

Avis en réponse à la saisine sur le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2026

Adopté par voie dématérialisée le 29 octobre 2025

Le Conseil de l'enfance et de l'adolescence du HCFEA, saisi le 14 octobre 2025 pour avis, a examiné les dispositions du projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) pour 2026 concernant l'enfance.

Concernant les mesures touchant aux prestations familiales et aux conditions de vie des enfants, le Conseil s'associe à l'avis rendu par le Conseil de la famille¹. Il approuve la disposition relative au congé de naissance, même s'il pourrait être plus long, mieux rémunéré et lancé avant juillet 2027.

En revanche, l'avis des membres est défavorable à l'ensemble des mesures qui dégradent les conditions de vie des enfants les plus pauvres : gel des prestations familiales et relèvement de l'âge de majoration des allocations familiales.

Concernant certaines mesures qui touchent à la santé de l'enfant et la périnatalité, le Conseil est favorable au renforcement de la prévention par des prestations d'accompagnement dédiées.

Il est en revanche réservé sur la suppression de la visite de reprise de travail en fin de congé de maternité, qui est parfois la seule visite médicale en post partum et peut permettre une détection à temps de pathologies de « suites de couches » ou des contre-indications à l'activité professionnelle.

¹ HCFEA, Conseil de la famille, 2025, [Avis en réponse à la saisine sur le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2026](#)



Le Conseil rappelle le centrage sur le « parcours 1000 jours » de la commission éponyme dont l'objectif était à la fois de proposer un suivi renforcé de la santé de la mère et du bébé et de prévenir l'épuisement parental.

Il confirme sa position et les orientations qu'il a portées dans sa contribution au rapport commun Hcaam-HCFEA-HCFiPS « [Pour un redressement durable des comptes de la Sécurité sociale](#) », ² en réponse à la saisine du Premier ministre le 2 juillet 2025.

I. Prestations familiales

A. La création d'un congé supplémentaire de naissance à partir de 2027

L'article 42 du PLFSS prévoit la mise en place d'un « congé supplémentaire de naissance », d'une durée de deux mois pour chacun des parents et rémunéré en fonction du salaire, pouvant être pris simultanément ou successivement.

Le HCFEA, dans plusieurs de ses rapports ces dernières années³, demande la création d'un congé parental plus court et mieux rémunéré que l'actuelle prestation partagée d'éducation de l'enfant (PreParE) pour un partage plus équitable des responsabilités parentales et l'amélioration de situation économique des mères, en favorisant leur insertion et leur maintien dans l'emploi. Pour cette mesure, le Conseil de l'enfance et de l'adolescence comme le Conseil de la famille⁴ considèrent que

- la création d'un congé supplémentaire de naissance de deux mois par parent va dans la bonne direction mais reste en deçà de ce qui serait souhaitable, notant qu'il n'interviendra qu'au 1^{er} juillet 2027, alors qu'il est annoncé depuis 2023 ;
- il conviendrait que le niveau de l'indemnisation soit porté à un niveau suffisant, supérieur à 50 % du salaire brut ;
- la durée du congé limitée à deux mois par parent, est encore trop courte, mais devrait permettre à l'enfant d'être auprès de l'un et/ou l'autre de ses parents au moins jusqu'à ses 6 mois comme spécifié dans l'avis du Conseil de l'enfance et du conseil de la famille sur les recommandations de la commission des 1000 premiers jours⁵. Ainsi, le HCFEA estime également que le congé parental à temps partiel et en

² HCFEA, Conseil de l'enfance, 2025, [Santé et santé mentale de l'enfant : l'efficacité par la prévention et des réponses diversifiées](#), extrait du rapport commun du HCaam, du HCFEA et du HCFiPS [Pour un redressement durable de la sécurité sociale](#) remis le 2 juillet 2025 suite à la saisine du Premier ministre.

³ Conseil de la famille du HCFEA, 2019, [Voies de réforme des congés parentaux dans une stratégie globale d'accueil de la petite enfance](#) ; 2021, [L'évolution des dépenses sociales et fiscales consacrées aux enfants à charge au titre de la politique familiale](#) – Bilan des réformes des vingt dernières années

⁴ HCFEA Conseil de la famille, 2025, *op. cit*

⁵ HCFEA, Conseil de la famille et Conseil de l'enfance, 2020, [Avis commun avis sur le rapport de la commission des 1000 premiers jours](#)

particulier à temps partiel partagé entre les deux parents est une solution qui permet un meilleur équilibre des présences et fonctions parentales et, ce faisant, de tendre vers plus d'égalité parentale et professionnelle entre hommes et femmes. En outre, au-delà de sa durée, le lien parental au sens large supposerait également de développer un droit, en lien avec les employeurs, à aménager les temps et lieux de travail de manière plus innovante (assouplissements, *right to request* à la française) au-delà de la première enfance. Le HCFEA a d'ailleurs proposé qu'en cas de « problème majeur » une présence parentale pourrait être ponctuellement nécessaire quel que soit l'âge de l'enfant, notamment en cas de problème de santé physique ou mentale⁶, ou dans des phases clefs du développement, comme la préadolescence⁷.

B. Le gel des prestations sociales

Le Conseil de l'enfance et de l'adolescence, comme le Conseil de la famille, **exprime son opposition au gel des prestations familiales et de solidarité, notamment pour les foyers les plus modestes et les milieux intermédiaires, considérant que la qualité de vie, d'éducation et de santé des enfants, et la réponse à leurs besoins fondamentaux, seraient impactées.**

L'article 44 du PLFSS prévoit le gel de toutes les prestations de Sécurité sociale (pensions de retraite, prestations familiales, AAH, etc.). Un article analogue figurant dans le projet de loi de finances (PLF) porte sur le gel des autres prestations sociales, en particulier les prestations de solidarité relevant de l'État (RSA, prime d'activité...). S'y ajoute, dans le cadre du PLF, un article visant à geler spécifiquement les paramètres de calcul des APL.

Selon le PLFSS, ce gel permettra une économie de 3,6 Md€, dont 2,5 pour la Sécurité sociale et 1,1 pour l'État.

Le Conseil réaffirme que les prestations sociales jouent un rôle essentiel dans la réduction de la pauvreté monétaire des enfants et des familles. Ainsi, selon le Rapport d'évaluation des politiques sociales (REPSS) 2025 « toutes configurations familiales confondues, les prestations familiales abaissent en moyenne le taux de pauvreté des enfants de 7,4 points. Leur effet est particulièrement fort au sein des couples ayant au moins trois enfants, pour lesquels le taux de pauvreté diminue de 12,9 points après prise en compte des prestations familiales dans le revenu disponible, ainsi qu'au sein des familles monoparentales de deux enfants ou plus (-16,2 points) »⁸.

Pour rappel le taux de pauvreté des enfants en 2023 atteint 21,9 %, contre 15,4 % pour l'ensemble de la population⁹. Le gel des prestations familiales et de solidarité, cumulé avec le décalage de la majoration pour âge de 14 à 18 ans alors que les dépenses pour un

⁶ HCFEA, [Disposer de temps et de droits pour s'occuper de sa famille et de ses proches en perte d'autonomie](#), 2018

⁷ HCFEA, Conseil de l'enfance, 2021, [La traversée adolescente des années collège](#)

⁸ REPSS 2025 – annexe 1 dédiée à la branche famille, p90

⁹ Rieg C., Rousset A., 2025, [Niveau de vie et pauvreté en 2023](#) - Taux de pauvreté et inégalités s'accroissent fortement, *Insee Première*, n° 2063, juillet.



adolescent sont notoirement plus élevées que pour un enfant, fragiliserait les familles les plus modestes, dont les prestations sociales constituent une part importante des revenus.

C. Le relèvement de l'âge de majoration des allocations familiales

Le Conseil de l'enfance et de l'adolescence ne peut que s'associer à l'avis du Conseil de la famille qui s'oppose au « *décalage de 14 à 18 ans de la majoration pour âge des allocations familiales* indiqué dans PLFSS (pour une économie de 0,2 milliard d'euros en 2026 et croissante jusqu'en 2029) »¹⁰. Et il constate qu'il **n'est pas prévu que les économies ainsi réalisées soient redéployées, au moins partiellement, au sein de la branche famille afin de limiter les effets délétères de la mesure sur les familles les plus pauvres et en particulier, parmi elles les familles nombreuses**. Ce qui est contradictoire avec les mesures en cours d'élaboration pour relancer la natalité.

D. Des mesures sur les recettes qui diminuent les moyens disponibles pour la branche famille

Selon les prévisions du PLFSS, les recettes de la branche famille s'élèveront à 60,1 Md€ en 2026. Or, elles auraient dû s'élever à environ 61,6 Md€¹¹. La perte de ressources pour la branche famille atteint donc environ 1,5 Md€ (soit 2,4 % des recettes).

Concernant cette mesure, le Conseil de l'enfance et de l'adolescence rejoint l'avis du Conseil de la famille, qui avait préconisé de « *garantir une évolution des recettes de la branche famille au même rythme que la croissance* »¹² et recommandé que « *de nouvelles recettes de la branche famille [ne soient] pas transférées vers d'autres administrations* », et que « *des transferts vers d'autres branches ne sont envisageables qu'à la condition qu'ils participent à atteindre les objectifs des politiques familiales* » (en matière d'accueil du jeune enfant et de compensation financière des charges de famille).

Or, les besoins des familles sont aujourd'hui insuffisamment couverts. « *Parmi ces besoins figurent les difficultés liées à la monoparentalité, au handicap d'un enfant*¹³, *aux situations de précarité économique, ou encore à l'articulation entre vie familiale et vie professionnelle. Une*

¹⁰ Actuellement, la majoration pour âge est de 75,53 € par enfant de 14 ans ou plus pour les familles bénéficiant des allocations familiales (AF) à taux plein (montant modulé comme les AF pour les autres familles bénéficiaires). Pour les familles ayant seulement deux enfants, seul le benjamin, s'il a 14 ans ou plus, bénéficie de la majoration pour âge.

¹¹ Selon les prévisions du PLFSS, en 2026, la masse salariale du secteur privé augmenterait de 2,3 %, le PIB en volume augmenterait de 1 % et l'inflation atteindrait 1,3 %.

¹² HCFEA, Conseil de la famille, 2025, [*La branche famille et les politiques familiales, des dépenses d'avenir à préserver*](#).

¹³ HCFEA, conseil de l'enfance, 2018, [*Accueillir et scolariser les enfants en situation de handicap, de la naissance à 6 ans et accompagner leur famille*](#)

attention particulière doit être portée à la petite enfance, aux familles monoparentales et aux familles nombreuses »¹⁴.

Le Conseil demande que les excédents à venir de la branche famille servent à couvrir les besoins des enfants et des familles, aujourd'hui insuffisamment couverts. Il regrette les transferts de recettes prévus dans le PLFSS au détriment de la branche famille et des politiques publiques qu'elle finance en direction des familles et des enfants.

L'équilibre des comptes de la sécurité sociale repose sur l'emploi et le renouvellement des générations comme principale richesse. Or la jeune génération hésite à procréer, avec une baisse du nombre de naissances et l'indice conjoncturel de fécondité le plus bas depuis la fin de la Première guerre mondiale¹⁵. Lutter contre la pauvreté, par la qualité de l'emploi et une socialisation progressive dès la petite enfance est une mesure d'avenir. Depuis 2017, le HCFEA a instruit un ensemble de propositions favorables à la conciliation entre la vie professionnelle des mères et des pères et leur besoin de temps et de droits pour leurs enfants et adolescents, et leurs proches âgés ou à besoins spécifiques. Pour la première enfance, il a défini les outils de pilotage d'une montée en qualité affective, éducative et sociale de l'accueil collectif et individuel qui favorise la prévention des troubles du lien enfant-parents et l'adaptation entre enfants, école et société. Il défend aussi l'accueil très précoce du jeune enfant en situation de handicap en collectivité, à la fois dans son intérêt, et pour soutenir les parents, et prévenir leur isolement, leur retrait de l'emploi et les risques d'appauvrissement familial. Pour les enfants qui n'ont pas accès aux modes d'accueil formels, il propose un parc d'accueils plus diversifiés, flexibles, ajustés, qui permettent une socialisation progressive avant l'école, préviennent les troubles de la séparation et lèvent des freins à l'emploi des mères.

E. Poursuivre le déploiement du service public de la petite enfance pour une offre d'accueil diversifiée et de qualité, pour tous

Encadré 3 : Une offre de garde adaptée et de qualité

Dossier de presse

La convention d'objectifs et de gestion (COG) conclue avec la Caisse nationale des allocations familiales pour 2023-2027 représente un effort substantiel pour la petite enfance, qui s'est traduit par l'engagement d'une hausse d'un tiers de l'enveloppe du fonds national d'action sociale sur la période. Cette dynamique de dépenses, qui accompagne la création d'un service public de la petite enfance, est liée à la fois aux revalorisations des participations de la branche famille, notamment pour accompagner la hausse des rémunérations des professionnels pour renforcer l'attractivité et la qualification des métiers de la petite enfance, mais aussi aux nombreuses mesures venant renforcer la qualité de l'accueil.

¹⁴HCFEA, Conseil de la famille, 2025, [La branche famille et les politiques familiales, des dépenses d'avenir à préserver](#). Contribution du Conseil de la famille au rapport commun Hcaam-HCFEA-HCFiPS [Pour un redressement durable de la sécurité sociale](#).

¹⁵ Source : Insee, [Bilan démographique 2024](#), Insee Première, n° 2033



Par ailleurs, l'Etat soutient depuis 2025 à hauteur de 86 M€ l'ensemble des communes de plus de 3 500 habitants dans la mise en œuvre de leur service public. Ce financement annuel qui sera versé pour la première fois à l'automne 2025 permettra aux communes ou à leurs groupements d'assurer leurs missions d'autorités organisatrices.

Le Conseil de l'enfance et de l'adolescence rappelle que 43% des tout-petits ne bénéficient pas d'une expérience de transition entre le milieu familial et l'entrée à l'école, dans une structure ou des offres formelles d'accueil et de socialisation de la petite enfance soutenus par des financements publics pour les autres familles¹⁶. Les accueils variés et de qualité sont des dispositifs au service de l'évolution des enfants dont le SPPE devrait en garantir le droit pour tous.

Pour promouvoir une meilleure égalité entre tous les enfants dans l'accès à des situations de primo-éducation et prévenir les troubles précoces de séparation mère-enfant, le Conseil préconise le développement d'accueils flexibles permettant une transition progressive de l'enfant du milieu familial vers le milieu social et scolaire dans des structures intermédiaires/flexibles/passerelles, avec ou sans les parents, des lieux d'accueil enfant-parent (Laep), des maisons vertes, des accueils ludiques, culturels, etc.

Ces structures répondent aux besoins divers des familles : celles ayant des horaires atypiques ou au chômage, des familles fragilisées (monoparentales, en situation de pauvreté, gens du voyage, immigrées) et des familles où l'on vit avec des problèmes de santé (handicap, maladie) ou de santé mentale ; elles permettent de s'adapter à l'évolution du monde de travail, comme la généralisation du télétravail dans certains métiers. L'ambition d'offrir à tous les enfants une expérience de socialisation progressive, ludique et stimulante avec d'autres enfants, en lien avec les parents, dans d'autres espaces que la maison, pourrait servir de base à l'édification d'un véritable service public de la petite enfance.

Le SPPE lancé en janvier 2025 n'a pas encore atteint ses objectifs en matière d'offre d'accueil. Le Conseil rappelle qu'il doit non seulement augmenter le nombre de places disponibles et de qualité, mais aussi faciliter un meilleur accompagnement des parents « *dans une logique de confiance et de justice sociale* »¹⁷. L'idée est de développer des programmes d'information pour les soutenir dans l'éducation de leurs enfants, et ce en lien avec les structures d'accueil. Allez vers les familles, ouvrir, soutenir et développer une diversité de lieux d'accueil (accueils nomades, y compris les LAEP, itinérants, mobiles, multisites, accueils flexibles avec ou sans les parents, réguliers ou non et autour 'une grande variété de propositions, culturelles, ludiques, de plein air, d'insertion, coopératives...) sont autant de solutions pour répondre aux besoins de toutes les familles, chaque territoire devant pouvoir adapter son offre d'accueil, sa variété et son évolutivité.

¹⁶ HCFEA, Conseil de l'enfance, 2023, *Qualité, flexibilité, égalité : un service public de la petite enfance favorable au développement de tous les enfants avant 3 ans*, p. 60.

II. Santé, santé mentale, prévention

A. Les participations forfaitaires et les franchises

L'article 18 du PLFSS prévoit une extension des participations forfaitaires et franchises médicales en y incluant les consultations réalisées par les chirurgiens-dentistes. Les populations les plus fragiles, soit un tiers des assurés, bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire et de l'aide médicale d'Etat, invalides de guerre, femmes enceintes et enfants jusqu'à 18 ans, resteront exemptés de cette mesure.

Le dossier de presse du PLFSS indique que « [l]es deux plafonds annuels (l'un concernant les participations forfaitaires, l'autre les franchises) s'élèveront à 100€ contre 50€ aujourd'hui. La franchise sur les boîtes de médicaments et les actes paramédicaux s'élèvera à 2€. La franchise sur les transports sanitaires s'élèvera à 8€. La participation forfaitaire sur les actes médicaux s'élèvera à 4€. (...) En dehors de ces assurés les plus vulnérables, le reste à charge des patients augmentera en moyenne de 42€ par an, soit environ 3 euros de plus par mois. Les moindres dépenses pour l'Assurance maladie obligatoire en lien avec la mise en place de ces mesures sont estimées à 2,3 Md€ en 2026. Au total, le reste à charge des ménages représenterait, après cette réforme, environ 9 % de la consommation totale de soins et de biens médicaux sur un coût annuel moyen d'un assuré pour les administrations de plus de 3 000€.

Le Conseil prend acte des exemptions concernant les enfants, les femmes enceintes et les bénéficiaires de l'AME et de la CSS et recommande au contraire de faciliter l'accès aux soins, y compris les soins dentaires. L'absence ou le retard de soins, et notamment des soins dentaires, peut avoir de graves répercussions sur l'alimentation, la santé et le bien-être des enfants, y compris sur le long terme. Il souligne que même pour les familles en emploi, toute augmentation forfaitaire des franchises concernant les consultations et les soins de santé ou de psychiatrie et pédopsychiatries, représentent non seulement une injustice, compte-tenu des écarts de revenus, mais un risque accru de non-recours ou de retard de soins. Le Conseil de l'enfance rappelle que la prévention primaire et secondaire nécessite un accès à des professionnels et/ou des services de santé, sociaux, ou médicosociaux, et que le renforcement du phénomène de renoncement aux soins touche déjà les familles en situation de fragilité économique de pauvreté et de précarité.

Il y a autour de l'offre de médecine générale de l'enfant et de l'adolescent, y compris la médecine scolaire, et en pédopsychiatrie, des besoins non couverts importants et une offre de soin et d'accompagnement de l'enfant et de l'adolescent insuffisante et difficile à mobiliser, faute de professionnels et d'acteurs formés. Il conviendrait pour le Conseil de l'enfance, d'évaluer les surcoûts de dépenses de santé dus au retard d'accès et à l'éloignement des aides proposées, que constatent les médecins et les autres soignants dans la clinique du quotidien. Cette perte de temps et de chance génère l'aggravation, voire la chronicisation des troubles mentaux, mais aussi l'apparition de symptômes somatiques et



des fragilisations des parcours scolaires, d'apprentissages et des rapports sociaux des jeunes¹⁸.

B. Renforcer la prévention des affections longue durée, dès l'enfance

L'article 19 du PLFSS 2026 prévoit de « Prévenir l'augmentation des affections de longue durée par la mise en place de prestations d'accompagnement préventif dédiées », et la prise en charge d'un nouveau panier de soins, tels que l'accompagnement à l'activité physique ou la diététique, en complément de prestations déjà remboursées tels que consultations de psychologie, de l'éducation thérapeutique, ou « Mon Bilan Prévention ».

L'article 21 « Renforcer l'accès aux soins » prévoit des mesures pour rationaliser le recours aux urgences hospitalières en développant notamment une réponse en amont plus structurée aux soins non programmés, et renforcer l'organisation de l'offre de soins de proximité dans les territoires les plus fragiles. Le Conseil de l'enfance et de l'adolescence est favorable à la mise en place de prestations d'accompagnement préventif bien que les modalités et dispositifs concernés doivent être précisés. Le Conseil réaffirme la nécessité d'une prévention globale telle que définie dans le rapport Pour un redressement durable de la sécurité sociale¹⁹. Cette approche de la prévention ne saurait se limiter à une approche sanitaire mais intègre l'accès à un environnement de vie sain, à des activités ludiques et culturelles au-dehors et à une attention générale au bien-être, au développement et à l'épanouissement des enfants et des adolescents par les adultes, dans les structures et les institutions qui les accueillent, les éduquent, les aident à grandir, s'ouvrir sur l'extérieur et les autres et s'émanciper. La santé psychologique et somatique des enfants et des jeunes est largement tributaire des mesures qui favorisent leur place dans l'espace public, la société et un environnement écologiquement sain et humainement sécurisant.

C. Assurer l'effectivité de la politique vaccinale sur tout le territoire français

L'article 20 du PLFSS vise à simplifier et à rendre plus efficiente la politique vaccinale. Dans cette perspective, il prévoit, sauf contre-indication médicale reconnue, la vaccination obligatoire des professionnels de la petite enfance contre la rougeole, à la suite des recommandations de la HAS (29 mars et 27 juillet 2023), ainsi que l'optimisation de l'organisation territoriale en simplifiant le dispositif de pilotage des centres de vaccination, qui relèvent aujourd'hui de divers acteurs (des départements, des communes ou de l'Etat) via les Agences régionales de santé (ARS). À cette fin, il prévoit une centralisation du financement de ces structures, permettant ainsi aux ARS d'exercer leurs responsabilités de coordination et de gestion, dans un cadre plus lisible.

Si le Conseil de l'enfance note que cet article règlemente la vaccination des acteurs en charge des enfants, il rappelle la priorité de la vaccination des enfants eux-mêmes, en

¹⁸HCFEA Conseil de l'enfance, 2025, [Santé et santé mentale de l'enfant](#), *op. cit.*

¹⁹ *Idem*

particulier dans le DROM²⁰ où la couverture vaccinale n'est pas satisfaisante, et pour les enfants sans abri ou encore les mineurs non accompagnés²¹.

D. Consolider les actions en faveur de la santé mentale

Le dossier de presse précise que « [l]e projet de loi permet d'accompagner la stratégie santé mentale et psychiatrie annoncée par le Gouvernement dans les suites de la Grande Cause Nationale 2025. Cette stratégie, financée en 2026 à hauteur de 65 M€, repose sur trois piliers : Repérer, soigner, reconstruire, en renforçant la formation ainsi que la coordination des professionnels du soin, et l'accompagnement des personnes concernées dans toutes les dimensions de leur vie quotidienne ».

Dans ses nombreux travaux consacrés à la santé mentale²², le Conseil montre la dégradation de la santé mentale des enfants et des adolescents, le risque de substitution des pratiques d'aides psychothérapeutiques, éducatives et sociales par le médicament et les crises traversées par le secteur de la santé mentale et de la psychiatrie de l'enfant tout en proposant des champs d'amélioration. Dans son avis de 2024²³, le Conseil de l'enfance et de l'adolescence salue la décision du Premier ministre en exercice, d'ériger la santé mentale « Grande cause nationale 2025 » compte-tenu de l'urgence à agir : diminution des capacités d'hospitalisation en pédopsychiatrie, situation démographique tendue des professionnels, de moins en moins nombreux (baisse des effectifs, baisse de l'attractivité, postes non pourvus dans de nombreuses spécialités infantiles et pédiatriques), baisse des financements dans le secteur, mais aussi réduction drastique de personnel et des moyens dans les CMPP, difficultés et multiplication des missions des PMI. Ces problèmes systémiques limitent la capacité des professionnels à répondre dans des délais raisonnables aux souffrances psychiques des enfants et des adolescents. Le Conseil de l'enfance souligne la nécessité d'allouer des financements pérennes, renforcés et équitablement répartis sur tout le territoire, de renforcer l'attractivité des métiers de l'enfance, qui demandent des consultations plus longues, et sont pourtant moins bien rémunérées (pédopsychiatres, psychologues, psychomotriciens, orthophonistes, infirmiers, éducateurs, assistants sociaux etc.), et d'adopter une approche coordonnée impliquant à la fois le secteur médicosocial et éducatif à l'échelle du bassin de vie de l'enfant.

Pour les membres du Conseil de l'enfance et de l'adolescence du HCFEA, ces actions doivent également viser à réduire les déterminants sociaux, économiques et environnementaux de santé, tout en leur offrant des réponses diversifiées, incluant l'accompagnement psychothérapeutique, éducatif, social et familial et la qualité de vie

²⁰ HCFEA, Conseil de l'enfance, 2021, [Santé et scolarisation des enfants de moins de 6 ans à Mayotte, en Guyane et à La Réunion](#)

²¹ HCFEA, Conseil de l'enfance, 2025, [L'aide et le soin aux enfants et adolescents en pédopsychiatrie et santé mentale. Compléments au rapport 2023](#)

²² Idem ; 2025, [L'aide et le soin aux enfants et adolescents op. cit.](#); 2024, [Avis Santé mentale, Grande cause nationale 2025 : le HCFEA poursuit ses travaux et renouvelle l'alerte sur l'aide et les soins face à la souffrance psychique des enfants et des adolescents](#) ; 2023, [Quand les enfants vont mal op. cit](#)

²³ HCFEA, Conseil de l'enfance, 2024, [Avis Santé mentale op. cit.](#)



scolaire et amicale des enfants et adolescents. Lorsque des soins sont nécessaires, il est indispensable que l'environnement social et relationnel des enfants et des adolescents, en particulier leur environnement familial et éducatif, soient considérés comme soutien et partenaire.

Il est essentiel de développer un maillage équilibré et accessible de l'offre de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent sur l'ensemble du territoire, métropolitain et outre-mer, en particulier dans les zones rurales ou sous-dotées en services spécialisés. L'élaboration d'un schéma d'organisation de l'offre de soins, comprenant les centres de premier niveau (CMP, CMPP, CAMSP), de deuxième niveau (services hospitaliers de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent) et de troisième niveau (unités très spécialisées et équipes pluridisciplinaires) rendrait ce réseau de soins plus lisible et plus fonctionnel.

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

La réponse au mal-être et à la souffrance psychique des enfants et adolescents doit être développée de manière spécialisée, territorialisée et graduée, tant pour assurer une prévention, un repérage et des soins de qualité, que pour le développement de la recherche et de l'enseignement, préparant l'avenir. La création d'un véritable service de psychologie scolaire pourrait contribuer à la fois à répondre à leur souffrance psychique et à limiter la consommation de médicaments.

Le Conseil rappelle²⁴ enfin que le temps passé dans les espaces publics et la nature est crucial pour le développement physique, cognitif, affectif et social des enfants et adolescents. Prendre l'air pour réduire les émotions négatives, s'aérer l'esprit pour baisser le niveau d'anxiété, s'exposer à la lumière, être en contact avec la nature, respecter l'environnement... Les bénéfices des activités en plein air sur la santé physique et mentale des enfants et des jeunes sont aujourd'hui bien documentés²⁵.

E. Favoriser l'alimentation du Dossier Médical Partagé pour une bonne coordination des soins

Le projet de loi de financement porte une mesure visant à rendre systématique l'usage du Dossier Médical Partagé (DMP) de « Mon Espace Santé » par les professionnels de santé, qu'il s'agisse de l'alimenter ou de le consulter, pour mettre fin à la redondance de certaines prescriptions (estimés entre 15 % et 40 % dans le secteur de l'imagerie par exemple) et améliorer la coordination des soins, notamment entre la ville et l'hôpital.

²⁴ HCFEA, Conseil de l'enfance, 2024, [Quelle place pour les enfants dans les espaces publics et la nature ? Éducation, santé, environnement](#)

²⁵ *Idem*

L'article L. 1111-15 du code de la santé publique prévoit d'ores et déjà une obligation pour les professionnels de reporter certains documents dans le DMP des patients. Il s'agit de renforcer cette obligation légale avec un régime de sanctions applicables en cas de non-respect pour augmenter l'alimentation et la consultation lors des parcours de soins. Ces sanctions concerneraient également les établissements, services ou organismes au sein desquels ces derniers exercent.

Le Conseil de l'enfance et de l'adolescence s'est positionné pour l'amélioration du recueil et du traitement des données sur l'enfant, y compris les données médicales²⁶, et pour un meilleur suivi des vaccinations de l'enfant²⁷, et de l'information aux parents.

Dans ses différents travaux²⁸, le Conseil s'est prononcé sur l'importance de la production, de l'exploitation, de la diffusion de données et des études publiques mieux centrées sur les enfants pour élaborer une politique de l'enfance plus éclairée, mieux ajustée et plus articulée entre les différentes administrations et niveaux de décision et de mise en œuvre. Il souligne que la connaissance de l'enfant – c'est-à-dire les savoirs produits à partir de données permettant de saisir les spécificités des enfants et des adolescents, leur temporalité, leurs processus de développement, les besoins spécifiques, les inégalités en y intégrant les âges et les contextes familiaux, culturels, sociaux, territoriaux – est un levier indispensable non seulement pour évaluer les effets des dispositifs publics existants, mais aussi pour guider l'élaboration et la mise en œuvre des futures politiques publiques de manière à ce qu'elles soient les plus efficaces possibles.

F. Lutter contre le gaspillage des médicaments et des produits de santé

Réduire le gaspillage des produits de santé revêt un intérêt économique et écologique majeur²⁹, car il représente 16 % de l'objectif de dépenses d'assurance maladie en 2025. L'article 32 du PLFSS prévoit un cadre expérimental pour la collecte et la re-dispensation de médicaments non utilisés en établissement de santé, dans le respect de règles strictes de sécurité et de traçabilité.

En s'appuyant sur ses travaux réitérés sur la santé mentale des enfants et des adolescents³⁰, le Conseil appelle à engager une réduction de la consommation de médicaments

²⁶ HCFEA, Conseil de l'enfance, 2018, [Des données et des études publiques mieux centrées sur les enfants](#)

²⁷ HCFEA, Conseil de l'enfance, 2021, [Santé et scolarisation](#), op. cit.

²⁸ Voir notamment : HCFEA, Conseil de l'enfance, 2025, [Santé et santé mentale](#), op. cit.; 2019, [Des données](#), op. cit.; 2019, [Avis relatif aux données de recherche et études sur la santé et le développement global de l'enfant](#); 2022, « [Droits de l'enfant : quel chemin parcouru et comment avancer ? Les travaux du Conseil de l'enfance et de l'adolescence, 2016-2022](#) » avec un premier bilan des avancées en matière de données et études publiques en annexe I.

²⁹ ANSM, 2025, [Réduire l'impact environnemental des médicaments : la France est mobilisée aux côtés de l'Europe](#), Actualité, 2 octobre 2025 ; Commission européenne, 2025, [Médicaments dans l'environnement - Mise en œuvre de l'approche stratégique de l'UE](#), rapport, Stefan Berggren

³⁰ HCFEA Conseil de l'enfance, 2025, [Santé et santé mentale de l'enfant](#), op. cit. ; 2025, [L'aide et le soin aux enfants et adolescents](#) op. cit.; 2024, [Avis Santé mentale, Grande cause nationale 2025 : le](#)



psychotropes. Ces travaux mettent en effet en évidence depuis 2010 une augmentation constante des prescriptions de médicaments psychotropes aux enfants et adolescents, de plus en plus jeunes, sur des durées longues, avec des polyprescriptions, et le déficit structurel croissant des autres formes d'aides éducatives, sociales et de soins.

Entre 2010 et 2023, le taux de délivrance pour les patients de 0 à 17 ans a augmenté de + 137 % pour les hypnotiques, + 88 % pour les antidépresseurs, + 62 % pour les antiépileptiques, + 50 % pour les neuroleptiques et + 40 % pour les psychostimulants, pour des prescriptions souvent hors autorisation de mise sur le marché et malgré l'existence d'effets indésirables.

La consommation de médicaments psychotropes chez les enfants et les adolescents autistes atteint 36,8 % en 2022, dont 26,3 % chez les 0-2 ans, et 41,7 % chez les 12-17 ans³¹. Le taux de défavorisation sociale au sein de cette population est très élevé : 43,5 % en 2022.

Des observations similaires ont été réalisées dans le cas de l'hyperactivité/TDAH et de la consommation de méthylphénidate : entre 2010 et 2019, leur prescription a augmenté de + 56 % en incidence et de + 116 % en prévalence. Alors que la consommation de méthylphénidate progresse, le suivi éducatif et psychothérapeutique par les CMPP a fortement diminué entre 2010 et 2019 pour les enfants recevant du méthylphénidate (de 4,1 % à 0,8 %).

Il propose d'explorer la piste d'une réduction des prescriptions évitables, et ce de trois manières conjuguées :

- engager un mouvement auprès des médecins, et des parents, incitant à moins prescrire ;
- inciter à prescrire pour des durées plus courtes et conformes aux indications de durée recommandées, et intégrer la sortie de la prescription et ses modalités dès la première prescription ;
- inciter à « déprescrire », quand c'est possible et bénéfique pour le patient, c'est-à-dire à évoquer en consultation un objectif d'arrêt de la prise de médicament et sa mise en place, accompagnée et progressive, pour certains médicaments et dans certains cas, lorsque la situation est favorable et que l'état de santé du patient le permet.

HCFEA poursuit ses travaux et renouvelle l'alerte sur l'aide et les soins face à la souffrance psychique des enfants et des adolescents ; 2023, [Quand les enfants vont mal](#) op. cit

³¹ Conseil de l'enfance et de l'adolescence du HCFEA, 2025, op. cit. ; Ponnou S., Briffault X., Thomé B., Aragno V., Chamak B., 2025, La consommation de médicaments psychotropes chez les enfants et les adolescents autistes en France. Analyse des bases du Système national de données de santé sur la période 2010–2022, *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*.



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

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

Retrouvez nos dernières actualités sur

www.hcfea.fr

