, *Carrefours de l'éducation*, n° 43(1), p. 122-140.

Nous retrouvons ce questionnement dans les réflexion sur les rythmes de l'enfant, l'organisation des journées dans les espaces scolaires et périscolaires – par exemple les temps calmes et les récréations comme moments pédagogiques liés au jeu tel que pensé dans les mouvements d'éducation populaire²²⁰ ; les projets de flexibilisation des espaces d'apprentissage à l'école ; mais également dans le registre de l'éducation familiale avec le besoin de vivre dans un espace ritualisé avec des rythmes structurés laissant une place au besoin de jouer et d'expérimenter.



²²⁰ Best F., 1979, *Éducation nouvelle : Courants pédagogiques actuels : Problèmes idéologiques et philosophiques*, intervention lors d'une semaine d'étude, Courants pédagogiques dans l'Éducation Nouvelle Francine Best - EDUCATION NOUVELLE : Courants - Studocu.

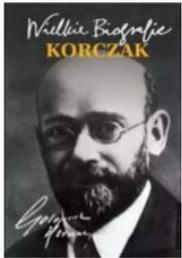
IV.1.3. L'ENFANT COMME PERSONNE A PART ENTIERE, AU SEIN D'UN COLLECTIF

L'enfant a besoin d'être reconnu comme personne dans un collectif, comme l'ont montré les travaux les réflexions de nombreux chercheurs ou pédagogues. Les psychologues Déci et Ryan²²¹ ont par exemple théorisé dans leurs travaux sur la motivation l'importance de développer un sentiment d'appartenance et d'attachement qui passe pour les enfants par le fait d'être intégré dans un groupe, de se faire des amis et de prendre part aux processus décisionnels.

Ainsi, en développant des conseils d'enfants et en cherchant à prendre en compte la parole des enfants pour décider ensemble, l'expérience pédagogique de Janus Korczak²²² a permis de bien mettre en évidence ces enjeux, tout comme le grand pédagogue brésilien Paulo Freire²²³, qui a construit des dispositifs dialogiques (individuel/collectif) visant à prendre en compte la singularité d'un sujet porteur d'une histoire au sein de dispositifs pédagogiques émancipateurs.

Où on est reconnu comme personne dans un collectif

- **Besoin d'être reconnu comme personne ..**
 - Freire et la prise en compte du sujet dans son histoire : partir des personnes
- ... dans un groupe, de développer un **sentiment d'appartenance et d'attachement** (Déci et Ryan)
 - - Etre intégré dans un groupe de copains, se faire des amis
- Korzack et la parole des enfants : décider ensemble

L.Lescouarch-2022 8

²²¹ Deci E. L., Ryan R. M., 2008, Favoriser la motivation optimale et la santé mentale dans les divers milieux de vie, *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, n° 49(1), 24 ; Vallerand R. J., 2000, Deci and Ryan's self-determination theory: A view from the hierarchical model of intrinsic and extrinsic motivation, *Psychological inquiry*, n° 11(4), p. 312-318.

²²² Houssaye J., 2000, *Janusz Korczak : L'amour des droits des enfants*, Paris, Hachette éducation.

²²³ Novoa A., 1996, *Paulo Freire*, in Houssaye J., 2013, *Pédagogues contemporains*. Paris, Armand Colin, p. 45-74.

IV.1.4. L'ENFANT EST RESPONSABILISÉ DANS SON RAPPORT A LUI-MEME ET AUX AUTRES

Les pratiques de responsabilisation des enfants dans le collectif, et par rapport à leur comportement, vont dans le sens d'une meilleure inclusion de l'enfant. Cette perspective a été fortement mise au travail par des pédagogues comme Janus Korczak, Célestin Freinet²²⁴, Fernand Oury²²⁵ ou Anton Makarenko²²⁶, en pensant les espaces et les environnements éducatifs comme des institutions comprenant des conseils d'enfants, ou des espaces de régulation du vivre ensemble, dans lesquels les enfants ont un peu de pouvoir sur l'environnement qui les concerne à leur échelle. Ces espaces de « montée en responsabilité » peuvent concerner la définition des règles de fonctionnement dans le cadre du règlement de l'espace, participation à l'aménagement des lieux, de la classe, de la cour de récréation, etc. Il ne s'agit à aucun moment de céder sur la responsabilité de l'adulte ou du pédagogue, mais bien de penser les instances et les espaces d'exercice de la parole et de la citoyenneté de l'enfant.

Ou on est responsabilisé par rapport à soi même et aux autres

- - responsabilisation des enfants (dans le collectif et par rapport à leur comportement)
- Korzack, Freinet, Oury, Makarenko : des institutions comme les conseils d'enfant pour vivre ensemble, avoir des espaces de régulation et un peu de pouvoir sur son environnement.
 - - Régulation des conflits
 - - Exemple : aménager les lieux : classe, cour



L.Lescouarch-2022

²²⁴ Freinet C., 1969, *Pour l'école du peuple*, Paris, Maspéro ; Freinet C., 1964, Les invariants pédagogiques, *Bibliothèque de l'école moderne*, n° 25 ; Freinet C., 1947, *L'éducation du travail*, FeniXX.

²²⁵ Oury F., Vasquez A., 1967, *Vers une pédagogie institutionnelle*, FeniXX.

²²⁶ Jeanne Y., 2005, Anton Makarenko : Un art de savoir s'y prendre, *Reliance*, n° 17(3), p. 144-150.

IV.1.5. DECOUVRIR LE MONDE, AVOIR PRISE SUR UNE PARTIE DE SON ACTIVITE

De plus, les enfants ont besoin de ne pas toujours être soumis à l'arbitraire des décisions des adultes et pouvoir à certains moments être mobilisés sur des activités choisies, ou de proposer eux-mêmes des activités afin d'exercer leur « pouvoir sur le monde » et d'avoir prise sur ce qui les concerne. Ces principes renvoient à la notion d'*empowerment*, au « pouvoir d'agir » que l'on retrouve chez de nombreux pédagogues comme Maria Montessori²²⁷ qui a développé une théorie de la pédagogie du choix.

Les enfants ont besoin de ne pas seulement être en situation de vivre des activités qui leur sont imposées mais également d'être acteurs, sujets, voire auteurs²²⁸ de leur activité, ce qui invite les praticiens à développer dans les espaces éducatifs des pédagogies de projets.

Découvrir et exercer son pouvoir sur le monde ... avoir prise sur une partie de son activité.

- Les enfants ont besoin de ne pas toujours être soumis à l'arbitraire des décisions des adultes et pouvoir à certains moments être mobilisés sur des activités choisies ou de proposer les activités.
- Empowerment, « pouvoir d'agir » de la pédagogie sociale
- Montessori et la pédagogie du choix



L.Lescouarch-2022

10

²²⁷ Rohrs H., 1994, Maria Montessori, *Perspectives : revue trimestrielle d'éducation comparée*, XXIV(1-2), p. 169-183.

²²⁸ Lescouarch L., 2015, Enfant auteur, *Éducation et sport*, n° 5.

IV.1.6. DES ADULTES SECURISANTS, ETAYANTS ET BIENVEILLANTS

Pour être en confiance et se développer dans un environnement favorable, les enfants ont besoin d'être confrontés à des adultes cherchant à se positionner de manière bienveillante. Le travail du psychopédagogue Carl Rogers²²⁹ sur la posture éducative mettant en perspective l'importance de la congruence, de l'empathie et d'une attitude positive inconditionnelle peut être un point de repère important.

Avec des adultes securisants, étayants et bienveillants

- adultes cherchant à se positionner dans une posture bienveillante
 - **Rogers et l'attitude positive inconditionnelle, l'empathie)**
- Une fonction d'étayage en tension entre directivité et semi-directivité (Bruner)




L.Lescouarch-2022 11

Les adultes doivent pouvoir assumer une fonction d'étayage au sens du psychopédagogue Jérôme Bruner²³⁰ et sont en situation de construire leurs actions en tension entre directivité et semi-directivité. Faire l'expérience de la réussite et avoir un sentiment de compétences sont également des facteurs essentiels comme le montrent les travaux d'Albert Bandura²³¹ sur le sentiment d'efficacité personnelle qui viennent renforcer les intuitions pédagogiques de nombreux éducateurs ayant fondé leurs propositions sur la valorisation des enfants et de leurs productions. Par exemple, Célestin Freinet²³² a repensé les questions d'évaluation pour les remplacer par des brevets de compétences ou en développant ce qu'on pourrait qualifier dans le vocabulaire contemporain de « pédagogie du chef d'œuvre »²³³.

²²⁹ Daval R., 2008, Les fondements philosophiques de la pensée de Carl Rogers. Approche Centrée sur la personne, *Pratique et recherche*, n° 8(2), p. 5-20.

²³⁰ Bruner J., 1983, *Le développement de l'enfant. Savoir faire savoir dire*, (8^e éd.), PUF.

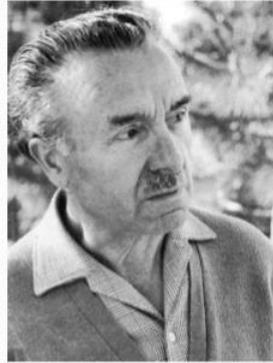
²³¹ Carré P., 2004, Bandura : Une psychologie pour le XXI^e siècle ?, *Savoirs*, Hors-série(5), p. 9-50.

²³² Reuter Y., 2007, *Une école Freinet : Fonctionnements et effets d'une pédagogie alternative en milieu populaire*, Paris, L'Harmattan.

²³³ Pepinster C., Manil J.-F., Guillaume L., 2018, *Du chef d'œuvre pédagogique à la pédagogie du chef d'œuvre* Lyon, Chronique sociale.

Faire l'expérience de la réussite et avoir un sentiment de compétences, être en projet

- Travaux de psychologie qui ont nourri les pratiques des pédagogues :
- question de l'évaluation, de la **valorisation dans le regard de l'autre**. (ou des effets qu'elle produit: **stress toxique, Favre**)
- Exemple : Brevets de compétences , Freinet et pédagogie du chef d'œuvre (ouverture culturelle)



L.Lescouarch-2022

12

Ces perspectives supposent de proposer dans les différents environnements éducatifs (animation, travail social, école) des espaces créatifs, des projets permettant d'exprimer artistiquement ses affects dans une vieille tradition des pédagogies de l'éducation nouvelle portée notamment par Germaine Tortel²³⁴, et associée également à la pratique de jeu symbolique pour les enfants, aux enjeux de médiation culturelle dans les œuvres littéraires comme le propose le psychopédagogue Serge Boimare²³⁵ dans une perspective de soutien et de réparation psychologique pour des enfants « empêchés de penser ».

²³⁴ Vial J., 1981, *Chapitre III. Les conditions d'une évolution*, in *Jeu et éducation*, Paris, Presses Universitaires de France, p. 171-192.

²³⁵ Boimare S., 2008, *Ces enfants empêchés de penser*, Paris, Dunod.

IV.2. Rapport Cour des comptes, Les médecins et les personnels de santé scolaire

La cour des comptes dans son rapport de 2020 sur la santé scolaire²³⁶ formule au total dix recommandations :

1. Dans les directions départementales des services de l'éducation nationale (DSDEN), regrouper au sein d'un service de santé scolaire les médecins, les personnels infirmiers et d'assistance sociale et les psychologues de l'éducation nationale. Créer un service de pilotage dans les rectorats, sous la direction d'un inspecteur d'académie (MENJ).
2. Créer des comités d'éducation à la santé et la citoyenneté (CESC) de bassin et supprimer le caractère obligatoire des CESC d'établissement (MENJ).
3. Dans le cadre de la réorganisation souhaitée par la Cour, revaloriser la rémunération des médecins de l'éducation nationale (MENJ, MACP/Fonction publique).
4. Transférer la charge budgétaire des psychologues de l'Éducation nationale, inscrite aux programmes 140 et 141 vers le programme 230, Vie de l'élève (MENJ).
5. Développer et déployer dans les meilleurs délais les applications métier de la santé scolaire et de DIAPASON (MENJ).
6. Revoir le partage des tâches entre médecins de l'Éducation nationale et personnels infirmiers, notamment pour les visites médicales de la 6^e année de l'enfant et des élèves mineurs des filières de l'enseignement professionnel (MENJ, MSS).
7. Doter le ministère d'un Conseil de la santé scolaire, publier un rapport annuel sur la santé scolaire (MENJ).
8. Articuler les dépistages obligatoires de la 6^e année de l'enfant avec les dépistages réalisés par la médecine de ville ou hospitalière retracés dans le carnet de santé de l'enfant et à l'avenir dans son dossier médical partagé (DMP) (MENJ, MSS).
9. Engager une concertation avec les collectivités territoriales pour la rénovation des centres médico-scolaires, et les doter d'un socle de moyens en personnels de secrétariat (MENJ).
10. Contractualiser au niveau académique avec les institutions partenaires (collectivités territoriales, ARS, assurance maladie) les modes de collaboration avec les services de santé scolaire (MENJ).

²³⁶ <https://www.ccomptes.fr/system/files/2020-05/20200527-rapport-58-2-medecins-personnels-sante-scolaire.pdf> et son rapport annexe <https://www.ccomptes.fr/fr/documents/51826>.

IV.3. Contribution du Collège des enfants du HCFEA

Des adultes sensibilisés, pour mieux orienter les enfants

Le Collège des enfants du HCFEA a insisté sur la sensibilisation des adultes en contact avec les enfants et les adolescents sur les problèmes de santé mentale, comme les animateurs, les professeurs, les coaches sportifs ou bien les parents, afin qu'ils puissent les rediriger vers d'autres professionnels (psychologues, infirmiers scolaires).

Il suggère que soient intégrés dans les formations pour les professionnels, à la fois dans le cadre scolaire et extrascolaire (BAFA, CAPES...), une sensibilisation sur les problématiques de santé mentale des jeunes.

Il engage à élargir le champ des sensibilisations au collège au lycée, actuellement trop souvent axées sur les thématiques des réseaux sociaux ou la sexualité. Ces séances pourraient aborder d'autres sujets, en particulier la santé mentale, notamment pour lutter contre le tabou et la stigmatisation qui s'y attachent.

Un accès plus direct aux enfants et adolescents directement, et non stigmatisant

Pour le Collège des enfants du HCFEA, les rendez-vous chez un psychologue devraient pouvoir être anonymes, en dehors des heures de cours, et sans en avertir systématiquement les parents, du moins au début.

Les absences pour des rendez-vous en santé mentale posent également toujours plus de questions que d'autres raisons de santé ce qui ajoute à la stigmatisation qui touche encore la souffrance psychique. Si les enfants n'ont pas besoin de se justifier lorsqu'ils se cassent le bras, il faut souvent davantage s'expliquer quand il s'agit de la santé mentale.

Les enfants relèvent qu'il existe un « tabou » autour des séances chez le psy, qui est plus ou moins selon les établissements : ils ont le sentiment qu'il est plus difficile de se confier dans un lycée en REP que dans un lycée où les enfants sont issus de milieu plus favorisé.

Selon l'ONS la stigmatisation, la honte, la peur du jugement des autres, des pairs, et la réaction des parents, sont un des principaux obstacles à la recherche d'un soutien et un des facteurs de délais avant d'en parler à quelqu'un.

Le Collège des enfants recommande que les enfants soient plus régulièrement questionnés sur le fait qu'ils aient été victimes ou témoins de violences, tout en préservant l'anonymat. L'une des recommandations de l'HAS est d'ailleurs que les médecins généralistes réalisent systématiquement des évaluations du risque suicidaire chez leurs patients enfants.

Des structures et des dispositifs plus faciles à connaître, et à trouver

« J'ai cherché pendant plusieurs mois des CMP sur Internet et je n'en trouvais pas. Une fois, je suis allé chez mon médecin, et je me suis rendu compte qu'il y avait un CMP juste à côté ! Il faut rendre les CMP plus visibles et accessibles »

L'observatoire du suicide²³⁷ a mené une recherche qui indique également combien les enfants et leur famille sont éloignés des ressources qui peuvent exister en dehors des professionnels de première ligne, médecin généraliste en tête : CMP, MDA, associations d'aide d'information et de soutien aux enfants et/ou aux parents sont peu visibles, peu connus, parfois peu accessibles, et très inégalement répartis sur le territoire.

Les médicaments, seulement en dernier recours

Pour le Collège des enfants, la prise de médicaments psychotropes ne doit être utilisée qu'en dernier recours.

²³⁷ ONS, 2022, 5^e rapport, *Suicide, Mesurer l'impact de la crise sanitaire liée au Covid-19*. Effets contrastés au sein de la population et mal-être chez les jeunes. Septembre 2022

ANNEXES PARTIE V.

LA PREVENTION ET L'INTERVENTION SOCIALE

V.1. Synthèse des dépenses de santé des enfants de moins de 12 ans en 2019

	Assurance Maladie	État	Collectivités
<i>Dépenses de ville</i>	3 286 M€		
<i>Dépenses en établissements de santé (MCO, CS et HAD)</i>	3 277 M€		
<i>Dépenses Complémentaire Santé Solidaire</i>	400 M€		
<i>Dépenses de prévention</i>			
<i>dont médecine scolaire</i>		1 260 M€	
<i>dont PMI</i>			500 M€
<i>dont FIR</i>	63 M€		
<i>dont FNPEIS</i>	85 M€		
Total 2019		8 871 M€	

Source : CC, 2021, la santé des enfants, p.45.

En 2019, les dépenses de santé des enfants à la charge de l'assurance maladie s'élèvent à 6,6 Md€, réparties à parts égales entre les soins de ville et les établissements de santé, soit 4,3 % des dépenses totales de l'assurance maladie alors que les enfants représentent 14 % de la population totale.

Les **dépenses de soins de ville** se sont élevées entre 2016 et 2019 à un peu plus de **3 Md€**, en légère croissance sur la période (+ 3,3 %) avant la rupture de 2020 due à la crise sanitaire. La majorité des dépenses de ville se concentre en 2019 sur la **pharmacie d'officine ou les médicaments (23 %), la médecine (31 % dont 22 % de médecine générale et 6 % de pédiatrie), l'orthophonie (12 %)** et les soins dentaires (7 %).

Les **dépenses hospitalières** prises en charge par l'assurance maladie obligatoire, ont atteint **3,3 Md€** en 2019 dont 89 % correspondent aux activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO). Les dépenses de MCO pour les enfants de moins de 12 ans se sont élevées à 2,96 Md€ en 2019, en légère diminution sur la période 2016-2019, soit 5,4 % des dépenses hospitalières totales. En 2020, elles ont diminué de 8 % sous l'effet de la crise sanitaire.

Les **dépenses de prévention** sont difficiles à circonscrire, les frontières étant parfois ténues entre la prévention et les soins. Outre les examens médicaux obligatoires et les examens bucco-dentaires, les dépenses de prévention relatives aux enfants correspondent principalement à la PMI, la médecine scolaire et aux fonds de prévention tels que le FIR [fonds d'intervention régional] et le FNPEIS [fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire].

Au total, les dépenses de prévention à destination des enfants, en dehors des actions prises en charge sur le risque maladie, sont estimées à **2 Md€**, soit environ 11 % des dépenses totales de

prévention, dont la plus grande part correspond à la médecine scolaire (1,3 Md€) et à la PMI (0,5 Md€).

V.2. Contribution de l'Association française des centres médico-psycho-pédagogiques

Il est nécessaire de développer et soutenir l'offre en santé mentale pour les enfants et les adolescents en CMPP.

La situation est très critique et a été fortement aggravée par l'épidémie de COVID.

Comme l'a très bien décrit le rapport IGAS de 2018, les CMPP constituent un tiers de l'offre ambulatoire en pédopsychiatrie pour les consultations et les suivis, à côté des CMP-IJ.

L'état actuel de l'offre de soins en CMPP

Ces structures n'ont pas bénéficié de soutien budgétaire depuis de nombreuses années, elles ont au contraire vu globalement leurs moyens diminuer.

Des structures, des familles et des enfants délaissés et en souffrance :

Des structures perdent certains professionnels clés :

- diminution voire disparition des postes de psychopédagogues en CMPP. Ces postes étaient mis à disposition par l'Éducation Nationale qui les a drastiquement diminués quand, en parallèle, les postes en RASED étaient fermés et que les difficultés scolaires sont en forte hausse.
- diminution du nombre pédopsychiatres du fait de la démographie actuelle de ces professionnels, de la dégradation des conditions d'exercice (augmentation du travail administratif type dossier MDPH, augmentation des files actives de chaque médecin et espacement de ce fait des consultations, difficultés à proposer des suivis, perte de sens du travail des médecins avec des jeunes collègues qui présentent une souffrance au travail et quittent ensuite les structures). La place des psychologues est à réfléchir pour travailler en coordination avec les médecins pour les consultations, le suivi des enfants, des adolescents et de leurs familles.
- diminution importante du nombre d'orthophonistes et début de difficultés de recrutement de psychomotriciens, le salaire de ces professionnels fait qu'ils se dirigent préférentiellement vers le libéral alors qu'ils apprécient ce type de travail en équipe (les structures qui choisissent de les rémunérer davantage peuvent embaucher ces professionnels, il faudrait juste revaloriser les salaires dans les grilles conventionnelles).

De manière très simple et concrète, il y a, en 2023, moins de professionnels en CMPP pour davantage de demandes qu'il y a 20 ans.

La petite enquête de la FDCMPP de 2022 montrait sur 70 CMPP ayant répondu une moyenne de 3 ETP en moins, 2 postes Éducation Nationale supprimés et 1 poste vacant (orthophonistes et pédopsychiatres).

L'appauvrissement des structures en professionnels rentre dans des effets de cercle vicieux car l'équilibre rompu par le départ de quelques-uns désorganise les structures et entraîne des effets de

fuite des personnels. Les structures qui gardent une équipe pluridisciplinaire solide arrivent cependant encore à recruter.

Cette situation entraîne une dégradation des soins pour les patients, c'est à dire un espacement des consultations (certains collègues ne peuvent proposer des consultations que tous les 2 ou 3 mois), de longs délais d'attente entre l'entrée dans le processus diagnostique et la possibilité de soins réguliers (suivi psychologique, psychomoteur, orthophonique, etc.).

Dans notre domaine, l'attente signifie une souffrance liée au retard de diagnostic et de suivi, une aggravation des situations (anxiété qui se transforme en dépression, idées suicidaires.), des difficultés d'apprentissage qui s'aggravent et occasionnent des décrochages scolaires.

Cela peut entraîner aussi une mise sous traitement psychotrope, faute de traitement approprié, les difficultés psychologiques qui pourraient être travaillées en consultation ne le sont pas et les médecins peuvent être amenés à prescrire des antidépresseurs, de la ritaline, des neuroleptiques. Non pas après un temps de travail avec l'enfant, sa famille, son environnement, mais bien dans l'urgence et devant le poids psychique de situations de crise et de la non-disponibilité des soignants.

Les soignants en santé mentale et en pédopsychiatrie qui sont des experts de la relation se retrouvent à ne pas pouvoir exercer correctement leur métier : travailler la relation nécessite du temps.

Les familles sont très frustrées lorsque les rendez-vous sont trop espacés et le soin se décrédibilise s'il ne peut pas être proposé à la « dose suffisante », c'est à dire suffisamment fréquemment.

Les CMPP et les difficultés du secteur médico-social

Outre « la crise des vocations » qui touchent nos structures comme l'ensemble du secteur médicosocial - du fait du manque de considération et des difficultés salariales -, les CMPP sont à l'interface d'autres structures et ESMS (IME, ITEP; SESSAD...).

La fermeture de place en IME laisse certaines familles dans une grande détresse, les enfants qui ont des troubles graves sont parfois et paradoxalement plus souvent à domicile, lorsque la scolarité n'est possible que très partiellement par exemple.

À titre d'indication, en Seine-Saint-Denis, 1200 enfants ont une notification de la MDPH qui n'est pas effective.

Les difficultés de recrutement des pédopsychiatres ont amené certaines structures à transformer les postes de médecins qui restaient vacants. Par ailleurs, les structures accueillent des enfants qui ont des troubles psychiques plus importants, ce qui rend le travail des équipes plus difficile alors qu'elles sont plus démunies en moyens de réflexion et d'accompagnement.

Des injonctions paradoxales

Récemment l'état a développé les dispositifs destinés au diagnostic, à l'évaluation des troubles des enfants - un investissement budgétaire important y a été consacré-, mais les capacités de suivi et de soins n'ont bénéficié, elles, d'aucun ou de très peu de soutien, mettant les familles dans une situation complexe.

L'enfant bénéficie d'un diagnostic mais pas des moyens de suivi et d'accompagnement suffisant, ni en libéral, ni en structure de soins.

Des Recommandations de Bonne Pratique sont régulièrement élaborées mais les moyens de les mettre en œuvre ne sont pas accessibles faute de professionnels, de formations actualisées, de temps suffisant de rééducation ou de soins qui peuvent être proposés à chaque enfant : comment accompagner un enfant qui souffre d'un grave trouble du langage sans orthophoniste ?

Comme dans le secteur de l'hôpital public, les demandes administratives (multiplication des dossiers MDPH) et les exigences légitimes de qualité des soins augmentent ; des campagnes de communication se multiplient, les structures doivent s'adapter à des législations plus contraignantes, mais le « cœur » de métier est délaissé. De nombreux soignants se sentent déconsidérés, mal rémunérés, et se trouvent dans des conflits éthiques de « tri » des patients²³⁸.

Des dangers dans la gouvernance

Malgré les ravages de la Tarification à l'acte à l'hôpital public (T2A) et ceux de la place trop importante donnée à la gestion administrative, des réformes ressemblantes se profilent pour le secteur avec la réforme Seraphin-PH et le souhait de certaines fédérations de ne plus avoir de double direction médicale et administrative.

L'absence de gouvernance médicale augmente la perte de sens pour les équipes soignantes : des directions administratives sont amenées à appliquer des directives administratives sans posséder une vue d'ensemble de la situation des personnes accompagnées.

À l'heure où l'hôpital va retrouver une double direction, il serait dommage de ne pas tirer les enseignements de la faillite de l'hôpital et de conduire le secteur médico-social sur le même chemin...

Quelques mesures simples seraient de nature à changer cette situation :

- revalorisation salariale des métiers du médicosocial pour arrêter l'hémorragie de manque de professionnels
- former davantage de professionnels tels que médecins pédopsychiatres, orthophonistes, psychomotriciens
- développement et création de structures de suivi pluridisciplinaire dites de « ligne 2 » dans les zones sous denses, telles que les CMPP
- enrichissement du plateau technique des équipes pluridisciplinaires avec de nouvelles compétences : éducateurs spécialisés, Infirmiers de Pratique Avancée en santé mentale, neuropsychologues, ergothérapeutes...
- possibilité que les psychologues exercent des fonctions d'animation et d'encadrement
- considérer les CMPP comme un des acteurs de l'offre en santé mentale des enfants et des adolescents et les faire bénéficier des évolutions budgétaires, penser de manière systémique le lien entre le sanitaire et le médicosocial
- empêcher la destruction des moyens destinés au soin psychique comme cela s'est produit en région Nouvelle Aquitaine suite au Cahier des Charges Régional de l'ARS NA.
- se donner les moyens de suivi épidémiologique des besoins en santé mentale et des moyens d'accompagnement

²³⁸ https://www.lemonde.fr/idees/article/2022/11/24/oui-par-manque-de-moyens-la-pedopsychiatrie-doit-depuis-des-annees-trier-les-enfants_6151352_3232.html

- ne plus créer de structures de dépistage, de diagnostic sans renforcer les moyens de suivi et de prise en charge.

Dr Amandine BUFFIÈRE
Présidente de la FDCMPP

V.3. Contribution du CEP-Enfance

Notre collectif, constitué d'une centaine d'organisations œuvrant dans tous les champs de l'Enfance propose une contribution écrite sur cette thématique centrale.

Nous avons coordonné l'année dernière un ouvrage collectif « Enfance : État d'urgence²³⁹ » qui aborde en de nombreux points la question de la santé mentale des enfants.

Au-delà des données issues des recherches randomisées, nous souhaitons attirer l'attention sur certains points tant le vécu et l'expression des professionnels de l'enfance couvrant de nombreux champs de l'enfance sont à prendre en compte.

De nombreuses études montrent l'importance du « bon » accueil des enfants et de sa qualité dans leurs divers lieux d'accueil. Si les adultes vivent eux-mêmes des situations professionnelles en mode dégradé, voire des situations professionnelles maltraitantes, alors l'impact négatif se fera sentir sur leur activité et aura des répercussions sur le bon développement psychique et l'épanouissement des enfants.

À travers ce simple exemple, on comprend aisément pourquoi la question de la santé mentale des enfants doit donc absolument être élargie et appréhendée dans une approche systémique tant les relations précoces de l'enfant et du bébé avec son environnement sont décisives pour leur développement.

Il est important de prendre en compte la qualité des conditions d'accueil des enfants. Qualité qui se décline, entre autres, à travers la question de la formation et du degré de qualification des professionnels, de leurs effectifs en nombre suffisant et de leur organisation au sein des institutions dans lesquelles ils interviennent.

On pourrait prendre en exemple la question de la place des psychologues dans l'institution scolaire. La demande est très forte du côté des familles, des enseignants et des enfants eux-mêmes (exemple de paroles du collège des enfants du Haut Conseil).

Comme l'indique déjà un rapport de 2016 (rapport Moro-Brison²⁴⁰), leur nombre en France reste en deçà de la moyenne européenne constatée (un psychologue pour 800 en Europe contre un psychologue pour 1 600 en France). De plus, comme l'évoquent deux rapports parlementaires en 2021 (Rapport Balanant²⁴¹ et rapport Buffet²⁴²), il y a nécessité de rendre plus visible et plus optimal

²³⁹ Enfance, l'état d'urgence, nos exigences pour 2022 et après » par le collectif CEP-Enfance, ères, 2021

²⁴⁰ Mission *Bien-être et santé des jeunes* réalisée par Marie-Rose Moro et Jean-Pierre Brison.

²⁴¹ Lien vers le rapport du député Erwan Balanant : https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/cion-cedu/l15b4712_rapport-fond.

²⁴² Rapport d'enquête parlementaire, *Effets de la crise du Covid-19 sur les enfants et la jeunesse*, n° 3703 lien : https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/cecovidj/l15b3703_rapport-enquete.

le service offert par ces professionnels en créant un véritable service de psychologie qui n'existe pas à ce jour.

De toutes parts nous constatons que l'école « ne va pas bien ». Nous avons changé de paradigme depuis 2008 avec un phénomène concomitant entre, d'une part, la disparition des aides spécialisées à l'école par des enseignants spécialisés qui intervenaient dans l'école, en prenant en compte les contextes de vie de l'enfant, et d'autre part la création des MDPH en 2005 dont l'école s'est emparée en appréhendant toute difficulté scolaire sous le prisme de « troubles », ce qui permet à l'école d'obtenir des moyens humains pour les enfants concernés (AESH par exemple). C'est ainsi qu'on assiste à une *sur demande*, constatée dans toutes les MDPH, d'attribution d'AESH.

Un autre élément qui nous semble important est l'inégalité d'accès face au soin psychique, inégalité souvent en corrélation avec les ressources des familles. Par exemple le simple fait de devoir prendre un bus pour accéder à une structure de soin peut constituer un frein aujourd'hui pour nombre de familles touchées par la (grande) pauvreté.

« Sur le terrain », les professionnels constatent combien ces inégalités ne font qu'augmenter la sévérité des symptômes non soignés.

Dans le même registre, dans des travaux d'ATD quart monde, à travers de nombreux récits de vie recueillis, on note que l'insécurité, provoquée par la grande pauvreté qui touche certaines familles, fabrique de l'insécurité matérielle qui produit à son tour de l'insécurité psychique qui peut nuire à la bonne santé mentale des enfants et faire le nid de troubles psychiques à venir.

En illustration de cela, face à une situation de vie faite de ruptures et d'accueils successifs temporaires, une mère réagissait ainsi à une proposition de soin avec un psychologue pour l'un de ses jeunes enfants « *le problème, c'est pas Sofiane qui va pas bien. Comment il peut aller bien si je suis en insécurité ? Traitons l'insécurité et on traitera Sofiane* ».

Inégalité d'accès qui se trouve encore amplifiée par la réduction effective des moyens et le déficit de financement en parallèle d'un afflux de demandes pour les 320 secteurs de psychiatrie infantile-juvénile publics (rapport IGAS de 2018) qui s'adressent à tous les enfants et leur famille, et associent prévention, offre de soins variés, innovante et intégrative, prenant en compte l'enfant dans sa globalité et dans son environnement. Déshérence majeure des centres médico-psychologiques qui s'intègre dans la dégradation générale des moyens des services de santé en faveur des enfants : services de pédiatrie, PMI, santé scolaire...

D'autre part, en s'orientant de plus en plus vers la multiplication d'appels à projets non pérennes, en s'appuyant sur des plateformes qui trient les enfants davantage qu'elles ne coordonnent les différents dispositifs, en surinvestissant une certaine forme de « neurologisation » du psychisme, les politiques publiques à l'œuvre ces dernières années véhiculent un risque de déshumanisation des soins, lourde de conséquences pour les enfants et délétère pour nombre de professionnels.

La normalisation des pratiques actuellement à l'œuvre, à grand renfort de guides de bonnes pratiques, uniformise, modélise, protocolise les soins apportés aux enfants au détriment des d'une plasticité réflexive des acteurs porteuse d'accompagnement, de prévention, de soins « sur-mesure ». L'enfant est alors en risque d'être réduit à une machinerie neuro-cérébrale découpée en différentes fonctions aux dépens d'une approche psychique interactive et environnementale. La

complexité de ce sujet en devenir se retrouve ainsi étouffée par l'injonction des recommandations officielles « un trouble/une rééducation ».

En guise de conclusion, nous aimerions élargir cette modeste contribution écrite en partageant un travail de réflexion qui avait été porté par le collectif pasde0deconduite quant à la question de la prévention psychologique²⁴³. Ces réflexions sont toujours très actuelles et les recommandations alors faites peuvent être portées telles quelles par notre collectif.

Il s'agit de questionner, derrière les bonnes intentions, les effets des programmes de prévention en santé mentale appelés parfois *promotion d'habiletés sociales et de régulation des émotions*.

Certains de ces programmes, proposés précocement aux enfants, (à partir de 2 ans) pourraient s'analyser comme du forçage adaptatif car coupés de la vie psychique réelle des enfants, de leurs capacités autoréflexives sur leurs propres comportements, sans qu'ils puissent développer par eux-mêmes une compréhension des frustrations et une intériorisation des limites, et sans tenir compte de leurs contextes (familiale en particulier).

Ce type de prévention, *cette psychoéducation*, pourrait alors s'avérer délétère pour des enfants en se substituant à de véritables soins psychiques prodigués par des professionnels compétents, lorsqu'ils sont nécessaires.

Nous alertons donc sur des effets négatifs à long terme de certains de ces programmes, qui redisons-le, réduisent le fonctionnement psychique à un cerveau malléable qu'il suffirait d'éduquer ou de rééduquer. La naissance et le développement de la subjectivité sont bien plus complexes que cela, nourris de liens aux autres, étayés sur les demandes et désirs de celles et ceux qui entourent chaque sujet. Ce qui, dans le même mouvement, amène également à interroger ce que provoquent certains des dispositifs d'évaluation et d'accompagnement de la parentalité.

V.4. Contribution du CNPE

Les enfants victimes de négligences graves et de violences (qu'ils les aient subies directement ou en aient été les témoins) ont des besoins de santé spécifiques qui imposent aux professionnels qui les accompagnent des coopérations interdisciplinaires et la construction d'un parcours de soins coordonné.

De nombreuses études valorisées dans les récents travaux de l'ONPE²⁴⁴ ont en effet montré que les expériences traumatiques précoces avaient le plus souvent un impact sur la santé psychique,

²⁴³ Manifeste.

²⁴⁴ ONPE. (2022). *La santé des enfants protégés : seizième rapport au Gouvernement et au Parlement*. https://onpe.gouv.fr/system/files/publication/ragp_2022_v5_0.pdf.

ONPE. (2021). « Protection de l'enfance et santé mentale des enfants : les enjeux d'une pédopsychiatrie sociale ». Séminaire de recherche de l'observatoire national de la protection de l'enfance. <https://onpe.gouv.fr/ressources/programme-seminaire-recherche-onpe-2021>.

ONPE. (2022-2023). « Les négligences : définitions, évaluations et prise en charge ». Séminaire de recherche de l'observatoire national de la protection de l'enfance. <https://onpe.gouv.fr/actualite/seminaire-recherche-sur-negligences>.

somatique et/ou sociale à court, moyen et long terme : troubles du sommeil et de l'alimentation, maladies chroniques, production de handicap et de surhandicap...

Parmi ces enfants vulnérabilisés, les enfants protégés (confiés par l'autorité administrative ou judiciaire à l'ASE ou à un tiers) nécessitent une attention particulière. Ils ont pour la plupart d'entre eux été exposés à des événements traumatiques répétés et prolongés, sans protection du milieu familial, et connu de nombreuses ruptures.

Les situations de handicap sont surreprésentées dans la population des enfants protégés²⁴⁵, et leur santé globale moins bien prise en compte que dans la population générale, que ce soit sur le plan somatique ou pédopsychiatrique. Toutes les situations de handicap, y compris les situations de handicaps dits invisibles, les pathologies psychiatriques, les maladies chroniques, sont des facteurs de vulnérabilité qui surexposent les enfants et les adolescents à des situations de violences.

Mieux repérer les souffrances de ces enfants, développer la promotion de la santé dans les institutions qui les accompagnent et favoriser les alliances éducatives et de soin sont autant de conditions pour répondre à leurs besoins.

Une approche intégrée de leur santé réunissant santé physique, psychique et sociale permet un prendre soin dès la première rencontre avec les professionnels. Prendre en compte le soin du corps, qui a souvent été négligé et meurtri, par un examen médical systématique, en pesant, en mesurant, en vérifiant les vaccins, en soignant les caries, en vérifiant si une correction visuelle est nécessaire, c'est apprendre la prévention, favoriser le bien-être, qui participeront d'une meilleure santé mentale. Il en va de même de tous les soins du corps proposés et prodigués, de l'activité physique, artistique.... Un tel accompagnement contribue à réintroduire l'altérité et la possibilité d'échanges et de partage là où la relation duelle a, le plus souvent été source de souffrance et de danger. **Il s'intègre dans une préoccupation plus large de continuité et de permanence des espaces de protection, (école, espaces de loisirs et de santé, lieu d'accueil...) dans le respect et la valorisation des liens affectifs noués par l'enfant, veillant ainsi à la prise en compte de son besoin de sécurité,** identifié dans la démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant²⁴⁶ comme un méta besoin sans lequel aucun autre besoin ne pourra être satisfait.

Ces enfants et adolescents particulièrement vulnérables doivent bénéficier d'un prendre soin par l'ensemble des professionnels qu'ils rencontrent. Quelles que soient leurs fonctions, leurs institutions, ils pourront échanger et partager, coopérer dans le respect de la loi en vigueur et dans le seul intérêt supérieur des mineurs qu'ils accompagnent.

C'est un défi pour les professionnels de la protection de l'enfance et pour les professionnels de santé. Ils devront tout mettre en œuvre pour s'affranchir de la sidération, de la banalisation, de l'habitude et des clivages multiples, produits par les situations de maltraitance. Pour y parvenir,

Bronsard G., Alessandrini M., Fond G., Loundou A., Auquier P., Tordjman S., Boyer L., 2016, The Prevalence of Mental Disorders Among Children and Adolescents in the Child Welfare System: A Systematic Review and Meta-Analysis, *Medicine*, 95(7), e2622, <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000002622>.

²⁴⁵ Entre 13 et 20 % des enfants confiés bénéficieraient d'une notification MDPH. Cf. Défenseur des droits, 2015, Handicap et protection de l'enfance : des droits pour des enfants invisibles. https://defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/rae_2015_accessible.pdf.

²⁴⁶ Martin-Blachais M.-P., 2017, *Démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance*, DGCS, p. 129, https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-demarche-de-consensus-pe_fevrier-2017.pdf.

les formations croisées, chaque fois que possible pluridisciplinaires et pluri institutionnelles, comme les analyses de pratiques, sont des soutiens précieux qui gagneraient à être développés.

De la même façon, le parcours médico-judiciaire dont le constat médico-légal, doit être intégré à un lieu de soins pédiatriques ou pédopsychiatriques dédié aux enfants et aux adolescents.

Les derniers rapports publics rendus sur le sujet, notamment par le Contrôleur général des lieux de privations de libertés, la Cour des comptes et le Défenseur des droits, sont à ce titre particulièrement inquiétants et conduisent le CNPE à appeler l'attention des autorités sur l'impérieuse nécessité que les mineurs victimes soient d'abord considérés comme des sujets de soins avant d'être entendus comme des justiciables. C'est d'ailleurs ce qui a prévalu à la mise en place dans les hôpitaux des Unités d'Accueil Pédiatriques Enfant en Danger (UAPED)²⁴⁷. **Le CNPE appelle au déploiement de ces unités sur l'ensemble du territoire national, au développement des consultations ouvertes aux enfants dans les centres de psychotrauma, et plus largement au renforcement de l'offre de soins pour les enfants victimes de violences et de négligences.** La proposition de soins somatiques doit rester systématique, dans le cadre d'un parcours de soins coordonnés (cf. expérimentations conduites au titre de l'[article 51 du PLFSS](#))²⁴⁸ facilitant en tant que de besoin la mise en œuvre des accompagnements psychologiques et pédopsychiatriques parfois difficiles à organiser sur les territoires, vu le manque de ressources mais aussi parfois d'une opposition des adolescents à en bénéficier. **Et dans les situations les plus graves, celles qui nécessitent ponctuellement ou plus durablement l'intensité et la continuité des soins, le CNPE demande que des réponses adaptées puissent être organisées pour répondre aux besoins des enfants et adolescents en souffrance. Plus largement le CNPE souhaite que la lumière soit faite sur l'évolution des capacités d'accueil des enfants en hospitalisation, dans les placements familiaux thérapeutiques, et les établissements médico sociaux spécialisés.**

Parce que la santé des enfants les plus vulnérables est une préoccupation majeure du Conseil National de la Protection de l'Enfance, une commission santé a été installée, chargée de faire des propositions aux pouvoirs publics pour améliorer le repérage des situations de souffrance, et de danger, l'accès aux soins des enfants protégés, dans une démarche de promotion de la santé pour tous les enfants.

²⁴⁷ Instruction N°DGOS/R4/R3/R2/2021/220 du 3 novembre 2021 relative à la structuration de parcours de soins pour les enfants victimes de violences. <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2021/2021.23.sante.pdf>.

²⁴⁸ Dont « Santé protégée » cf. Arrêté du 22 décembre 2021 modifiant l'arrêté du 28 novembre 2019 relatif à l'expérimentation pour un parcours de soins coordonné : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000044560232> et PEGASE cf. Arrêté du 19 juillet 2019 relatif à l'expérimentation d'un protocole de santé standardisé appliqué aux enfants ayant bénéficié avant l'âge de cinq ans d'une mesure de protection de l'enfance ; https://www.programmepegase.fr/files/ugd/6833ab_8fe3a17315254812bbf70b181cd63881.pdf?index=true.

V.5. Vie artistique, culturelle, droit aux vacances et aux loisirs : une question de santé

Pour abonder l'importance des pratiques culturelles dans l'éveil et le développement d'une part, dans les pratiques de soin psychique d'autre part, le Haut conseil se fait l'écho de la contribution du ministère de la culture au rapport santé mentale du HCFEA²⁴⁹.

Alors que le rapport du bureau régional de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour l'Europe de 2019²⁵⁰ démontre bien qu'une approche par les arts et la culture peut améliorer notre compréhension des besoins, des valeurs, des perceptions et de l'expérience des individus dans le monde qui les entoure afin d'améliorer la santé et le bien-être de tous, cette contribution présente l'engagement du ministère de la Culture et de ses nombreux partenaires au bénéfice de la santé telle qu'elle est définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). C'est à dire : « *un état complet de bien-être physique, mental et social ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ».

En conjuguant deux politiques d'action culturelle, l'une menée spécifiquement pour les champs de la santé, du médico-social et du handicap et une autre ayant une approche globale de la santé des enfants et des jeunes dès la naissance, le ministère de la Culture s'attache au développement des pratiques culturelles de tous les Français. L'ambition est de faire en sorte que chaque habitant, tout au long de sa vie et sur l'ensemble du territoire puisse avoir accès et participer à l'offre et à la vie culturelle dans le respect des droits culturels

En effet, les arts et la culture permettent des expériences intimes, esthétiques et sensibles favorables à l'épanouissement et au bien-être de tous les individus quelle que soit leur situation. La pratique artistique et les rencontres avec les œuvres et les professionnels de la culture, qui constituent deux piliers de la politique d'éducation artistique et culturelle (EAC), invitent notamment les plus jeunes à une connaissance et à une prise de conscience d'eux-mêmes et à une plus grande ouverture aux autres. Parallèlement, l'art et la culture peuvent être bénéfiques à la santé physique et mentale des individus tout au long de leur vie.

C'est à partir de ces constats et avec ces ambitions que le ministère de la Culture construit son action partenariale. En effet, les politiques interministérielles et le dialogue et la collaboration avec les collectivités territoriales doivent viser la participation à la vie artistique et culturelles de tous les enfants et de tous les jeunes, plus encore dans un contexte de relance post-crise. Il s'agit ainsi de travailler à lever les freins que pourraient générer des situations aussi variées que le handicap, la maladie, la grande précarité, le placement sous main de justice, en affirmant l'enjeu propre de la culture en matière tant d'émancipation que de construction de lien social et ce, avec une attention particulière portée aux territoires prioritaires (politiques de la ville, territoires ruraux et ultramarins). La prise en compte de la jeunesse est également un enjeu prioritaire du ministère de la Culture depuis sa création. La politique d'éveil et d'éducation artistiques et culturels menée par le ministère, avec ses partenaires, constitue le principal levier d'action pour permettre l'accès et la participation

²⁴⁹ Cette contribution a été rédigée et transmise par Helen Lamotte et Aurélie Lesous,, ministère de la Culture.

²⁵⁰ <https://www.euro.who.int/fr/media-centre/sections/press-releases/2019/can-you-dance-your-way-to-better-health-and-well-being-for-the-first-time.-who-studies-the-link-between-arts-and-health>.

de tous les enfants et de tous les jeunes, à la vie artistique et culturelle quels que soient leurs lieux et temps de vie.

V.5.1. UNE POLITIQUE CULTURE SANTE/MEDICO-SOCIALE POUR UNE ACTION INCLUSIVE

Cette politique s'appuie sur la double ambition de favoriser l'accès du plus grand nombre aux pratiques culturelles et aux œuvres et de promouvoir une politique de la santé qui prenne en compte toutes les dimensions de la personne, missions respectives du ministère de la Culture et du ministère de la Santé et de la Prévention. Elle a également pour but de réaffirmer l'importance d'une action interministérielle en matière de culture et de développer celle-ci au sein des établissements de santé.

Afin de traduire ces objectifs en action, les enjeux de cette politique sont formalisés depuis 1999 par des protocoles interministériels signés par les deux ministres. Tandis que ce premier texte se focalisait sur les actions développées dans le secteur sanitaire, les objectifs définis au moment du renouvellement de ce protocole en 2010 ont permis d'étendre le périmètre d'action et les bénéficiaires touchés grâce à un élargissement au secteur médico-social : « *le ministre de la Santé et le ministre de la Culture conviennent de l'opportunité d'étendre le dispositif « Culture et Santé » aux établissements médico-sociaux, à titre expérimental* ». Cette volonté s'inscrivait alors « *dans la perspective de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires* », loi visant, entre autres, à réorganiser le secteur de la santé en prenant en compte la trajectoire globale des personnes et en décloisonnant le secteur sanitaire, le secteur médico-social et la médecine de ville. Cette évolution a ouvert, de fait, au secteur médico-social les possibilités d'interventions du programme national « Culture à l'hôpital », jusqu'alors réservé au champ hospitalier. Cette ouverture répond à de véritables enjeux de société.

Les nombreux projets culturels mis en œuvre dans le secteur hospitalier depuis 1999, puis dans le champ du médico-social depuis 2010, montrent la très forte mobilisation des deux ministères, et notamment de leurs services déconcentrés (Directions régionales des affaires culturelles et Agences régionales de santé) et la grande implication des professionnels de la culture et de la santé dans le déploiement de cette politique. A travers les actions conduites, la culture est facteur de valorisation personnelle et de lien social pour toutes les personnes en situation de handicap, malades ou hospitalisées ainsi que pour leurs familles. Par ailleurs, elle participe de la qualité des relations professionnelles pour les personnels soignants, les aidants ainsi que l'ensemble des professionnels des secteurs de la santé, du médico-social et du handicap. En effet, la participation à des projets artistiques et culturels ainsi qu'à des temps de formation engendre de nouveaux espaces de coopérations tout en améliorant l'inscription et l'ouverture des structures sanitaires ou médico-sociales sur la cité.

Dans la continuité des textes précédents, le ministère de la Culture, le ministère de la Santé et de la Prévention et le ministère des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes handicapées œuvrent actuellement à la rédaction d'un troisième protocole interministériel visant à sanctuariser l'élargissement de cette politique au secteur médico-social et à en consolider sa gouvernance nationale et territoriale tout en intégrant de nouveaux enjeux et de nouveaux éléments de contextes notamment liés à la crise sanitaire. Il s'agit, par ailleurs, d'y intégrer les grandes orientations du ministère de la Culture pour les années à venir en particulier en matière de démocratie culturelle et d'éducation artistique et culturelle en accordant une place plus importante au développement des actions en direction des personnes âgées, notamment dans le cadre du maintien à domicile et

d'enrichir les propositions en faveur des jeunes afin de les rendre pleinement bénéficiaires et acteurs de ces politiques publiques.

Dans le prolongement de la coordination du dialogue avec le ministère de la Santé et de la Prévention et le ministère des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes handicapées, le ministère de la Culture travaille étroitement avec le Comité interministériel au handicap (CIH) et avec le Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH). Dans ce cadre, une commission nationale Culture et Handicap, présidée par la Ministre de la Culture et la Secrétaire d'État chargée des personnes handicapées, se réunit régulièrement afin d'échanger sur les ambitions et les projets portés par l'État.

V.5.2. LA CULTURE AU QUOTIDIEN DES LE PLUS JEUNE AGE, UNE QUESTION DE SANTE

Évoquer l'importance des arts et de la culture pour la santé uniquement dans les lieux de soins ou d'éducation spécifique serait omettre que la santé telle qu'elle est définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) est : « un état complet de bien-être physique, mental et social ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

Cette notion de santé est particulièrement développée dans le domaine de l'éveil artistique et culturel des très jeunes enfants (0-3 ans). Conceptualisé par Sophie Marinopoulos dans un rapport pour le ministère de la Culture en 2019, la notion de Santé Culturelle a pris corps dans la politique interministérielle d'éveil artistique et culturel portée avec le ministère en charge des Solidarités (protocole de 2017). Ce rapport développe la nécessité « d'offrir aux enfants la possibilité de grandir dans une culture du sensible, de l'esthétique, des mots, afin qu'ils puissent développer leurs capacités identificatoires, le respect d'autrui, la protection de la dignité, la reconnaissance de la différence, l'empathie. »²⁵¹. À cet effet une réflexion allie culture et santé puis a conceptualisé la Santé Culturelle. Celle-ci réhabilite une culture universelle, une culture dite sans frontières, que porte l'éveil humanisant de nos tout-petits. Culture naissant du petit humain dans son désir infini de communiquer, de s'ouvrir au monde, aux langues, à l'autre, à la culture de l'altérité et à l'ouverture à la différence. La Santé Culturelle mobilise le Sujet sur la connaissance de soi et la reconnaissance des autres.

La voix de ce rapport porte l'espoir que « nous saurons associer modernité et humanité et argumenter une politique d'attention en faveur d'une culture de nos liens pour les soutenir dans le « grandir » de leur enfant, et dans la construction de leur « être parent ».

Parallèlement, le ministère de la Culture s'est fortement mobilisé dans le cadre du chantier des « 1 000 premiers jours » incarnant l'ambition d'une nouvelle politique publique conçue autour des besoins de l'enfant et de ses parents. Concrètement, ce chantier des « 1 000 premiers jours » soutient la mise en pratiques de ce principe et de cet objectif de renforcement de la santé culturelle des enfants par les professionnels de la petite enfance Par ailleurs, cette ambition s'accompagne de temps de sensibilisation des familles lors des différentes étapes de leurs parcours de parents de l'importance des temps culturels et artistiques partagés avec leur enfant dès la naissance. Pour cela, des messages autour de l'éveil artistique et culturel sont présents dans le carnet et le livret des

²⁵¹ Marinopoulos S., 2019, *Une Stratégie nationale pour la Santé Culturelle – promouvoir et pérenniser l'éveil culturel et artistique de l'enfant de la naissance à 3 ans dans le lien à son parent*, rapport pour le ministère de la Culture ?

« 1 000 premiers jours », sur l'application 1 000 premiers jours ainsi que dans le trousseau de naissance remis en maternité dans le cadre d'une expérimentation en 2022. Le trousseau de naissance des 1 000 premiers jours est un cadeau de bienvenue, qui est progressivement distribué en maternité aux parents de nouveau-nés du territoire métropolitain lors d'une première expérimentation de mars 2022 au printemps 2023.

Conçu comme « une invitation à adopter au quotidien des gestes simples et bénéfiques pour la santé et le développement de son enfant », il contient des objets liés aux soins corporels du bébé, au bien-être de la mère, un album jeunesse, ainsi qu'un carnet avec des conseils et ressources pour guider les nouveaux parents.

Le ministère des Solidarités s'est associé au ministère de la Culture pour sélectionner, avec un comité d'experts dans le cadre d'un marché public, 4 albums inclus aléatoirement dans ces sacs dont la sélection 2022 est : L'école des Loisirs : *Bon...*, de Jeanne Ashbé ; Hélicon : *Mon petit oiseau*, de Laurent Moreau ; Gallimard Jeunesse : *2 petites mains et 2 petits pieds*, de Mem Fox et Helen Oxenbury ; et Editions du Rouergue : *Quatre pattes*, Gaëtan Dorémus.

Les messages spécifiques autour du livre et de la lecture proposée aux parents insistent sur le fait que, dès la naissance, le bébé va s'intéresser au livre. Par les images et les mots du livre l'enfant construit son imaginaire, découvre son environnement, ses émotions, et est invité à s'exprimer. La musicalité des mots est rassurante pour le bébé, elle lui permet de comprendre et de commencer à connaître ses parents. L'enfant prend un réel plaisir à découvrir la langue de ses parents, et leur culture de façon plus générale.

Il est rappelé, que comme tous les temps de partage avec l'art, lire avec son enfant c'est aussi échanger avec lui, prendre le temps d'être ensemble, et ainsi construire le lien qui nous unit et qui le fait grandir.

Enfin dans le cadre des 1 000 jours, le ministère de la Culture a édité un kit de médiation « Ma santé à moi est culturelle » disponible gratuitement sur le site du ministère de la Culture. Conçu par Sophie Marinopoulos psychologue experte de l'enfant et de la famille et Clémence Passot designer graphique, ce kit vise à sensibiliser les parents aux pratiques culturelles et artistiques en famille. Elle vise à interpeller les parents, à favoriser la curiosité, la construction et l'épanouissement de l'enfant en rappelant que cela contribue à son bien-être, à son développement et donc à sa santé.

Au-delà des deux missions, présentées ici, le ministère de la Culture notamment par l'action de sa direction générale à la transmission, aux territoires et à la démocratie culturelle, en lien avec l'ensemble des directions sectorielles du ministère, les ministères partenaires, les collectivités territoriales et les acteurs culturels s'attache au développement des pratiques culturelles de tous les Français pour faire en sorte que chaque habitant, tout au long de sa vie et sur l'ensemble du territoire puisse avoir accès et participer à l'offre et à la vie culturelle dans le respect des droits culturels.

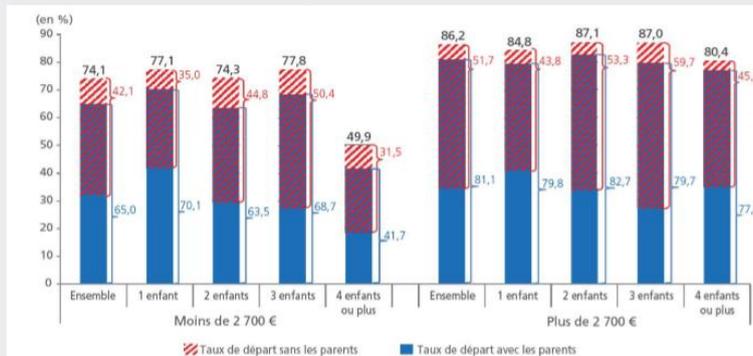
V.5.3. LE DROIT AUX VACANCES ET AUX LOISIRS

Dans le même ordre d'idée, le Secours Populaire, représenté au sein du Conseil de l'Enfance, soutient l'importance du droit aux vacances et au loisir comme facteur susceptible de contribuer au bien-être et à la santé mentale de l'enfant et de la famille. Ces éléments sont étayés par deux

rapports du Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie (Credoc)²⁵² et de l'Observatoire des vacances et des loisirs (OJVL)²⁵³ qui montrent que les enfants et les familles présentant des difficultés sociales (pauvreté, précarité, parent isolé) sont plus éloignés des loisirs et de l'accès aux vacances - invitant à repenser l'accessibilité des vacances et des loisirs pour les familles les plus modestes.

A partir de 4 enfants, les voyages baissent fortement dans les foyers aux revenus plus modestes

Taux de départ en voyage des enfants selon le nombre d'enfants au sein du foyer et le revenu mensuel du foyer (année 2017)
Champ : enfants de 0 à 15 ans



Des difficultés financières qui expliquent sans doute ce moindre taux de départ en vacances, ajoutées à des difficultés pratiques :

- l'hébergement est moins aisé, qu'il soit marchand ou dans la famille ou chez des amis
- Et une mobilité plus contrainte (véhicules plus grands) ou en transports collectifs (train et avion)

Source : Direction Générale des Entreprises (DGE)
Dispositif SDT (Suivi de la Demande Touristique), enquête complémentaire sur les voyages des enfants, 2017
Enquête réalisée fin 2017 auprès de parents sur les voyages de leurs enfants sans eux entre le 1^{er} septembre 2016 et le 31 août 2017.
Au total 5 800 enfants au sein de 3 500 foyers

254

²⁵² <https://www.credoc.fr/publications/les-vacances-et-les-activites-collectives-des-5-19-ans>.

²⁵³ <http://www.ovlej.fr/>.

²⁵⁴ <https://www.credoc.fr/publications/les-vacances-et-les-activites-collectives-des-5-19-ans>.



Le Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge est placé auprès du Premier ministre. Il est chargé de rendre des avis et de formuler des recommandations sur les objectifs prioritaires des politiques de la famille, de l'enfance, des personnes âgées et des personnes retraitées, et de la prévention et de l'accompagnement de la perte d'autonomie.

Le HCFEA a pour mission d'animer le débat public et d'apporter aux pouvoirs publics une expertise prospective et transversale sur les questions liées à la famille et à l'enfance, à l'avancée en âge, à l'adaptation de la société au vieillissement et à la bienveillance, dans une approche intergénérationnelle.

RETROUVEZ LES DERNIÈRES ACTUALITÉS DU HCFEA :
www.hcfea.fr



Le HCFEA est membre du réseau France Stratégie (www.strategie.gouv.fr)
Adresse postale : 14 avenue Duquesne - 75350 Paris 07 SP

