



Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge

CONSEIL DE L'ENFANCE
ET DE L'ADOLESCENCE

**QUAND LES ENFANTS VONT MAL :
COMMENT LES AIDER ?
NOTE DE SYNTHÈSE**

Rapport adopté le 7 mars 2023

*L'étude HCFEA des bases de données de santé entre 2014 et 2021 montre que la **consommation de psychotropes** chez l'enfant et l'adolescent a augmenté de 48,54 % pour les antipsychotiques ; 62,58 % pour les antidépresseurs ; 78,07 % pour les psychostimulants ; 27,7 % pour les anticholinergiques ; 9,48 % pour les dopaminergiques ; 155,48 % pour les hypnotiques et sédatifs.*

*La **prévalence de consommation** en population pédiatrique entre 2010 et 2021 a, elle, augmenté de 35 % pour les hypnotiques et les anxiolytiques ; de 179 % pour les antidépresseurs, 114 % pour les antipsychotiques ; et 148 % pour les psychostimulants. Pour la seule année 2021, l'augmentation est de 16 % pour les anxiolytiques ; de 224 % pour les hypnotiques ; de 23 % pour les antidépresseurs, et de 7,5 % pour les antipsychotiques*

Ce phénomène de surmédication ne concerne pas des cas isolés mais bien des dizaines de milliers d'enfants. Ces niveaux d'augmentation sont sans commune mesure (2 à 20 fois plus élevés) avec ceux observés au niveau de la population générale. Les enfants sont donc nettement plus exposés que les adultes à la souffrance psychique et aux difficultés psychologiques, mais aussi à la médication.

Alors qu'à l'étranger, on observe des effets de palier voire une diminution de la médication chez les plus jeunes, on constate en France entre 2010 et 2019 que les prescriptions de méthylphénidate (ritaline) ont augmenté de 116 %, alors que les consultations en CMPP ont été divisées par quatre.

Pour contrer l'effet ciseau entre l'augmentation de la demande d'aide et le déficit chronique de l'offre de soin, l'augmentation des pratiques médicamenteuses, antérieure à la crise sanitaire, met à mal les réglementations des autorités de santé. Elle fait craindre un risque de substitution des aides psychothérapeutiques, éducatives et sociales recommandées en première intention, par des pratiques médicamenteuses.

Le Haut Conseil alerte avec force sur l'urgence de moyens suffisants dédiés aux approches pédopsychiatriques de proximité et pluridisciplinaires, et aux offres psychothérapeutiques, éducatives et sociales destinées à l'enfant et à la famille qu'elles soutiennent.

La santé mentale est considérée comme la première problématique de santé publique chez l'enfant en France et au niveau international. Les questions de souffrance psychique résonnent de manière particulière dans la mesure où elles engendrent des répercussions sur le développement de l'enfant, ce qu'il ressent, ses émotions, son rapport à lui-même, au langage et au corps, ses liens familiaux et sociaux, son parcours scolaire et son devenir professionnel – impliquant la mise en œuvre de politiques et de pratiques de soins, d'éducation, de prévention et d'intervention sociale adaptées.

I. ÉTAT DES LIEUX ET RECOMMANDATIONS EN TERMES DE SANTE MENTALE DE L'ENFANT EN FRANCE

1.1. LES RECOMMANDATIONS DE TRAITEMENT

En France comme dans la plupart des pays européens, les soins de première intention recommandés par les autorités de santé (HAS, ANSM) pour les troubles mentaux chez l'enfant concernent :

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

Parfois, **un traitement médicamenteux peut être prescrit en deuxième intention, en soutien de l'accompagnement psychologique, éducatif et social de l'enfant et de sa famille.** Cependant, les consensus internationaux sont réservés quant à la prescription de médicaments psychotropes chez l'enfant et l'adolescent, et insistent sur l'importance de la surveillance et sur le rôle des agences de santé et de sécurité du médicament. Ces réserves s'expliquent par la rareté d'études robustes sur l'efficacité des traitements médicamenteux chez l'enfant ; des effets indésirables importants et une balance bénéfice/risque qui conduit à un nombre limité d'AMM pour les médicaments psychotropes en population pédiatrique. Lorsqu'un médicament psychotrope est effectivement autorisé chez l'enfant, sa prescription est assortie de recommandations strictes.

1.2. ÉTAT DES LIEUX : UN « EFFET CISEAU » ENTRE L'AUGMENTATION DE LA DEMANDE ET LE DEFICIT CHRONIQUE DE L'OFFRE DE SOIN

L'ensemble des expertises et des rapports publics dédiés à la santé mentale de l'enfant ou à la pédopsychiatrie d'une part, les constats des professionnels de terrain, des représentants institutionnels, des associations et des parents d'autre part témoignent d'un **écart considérable entre l'augmentation de la demande de soin et les capacités d'accueil et de traitement de l'enfant en France.**

Cet écart entre la demande et l'offre de soin crée un effet ciseau : **l'offre pédiatrique, pédopsychiatrique et médicosociale est en recul et ne permet plus d'accueillir dans des délais raisonnables les enfants et les familles** (délais d'attente de 6 à 18 mois sur le territoire). Faute de spécialistes, la majorité des consultations de l'enfant est réalisée par le médecin généraliste. La situation de la médecine scolaire, de la PMI et de l'ensemble des acteurs du champ médicosocial est très altérée et ne permet plus d'assurer les missions de service public d'accueil et de suivi de l'ensemble des enfants et des familles.

Parallèlement, le nombre d'enfants en difficulté psychique augmente. Cette augmentation, creusée par le déficit structurel des modalités de soin, d'éducation et d'accompagnement, se double de facteurs sociaux et environnementaux susceptibles d'en accentuer les effets : crise sanitaire, guerre en Ukraine, éco-anxiété, crises économiques et inégalités sociales...

Cette situation engage des effets majeurs documentés d'un point de vue épidémiologique et scientifique :

- déficit de prise en charge des enfants ;
- aggravation de l'état de santé des enfants ;
- augmentation des hospitalisations en urgence, des passages à l'acte suicidaires et de suicides chez l'enfant et l'adolescent ;
- recours, **faute de soins adaptés, à la seule prescription de médicaments psychotropes** alors même que l'indication ne correspond pas, en première intention, à la situation de l'enfant.

II. ALERTE SUR L'AUGMENTATION CONTINUE DE LA CONSOMMATION DE MEDICAMENTS PSYCHOTROPES CHEZ L'ENFANT EN FRANCE, ET SUR LA MISE A MAL SYSTEMATIQUE DES REGLEMENTATIONS DE PRESCRIPTION

Les données mises à disposition du Haut Conseil par l'assurance maladie, l'ANSM, et plusieurs études dédiées à l'analyse de la consommation de médicaments psychotropes dans les bases de données de santé entre 2010 et 2021 montrent **une augmentation considérable de la consommation de médicaments psychotropes chez l'enfant, a fortiori hors AMM et hors recommandations**, ainsi qu'un risque de substitution des pratiques psychothérapeutiques, éducatives et sociales de première intention par des pratiques médicamenteuses.

2.1. UNE AUGMENTATION GENERALISEE DE LA PRESCRIPTION DE MEDICAMENTS PSYCHOTROPES CHEZ L'ENFANT

Selon l'ANSM/EPI-PHARE, pour la seule année 2021, la consommation de psychotropes chez l'enfant et l'adolescent a augmenté de 16 % pour les anxiolytiques ; de 224 % pour les hypnotiques ; de 23 % pour les antidépresseurs et de 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, quand bien même le nombre d'AMM en population pédiatrique est très limité pour les médicaments psychotropes. Cette observation suggère que les enfants sont nettement plus exposés que les adultes à la souffrance psychique et aux difficultés psychologiques, mais aussi à la médication. Les données de l'ANSM/EPI-PHARE montrent un écart considérable entre la consommation attendue et la consommation observée. **Ce phénomène de surmédication ne concerne pas des cas isolés, mais bien des milliers d'enfants** : surconsommation manifeste d'anxiolytiques de + 86 576 délivrances, + 167 894 délivrances pour les hypnotiques, + 98 923 délivrances pour les antidépresseurs et + 34 791 délivrances pour les antipsychotiques.

Cette augmentation de la prescription de psychotropes chez l'enfant est antérieure à la crise sanitaire. Ainsi, entre 2014 et 2021, les données mises à disposition par l'assurance maladie montrent une augmentation de la consommation de **48,54 % pour les antipsychotiques, 62,58 %**

pour les antidépresseurs, 78,07 % pour les psychostimulants, 155,48 % pour les hypnotiques.

En 2010, la prévalence de la consommation de psychotropes chez l'enfant, déjà élevée, atteignait 2,5 %. Les données mises à disposition auprès du Haut Conseil montrent que cette consommation a doublé en dix ans, et pourrait concerner plus de 5 % des enfants et des adolescents. **La prévalence de consommation de médicaments psychotropes chez les 6-17 ans doit ainsi faire l'objet d'une attention et d'une mobilisation d'autant plus urgente de la part des pouvoirs publics et des autorités de santé qu'elle se situe pour une large part hors des conditions réglementaires de prescription.**

Cette augmentation continue est sans commune mesure avec les consommations observées dans les pays européens et en Amérique du Nord – y compris dans les pays très prescripteurs – où l'on observe des effets de palier voire une diminution de la médication chez les plus jeunes.

2.2. UNE MISE A MAL SYSTEMATIQUE DES OBLIGATIONS REGLEMENTAIRES DE PRESCRIPTION

Une **étude prospective réalisée en 2009 a montré que 68 % des prescriptions de médicaments psychotropes réalisées dans un hôpital pédiatrique parisien étaient hors AMM. Ces prescriptions hors AMM touchaient 66 % des patients** et concernaient essentiellement la prescription chez l'enfant de médicaments réservés à l'adultes. Parmi les psychotropes les plus régulièrement prescrits hors AMM : antiparkinsoniens 100 %¹; hypnotiques 100 % ; antidépresseurs 92 % ; antipsychotiques 69 % ; anxiolytiques 65 % ; antiépileptiques 51 % ; psychostimulants 30 %. Au niveau international, la consommation des psychotropes chez l'enfant et l'adolescent toucherait 50 à 90 % de la population pédiatrique.

Des études approfondies dans les bases de données de santé concernant la consommation de psychostimulants (méthylphénidate) chez l'enfant montrent que l'augmentation continue des prescriptions (116 % en dix ans) est associée à une mise à mal systématique des AMM et des recommandations de traitement :

- prescriptions avant l'âge de 6 ans ;
- **durées de traitement particulièrement longues : 5,5 ans en durée médiane pour les enfants de 6 ans consommateurs de méthylphénidate en 2011 et 7,1 ans en durée médiane pour les enfants de 6 ans hospitalisés avec un diagnostic de TDAH en 2011. Durées de traitement en augmentation entre 2011 et 2019, alors que les études et les agences de santé recommandent des prescriptions de court terme. Les enfants les plus jeunes sont ceux pour lesquels les durées de prescription sont les plus longues ;**
- **prescription hors diagnostic ou dans le cadre d'autres diagnostics psychiatriques** pour lesquels le médicament ne dispose pas d'AMM chez l'enfant ;

¹ Autrement dit, la totalité des prescriptions aux enfants est hors AMM, puisque les antiparkinsoniens ne sont pas destinés aux enfants.

- **coprescriptions nombreuses** d'autres médicaments psychotropes, souvent réservés à l'adulte et très éloignées de leur zone d'AMM. Ces coprescriptions ne font l'objet d'aucune étude ni validation scientifique.
- **non-respect des conditions réglementaires de prescription et de renouvellement par des médecins spécialistes ou des services spécialisés.**

Enfin, les études montrent une **détermination scolaire et sociale de la prescription de médicaments** psychostimulants chez l'enfant et l'adolescent en France : les enfants les plus jeunes de leur classe ou issus des milieux défavorisés présentent des risques accrus de médication.

2.3. VERS UNE SUBSTITUTION DES PRATIQUES PSYCHOTHERAPEUTIQUES, EDUCATIVES ET SOCIALES PAR DES PRATIQUES MEDICAMENTEUSES

Les auditions réalisées par le Haut Conseil, les données de littérature et l'analyse des bases de données de santé montrent un risque avéré de substitution des pratiques psychothérapeutiques, éducatives et sociales de première intention par des pratiques médicamenteuses :

- **absence de consultations de suivi** après initiation/prescription ;
- **les consultations en centre médico-psycho-pédagogique (CMPP) déclinent à mesure que la consommation de médicaments progresse.** Dans le cas du méthylphénidate, entre 2010 et 2019, les consultations en CMPP ont été divisées par quatre alors que les prescriptions ont augmenté de 116 % ;
- **les études internationales montrent que la souffrance psychique et les demandes de soin augmentent à mesure que la prescription médicamenteuse progresse.**

Enfin, les moyens dédiés aux soins de première intention et le déploiement des dispositifs psychothérapeutiques, éducatifs et sociaux ne semblent pas avoir augmenté dans les mêmes proportions que la consommation de médicaments psychotropes chez l'enfant.

2.4. ÉTAT DES LIEUX DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE DEDIEE A LA SANTE MENTALE DE L'ENFANT

Les travaux du Haut Conseil ont permis de documenter des biais scientifiques, des biais médiatiques voire des conflits d'intérêts susceptibles d'affecter les politiques de santé mentale dédiées à l'enfance en France. L'audition de chercheurs spécialistes a mis en exergue les impasses de la recherche et des pratiques biomédicales de la santé mentale, et leur impact sur la médication de la souffrance psychique de l'enfant. L'état des lieux des recherches les plus récentes, ainsi que les dernières recommandations des agences internationales (OMS) plaident pour une réorientation de la recherche et des politiques publiques de santé mentale vers des pratiques psychothérapeutiques, éducatives et sociales.

III. PRATIQUES PSYCHOTHERAPEUTIQUES, EDUCATIVES ET SOCIALES : DES RESSOURCES A DESTINATION DE L'ENFANT ET DE SES PARENTS

Dans un troisième temps, le Haut Conseil a engagé un vaste travail de revue de littérature et d'audition témoignant des ressources et des savoir-faire existant en France en termes de santé mentale de l'enfant. Ces ressources impliquent :

- **le déploiement des pratiques psychothérapeutiques** : psychanalyse et pratiques psychodynamiques, thérapies cognitives et comportementales, thérapies groupales et familiales font partie des soins de première intention et des ressources qui doivent être mis à la disposition des enfants et des familles. Au-delà de leurs spécificités, ces approches thérapeutiques ont en commun de se fonder sur l'accueil particularisé de l'enfant, le travail d'écoute et de parole et la relation thérapeutique avec lui comme levier de soin. Quels que soient leur cadre d'exercice, l'éventail des psychothérapies doivent faire l'objet de mesures de soutien en termes d'accessibilité et de moyens ;
- **le déploiement des savoir-faire éducatifs pluriels** inspirés des pédagogies traditionnelles, nouvelles et alternatives, des mouvements d'éducation populaire et d'éducation spécialisée qui constituent autant de ressources en faveur de l'accompagnement et de l'inclusion de l'enfant ;
- **les pratiques d'intervention sociale** qui visent à la fois la prévention et l'accompagnement de l'enfant et des familles en mesure de prendre en compte les facteurs de risque sociaux pour les troubles mentaux chez l'enfant, et d'y remédier par des politiques et des pratiques de prévention et d'accompagnement adaptés.

Quelle politique et quelles pratiques de soins souhaitons-nous pour nos enfants et les prochaines générations ? Le Haut Conseil recommande de renforcer considérablement les moyens structurels dédiés à la santé mentale de l'enfant et au déploiement d'une politique publique ambitieuse en la matière, ce qui implique de renforcer les moyens de la pédopsychiatrie, mais également les moyens dédiés aux approches psychothérapeutiques, éducatives et sociales destinées à l'enfant et à la famille.



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 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

