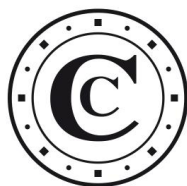


Cour des comptes



ENTITÉS ET POLITIQUES PUBLIQUES

LA PÉDOPSYCHIATRIE

Un accès et une offre de soins à réorganiser

Communication à la commission des affaires sociales
de l'Assemblée nationale

Mars 2023

Sommaire

PROCÉDURES ET MÉTHODES.....	5
SYNTHÈSE	7
RECOMMANDATIONS.....	11
INTRODUCTION.....	13
 CHAPITRE I UNE OFFRE DE SOINS DE PÉDOPSYCHIATRIE MAL ADAPTÉE AUX BESOINS.....	 15
I - UNE PRÉVALENCE FRANÇAISE DES TROUBLES PSYCHIQUES INFANTO-JUVÉNILES COMPARABLE À CELLES D’AUTRES PAYS.....	16
A - Une fréquence élevée des troubles psychiques chez les enfants et les adolescents dans tous les pays industrialisés	16
B - La France dans la moyenne des pays de l’OCDE	16
C - Une augmentation préoccupante des troubles psychiques de la jeunesse française lors de la pandémie de covid 19	18
II - UNE OFFRE DE SOINS QUI NE TIENT PAS SUFFISAMMENT COMPTE DE LA DIVERSITÉ DES TROUBLES ET DES FACTEURS DE RISQUES.....	19
A - Une diversité des troubles mal prise en compte	19
B - Des facteurs de risque liés à l’environnement familial et social	22
C - Un accès inégal aux soins psychiques infanto-juvéniles	23
III - UNE DÉPENSE PUBLIQUE CONCENTRÉE SUR LE SECTEUR PUBLIC	30
 CHAPITRE II DES PARCOURS DE SOINS PEU LISIBLES ET EN TENSION : UNE GRADATION À CONCEVOIR.....	 33
I - UN PARCOURS DE SOINS INADAPTÉ FAUTE D’UNE GRADATION COHÉRENTE DE L’OFFRE DE SOINS	34
A - Des acteurs de la prévention dispersés et peu coordonnés	34
B - Des professionnels de ville jouant imparfaitement leur rôle d’évaluation et d’orientation auprès des familles	36
C - Un recours aux urgences qui pallie trop souvent l’absence de prise en charge amont des jeunes et des adolescents	40
D - Une activité des centres médico-psychologiques saturée en raison d’une inadéquation entre leurs missions et les moyens dont ils disposent	42
E - Un accueil en hôpital à préserver pour les situations les plus graves	45
II - DES RÉPONSES DE PROXIMITÉ POUR GARANTIR UNE PRISE EN CHARGE ADAPTÉE.....	52
A - Structurer une offre de première ligne offrant un accueil et une première évaluation aux patients et à leur famille	52
B - Des dispositifs préventifs à généraliser	54
C - Retrouver un second niveau de soins spécialisés sur les troubles les plus sévères	56
D - Mieux répondre aux besoins des jeunes patients hospitalisés	57

CHAPITRE III UNE GOUVERNANCE VOLONTAIRE MAIS PEU EFFICIENTE ET PEU ADAPTÉE À L'INDISPENSABLE REVITALISATION DE LA PÉDOPSYCHIATRIE	61
I - UNE POLITIQUE DE L'OFFRE DE SOINS DE PÉDOPSYCHIATRIE PLUS LISIBLE MAIS TROP PEU EFFICIENTE	61
A - L'absence de stratégie de l'offre de soins de pédopsychiatrie jusqu'en 2018	62
B - Une mobilisation nette en faveur de la pédopsychiatrie à partir de 2018, mais un empilement de plans peu lisible	64
II - UNE LISIBILITÉ DE L'ACTION ADMINISTRATIVE À RENFORCER POUR AMÉLIORER L'OFFRE DE SOINS DE PÉDOPSYCHIATRIE	66
A - Une délégation à la santé mentale à renforcer, y compris sur le plan interministériel	67
B - Un pilotage régional de l'offre de soins de pédopsychiatrie à renforcer et à objectiver	69
C - Des ARS autonomes mais encore trop timides sur le pilotage concret de l'offre de soins	73
III - UN SYSTÈME DE FINANCEMENT EN ÉVOLUTION, DES POINTS DE VIGILANCE À PRENDRE EN COMPTE	76
A - Des financements jusqu'à 2022 peu incitatifs et facteurs d'inégalités de moyens	76
B - Une réforme aux objectifs ambitieux, à maintenir dans sa mise en œuvre	77
IV - REVITALISER LE SECTEUR DU SOIN PSYCHIQUE INFANTO-JUVÉNILE : UNE PRIORITÉ DE SANTÉ PUBLIQUE	79
A - Rééquilibrer l'offre de soins de pédopsychiatrie : les professionnels de ville et les cliniques privées doivent en prendre leur part	79
B - Valoriser les professionnels en renforçant l'attractivité du métier de pédopsychiatre	80
C - Renforcer la place des psychologues et des infirmiers en pratique avancée dans le parcours de soins	85
CONCLUSION GÉNÉRALE	91
LISTE DES ABRÉVIATIONS	93
ANNEXES	95

Procédures et méthodes

Les rapports de la Cour des comptes sont réalisés par l'une des six chambres thématiques¹ que comprend la Cour ou par une formation associant plusieurs chambres et/ou plusieurs chambres régionales ou territoriales des comptes.

Trois principes fondamentaux gouvernent l'organisation et l'activité de la Cour ainsi que des chambres régionales et territoriales des comptes, donc aussi bien l'exécution de leurs contrôles et enquêtes que l'élaboration des rapports publics : l'indépendance, la contradiction et la collégialité.

L'**indépendance institutionnelle** des juridictions financières et l'indépendance statutaire de leurs membres garantissent que les contrôles effectués et les conclusions tirées le sont en toute liberté d'appréciation.

La **contradiction** implique que toutes les constatations et appréciations faites lors d'un contrôle ou d'une enquête, de même que toutes les observations et recommandations formulées ensuite, sont systématiquement soumises aux responsables des administrations ou organismes concernés ; elles ne peuvent être rendues définitives qu'après prise en compte des réponses reçues et, s'il y a lieu, après audition des responsables concernés.

La **collégialité** intervient pour conclure les principales étapes des procédures de contrôle et de publication. Tout contrôle ou enquête est confié à un ou plusieurs rapporteurs. Le rapport d'instruction, comme les projets ultérieurs d'observations et de recommandations, provisoires et définitives, sont examinés et délibérés de façon collégiale, par une formation comprenant au moins trois magistrats. L'un des magistrats assure le rôle de contre-rapporteur et veille à la qualité des contrôles.

**

Le Parlement peut demander à la Cour des comptes la réalisation d'enquêtes, sur le fondement du 2° de l'article 58 de la loi organique n° 2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances (commissions des finances), de l'article LO 132-3-1 du code des juridictions financières (commissions des affaires sociales) ou de l'article L. 132-6 du code des juridictions financières (présidents des assemblées).

La Cour des comptes a ainsi été saisie par la présidente de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, par lettre du 6 octobre 2022, en application de l'article LO 132-3-1 du code des juridictions financières, d'une demande d'enquête portant sur la pédopsychiatrie.

L'enquête a été notifiée le 12 novembre 2021 au secrétariat général des ministères sociaux ainsi qu'aux directions d'administration centrale principalement concernées, à la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) et à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) ainsi qu'aux différentes agences sanitaires. Quatre agences régionales de santé (ARS) ont reçu une notification.

Les directions concernées au sein du ministère de l'éducation nationale ont été informées de cette enquête le 12 novembre 2021.

¹ La Cour comprend aussi une chambre contentieuse, dont les arrêts sont rendus publics.

Les rapporteurs ont conduit une centaine d'entretiens et entendu presque 280 personnes.

Ont également été sollicités les représentants ordinaires (Cnom), professionnels et syndicaux des professionnels de santé impliqués auprès des enfants, les fédérations hospitalières, le Haut conseil de la santé publique (HCSP), des associations de patients. Des professionnels intervenants dans ce champ (médecins et psychologues) identifiés au cours de l'instruction ont également été sollicités.

Toutes les ARS de métropole ont été auditionnées ; elles ont par ailleurs été destinataires d'un questionnaire spécifique dédié aux enjeux régionaux associés à l'offre de soins en pédopsychiatrie. Des analyses plus approfondies, incluant des visites d'établissements et des rencontres avec des professionnels de santé et des psychologues, ont été menées dans quatre régions : Île-de-France (Paris, Saint-Denis, Neuilly-sur-Marne, Montreuil, Nogent-sur-Marne), Bretagne (Rennes et Saint-Brieuc), Hauts-de-France (Lille, Villeneuve d'Ascq, Loos) et Provence-Alpes-Côte-d'Azur (Nice). L'ensemble des analyses de données et de documents disponibles ont inclus les Drom, au même titre que les départements et régions de métropole.

Deux pays ont été visités : la Suède et la Belgique. Des comparaisons internationales ont été réalisées avec les pays de l'OCDE, avec l'aide de la DAEI.

**

Le rapport a été préparé par Mme Méadel, conseillère référendaire, Mme Lapray, conseillère référendaire en service extraordinaire, M. Persoz, conseiller référendaire en service extraordinaire, en tant que rapporteurs, avec l'appui du Pr Golse, expert pédopsychiatre auprès de la Cour. Il a été délibéré le 30 septembre 2022 par la 6^e chambre, présidée par M. Morin, président, et composée de MM. Viola, de la Guéronnière, Mmes Hamayon, Mondoloni, présidents et présidentes de section, M. Machard, conseiller maître ainsi que, en tant que contre-rapporteur, M. Rabaté, conseiller maître.

Le comité du rapport public et des programmes de la Cour des comptes, composé M. Moscovici, Premier président, Mme Camby, rapporteure générale, M. Andréani, Mme Podeur, M. Charpy, Mme Démier, M. Bertucci, Mme Hamayon et M. Meddah, présidents et présidentes de chambre de la Cour, MM. Michaut, Lejeune, Advielle, Mmes Gervais et Renet, présidents et présidentes de chambre régionale des comptes, ainsi que M. Gautier, Procureur général, a été consulté sur le projet de communication le 13 février 2023. Le Premier président a approuvé la transmission du texte définitif au Parlement le 27 février 2023.

**

Les rapports publics de la Cour des comptes sont accessibles en ligne sur le site internet de la Cour et des chambres régionales et territoriales des comptes : www.ccomptes.fr.

Synthèse

Une offre de soins psychiques inadaptée aux besoins de la jeunesse

Dans les pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), 13 % environ des enfants et adolescents présentent au moins un trouble psychique, c'est-à-dire une affection perturbant la santé mentale et pouvant prendre des formes et des expressions très différentes. Si le manque de données concernant la situation française rend difficile l'estimation des effectifs concernés, on peut néanmoins estimer qu'environ 1,6 million d'enfants et adolescents souffrent d'un trouble psychique. Comme dans les autres pays de l'OCDE, l'épidémie de covid 19 a eu pour effet une augmentation importante des troubles psychiques chez les enfants à partir de 10 ans et chez les adolescents.

Ces dernières années, entre 750 000 et 850 000 enfants et adolescents bénéficient annuellement de soins prodigués en pédopsychiatrie par des professionnels spécialisés selon les différentes modalités (ambulatoire, hospitalisations partielles et complètes). Or, dans l'état actuel de l'organisation des soins, et en particulier dans les centres médico-psychologiques infanto-juvéniles (CMP-IJ), une partie des patients suivis ne souffrent que de troubles légers, au détriment de la prise en charge d'enfants souffrant de troubles plus sévères. De surcroît, l'adéquation de l'organisation de l'offre de soins aux besoins dans les territoires reste difficile à apprécier, faute de pouvoir estimer la sévérité des troubles. Si, comme chez l'adulte, les troubles mentaux rencontrés chez les enfants et les adolescents sont divers, ils se distinguent par leur caractère non stabilisé, dit « développemental » et évolutif, par l'importance des facteurs de risques sociaux, économiques et familiaux et par la fréquence élevée des comorbidités.

En matière d'offre d'équipements, ambulatoires comme hospitaliers, la France se situe dans la moyenne des pays européens et elle est marquée par de fortes inégalités territoriales. La politique dite de « virage ambulatoire », qui vise à supprimer des lits d'hospitalisation au profit de prises en charge en CMP-IJ a été appliquée indistinctement aux secteurs adultes comme enfants : entre 1986 et 2013, le nombre de lits a ainsi diminué de 58 %² alors que la population augmentait. Les CMP-IJ sont ainsi devenus le principal lieu de prise en charge des enfants et des adolescents souffrant de troubles psychiques. Par ailleurs la crise de la démographie médicale, avec la diminution du nombre de pédopsychiatres de 34 % entre 2010 et 2022 rend encore plus difficile l'accès aux soins psychiques infanto-juvéniles.

Les dépenses dédiées à la prise en charge en psychiatrie infanto-juvénile dans les établissements de santé en 2019 sont estimées à 1,8 Md€ et sont concentrées sur le secteur public. La part associée aux établissements privés à but lucratif est résiduelle. Les dépenses de psychiatrie de ville remboursées par l'assurance maladie obligatoire sont assez modestes, alors que les dépenses réalisées par les établissements sociaux et médico-sociaux pour la prise en charge des soins psychiques des enfants et des adolescents représentent, elles, un volume important, que l'on peut estimer à plus d'1,06 Md€.

² Passant de 5 380 à 2 239.

Un parcours de soins trop peu gradué et une offre saturée

Le parcours de soins en pédopsychiatrie repose sur une offre organisée en « secteurs » infanto-juvéniles : cette circonscription sanitaire comprend notamment un ou plusieurs CMP-IJ, une prise en charge en hôpital de jour et des lits d'hospitalisation.

Les missions assignées au secteur par la circulaire du 16 mars 1972 sont très larges : prévention, accueil et orientation, prise en charge des troubles, coordination entre les différents acteurs du soin, continuité du service public. Elles en font à la fois des acteurs de premier niveau pour les soins de proximité, mais également de second niveau pour la prise en charge de troubles plus sévères. Les textes ultérieurs confient également à d'autres professionnels, notamment libéraux, une partie des missions de premier recours ou de proximité, si bien que le rôle de chacun dans l'organisation graduée des soins n'est plus clair.

En amont du parcours, les pouvoirs publics ont tenté de développer, avec le projet national dit des « 1 000 premiers jours », une approche de prévention des troubles psychiques des mères et des nourrissons. Cet effort n'est malheureusement pas aussi fermement poursuivi à l'école, malgré quelques initiatives ponctuelles. Les psychologues de l'Éducation nationale, tout particulièrement du second degré, sont encore trop orientés vers des missions d'orientation scolaire qui les éloignent de la détection et de l'orientation des jeunes souffrant de troubles psychiques.

En ville, les professionnels libéraux, qu'ils soient généralistes ou spécialistes, méconnaissent encore trop les caractéristiques des troubles psychiques des enfants et des adolescents et ne jouent donc pas encore suffisamment leur rôle de porte d'entrée dans le parcours de soins. Une amélioration de leur formation serait nécessaire pour leur permettre de mieux accompagner les patients et leurs familles. Les psychiatres libéraux sont pour leur part majoritairement au service d'une patientèle adulte et ne participent pas à la permanence des soins. La démographie des pédopsychiatres, dont les effectifs sont difficiles à dénombrer, est défavorable à court terme et ne leur permettra pas d'assurer leur rôle de recours de spécialité. En revanche, les psychologues, en nombre important et croissant, ont vocation à prendre progressivement une place dans le parcours de soins.

Dans ce contexte, les CMP-IJ, considérés comme « pivots » du secteur et porte d'entrée dans le parcours de soins, ont été progressivement submergés par les demandes d'information, de conseil, d'évaluation et de suivi, allant des troubles légers à sévères. Leur accès universel, c'est-à-dire sans condition et sans avance de frais pour les familles, a l'effet paradoxal qu'ils ne parviennent pas à assurer en totalité leur mission de suivi des troubles psychiques les plus sévères : près de 50 % de leur travail consiste en effet à recevoir, pour des séances d'évaluation et d'orientation, des patients qui ne bénéficient pas ensuite d'un suivi au long cours. Bien qu'importante, cette mission d'accueil et d'évaluation limite leur capacité à assurer le suivi dans le temps des enfants qui en ont le plus besoin.

En s'ajoutant aux structures existantes (maison des adolescents, centres médico-psycho-pédagogiques, services de protection maternelle et infantile, centres pluridisciplinaires de santé notamment), une expérimentation de maisons de l'enfance et de l'adolescence pourrait contribuer à assurer un accueil de première ligne plus efficace. Ces structures pourraient en partie pallier les carences actuelles de l'offre de première ligne, en accompagnant sa structuration. Ces expérimentations pourraient être étendues à l'ensemble des enfants et des jeunes et auraient pour objectifs de répondre aux besoins en soins somatiques comme psychiques et de limiter les ruptures dans le parcours de soins.

Dans ce paysage renouvelé, les CMP-IJ pourraient progressivement se consacrer au suivi des troubles modérés à sévères, à la coordination des parcours, en particulier lors d'une hospitalisation, et assurer pleinement leur rôle de centre d'expertise, notamment envers les professionnels libéraux. Une priorisation des créations de postes envisagées par les assises de la santé vers les CMP-IJ situés dans les zones où les professionnels de première ligne sont trop peu nombreux pour assurer leurs missions serait nécessaire.

Pour anticiper et limiter le recours aux services d'urgences lorsqu'un patient est en crise, les dispositifs d'équipes mobiles et de liaison devraient devenir un équipement de base de chaque territoire de référence. En fonction de l'analyse de ses besoins, des lits de crise en nombre limité peuvent être justifiés. De surcroît, le déséquilibre entre les missions des établissements publics assurant la permanence des soins avec leurs services d'urgences et l'accueil des patients souffrant de troubles sévères d'une part, et celles des établissements privés d'autre part est devenu trop marqué. Lors de l'attribution des autorisations d'activité de pédopsychiatrie, les agences régionales de santé (ARS) devraient davantage s'attacher à veiller au partage des missions de permanence des soins. La réforme de ces autorisations a porté l'âge de prise en charge en pédopsychiatrie de 16 à 18 ans. Cela devrait conduire au renforcement du nombre de lits de pédopsychiatrie notamment à destination des adolescents, par redéploiement de lits adultes, pour que ces patients puissent y être accueillis.

Une volonté claire d'améliorer l'organisation de l'offre de soins psychiques infanto-juvéniles, mais une gouvernance peu opérationnelle

Le ministère de la santé a manifesté nettement la volonté de renforcer l'accès à l'offre de soins psychiques infanto-juvéniles depuis 2018, notamment avec l'adoption de la feuille de route sur la santé mentale. Néanmoins, cette dernière ne se fixe pas d'objectifs clairs, tant en termes quantitatifs que qualitatifs, et ne prévoit pas de programmation calendaire pour sa mise en œuvre. L'adoption d'« objectifs nationaux de santé mentale infanto-juvénile » associés à un calendrier précis et à des indicateurs permettrait une évaluation de l'organisation des soins de pédopsychiatrie. Ces objectifs aideraient à mieux structurer et planifier cette politique.

S'agissant de la mise en œuvre de la feuille de route, la mise en place d'un délégué ministériel à la santé mentale et à la psychiatrie (DMSMP) a permis d'améliorer la lisibilité de la politique poursuivie, mais son rôle et sa place doivent être plus affirmés. Son champ d'intervention, s'agissant de la pédopsychiatrie, doit être mieux identifié. Dans les secteurs éducatifs, sanitaires et sociaux, il se doit d'être transversal. Son positionnement devrait être interministériel, afin de le doter d'une fonction de pilotage mieux identifiée, et d'améliorer ainsi l'efficacité du suivi de la politique de l'offre de soins de pédopsychiatrie. Il devrait également pouvoir mieux associer les représentants des départements au titre de leurs compétences sociales (protection maternelle infantile, aide sociale à l'enfance). Il conviendrait donc d'ajouter à l'intitulé du DMSMP le terme de « pédopsychiatrie » et de le doter d'un titre interministériel de « délégué interministériel à la santé mentale, à la psychiatrie et à la pédopsychiatrie », ce qui ouvrirait la voie à la nomination de délégués ou de correspondants à la santé mentale infanto-juvénile dans les autres ministères concernés que sont l'éducation nationale, la justice, les solidarités et l'autonomie. L'organisation administrative régionale de la pédopsychiatrie souffre également d'un manque de vision opérationnelle. Si les ARS se sont dotées d'outils de concertation utiles concernant le partage de vues et d'expériences entre les acteurs locaux avec l'adoption des projets territoriaux de santé mentale (PTSM), leur mise en œuvre n'est pas objectivable. En effet, les leviers de pilotage des politiques d'accès aux soins de pédopsychiatrie sont encore trop récents et trop timides, comme le montre l'analyse des contrats territoriaux de santé mentale (CTSM).

Le financement de la pédopsychiatrie relève du même régime que celui de la psychiatrie. Les dotations sont historiquement reconduites d'une année sur l'autre sans prise en compte de l'évolution de l'activité et s'adaptent peu aux spécificités locales des établissements, à l'exception des mesures nouvelles et des appels à projets. Si la réforme issue de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour l'année 2020 visait à introduire plus de souplesse, elle présente encore des limites en ce qu'elle ne permet toujours pas d'adapter les financements à l'activité des services de pédopsychiatrie.

La nécessité de renforcer l'attractivité des métiers de soins infanto-juvéniles pour revitaliser le secteur

Des carences perdurent dans l'offre de soins de pédopsychiatrie, sur les plans quantitatif et qualitatif. Le secteur entier doit donc être revitalisé, en améliorant l'efficacité du pilotage de la politique de l'offre de soins, tant en administration centrale que régionale, et en renforçant l'attractivité des métiers du soin psychique infanto-juvénile.

Les médecins traitants de l'enfant, généralistes et pédiatres, doivent être placés au cœur de l'accueil et de l'orientation des patients et ce pour améliorer le parcours de soins et sa gradation. À cet effet, il importe de renforcer leur formation initiale et continue en psychologie et psychiatrie infanto-juvénile, en particulier sur le plan du dépistage et de l'orientation.

La mise en œuvre d'une politique d'attractivité à destination de la pédopsychiatrie repose sur la valorisation des parcours hospitalo-universitaires, sur le soutien à la recherche française dans la discipline et sur une meilleure reconnaissance de la pratique clinique en établissements et en libéral. Par ailleurs, les psychologues, acteurs essentiels de l'offre de soins psychiques infanto-juvéniles doivent être mieux intégrés dans le parcours de santé. Il importe enfin de clarifier la fonction d'infirmiers de pratique avancée, en libéral comme en établissement. Comme les psychologues, ils sont des acteurs utiles à l'amélioration, capables de contribuer à alléger la pression sur l'offre de soins psychiques infanto-juvéniles.

Recommandations

1. Dresser un état des lieux exhaustif de la situation épidémiologique des troubles psychiques chez les enfants et les adolescents en France, notamment en élargissant l'étude nationale lancée en 2022 aux adolescents et en exploitant davantage les bases de données médico-administratives. Cet état des lieux devrait faire l'objet d'une actualisation au moins tous les dix ans (*ministère de la santé et de la prévention, Cnam, SPF*).
2. Renforcer la formation initiale et continue des praticiens ayant vocation à remplir les missions de médecin traitant de l'enfant (médecins généralistes et pédiatres) en psychologie et psychiatrie infanto-juvénile, en particulier sur le plan du dépistage et de l'orientation (*ministère de la santé et de la prévention, ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation*).
3. Prendre appui sur les premiers constats des expérimentations des maisons de l'enfance et des familles pour les élargir aux adolescents, en lien avec les actuelles maisons des adolescents. Dans l'intervalle, continuer à renforcer, dans les territoires sous-dotés, les moyens des CMP-IJ pour leur mission d'accueil et d'évaluation, dans le prolongement des mesures adoptées fin 2022 (*ministère de la santé et de la prévention, Cnam*).
4. Actualiser la norme de taux d'équipement indicatif standard par territoire pertinent (couvrant l'offre publique et privée), qui devrait notamment inclure une équipe de liaison en pédiatrie ou lits de crise (lits-portes), des équipes mobiles et des lits d'hospitalisation 16 à 25 ans et ouvrir des capacités d'accueil en établissement médico-social en aval de l'hôpital (*ministère de la santé et de la prévention*).
5. Adopter des « Objectifs nationaux de santé mentale infanto-juvénile » associés à un calendrier précis et des indicateurs permettant une évaluation de la politique d'organisation des soins de pédopsychiatrie (*ministère de la santé et de la prévention*).
6. Positionner l'actuel délégué ministériel à la santé mentale et à la psychiatrie au niveau interministériel et le dénommer ainsi : « Délégué interministériel à la santé mentale, à la psychiatrie et à la pédopsychiatrie » afin d'identifier la pédopsychiatrie explicitement dans le champ de l'actuelle délégation santé mentale et de renforcer son positionnement interministériel (*Première ministre, ministère de la santé et de la prévention*).
7. Intégrer au projet territorial de santé mentale (PTSM) un volet pour la psychiatrie infanto-juvénile et prévoir dans les contrats territoriaux de santé mentale (CTSM) des objectifs chiffrés, un calendrier de mise en œuvre des actions prévues et des indicateurs d'évaluation périodique (*ministère de la santé et de la prévention*).
8. Mettre en œuvre une politique d'attractivité renforcée de la pédopsychiatrie en valorisant davantage les parcours hospitalo-universitaires et en soutenant la recherche française dans la discipline. À cet effet, il importera de doubler le nombre d'étudiants formés à la pédopsychiatrie et d'augmenter les recrutements de MCU-PH (*ministère de la santé et de la prévention, ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation, Cnam*).
9. Renforcer l'intervention des psychologues et des IPA dans le parcours de soins pédopsychiatriques en complément des autres professionnels (*ministère de la santé et de la prévention*).

Introduction³

Au 1^{er} janvier 2023, la France comptait plus de 14 millions d'enfants et adolescents de moins de 18 ans⁴, soit 21 % de la population. Or, l'état de santé psychique des enfants et des adolescents est l'un des principaux déterminants de leur santé future : 35 % des pathologies psychiatriques adultes débuteraient avant 14 ans, 48 % avant 18 ans et 62,5 % avant 25 ans, ce qui confère à la pédopsychiatrie, outre sa dimension thérapeutique immédiate, une dimension majeure de prévention en santé à long terme⁵. Mettre en place des politiques de prévention et de prise en charge précoces afin de prévenir les maladies psychiques permet donc de limiter les coûts économiques afférents à ces dernières. Or, ces coûts sont élevés⁶, de l'ordre d'environ 600 Md€, soit 4 % du produit intérieur brut (PIB), dans les pays de l'UE et 81,3 Md€ pour la France (3,7 % du PIB)⁷.

Ces politiques se traduisent par l'organisation de l'offre de soins en pédopsychiatrie, qui désigne l'ensemble des dispositifs de prévention et de prise en charge sanitaire et sociale des enfants et adolescents présentant un trouble psychique caractérisé. Il peut s'agir de troubles de l'humeur (dépression, trouble bipolaire), d'anxiété, de troubles obsessionnels compulsifs, d'addictions, de troubles du comportement alimentaire ou encore de schizophrénie. La pédopsychiatrie⁸ est la branche de la psychiatrie consacrée aux enfants, de la naissance jusqu'à l'entrée dans la vie adulte. Elle recouvre l'étude, le diagnostic, le traitement et la prévention des troubles psychiques qui affectent les jeunes et entretient des liens étroits avec la médecine, la psychologie du développement, la biologie, la sociologie et les sciences de l'éducation. Elle fait intervenir des professionnels de santé variés : médecins généralistes, pédiatres, psychiatres et pédopsychiatres, auxiliaires médicaux et psychologues. La bonne organisation de l'offre de soins de pédopsychiatrie, son accessibilité en tous points du territoire, sa pertinence au regard des besoins et sa qualité en termes sanitaires et sociaux sont donc essentielles en termes de santé publique.

³ Par courrier en date du 6 octobre 2022, en application des dispositions de l'article LO 132-3-1 du code de la sécurité sociale, la commission des affaires sociales a demandé le concours de la Cour des comptes pour la réalisation de cette enquête portant sur l'organisation et l'accès aux soins de pédopsychiatrie.

⁴ 14 357 898. Source : Insee, estimation de la population, parution du 17 janvier 2023.

⁵ Marco Solmi, Joaquim Radua, Miriam Olivola, Enrico Croce, Livia Soardo, Gonzalo Salazar de Pablo, Jae Il Shin, James B. Kirkbride, Peter Jones, Jae Han Kim, Jong Yeob Kim, André F. Carvalho, Mary V. Seeman, Christoph U. Correll, Paolo Fusar-Poli, « Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale metaanalysis of 192 epidemiological studies », *Molecular Psychiatry* (2022) 27:281–295.

⁶ Le coût total des dépenses de santé mentale a été estimé en 2013 à 13,4 Md€ (Voir K Chevreul et coll., « The cost of mental disorders in France », *Eur Neuropsychopharmacol*, 2013) et à 15,2 Md€ pour l'année 2018 (Cour des comptes, 2021).

⁷ OCDE, *Health at a glance: state of the health in the UE cycle*, 2018.

⁸ La pédopsychiatrie française trouve notamment son origine dans les travaux de MM. Gaspard-Itard, Bourneville et Seguin qui, en proposant une approche globale : Duché, Didier-Jacques. « 1. Histoire de la psychiatrie de l'enfant », Serge Lebovici éd., *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, Presses Universitaires de France, 2004. Le terme de pédopsychiatrie recouvre le même champ que celui de « psychiatrie infanto-juvénile » et de « psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent ».

La prise en charge sanitaire des enfants et l'organisation de l'offre de soins de pédopsychiatrie a été formalisée en France dans les années 1970, avec une première circulaire de référence relative aux secteurs, dont le pivot est le centre médico-psychologique (CMP⁹), à partir duquel un dispositif de réseau et de travail sur le terrain a vu le jour. Pour mesurer la pertinence de l'organisation des soins de pédopsychiatrie, il importe de rapprocher les données pourtant sur l'état de santé psychique des enfants d'une analyse portant sur l'accès aux soins en termes de démographie médicale et d'installations matérielles.

L'appréciation exacte de l'état de santé psychique des enfants est difficile à mesurer en France, en raison de l'absence de données épidémiologiques récentes, mais il apparaît que, globalement, la France se situe dans la moyenne des pays de l'OCDE pour la prévalence des troubles. Néanmoins, la dégradation de la situation pendant la crise de la covid 19, mieux documentée, a mis en lumière les faiblesses de l'organisation des soins de pédopsychiatrie et les carences de la politique de prévention.

L'une des causes les plus directes de cette situation est la forte décroissance des effectifs nationaux de pédopsychiatres. Selon le Conseil national de l'ordre des médecins (Cnom), le nombre de pédopsychiatres a en effet diminué de 34 % entre 2010 et 2022, passant de 3 113 à 2 039¹⁰, activités libérales et salariées confondues. Dans ce contexte, la question de l'adéquation de l'offre par rapport aux besoins revêt donc une importance particulière.

Aussi, depuis 2018, les pouvoirs publics ont pris conscience de la nécessité de mieux organiser l'offre de soins de pédopsychiatrie, comme l'a montré l'adoption de la feuille de route « santé mentale et psychiatrie » du 28 juin 2018. Cette feuille de route constitue un progrès en ce qu'elle formalise, à destination des acteurs nationaux et régionaux, l'objectif d'améliorer l'accès aux soins de pédopsychiatrie. Sa traduction opérationnelle n'est toutefois pas encore effective.

Le présent rapport s'attache, en premier lieu, à quantifier les besoins de soins psychiques infanto-juvéniles en évaluant la prévalence des troubles et l'offre disponible. En deuxième lieu, il analyse l'organisation de l'offre de soins, sa répartition sur le territoire et son coût pour les finances publiques. Il formule enfin des recommandations pour remédier, à court, moyen et long terme, aux carences de l'offre de soins de pédopsychiatrie.

L'offre de soins de pédopsychiatrie est analysée sous deux angles. Au plan quantitatif, au regard des besoins estimés en termes épidémiologiques, est présentée une estimation globale de l'offre disponible en établissements (privés et publics) et en libéral puis sa répartition territoriale et son coût pour les finances publiques (chapitre I). D'un point de vue plus qualitatif, la trajectoire de l'enfant et son évolution dans le parcours de soins psychiques disponibles sont examinées de la naissance (maternité, PMI) à l'âge adulte (CMP-IJ, service hospitalier, consultations de ville) (chapitre II). Enfin la gouvernance nationale et régionale de l'offre de soins de pédopsychiatrie et la gestion des professionnels concernés, notamment du point de vue de la nécessaire résolution de la grave crise d'attractivité de la profession, sont analysées à la lumière de l'efficacité de leur organisation (chapitre III).

⁹ Dans les secteurs infanto-juvéniles, les CMP sont des « CMP-IJ », c'est-à-dire des centres médico-psychologiques infanto-juvéniles.

¹⁰ Réponse écrite du Cnom à la Cour lors de l'instruction.

Chapitre I

Une offre de soins de pédopsychiatrie mal adaptée aux besoins

L'offre de soins de pédopsychiatrie doit être évaluée en fonction des besoins quantifiés, à partir du nombre d'enfants et d'adolescents nécessitant une prise en charge sanitaire pour des troubles psychiques. Le présent rapport s'appuie sur la notion de « troubles psychiques » au sens médical du terme, selon une définition stabilisée et retenue par tous les pédopsychiatres et les travaux universitaires¹¹.

Les causes des troubles psychiques diffèrent en partie des troubles somatiques : ils sont le résultat de la mise en jeu intriquée de facteurs liés à l'environnement de l'enfant et à l'enfant lui-même. Cela implique des prises en charges évolutives et pluridisciplinaires (pédopsychiatre, psychologue, médecin traitant, orthophoniste, psychomotricien, ergothérapeute, etc.).

¹¹ Les troubles psychiques ne doivent pas être confondus avec les notions proches, mais floues de « bien-être, santé mentale ou encore troubles du développement ». Pour une définition de ces derniers, voir annexe n° 4.

I - Une prévalence française des troubles psychiques infanto-juvéniles comparable à celles d'autres pays

A - Une fréquence élevée des troubles psychiques chez les enfants et les adolescents dans tous les pays industrialisés

Dans les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), la prévalence¹² des troubles psychiques infanto-juvéniles est de 13 % environ, avec des taux légèrement supérieurs en Amérique du Nord¹³ (19,7 % pour le Canada et 16,5 % pour les États-Unis)¹⁴. Selon l'étude internationale *Global Burden of Disease* (GBD)¹⁵, les troubles mentaux étaient en 2019 la première cause de perte d'années de vie en bonne santé pour les 5-24 ans dans les pays de l'OCDE¹⁶.

L'évolution dans le temps des prévalences n'est pas documentée et les résultats des études ne permettent pas de conclure à une diminution ou une augmentation globale de celles-ci¹⁷. Par exemple, une diminution de la prévalence des troubles mentaux chez les 6-17 ans a été rapportée en Australie entre 1998 (prévalence mesurée à 12,5 %) et 2014 (11,1 %)¹⁸, quand en Angleterre, la tendance observée était à l'augmentation chez les 5-15 ans entre 1999 (9,7 %), 2004 (10,1 %) et 2017 (11,2 %)¹⁹.

B - La France dans la moyenne des pays de l'OCDE

La principale enquête qui permet de positionner la France par rapport aux autres pays est l'HBSC (*Health-behaviour in school aged children survey*) menée tous les quatre ans sous l'égide de l'OMS Europe²⁰. Elle vise à décrire les événements et comportements de santé chez les jeunes de 11, 13 et 15 ans dans 50 pays d'Europe et d'Amérique du Nord et permet de produire des indicateurs indirects de leur état de santé psychique.

¹² Fréquence des enfants et adolescents ayant au moins un trouble psychique.

¹³ En particulier, une méta-analyse publiée en 2022 incluant 14 études réalisées dans 11 pays à hauts revenus a conclu à une prévalence moyenne des troubles psychiques chez les jeunes de 4 à 18 ans dans ces pays à 12,7 %.

¹⁴ À l'échelle mondiale, la fréquence des troubles mentaux chez les enfants et adolescents varient de 10 à 20 %. C Kieling, "Child and adolescent mental health worldwide : evidence for action », *Lancet*, 2011.

¹⁵ Il s'agit d'une étude annuelle visant à quantifier les effets sur la santé de plus de 100 maladies dans huit régions du monde (171 pays), en estimant la morbidité et la mortalité selon l'âge, le sexe et la région géographique.

¹⁶ Ce constat est basé sur le DALYs (*Disability-adjusted life years*, « nombre d'années de vie perdues en bonne santé »), qui est une mesure employée par l'OMS et le GBD combinant, pour une maladie, la durée de vie avec une incapacité aux années de vie perdues par décès précoces.

¹⁷ K Merikangas, "Time trends in the global prevalence of mental disorders in children and adolescents: gap in data on US Youth », *J Am Acad Child Adol Psy*, 2018.

¹⁸ M Sawyer, "Has the Prevalence of Child and Adolescent Mental Disorders in Australia Changed Between 1998 and 2013 to 2014? », *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2018.

¹⁹ NHS digital, *Mental Health of Children and Young People in England*, 2017.

²⁰ Sa composante française est l'étude EnClass (Enquête nationale en collèges et en lycées chez les adolescents sur la santé et les substances) portée par l'EHESP, Santé publique France, l'Inserm et l'OFDT, qui comprend le suivi d'indicateurs relatifs au bien-être, aux plaintes psychologiques et somatiques récurrentes, à la dépression (échelle ADRS) et aux idées suicidaires. EnClass couvre également le volet français du projet international ESPAD (*European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*) portant sur les lycéens de 16-17 ans dans 40 pays européens.

Un manque crucial de données

En France, aucune étude épidémiologique récente ne permet de mesurer précisément la prévalence des troubles psychiques chez les enfants et les adolescents²¹. Selon une étude ancienne de 1987²², la fréquence des troubles mentaux était estimée à 12,4 % parmi les 6-11 ans, dont moins de la moitié (5,9 %) rencontrait des troubles avec un degré de sévérité significatif²³. Une autre étude a été menée en 2004 sur 2 341 enfants de 6 à 11 ans en région Provence-Alpes-Côte d'Azur, permettant d'estimer la prévalence de troubles intériorisés ou extériorisés à 7,6 % selon la perception des parents et à 25,4 % d'après les enfants eux-mêmes²⁴. Santé publique France a lancé, le 2 mai 2022, une étude nationale sur le bien-être et la santé psychique des enfants de 3 à 11 ans, « ENABEE ». Toutefois, les adolescents (12-18 ans), population la plus concernée par les prévalences élevées de troubles mentaux et pour laquelle les données sont tout aussi lacunaires, n'en feront pas partie²⁵.

L'exploitation des bases de données existantes est d'autant plus difficile que ces dernières ne permettent pas de connaître la typologie des troubles psychiques pris en charge par la médecine de ville. Il est donc impossible, sans travaux de recherche supplémentaires, d'exploiter les bases de données médico-administratives pour documenter l'état de santé psychique des enfants et adolescents²⁶. Pour autant, la cartographie élaborée par la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam), malgré ses limites pour apprécier la santé psychique des enfants et des adolescents, permet de dégager des tendances dans le temps : le nombre de patients de moins de 18 ans identifiés comme ayant une maladie psychiatrique a ainsi augmenté de 13 % de 2015 à 2019²⁷.

Même si ces résultats doivent être interprétés avec prudence en raison du caractère auto déclaratif des informations et de la nature subjective des symptômes rapportés, la France y occupe, dans la dernière vague de cette enquête (2018), une place moyenne sur la plupart des indicateurs se rapportant à la santé mentale²⁸. La situation est en revanche médiocre pour ceux qui sont relatifs à la dépression, malgré des progrès récents, ou encore pour les sentiments d'irritabilité ou de nervosité, avec une position dans le dernier tiers²⁹ des pays (28^e à 34^e selon

²¹ Des études comme les enquêtes EnClass (France) et HBSC (Europe) rapportent des éléments sur les comportements et le bien-être des adolescents (dont les symptômes dépressifs) à partir d'informations autodéclarées, mais n'apportent pas d'éléments sur la prévalence des troubles mentaux. Les enquêtes de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) en milieu scolaire apportent quelques éléments sur les consommations de produits, les conduites suicidaires ou la détresse psychique pour les élèves de 3^{ème} depuis la vague 2017.

²² Étude dite « étude de Chartres », menée en 1987. Elle a été réalisée auprès de 2441 enfants âgés de 6 à 11 ans issus de 18 écoles de la région de Chartres. E. Fombonne, 'The Chartres Study : I. prevalence of psychiatric disorders among French school-aged children', *Br J Psychiatry*, 1994.

²³ Seuls 5,9 % des enfants avaient un score mesuré sur l'échelle CGAS (*children global assesment scale*) inférieur à 61. Les enfants ayant un score entre 61 et 100 ne rencontrent soit aucune difficulté, soit des difficultés isolées et légères ayant un impact limité sur leur quotidien.

²⁴ T. Shojaei, V. Kovess-Masfety, *La santé mentale des enfants scolarisés dans les écoles primaires de la région PACA*, 2005.

²⁵ Santé publique France souligne dans sa réponse que des travaux ont été menés pour estimer la prévalence des troubles du spectre autistique à partir du SNDS publiés par l'agence en 2020 (Bulletin épidémiologique hebdomadaire n° 6-7, 10 mars 2020). Par ailleurs, Santé publique France indique que dans le cadre de l'étude ENABEE, les appariements des données individuelles des enfants et de leurs parents aux données du SNDS (sur la consommation de soins) sont prévus et permettront de compléter les connaissances sur l'état de santé.

²⁶ Les actes médicamenteux traceurs sont des médicaments qui, seuls ou en association avec d'autres, sont spécifiques d'une pathologie. Leur réalisation et leur consommation, appréciées par les données de remboursement, permettent d'identifier les patients souffrant des pathologies considérées.

²⁷ De 167 302 en 2015 à 189 100 en 2019. Concernant les patients recevant des prescriptions de psychotropes, ils sont passés de 32 677 à 34 182 (+ 4,6 %).

²⁸ Voir annexe n° 3.

²⁹ Tiers des pays avec les fréquences rapportées les plus élevées, et donc le moins favorable.

les âges d'observation) et une fréquence des symptômes rapportés qui a augmenté entre 2014 et 2018. Notre pays y occupe les dernières places pour les difficultés liées au sommeil rapportées par les adolescents.

Si l'on restreint la comparaison aux pays membres de l'OCDE participant à l'enquête, la place de la France reste dans ces domaines tout aussi médiocre³⁰.

C - Une augmentation préoccupante des troubles psychiques de la jeunesse française lors de la pandémie de covid 19

Depuis la crise de la covid 19, de nombreux travaux³¹ ont rapporté une augmentation des symptômes anxieux et dépressifs, des détresses psychologiques et des idées suicidaires en France. À l'échelle de l'OCDE, la fréquence des problèmes de santé mentale dans cette population a presque doublé durant certaines phases de l'épidémie³².

En France, l'enquête EpiCov³³ a mis en évidence une dégradation de la santé mentale des plus jeunes lors du premier confinement. La part des grands adolescents (plus de 16 ans) et jeunes adultes présentant un syndrome dépressif a doublé entre 2019 et mai 2020, passant de 10,1 % à 22 %³⁴. Elle avait déjà été plus que multipliée par deux en l'espace de cinq ans, entre 2014 et 2019. Les idées et gestes suicidaires ont été plus fréquents chez les jeunes en 2020, concernant 5 % des 15-24 ans ; il s'agit de la classe d'âge où cette fréquence est la plus élevée de l'enquête³⁵. Selon des travaux menés sur cette enquête et publiés en 2022, cette situation s'est améliorée à l'été 2021 sans toutefois retrouver les niveaux observés en 2019³⁶.

En parallèle, Santé publique France (SPF) a déployé un dispositif de surveillance de la santé psychique des Français. La crise de la covid 19 a provoqué une augmentation des tableaux dépressifs chez les adolescents à partir de mi-septembre 2020 (troubles de l'humeur et idées suicidaires), par rapport à 2018-2019, avec une intensification dès le début 2021 et une augmentation des passages aux urgences pour des gestes suicidaires depuis cette date. Ces évolutions concernent l'ensemble des 11-17 ans, tout en étant plus marquées chez les 11-14 ans³⁷.

³⁰ OCDE, *Children & Young People's Mental Health in the Digital Age*, 2018.

³¹ M. Gindt et coll., « Conséquences psychiatriques de la pandémie de la covid 19 chez l'enfant et l'adolescent », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2021.

³² OCDE, *Supporting young people's mental health through the COVID-19 crisis*, Mai 2021 ; E. Jones, *Impact of COVID-19 on Mental Health in Adolescents: A Systematic Review*, Int. J. Environ. Res. Public Health 2021. Ce phénomène a été principalement rythmé par les vagues épidémiques : N. Racine et coll., « Global prevalence of depressive and anxiety symptoms in children and adolescents during covid 19 : a meta-analysis », *JAMA pediatrics*, 2021.

³³ Cette étude portant sur 135 000 volontaires a été mise en place en 2020 par la Drees et l'Inserm afin de renseigner sur la diffusion du virus dans la population et les conséquences de l'épidémie sur le quotidien et la santé des individus. Voir Drees, *Confinement du printemps 2020 : une hausse des syndromes dépressifs, surtout chez les 15-24 ans*, Études et résultats n° 1185 (mars 2021) et Drees, *Une dégradation de la santé mentale chez les jeunes en 2020 Résultats issus de la 2^e vague de l'enquête EpiCov*, Études et résultats n° 1 210 (octobre 2021).

³⁴ La prévalence des troubles dépressifs majeurs a particulièrement augmenté dans cette classe d'âge passant de 3,3 % à 8,6 %.

³⁵ Cette fréquence diminue au fur et à mesure de l'avancée en âge.

³⁶ Drees, *Santé mentale : une amélioration chez les jeunes en juillet 2021 par rapport à 2020 mais des inégalités sociales persistantes*, Études et résultats n° 1233 (juin 2022).

³⁷ Pour la présentation détaillée de ces études, voir annexe n° 5.

Le taux de recours aux urgences pour troubles suicidaires et troubles de l'humeur chez les moins de 15 ans a également crû de façon importante entre 2019 et 2020 (jusqu'à + 140 % certaines semaines)³⁸. Pour ces indicateurs, l'augmentation observée est également marquée en 2021 pour les grands adolescents (15-17 ans) et pour les 11-14 ans pour les gestes suicidaires.

Les professionnels de santé (notamment en Bretagne, Provence-Alpes-Côte-d'Azur, Île-de-France et Occitanie) ont souligné une augmentation des idées suicidaires, des troubles anxieux et dépressifs et les troubles anorexiques depuis novembre 2020, avec des tableaux nettement plus sévères que ceux observés antérieurement.

Un suivi dans le temps de ces indicateurs pourra permettre d'évaluer le caractère transitoire ou structurel de cette situation, mais la pandémie a révélé avec acuité une souffrance psychique infanto-juvénile qui n'avait fait l'objet d'aucune analyse par les pouvoirs publics durant ces deux dernières décennies.

II - Une offre de soins qui ne tient pas suffisamment compte de la diversité des troubles et des facteurs de risques

La pertinence de l'organisation de l'offre de soins reste difficile à définir en raison de l'hétérogénéité des troubles et de leur sévérité. Tous les troubles n'exigent pas une prise en charge spécialisée en milieu hospitalier : par exemple, certains troubles légers et transitoires nécessitent uniquement l'intervention des acteurs de première ligne, qui eux-mêmes interviennent peu dans la prise en charge des troubles sévères. Les besoins de prise en charge des troubles peuvent être estimés à partir des chiffres de prévalence³⁹ et d'incidence⁴⁰ et dépendent aussi de la conjoncture, comme l'a montré la crise de la covid 19.

A - Une diversité des troubles mal prise en compte

Comme chez l'adulte, les troubles mentaux rencontrés chez les enfants et les adolescents sont d'une grande diversité (voir annexe n°4), mais à la différence des adultes, les troubles mentaux ne sont pas stabilisés, mais à un stade « développemental », et se manifestent de façon hétérogène. À cela s'ajoute la coexistence d'au moins quatre classifications des troubles mentaux :

- (a) la classification internationale des maladies (CIM), construite sous l'égide de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), dont la 10^{ème} version (CIM-10⁴¹) est applicable en France depuis 2000⁴² ;

³⁸ 2018-2019 et 2019-2020.

³⁹ Nombre de cas d'une pathologie sur l'effectif de la population de référence à un instant donné.

⁴⁰ Nombre de nouveaux cas d'une pathologie rapporté à l'effectif de la population de référence sur une période donnée.

⁴¹ Dans la CIM-10, les troubles mentaux sont répartis en 10 grandes catégories, classées de F0 à F9, qui comprennent chacune une arborescence permettant de définir avec précision les troubles diagnostiqués.

⁴² La 11^{ème} version de cette classification (CIM-11) est venue en application le 1^{er} janvier 2022. Son appropriation par les différents pays se fera progressivement sur plusieurs années. Dans cette version, le 6^{ème} chapitre est consacré aux troubles développementaux, comportementaux et neurodéveloppementaux.

- (b) la classification issue du DSM-5⁴³, la plus utilisée sur le plan international ;
- (c) celle issue de la Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (CFTMEA)⁴⁴ française et spécifiquement dédiée aux troubles mentaux des enfants et adolescents qui complète les deux ;
- (d) et enfin la classification *Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood* (DC : 0-5), pour le diagnostic des troubles mentaux chez les nourrissons et les jeunes enfants, largement reconnue sur le plan international, même si elle n'est pas employée dans les bases médico-administratives.

La superposition de ces classifications, toutes applicables en France, entraîne d'importantes difficultés pour le recueil des informations. Le système d'information des établissements publics psychiatriques, ou recueil d'information médicalisé en psychiatrie (RIM-P), repose sur les diagnostics associés à la classification de la CIM-10. Or, certains enfants ne bénéficient pas toujours d'un diagnostic correspondant aux classifications existantes, et de surcroît, les comorbidités psychiatriques sont fréquentes. La saisie de l'information n'en est que plus incertaine. La fréquence très variable des diagnostics codés selon les services, associée à des taux de diagnostics non renseignés et aléatoires, montrent que les données du RIM-P pour les enfants et les adolescents sont très dépendantes des pratiques de codage des diagnostics propres à chaque établissement. Il en résulte que les données relatives aux diagnostics issues du RIM-P doivent être interprétées avec prudence pour les enfants et les adolescents ; la signification réelle des pathologies codées n'étant pas assurée.

Les modalités de prise en charge des enfants et des adolescents au centre d'intenses débats scientifiques et médicaux

La psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent nourrit des échanges scientifiques parfois vifs depuis des décennies, qui concernent tant les psychiatres que les psychologues. En particulier les modalités de prise en charge des enfants et des adolescents, notamment du point de vue du type d'approche (psychopathologique ou neuroscientifique) sont au cœur d'intenses débats entre communautés universitaires et médicales⁴⁵. Néanmoins beaucoup de professionnels considèrent désormais que les prises en charge doivent reposer sur plusieurs méthodes, sans exclusivité, et qu'elles doivent être adaptées aux patients et aux pathologies.

⁴³ 5^e édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, et des troubles psychiatriques*, en vigueur depuis 2015.

⁴⁴ La 6^{ème} révision est parue en mars 2020.

⁴⁵ En 2004, l'Inserm avait été saisi par le ministère de la santé d'une expertise collective pour essayer de trancher, sur la base de la littérature scientifique internationale, la question de l'efficacité des différentes méthodes et de mesurer les niveaux de preuves associés à ces approches. Le rapport d'expertise a intensifié encore plus le débat à l'époque.

La place des neurosciences, de l'imagerie et de la biologie comme modes de prise en charge des troubles psychiques, est régulièrement discutée au sein de la communauté scientifique⁴⁶. Certains auteurs suggèrent que la valeur ajoutée des examens complexes comme les IRM ou autres examens d'imagerie cérébrale serait limitée en termes de bénéfice individuel pour le patient par rapport aux psychothérapies, quand d'autres y voient au contraire toute leur place dans une prise en charge pluridisciplinaire. La prescription des médicaments comme mode de soins des troubles psychiques fait également l'objet de divergences, tant pour les familles que pour les professionnels de santé. Cette question ouvre de larges questions à résoudre quant aux modalités de prescription selon l'âge, la durée, l'encadrement des conditions de prescription ou même l'accompagnement des parents, l'association à d'autres modalités de prise en charge que le médicament. La France n'est pas dans ce registre le pays le plus consommateur de médicaments⁴⁷.

Enfin, certains sujets restent polémiques. Le rôle excessif du méthylphénidate, molécule prescrite dans le traitement des troubles de l'attention et de l'hyperactivité (TDAH), dont la spécialité la plus connue est la Ritaline, est mis en cause par de nombreux médecins, qui soutiennent qu'on observerait en France une sur-prescription globale, du fait notamment des médecins généralistes. En 2011, 42 000 patients de 6 à 12 ans se sont vus délivrer du méthylphénidate, chiffre passé à environ 87 000 en 2018, soit une augmentation de 110 % en moins de 10 ans. Selon les données de la Cnam, de la Haute autorité de santé (HAS)⁴⁸, de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)⁴⁹ et des travaux internationaux⁵⁰, la France a encore l'un des niveaux les plus faibles de consommation de méthylphénidate par enfant parmi les pays européens, d'Amérique du Nord et d'Asie⁵¹, du fait de ses modalités de prescription très encadrées. La HAS ne préconise pas de modifications des indications de cette molécule suite à sa réévaluation en 2021.

Selon la Société de l'information psychiatrique, les limites associées à l'actuelle classification devraient conduire à mettre l'accent sur le renseignement des symptômes de l'enfant sans diagnostic immédiatement définitif, tout en développant la classification DC : 0-5 pour disposer d'une approche adaptée aux pathologies des jeunes enfants.

⁴⁶ JD Steele et MP Paulus, « Pragmatic neuroscience for clinical psychiatry », *Br J Psychiatry*, 2019.

⁴⁷ Selon une étude de 2015, la consommation de psychotropes en France chez les enfants et les adolescents est comparable à celle des pays voisins, constat qui peut être nuancé selon les molécules. Ainsi la consommation de psychostimulants est nettement inférieure à celle des autres pays européens alors que la consommation d'anxiolytiques est nettement supérieure. Voir V Kovess et coll., « Psychotropic medication use in French children and adolescents », *J Child Adol Psychopharmacology*, 2015.

⁴⁸ HAS, Avis pour la réévaluation des spécialités à base de méthylphénidate, 31 mars 2021.

⁴⁹ ANSM, *Méthylphénidate : données d'utilisation et de sécurité d'emploi en France*, avril 2017. L'ANSM souligne plutôt qu'une sous-prescription serait observée en France associée à une perte de chance pour certains enfants.

⁵⁰ Rahman et coll., « Trends in attention-deficit hyperactivity disorder medication use: a retrospective observational study using population-based databases », *Lancet Psychiatry*, 2018.

⁵¹ Le niveau de consommation en France, malgré son augmentation ces dernières années, est ainsi 15 fois inférieur à celui observé au Danemark, en Suède et en Norvège, 10 fois moindre que celui observé aux Etats-Unis et trois fois plus faible que celui observé en Allemagne en Espagne ou au Royaume-Uni.

B - Des facteurs de risque liés à l'environnement familial et social

1 - Un facteur psychosocial déterminant

Dans une expertise collective désormais ancienne (2002), l'Inserm a montré que la survenue de troubles psychiques dépendait en partie de facteurs de risque et de facteurs de protection dont la gamme s'étend des facteurs génétiques aux facteurs psychosociaux, en passant par les conditions d'établissement des liens d'attachement et d'éducation de l'enfant et les multiples traumatismes et événements de vie qui jalonnent son développement⁵².

Les antécédents familiaux, en particulier parentaux, constituent le facteur de risque de troubles psychiques le plus largement documenté et le plus fréquemment rapporté⁵³. L'origine génétique des maladies psychiques de l'enfant et de l'adolescent varie en fonction de la nature des pathologies. Elle peut être importante dans certains retards mentaux et certains troubles du neurodéveloppement⁵⁴, pour lesquels plus de 50 % des cas peuvent être liés à des facteurs de vulnérabilité génétique⁵⁵.

Le statut socio-économique du foyer, renseigné par les revenus et le niveau de diplôme des parents en particulier, est également un déterminant des troubles psychiques chez les enfants et les adolescents. Plus les revenus des parents ou leur niveau de diplôme est faible, plus la fréquence de troubles psychiques chez les enfants est élevée. Les enfants vivant en situation de dysfonctionnement familial sévère et durable souffrent aussi plus fréquemment de troubles mentaux. Par ailleurs, comme l'a montré une méta-analyse en 2016, les enfants pris en charge par l'aide sociale à l'enfance, qui peuvent cumuler de nombreuses difficultés et facteurs de risque, ont une fréquence de troubles mentaux quatre fois plus élevée que le reste de la population⁵⁶. D'autres facteurs de risque sont également rapportés, comme les antécédents de psycho-traumatismes (vécu de situations de conflits armés, de terrorisme et plus largement de deuils...) et de maltraitance⁵⁷. Le fait pour l'enfant de souffrir d'une pathologie physique chronique est également un facteur de risque attesté par plusieurs études. D'autres facteurs d'origine environnementale sont aussi relevés, comme une exposition à des agents infectieux ou à certains médicaments durant la vie fœtale.

⁵² Inserm, *Expertise collective : Troubles mentaux, dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent*, 2002.

⁵³ PJ Mrazek PJ et RJ Haggerty RJ, *Risk and Protective Factors for the Onset of Mental Disorders* (chapitre 6). In : *Reducing Risks for Mental Disorders*: Frontiers for Preventive Intervention Research, 1994.

⁵⁴ Autisme et TDAH notamment.

⁵⁵ P. Goorwood et coll., « Génétique des pathologies psychiatriques de l'enfant et de l'adolescent », *EMC-psychiatrie*, 2004.

⁵⁶ G. Bronsard et coll., *The prevalence of mental disorders among children and adolescents in the child welfare system*, Medicine (Baltimore), 2016.

⁵⁷ V. Attanayake et coll., « Prevalence of mental disorders among children exposed to war : a systematic review of 7,920 children », *Med Confl Surviv*, 2009.

2 - Des comorbidités complexifiant les prises en charge

Les comorbidités psychiatriques sont très fréquentes chez les enfants et les adolescents. Dans une récente étude⁵⁸, 29 % des enfants souffrant d'au moins un trouble mental avaient une comorbidité psychiatrique associée. Même les pathologies plus rares et sévères sont concernées : chez l'adolescent, la schizophrénie, par exemple, n'est qu'exceptionnellement un diagnostic isolé. D'autres comorbidités, en particulier d'ordre neurologique⁵⁹ (épilepsie, migraine)⁶⁰ ou développemental s'observent fréquemment avec les troubles psychiatriques⁶¹.

Certaines pathologies somatiques, en particulier les pathologies chroniques comme l'asthme ou le diabète, sont susceptibles de provoquer des situations de fragilité psychique et des troubles mentaux chez les enfants et les adolescents, de type anxiété ou dépression⁶². À l'inverse, des troubles psychiatriques peuvent provoquer des pathologies somatiques : c'est le cas avec les troubles alimentaires, en particulier l'anorexie mentale, qui peuvent conduire à des troubles endocriniens et métaboliques ainsi qu'à des troubles de la fertilité créant des situations de comorbidités mentales et somatiques⁶³.

La fréquence élevée des comorbidités psychiques et somatiques dans les troubles mentaux des enfants et des adolescents complexifie le repérage des situations pathologiques et rend fréquemment nécessaires des prises en charge pluridisciplinaires, notamment aux étapes de bilan.

C - Un accès inégal aux soins psychiques infanto-juvéniles

1 - Un haut niveau de troubles modérés et sévères

À partir des travaux réalisés par l'*Institute of health metrics evaluation* (IHME, université de Washington)⁶⁴, il est possible d'estimer la prévalence de l'ensemble des troubles psychiques, légers comme plus sévères, chez les enfants et les adolescents en France. Pour 2019, cette prévalence est estimée à 11,2 % en moyenne pour les moins de 18 ans (14,4 % pour les 5-17 ans), correspondant à un effectif d'environ 1,6 million d'enfants et d'adolescents⁶⁵. Par ailleurs, selon des données relativement anciennes de l'OMS, mais non remises en cause depuis leur publication, 4 à 6 % des enfants et des adolescents d'une classe d'âge présenteraient des troubles psychiques nécessitant une intervention clinique⁶⁶.

⁵⁸ S. Lesinskiene et coll., « Epidemiological study of child and adolescent psychiatric disorders in Lithuania », *BMC Public health*, 2018.

⁵⁹ M. Hasheminezhad, *Maladies chroniques psychiatriques et comorbidités neurologiques chez les enfants et adolescents : Étude en population sur le recours aux soins utilisant le SNIIRAM*. Thèse de doctorat, Université Paris Descartes, 2016.

⁶⁰ JL Wagner et coll., « Neurodevelopmental and mental health comorbidities in children and adolescents with epilepsy and migraine: a response to identified research gaps », *Dev Med Child Neur*, 2014.

⁶¹ J. Scott et coll., *Childhood Mental and Developmental Disorders* (Chapter 8) ; in *Mental, Neurological, and Substance Use Disorders : Disease Control Priorities*, Third Edition (Volume 4), 2017.

⁶² AE Meuret et coll., « Anxiety Disorders and Medical Comorbidity: Treatment Implications », *Adv Exp Med Biol*, 2020.

⁶³ RK Støving, « Mechanisms in endocrinology anorexia and endocrinology : a clinical update », *Eur J Endocrinol*, 2019.

⁶⁴ Étude internationale *Global Burden of Disease*.

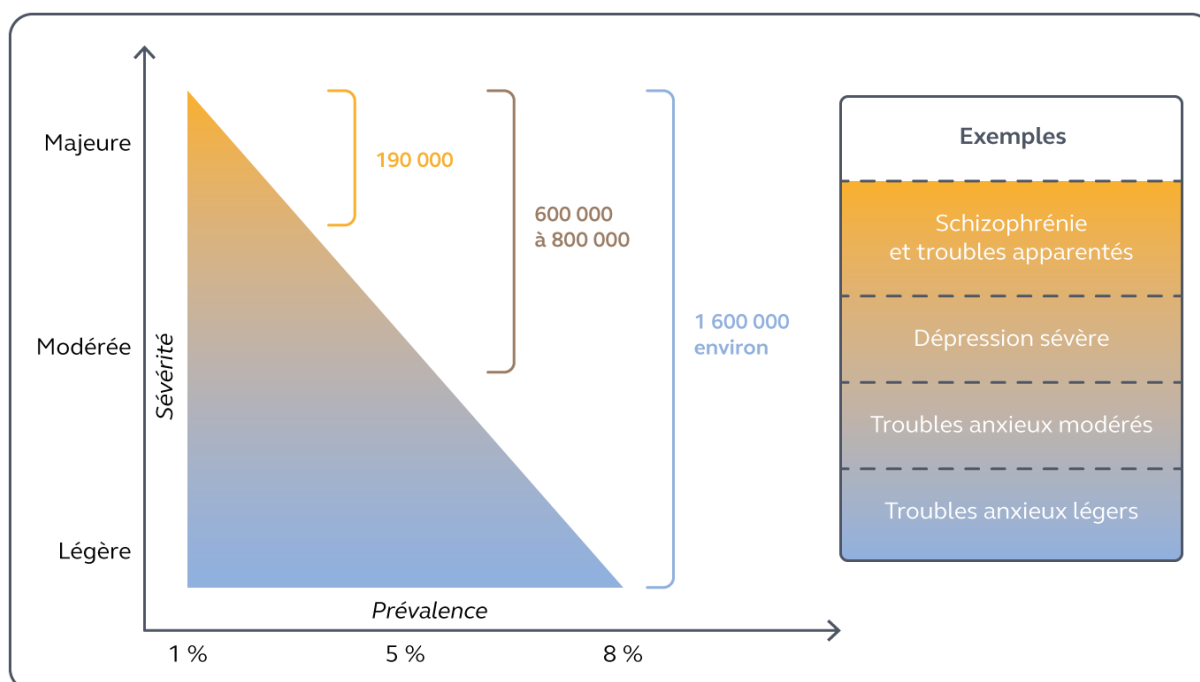
⁶⁵ Les prévalences estimées par cette étude pour les différentes classes d'âge sont les suivantes : 0-4 ans : 1,5 % ; 5-14 ans : 13,3 % ; 15-17 ans : 18,1 %. Globalement elles sont proches de celles observées dans les études internationales présentées dans la partie 1.1.

⁶⁶ OMS, *Atlas : child and adolescent mental health resources : global concerns, implications for the future*, 2005. Cet intervalle est cohérent avec la seule observation française publiée en 1994 qui estimait à 5,9 % la fréquence les troubles psychiques ayant des conséquences significatives sur le quotidien des enfants.

Sur la base de l'hypothèse médiane (5 %) de l'intervalle retenu par l'OMS, les besoins de prise en charge spécialisée pour troubles psychiques concerneraient en France environ 600 000 à 800 000 enfants et adolescents de moins de 18 ans.

Pour les troubles les plus graves associés à des épisodes d'hospitalisation complète et à des reconnaissances en affection de longue durée (ALD), la cartographie des pathologies et des dépenses de la Cnam conduit à une estimation de 190 000 enfants et adolescents de moins de 18 ans concernés par des formes sévères de troubles psychiques.

Schéma n° 1 : effectifs estimés de patients de moins de 18 ans concernés par des troubles psychiques selon le niveau de sévérité



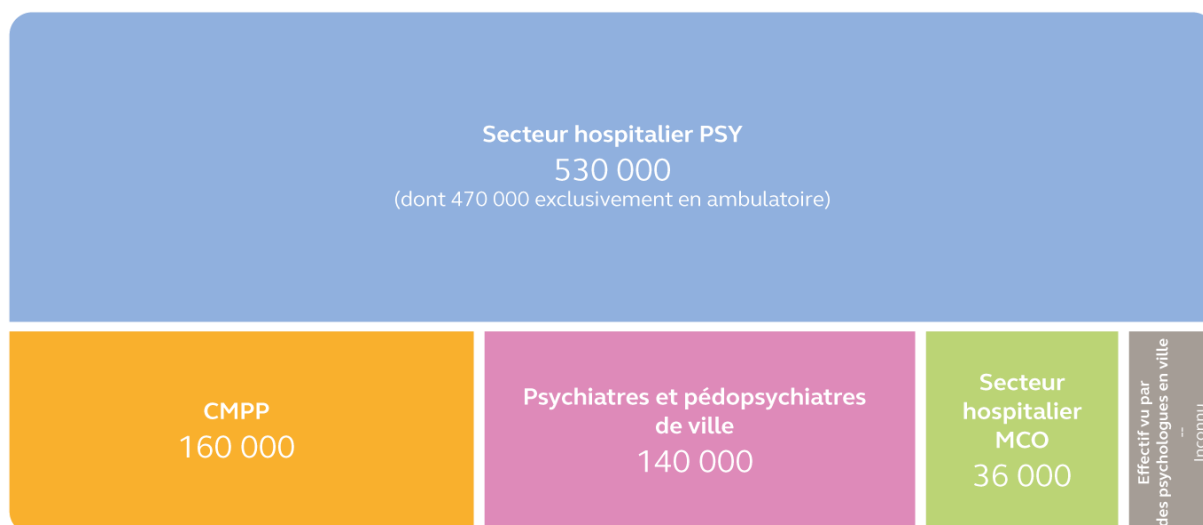
Source : Estimations et synthèse par la Cour des comptes à partir des données Cnam, OMS et GBD (IHME, université de Washington) ; représentation par la Cour des comptes

Note : Pour certains groupes de troubles comme les troubles du comportement ou les troubles du neurodéveloppement, leur degré de sévérité étant extrêmement variable, ils peuvent selon leur nature se positionner à tous les échelons de la pyramide.

En faisant l'hypothèse que seuls les troubles modérés et sévères nécessitent une prise en charge spécialisée pédopsychiatrique, les besoins concerneraient donc environ 600 000 à 800 000 enfants et adolescents, dont environ un quart à un tiers appelleraient une prise en charge plus intense (incluant des épisodes d'hospitalisations à temps complet). Le reste des effectifs serait pris en charge par les acteurs de soins primaires, en premier lieu les médecins généralistes et les pédiatres, le cas échéant en lien avec les psychologues de ville.

On peut estimer qu'entre 750 000 et 850 000 enfants et adolescents bénéficient annuellement de soins en pédopsychiatrie par les professionnels spécialisés. Comme le montre le schéma ci-dessous, parmi ceux-ci, 530 000 sont pris en charge dans le secteur hospitalier psychiatrique (PSY) et 36 000 en médecine-chirurgie-obstétrique (MCO). Il n'est pas possible de connaître le nombre exact d'enfants et d'adolescents vus par des psychologues en ville⁶⁷.

Schéma n° 2 : effectifs de mineurs pris en charge annuellement selon les structures et les secteurs



Source : Données SAE, Igas, Cnam et Atih, synthèse par la Cour des comptes

Note : certains patients peuvent être comptés plusieurs fois.

Seule la moitié des enfants et des adolescents souffrant de troubles psychiques bénéficierait d'une prise en charge spécialisée c'est-à-dire hors soins primaires et psychologues libéraux⁶⁸. Ce taux est comparable à ce qui est observé dans d'autres pays : en 2022, une méta-analyse⁶⁹ a ainsi montré que dans 11 pays, seuls 44,2 % des enfants avaient accès à des soins pour troubles psychiques. Faute de gradation des soins et de structuration d'un parcours de soins progressifs, une part non négligeable des patients est suivie en pédopsychiatrie alors qu'ils relèvent de troubles légers.

2 - Des disparités territoriales persistantes

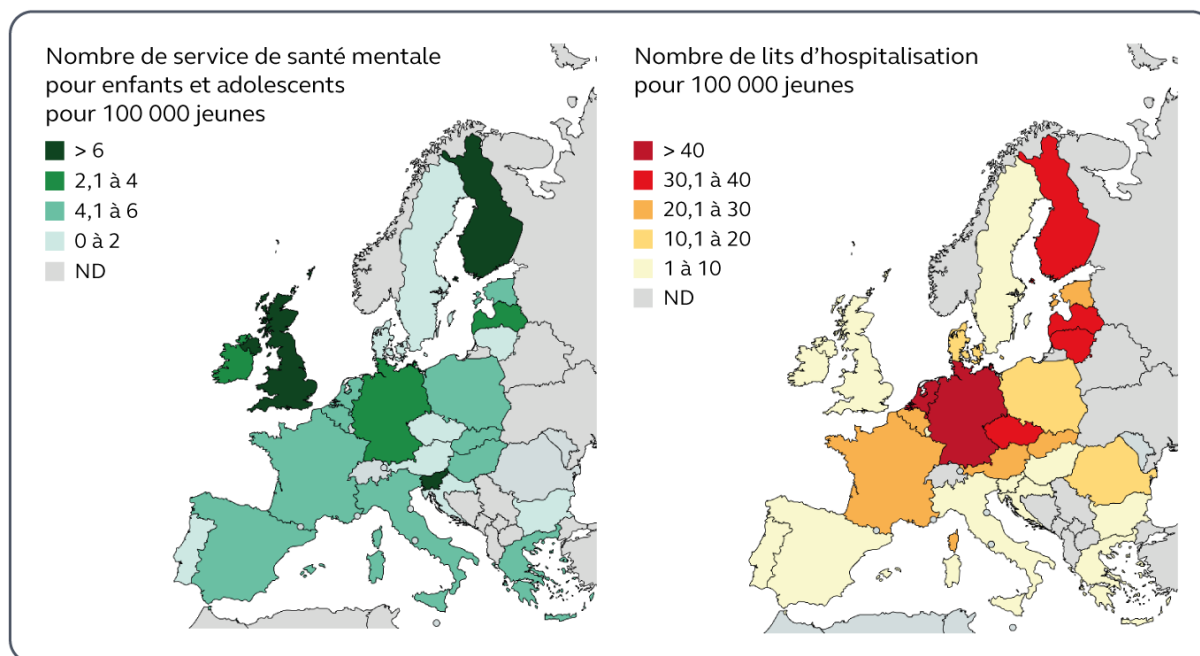
La France se situe dans la moyenne des pays européens en matière d'offre d'équipements, ambulatoires comme hospitaliers, mais l'accès aux soins de pédopsychiatrie demeure inégal selon les régions, qu'il s'agisse de l'offre de soins hospitalière ou ambulatoire.

⁶⁷ Avant la réforme de 2022, seules les assurances complémentaires pouvaient prendre en charge certaines consultations selon des modalités variables. Désormais, seule une partie des consultations peut être prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, dans un cadre bien précis. Les autres consultations ne peuvent pas être identifiées dans les bases de données médico-administratives.

⁶⁸ Ces données excluent les psychologues libéraux qui, jusqu'à la réforme mise en place en 2022, n'étaient pas pris en charge par l'assurance maladie obligatoire mais qui assurent le suivi de patients stabilisés pour un suivi individuel.

⁶⁹ J. Barican et coll., « Prevalence of childhood mental disorders in high-income countries: a systematic review and meta-analysis to inform policymaking », *Evid Based Ment Health*, 2022.

Carte n° 1 : nombre de lits d'hospitalisation et de services de santé mentale pour enfants en Europe⁷⁰



Source : Signorini G et coll., *Architecture and functioning of child and adolescent mental health services : a 28-country survey in Europe*, *Lancet psychiatry*, 2017. Cartes rééditées par la Cour des comptes⁷¹

Les CMP-IJ⁷² sont davantage concentrés dans les départements urbains, denses et peuplés, avec environ 10 CMP-IJ par département, moyenne recouvrant de fortes disparités⁷³.

Les patients y ont accès de façon très inégale⁷⁴ : le taux de recours national moyen en 2021 est de 2,44 %⁷⁵, mais celui-ci varie de 0,055 % en Mayenne à 105 fois plus dans les Alpes-de-Haute-Provence (5 %).

⁷⁰ Voir annexe n° 6 pour les données complémentaires dans les pays européens.

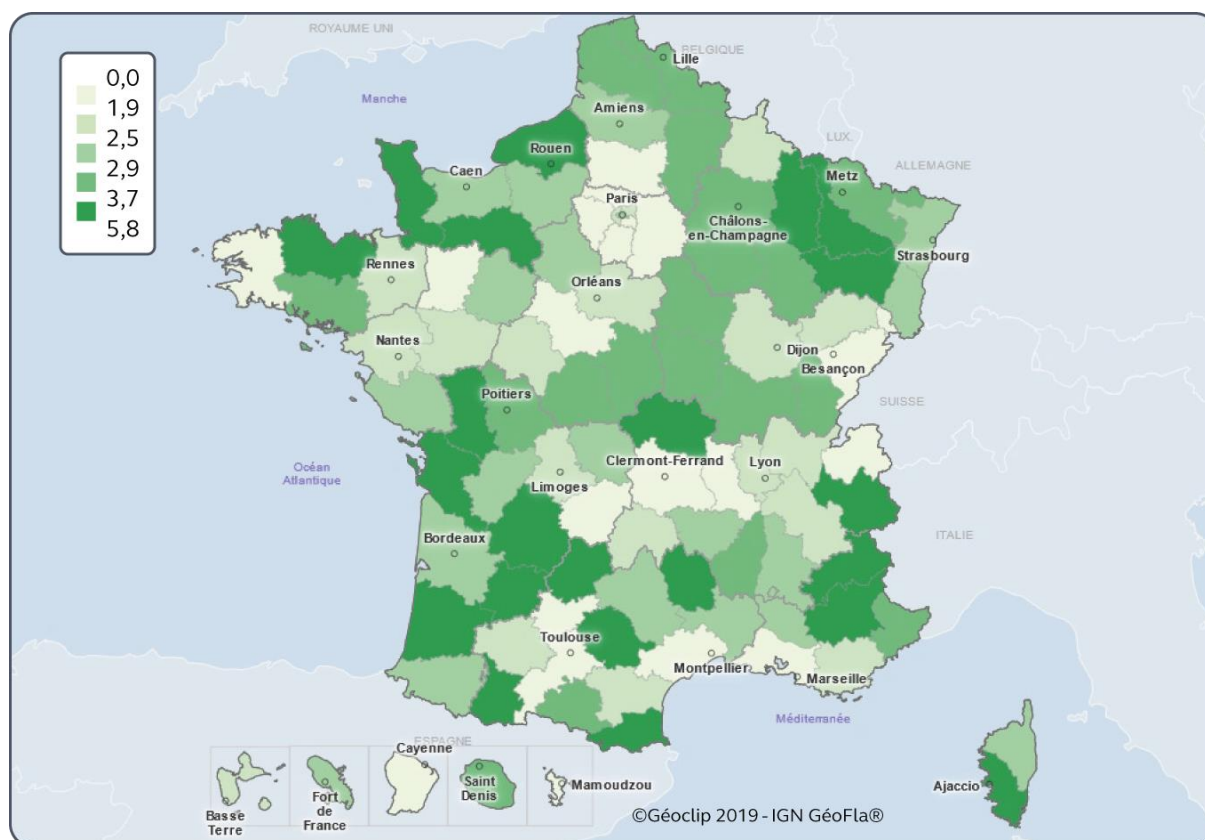
⁷¹ D'après les sources issues de MILESTONE (programme de recherche issu d'un consortium international de chercheurs), les dernières données datent de 2017, aucune mise à jour n'a été effectuée depuis.

⁷² La grande majorité des structures sont ouvertes 5 jours ou plus par semaine. Elles peuvent néanmoins disposer d'annexes non comptabilisées nécessitant une utilisation prudente du nombre de CMP par département en tant qu'indicateur.

⁷³ Certains départements ne disposent que de quelques CMP-IJ, comme le Territoire de Belfort (1), le Cher (3) ou la Haute-Loire (3), quand d'autres en disposent de plusieurs dizaines comme les Bouches-du-Rhône (37), les départements de Paris de la petite couronne francilienne (34 à 37 par département), les Alpes-Maritimes (25), la Loire-Atlantique (26), la Gironde (34). Les deux départements disposant du plus de structures CMP-IJ sont le Rhône (56) et le Nord (48).

⁷⁴ Voir annexe n° 10.

⁷⁵ Le taux de recours est défini par le nombre de patients avec au moins un acte (entretien ou groupe) sur la population du département.

Carte n° 2 : taux de recours aux CMP-IJ en 2021

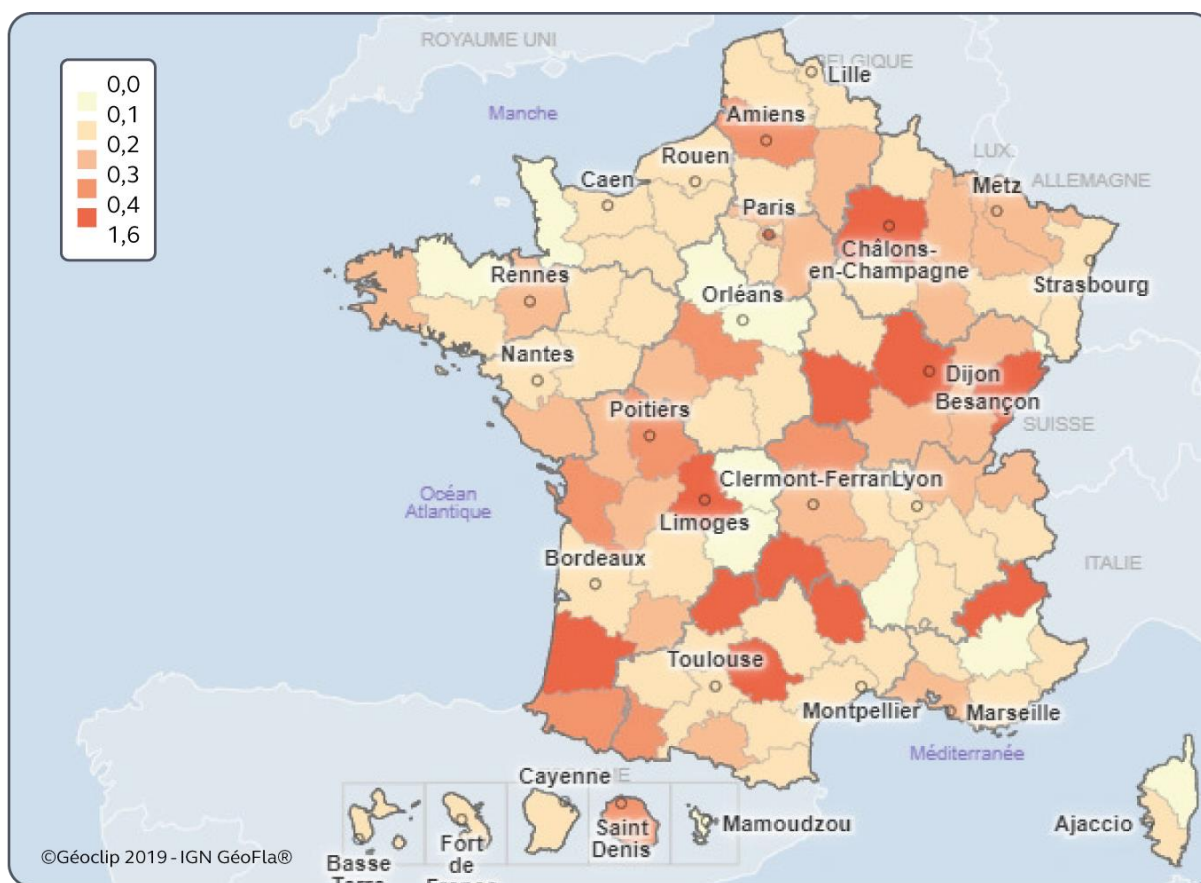
Source : L. Cacheux (CH Ville-Evrard) 2021, déjà cité, à partir des données du RIM-P. Carte par la Cour des comptes. Le taux de recours est défini par le nombre de patients avec au moins un acte (entretien ou groupe) sur la population du département

Des différences intrarégionales sont aussi largement observées. L'un des cas illustrant ce phénomène est l'Île-de-France, où les taux de recours varient presque du simple au double entre la Seine-Saint-Denis (1,2 %) et d'autres départements comme Paris (2,7 %) ou les Hauts-de-Seine (2 %).

Cette disparité n'est pas compensée par une offre d'hospitalisation en pédopsychiatrie plus importante : en 2021 il y a en moyenne au niveau national 0,17 lit pour 1 000 habitants de moins de 18 ans mais 8 départements ne disposent toujours d'aucun lit. Pourtant, ces départements disposent de lits de psychiatrie générale en nombre suffisant pour permettre théoriquement un rééquilibrage. En pratique, l'absence de solutions d'hospitalisation entraîne concrètement des refus d'admission et des priorisations sur les situations les plus graves⁷⁶.

⁷⁶ JP Thévenot, « Enquête sur les demandes d'admission en hospitalisation complète en psychiatrie infanto-juvénile dans la région Ile-de-France », *L'information Psychiatrique*, 1995.⁷⁷ Eure en 2019, Manche et Territoire de Belfort en 2020.

Carte n° 3 : taux d'équipements en lits d'hospitalisation complète infanto-juvénile en 2021



Source : Statiss à partir des données SAE 2021 et Insee 2021, retraitement Cour des comptes. Taux d'équipements pour 1 000 habitants de 0 à 17 ans

Le ministère chargé de la santé a initié un renforcement de l'offre dans certains territoires ciblés dépourvus de lits⁷⁷, par le moyen des appels à projets sur la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Le ministère envisage de poursuivre ce renforcement dans les territoires prioritaires mais aussi dans ceux pour lesquels des lits existent mais restent en nombre insuffisant.

Les inégalités territoriales d'accès sont renforcées pour l'accès à l'offre de pédopsychiatrie libérale, les psychiatres de ville étant plus nombreux en ville qu'en zone rurale. Ainsi à Paris, la densité de psychiatres libéraux est de 2,2 pour 1 000 habitants moins de 18 ans, quand elle n'est par exemple que de 0,04 pour le département de l'Aube⁷⁸.

3 - Une évolution très contrastée de l'offre

Le nombre de patients suivis en psychiatrie et pédopsychiatrie connaît des évolutions contrastées : sur la période examinée, moins d'enfants sont suivis en ville et en CMP-IJ, et davantage sont accueillis à l'hôpital.

⁷⁷ Eure en 2019, Manche et Territoire de Belfort en 2020.

⁷⁸ Source assurance maladie, année 2020.

Tableau n° 1 : nombre de patients mineurs pris en charge en pédopsychiatrie

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Évolution 2016-2021
Nombre de patients hospitalisés	55 128	56 084	57 829	58 849	54 796	62 747	+ 13,8 %
Dont hospitalisation à temps plein	22 213	23 247	23 817	24 167	22 465	27 241	+ 22,6 %
Dont hospitalisation de jour	32 307	32 614	33 631	34 503	32 399	35 681	+ 10,4 %
Nombre de patients suivis en CMP-IJ	508 895	467 956	448 838	472 539	422 910	458 454	- 9,9 %
Nombre de patients suivis en ville par des psychiatres	149 300	141 572	136 115	134 883	121 274	127 008	- 14,9 %

Source : Cnam, Atih, SAE, Scan-santé, retraitement Cour des comptes

En ville, le nombre de patients reçus diminue, du fait notamment de la baisse du nombre de psychiatres compétents pour prendre en charge des enfants et des adolescents (voir encadré ci-dessous). La crise démographique de cette profession s'est intensifiée ces dernières années : alors que les effectifs globaux de psychiatres⁷⁹ augmentent continuellement depuis 2012, passant de 14 382 à 15 560 en 2021 (+ 8,2 % sur la période), les effectifs de pédopsychiatres ont en revanche fortement diminué.

Une discipline en crise démographique, dont les effectifs restent néanmoins difficiles à dénombrer

En raison du flou entourant la définition de « pédopsychiatre »⁸⁰, il est impossible de dénombrer le nombre de professionnels psychiatres spécialisés dans la prise en charge des enfants et des adolescents. On en recense 545 en 2021, en se limitant aux médecins identifiés comme psychiatres spécialistes de l'enfant et de l'adolescent. Or, comme la Cour a pu le constater au cours de cette enquête, une part significative des pédopsychiatres est identifiée dans le répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) uniquement comme psychiatres généraux, spécialité issue de leur DES.

Si on ajoute aux psychiatres spécialistes de l'enfant et de l'adolescent les psychiatres ayant déclaré un savoir-faire en psychiatrie infanto-juvénile, qui peut être reconnu à travers plusieurs voies et formations⁸¹, l'effectif ainsi retenu de « psychiatres compétents en pédopsychiatrie » représente environ 2 000 praticiens (1 961 médecins selon les données de la Drees et 2 039 selon les données du Cnom). Quelles que soient les modalités d'estimation du nombre de pédopsychiatres, les effectifs ont chuté significativement depuis 2012 : de - 26 % à - 42,5 % selon la définition retenue⁸².

⁷⁹ Toutes options et surspécialités confondues.

⁸⁰ La spécialité de pédopsychiatrie a été supprimée en 1991 et l'arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées complémentaires de médecine n'a pas repris cette discipline. Jusqu'à la réforme de 2022, la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent est reconnue par un Desc de type I, non qualifiant pour l'ordre des médecins. Dès lors il n'est plus possible de constituer une demande de qualification de spécialiste en pédopsychiatrie. À noter que le Desc a été ouvert aux spécialistes en pédiatrie, qui représentaient néanmoins des effectifs très limités.

⁸¹ La validation des acquis et de l'expérience ordinale est en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2015. Cette VAE permet la reconnaissance d'un droit d'exercice complémentaire (DEC). Plusieurs notions peuvent être utilisées pour les identifier, soit à partir de la spécialité principale, soit à partir d'autres savoirs faire non qualifiants.

⁸² Voir annexe n° 7.

Les CMP-IJ restent le principal lieu de prise en charge des enfants et des adolescents souffrant de troubles psychiques : en 2021, ils ont accueilli environ 360 000 enfants, soit 78 % des patients pris en charge en ambulatoire en pédopsychiatrie⁸³. Ces structures sont des services d'établissements publics hospitaliers dans la très grande majorité des cas, rattachées à un secteur : il y a 360 secteurs infanto-juvéniles pour 1 329 CMP-IJ⁸⁴, nombre globalement stable sur la période. Chaque CMP-IJ assure le suivi d'environ 270 enfants en moyenne par an. Sur la période 2016-2021, le nombre d'enfants suivis par les CMP-IJ diminue, sans que ce phénomène puisse s'expliquer par une fermeture de structure ou une baisse des ETP.

À l'inverse, le nombre de patients hospitalisés (hospitalisation à temps plein et hôpital de jour) a augmenté sur la période, alors que le nombre de journées a légèrement diminué (- 3,5 %), partant d'un niveau beaucoup plus faible. Ce phénomène est dû à la diminution globale des durées moyennes d'hospitalisation (tous modes d'hospitalisation) et à un taux d'occupation très élevé (voir *infra*). Entre 1986 et 2013, près de 58 % des lits⁸⁵ ont fermé alors que la population des moins de 16 ans restait globalement stable⁸⁶. Dès lors, une part non négligeable des hospitalisations de jeunes se fait dans les services pour adultes. Enfin, si la quantité de lits fermés dans les établissements publics correspond au nombre de lits ouverts en cliniques privées, la capacité d'hospitalisation globale change en ce que les cliniques privées accueillent majoritairement des patients aux troubles plus légers que les établissements publics hospitaliers (chapitre II).

III - Une dépense publique concentrée sur le secteur public

En l'absence de données internationales, il n'est pas possible de situer la France par rapport à ses voisins de l'OCDE⁸⁷, mais il apparaît que la France concentre sa dépense sur le secteur public.

Sur la base de l'enquête nationale de coût réalisée par l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih), la Cour estime les dépenses dédiées à la prise en charge en psychiatrie infanto-juvénile dans les établissements de santé à environ 1,8 Md€ en 2019, sur un total des dépenses de psychiatrie en établissements sanitaires évaluées à 10,4 Md€⁸⁸. Ces dépenses sont conformes à la part que représentent les prises en charges d'enfants et de jeunes parmi l'ensemble de la patientèle.

⁸³ La prise en charge en CMP est anonyme, il n'est donc pas possible de connaître les jeunes pris en charge en CMP qui sont également pris en charge en hôpital de jour ou hospitalisation complète.

⁸⁴ Selon les données de la statistique annuelle des établissements 2021 (SAE) réalisée par la Drees.

⁸⁵ Le nombre de lits a diminué de 5 380 à 2 239.

⁸⁶ Les effectifs correspondants de cette classe d'âge ont diminué jusqu'en 1998 avant de réaugmenter par la suite.

⁸⁷ L'équipe a interrogé, via la DAEI, 12 pays, mais aucun n'est en mesure de donner un chiffre quant à la dépense publique pour la pédopsychiatrie. Les recherches effectuées sont demeurées infructueuses.

⁸⁸ Pour les établissements de santé publics, les estimations sont basées sur l'Étude nationale de coûts conduite par l'Atih, dont l'échantillon est limité à 27 établissements en 2019. Les analyses des budgets de certains établissements psychiatriques adultes/enfants confirment cependant la répartition de l'étude nationale de coûts.

Tableau n° 2 : estimation des dépenses publiques de soins en pédopsychiatrie en 2019⁸⁹

Catégorie	En M€	Part
<i>Établissements publics et ESPIC – services de psychiatrie infanto-juvéniles</i>	1 861	89 %
<i>Établissements publics et ESPIC – hospitalisations de mineurs en services de psychiatrie adultes</i>	45	2 %
<i>Établissements financés en MCO</i>	68	3 %
<i>Établissements privés (ex OQN)</i>	87	4 %
<i>Honoraires des psychiatres libéraux en ville</i>	23	1 %
<i>Total dépenses de santé</i>	2 084	100 %
<i>Établissements sociaux et médicaux-sociaux</i>	1 054	
<i>Total estimé des dépenses en établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux et honoraires en ville</i>	3 138	

Source : Enquête nationale de coûts, RTC Atih, Cnam, DREES, CNSA. Retraitement Cour des comptes, voir le détail en annexe

Note : Dépenses associés aux soins des mineurs (France entière).

En pédopsychiatrie, 90 % des financements sont concentrés sur les établissements sanitaires publics et privés à but non lucratif. La part des établissements privés ne représente que 4 % des financements, principalement du fait d'une activité limitée à l'hospitalisation, le régime des autorisations ne leur permettant pas d'exercer une activité ambulatoire. Une part des dépenses (5 %) concerne les hospitalisations de mineurs en services de psychiatrie adulte et en pédiatrie.

Les dépenses de psychiatrie de ville sont assez modestes et ne représentent que 23 M€ annuellement. Celles réalisées par les établissements sociaux et médico-sociaux⁹⁰ pour la prise en charge des soins psychiques des enfants et des adolescents représentent, elles, un volume important, de plus de 1 Md€.

En ce qui concerne le médicament, d'après les données de la Cnam, la consommation des molécules des cinq principales classes utilisées⁹¹ dans la prise en charge des enfants ou adolescents, en ville et sur la période 2016-2021, représente un coût annuel pour l'assurance maladie de 15 M€. Les psychotropes restent en France assez peu prescrits chez les enfants et adolescents (2,5 % des 0-18 ans)⁹² et le sont, en volume, majoritairement par des médecins généralistes.

Les CMP-IJ restent le principal lieu de prise en charge des enfants et des adolescents souffrant de troubles. Les dépenses dédiées à la prise en charge en psychiatrie infanto-juvénile dans les établissements de santé sont ainsi concentrées très majoritairement sur le secteur public.

⁸⁹ Les données n'ont pas pu être actualisées en l'absence d'enquête de coûts pour l'année 2020. S'agissant de l'enquête de coûts pour 2021, elle n'était pas encore disponible en janvier 2023 selon l'Atih.

⁹⁰ En instituts médico-éducatifs, Instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques, services d'éducation spéciale et de soins à domicile et CMPP.

⁹¹ Antidépresseurs, antipsychotiques, anxiolytiques, neuroleptiques. Le méthylphénidate, molécule utilisée dans la prise en charge du TDAH, a été ajoutée.

⁹² O. Bonnot, « Psychotropes chez l'enfant et chez l'adolescent », *La Revue du praticien*, 2020

CONCLUSION ET RECOMMANDATION

En dépit de données épidémiologiques lacunaires, l'offre de soins spécialisés apparaît, dans l'ensemble, bien calibrée. Néanmoins, même si en matière d'offre d'équipements, ambulatoires comme hospitaliers, la France se situe dans la moyenne des pays européens, de fortes disparités territoriales témoignent d'une certaine inadéquation de l'offre à l'échelle territoriale fine.

En conséquence la Cour formule la recommandation suivante :

- 1. dresser un état des lieux exhaustif de la situation épidémiologique des troubles psychiques chez les enfants et les adolescents en France, notamment en élargissant l'étude nationale lancée en 2022 aux adolescents et en exploitant davantage les bases de données médico-administratives. Cet état des lieux devrait faire l'objet d'une actualisation au moins tous les dix ans (ministère de la santé et de la prévention, Cnam, SPF).*
-

Chapitre II

Des parcours de soins peu lisibles et en tension : une gradation à concevoir

L'article L. 3221-1-1 du code de la santé publique (CSP) précise que « *l'organisation territoriale de l'activité de psychiatrie garantit une gradation des soins* »⁹³. Celle-ci implique de définir des niveaux de soins différents selon les besoins des patients - soins de première ligne, soins spécialisés et soins de pointe - mais la gradation des soins n'est pas encore effective ; elle demeure un objectif qui doit tenir compte de l'organisation historique par secteur⁹⁴.

Le secteur infanto-juvénile, défini par la circulaire du 16 mars 1972⁹⁵, est une circonscription territoriale de soins d'environ 200 000 habitants, correspondant à trois secteurs adultes en moyenne⁹⁶ : c'est dans ce cadre qu'un recours de proximité en soins psychiatriques doit être organisé, notamment par des soins ambulatoires de proximité, l'accessibilité territoriale et financière ainsi que la continuité des soins psychiatriques. Chaque secteur comporte une offre ambulatoire et hospitalière, exclusivement publique ou associative, pour répondre aux besoins de la population de son territoire : le centre médico-psychologique infanto-juvénile est censé être la porte d'entrée du parcours de soins, ouvert sans critère d'admission et recevant les patients sans avance de frais. Les pouvoirs publics avaient également fixé pour chaque secteur une norme d'équipement indicative, jamais abrogée depuis⁹⁷. En dehors de l'approche par secteur, une offre hospitalière privée relativement limitée s'est développée.

Or, la multiplicité des intervenants et la difficulté dans laquelle sont les pouvoirs publics pour les coordonner ne facilitent pas l'accès aux soins. Cela se combine avec des besoins différents selon l'âge des patients : les enfants, jusqu'à 12 ans, consultent en ville et en CMP-IJ alors que les adolescents peuvent connaître plus fréquemment des épisodes d'hospitalisation. Pour les familles, l'entrée dans le parcours de soins psychiques reste difficile, faute de professionnels de premier recours en nombre suffisant. La mission de proximité des CMP-IJ est quant à elle rendue difficile en raison du nombre de demandes. Alors que chaque secteur doit, selon l'article L. 3221-3 du code de la santé publique, contribuer à la gradation des soins, la difficulté à cerner les missions de chaque acteur constitue un obstacle à la mise en œuvre de cette dernière.

⁹³ Depuis l'ordonnance n° 2021-583 du 12 mai 2021 - art. 1.

⁹⁴ Dans un contexte d'offre très limitée ; le secteur organise une forme de gradation, mais au sein des seules formes de prise en charge par les services hospitaliers (ambulatoire en CMP, hôpitaux de jour ou plus largement à temps partiel, enfin hospitalisation à temps plein ou sous d'autres formes à temps complet).

⁹⁵ Cf. chapitre III pour les références de l'ensemble des textes réglementaires.

⁹⁶ Soit 40 000 à 50 000 enfants de moins de 17 ans.

⁹⁷ Arrêté du 3 juin 1980 et du 11 février 1991 relatif aux indices de besoins concernant les équipements psychiatriques.

I - Un parcours de soins inadapté faute d'une gradation cohérente de l'offre de soins

A - Des acteurs de la prévention dispersés et peu coordonnés

La politique de prévention des troubles psychiques dès la petite enfance est encore peu structurée⁹⁸. En amont du parcours, les pouvoirs publics ont tenté de développer, avec le projet national dit des « 1000 premiers jours », une approche de prévention des troubles psychiques des mères et des nourrissons⁹⁹.

Les acteurs, variés (pédopsychiatres, psychologues, pédiatres, médecins généralistes, professionnels de l'accueil de la petite enfance), sont inégalement formés et peu coordonnés entre eux. Ils se composent principalement des services de la protection maternelle et infantile (PMI), des crèches et des services d'accueil du jeune enfant. Si la PMI joue un rôle majeur pour les familles les plus vulnérables, comme la Cour l'a récemment rappelé dans son rapport consacré à la santé des enfants¹⁰⁰, elle fait face, depuis le début des années 2000, à une crise¹⁰¹. Les PMI ne peuvent plus assurer toutes leurs missions, notamment le suivi de la mère et de l'enfant, pendant et après la grossesse jusqu'aux six ans de l'enfant ; elle se concentrent donc sur les situations les plus critiques et s'arrêtent, dans la plupart des cas, lorsque l'enfant atteint ses 24 mois.

L'école ne remplit pas sa mission de prévention et de repérage des troubles psychiques

Aux termes de l'article L. 541-1 du code de l'éducation, la prévention et le repérage des troubles susceptibles d'entraver les apprentissages, l'éducation à la santé et la promotion de la santé, font partie des missions de l'Éducation nationale.

Pour les enfants scolarisés, il y a deux catégories de professionnels en mesure d'intervenir dans les étapes de prévention des troubles psychiques : les enseignants et les personnels de santé scolaire (médecins, infirmiers et psychologues notamment). Ces derniers ont un rôle essentiel dans le repérage des troubles et de leurs signes d'alerte. Comme la Cour en a déjà fait état¹⁰², les personnels de santé scolaire font face à des difficultés considérables : effectifs trop faibles des médecins, mauvaise organisation de leurs missions, absence de coordination de leurs interventions.

⁹⁸ Voir compléments en annexe n° 9 sur la prévention des troubles psychiques.

⁹⁹ Le projet comprend cinq axes, notamment sur l'accompagnement renforcé selon les besoins des parents ; Cet axe prévoit l'expérimentation de référents de parcours périnatalité et le renforcement des moyens de prise en charge des détresses parentales psychologiques.

¹⁰⁰ Cour des comptes, La santé des enfants, communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, décembre 2021.

¹⁰¹ Liée à plusieurs facteurs parmi lesquels une diversification des missions non sanitaires, un mode de financement hybride et fragile, et des moyens humains, en particulier médicaux, sous forte tension.

¹⁰² Cour des comptes, Les médecins et les personnels de santé scolaire, communication à la commission des finances, de l'économie générale et du contrôle budgétaire de l'Assemblée nationale, avril 2020.

À court terme, c'est sans doute sur les missions des psychologues de l'Éducation nationale que les marges de manœuvre existent. Ces derniers se répartissent en deux catégories : les psychologues « Éducation, développement et apprentissage », qui interviennent principalement dans le 1^{er} degré – ils sont environ 3 900 équivalents temps plein (ETP) – et les psychologues « Éducation, développement et conseil en orientation scolaire et professionnelle » (environ 4 600 ETP) intervenant davantage dans le 2nd degré. Même si les effectifs sont en croissance depuis 2013, ils restent limités pour assurer le suivi des élèves¹⁰³ au sein des 60 000 établissements scolaires en France.

Leur formation s'est améliorée au fil des années mais leur intervention dans le dépistage des difficultés psychiques des élèves serait plus efficace si elle était intégrée entièrement dans un réseau de soins, avec les acteurs des soins primaires et les CMP-IJ. Comme la Cour l'a indiqué dans son rapport sur la santé scolaire¹⁰⁴, il devrait ainsi être envisagé de concentrer la mission des psychologues de l'Éducation nationale sur la prévention et le suivi de la santé mentale des élèves, le métier de conseiller d'orientation relevant d'un autre champ de compétence et poursuivant un autre objectif.

En ce qui concerne la prévention secondaire, qui s'applique aux enfants ayant déjà manifesté des troubles et nécessitant une première intervention spécialisée, on peut relever plusieurs initiatives nationales accompagnées par Santé publique France : l'accompagnement à la mise en place et le développement du numéro national de prévention du suicide (3114), du dispositif Vigilans, du financement et du soutien aux lignes associatives de prévention du mal-être et du suicide, de la fourniture d'information sur les troubles et leur prise en charge (en partenariat avec le Psycom).

En dépit du foisonnement d'informations disponibles sur internet, il n'existe pas de « guichet unique », facile d'accès, pour une première écoute téléphonique en cas de mal-être psychique. À la suite des deux périodes de confinement, Santé publique France a relancé en juin 2021 une campagne de communication pour mieux faire connaître les services de « Fil santé jeune », l'association en charge de la mise en place du dispositif d'écoute téléphonique financée principalement par des fonds publics¹⁰⁵. Plusieurs autres lignes d'écoute, également soutenues par des fonds publics, coexistent sur des thématiques liées aux troubles psychiques : les numéros d'appel « allo écoute ado », « non au harcèlement », de prévention du suicide ainsi que d'autres numéros associatifs. Ces outils permettraient d'assurer un parcours de soins coordonnés et de contribuer à l'efficacité du système de soins, puisque, selon un rapport de la *London School of Economics* daté de 2014, un euro investi pour la prévention dans ce secteur en ferait économiser 15¹⁰⁶.

Il serait donc utile d'élaborer et de structurer, dès la phase périnatale, une offre globale de prévention des troubles psychiques à l'égard des parents, des enfants et des adolescents, avec une porte d'entrée unique, simple et facile d'accès.

¹⁰³ 6 565 850 écoliers, 3 414 350 collégiens 2 242 700 lycéens et 306 300 apprentis.

¹⁰⁴ Cour des comptes, *Les médecins et les personnels de santé scolaire*, Avril 2020 : « Il convient de redéfinir les missions des psy EN du second degré, en mettant fin à l'association systématique et réductrice, fruit de l'histoire de l'orientation et de la psychologie du second degré ».

¹⁰⁵ Le rapport d'activité de l'association École des parents et des éducateurs IDF mentionne que 26 039 échanges (appels téléphoniques et chats internet) ont été enregistrés en 2019, contre 20 718 en 2020, principalement du fait de dysfonctionnements techniques ne permettant pas le maintien de la ligne pendant le confinement.

¹⁰⁶ Krebs, Marie-Odile. « Chapitre 12. Les enjeux de la détection précoce et l'intervention précoce », *Signes précoces de schizophrénie. Des prodromes à la notion de prévention*, sous la direction de Krebs Marie-Odile. Dunod, 2015, pp. 197-216.

B - Des professionnels de ville jouant imparfaitement leur rôle d'évaluation et d'orientation auprès des familles

1 - Des troubles psychiques encore peu repérés par les médecins généralistes et les pédiatres

En Europe, et en particulier en Grande-Bretagne, aux Pays-Bas ou au Danemark, les médecins généralistes jouent un rôle important dans la détection et le suivi des troubles légers et modérés, en lien avec les autres professionnels¹⁰⁷.

Danemark : une gradation de soins de santé mentale infanto-juvénile

Le système de santé mentale de l'enfant, de l'adolescent et du jeune adulte repose au Danemark sur le rôle de « *gate keeper* » du médecin généraliste et sur une gradation des soins. Il est la porte d'entrée et le pivot de l'adressage du patient. Il réalise donc, dans la plupart des cas, l'examen d'évaluation initial servant à l'orientation dans le système de soins de santé mentale. Cette évaluation peut, en fonction de la situation, être complétée par une approche interdisciplinaire.

Une répartition en fonction de la sévérité du ou des troubles identifiés est mise en place : la gradation des soins conduit à traiter les troubles les plus légers en ville ou au niveau des communes, alors que les troubles les plus sévères (et en particulier spécialisés, comme par exemple le trouble de l'identité de genre) sont traités par les six établissements spécialisés dans l'accueil des enfants et des adolescents. Les troubles sévères ne nécessitant pas une prise en charge dans un de ces établissements sont soignés dans le système hospitalier.

À l'inverse, en France, ces troubles sont peu repérés par les médecins généralistes, qui sont pourtant les premiers professionnels de santé consultés par les enfants et les adolescents¹⁰⁸, notamment pour les examens obligatoires et systématiques de prévention¹⁰⁹. Alors que la santé psychique est un déterminant essentiel de la santé des adolescents, ces derniers n'évoquent souvent leurs troubles et difficultés psychiques qu'à travers leurs symptômes somatiques¹¹⁰. Les données non actualisées de l'Observatoire de la médecine générale les placent ainsi, notamment ceux d'origine infectieuse¹¹¹, loin derrière l'ensemble des motifs de consultations pour les enfants et les adolescents¹¹². Plusieurs raisons expliquent ce contexte : la réticence des médecins

¹⁰⁷ J Roberts et coll., « GPs' responses to adolescents presenting with psychological difficulties: a conceptual model of fixers, future planners, and collaborators », *British Journal of General Practice*, 2014.

¹⁰⁸ C Lépine et coll., « Compétences attendues pour l'accueil d'un adolescent en médecine générale : Validation d'un référentiel francophone », *Exercer*, 2021.

¹⁰⁹ 90 % des adolescents consultent au moins une fois dans l'année leur médecin généraliste.

¹¹⁰ P. Binder et coll., « L'approche des adolescents en médecine générale. Deuxième partie. Évaluer, accompagner », *Exercer*, 2018.

¹¹¹ Chez les enfants plus jeunes, leur prise en charge par les médecins généralistes se concentre autour de quelques diagnostics généralement bénins, en particulier d'origine infectieuse. La santé psychique est un motif qui apparaît très loin derrière. Voir Drees, *La prise en charge des enfants en médecine générale : une typologie des consultations et visites*, Études et Résultats n° 588, 2007.

¹¹² C. Rousseau et coll., *Les adolescents pris en charge en médecine générale étude descriptive à partir de la base de données de l'Observatoire de la médecine générale*, 2003.

généralistes à prendre en charge les pathologies psychiques¹¹³, les difficultés liées à l'organisation des soins, à leur manque de formation et de connaissances¹¹⁴, leur faible disponibilité et la priorité donnée aux pathologies somatiques. Des freins existeraient également du côté des adolescents, en particulier pour aborder leur santé psychique avec leur médecin traitant, par peur de la stigmatisation ou du manque de confidentialité notamment vis-à-vis des parents.

Au contraire des médecins généralistes, les pédiatres sont fréquemment consultés au sujet du développement psychoaffectif et psychosocial de l'enfant¹¹⁵. D'après la mission de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) de 2021 sur la pédiatrie, plus d'un tiers (35 %) des consultations de ville chez le pédiatre relèvent du suivi du développement des enfants.

Les pédiatres libéraux sont davantage formés aux troubles psychiques infanto-juvéniles, y compris aux troubles des apprentissages et du neurodéveloppement, que les médecins généralistes, mais leur nombre est faible au plan national (3 175 en exercice libéral ou mixte en 2022 sur 8 591 au total) et leur densité territoriale est hétérogène, ce qui constitue un obstacle à l'accès aux soins pour les familles¹¹⁶. En outre, les projections réalisées en 2021 par la Drees sur la démographie des professions médicales anticipent une diminution de moitié des pédiatres libéraux d'ici à 2050. Par ailleurs, les consultations en pédiatrie libérale se concentrent principalement sur les 24 premiers mois et se raréfient à mesure que l'âge des enfants augmente, rendant ainsi plus difficile la détection et le suivi des troubles psychiques qui se déclencheraient après les deux ans de l'enfant.

2 - Des consultations en ville de psychiatres et pédopsychiatres libéraux en diminution

Le nombre de patients âgés de moins de 18 ans vus par des psychiatres en ville est faible et en constante diminution : il est passé de 149 300 en 2016 à 127 000 en 2021¹¹⁷. Les enfants et les adolescents représentent 7 % de la patientèle des psychiatres de ville et sont vus en moyenne 5 fois par an¹¹⁸. Les enfants consultent principalement à partir de six ans et la classe d'âge la plus concernée est celle des plus de 16 ans. En 2021, environ 4 000 psychiatres libéraux (sur 6 369) ont pris en charge au moins un enfant ou adolescent¹¹⁹. Ils sont cependant moins d'une centaine à l'échelle nationale à exclusivement recevoir cette tranche d'âge¹²⁰.

¹¹³ Comme une revue de la littérature l'a montré : JM Meugniont, *Freins au dépistage et à la prise en charge des troubles psycho-sociaux des adolescents chez les professionnels des soins primaires : revue systématique de littérature*. Thèse de médecine, Université de Poitiers, 2004.

¹¹⁴ Sur ce point la DGOS souligne que des évolutions pourraient envisagées dans le cadre de l'évolution de la maquette du DES de médecine générale.

¹¹⁵ Igas N°2020-074R, *La pédiatrie et l'organisation des soins de santé de l'enfant en France*, mai 2021.

¹¹⁶ Cour des comptes, *La santé des enfants*, Communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, décembre 2021.

¹¹⁷ 121 282 en 2020.

¹¹⁸ Les enfants qui consultent plus de 6 fois un psychiatre dans l'année représentent 30 % du total des enfants consultant (un peu moins de 40 000 enfants et adolescents en 2019). Ils sont 10 % à consulter 12 fois ou plus un psychiatre de ville dans l'année.

¹¹⁹ Ce taux tend légèrement à diminuer depuis 2016 passant de 70 % à 64 % en 2021.

¹²⁰ 91 en 2020, 74 en 2019, 60 en 2018, 42 en 2017 et 25 en 2016.

Tableau n° 3 : la psychiatrie des enfants et adolescents en ville

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Évolution 2016/2021
Nombre de patients	149 300	141 572	136 119	134 883	121 274	127 008	- 14,9 %
Nombre de séances	766 300	714 668	684 037	674 420	585 976	667 334	- 12,9 %
Montant des honoraires (€)	43 811 572	42 455 838	43 097 199	43 660 008	38 537 398	44 874 606	+ 2,4 %
Montant remboursé AMO (€)	23 467 534	22 566 638	23 162 009	23 282 383	21 022 340	23 789 184	+ 1,4 %
Dépassements (€)	11 322 015	11 229 911	11 168 972	11 777 211	10 360 550	13 063 826	+ 15,4 %

Source : Cnam

En outre, le recours aux psychiatres et aux pédopsychiatres de ville n'est pas accessible financièrement à toutes les familles, alors que dans un même temps les consultations en CMP-IJ garantissent le tiers payant intégral pour les familles. En 2021, une consultation en ville était en moyenne facturée 52 € (avec 10 € de dépassement moyen) et environ 25 % d'entre elles faisaient l'objet de dépassements, souvent avec des montants importants¹²¹.

3 - Des psychologues libéraux en plein essor

La démographie des psychologues cliniciens observe une dynamique favorable : au 1^{er} janvier 2022, on dénombrait 70 790 psychologues enregistrés au répertoire Adeli dont 24 977 en exercice libéral ou mixte¹²².

Tableau n° 4 : nombre de psychologues en France au 1^{er} janvier 2022

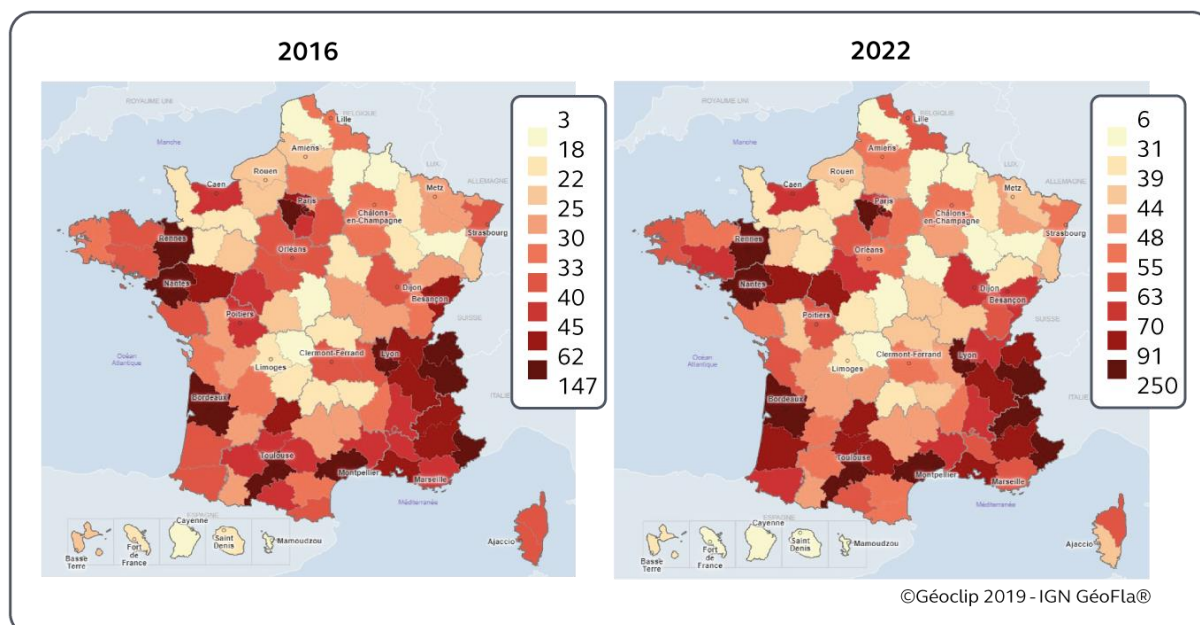
Ensemble	Libéraux ou mixtes	Salariés hospitaliers	Autres salariés
70 790	24 977 (35,3 %)	14 939 (21,1 %)	30 874 (43,6 %)

Source : répertoire ADELI. Psychologues âgés de moins de 62 ans

Cet effectif est en très nette augmentation depuis 2012 (ils étaient alors 38 128 dont 9 175 libéraux ou mixtes), correspondant presque à un doublement des effectifs sur la période, qui s'est en outre accompagné d'une homogénéisation des densités territoriales.

¹²¹ Parmi les séances facturées avec dépassements, 38 € en moyenne sont facturés en plus de la base de remboursement. Dans un cas sur cinq la consultation est facturée à 75 € et dans un cas sur dix, la consultation est facturée à 110 €, avec 71 € de dépassement.

¹²² Certains professionnels inscrits au répertoire Adeli ne déclarant pas leur cessation d'activité, pour éviter une surestimation, la Drees recommande de considérer les effectifs de moins de 62 ans comme présentés dans cette partie.

Carte n° 4 : densité de psychologues libéraux ou mixtes en 2016 et 2022

Source : Cour des comptes d'après le répertoire ADELI. Densité au 1^{er} janvier des psychologues âgés de moins de 62 ans pour 100 000 habitants

Alors qu'en 2016, en dehors de quelques régions, en particulier en Île-de-France et dans le Sud-Est, peu de départements avaient une densité de psychologues supérieure à 20 pour 100 000 habitants, en 2022, comme le montre la carte ci-dessus, l'offre est mieux répartie et dépasse 30, voire 50 psychologues pour 100 000 habitants dans la majorité des départements.

Les séances auprès d'un psychologue n'étant pas remboursées, hormis celles entrant dans le nouveau dispositif Monparcourspsy (voir chapitre III), le ministère chargé de la santé ne dispose pas des moyens de connaître les effectifs de patients mineurs suivis ni de qualifier leurs troubles.

Une part des séances de psychologie est, depuis la réforme d'avril 2022, prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, dans la limite de huit séances et sur adressage d'un médecin. Ces professionnels, nombreux et présents sur l'ensemble du territoire, sont donc théoriquement disponibles pour accompagner la prise en charge des enfants et des adolescents dans un parcours en ville¹²³ (voir chapitre III).

¹²³ Actuellement, pour valider leur master et pouvoir faire usage du titre, les étudiants doivent effectuer 500 heures de stage sous la supervision d'un psychologue. Les étudiants en licence et en master de psychologie sont formés dans 30 universités. D'après les chiffres de la DGESIP, leur nombre est stable pour les diplômés en licence (environ 8 000 étudiants formés annuellement depuis 2016) et a tendance à augmenter pour les diplômés de master (4 609 en 2018-2019, soit +13 % en deux ans), ce qui suggère que le nombre de nouveau psychologues cliniciens, qui ne sont qu'une partie des diplômés, ne devrait pas diminuer à court terme.

C - Un recours aux urgences qui pallie trop souvent l'absence de prise en charge amont des jeunes et des adolescents

En 2021, 84 734 passages aux urgences pour trouble psychique de mineurs ont été dénombrés. Si ce nombre ne représente que 1,7 % du total des passages, il reste important à l'échelle des effectifs d'enfants et adolescents pris en charge en pédopsychiatrie¹²⁴.

L'urgence en pédopsychiatrie n'est comparable ni à celle des adultes ni aux urgences somatiques. Contrairement à l'offre de soins pour les adultes, il n'existe pas, sauf exception¹²⁵, de services d'urgences pédopsychiatriques, les hospitalisations s'effectuent donc en services d'urgences générales ou pédiatriques et parfois en service psychiatrique adultes pour les adolescents. En pédopsychiatrie, l'urgence se caractérise le plus souvent par une crise, notamment de type suicidaire, dont la prise en charge ne devrait pas nécessairement conduire aux urgences.

La majeure partie des enfants hospitalisés en psychiatrie ne l'est d'ailleurs pas après un passage aux urgences, mais plutôt dans un processus d'hospitalisation programmé, 72 % des jeunes hospitalisés à temps complet venant directement de leur domicile. La majorité des enfants accueillis dans ce cadre font déjà l'objet d'un suivi, les passages aux urgences d'enfants n'ayant jamais bénéficié de soins psychiques étant rares. La prise en charge des moments de crise fait théoriquement partie du programme de soin.

Deux principaux profils¹²⁶ se distinguent dans les prises en charge des crises :

- les adolescents, en particulier les jeunes filles, se présentant à la suite d'une tentative de suicide¹²⁷. Sur la période 2016-2021, la moitié des passages pour troubles psychiques concerne les 11-15 ans et un passage sur quatre concerne les 16-17 ans ;
- les enfants et adolescents souffrant de troubles du spectre de l'autisme, pour lesquelles les solutions de prises en charge, en particulier médico-sociales, sont absentes ou mises à mal par l'intensité des troubles. Pour ces enfants, le recours aux urgences serait parfois une modalité temporaire palliant ces défaillances¹²⁸.

Alors que le recours aux services d'urgences devrait être une exception, l'impossibilité de consulter dans des délais courts un professionnel de ville ou d'avoir un entretien en CMP conduit trop souvent à une dégradation de certaines situations et à un passage aux urgences. Or, une enquête non actualisée soulignait que seul un tiers des interventions d'urgence était effectué

¹²⁴ La file active totale en psychiatrie infanto-juvénile étant de 530 000 enfants et adolescents avant la crise (2019).

¹²⁵ Principalement observés dans des centres hospitalo-universitaires.

¹²⁶ En 2019, près de la moitié des passages aux urgences pour troubles psychiques étaient associés à des diagnostics de Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes (33 %) de troubles de l'humeur (12 %). Logiquement, les 0-5 ans et les 6-10 ans (30 % de la population des moins de 18 ans pour chacune de ces classes d'âge) ne représentent que 8 % et 11 % des passages aux urgences pour troubles psychiques, respectivement.

¹²⁷ En 2017, le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide des jeunes femmes de 15-19 ans était de 41 pour 10 000 contre 15,1 pour 10 000 en moyenne. Léon C, Chan-Chee C, du Roscoät E, et le groupe Baromètre de Santé publique France 2017, Baromètre de Santé publique France 2017 : tentatives de suicide et pensées suicidaires chez les 18-75 ans en France, Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 2019.

¹²⁸ Cour des comptes, *La politique en direction des personnes présentant des troubles du spectre de l'autisme*, janvier 2018.

après 17 heures : la majorité des crises pourraient donc relever de la ville ou des CMP-IJ¹²⁹. Dans ce contexte, le recours aux urgences augmente de façon très importante : entre 2016 et 2021, le nombre de passages aux urgences pour troubles psychiques chez les moins de 18 ans a augmenté de 65 %, contre 4 % pour l'ensemble des passages tous motifs confondus. Cette augmentation est dans la continuité du phénomène qui était observé dans certains établissements au cours des décennies précédentes¹³⁰.

Les conséquences de la crise de la covid 19 sur le recours aux urgences

Une étude réalisée à l'hôpital Robert Debré (Paris) sur le recours aux urgences pour geste suicidaire¹³¹ a montré une augmentation du nombre de passages aux urgences pour tentative de suicides chez les moins de 15 ans depuis 2010, confirmant une tendance observée au niveau mondial. Ce phénomène s'est encore fortement accentué, avec un doublement observé durant la crise (voire un quadruplement certaines semaines), en particulier lors du deuxième confinement de l'automne 2020, par rapport à l'année précédente¹³².

Des constats comparables ont été rapportés dans une étude réalisée dans les hôpitaux pédiatriques de Nice CHU-Lenval : en 2020 une augmentation de 44 % des passages pour troubles psychiques a été observée à l'hôpital universitaire pédiatrique par rapport à la période pré-pandémique, alors que le nombre de passages tous motifs diminuait de 30 %, mettant en évidence l'impact majeur de la crise sanitaire sur la santé mentale des enfants et des adolescents¹³³.

Pendant la première période de confinement les CMP et les hôpitaux de jour ont fermé, n'assurant plus les accueils et le suivi des patients, ce qui a ouvert la voie à un recours plus fréquent aux urgences.

De surcroît, l'intensité des troubles des jeunes se présentant aux urgences conduit fréquemment à une hospitalisation : en 2021, 33 % des patients mineurs passés aux urgences ont ensuite été hospitalisés¹³⁴. Neuf fois sur dix, ceux-ci sont accueillis dans des services de médecine-chirurgie-obstétrique, en majorité pédiatriques, plutôt qu'en pédopsychiatrie : la saturation des services pédopsychiatriques (cf. *infra*), tout comme la réticence des parents à orienter vers une hospitalisation psychiatrique, sont les principaux facteurs explicatifs avancés par les professionnels.

Inadéquats pour les enfants et jeunes hospitalisés, les passages aux urgences, additionnés à ceux des hospitalisations en pédiatrie, ont aussi un coût qui peut être estimé à environ 131 M€ en 2021¹³⁵.

¹²⁹ Enquête du collège des psychiatres de l'AP-HP conduite en décembre 2000. Speranza, Mario, et Stéphane Laudrin. « Accueil d'urgence en pédopsychiatrie », *Enfances & Psy*, vol. n° 18, n) 2, 2002, pp. 84-91.

¹³⁰ Blondon et coll., « L'accueil d'urgence en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent : évolution sur 20 ans dans un site hospitalo-universitaire », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2007.

¹³¹ A. Cousien et coll. *Temporal Trends in Suicide Attempts Among Children in the Decade Before and During the COVID-19 Pandemic in Paris, France*, JAMA Netw Open, 2021.

¹³² Pour l'ensemble des troubles psychiques en revanche, l'année 2020 a enregistré environ 10 000 passages de moins (-14 %), diminution qui suit la dynamique observée de manière plus générale pour les passages aux urgences (-30 %), tout en étant nettement moins marquée, montrant que les troubles psychiques ont représenté un enjeu important, particulièrement visible dans certains services de grandes métropoles, comme à Paris ou à Nice.

¹³³ A Fernandez et coll., « Mental health-related visits in a pediatric emergency department during the COVID-19 pandemic », *Int J Emerg Medicine*, 2021.

¹³⁴ Durées moyennes de séjours en MCO-SSR-HAD : 3,4 jours pour les moins de 6 ans, 3,8 jours pour les 6-10 ans, 5,2 jours pour les 11-15 ans et 3,6 jours pour les 16-17 ans.

¹³⁵ Selon les données de l'étude de coût RTC 2019 réalisée par l'Atih, une journée d'hospitalisation s'élèverait à 609 € en urgences pédiatriques et 815 € en moyenne en service de pédiatrie.

D - Une activité des centres médico-psychologiques saturée en raison d'une inadéquation entre leurs missions et les moyens dont ils disposent

Les centres médico-psychologiques ont été historiquement conçus pour accueillir tous les patients : l'arrêté du 14 mars 1986 prévoit en effet qu'ils constituent un recours de proximité et assurent des missions de coordination et d'organisation des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires, et des interventions à domicile pour tous ceux qui le demandent. Ces missions les positionnent à la fois comme acteurs de premier niveau, mais également de second niveau, permettant des prises en charges spécialisées pour des troubles plus sévères. Pour remplir toutes les missions qui leur ont été confiées, les CMP sont organisés pour pouvoir proposer une offre homogène et généraliste (consultations, psychothérapies individuelles et groupales) mais cette dernière est aujourd'hui submergée par le flux des demandes, au détriment des soins spécifiques attendus par les patients rencontrant les troubles psychiques les plus graves.

1 - Des moyens limités

En 2021, environ 1 570 ETP de psychiatres et de pédopsychiatres exercent dans les structures ambulatoires infanto-juvéniles¹³⁶. Les CMP-IJ sont pour la plupart de petites structures : elles comprennent en moyenne 5 ETP dans les établissements visités par la Cour, avec 9,7 ETP en Seine-Saint-Denis¹³⁷. Les personnels médicaux, principalement des psychiatres, sont en nombre limité, en moyenne de 0,5 ETP (CMP-IJ en Ile-et-Vilaine) à 1,1 ETP (Seine-Saint-Denis). Dans ce département, le personnel non médical représente 8,6 ETP par structure en moyenne, avec une difficulté importante de recrutement de certains professionnels tels que les orthophonistes et les psychomotriciens

L'analyse des effectifs des CMP-IJ menée par l'Observatoire régional de santé (ORS) Nouvelle-Aquitaine souligne que les médecins psychiatres ne sont présents que 18 heures par semaine (médiane). Ils assurent le suivi médical d'environ 250 patients avec un minimum d'une consultation annuelle¹³⁸. Les consultations individuelles représentent plus des trois quarts des actes. Les psychologues assurent environ 35 % d'entre eux et les médecins, environ 20 % (voir annexe n° 6). Ceci diffère assez largement de la prise en charge des adultes en CMP, qui, quant à elle, est principalement assurée par les médecins (un acte sur trois) et par les infirmiers (45 % des cas), les psychologues intervenant nettement moins que pour les enfants (entre 9 et 20 % des actes selon les classes d'âge des adultes).

Les CMP visités dans le cadre de cette enquête se sont révélés assez vétustes, souvent non conformes aux normes d'accessibilité et parfois peu adaptés à l'exercice de la pratique clinique. Une étude de l'ARS Rhône-Alpes soulignait que 32 % des CMP considéraient leurs locaux inadaptés à leur activité¹³⁹.

¹³⁶ En l'état actuel des données, il n'est pas possible d'affirmer qu'ils exercent tous en CMP-IJ mais la majeure partie d'entre eux y assurent des soins.

¹³⁷ Ludovic Cacheux, *Étude de l'activité et de l'organisation des CMP infanto-juvéniles de Seine-Saint-Denis*, 2019.

¹³⁸ Dumas, Louise-Émilie, et al. « Les CMP pour enfants et adolescents : une enquête nationale de l'AJPJA », *Enfances & Psy*, vol. 88, n° 4, 2020, pp. 66-75.

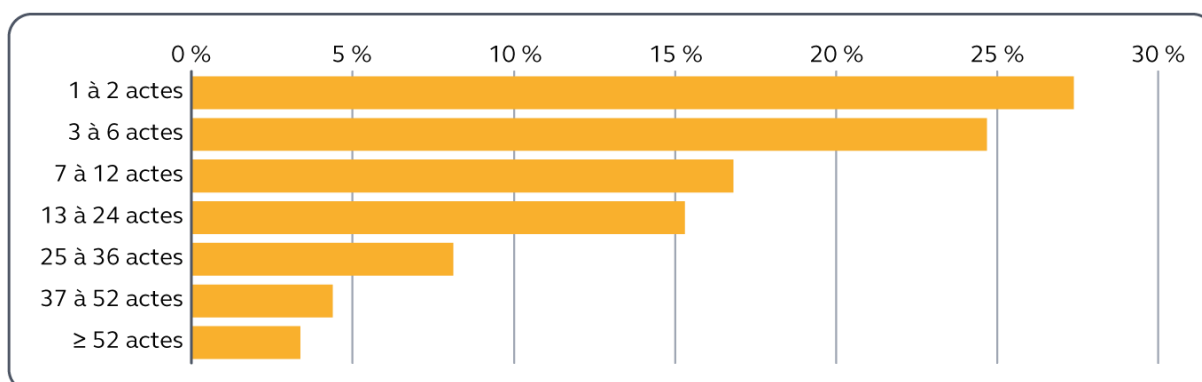
¹³⁹ ARS Rhône-Alpes, *Enquête sur les CMP de la région Rhône-Alpes*, juin 2015 : la moitié n'appartenait pas à l'établissement de santé de rattachement. Dans la plupart des CMP visités, ce sont les communes qui mettent à disposition ou louent ces locaux.

2 - Une activité concentrée sur l'accueil-évaluation

En dehors du premier rendez-vous d'orientation, dont l'obtention a lieu globalement dans des délais raisonnables, le délai d'attente pour commencer une prise en charge jugée non urgente est relativement long : il varie selon les études à plus de deux mois en Nouvelle-Aquitaine¹⁴⁰, quatre mois en Rhône-Alpes et huit mois en Seine-Saint-Denis¹⁴¹. Ces délais diminuent assez peu dans le temps¹⁴² et sont sensiblement plus élevés que ceux observés en psychiatrie générale : le délai moyen pour obtenir un rendez-vous (hors urgence) était de 21 jours pour les adultes quand il était de 116 jours pour les enfants et les adolescents¹⁴³.

Si ces délais d'obtention d'un rendez-vous pour commencer la prise en charge sont longs, c'est principalement dû à une mobilisation des effectifs soignants sur l'activité d'accueil-orientation, qui ne leur permet pas de se consacrer au suivi individualisé au long cours : plus de la moitié des patients vient en consultation moins de six fois dans l'année et 14 % ne consultent qu'une seule fois.

Graphique n° 1 : mineurs suivis en CMP selon leur nombre d'actes cumulés en 2021



Source : L. Cacheux (CH Ville-Evrard) 2021, déjà cité, à partir des données du RIM-P, retraitement Cour des comptes

À cela s'ajoute le renouvellement fréquent des patients suivis, de l'ordre de 40 à 50 % par an selon les années¹⁴⁴, ce qui augmente la pression sur les besoins d'évaluation. Le système d'information médicalisé actuel ne décrit pas l'intensité des troubles psychiques des patients accueillis en CMP, il est donc impossible de vérifier qu'ils relèvent bien de ce type de suivi.

¹⁴⁰ ORS Nouvelle-Aquitaine, *Les centres médico-psychologiques de Nouvelle-Aquitaine*, Mai 2019.

¹⁴¹ L. Cacheux, « Dernières données sur la prise en charge des enfants en CMP-IJ en France métropolitaine : augmentation des recours aux soins et intensité des prises en charge », *Enfances & Psy*, 2020.

¹⁴² En comparaison, une enquête de la Drees en 2008 établissait un délai d'attente pour une première consultation entre une semaine et un mois pour 42 % des patients et plus de trois mois dans 14 % des cas.

¹⁴³ ARS Rhône-Alpes, *Enquête sur les CMP de la région Rhône-Alpes*, juin 2015.

¹⁴⁴ Un patient sur cinq était suivi depuis un à deux ans et 15 % depuis deux à trois ans. 20 % étaient suivis depuis plus de trois ans. Les périodes de suivi longues (supérieur à 6 ans) concernent 8 % de la file active 2019. 2 % étaient suivis depuis plus de neuf ans.

Des profils de patients plutôt homogènes

S'il n'existe pas d'étude longitudinale nationale en pédopsychiatrie, quelques études sur les profils des patients permettent de caractériser le suivi en CMP-IJ.

Il s'agit le plus souvent de garçons, entre 6 et 15 ans, issus fréquemment de familles monoparentales¹⁴⁵ (voir annexe n° 12). Les patients sont principalement orientés sur conseil de l'école (environ un tiers), ce qui confirme l'importance de cet acteur dans le repérage et l'orientation vers des soins. En parallèle, un tiers des demandes relève d'une démarche personnelle de la famille et seulement 16 % intervient sur indication d'un soignant libéral (médecins de famille, pédiatres, psychologues), soulignant là encore la place relativement périphérique de ces professionnels dans le parcours de soins. Le type de suivi n'était pas significativement associé aux motifs de consultations ou au professionnel qui a recommandé l'orientation en CMP-IJ¹⁴⁶.

3 - Des troubles sévères traités seulement en second rang

Si la majorité des patients suivis se rend peu fréquemment en CMP-IJ, à l'inverse une petite partie de la patientèle concentre une forte proportion des actes : 15 % des enfants accueillis reçoivent plus de 50 % des actes.

Selon les CMP rencontrés, ces prises en charge concernent en premier lieu les enfants atteints de troubles du neurodéveloppement et de troubles du spectre autistique, qui font l'objet d'une prise en charge pluridisciplinaire, avec une part importante de soins de rééducation (orthophonie, psychomotricité, ergothérapie)¹⁴⁷.

Contrairement à l'ambition qui leur était fixée par la circulaire de 1972, les CMP-IJ assurent cependant trop peu la coordination des parcours de soins des enfants souffrant de troubles sévères : selon l'étude précitée, en Nouvelle-Aquitaine seuls 45 % des CMP ont par exemple défini avec l'hôpital un protocole de sortie d'hospitalisation à temps plein. Or, comme le démontrent les résultats du dispositif Vigilans¹⁴⁸, le suivi en sortie d'hospitalisation est l'une des clefs de prévention de la réhospitalisation. C'est un enjeu important en pédopsychiatrie : sur la seule année 2021, près de 33 % des jeunes hospitalisés en pédopsychiatrie ont dû être réhospitalisés dans l'année.

¹⁴⁵ Tibi-Lévy, Yaël. « Recourir à la pédopsychiatrie publique : étude dans six centres de soins parisiens », *Santé Publique*, vol. 32, n° 1, 2020, pp. 43-55.

¹⁴⁶ Chiossea Nicoleta, Thèse d'exercice pour le diplôme d'état de docteur en médecine les demandes de consultation en pédopsychiatrie. *Étude descriptive des patients reçus au Dispositif d'Accueil de la Demande de Vichy*, septembre 2021.

¹⁴⁷ L. Cacheux, Dernières données sur la prise en charge des enfants en CMP-IJ en France métropolitaine : augmentation des recours aux soins et intensité des prises en charge, *Enfances & Psy*, 2020 : « Elle comprend un médecin pour 76,6 % de ces enfants, un psychologue pour 56,6 % de ces enfants, au moins un professionnel de la rééducation (orthophoniste, psychomotricien, ergothérapeute) pour 41,8 % de ces enfants, un infirmier pour 40,7 % de ces enfants (93 % du total d'actes) et un assistant de service social ».

¹⁴⁸ Rapport d'évaluation Vigilans, Dispositif pilote de veille post-hospitalière des suicidants (bilan d'étape), Nord-Pas-de-Calais, 27 février 2017.

E - Un accueil en hôpital à préserver pour les situations les plus graves

Contrairement à la psychiatrie générale, l'offre en pédopsychiatrie est historiquement centrée sur la prise en charge ambulatoire, l'hospitalisation étant conçue comme une étape exceptionnelle du parcours¹⁴⁹ : elle concerne les cas les plus graves.

Tableau n° 5 : nombre de journées par type d'hospitalisation

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Évolution 2016-2021
Hospitalisation à temps plein	22 213	23 247	23 817	24 167	22 465	27 241	22,6 %
Accueil familial thérapeutique	703	699	659	648	614	531	-24,5 %
Accueil en centre de crise et structure d'accueil des urgences (*)	2 226	2 272	2 502	2 625	2 479	3 373	51,5 %
Hospitalisation à domicile	93	64	101	111	62	60	-35,5 %
Hospitalisation de jour	32 307	32 614	33 631	34 503	32 399	35 681	10,4 %
Hospitalisation de nuit	470	466	421	367	287	299	-36,4 %
Ateliers thérapeutiques	1 654	1 348	1 482	1 490	1 281	1470	-11,1 %
Total établissements	59 666	60 710	62 613	63 911	59 587	68 655	15,0 %

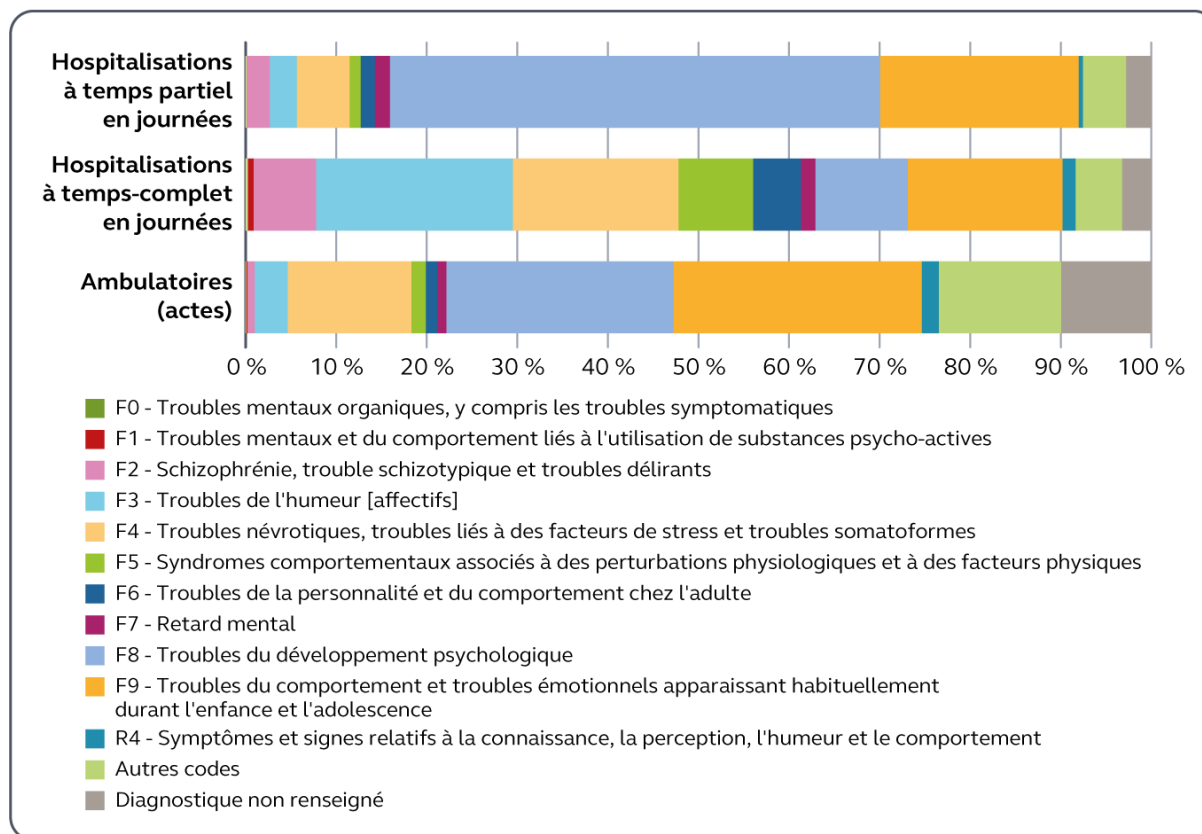
Source : Scan santé, retraitement Cour des comptes

Les indications psychiatriques d'hospitalisation sont, principalement, les tentatives de suicide, les troubles graves des conduites alimentaires, l'ivresse pathologique, les automutilations et les scarifications¹⁵⁰. Les troubles de l'humeur, notamment les dépressions, représentent 21 % des hospitalisations à temps complet mais sont marginaux dans les hospitalisations à temps partiel et les actes ambulatoires.

¹⁴⁹ Un rapport sur les parcours de soins des enfants et adolescents commandé par l'ARS Pays de la Loire souligne que « la définition du recours à l'hospitalisation doit être partagée par tous les acteurs comme un moment d'exception, avec une mission spécifique de soins et ne pas pallier des carences. L'hospitalisation ne doit pas répondre à une stratégie de placement, mais être identifiée comme un moment exceptionnel dans le parcours de soins » ; ARS Pays de la Loire, *Parcours de soins des enfants et adolescents dans le Maine-et-Loire*, 2015.

¹⁵⁰ P. Ayoun, « L'hospitalisation à temps complet des adolescents et ses indications en psychiatrie », *L'information psychiatrique*, 2008. Selon le Pr Marcelli c'est aussi un recours face aux situations en impasse, adolescents en crise de nerfs, syncope, addictions, risque de rupture relationnelle brutale, troubles graves du comportement.

Graphique n° 2 : tableau de la répartition (en %) des troubles selon les modes de prise en charge



Source : Cour des comptes, d'après les données de l'Atih pour l'année 2021

1 - L'hôpital de jour : des missions hétérogènes, une place dans le parcours de soins à préciser

Les hôpitaux de jours proposent en 2021 environ 9 400 places, pour 35 681 patients, mais avec un taux de remplissage des places faible, de 50 %¹⁵¹. Cet élément s'explique en partie par le taux d'absentéisme élevé des jeunes suivis ainsi que par la forte hétérogénéité des soins proposés¹⁵². Tout comme en CMP, la tranche d'âge 6-13 ans est la plus représentée. Selon les professionnels rencontrés, les raisons conduisant à un accueil en hôpital de jour sont principalement liées aux sorties d'hospitalisations, aux situations de crise et aux phobies scolaires graves. Les modalités d'accueil en hôpital de jour varient¹⁵³.

¹⁵¹ Pour une année, le taux d'occupation équivaut au nombre de jours théoriques d'ouverture (261 jours ouvrés – 15 jours de congés pendant les vacances scolaires – 8 jours fériés) multipliés par le nombre de places, divisés par le nombre de journées effectives. En 2021, les hôpitaux de jour ont effectué 1 099 360 journées selon les données de Scan santé. Une demi-journée équivaut à une prise en charge supérieure ou égale à 3 heures, mais cette norme fixée par l'Atih est une extension du mode de prise en charge en psychiatrie adulte et soulève des réserves sur son adaptation aux capacités de concentration des enfants.

¹⁵² JY Linet et coll., L'activité des hôpitaux de jour en psychiatrie : description et analyse. Résultats d'une enquête dans les hôpitaux de jour associatifs d'Ile-de-France, L'information psychiatrique, 2014.

¹⁵³ Pour le cadrage et les modalités d'accueil en hôpital de jour, voir annexe n° 11.

La part des enfants et jeunes souffrant de troubles du développement psychologique y est prépondérante, puisqu'elle représente 52 % des journées d'hospitalisation. Or, la Cour a déjà souligné que pour ces patients, nombre de prises en charge en hôpital de jour se distinguaient peu de celles offertes en établissements social et médico-social (ESMS)¹⁵⁴.

Le coût moyen de cette prise en charge est élevé : environ 596 € par journée en 2019¹⁵⁵ et les activités proposées très hétérogènes (séances de psychothérapie individuelles, activités collectives de psychomotricité, de jeux, d'art thérapie, de cuisine, etc.). L'une des explications pourrait notamment reposer sur la présence dans certains établissements psychiatriques de temps d'enseignement assurés par des professeurs de l'Éducation nationale, qui diminue le coût unitaire de la journée pour l'assurance maladie. Un rapport des inspections générales¹⁵⁶ en 2014 soulignait ainsi l'absence de cohérence des réponses apportées à la situation scolaire des enfants accueillis. Il préconisait une mise à plat du dispositif de scolarisation en milieu hospitalier, appuyée sur les objectifs de poursuite de la formation pendant l'hospitalisation et de préparation au retour dans un cursus scolaire de droit commun¹⁵⁷.

Pour chaque territoire de santé mentale, une analyse de l'offre disponible et du positionnement de l'hôpital de jour, en lien avec les rectorats, permettrait de clarifier les objectifs de ces hospitalisations et de systématiser le développement d'offres complémentaires (équipes mobiles pédopsychiatriques intervenant en ESMS) pour progressivement recentrer les missions de l'hôpital de jour vers des prises en charge de courte durée, voire de requalifier une partie des lits en places médico-sociales. Un cahier des charges précisant plus clairement les missions des hôpitaux de jour par rapport aux prises en charges médico-sociales faciliterait ce travail.

2 - Des situations d'hospitalisation complète inadaptées

a) La qualité et la durée des prises en charge : encore trop peu d'indicateurs pertinents

Il n'existe pas au niveau national de liste d'indicateurs sur la qualité des prises en charge qui pourraient être intégrés aux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), conclus entre les ARS et les établissements de santé. Dans leur grande majorité, celles-ci reconnaissent ne pas avoir recours à des indicateurs spécifiques pour la pédopsychiatrie, malgré certaines initiatives¹⁵⁸.

Les durées d'hospitalisations pourraient constituer un premier indicateur pertinent de l'orientation des prises en charge et du réseau de partenariat des établissements. La diminution du taux d'équipement moyen sur le territoire a conduit à une baisse concomitante des durées moyennes d'hospitalisation, qui sont passées de 159 jours en 1986 à 34 jours en 2021 : en

¹⁵⁴ Cour des comptes, *La politique en direction des personnes présentant des troubles du spectre de l'autisme*, janvier 2018.

¹⁵⁵ Données de l'étude nationale de coûts de l'Atih. La dispersion des coûts est importante de 518 € à 641 € par journée d'hospitalisation en 2019.

¹⁵⁶ Rapport commun du Contrôle général économique et financier, de l'inspection générale des affaires sociales, de l'Inspection générale de l'éducation nationale et de l'Inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche, *Les unités d'enseignement dans les établissements médico-sociaux et de santé*, 2014.

¹⁵⁷ En hôpital de jour, la pertinence d'hospitalisations de longue durée incluant un enseignement assuré par des professionnels de l'Éducation nationale par rapport à d'autres modes de prise en charge par un établissement médico-social se pose, dès lors que l'hôpital de jour devrait être dévolu à des prises en charge intensives et limitées dans le temps.

¹⁵⁸ À titre d'exemple, le guide méthodologique d'élaboration et de suivi des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens en Île-de-France élaboré par l'ARS Île-de-France prévoit l'analyse de différents types d'engagements de la part de l'établissement : L'établissement peut-il contribuer à améliorer un parcours de santé ? L'établissement peut-il s'inscrire dans des projets de coopérations structurants ? L'établissement peut-il contribuer à développer les alternatives à l'hospitalisation complète ?

pratique, les durées d'hospitalisation ont été réduites pour accueillir de nouveaux patients. Si depuis 2016 cette durée est stabilisée, la concentration des séjours sur les enfants aux pathologies les plus sévères ne paraît plus permettre désormais de les réduire.

En revanche, pour une minorité de patients, des durées d'hospitalisation anormalement longues (supérieures à 272 jours d'hospitalisation) perdurent. Comme la Cour l'a déjà montré, en 2018 ce sont 295 enfants et adolescents qui ont été hospitalisés en séjours longs, correspondant à 15 % des journées d'hospitalisation, soit environ 352 lits occupés à cet effet.

**Une part trop grande des enfants accueillis à l'aide sociale à l'enfance (ASE)
parmi les enfants hospitalisés : des réponses à renforcer**

Les services rencontrés relèvent la très forte surreprésentation dans leur patientèle d'enfants relevant d'une mesure de l'aide sociale à l'enfance : alors même qu'ils ne représentent que 2 % des mineurs en France¹⁵⁹, ils constitueraient, selon les professionnels, jusqu'à la moitié des adolescents hospitalisés à temps complet en particulier pour des troubles du comportement et des syndromes dépressifs¹⁶⁰.

Ce constat a été établi par plusieurs études : parmi les adolescents mineurs hospitalisés dans les services de psychiatrie adulte, ceux pris en charge par l'ASE représentaient 55 %¹⁶¹ ;

- concernant les demandes d'hospitalisation à temps complet, en 2007, environ une sur quatre concernait des adolescents confiés par l'ASE¹⁶² ;
- une revue de la littérature internationale de 2013 a aussi rapporté qu'entre un quart et la moitié des adolescents se présentant aux urgences pour troubles psychiques étaient accompagnés par l'ASE ou par des dispositifs équivalents¹⁶³ ;
- une étude ancienne souligne en outre que 25 % des jeunes bénéficiant d'une mesure d'aide sociale à l'enfance sont reconnus handicapés à l'âge adulte du fait de troubles psychiques ou d'inadaptations sociales¹⁶⁴.

Une telle surreprésentation appelle des réponses ciblées, sur le modèle des six équipes mobiles pour enfants relevant d'une mesure d'aide sociale à l'enfance financées par les appels à projets pour la pédopsychiatrie, voire la création de lits d'urgence au sein de structures médico-sociales¹⁶⁵.

La diminution importante du nombre de lits comme l'importance relative des hospitalisations de longue durée pour des patients qui devraient être pris en charge en ESMS ont des conséquences directes sur la capacité de l'hôpital à assurer ses missions. Le taux

¹⁵⁹ Drees, Panorama, « L'aide et l'action sociales en France – édition 2019 ».

¹⁶⁰ Une ARS auditionnée souligne que ces taux seraient plus élevés dans les unités de pédopsychiatrie rattachées à des établissements psychiatriques que lorsqu'elles relèvent d'un établissement de santé pluridisciplinaire, du fait de l'effet « placement » induit par une hospitalisation en établissement psychiatrique.

¹⁶¹ L. Vitte et coll., Adolescents hospitalisés dans les services de psychiatrie adulte : une étude descriptive à la lumière des problématiques relevant de la protection de l'enfance, Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 2017.

¹⁶² Clémentine Rappaport, « Service d'hospitalisation temps plein et service de protection de l'enfance : demandes croisées. Étude comparative de deux populations d'adolescents, placés et vivant dans leur famille », *Perspectives psy*, 2007.

¹⁶³ C Chatagner et JP Raynaud, Adolescents et urgences pédopsychiatriques : revue de la littérature et réflexion clinique, Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 2013.

¹⁶⁴ Rapport soutenu par l'Observatoire national de l'enfance en danger, *Parcours des enfants admis avant l'âge de quatre ans à la pouponnière sociale du Foyer de l'Enfance de Maine-et-Loire entre 1994 et 2001. Étude portant sur 128 sujets*, septembre 2013.

¹⁶⁵ Le programme régional de santé de l'ARS Provence-Alpes-Côte-d'Azur prévoit la création d'un petit nombre de lits d'urgence dans un IME (2 lits pour les départements les plus importants) et l'organisation de l'appui d'une équipe mobile de l'inter-secteur de pédopsychiatrie.

d'occupation des lits d'hospitalisation à temps plein, de près de 100 % en moyenne sur la période 2016-2021, ne permet pas d'accueillir tous les patients qui en aurait besoin et implique des délais d'admission longs. L'ensemble des établissements visités confirment ces éléments.

Dans ce contexte, les demandes des jeunes de plus de 16 ans sont fréquemment orientées vers les services adultes, ce qui pourrait constituer un second type d'indicateur sur la pertinence des prises en charge. Jusqu'à un décret du 28 septembre 2002, la psychiatrie générale pouvait accompagner les patients à partir de 16 ans : ils étaient en 2021 encore 1 225 jeunes de moins de 16 ans et 3 775 de 16 et 17 ans à y avoir séjourné¹⁶⁶. Au sein du service d'accueil d'urgences psychiatriques d'un établissement parisien, c'est près de 86 % des jeunes entre 15 et 18 ans ont été hospitalisés en service adulte entre 2019 et 2021¹⁶⁷. Cela les expose pourtant à un risque traumatogène majeur¹⁶⁸, en raison de l'inadéquation entre l'environnement psychiatrique adulte et les situations cliniques rencontrés par les enfants et les adolescents¹⁶⁹, et soulève des questions d'ordre juridique¹⁷⁰. Dès 1992, une circulaire¹⁷¹ recommandait la création d'unités spécifiques d'hospitalisation psychiatrique d'urgence pour adolescents ainsi que d'unités de soins permettant des temps d'hospitalisation plus longs. Désormais, l'article R. 6123-175 du code de la santé publique prévoit que la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent s'étend de la naissance à l'âge de 18 ans, tout en autorisant à titre exceptionnel des hospitalisations en service adulte.

Enfin, le sujet de la continuité des suivis après les hospitalisations constitue un indicateur de prévention des réhospitalisations : en 2021, près de 74 % des jeunes hospitalisés à temps plein viennent de leur domicile et 69 % y retournent, sans qu'il soit possible de savoir si un suivi ambulatoire est effectivement mis en place.

b) Un déséquilibre des prises en charge entre les établissements publics et privés

L'hôpital public assume l'essentiel des prises en charge des troubles psychiques infanto-juvéniles. En 2021, les établissements privés à but lucratif ont assuré environ 205 000 journées d'hospitalisation à temps plein pour des enfants et adolescents, soit 22 % de l'ensemble des journées d'hospitalisation pour ce public¹⁷². Cette situation est due en grande partie au régime des autorisations, qui jusqu'à présent ne leur permettait pas de proposer une offre ambulatoire¹⁷³.

¹⁶⁶ Ces situations s'observent largement dans les départements les plus ruraux. Dans certains de ceux-ci, toutes les hospitalisations d'adolescents en psychiatrie se font en secteur général.

¹⁶⁷ Valérie Dao, David Barruel, Valérie Dauriac-Le Masson, Jérôme Silva, Raphael Gourevitch, Alexandra Pham-Scottez, *Les adolescents aux urgences psychiatriques : motifs de consultation, diagnostic, et orientation*, soumis à Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence.

¹⁶⁸ La circulaire du 13 septembre 1961 concernant l'hospitalisation des enfants de moins de 16 ans à l'hôpital psychiatrique souligne qu'« en aucun cas », les jeunes de 16 ans et plus continuent d'être accueillis dans les unités pour adultes de façon régulière.

¹⁶⁹ J. Guidi et coll., « Étude rétrospective concernant les mineurs hospitalisés en psychiatrie adulte », *L'information psychiatrique*, 2018.

¹⁷⁰ Les adolescents hospitalisés en service adulte sont considérés comme en soins libres puisque réalisés avec l'accord des parents ou des titulaires de l'autorité parentale. Dans ce contexte, le juge des libertés et de la détention n'est, contrairement aux adultes, pas amené à intervenir.

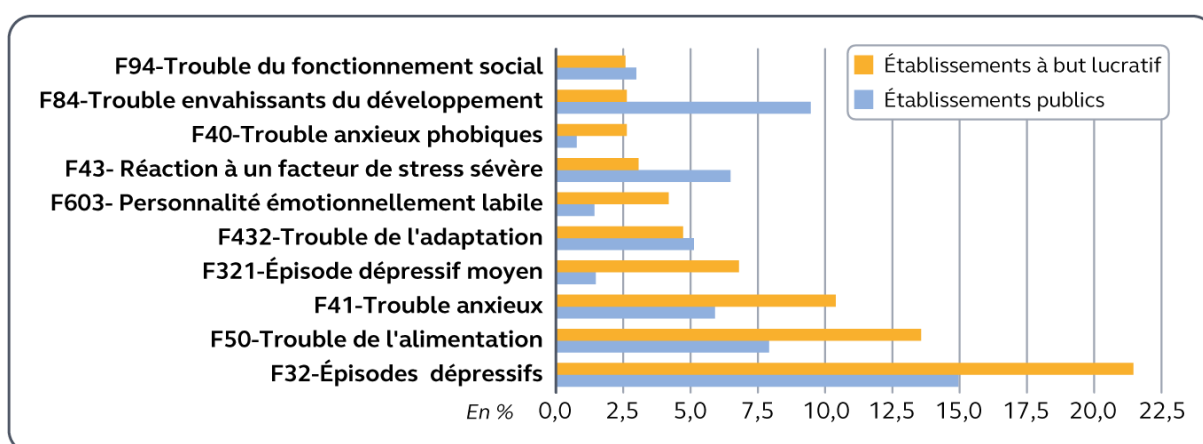
¹⁷¹ Circulaire n° 70 du 11 décembre 1992 relative aux orientations de la politique de santé mentale en faveur des enfants et adolescents.

¹⁷² Données Scansanté.

¹⁷³ Dans la mesure où les consultations libérales effectuées au sein des cliniques par les psychiatres ne s'apparentent pas complètement à une activité ambulatoire. L'ordonnance n° 2021-583 du 12 mai 2021 portant modification du régime des autorisations d'activités de soins et des équipements matériels lourds, prise en application de l'article 36 de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation

Les troubles des enfants et jeunes hospitalisés au sein des établissements privés sont sensiblement différents de ceux des hôpitaux publics : ils présentent essentiellement des troubles « affectifs » (épisodes dépressifs sans manifestation psychotique), des troubles de l'alimentation et des troubles anxieux. Or, si ces troubles sont également présents parmi les patients des établissements publics, ceux-ci reçoivent en plus grand nombre des troubles plus sévères (troubles envahissants du développement, troubles mixtes des conduites et troubles émotionnels).

Graphique n° 3 : répartition des journées d'hospitalisation à temps plein par troubles en 2021



Source : données du RIM-P, retraitement Cour des comptes. Seuls les dix troubles les plus représentés dans les établissements à but lucratif sont présentés dans le graphique

L'analyse des effectifs d'un établissement privé confirme cette orientation : alors que dans les établissements publics le taux d'encadrement dans une unité d'adolescents est de 1,5 ETP par lit, il n'est que de 0,7 ETP par lit dans le privé¹⁷⁴. Pourtant, les durées d'hospitalisation y sont comparativement plus élevées : 50 jours par an en moyenne dans le privé contre 28 jours dans les établissements publics.

L'absence de contrôle effectif de la compensation de service public pour les établissements privés

En 2019, selon la Drees¹⁷⁵, les établissements privés à but lucratif du secteur psychiatrique ont un taux de rentabilité¹⁷⁶ de 7,6 % du chiffre d'affaires. Ce taux est plus de cinq fois supérieur au taux moyen de rentabilité des cliniques privées de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO). Il demeure à un montant élevé en 2020, soit 7 % (données provisoires).

Or, les dépenses d'assurance maladie affectées aux cliniques privées compensent une mission dite « d'intérêt économique général » au sens du droit de l'Union européenne : elles doivent à ce titre respecter certains critères pour éviter la qualification d'aides d'État, en particulier le contrôle régulier de leur niveau, qui peut permettre un bénéfice raisonnable sans atteindre une surcompensation.

du système de santé, crée un régime d'autorisation de l'activité de psychiatrie, qui se substitue au régime de désignation des établissements habilités à prodiguer des soins sans consentement.

¹⁷⁴ Les unités d'hospitalisation pour enfants de 8-15 ans sont légèrement en dessous de la moyenne à 1,3 ETP/lit.

¹⁷⁵ Drees, *La situation économique et financière des établissements de santé en 2020*, Les dossiers de la Drees, n° 100, juillet 2022.

¹⁷⁶ À partir de 2022 la Drees fait référence au résultat net rapporté aux recettes.

Plusieurs éléments posent problème dans le respect de ces critères :

- le ministère chargé de la santé n'a pas publié le décret prévu par l'article 111 de la loi du 26 janvier 2016 qui doit fixer les critères permettant aux ARS de contrôler l'absence de surcompensation ;
- l'étude nationale de coût menée par l'Atih n'est complétée que par un nombre restreint et peu représentatif d'établissements (cinq en 2019, aucun en 2018), qui ne permet pas de vérifier que les tarifs fixés aux établissements privés ne conduisent pas à une surcompensation¹⁷⁷ ;
- tous les établissements privés ne transmettent pas annuellement leurs budgets aux ARS, comme la Cour l'a déjà constaté¹⁷⁸. Ces transmissions n'ont lieu qu'en cas de contrôle des ARS, qui n'ont pas systématiquement lieu au cours du CPOM.

Le cadre actuel de contrôle ne permet donc pas d'assurer l'effectivité des obligations communautaires en matière d'aides d'État.

Le décret du 28 septembre 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de psychiatrie ouvre l'attribution des autorisations par filière, notamment en pédopsychiatrie, incluant toutes les composantes de l'offre : urgences, prises en charge ambulatoires et hospitalisations. Cette ouverture pourra conduire à mieux impliquer les établissements privés dans la réponse aux besoins de santé mentale :

- dans le contexte de pénurie médicale de pédopsychiatres, en engageant une réflexion sur leur participation à l'activité de soins d'urgence, conformément à l'article R. 6123-32-9 du code de la santé publique ;
- dans le cadre des CPOM, en prévoyant la fixation d'objectifs quantitatifs sur la diminution des durées moyennes d'hospitalisation. La diminution de celle-ci au niveau des durées des établissements publics permettrait une économie de 57 M€ environ¹⁷⁹.

¹⁷⁷ En ce sens le rapport 2018-2019 de la France sur les services d'intérêt économique général, qui souligne que « la méthode de fixation des tarifs permet d'éviter toute surcompensation car elle est basée sur l'analyse des coûts (...). L'étude nationale des coûts (ENC) à méthodologie commune permet en principe de s'assurer de l'absence de surcompensation », ne précise pas que celle-ci porte essentiellement sur les établissements publics, dont la structure de coût est sensiblement différente des établissements privés.

¹⁷⁸ La Cour constatait lors de son référé du 26 mars 2019 « Constats issus des premiers contrôles des cliniques privées » que seules les agences de Normandie, de Bretagne et des Pays de la Loire suivaient la bonne production des comptes des établissements privés.

¹⁷⁹ Selon l'enquête Merlin de l'Atih 2020 sur les prix de journée fixés aux établissements de santé privés à but lucratifs par les ARS, le coût d'une journée d'hospitalisation complète de nuit en établissement privé pourrait être estimé à environ 640 €, multipliés par 89 376 journées non réalisées si la durée d'hospitalisation moyenne des patients était de 28 jours.

II - Des réponses de proximité pour garantir une prise en charge adaptée

A - Structurer une offre de première ligne offrant un accueil et une première évaluation aux patients et à leur famille

1 - Former les professionnels de premier recours à accompagner la souffrance psychique des jeunes et des adolescents

Pour les médecins généralistes ou les pédiatres, il conviendrait, comme la Cour l'a recommandé récemment¹⁸⁰, de développer le dispositif de médecin traitant de l'enfant, mis en place en 2016, mais qui ne concerne actuellement qu'un enfant sur deux. En tant que membre d'un réseau spécialisé et coordonné, ce médecin pourrait faciliter l'entrée de l'enfant dans le parcours de soins et lui garantir un suivi de long terme. Dans cette perspective, leur formation doit être renforcée.

En ce qui concerne les médecins généralistes, étant donné qu'ils n'ont pas d'obligation de réaliser de stage en psychiatrie ni en psychiatrie infanto-juvénile durant leur internat (3^e cycle des études médicales), une formation complémentaire continue en ce qui concerne la psychopathologie devrait être envisagée.

S'agissant des pédiatres, il serait pertinent de prévoir une formation complémentaire au développement psychique de l'enfant. La maquette actuelle de l'internat de pédiatrie n'inclut pas de semestre en pédopsychiatrie : pour ces spécialistes de l'enfant, une réflexion pourrait être menée sur ce point afin d'envisager de consacrer l'un des dix semestres actuels à la pédopsychiatrie.

2 - Améliorer la coordination des acteurs de la santé mentale des enfants et des adolescents par un portage unifié : « la maison de l'enfant et de l'adolescent »

L'accueil et l'orientation des enfants et des adolescents dans le parcours de soins psychiques méritent d'être rationalisés et simplifiés, non seulement pour en faciliter l'accès mais également pour améliorer la coordination des acteurs entre eux et fluidifier ainsi la gradation des soins.

À cet égard, la mesure 13, issue des assises de la santé mentale qui se sont tenues en septembre 2021, s'inscrit dans une perspective utile puisqu'elle a pour objectif de « Faire émerger un acteur en charge de la coordination de la santé des 3-11 ans ». Est prévue la création de « maisons des enfants », chargées de la sensibilisation et de la coordination des acteurs de la santé mentale et physique ainsi que de l'accueil et l'orientation des enfants et de leurs familles, dans une approche globale. Six mois après l'annonce de cette mesure, l'article 33 de la loi du 7 février 2022 relative à la protection des enfants a lancé une expérimentation pour trois ans, dans les départements volontaires, de « maisons de l'enfant et de la famille » visant à améliorer la prise en charge des enfants et des jeunes et à assurer une meilleure coordination des professionnels de

¹⁸⁰ Voir rapport Cour des comptes sur la santé des enfants, 2021, op.cit.

santé exerçant auprès d'eux. Prévue pour 24 mois d'inclusion (entre 2023 et 2025), elle est aujourd'hui pilotée par la direction générale de la santé (DGS). Elle sera conduite dans quatre régions : en Nouvelle-Aquitaine, en Auvergne-Rhône-Alpes, en Corse et en Normandie, au sein de structures déjà existantes. Le cahier des charges est en cours d'élaboration. L'ouverture de ces quatre structures devrait intervenir au 3^e trimestre 2023, une évaluation finale est prévue début 2026. Cette évaluation externe documentera l'acceptabilité, la faisabilité et la pertinence des missions, au regard des résultats et de la soutenabilité à long terme.

Une telle structure présente un intérêt réel et vérifié par de nombreux rapports¹⁸¹, mais il manque à son champ de compétence les jeunes entre 11 et 18 ans, pleinement concernés par les carences de l'offre de soins. À terme, pour assurer la continuité de la prise en charge, la maison des enfants et de la famille pourrait concerner aussi l'ensemble des jeunes de 0 à 18 ans, et s'inscrire dans une perspective d'intégration renforcée avec les dispositifs existants : les maisons des adolescents, les CMPP (voir annexe n° 12), les centres d'action médico-sociale précoce et les services de PMI (sur volontariat des départements).

Elle pourrait s'appeler la « maison de l'enfance et de l'adolescence », structure intégrée sous forme de « guichet unique ». Elle serait l'un des points d'entrée dans le parcours de soins et orienterait si nécessaire vers le CMP-IJ, dont l'intervention serait plus spécialisée, pour la prise en charge des troubles psychiques modérés à sévères. Les familles pourraient alors contacter directement ces maisons de l'enfance et de l'adolescence, qui mettraient en place, par exemple, un numéro d'appel centralisé¹⁸², une plateforme numérique unique et un service de régulation des demandes.

Elle permettrait à moyen terme d'associer les professionnels de premier recours, médecins et psychologues libéraux (équipe de soins primaires organisée comme les actuelles maisons de santé regroupant des professionnels libéraux) et des professionnels de structures spécialisées. Le regroupement de ces structures améliorerait la coordination de l'offre de soins, l'accès à ces derniers et l'efficacité globale du système de soins psychiques infanto-juvéniles. Elle jouerait aussi un rôle de mise en réseau de l'ensemble des structures existantes, à l'instar de l'esprit des réseaux belges¹⁸³.

En lien avec les maisons des adolescents existantes, ce regroupement permettrait de mieux coordonner les interventions auprès des enfants et des jeunes. Un cahier des charges déterminant leurs actions en matière de prévention, d'information, d'orientation et de prise en charge préciserait l'identification précise des structures éligibles. Une intégration progressive des différents dispositifs, incluant ainsi l'accueil des adolescents, apporterait un niveau de cohérence supplémentaire au parcours de soins et à sa coordination, car des maisons de l'adolescent existent déjà dans la plupart des départements et elles pourraient participer aux structures support de ces nouveaux dispositifs.

¹⁸¹ Par exemple : Stéphanie Rist et Marie-Sophie Barthet-Derrien, *Rapport au Premier ministre relatif au parcours de coordination renforcée santé-accueil-éducation des enfants de zéro à six ans*, mars 2019.

¹⁸² Quelques CMP ont mis en place ce type de service : au CH Le Vinatier, c'est une ligne d'appel téléphonique pour les patients qui effectue une première évaluation et réoriente une partie des demandes vers les professionnels libéraux.

¹⁸³ Cf. annexe n° 3 : les réseaux belges et leur rôle dans la coordination de l'accès aux soins.

Les maisons des adolescents (MDA) : un dispositif utile de premier accueil généraliste

Les MDA sont des dispositifs accueillant des jeunes de 11 à 21 ans, voire 25 ans pour certains d'entre eux, et leurs parents ou proches. Elles ont été créées par une instruction ministérielle de janvier 2005, modifiée par celle du 28 novembre 2016 et assurent un accueil généraliste en continu et ouvert à tous les jeunes, par des professionnels des domaines sanitaire, médico-social, social, éducatif ou judiciaire. Les professionnels intervenant dans les MDA sont des pédopsychiatres, infirmiers, psychologues, éducateurs, assistants de service social. Elles jouent un rôle utile en ce qu'elles participent, par ce premier accueil pluridisciplinaire (écoute et évaluation) et la mise en réseau des acteurs éducatifs et sociaux, au désengorgement des CMP-IJ¹⁸⁴.

Au nombre de 118 en 2022, réparties sur l'ensemble du territoire, les MDA sont de petite taille avec environ 6,5 ETP¹⁸⁵ par structure. Selon une enquête de l'association nationale des MDA, celles-ci ont accueilli en 2020 environ 85 000 jeunes, dont 70 % de nouveaux patients, confirmant ainsi l'importance centrale de la mission d'accueil-orientation. Chaque MDA accompagne en moyenne 750 adolescents par an. L'instruction précitée mentionne que les professionnels suivants devront être présents au sein de chaque MDA : médecin pédopsychiatre ou psychiatre, pédiatre ou médecin généraliste, psychologue, infirmier.

Les MDA sont principalement financées par les crédits du fond d'intervention régional (FIR), à hauteur de 32 M€ en 2021. Inégalement dotées, comme l'indiquait déjà un rapport de l'Igas¹⁸⁶, elles devaient être renforcées dans le cadre de la mise en œuvre d'une mesure issue des assises de la santé mentale en 2021, qui prévoit une dotation de plus de 5 M€ pour 2022. Il a été constaté, début 2023, que 5 M€ avaient été délégués en 2022 aux ARS, via le FIR, pour renforcer les maisons des adolescents, et ce sur la base d'un forfait indicatif proposé pour l'ouverture de nouvelles structures dans les départements qui n'étaient pas encore couverts fin 2021 : Aisne, Ardèche, Aveyron, Guadeloupe, Lozère, Martinique, Oise, Vienne. Pour 2023, 5,5 M€ de crédits supplémentaires sont prévus. Sur les quatre territoires expérimentateurs des maisons de l'enfance et des familles, seul un sera porté par une MDA.

B - Des dispositifs préventifs à généraliser

1 - Des équipes avancées de pédopsychiatrie aux urgences : l'intérêt des équipes de liaison

Les établissements de santé autorisés pour l'activité de soins de médecine d'urgence doivent organiser la prise en charge des soins psychiatriques d'urgence, en lien avec un établissement psychiatrique s'ils ne sont pas eux-mêmes autorisés en psychiatrie. Ce dispositif hospitalo-centré fait peu de place aux prises en charge alternatives : en ambulatoire comme en ville, aucune organisation n'est mise en place pour prévenir le recours aux services d'urgences, notamment les nuits et les weekends. Dans une étude de l'ARS Rhône-Alpes par exemple, il est relevé que les CMP-IJ ne proposent dans la majorité des cas qu'un message sur leur répondeur qui renvoie aux services des urgences pédiatriques ou générales ou au service d'hospitalisation à temps complet¹⁸⁷.

¹⁸⁴ Igas, *Évaluation de la mise en place du dispositif « La maison des adolescents »*, octobre 2013.

¹⁸⁵ Valeur médiane, avec au total environ 930 ETP dans l'ensemble des MDA. En termes d'effectifs, l'Igas préconise une base minimale d'un ETP de médecin, un ETP de psychologue, 0,5 ETP d'infirmier, 0,5 ETP d'éducateur et 0,5 ETP de secrétariat.

¹⁸⁶ Rapport précité de l'Igas,.

¹⁸⁷ Dans cette étude 68 % des CMP proposaient un message renvoyant au service d'accueil d'urgence et 67 % à un numéro du service d'hospitalisation psychiatrique du secteur.

Pour prévenir les hospitalisations en pédiatrie après un passage aux urgences, certains secteurs ont développé des équipes dites « de liaison », composées de professionnels de pédopsychiatrie¹⁸⁸, présentes directement au sein des services d'urgences générales ou pédiatriques. Contrairement aux équipes mobiles, elles n'ont en principe pas vocation à se déplacer au domicile des patients¹⁸⁹. Environ 4 % des crédits du fonds d'innovation organisationnelle en psychiatrie (FIOP) ont été consacrés à cet objectif (voir chapitre III).

Ce recours précoce à une consultation pédopsychiatrique dès les urgences a des conséquences positives sur le parcours de soins : au CH Guillaume Regnier, grâce à cette équipe, seuls 6,4 % des patients (contre un quart pour les jeunes de moins de 18 ans sur le reste du territoire) sont ensuite orientés en service de pédiatrie. Si on rapportait cette diminution à l'ensemble des hospitalisations actuelles en pédiatrie après un passage aux urgences, cela représenterait une économie d'environ 32 M€ : le prochain appel à projet du FIOP pourrait donc viser la généralisation de ces équipes de liaison dans l'ensemble des services d'urgences pédiatriques. Si aucun décompte exhaustif des équipes déjà présentes ne permet de connaître précisément leur implantation actuelle, une mise en place auprès de la moitié des services d'urgences pédiatriques représenterait une dépense d'environ 12 M€ par an.

Dans certains secteurs, des équipes mobiles dites de crise, notamment pour adolescents, se déplacent au domicile du patient pour répondre dans un délai court à une situation d'urgence et éviter un passage en hospitalisation psychiatrique. Enfin d'autres dispositifs plus limités, tels que les « lits portes » (lits de pédopsychiatrie en service d'urgences) voire des unités de crise (pour des séjours de 72 heures maximum) ont été créés, *via* notamment le FIOP, lorsque le nombre de patients concernés était suffisant. Leur dénombrement n'existe pas à l'heure actuelle¹⁹⁰, mais la mise en place dans chaque territoire de référence d'une réponse de prévention amont des crises serait utile, après avoir mis en place un cahier des charges en lien avec le Conseil national professionnel de psychiatrie¹⁹¹ et la DGOS.

2 - Réinvestir dans des interventions au plus près du patient : les équipes mobiles

Plusieurs ARS ont fait de la création d'équipes mobiles une priorité régionale dans le déploiement des appels à projet en pédopsychiatrie. Celles-ci vont à la rencontre du jeune et de sa famille, à domicile, avec des missions d'évaluation, de soutien, de coordination et d'accompagnement vers le soin. Dans les établissements visités, des équipes mobiles ont été développées à partir des CMP-IJ¹⁹² évitant ainsi les hospitalisations ou accompagnant des patients refusant le soin. Un des objectifs, souligné par une étude de l'ORS Nouvelle-Aquitaine, est de permettre aux patients de pouvoir rejoindre l'offre de soins classique, de sortir de leur isolement et, pour certains, de travailler grâce à un accompagnement de la scolarisation.

¹⁸⁸ En 2000, dernière année disponible, la Drees soulignait que 80 % des secteurs infanto-juvéniles disposaient d'une activité de liaison. Dans les établissements visités, ces équipes sont plus fréquemment développées à partir des services d'hospitalisation que des CMP. Elles se résument le plus souvent à un pédopsychiatre et un ou deux infirmiers, parfois intervenant seuls avec le soutien du psychiatre d'astreinte du service de pédopsychiatrie. Les horaires de consultations se déroulent en journée en semaine, plus rarement le week-end.

¹⁸⁹ Au CH Guillaume Regnier, l'équipe de liaison peut être amenée à effectuer des consultations au domicile des patients : après un premier entretien aux urgences avec le patient, celui-ci est revu en consultation à son domicile, en CMP ou hôpital de jour.

¹⁹⁰ En 2000, seulement 2 % des secteurs infanto-juvéniles disposaient d'un centre de crise selon la Drees.

¹⁹¹ Le CNP psychiatrie est un conseil regroupant des associations scientifiques et les sociétés savantes, le Collège National Universitaire en Psychiatrie et des représentants les syndicats représentatifs des praticiens de la psychiatrie publique et d'exercice libéral.

¹⁹² Un établissement visité a ainsi pris le parti de diminuer son offre d'hospitalisation complète de semaine au profit d'un redéploiement des équipes sous forme d'équipes mobiles spécialisées intervenant notamment le weekend sur le lieu de vie des enfants.

L'ancrage de ces équipes mobiles dans un réseau de proximité paraît essentiel à leur réussite : par exemple, dans un établissement visité, environ 74 % des saisines sont issues de professionnels de l'Éducation nationale, notamment grâce à des réunions régulières avec ceux-ci ; dans un autre, près de 56 % des suivis par l'équipe mobile permettent de répondre au besoin des patients et seuls 1,5 % des suivis ont conduit à une hospitalisation¹⁹³. Ces dispositifs peuvent également intervenir en amont et permettre d'éviter un recours au CMP : par exemple, au sein d'une équipe mobile du Loiret en 2020, 73 % des situations de crise ont été résolues par le travail de l'équipe et n'ont pas donné suite à une prise en charge en CMP-IJ¹⁹⁴.

Leur généralisation progressive pourrait permettre de compléter l'offre actuelle et d'améliorer le suivi des patients : la création d'une équipe mobile par département, sur la base des financements déjà accordés par les ARS¹⁹⁵, représenterait une dépense d'environ 11 M€, mais permettrait aussi d'éviter des dépenses. La formalisation d'un cahier des charges national, à partir des travaux déjà menés par certaines ARS et de l'expérience de centres hospitaliers de référence, pourrait permettre de les positionner clairement et de fixer des objectifs quantitatifs d'interventions avant d'en lancer le déploiement.

C - Retrouver un second niveau de soins spécialisés sur les troubles les plus sévères

Le renforcement des acteurs de première ligne permettrait, à terme, de désengorger les CMP-IJ et de les positionner sur une activité de soins de centre spécialisé, d'appui aux professionnels de ville et de coordination de parcours. Actuellement, les CMP-IJ sont saturés par leur activité d'accueil et d'évaluation. Le CMP-IJ pourrait donc intervenir en seconde intention, après intervention des maisons de l'enfant et de l'adolescent ou même après celle des professionnels libéraux de première ligne (généralistes et pédiatres mieux formés à la psychopathologie infanto-juvénile).

Un tel recentrage de l'activité des CMP-IJ leur permettrait de prendre en charge des pathologies modérées à sévères plus diversifiées, couvrant le champ de la périnatalité, ainsi que certains besoins spécifiques en matière de troubles du spectre de l'autisme et du neurodéveloppement¹⁹⁶ ou encore les troubles de l'adolescence. En aval de l'hôpital, les CMP seraient particulièrement mobilisés sur le suivi individualisé des patients, en particulier à leur sortie d'hospitalisation à temps plein ou en hôpital de jour, pour veiller à la continuité des soins. Cette mission recentrée pourrait permettre une diminution importante des délais et un suivi de d'environ 13 000 nouveaux patients aux besoins plus importants (pour un acte par semaine hors vacances scolaires)¹⁹⁷.

¹⁹³ Corlay, Guignard, Kermarrec, Moguen, Péroux, Trodjan, *Intérêt de l'évaluation et du dispositif de suivi par téléphone, À la rencontre des jeunes en souffrance, L'expérience d'une équipe mobile pluri professionnelle*, 2014.

¹⁹⁴ Des travaux, non renouvelés depuis, soulignent des résultats thérapeutiques équivalents de l'intervention d'une équipe mobile d'urgence et de crise à un traitement hospitalier mais a contrario une forte augmentation de la satisfaction des patients. Joy, C.B., Adams, C.E. & RICE K. (2006), *Crisis intervention for people with severe mental illness*, Cochrane Database of systematic review, 18(4).

¹⁹⁵ En Nouvelle-Aquitaine, le financement socle des équipes mobiles est de 110 000 € par équipe soit 1 ETP d'infirmier et 1 ETP de psychologue.

¹⁹⁶ Une étude de cohorte, non actualisée, sur le parcours des jeunes souffrant de troubles du spectre de l'autisme soulignait que les enfants présentant les troubles les plus sévères étaient également ceux dont les prises en charge étaient les plus partielles. Jean-Pierre Thévenot, Alain Philippe, Françoise Casadebaig, *Accès aux institutions des enfants et adolescents avec autisme et troubles apparentés : Une étude de cohorte en Île-de-France de 2002 à 2007*, 2008.

¹⁹⁷ Les monoconsultations et consultations jusqu'à 6 actes représentent en tout en 2019 (source RIM-P) 466 491 milliers d'actes d'entretien ou de réunion de groupe. Dans l'hypothèse où des patients aux troubles plus intenses nécessiteraient au moins un acte par semaine pour 36 semaines ouvrables (hors vacances scolaires) par an, cela équivaldrait à environ 13 000 patients qui pourraient potentiellement en bénéficier.

Pour répondre aux besoins de soutien des professionnels, notamment de premier recours (généralistes, pédiatres, psychologue), comme aux partenaires de proximité (éducation nationale, établissements sociaux et médico-sociaux etc.), les CMP-IJ pourraient assumer un rôle d'expertise en pédopsychiatrie. Ce dernier pourrait prendre la forme d'une réponse téléphonique ou numérique aux demandes des professionnels de première ligne, simple d'accès et réactive¹⁹⁸. Ainsi repositionnés, ils pourraient également développer des actions de formation continue pour les professionnels libéraux, en lien avec les autres professionnels des services intra-hospitaliers des établissements publics.

Le repositionnement progressif des CMP-IJ en centres spécialisés de second niveau serait également l'occasion de définir une stratégie immobilière pour remédier à la vétusté des locaux. Une réflexion sur le regroupement des structures et des équipes dans des lieux adaptés et plus modernes pourrait être lancée. Ces évolutions sont déjà mises en œuvre dans plusieurs territoires, comme la région lyonnaise, où le Centre hospitalier Le Vinatier conduit un projet de regroupement des CMP-IJ en structures de taille plus importante, mieux dotées sur le plan matériel et disposant d'une équipe plus importante, aux compétences¹⁹⁹ diversifiées : le minimum requis pour assurer un parcours de soins cohérent serait que chaque CMP-IJ puisse être placé sous la responsabilité effective d'un pédopsychiatre, au moins à temps partiel.

Tant que ce mouvement n'est pas pleinement réalisé et en particulier dans les zones sous-dotées en professionnels de première ligne, les CMP devront néanmoins poursuivre une mission d'accueil-évaluation et disposer de moyens suffisants pour les assurer. Ainsi, le ministère chargé de la santé a décidé d'augmenter de 8 M€ par an pendant 3 ans (2022 à 2024) les moyens des CMP-IJ, afin de faciliter les premiers rendez-vous assurés par un personnel non médical et ainsi réduire les délais d'attente. Cette mesure 16 des Assises de la santé mentale, visant à créer 400 ETP non-médicaux dans les CMP-IJ d'ici à 2024, devrait prioritairement concerner les zones sous-dotées en professionnels de première ligne. Sa mise en œuvre ne doit plus tarder.

D - Mieux répondre aux besoins des jeunes patients hospitalisés

Le décret du 28 septembre 2022 précise que les prises en charge pédopsychiatriques concernent les enfants et jeunes jusqu'à 18 ans. Eu égard aux taux d'occupation élevés des services d'hospitalisation à temps plein de pédopsychiatrie (en moyenne de 98 % sur la période 2016-2020), ceux-ci ne seront pas en mesure d'accueillir ces nouveaux patients : pour cela il faudrait créer environ 360 lits²⁰⁰.

Pour atteindre cet objectif, une partie des lits de services adultes accueillant actuellement les jeunes de 16-25 ans pourrait être requalifiée, pour relever dorénavant de services de pédopsychiatrie : cela représenterait un coût global d'environ 23 M€ par an²⁰¹.

¹⁹⁸ D'ores et déjà, certains secteurs ont ainsi mis en place une ligne d'appel unique destinée non seulement aux familles mais aussi aux professionnels, permettant aux heures de journée de disposer d'une réponse d'orientation ou de conseil.

¹⁹⁹ En psychiatrie, où plus de 80 % des dépenses relèvent de la masse salariale, le plateau technique renvoie au niveau et à la composition des effectifs du service.

²⁰⁰ Sur la base du nombre de journées d'hospitalisation des mineurs en secteur adulte pour l'année 2021 (données PMSI).

²⁰¹ D'ores et déjà, l'appel à projet sur la pédopsychiatrie a prévu la création de quatre unités de crise et cinq d'hospitalisation à temps complet pour les adolescents. Le coût moyen d'un lit dans une unité adolescents, telles que financées par les appels à projets en pédopsychiatrie est d'environ 128 000 € annuels (soit 640 000 € pour une unité de cinq lits). En cas de redéploiement de lits de services adultes vers des services de pédopsychiatrie, le taux d'encadrement en unités « ados » étant supérieur à celui des unités pour adultes, cela implique un surcoût.

L'orientation plus adaptée vers des ESMS, que ce soit pour certaines hospitalisations de longue durée comme pour des jeunes relevant de l'aide sociale à l'enfance, permettrait de façon concomitante de résoudre les difficultés d'admission en hospitalisation complète. Seule une incitation forte des ARS envers les directeurs d'ESMS et, en fonction des besoins par territoire, la création de places en ESMS, peuvent néanmoins permettre d'assurer l'orientation effective de ces patients.

L'expérience des unités spécialisées pour les jeunes de 16 à 25 ans

En 2020, seules 13 unités accueillant les jeunes de 16 ans à 25 ans²⁰² existaient, la moitié des régions métropolitaines n'en bénéficiant pas. Plusieurs rapports et études soulignent pourtant l'intérêt de ce type de services, tant pour éviter les hospitalisations de jeunes adultes avec des patients plus âgés présentant des troubles chroniques²⁰³ que pour développer un accompagnement spécialisé sur cette tranche d'âge²⁰⁴ : selon une large méta-analyse publiée en 2022²⁰⁵, deux tiers des troubles psychiques surviennent avant l'âge de 25 ans, confirmant des travaux français²⁰⁶.

Le taux d'encadrement de ces unités, plus élevé que celui des services adultes, permet de prodiguer des traitements adaptés²⁰⁷. Le déploiement d'unités dédiées de 16 à 25 ans dans les régions n'en disposant pas, par extension des services « adolescents » existants en pédopsychiatrie et redéploiement de lits de services adultes, pourrait également être envisagé²⁰⁸.

L'évolution du nombre de lits de pédopsychiatrie pour accueillir les jeunes de 16 à 18 ans aurait des conséquences positives sur leur prise en charge : selon une autre étude française²⁰⁹ les adolescents suivis en psychiatrie infanto-juvénile reçoivent moins de traitements médicamenteux (23,8 % contre 39,7 % en service adulte) et bénéficient plus souvent d'une thérapie (28,6 % contre 13 %) que ceux suivis en psychiatrie adulte.

²⁰² Dr J. Brunner, *Thèse sur la prise en charge psychiatrique des jeunes adultes dans le secteur public Français : focus sur les unités d'hospitalisation spécifiques*, F2RSM. 2020. Les unités existaient dans les régions Ile-de-France, Hauts-de-France, Bretagne, Pays de la Loire, Nouvelle-Aquitaine, Occitanie, Auvergne-Rhône-Alpes.

²⁰³ Igas, *Analyse d'accidents en psychiatrie et propositions pour les éviter*, RM 2011-071P, mai 2011.

²⁰⁴ Société canadienne de pédiatrie, *La question des soins aux adolescents hospitalisés*, Document de principes, AH 2008-02, janvier 2008.

²⁰⁵ M. Solmi, « Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies », *Mol Psychiatry*, 2022.

²⁰⁶ Krebs M-O. *Les états mentaux à risque des 15/25 ans et leur environnement*. L'Encéphale. 2009. Selon la thèse du Dr Brunner précitée « les troubles schizophréniques débuteraient pour 80 % des cas entre 15 et 25 ans avec une prévalence estimée à 1 % de la population générale et une incidence de 100 000 cas par an en France. L'âge de début des troubles paniques se situerait entre 20 et 30 ans et 65 % des patients adultes présentant des TOC décriraient l'apparition des symptômes avant 25 ans. Entre 84 et 87 % des anorexies mentales débuteraient entre 15 et 25 ans ».

²⁰⁷ A l'Institut mutualiste Montsouris, les traitements de l'unité 16-25 ans incluent par exemple de la médiation corporelle et culturelle.

²⁰⁸ Une extension pour chaque région n'en disposant pas d'une unité de pédopsychiatrie prenant déjà en charge des adolescents (extension d'une capacité de 5 lits) impliquerait un coût annuel d'environ 3,8 M€ ou, en cas de redéploiement de lits de services adultes, 1,9 M€.

²⁰⁹ Sabbah Lim I, Garnier B, Dauriac-Le Masson V, Fortias M, Contejean Y, « Caractéristiques d'une population adolescente en fonction de son lieu de consultation : comparaison entre un service de psychiatrie adulte et un service de psychiatrie infanto-juvénile ». *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 2013, 61(1) :1-7.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Plus de 60 ans après la mise en place des secteurs de pédopsychiatrie, le parcours de soins des enfants et jeunes souffrant de troubles psychiques reste peu lisible et confronté à de multiples acteurs, la famille restant encore trop souvent en charge de la coordination des interventions.

Les professionnels libéraux de proximité jouent imparfaitement leur rôle d'évaluation des troubles et d'orientation en cas de besoin vers une prise en charge spécialisée. L'activité des centres médico-psychologiques, qui assurent à la fois ces missions d'accueil et d'évaluation ainsi que celles de suivi spécialisé, est saturée et ne leur permet pas de répondre dans des délais courts aux besoins des enfants souffrant de troubles les plus importants. Faute d'une permanence des soins psychiques élargie aux acteurs du secteur privé et de la ville, une part significative des patients présentant des troubles psychiques se retrouvent aux urgences.

Les hospitalisations en hôpital de jour offrent une alternative aux hospitalisations à temps plein. Pourtant, eu égard aux troubles des enfants et des adolescents qui en bénéficient, une part de ces séjours pourrait relever d'un accueil en établissement médico-social. L'hospitalisation à temps plein, qui ne concerne qu'un petit nombre de patients, accueille encore souvent des jeunes sur des durées trop importantes. Le taux d'occupation très élevé des services d'hospitalisation à temps plein ne leur permet de surcroît pas d'accueillir tous les jeunes mineurs, alors que les hospitalisations en services adultes peuvent être préjudiciables à leur parcours de soins.

La formation des médecins traitants aux troubles psychiques tout comme l'extension de l'expérimentation des maisons de l'enfance et des familles aux adolescents, en regroupant les structures existantes, permettraient d'assurer un accueil et une évaluation pertinente aux patients et aux familles.

Une meilleure définition des missions dévolues aux différents niveaux de prise en charge et le déploiement de moyens de prévention des crises conduisant à un passage aux urgences, qui renforcent l'efficacité globale du dispositif, sont des préalables à la mise en place effective d'une gradation des soins. C'est d'ailleurs dans ce sens que le ministère chargé de la santé s'est engagé notamment dans une récente instruction du 21 juillet 2022²¹⁰.

En conséquence la Cour formule les recommandations suivantes :

- 2. renforcer la formation initiale et continue des praticiens ayant vocation à remplir les missions de médecin traitant de l'enfant (médecins généralistes et pédiatres) en psychologie et psychiatrie infanto-juvénile, en particulier sur le plan du dépistage et de l'orientation (ministère de la santé et de la prévention, ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation) ;*

²¹⁰ Instruction n° DGOS/R4/2022/189 du 21 juillet 2022 relative aux modalités d'adaptation de l'offre de soins en psychiatrie pour mieux répondre aux besoins. L'instruction prévoit notamment l'ouverture temporaire de lits en pédopsychiatrie, en particulier lors des pics pandémiques hivernaux qui surchargent les unités de pédiatrie, le renforcement des prises en charge par les équipes mobiles et les visites à domicile. Une enveloppe du fonds d'intervention régional de 15 M€ pour l'année 2022 est prévue à cet effet, commune aux secteurs de psychiatrie adulte et pédopsychiatrie.

-
3. *prendre appui sur les premiers constats des expérimentations des maisons de l'enfance et des familles pour les élargir aux adolescents, en lien avec les actuelles maisons des adolescents. Dans l'intervalle, continuer à renforcer, dans les territoires sous-dotés, les moyens des CMP-IJ pour leur mission d'accueil et d'évaluation, dans le prolongement des mesures adoptées fin 2022 (ministère de la santé et de la prévention, Cnam) ;*
 4. *actualiser la norme de taux d'équipement indicatif standard par territoire pertinent (couvrant l'offre publique et privée), qui devrait notamment inclure une équipe de liaison en pédiatrie ou lits de crise (lits-portes), des équipes mobiles et des lits d'hospitalisation 16 à 25 ans et ouvrir des capacités d'accueil en établissement médico-social en aval de l'hôpital (ministère de la santé et de la prévention).*
-

Chapitre III

Une gouvernance volontaire mais peu efficiente et peu adaptée à l'indispensable revitalisation de la pédopsychiatrie

Le ministère de la santé a manifesté la volonté de renforcer l'accès à l'offre de soins psychiques infanto-juvénile depuis 2018, notamment avec l'adoption de la feuille de route sur la santé mentale, mais l'organisation administrative globale de la pédopsychiatrie souffre encore d'un manque de vision stratégique déclinée en outils opérationnels.

Si les ARS se sont dotées d'outils de concertation utiles concernant le partage de vues et d'expériences entre les acteurs locaux, avec l'adoption des projets territoriaux de santé mentale, leur mise en œuvre n'est pas objectivable. En effet, les leviers de pilotage des politiques d'accès aux soins de pédopsychiatrie sont encore trop récents et trop timides. Les carences de l'offre de soins, sur les plans quantitatif et qualitatif, perdurent ; le secteur de la pédopsychiatrie doit donc être revitalisé, en améliorant l'efficacité du pilotage de la politique de l'offre de soins, tant en administration centrale que régionale, et en renforçant l'attractivité des métiers du soin psychique infanto-juvénile.

I - Une politique de l'offre de soins de pédopsychiatrie plus lisible mais trop peu efficiente

Avant l'adoption de la feuille de route sur la santé mentale du 28 juin 2018, la pédopsychiatrie et ses enjeux en termes d'organisation et d'accès aux soins, ne faisaient pas l'objet, dans les différents plans de santé publique, d'un axe programmatique spécifique.

A - L'absence de stratégie de l'offre de soins de pédopsychiatrie jusqu'en 2018

Contrairement aux l'exemples anglais et australien²¹¹, la France ne dispose pas d'un cadrage législatif ou même réglementaire dédié à la pédopsychiatrie, fixant ses grands objectifs, son organisation globale, les moyens de sa mise en œuvre et son programme dans le temps.

1 - L'absence de cadrage législatif global spécifiquement dédié à la pédopsychiatrie en France

Le cadre légal applicable aujourd'hui à la pédopsychiatrie est le même que celui de la psychiatrie générale, prévu par la loi du 26 janvier 2016²¹² qui définit la politique de santé mentale comme comprenant « *des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale* ». Les dispositions spécifiques à la pédopsychiatrie ne sont pas nombreuses puisque seulement trois articles du code de la santé publique organisent les soins psychiques infanto-juvéniles²¹³. L'absence d'article législatif présentant une vision claire et complète de ce que doit être l'offre de soins de pédopsychiatrie et de ses objectifs en termes de santé publique suggère que la spécificité de la discipline n'est pas reconnue et illustre le manque de volonté d'en faire une politique publique à part entière, avec ses fondamentaux, sa structure et sa cohérence.

Les modalités d'organisation des soins de pédopsychiatrie sont prévues par des textes épars, de nature réglementaire, dont les premiers remontent aux années 60 et se sont multipliés dans les années 70 avec l'adoption des circulaires installant les secteurs et les inter secteurs²¹⁴. L'organisation actuelle résulte directement de ces circulaires puisque l'offre publique de soins de pédopsychiatrie repose aujourd'hui²¹⁵ sur les 342 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, chaque secteur infanto juvénile étant géré par un établissement psychiatrique.

²¹¹ Voir annexe n° 16 : tableau comparatif de la gouvernance de la pédopsychiatrie en Europe et dans le monde.

²¹² Article L. 3221-1 du code de la santé publique. Elle est notamment mise en œuvre par « les établissements de santé autorisés en psychiatrie, des médecins libéraux, des psychologues et l'ensemble des acteurs de la prévention, du logement, de l'hébergement et de l'insertion ».

²¹³ Articles L. 3221-3 et L. 3221-4 du code de la santé publique.

²¹⁴ La circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales a été suivie par celle du 18 janvier 1971 relative à la lutte contre les maladies mentales et l'élaboration de la carte sanitaire dans le domaine de la psychiatrie. Cette circulaire a mis en place un secteur enfant, défini comme correspondant à trois secteurs adultes. Elle a été suivie par la circulaire n° 443 du 16 mars 1972 qui a défini les buts et les moyens de la sectorisation infantile et mis en place les intersecteurs. La situation restait encore incomplète dans certaines localités : elle a donc été complétée par la circulaire du 9 mai 1974 relative à la mise en place de la sectorisation psychiatrique infanto-juvénile (circulaire qui ne s'appuie sur aucune loi). Elle a ensuite été complétée par la circulaire du 11 décembre 1992 relative aux orientations de la politique de santé mentale en faveur des enfants et adolescents.

²¹⁵ Données Drees SAE 2020.

2 - L'absence d'une planification de la politique de l'offre de soins de pédopsychiatrie, au moins jusqu'en 2018

S'agissant de la planification dédiée à la pédopsychiatrie, elle était peu étoffée, au moins jusqu'en 2018. Ainsi le « plan psychiatrie et santé mentale » pour la période 2005-2008, prolongé jusqu'en 2010, comprenait une centaine de pages sur la santé mentale en général, mais n'en prévoyait que cinq dédiées à la pédopsychiatrie. Des programmes dédiés à la dépression, au suicide, à la délinquance et aux populations vulnérables coexistaient, sans que soit opéré de lien avec les moins de 18 ans : un plan exhaustif spécifique pour les mineurs aurait ainsi dû leur être consacré avec des actions à prendre pour lutter contre la dépression, le suicide, les conduites à risque et la délinquance, comme l'a déjà indiqué la Cour dans son rapport de 2011²¹⁶.

À la suite de ce plan, fut adopté le « plan psychiatrie et santé mentale » pour 2011-2015 : ce dernier ne disposait pas non plus d'un volet spécifique dédié à la pédopsychiatrie. En effet, les références à la notion même de pédopsychiatrie étaient très limitées – à peine trois – et s'inséraient dans un volet de repérage et de prévention sans perspectives précises en termes d'organisation des soins, sans indicateurs ni calendrier. Ainsi, dans son rapport d'évaluation du plan²¹⁷, le Haut conseil de la santé publique (HCSP) soulignait les faiblesses de la planification en ce qui concerne la politique de soins psychiques pour les enfants et les adolescents. Qu'il s'agisse par exemple des délais d'attente trop longs pour obtenir un premier rendez-vous, des inégalités d'accès aux soins ou même du manque de coordination entre les différents intervenants de l'enfance, le rapport était très critique. Il soulevait aussi un problème qui est toujours d'actualité : le cloisonnement des acteurs du secteur de l'enfance « *sans connaissance réciproque des métiers des uns et des autres, par exemple des difficultés entre l'aide sociale à l'enfance et la pédopsychiatrie* ».

À ce plan 2010-2015 s'est ajouté le « programme national d'actions contre le suicide » de 2011-2014, dont le HCSP a tiré des conclusions mitigées : « *le ciblage des populations semble peu adapté, les populations à risque élevé, comme celles ayant déjà fait une tentative de suicide, n'étant pas les plus ciblées pour les actions* »²¹⁸. Entre 2005 et 2015, « *aucun progrès n'a été réalisé s'agissant du nécessaire ciblage des programmes de lutte contre le suicide aux enfants* »²¹⁹, au détriment de la cohérence globale de la vision de la pédopsychiatrie et donc de l'organisation des soins.

²¹⁶ Ce plan a été évalué par la Cour des comptes, en lien avec le HCSP, dans un rapport public thématique de décembre 2011, qui relevait que le plan avait peu fait évoluer les organisations et les pratiques (Cour des comptes, *L'organisation des soins psychiatriques, les effets du plan psychiatrie et santé mentale 2005-2010*, rapport public thématique, décembre 2011).

²¹⁷ Rapport d'évaluation du plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015 : « *compte tenu de l'importance et de l'efficacité de la détection précoce sur les nourrissons et enfants, la collaboration intersectorielle avec d'autres domaines d'action publique et privée (ex. réseaux de périnatalité et protection maternelle et infantile (PMI) dans le domaine de la santé, structures de la petite enfance et d'enseignement, structures d'activités périscolaires) devrait être renforcée* ».

²¹⁸ Le HCSP formule neuf recommandations générales pour repenser la lutte contre le suicide. Parmi celles-ci, promouvoir un double objectif de prévention générale et de prévention spécifique, inscrire la prévention du suicide dans le champ de la santé mentale, cibler les populations à risque.

²¹⁹ Ibid.

Par ailleurs, à la suite de ce plan qui s'achevait en 2015, un nouveau plan devait être adopté pour définir la stratégie pluriannuelle fixée par la loi du 26 janvier 2016. Il n'y en a pas eu. En 2016, a été rendu le rapport de la mission « bien être et santé des jeunes », formulant des constats utiles mais sans perspective de mise en œuvre, calendrier d'action ou même de mesures opérationnelles et objectivables.

La multiplication des documents d'orientation gouvernementaux, traitant directement ou indirectement de la santé psychique des mineurs, nuit à l'identification claire des objectifs poursuivis. Ainsi éparpillées, les mesures sont plus difficiles à suivre et de fait, elles ne font pas l'objet d'un suivi structuré. C'est donc à juste titre que le rapport du Sénat de 2017 soulignait la nécessité de disposer d'une vision cohérente de la psychiatrie des mineurs, objectif qui ne paraissait pas atteint²²⁰.

B - Une mobilisation nette en faveur de la pédopsychiatrie à partir de 2018, mais un empilement de plans peu lisible

L'adoption de la feuille de route « santé mentale et psychiatrie » du 28 juin 2018 est un net progrès en ce qu'elle formalise, à l'endroit des acteurs nationaux et régionaux, l'objectif d'améliorer l'accès aux soins de pédopsychiatrie.

Pour la première fois, un document de programmation du ministère de la santé relève que la situation de la « *pédopsychiatrie est particulièrement fragile et (que) les enjeux de formation des professionnels sont déterminants pour garantir une prise en charge de qualité* ». Cette feuille de route a été préparée par le programme pluriannuel psychiatrie et santé mentale pour 2018-2023, proposé par la HAS. Celui-ci consacre à la pédopsychiatrie un thème entier, le thème III, dont les axes se concentrent sur la prévention des troubles psychiques, notamment dès la phase périnatale, sur l'amélioration de la coordination entre les services de protection de l'enfance et les soins de pédopsychiatrie, sur la continuité des soins entre pédopsychiatrie et psychiatrie adulte, et sur la prévention du suicide.

Sur les 37 actions concrètes identifiées, plusieurs sont dédiées à la pédopsychiatrie, comme celle qui consiste à faire « *figurer la pédopsychiatrie dans les disciplines essentielles à renforcer* ». L'action 13 prévoit ainsi que la Cnam devra « *élaborer des propositions pour le développement de la pédopsychiatrie de ville avec des propositions pour développer l'attractivité de la pédopsychiatrie, en tenant compte de la situation actuelle et du défaut de prise en considération, dans la rémunération des pédopsychiatres, du temps supplémentaire de consultation avec les parents et de coordination avec les partenaires éducatifs, sociaux, médico-sociaux* ». Les actions 23 à 29 du plan pour la santé mentale font également le diagnostic du « *manque de professionnels formés et fixent comme objectif d'accroître le nombre de professionnels formés et de favoriser l'évolution des professions sanitaires pour une meilleure complémentarité et continuité des parcours de soin* ». À l'appui de la reconnaissance de la discipline et de sa valorisation, est également prévue une action (30) pour développer la recherche en psychiatrie et en pédopsychiatrie. Ces mesures s'inscrivent dans la perspective générale de la feuille de route, qui se fixe l'objectif de développer le repérage précoce des

²²⁰ Sénat, commission des affaires sociales, *Rapport d'information au nom de la mission d'information sur la situation de la psychiatrie des mineurs en France*, par Alain Milon et Michel Amiel, avril 2017.

pathologies psychiatriques et l'accès à un avis spécialisé, de repérer et prendre en charge de manière précoce les troubles psychiques, de mieux prévenir le suicide, et d'améliorer l'accès aux soins. Néanmoins, cette feuille de route est peu précise en ce qui concerne les modalités de mise en œuvre des objectifs ainsi définis : elle n'indique pas dans quel horizon temporel ces actions seront mise en œuvre, ni quel objectif quantitatif est fixé et quelle méthode est retenue pour en objectiver la réalisation.

À cette feuille de route s'est ajouté en septembre 2021 un travail issu des « Assises de la santé mentale », dont le but était de dresser un état des lieux partagé de la prise en charge de la santé mentale des Français, de l'offre de soins en psychiatrie et de l'accompagnement proposé. Elles ont donné lieu, par la suite, à plusieurs annonces : créer 100 places en accueil familial thérapeutique sur deux ans, renforcer les maisons pour adolescents afin d'installer au moins une maison pour adolescents dans chaque département pour un coût prévisionnel de 5 M€ en 2022 (voir *supra*) ; mettre en œuvre la stratégie des « 1000 premiers jours » de l'enfant et déployer une offre de psychiatrie en périnatalité (équipes mobiles et unités de soins conjoints parents-bébé), à hauteur de 10 M€ en 2021 ; faire émerger un acteur en charge de la coordination de la santé des enfants de trois à 11 ans par la création de « maisons des enfants », sur le modèle des maisons pour adolescents, en mobilisant 3,4 M€ entre 2022 et 2024 ; développer l'offre d'accueil familial thérapeutique (par la création de 100 places supplémentaires sur deux ans, afin d'équilibrer le nombre de places disponibles sur le territoire) ; augmenter sur trois ans de 400 ETP (hors pédopsychiatres) en 2022-2024 les effectifs des CMP-IJ, notamment dédiés aux premiers rendez-vous d'orientation (pour 8 M€ en 2022, 16 M€ en 2023 et 24 M€ en 2024).

Un autre plan, qui relève aussi de la prévention des troubles psychiques infanto-juvéniles, a été adopté début 2022 pour lutter contre l'addiction aux écrans²²¹. Or, si ces annonces témoignent d'une mobilisation bienvenue des pouvoirs publics, force est de constater qu'elles demeurent dispersées et peu coordonnées entre elles et avec les travaux portant sur l'organisation des soins de pédopsychiatrie.

Les objectifs de la feuille de route pour la santé mentale de 2018 et ceux issus des Assises de la santé mentale de 2021 pourraient, avec le plan de lutte contre les addictions aux écrans, faire l'objet d'un plan unique plus clair, intégrant toutes les dimensions de la prévention des troubles psychiques infanto-juvéniles. Pour les acteurs, la dispersion des annonces, leur manque de complémentarité et de coordination rend plus difficile leur mise en œuvre opérationnelle et affecte leur lisibilité. Il manque une priorisation, un calendrier clair avec des étapes annuelles et pluriannuelles, quelques objectifs précis et une méthode de pilotage plus affirmée²²².

²²¹ Saisi par la Direction générale de la santé en août 2018, le HCSP a rendu deux avis sur les effets négatifs d'une exposition des enfants aux écrans. Sur la base du premier avis du HCSP, la DGS a lancé dès septembre 2020 des travaux interministériels pour construire un plan d'actions sur la prévention en matière d'utilisation des écrans par les enfants et les jeunes. Ce plan d'actions a déjà fait l'objet d'annonces telles que l'extension du site jeprotegemonenfant.fr qui comportera un contenu sur les écrans en sus de son contenu sur la pornographie ou la création du premier « baromètre sur les usages problématiques des écrans » en 2022.

²²² Des efforts ont été entrepris pour améliorer l'articulation entre les plans et les documents administratifs mais cette dernière est encore incomplète.

À cet égard, a été instauré, en avril 2019, un délégué ministériel à la santé mentale en charge du déploiement de la feuille de route santé mentale et psychiatrie ; il réalise des points d'avancement, présentés chaque année au comité stratégique de la santé mentale et de la psychiatrie (CSSMP). Néanmoins, en l'absence d'objectifs précis et mesurables, la mise en œuvre de la feuille de route n'en est que plus lente comme le montrent les états d'avancement publiés en février 2021 et le 21 janvier 2022 par le ministère de la santé. Interrogée à ce sujet, la direction générale de l'offre de soin (DGOS), qui intervient sur la mise en place de la stratégie globale d'organisation des soins (cf. *infra*), n'a pas pu produire de documents montrant l'avancement concret des objectifs fixés par la feuille de route ou même la méthode arrêtée pour cela, notamment par les ARS. Ces dernières n'ont pas non plus de processus de suivi de la mise en œuvre de la feuille de route. Les modalités de pilotage, de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre des objectifs ministériels paraissent donc lacunaires.

La délégation ministérielle à la santé mentale et à la psychiatrie (DMSMP) a néanmoins amorcé une réflexion sur la définition d'indicateurs de la feuille de route, avec l'appui de la Drees et en lien avec les administrations centrales (DGS, DGOS, DGCS)²²³, entre novembre 2020 et avril 2021. Ce travail a été arrêté depuis, en particulier en raison de la crise sanitaire qui a conduit à reporter nombre de priorités du ministère. Il conviendrait qu'il soit repris.

Aussi, l'exemple anglais, qui organise, à partir d'un plan dédié avec quelques objectifs clairs un mode opérationnel de mise en œuvre de la politique poursuivie, est-il instructif²²⁴.

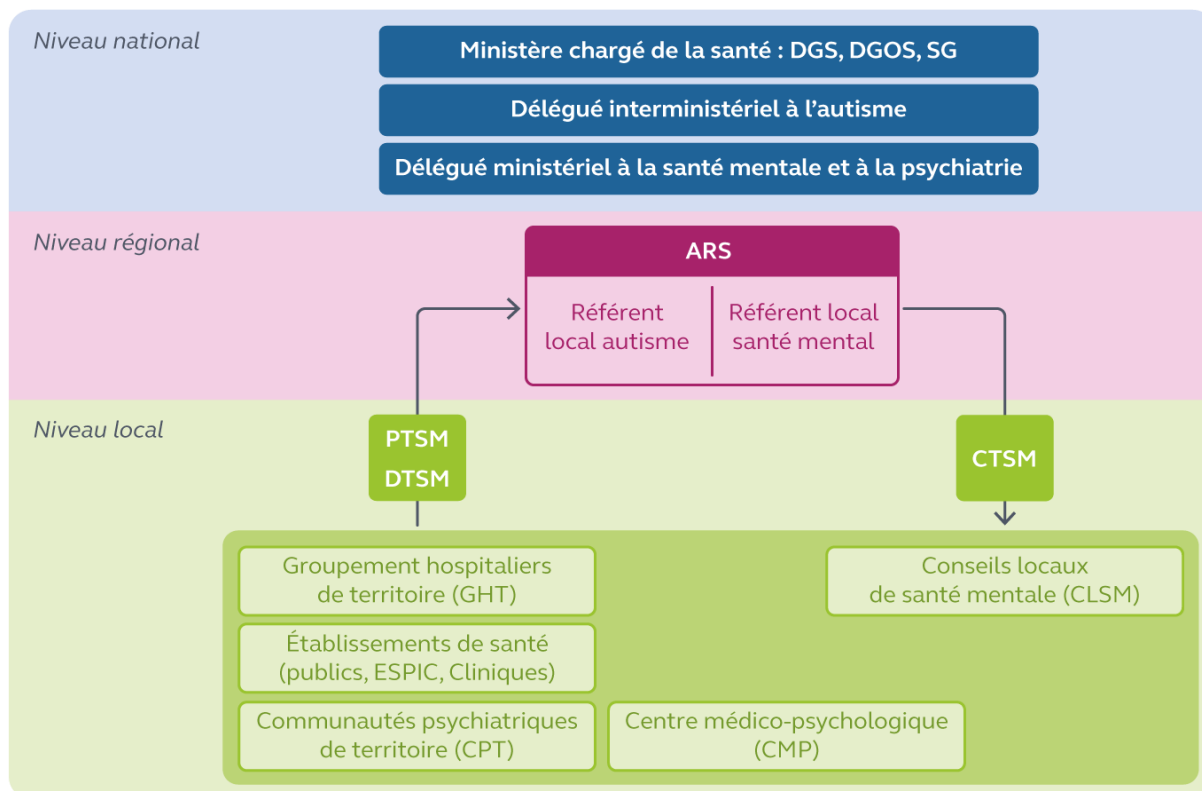
II - Une lisibilité de l'action administrative à renforcer pour améliorer l'offre de soins de pédopsychiatrie

Cinq directions et deux délégations – ministérielle et interministérielle – sont compétentes pour intervenir sur les questions liées à l'offre de soins de pédopsychiatrie. En effet, la pédopsychiatrie relève, comme de nombreuses politiques de santé publique, de la DGOS, de la DGS, de la DGCS, de la DSS et de la Drees. La nécessaire coordination de l'action publique a été prise en considération avec la création de la DMSMP ; mais cette dernière n'est pas la seule compétente puisqu'il existe aussi une délégation interministérielle à l'autisme (en charge des troubles du spectre autistique – TSA – et des troubles neurodéveloppementaux) et que cette dualité perdure en région.

²²³ Cf. *infra*.

²²⁴ Pour l'exemple anglais, voir annexe n° 15.

Schéma n° 3 : relations entre les acteurs de la politique de l'offre de soins en pédopsychiatrie



Source : Cour des comptes

A - Une délégation à la santé mentale à renforcer, y compris sur le plan interministériel

La délégation ministérielle à la santé mentale et à la psychiatrie, qui recouvre tous les champs du soin psychique infanto-juvénile, a vocation à assurer la coordination des propositions et des actions des directions centrales du ministère de la santé. Elle devrait pouvoir également œuvrer dans les champs éducatif et social et s'inscrire ainsi dans une approche plus interministérielle ; mais ce dernier point fait défaut.

1 - Identifier plus nettement la délégation à la santé mentale en matière de soins de pédopsychiatrie

La DGOS est la direction compétente en ce qui concerne l'organisation de l'offre de soins de pédopsychiatrie : trois des quatre sous-directions de la DGOS ont des bureaux qui interviennent dans le champ de la pédopsychiatrie²²⁵. Elle assure également le secrétariat de la Commission nationale de la psychiatrie (CNP), instance de concertation comprenant l'ensemble des professionnels du secteur²²⁶. La CNP comporte une commission thématique spécifique à la pédopsychiatrie, qui semble très active, au moins pour l'année 2021, en ce sens qu'elle s'est mobilisée au sujet des Assises de la santé mentale et sur les tensions de l'offre de soins de pédopsychiatrie. La DGS intervient quant à elle au sujet de la prévention et de la promotion de la santé mentale des enfants, notamment à la sous-direction de la santé des populations et de la prévention des maladies chroniques. La DGCS est chargée pour sa part des aspects liés au handicap et au secteur médico-social, qui entretient des liens en termes de soins avec les troubles psychiques et ce notamment au sein de la sous-direction enfance et famille, au bureau de la protection de l'enfance et de l'adolescence et à celui de l'insertion, citoyenneté et parcours de vie des personnes handicapées. La Drees intervient également pour apporter des données et la DSS sur le champ financier.

L'éclatement des compétences entre les directions du ministère de la santé, au moins pour partie inévitable, ne facilite pas la mise en place des politiques, les difficultés de coordination peuvent ralentir les arbitrages, même si des réunions régulières, coordonnées par la délégation ministérielle et le cabinet du ministre, permettent d'améliorer la coordination entre les directions.

Néanmoins, le champ de la pédopsychiatrie ne figure pas explicitement dans le titre du DMSMP. Or, sa nomination a eu lieu après celle de la déléguée interministérielle à la stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neurodéveloppement, placée sous l'autorité de la secrétaire d'État au handicap et chargée de la déclinaison des 101 mesures de la stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neurodéveloppement 2018-2022. Le positionnement du DMSMP devrait être mieux affirmé, au sein même du ministère de la santé, et ce afin de renforcer la lisibilité de la politique menée en faveur de l'amélioration de l'efficacité du pilotage de l'offre de soins de pédopsychiatrie.

2 - Renforcer la capacité d'intervention interministérielle de la délégation à la santé mentale

Par ailleurs, le champ de la pédopsychiatrie faisant intervenir les questions liées à la santé, à l'accompagnement social et à l'éducation, la coordination est indispensable avec les autres ministères que sont le ministère de l'éducation nationale, de la jeunesse, de la justice (pour les enfants sous protection judiciaire), de la famille et des solidarités et de l'autonomie. Elle peine à se concrétiser comme le montre par exemple le manque de dialogue engagé avec la direction

²²⁵ Ainsi, la sous-direction de la régulation de l'offre de soins, le bureau « Prises en charge post aiguës, pathologies chroniques et santé mentale » est compétent sur l'ensemble de l'offre de soins de la psychiatrie, et donc de la pédopsychiatrie.

²²⁶ Cette CNP, dont le rôle est d'accompagner les acteurs de la santé mentale dans leurs missions de prévention, de soin et de réponse aux besoins de la population en santé est présidée par le Professeur Lejoyeux. Elle a remplacé début 2021 un « Copil psychiatrie », qui a été dissous fin 2020, suite à une crise de gouvernance bloquante.

générale de l'enseignement scolaire (DGESCO) qui, au ministère de l'éducation nationale, est en charge notamment de la gestion des psychologues scolaires. Les Assises de la santé mentale ont pourtant donné lieu à la mise en place d'un comité interministériel afin de mobiliser tous les ministères concernés mais, si un contact avec la DGESCO a été pris au moment de la nomination du DMSMP, aucune réunion régulière ne s'est tenue depuis. Selon le DMSMP, les actions menées par le ministère de la santé avec la DGESCO dans le champ de la santé mentale sont quasi exclusivement concentrées sur le déploiement des compétences psycho sociales en milieu scolaire, ce qui est un progrès, mais une action de coordination devrait être menée depuis le DMSMP, par exemple pour suivre les interventions des psychologues scolaires et veiller à leur bonne intégration dans l'écosystème porté par le secteur. S'agissant de la Justice, un contact a été établi avec le DMSMP au moment de sa nomination, en particulier avec la protection judiciaire de la jeunesse, mais il n'a pas été suivi de rendez-vous périodiques²²⁷.

Il importerait donc de confier à un pilote unique, placé au sein du ministère chargé de la santé et doté de compétences interministérielles, le suivi et la mise en œuvre de la politique de l'offre de soins de pédopsychiatrie. Ce dernier devrait également mieux associer les représentants des collectivités territoriales, des départements (PMI, ASE) et même parfois des communes, avec leurs centres municipaux de santé. Il conviendrait donc d'ajouter à l'intitulé du DMSMP la pédopsychiatrie et de le doter d'un titre interministériel, qui ouvrirait la voie à la nomination de délégués ou de correspondants à la santé mentale infanto-juvénile, dans les autres ministères concernés que sont l'éducation nationale, la justice et l'autonomie.

B - Un pilotage régional de l'offre de soins de pédopsychiatrie à renforcer et à objectiver

Depuis le début des années 2010, avec l'adoption du plan psychiatrie 2010-2015, les ARS²²⁸ bénéficient d'une certaine autonomie pour la détermination des politiques de santé en pédopsychiatrie de secteur. La feuille de route sur la santé mentale confirme cette orientation. Les ARS disposent d'une véritable souplesse d'organisation puisque le directeur de l'ARS désigne les hôpitaux assurant la psychiatrie de secteur et sa déclinaison en termes infanto-juvéniles²²⁹. Néanmoins, cette relative souplesse de gestion, notamment dans l'allocation et la répartition des crédits, s'accompagne d'une approche organisationnelle complexe et peu opérationnelle.

²²⁷ Avec le ministère de la justice, le travail conjoint s'est prioritairement traduit par les échanges entre DGOS et direction des affaires civiles sur le renforcement de l'encadrement des pratiques d'iso-contention.

²²⁸ Toutes les ARS ont répondu au questionnaire de la Cour, cette partie est donc le fruit de la synthèse de leur réponse.

²²⁹ Comme le souligne l'Igas (rapport n° 2017-064R), « les découpages territoriaux "sanitaires" (territoire de santé, territoire du GHT, secteurs) ne coïncident pas forcément avec les découpages territoriaux "sociaux" (département, circonscriptions d'action sociale, communes), pas plus qu'ils ne coïncident toujours avec d'autres découpages territoriaux qui concernent la psychiatrie, ceux de la justice, ceux des bassins d'emploi ».

1 - Un diagnostic partagé sur la nécessité d'améliorer l'offre de soins de pédopsychiatrie en région

Plusieurs documents administratifs de cadrage portent sur la santé mentale infanto-juvénile dans les régions. L'offre de soins de pédopsychiatrie est évoquée dans l'ensemble des projets régionaux de santé (PRS) et des schémas régionaux de santé (SRS). Ainsi, les SRS soulignent généralement la particulière vulnérabilité des jeunes à la souffrance psychique, la nécessité d'actions de coordination des acteurs des champs du médico-social, du sanitaire et de l'éducation, l'impact majeur des inégalités de santé et la faiblesse de la démographie des pédopsychiatres²³⁰. Si les actions prévues sont variées selon les régions et recouvrent plusieurs dimensions de l'offre de soins, peu de régions ont adopté un SRS structuré et complémentaire des projets territoriaux de santé mentale (PTSM), en matière de soins de pédopsychiatrie.

La structuration et la coordination de l'offre de soins, notamment de pédopsychiatrie, relèvent en revanche pour partie des PTSM, qui s'appuient sur des diagnostics territoriaux de santé mentale (DTSM) et dont les actions de mise en œuvre font l'objet de contrats territoriaux de santé mentale. Créés par l'article 69 de la loi du 26 janvier 2016, les PTSM sont conçus comme un outil confié aux acteurs locaux pour qu'ils élaborent un diagnostic sur l'adéquation entre l'offre de soins et les besoins à l'échelle du département (du territoire) et ainsi pour améliorer l'accès des personnes concernées à des parcours de santé et de vie de qualité²³¹.

Les ARS, qui financent depuis peu un poste de coordinateur du PTSM²³², ont souvent joué en pratique un rôle d'impulsion et au moins d'accompagnement, puisqu'en l'absence de PTSM, comme le prévoit la loi, c'est le directeur général de l'ARS qui prend les dispositions nécessaires pour qu'un PTSM soit défini²³³. Une fois le PTSM élaboré, il est arrêté par le directeur général de l'ARS après avis des conseils locaux de santé mentale et des conseils territoriaux de santé, comme le prévoit la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé de juillet 2019.

À la date de réalisation de la présente enquête, tous les PTSM ont été élaborés, la limite de leur élaboration ayant été fixée au 28 juillet 2020 (date finalement repoussée à fin 2020 en raison de la crise sanitaire). L'ensemble des ARS indique, dans les réponses au questionnaire de la Cour, que les PTSM ont permis une concertation et une mobilisation inédites, ont facilité les remontées de terrain en ce qui concerne les besoins et devraient permettre une amélioration de l'adéquation de l'offre de soins à ces derniers. L'ARS Île-de-France conclut ainsi que « *les PTSM constituent un lieu légitime et désormais bien identifié par les acteurs pour partager les problématiques communes et les solutions proposées ou émergentes* ».

²³⁰ Pour le détail des références des PRS à la pédopsychiatrie, voir annexe n° 17.

²³¹ La loi prévoit que le PTSM est établi sur la base du diagnostic territorial de santé mentale (DTSM) qui a pour objet « *d'identifier les insuffisances dans l'offre de prévention et de services sanitaires, sociaux et médico-sociaux et dans l'accessibilité, la coordination et la continuité de ces services, et de préconiser des actions pour y remédier* ». Ce DTSM est établi par les acteurs de santé du territoire et associe l'ensemble des professionnels concernés.

²³² Mesure 31 du Ségur de la santé.

²³³ Ainsi, le 3^e alinéa du I de l'article L. 3221-2 du CSP dispose que : « *En l'absence d'initiative des professionnels, le directeur général de l'agence régionale de santé prend les dispositions nécessaires pour que l'ensemble du territoire de la région bénéficie d'un projet territorial de santé mentale* ».

Néanmoins, la prise en compte de la pédopsychiatrie par les 104 PTSM est insuffisante : ni la DGOS ni le DMSPP n'en assurent un suivi d'ensemble ni même une évaluation. Toutes les ARS indiquent que les PTSM portent une attention particulière à la santé mentale des enfants et des adolescents mais la traduction pratique de celle-ci s'avère variable et peu objectivable, faute d'indicateurs pour en mesurer l'effectivité²³⁴.

Comme a déjà indiqué la Cour²³⁵, les ARS ont la possibilité, « via un cadrage méthodologique très précis, d'imposer le traitement de certaines questions jugées prioritaires » : elles pourraient donc veiller à la prise en compte de la pédopsychiatrie comme priorité dans l'organisation des soins de santé mentale. La DGOS et le DMSMP pourraient aussi prévoir que, dans leur dialogue avec les ARS, il importe de faire de la santé mentale infanto-juvénile un objectif à part entière figurant dans tous les PTSM.

2 - Une mise en œuvre encore timide, faute d'outils de pilotage opérationnels en région

L'impact de la mise en place des PTSM est positif en termes de mobilisation des acteurs locaux, d'après les témoignages recueillis dans les réponses aux questionnaires, mais également au terme des visites de terrain. Leur mise en œuvre soulève néanmoins des questions en termes opérationnels.

La loi du 26 janvier 2016 prévoit aussi que la mise en œuvre de ces PTSM²³⁶ donne lieu à la signature d'un contrat territorial de santé mentale (CTSM) entre l'agence régionale de santé et les acteurs du territoire, qui définit les actions assurées par ses signataires, leurs missions et engagements, les moyens qu'ils y consacrent et les modalités de financement, de suivi et d'évaluation. Selon leur territoire d'application, ces actions peuvent être déclinées au sein de conseils locaux de santé mentale. De plus, la circulaire du 5 juin 2018 prévoyait que les PTSM devraient contenir des indicateurs pour en améliorer le suivi et prévoir des pilotes du projet, sur sa durée de mise en œuvre.

Or, seule une partie des PTSM fait l'objet d'un CTSM, en partie en raison « d'autres priorités fixées » comme l'indique la DMSMP²³⁷. D'après les chiffres du DMSMP, 39 CTSM ont été signés, avec une certaine hétérogénéité selon les ARS : en Bretagne et en Bourgogne-Franche-Comté, l'ensemble des CTSM ont été signés, mais quatre contrats de ce type seulement ont été signés en Nouvelle-Aquitaine et seulement un en PACA par exemple. Par ailleurs, dans les CTSM que la Cour a pu consulter, ne figurent pas d'indicateurs de suivi, ni de calendrier de mise en œuvre. Il est ensuite prévu un bilan annuel et une clause de « meilleurs efforts », précisant que les parties prenantes mettront tout en œuvre pour atteindre leurs objectifs, mais sans contrainte juridique.

²³⁴ Ainsi, 36 PTSM sur les 79 examinés abordent une vision de la pédopsychiatrie qui couvre les différents âges de la vie de l'enfant et de l'adolescent, notamment la période périnatale ; 38 PTSM, abordent la question de la pédopsychiatrie de liaison et envisagent la constitution d'au moins une équipe mobile de pédopsychiatrie, d'autre (28), posent la question de la transition de l'adolescence à l'âge adulte. Certaines thématiques émergent avec la crise de la covid comme celle de la télémedecine en pédopsychiatrie qui commence à être évoquée notamment en Mayenne. Par ailleurs, entre les territoires, les approches sont différentes : par exemple parmi les dix PTSM de Nouvelle-Aquitaine, la moitié des PTSM ne contient que deux fiches actions en faveur de la santé mentale des enfants et des adolescents quand elles sont au nombre de 11 dans le PTSM du département de la Vienne.

²³⁵ Cour des comptes, *Les parcours dans l'organisation des soins en psychiatrie*, rapport public thématique, février 2021.

²³⁶ Article L. 3221-2 du CSP.

²³⁷ Les contrats que la Cour a pu consulter sont formellement assez succincts. Certains renvoient simplement au contenu du PTSM (et aux fiches actions) comme contenu du contrat alors que d'autres agrègent du contenu des PTSM en retenant certaines actions seulement. Un rapport d'activité est prévu mais les indicateurs retenus ne sont pas spécifiés.

Si les PTSM permettent une mobilisation utile des acteurs qu'ils rapprochent, favorisant ainsi un partage d'informations, de données et l'élaboration d'objectifs communs en termes d'amélioration de l'accès aux soins psychiques, ils ont aussi leurs propres limites. Ils ne sont pas des outils de pilotage et les CTSM, qui devraient l'être, ne le sont pas non plus. Ainsi, comme l'indique la DMSMP, « *les PTSM devraient être des outils pour le pilotage de l'organisation de l'offre. Cela implique effectivement qu'ils soient réellement opérationnels et que les CTSM soient conçus à cette fin* ».

Afin d'améliorer le caractère opérationnel de ces outils, il pourrait donc être proposé d'ajouter aux PTSM des objectifs chiffrés, un calendrier de mise en œuvre et des indicateurs pour en mesurer périodiquement l'avancement ou de normer le CTSM avec ces éléments. D'ailleurs, la réforme du financement de la psychiatrie et la réforme des autorisations en psychiatrie prévoient de s'appuyer sur les PTSM, qui doivent donc devenir réellement opérationnels. La nomination récente d'un coordonnateur de PTSM dans chaque ARS s'inscrit dans cette perspective.

Pour la prochaine génération de PTSM, il est donc recommandé de définir un modèle type de PTSM comprenant un volet distinct sur la pédopsychiatrie mais aussi des objectifs clairs, un calendrier de mise en œuvre, des actions précises et des indicateurs pour en évaluer l'effectivité ; ce volet plus opérationnel correspond au CTSM, qui devrait donc intégrer des objectifs chiffrés, le calendrier de mise en œuvre et des indicateurs d'évaluation périodique. Ce volet opérationnel pourrait être renvoyé à une adoption ultérieure du CTSM, en fonction des choix des acteurs locaux et de l'ARS.

Les PTSM gagneraient donc à être traduits en CTSM par les ARS plus rapidement qu'ils ne le sont aujourd'hui. Ainsi les CTSM pourraient être adoptés dans un délai relativement bref, qui pourrait être de six mois maximum après l'adoption des PTSM, et pourraient comporter une obligation de réaliser, tous les ans, un bilan d'étape du PTSM²³⁸.

Enfin, comme l'indiquait déjà la Cour en février 2021²³⁹, pour veiller à la mise en œuvre des actions prévues par les PTSM et les CTSM, il faut identifier une structure susceptible de suivre la mise en œuvre. Or, à la date du présent rapport, aucune structure de suivi n'a été mise en place et aucune ARS n'a procédé à leur évaluation ; en Occitanie seulement, a été mis en place un comité de suivi afin de s'assurer de la poursuite des dynamiques.

Il existe néanmoins un « référent santé mentale²⁴⁰ », au sein de chaque ARS, souvent rattaché à la direction de l'offre de soins, mais aucun n'est spécialisé en pédopsychiatrie. À cela s'ajoutent, au sein des ARS, les effets d'une organisation cloisonnée entre directions du ministère – ainsi que le note la Cour depuis plusieurs années²⁴¹.

Plusieurs ARS ont fait des choix différents, traduisant les priorités affichées dans le domaine de la santé mentale : soit une priorité de rénovation des prises en charge proposées, le référent santé mentale étant ainsi rattaché à la direction de l'appui à la transformation du système de santé et à l'accompagnement (Data) dans l'ARS Pays de la Loire ; soit une priorité d'action transversale, le référent santé mentale pouvant alors être rattaché à la direction générale (ARS Normandie) ou à la direction de la stratégie et des territoires (ARS Hauts-de-France). À cela s'ajoute la coexistence des référents autisme dans les ARS, dont l'action recouvre en partie celle des spécialistes des soins psychiques infanto-juvéniles. Au cas par cas et à l'appréciation des directeurs généraux d'ARS, le suivi et la mise en œuvre de la politique de soins psychiques pourrait être confié, localement, à un seul service dans chaque ARS, avec une coordination et renforcée s'agissant de la psychiatrie infanto-juvénile.

²³⁸ Il convient donc de modifier le II de l'article L. 3221-2 du code de la santé publique.

²³⁹ Cour des comptes, Les parcours dans l'organisation des soins en psychiatrie, rapport public thématique, février 2021.

²⁴⁰ Comme le recommandait le Haut Conseil de la santé publique dans son rapport d'évaluation du plan Psychiatrie et santé mentale 2011-2015.

²⁴¹ Voir notamment Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, 2012.

C - Des ARS autonomes mais encore trop timides sur le pilotage concret de l'offre de soins

Si les ARS disposent d'une certaine autonomie pour penser et structurer l'organisation de l'offre de soins de pédopsychiatrie, elles disposent de peu de leviers de pilotage concrets. En effet, ce sont les établissements de santé qui fixent la politique des secteurs et en sont aussi le point de référence, comme le prévoient les textes réglementaires. Les ARS²⁴², quant à elles, sont chargées de l'animation des PTSM lorsque les acteurs en ont pris l'initiative ; à défaut, elles sont chargées de sa rédaction ; elles sont aussi chargées de leur déclinaison *via* les CTSM et les CPOM, et disposent du levier des autorisations administratives, dont la dernière réforme améliore les exigences qualitatives de l'offre de soins de pédopsychiatrie.

1 - Le régime des autorisations et des conditions techniques de fonctionnement : un levier encore perfectible pour améliorer la qualité de l'offre de soins

Le code de la santé publique dispose que l'ARS fixe, par autorisation administrative, les modalités d'organisation de l'offre de soins sur un territoire, après avis de la Commission spécialisée de l'organisation des soins (CSOS)²⁴³. Le titulaire de l'autorisation doit assurer l'ensemble des prises en charge (temps complet, temps partiel, ambulatoire, y compris soins à domicile), soit sur son site, soit en dehors, « par convention » avec une autre structure. Une autorisation sera également subordonnée à une condition de cohérence avec le PTSM.

La réforme des autorisations, prévue par un décret du 28 septembre 2022 (article R. 6123-175 du CSP) renforce les exigences en ce qui concerne l'offre de soins de pédopsychiatrie en ce qu'elle instaure, pour la première fois, une structuration en quatre mentions : « psychiatrie de l'adulte », « psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (de 0 à 18 ans) », « psychiatrie périnatale organisant des soins conjoints » et « soins sans consentement ».

Pour la plupart des activités médicales, les objectifs sont fixés en nombre d'implantations des équipements et services et non pas en nombre de lits ou places, qui est pourtant la référence en matière d'offre de soins en psychiatrie. Ainsi, lors d'une fermeture d'établissement ou de déménagement, l'ARS ne peut refuser à un nouvel établissement d'ouvrir un service de psychiatrie, quel que soit le volume de lits concerné, alors même que ce besoin ne correspondrait pas à l'offre-cible envisagée par l'ARS. Une ARS auditionnée souligne que les établissements privés sont particulièrement vigilants à proposer de développer leur offre en cas de fermeture d'un établissement. Une évolution du contenu de ces objectifs pour la psychiatrie permettrait de redonner aux ARS des marges de manœuvre dans l'évolution de l'offre de soin.

²⁴² Article R. 3224-2 du CSP : « L'agence régionale de santé anime la démarche d'élaboration du projet territorial de santé mentale initiée par les acteurs. Elle veille au respect des dispositions législatives et réglementaires, à l'association de tous les acteurs concernés, à la pertinence du choix du territoire retenu ainsi qu'au bon avancement des travaux dans un délai satisfaisant. »

²⁴³ Article L. 6122-1 du CSP : « Sont soumis à l'autorisation de l'agence régionale de santé les projets relatifs à la création de tout établissement de santé, la création, la conversion et le regroupement des activités de soins, y compris sous la forme d'alternatives à l'hospitalisation ou d'hospitalisation à domicile, et l'installation des équipements matériels lourds. La liste des activités de soins et des équipements matériels lourds soumis à autorisation est fixée par décret en Conseil d'État ».

La prise en considération de la spécificité de la pédopsychiatrie reste une innovation dans le régime des autorisations, elle devrait avoir un impact positif sur l'organisation de l'offre de soins, en ce qu'elle devrait permettre de mieux organiser les différents modes de prise en charge sur le territoire, en particulier en ambulatoire.

Contrairement aux autres disciplines hospitalières, seules les activités des établissements psychiatriques privés disposaient de conditions techniques de fonctionnement, qui fixent pour certaines spécialités hospitalières²⁴⁴ les critères matériels (chambres, espaces), humains et techniques minimales permettant aux ARS de délivrer une autorisation d'activité. Un second décret du 28 septembre 2022 pallie cette carence en détaillant les conditions d'accueil des patients en psychiatrie et, point important, des enfants et adolescents :

- sur le plan matériel, il mentionne la présence d'espaces « *de vie et de jeux intérieurs et extérieurs* » et l'obligation de chambres individuelles ou à deux, éléments présents dans la plupart des établissements visités par la Cour ;
- sur le volet des ressources humaines, il précise la présence obligatoire d'un psychiatre de l'enfant et de l'adolescent, critère indispensable mais qui n'ira pas sans poser problème au regard des difficultés de la quasi-totalité des établissements à recruter dans cette discipline ;
- en termes organisationnels, il précise enfin que les séjours sont organisés en fonction des tranches d'âge des prises en charge.

La majorité de ces conditions concernent l'hospitalisation complète ; très peu concernent les prises en charge en hôpital de jour. Plus encore, le décret ne prévoit aucune mention précise sur la qualité des prises en charge ou sur les obligations de suivi coordonné des soins en sortie d'hospitalisation, alors que, par exemple, ceux-ci sont notamment l'une des conditions essentielles à l'absence de récurrence en cas de tentative de suicide.

Les mineurs étant réputés hospitalisés sous le régime du consentement – en droit celui des parents – le décret n'apporte pas non plus de précision sur la présence obligatoire d'une salle d'apaisement²⁴⁵. Sur le modèle des services adultes, les établissements visités prévoient cependant ce type de pièce, alors même qu'elle n'est utilisée qu'en dernier recours, ouverte et en présence à proximité d'un professionnel. Si tous les professionnels soulignent l'utilisation rare de cette pièce, les recommandations de la Haute Autorité de Santé sur les salles d'apaisement et espaces calme-retrait pourraient être mises en œuvre et ajoutées aux conditions techniques de fonctionnement.

Enfin, malgré les fortes disparités entre établissements publics et privés, le décret ne comporte pas d'éléments plus précis sur les taux d'encadrement attendus en unités d'hospitalisations à temps plein, à l'instar d'autres spécialités²⁴⁶. En effet, en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, les taux d'encadrement en hospitalisation à temps plein sont supérieurs

²⁴⁴ L'article R. 6122-25 du CSP détaille la liste des 18 activités soumises à autorisation, dont la psychiatrie.

²⁴⁵ Haute autorité de santé, *Les espaces de calme-retrait et d'apaisement – volet 3 des recommandations « les comportements-problèmes » : prévention et réponses au sein des établissements et services intervenant auprès des enfants et adultes handicapés*, 2018. Par exemple, l'EPSM Lille-Métropole a mis en place une pièce capitonnée, entourée de matelas en mousse, disposant d'un fauteuil enveloppant et d'une couverture lestée permettant un isolement contenant et sécurisé pour les jeunes, sans nécessité de fermeture de la porte principale.

²⁴⁶ Voir pour l'activité de réanimation pédiatrique les articles D. 6124-24-2 à D. 6124-34-5 du code de la santé publique.

à ceux de la psychiatrie générale²⁴⁷ : environ 1,5 ETP pour 1 lit, parfois 2 pour les unités pour adolescents. Comme la Cour a déjà pu le souligner²⁴⁸, cette précision donnerait la capacité aux ARS, lors de la délivrance d'autorisations ou de visites d'inspection, de disposer d'un levier d'intervention plus efficace afin de contraindre les établissements, notamment du secteur privé, à améliorer leur organisation, et partant, la qualité de l'offre de soins de pédopsychiatrie.

Anticiper l'impact à court terme de l'absence de pédopsychiatres dans les établissements pédopsychiatriques

Selon le Centre national de gestion, au 1^{er} janvier 2021, le taux de vacance statutaire en psychiatrie était de 35,5 %²⁴⁹. Les établissements rencontrés font tous état de grandes difficultés à pourvoir les postes de pédopsychiatres, dans certains cas seuls des psychiatres occupant d'ailleurs ces postes. Or, eu égard à la démographie des pédopsychiatres, il ne sera pas possible dans une majorité d'établissements de respecter la condition du décret sur les conditions techniques de fonctionnement.

Conséquence de cette situation, des pratiques d'intérim médical onéreuses et peu conformes à la qualité des prises en charge se développent : l'ARS Nouvelle-Aquitaine souligne ainsi la particulière vulnérabilité d'établissements situés dans des territoires isolés, conduisant à des dépenses disproportionnées. Dans une étude en 2020, l'ARS Normandie relève que la psychiatrie est l'une des spécialités les plus consommatrices d'intérim médical (1,1 M€), soit la 7^e spécialité la plus représentée.

D'ores et déjà, dans certains territoires, les ARS ont organisé des réunions entre responsables de services de pédopsychiatrie, afin de convenir de mises à disposition croisées exceptionnelles de temps de pédopsychiatres pour garantir la continuité des soins.

2 - Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens : un levier fragile

Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens signés entre l'ARS et les établissements de santé sont destinés à veiller à la mise en œuvre opérationnelle, à l'échelle des établissements, des orientations stratégiques régionales, dont celles contenues dans le projet régional de santé.

Or, les objectifs concernant la pédopsychiatrie font l'objet d'une prise en compte variable selon les régions alors que l'importance du sujet milite pour un meilleur traitement. Le suivi de ces objectifs pourrait être amélioré. Dans certaines régions, un CPOM « socle » est déterminé, avec un minimum de dispositions²⁵⁰.

Pour d'autres régions, ce n'est pas le cas. Les objectifs (et indicateurs) peuvent être non spécifiques à la pédopsychiatrie et concerner à la fois les patients adultes et enfants²⁵¹.

²⁴⁷ La psychiatrie infanto-juvénile fait également appel à des professionnels plus diversifiés, autres qu'infirmiers et psychiatres, comme le prévoit le décret du 28 septembre 2022 (éducateurs spécialisés, psychomotriciens, orthophonistes etc.).

²⁴⁸ Cour des comptes, *Les parcours dans l'organisation des soins en psychiatrie*, rapport public thématique, février 2021.

²⁴⁹ Le taux de vacances statutaire est la part des postes non occupés par des praticiens hospitaliers disposant de ce statut, mais ne reflète pas complètement le taux de vacance car une part de ces postes peuvent être occupés par des contractuels.

²⁵⁰ Ce choix a pu être motivé par l'attente d'un cadre nationale.

²⁵¹ Le CPOM signé entre l'ARS Bretagne et fondation saint jean de dieu (21 établissements dont 7 structures pédopsychiatriques) comporte une seule fiche qui concerne directement le thème de la pédopsychiatrie : « Optimiser les réponses de soins et d'accompagnement en direction des enfants, adolescents et jeunes adultes au travers d'un plan d'actions spécifiques ».

III - Un système de financement en évolution, des points de vigilance à prendre en compte

Le financement de la pédopsychiatrie relève du même régime que celui de la psychiatrie : il était historiquement le même d'une année à l'autre et s'adaptait peu aux spécificités locales des établissements, à l'exception des mesures nouvelles et des appels à projets. La réforme issue de la LFSS pour l'année 2020 a visé à introduire plus de souplesse.

A - Des financements jusqu'à 2022 peu incitatifs et facteurs d'inégalités de moyens

Le financement de la psychiatrie échappait au modèle de la tarification à l'activité. Les établissements de santé étaient en effet financés selon des enveloppes budgétaires et des modalités différentes selon qu'ils relèvent d'un régime juridique public ou privé. Depuis 2005²⁵² les établissements du service hospitalier, publics et à but non lucratif, étaient financés par une dotation annuelle de financement reconduite d'année en année avec un taux d'évolution annuel assez faible de l'ordre de 2 % entre 2016-2019²⁵³. Or, le renouvellement automatique annuel de l'attribution des dotations, sur une base historique, a conduit à des inégalités excessives entre régions et établissements. La Cour a déjà souligné le caractère globalement peu incitatif sur le niveau d'activité d'un financement par dotation²⁵⁴.

S'agissant de la pédopsychiatrie, le mélange des secteurs adultes et infanto-juvéniles ne permet d'identifier ni les lignes de financement ni les coûts et ne donne par ailleurs aucune souplesse dans les choix d'orientation spécifiques des pratiques de prise en charge. Les ARS et les établissements publics hospitaliers sont ainsi privés des moyens d'adapter l'offre de soins aux besoins de la population, à leur évolution, et aux spécificités sanitaires et sociales de leur territoire.

Pourtant, depuis 2016, l'Atih procède à une étude de coûts en psychiatrie qui, bien que ne concernant qu'un échantillon relativement restreint d'établissements, permet de disposer d'une meilleure information sur le coût des différentes modalités de prises en charges adultes et enfants. Le ministère chargé de la santé doit soutenir ce mouvement en prévoyant dans les circulaires budgétaires annuelles des établissements de santé la transmission d'annexes aux états des prévisions de recettes et de dépenses retraçant, sur le modèle des enquêtes Atih, les affectations prévisionnelles des recettes et des dépenses par services, en distinguant bien le service adulte du service enfant, et par type de prises en charge.

²⁵² Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004.

²⁵³ À cela s'est ajouté, depuis près de vingt ans, le financement de nouveaux projets par les ARS par addition de crédits à la dotation historique. Or, ces nouveaux projets et les crédits y afférents n'ont fait l'objet d'aucun analytique permettant le contrôle de l'effectivité de la dépense par les ARS et par la DGOS. Pourtant, leur part dans le financement des dépenses de psychiatrie n'est pas négligeable comme cela a été constaté dans un établissement visité. Le centre hospitalier Guillaume Regnier a pu ainsi montrer que, depuis 2005, 20 % des recettes de DAF étaient constituées de crédits octroyés au fil du temps pour des mesures nouvelles.

²⁵⁴ Cour des comptes, « Soins de suite et de réadaptation, soins psychiatriques, accueil des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées : dix ans de réformes inabouties du financement des établissements et services », in Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, octobre 2021. L'écart des financements entre les régions s'échelonne ainsi de 117 € à 340 € par habitant en 2019. Si une péréquation au niveau national a été engagée en 2018, via un renforcement de la dotation de trois régions historiquement sous-dotées (Centre-Val-de-Loire, Océan Indien, Pays de la Loire).

Des financements sur projets pour impulser des dynamiques nouvelles au sein des établissements

En dehors même des projets de recherche, un financement sur projets a été développé par la DGOS à partir de 2019 pour soutenir les actions en faveur de la pédopsychiatrie. Ces programmes reposent sur une sélection nationale à partir de projets remontés par les ARS. L'ordre de priorité des projets proposés par les ARS n'est pas toujours concordant avec celui arbitré par le ministère de la santé en fin de processus témoignant d'une nécessaire amélioration de la communication entre les acteurs.

Le fonds d'innovation organisationnelle en psychiatrie (FIOP), qui n'est pas spécifique à la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, a été créé en 2019 à la suite des mesures annoncées dans le cadre du plan « Ma santé 2022 ». Entre 2019-2021, le fonds a été doté de 80 M€ et a financé, sur trois ans, 160 projets. La pédopsychiatrie est une des cinq orientations prioritaires de ce fonds : elle représente une part significative des projets lauréats²⁵⁵.

Un second appel à projet, quant à lui spécifique à la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, a été créé en 2019. Doté de 20 M€ annuellement, il vise à rééquilibrer les sous-dotations historiques de certains établissements en équipements et personnels, à renforcer les CMP-IJ et à assurer une meilleure réponse aux situations d'urgence et de crise. En 2021, un second volet doté de 10 M€, en plus des 20 M€ initiaux, a concerné spécifiquement la psychiatrie périnatale. L'augmentation significative du nombre de projets financés (35 en 2019, 48 en 2020 et 63 en 2021²⁵⁶), et la qualité des projets soulignée par la DGOS, montre tout l'intérêt de cette initiative pour les équipes de soins qui y voient une opportunité nouvelle et une source de dynamisme, notamment car l'utilisation des crédits est ouverte à du recrutement de personnels soignants. Ces crédits non reconductibles induisent néanmoins une certaine incertitude pour les porteurs, notamment pour les projets transformants ou structurants. En 2022, un nouvel appel commun à la pédopsychiatrie et à la psychiatrie périnatale a été lancé avec un financement associé de 20 M€.

B - Une réforme aux objectifs ambitieux, à maintenir dans sa mise en œuvre

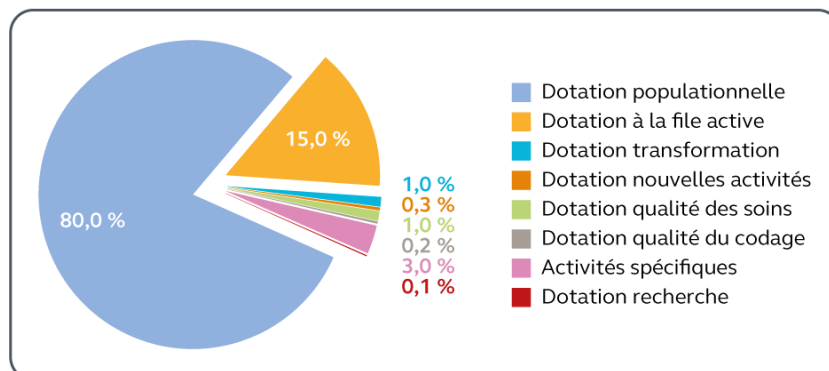
La loi de financement de la sécurité sociale pour 2020, qui a réformé en profondeur le système de dotations, a visé en premier lieu la diminution des inégalités territoriales. Ce nouveau dispositif, qui entre en vigueur progressivement depuis 2022, continuera de financer indistinctement la psychiatrie adulte et enfants : tous les établissements, quel que soient leur statut (public, privé et privé non lucratif), seront financés à partir de différentes dotations : populationnelle, à la qualité et à la sécurité des soins ainsi que des compartiments ciblés finançant l'innovation, la structuration de la recherche ou encore la transformation du secteur²⁵⁷. Celles-ci ont vocation à mieux prendre en compte les caractéristiques de chaque établissement et à mettre fin à la reconduction systématique des crédits d'une année sur l'autre.

²⁵⁵ 19 sur 42 au total en 2019, 16 sur 76 en 2020, 10 sur 42 en 2021. Les projets sélectionnés couvrent des thèmes très larges : interventions précoces, équipes et consultations mobiles de détection d'évaluation et de suivi, accompagnement des adolescents en situation de rupture, réseaux ambulatoires, etc.

²⁵⁶ 24 projets ont été financés sur le volet psychiatrie périnatale en 2021.

²⁵⁷ Article L. 162-22-18 (I) du code de la sécurité sociale, introduit par l'article 34 de la LFSS pour 2020.

Graphique n° 4 : part des dotations pour les établissements publics dans le nouveau modèle de financement (données prévisionnelles 2023)



Source : Données ministère chargé de la santé, retraitement Cour des comptes

Le niveau national sera chargé du calcul des différentes dotations et de leur répartition entre régions, à partir de critères tenant compte, pour la dotation « populationnelle », d'un coefficient multiplicateur valorisant la part des mineurs dans la population de la région²⁵⁸. La dotation « file active », représentant pour les établissements publics environ 15 % du financement, sera calculée à partir du nombre de journées d'hospitalisation et d'actes ambulatoires, avec des montants unitaires également plus élevés pour les mineurs. La dotation « populationnelle » sera versée par le ministère aux ARS qui auront la responsabilité de sa répartition entre établissements.

Une prime aux établissements comprenant des services de pédopsychiatrie

Dans les simulations transmises par le ministère chargé de la santé aux fédérations en juillet 2021²⁵⁹, les établissements ayant une offre mixtes adulte-enfants ou exclusivement enfants sont favorisés par la réforme, par rapport aux établissements proposant exclusivement des soins aux adultes, quel que soit le statut de l'établissement. Par exemple, les recettes des établissements publics disposant de services de pédopsychiatrie et « gagnants » par rapport à l'ancien financement augmentent de 3,7 %, contre 3,3 % pour les établissements exclusivement adultes.

Environ 77 % des établissements publics recevant des mineurs (établissements mixtes adultes-enfants) sont « gagnants », et cette part atteint 84 % des établissements privés recevant des enfants, pour des recettes en augmentation d'environ 12,7 %²⁶⁰. Cette évolution est à mettre en regard des questionnements sur la surcompensation du service d'intérêt économique général (cf. chapitre II) mais doit également être relativisée, eu égard aux montants total des recettes projetées : les recettes supplémentaires des établissements publics recevant des enfants et « gagnants » s'élèvent à + 573 M€ contre + 8 M€ pour les établissements privés.

²⁵⁸ Les critères de répartition inter-régionale pondèrent la population mineure par un coefficient de 2,35 pour un adulte.

²⁵⁹ Scénario incluant le scénario de base avec les différentes dotation et des grilles de pondérations pour chaque forme d'activité du secteur DAF pour les prises en charge à temps complet et partiel (pondérations journalières dégressives pour temps plein, post-cure et centre de crise ; pondération journalière fixe pour les autres), ainsi que la valeur des forfaits et majorations pour l'activité ambulatoire auquel sont ajoutés deux coefficients sur le temps plein adulte (pour tenir compte des prises en charges spécifiques des jeunes adultes et de la géronto-psychiatrie) ainsi qu'un affinement de la grille pour l'hospitalisation à temps partiel de jour et 5 pondérations en fonction du type de prise en charge et du nombre d'intervenants.

²⁶⁰ En enlevant du résultat deux cliniques dont les recettes doublent avec la réforme.

Néanmoins, comme la Cour a déjà pu le souligner²⁶¹, à défaut d'orientations incitant à la transformation de l'offre de soins, le risque est de pérenniser le *statu quo* à partir des financements historiques²⁶². De fait, l'absence de mesure de l'intensité des troubles psychiques ne permet pas de soutenir les établissements qui accueilleraient des patients aux troubles les plus sévères : pour les prises en charge en CMP, la mise en place d'une pondération progressive pourrait conduire les établissements privés, désormais éligibles à développer cette activité, à privilégier la production d'actes pour des cas moins sévères²⁶³.

Il est encore trop tôt pour tirer un bilan de cette réforme : néanmoins elle s'inscrit dans une logique plus favorable à la réalité de l'activité des établissements et à la diversité de leur mission. Dans la concertation du ministère de la santé avec les fédérations nationales d'établissements, celles-ci ont proposé des choix opposés dans la répartition des différentes dotations²⁶⁴ : les fédérations d'établissements publics privilégient une part maximale de dotation populationnelle et celles d'établissements privés à but lucratif une part maximale de dotation à la file active. Or, cette différence des modes de financement entre le secteur public et le secteur privé ne favorise pas un rééquilibrage des prises en charge vers les cas les plus sévères, qui continueront de reposer sur le secteur public.

Enfin, la réforme n'épuise pas la question du financement des nouveaux établissements sur le territoire. En l'absence de possibilité de dépassement de l'enveloppe nationale de financement de la psychiatrie, toute nouvelle création s'effectuera en ponctionnant les établissements existants. Cela pose la question de la capacité des ARS à faire émerger de nouveaux opérateurs et à redéployer l'offre existante.

IV - Revitaliser le secteur du soin psychique infanto-juvénile : une priorité de santé publique

A - Rééquilibrer l'offre de soins de pédopsychiatrie : les professionnels de ville et les cliniques privées doivent en prendre leur part

La prise en charge des urgences pédopsychiatriques repose principalement sur les services d'urgence des hôpitaux publics²⁶⁵. Celles-ci impliquent la mise en place d'un tableau des astreintes ainsi que la sollicitation régulière des médecins pour assurer des gardes. Elles constituent un élément important susceptible de freiner l'attractivité de l'hôpital public, au profit des établissements privés et de l'exercice libéral.

²⁶¹ Cour des comptes, *Les parcours dans l'organisation des soins de psychiatrie*, février 2021, La documentation française.

²⁶² D'ores et déjà, le ministère a missionné l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (Anap) pour accompagner les ARS dans l'évaluation des besoins en soins et formaliser des orientations régionales. L'Anap est chargée d'accompagner les ARS afin d'harmoniser les pratiques d'allocation des dotations, piloter la mise en œuvre de la réforme par les ARS à partir de tableaux de bord pertinents et fiables et outiller le dialogue de gestion avec les établissements.

²⁶³ Selon le ministère chargé de la santé, la dotation « files actives » vise, au sein d'une juste valorisation des activités réalisées, à inciter les établissements à privilégier les alternatives à l'hospitalisation à temps plein : le tarif des journées d'hospitalisation à temps plein sera dégressif par rapport à la durée d'hospitalisation cumulée sur l'année par patient et celui de l'acte ambulatoire sera progressif avec le nombre et l'intensité des contacts.

²⁶⁴ Arrêté du 31 décembre 2022 relatif au financement des établissements de santé exerçant des activités de soins mentionnées au 2° de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale.

²⁶⁵ Article R. 6123-32-9 du code de la santé publique.

Pour mieux équilibrer la responsabilité de la permanence des soins²⁶⁶, à laquelle l'ARS doit veiller :

- les psychiatres libéraux devraient contribuer à la régulation des urgences en prenant une part des appels la nuit et les week-ends, *via* le 15, ou par une orientation des appels et des patients vers un cabinet de permanence en ville. Ils pourraient également participer à des astreintes de services, se déplaçant au domicile ou vers les services d'urgence ;
- les établissements privés disposant d'autorisations d'activité psychiatrique devront, dans le cadre du nouveau régime des autorisations, mieux participer à la prise en charge des soins non programmés, sous le contrôle des ARS qui devraient prévoir notamment une participation aux astreintes des services d'urgences.

B - Valoriser les professionnels en renforçant l'attractivité du métier de pédopsychiatre

La pédopsychiatrie n'est pas considérée, aujourd'hui, comme une discipline médicale à part entière et ce principalement en raison des différentes réformes du troisième cycle universitaire : jusqu'en 1991, il s'agissait d'une spécialité médicale ; elle a ensuite été transformée en surspécialité ouverte après le DES. Depuis la rentrée 2022, il s'agit d'une option précoce dans le cadre d'un DES renouvelé.

1 - Doubler le nombre d'étudiants formés annuellement à la psychiatrie infanto-juvénile

Alors que le nombre de psychiatres a augmenté ces dernières années, celui des pédopsychiatres n'a cessé de diminuer. Leur effectif est passé de 3 113 en 2010 à 2 039 en 2022, soit une diminution de plus d'un tiers sur la période²⁶⁷.

La crise démographique de la discipline s'annonce encore plus aigüe dans les années à venir. Comme le Conseil national de l'ordre des médecins (Cnom) l'a analysé, l'offre de soins proposée par les médecins habilités à la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent repose en grande partie sur les retraités actifs (en situation de cumul). Environ 37 % des médecins compétents en pédopsychiatrie, âgés en moyenne de 72 ans, sont des retraités actifs en 2022²⁶⁸ et leur cessation d'activité va conduire à une pénurie majeure de praticiens dans cette discipline à court terme²⁶⁹. Ce phénomène sera aussi accentué par la pyramide des âges des actifs, dont 47 % ont plus de 60 ans. Cette tendance devrait aboutir à ce que, sans mesure ciblée, ils soient moins de 1 000 praticiens d'ici à 2035.

²⁶⁶ Définie par le décret n° 2010-809 du 13 juillet 2010 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins.

²⁶⁷ Données Conseil national de l'ordre des médecins.

²⁶⁸ L'effectif de ces derniers a augmenté depuis 2010 traduisant une hausse globale de leur effectif de 107 % à l'échelle nationale, passant de 354 médecins compétents en pédopsychiatrie en 2010 à 734 en 2022, faisant passer cette part de 11 % des effectifs des à 37 %.

²⁶⁹ L'âge moyen des médecins compétents en pédopsychiatrie est de 64 ans ; il est de 56 ans pour les actifs réguliers et de 72 ans pour les retraités actifs. Cette moyenne est importante comparée à l'âge moyen pour l'ensemble des spécialités, qui est de 50 ans.

Chaque année, selon le ministère en charge de l'enseignement supérieur, une centaine d'étudiants s'inscrit au diplôme d'études spécialisées complémentaire (Desc) de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, diplôme en cours de réforme, soit environ un étudiant du diplôme d'études spécialisées (DES) de psychiatrie sur cinq. Il n'est pas possible d'anticiper ce que la réforme du DES de psychiatrie en 2022 induira sur le nombre d'étudiants formés à la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (cf. *infra*)²⁷⁰.

Une réforme de la formation des psychiatres aux résultats incertains

Jusqu'en 2017, la maquette du DES de psychiatrie prévoyait, au sein des huit semestres nécessaires pour valider le diplôme, deux stages en pédopsychiatrie. Pour compléter cette formation, les étudiants titulaires du DES de psychiatrie pouvaient poursuivre en réalisant un Desc de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent sur deux semestres.

À compter de la rentrée universitaire 2017, la maquette a évolué, en réduisant le nombre de stages en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à un seul, pour les étudiants ne choisissant pas cette option durant leur DES²⁷¹.

Inciter les étudiants en médecine à s'orienter vers la pédopsychiatrie suppose de rendre la formation attractive, alors même que celle-ci a connu deux réformes ces dernières années²⁷². Suite aux mesures annoncées dans le cadre des Assises de la santé mentale, visant à modifier les arrêtés des 12 et 21 avril 2017, l'ensemble des étudiants en psychiatrie suivront dès 2022 dix semestres de stages en 3^e cycle²⁷³. Ils devront choisir une option précoce²⁷⁴ (enfant et adolescent ou adulte) avant la fin du 4^e semestre. Une option relative à la psychiatrie périnatale sera possible pour l'ensemble des étudiants du DES, quelle que soit l'option précoce choisie.

Le choix de créer un co-DES partagé entre les deux disciplines de la psychiatrie adulte/enfant fait l'objet d'un consensus au sein de la communauté médicale : les deux semestres intervenant dans les deux premières années seront susceptibles de mieux faire connaître la pédopsychiatrie en début d'internat mais rien ne garantit que ceci conduise à une augmentation significative des effectifs d'étudiants choisissant l'option précoce enfant et adolescent. Si la chute d'attractivité se poursuit, aucun mécanisme n'est prévu en cas de risque, pourtant réel, de voir des promotions d'étudiants choisir exclusivement l'option précoce psychiatrie générale et de voir des effectifs en option précoce enfant et adolescent réduits voire nuls.

²⁷⁰ Avec une tendance à l'augmentation ces deux dernières années. Après la médecine générale, la psychiatrie est la spécialité médicale disposant du plus grand nombre de postes à pourvoir à l'issue des épreuves nationales classantes : 527 sur 8286 en 2020-2021 et 532 sur 8525 soit 6 % des postes d'internes.

²⁷¹ Pour les étudiants faisant le choix de l'option enfant et adolescent, le nombre de stages dans les services de pédopsychiatrie étaient de quatre au total (deux durant le DES et deux durant le DESC).

²⁷² À compter de la rentrée universitaire 2017, la maquette a évolué. Les étudiants du DES devaient réaliser au sein de leurs huit semestres de stage, au moins trois semestres en CHU et deux hors CHU. Quatre stages devaient avoir lieu en psychiatrie de l'adulte et au moins un en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. En fonction de l'option choisie, un stage devait également avoir lieu soit en psychiatrie périnatale, soit psychiatrie de l'adolescent, soit en psychiatrie de la personne âgée, soit en addictologie. Les deux derniers stages étant libres. En cas de choix de l'option psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (PEA) deux semestres s'ajoutaient en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, portant le total de semestres dans cette spécialité à quatre sur dix, et permettant ainsi d'obtenir le Desc de la surspécialité.

²⁷³ Les stages devront être réalisés au cours des 10 semestres selon le schéma suivant : au moins 2 dans un lieu agréé en psychiatrie de l'adulte et au moins 2 dans un lieu agréé en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent ; au moins 4 dans un lieu avec encadrement universitaire dont au moins 2 dans l'option précoce choisie tel que défini à l'article 1 du présent arrêté ; au moins 3 dans un lieu sans encadrement universitaire dont au moins 1 dans l'option précoce choisie.

²⁷⁴ Option au sens de l'article R. 632-21 du code de l'éducation.

Pour compenser les futurs départs en retraite, il faudrait au moins doubler le nombre d'étudiants formés à la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent pour les 15 prochaines années²⁷⁵. Cela demande des mesures d'attractivité fortes en faveur de l'option précoce enfant et adolescent²⁷⁶ mais aura nécessairement, par un effet de vases communicants, un impact négatif sur le nombre d'étudiants formés en psychiatrie de l'adulte, en particulier pour les cinq prochaines années puisque les effectifs du DES devraient être proches de ceux actuels. La crise démographique est néanmoins plus marquante en ce qui concerne la pédopsychiatrie que la psychiatrie de l'adulte.

La réforme du 3^e cycle pour la psychiatrie devrait s'accompagner d'une reconnaissance de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent en tant que discipline au plan administratif, afin de distinguer clairement, au sein des titulaires du DES, les diplômés en fonction de l'option précoce choisie, et de valoriser l'option psychiatrie infanto-juvénile. Ceci devrait permettre de suivre les effectifs associés afin d'éviter que la situation actuelle, confuse sur le recensement des professionnels qualifiés en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, ne perdure et complexifie encore le pilotage de ce champ.

2 - Une rémunération des psychiatres libéraux récemment améliorée

Contrairement aux autres disciplines médicales, la pédopsychiatrie s'exerce difficilement en ville, même à temps partiel : les spécificités inhérentes aux enfants et aux adolescents peuvent jouer sur l'attractivité de cet exercice avec notamment des durées de consultation plus longues que pour les adultes²⁷⁷, étendues à différents membres d'une famille et nécessitant des démarches administratives de coordination chronophages pour les médecins.

Comme la Drees l'a montré en 2022 sur la base des revenus 2017, les psychiatres libéraux ont des revenus plus faibles que les autres spécialités : avec 89 450 € de revenu moyen contre 119 800 € pour l'ensemble des médecins et 151 910 € pour l'ensemble des spécialistes²⁷⁸.

Dans le cadre des récentes négociations conventionnelles, plusieurs mesures ont visé à revaloriser la psychiatrie notamment pour la prise en charge des enfants et des adolescents²⁷⁹.

La psychiatrie a bénéficié de revalorisations directes des consultations : l'augmentation théorique issue de ces mesures devrait atteindre en moyenne environ 8 300 € annuels par professionnel, selon les estimations de la Cnam. Cet effort général en faveur de la psychiatrie et de la pédopsychiatrie devrait lever une partie des freins à la prise en charge des enfants et des adolescents en ville. La crise de la covid 19 a permis de montrer le rôle déterminant de ces professionnels au soutien des jeunes confrontés à des troubles psychiques : alors que seules 609 téléconsultations avaient eu lieu en 2019, ce chiffre est monté à 54 084 en 2020.

²⁷⁵ En effet, selon les projections de la Drees réalisées en 2021 le nombre de psychiatres (toutes options) ne devrait croître significativement, qu'à partir de 2035 (+ 2 542 médecins psychiatres par rapport à l'année 2023) et s'intensifier ensuite pour atteindre + 6 199 en 2045 par rapport à 2023. La période antérieure à 2035 s'annonce donc critique pour la pédopsychiatrie. Scénario tendanciel à 8 700 étudiants admis en deuxième année d'études médicales et 1 200 diplômés à l'étranger par an.

²⁷⁶ Selon le ministère de la santé, en moyenne 77 % des postes ouverts pour la formation optionnelle en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent sont pourvus, soit environ 150 par an.

²⁷⁷ Une séance moyenne durerait, selon le syndicat, environ 45 minutes pour un enfant et sa famille contre 30 minutes environ pour un adulte.

²⁷⁸ Drees, Études et résultats n° 1223, *Revenus des médecins libéraux : une hausse de 1,9 % par an en euros constants entre 2014 et 2017*, mars 2022. Avec la gynécologie, l'ophtalmologie et la radiothérapie, la psychiatrie fait partie des quatre spécialités pour lesquelles les revenus sont les plus dispersés.

²⁷⁹ Voir annexe n° 8 pour le détail de la valorisation.

3 - Aligner le ratio d'encadrants hospitalo-universitaires sur celui des autres disciplines

En psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, comme en psychiatrie plus généralement, le taux d'encadrement des étudiants par des enseignants est l'un des plus faibles des spécialités médicales : il est de 1 pour 17 internes en pédopsychiatrie (1 pour 24 internes en psychiatrie), alors qu'il est cinq fois plus favorable en cardiologie et plus de sept fois en neurologie. Or, cet aspect est un élément central de l'attractivité de la discipline, dont la difficulté dans l'exercice des soins et les conditions de travail requièrent un encadrement soutenant et sécurisant pour les jeunes internes.

De surcroît, comparée à l'ensemble des effectifs hospitalo-universitaires, la pédopsychiatrie ne représente que 0,8 % des effectifs (0,9 % des professeur des universités-praticien hospitalier et 0,5 % des maîtres de conférences des universités – praticiens hospitaliers)²⁸⁰.

Tableau n° 6 : effectifs des corps hospitalo-universitaires dans la discipline pédopsychiatrie-addictologie

	2016	2017	2018	2019	2020	2021
MCU-PH	4	3	4	9	10	12
PU-PH	37	37	37	37	41	42
Ensemble	41	40	41	46	51	54

Source : DGRH, ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation. Effectifs au 31 décembre de chaque année

La dynamisation de la branche universitaire de la discipline passe en partie par le renforcement en personnels hospitalo-universitaires dans les universités et les centres hospitalo-universitaires (CHU). L'action 24 de la feuille de route de la santé mentale et de la psychiatrie va dans ce sens, en prévoyant en 2019 au moins un poste de professeur des universités-praticien hospitalier²⁸¹ (PU-PH) de pédopsychiatrie par faculté de médecine²⁸². Depuis cette annonce, néanmoins, seules trois des huit universités ne disposant d'aucun PU-PH de pédopsychiatrie ont obtenu un poste²⁸³.

Or, la discipline est confrontée à une difficulté de recrutement au grade de PU-PH en raison du faible nombre de professionnels de la branche, ce qui conduit à une raréfaction des candidats remplissant les critères requis pour ce grade : en plus des titres universitaires en médecine, une production de travaux de recherche visible et significative, ainsi qu'une habilitation à diriger les recherches²⁸⁴ et éventuellement une mobilité internationale sont requises.

²⁸⁰ Selon le CNG, en 2020, on dénombrait 6398 HU, dont 4372 PU-PH et 2026 MCU-PH.

²⁸¹ La pédopsychiatrie bénéficie en effet d'une sous-section dédiée (sous-section 49-04), distincte de la psychiatrie de l'adulte (section 49-03) au sein de la section 49 « pathologie nerveuse et musculaire, pathologie mentale, handicap et rééducation » du conseil national des universités (CNU) pour les disciplines médicales. Corps hospitalo-universitaire le plus élevé.

²⁸² La pédopsychiatrie bénéficie en effet d'une sous-section dédiée (sous-section 49-04), distincte de la psychiatrie de l'adulte (section 49-03) au sein de la section 49 « pathologie nerveuse et musculaire, pathologie mentale, handicap et rééducation » du conseil national des universités (CNU) pour les disciplines médicales.

²⁸³ La DGOS souligne sur ce point diverses mesures à venir et notamment que 12 postes de professionnels hospitalo-universitaires (MCU-PH et PUPH) devraient être ouverts dans les quatre prochaines années.

²⁸⁴ Les candidats des concours de type 3 (praticiens hospitaliers avec 8 ans d'expérience) sont, administrativement, dispensés d'HDR pour se présenter au concours.

Pour renverser ce phénomène auto-entretenu, pourrait être enclenchée une dynamique en faveur de recrutements dans le corps de maître de conférences des universités – praticien hospitalier (MCU-PH), corps en dessous de celui des PU-PH. Contrairement aux disciplines non médicales²⁸⁵, la pyramide des corps hospitalo-universitaires de pédopsychiatrie est en effet inversée : il y a environ deux PU-PH pour un MCU-PH, soit davantage de titulaires dans le corps supérieur²⁸⁶. Renforcer le vivier des MCU-PH permettra à terme d'assurer plus de candidatures au corps supérieur. De surcroît, ces postes ciblant des profils plus jeunes leur offriraient la possibilité de développer leurs activités de recherche et d'enseignement et soutiendrait la discipline, sur le plan de l'attractivité et de la visibilité. Les MCU-PH recrutés auraient vocation à être promus PU-PH quelques années après, une fois leur expérience universitaire et de recherche valorisée sur le plan scientifique. Cette voie pourrait être envisagée dans un premier temps afin de renforcer la composante universitaire de cette discipline et d'améliorer ainsi le taux d'encadrement des étudiants.

Parmi les praticiens non titulaires, l'action 25 de la feuille de route vise à créer 10 postes de chefs de clinique des universités-assistants des hôpitaux (CCU-AH) en pédopsychiatrie par an (recrutés pour deux ans). Elle pourrait être pérennisée pour les 10 prochaines années, en envisageant une augmentation du nombre de postes financés²⁸⁷. Ces postes représentent l'un des principaux viviers de recrutement des MCU-PH et PU-PH et participent à l'encadrement des internes ainsi qu'aux activités de soins, d'enseignement et de recherche. L'enjeu financier de cette mesure est difficilement mesurable puisque la Direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle (DGESIP) n'est pas en mesure de détailler les crédits qu'elle a engagés aux côtés de la DGOS²⁸⁸.

4 - Soutenir la recherche française pour valoriser la discipline

L'activité de recherche et la production scientifique associée constituent des facteurs forts d'attractivité pour les disciplines médicales et un élément essentiel pour l'amélioration du soin et des pratiques cliniques²⁸⁹.

²⁸⁵ À l'échelle de l'enseignement supérieur, hors disciplines en santé, il y a environ deux maîtres de conférences pour un professeur des universités. La loi de programmation de la recherche a pour objectif d'augmenter à 40 % la part des professeurs parmi les enseignants chercheurs.

²⁸⁶ Voir le rapport Igas 2017-129R/IGAENR 2018-058, *Les personnels enseignants et hospitaliers, 60 ans après l'ordonnance de 1958 : propositions d'évolutions*, juillet 2018

²⁸⁷ Ces recrutements, financés par les ministères en charge de la santé et de l'enseignement supérieures, dans le cadre d'un appel à projet qui se déroule depuis 4 ans, ont concernés 32 lauréats (dont deux qui ont renouvelés leur contrat) depuis le début de l'initiative. 12 postes seront ouverts en 2022. Si les deux premières années, les projets retenus étaient principalement orientés TND et TSA, un rééquilibrage au bénéfice des autres thématiques de la pédopsychiatrie a été observé en 2020 et 2021.

²⁸⁸ Seule la DGOS a pu fournir les informations relatives au ministère de la santé : entre 2018 et 2021, 2 297 906 € ont permis de financer les 31 postes. La DGESIP a indiqué que « les emplois de chefs de clinique des universités-assistants sont valorisés à un coût moyen de 25 945 € ».

²⁸⁹ J. de Arriba-Enriquez et coll., « Quality of care in psychiatry is related to research activity », *Eur psychiatry*, 2021.

Or, le nombre de projets associés à la psychiatrie des enfants et des adolescents est limité²⁹⁰ : depuis 2010, seuls 35 projets (dont deux avant 2016) portant sur la pédopsychiatrie ont été financés dans le cadre des appels de la DGOS²⁹¹, pour un montant total de 15,5 M€²⁹². L'une des principales causes de ce constat est le nombre réduit d'enseignants-chercheurs pédopsychiatres.

Le ministère de la santé a conscience d'un certain émiettement des crédits dans ce champ de la recherche qu'il finance. Pour pallier ces difficultés, la DGOS envisage désormais un appel à projets (AAP) au caractère structurant, permettant de fédérer les communautés de recherche autour de thèmes transversaux. Pour dynamiser la recherche dans ce domaine, une telle initiative devrait nécessairement être coordonnée avec le ministère en charge de l'enseignement supérieur et de la recherche.

Concernant les travaux de recherche financés par le ministère en charge de la recherche et de ses opérateurs, les champs les plus visibles dans le domaine de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent sont ceux relatifs aux troubles du spectre de l'autisme et du neurodéveloppement ainsi qu'aux neurosciences et à l'imagerie cérébrale. Des crédits spécifiques pour la recherche sur troubles du spectre de l'autisme et les troubles neurodéveloppementaux (TND) ont permis de financer à hauteur de 7,7 M€ en 2018-2020 une vingtaine de projets²⁹³. Une part importante des projets relève de la recherche fondamentale et de la compréhension des mécanismes des troubles. La dynamique observée sur la recherche dans le champ de l'autisme et des TND serait susceptible de profiter favorablement à l'ensemble du champ de la pédopsychiatrie, à la condition que des communautés de recherche se structurent sur ces nouveaux thèmes.

C - Renforcer la place des psychologues et des infirmiers en pratique avancée dans le parcours de soins

1 - Les psychologues : un rôle de première ligne à jouer dans la réorganisation de l'offre de soins de pédopsychiatrie

Depuis le mois d'avril 2022, le dispositif MonparcoursPsy permet le remboursement de huit séances de psychologie réalisées par les professionnels justifiant d'une licence de psychologie et d'une expérience en psychologie clinique de trois ans au minimum. Cette réforme a été mise en place à la suite des expérimentations Ecout'Emoi²⁹⁴ et PsyEnfantAdo²⁹⁵ ainsi que de l'expérimentation réalisée depuis 2018 par la Cnam dans quatre départements (Bouches-du-Rhône, Haute-Garonne, Landes et Morbihan).

²⁹⁰ Sur le plan des activités de recherche, il est très difficile d'identifier les projets ou les équipes de recherche à partir du terme pédopsychiatrie, celui-ci désignant une profession ou un champ professionnel ou un champ professionnel et regroupe des champs de recherche allant des neurosciences, neurobiologie, neuro-développement, apprentissage, processus psychologiques, sciences de l'éducation, vulnérabilité, cognition...

L'outil ScanR du ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche permet de dénombrer 53 laboratoires de recherche mentionnant une activité autour de la pédopsychiatrie.

²⁹¹ Programme hospitalier de recherche clinique national (13) et interrégional (12), programme de recherche médico-économique (1), programme de recherche sur la performance du système des soins (6), programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale (3).

²⁹² Sur la période 2016-2020, ces programmes ont été financés au total à la hauteur de 707 M€, correspondant à 819 projets financés.

²⁹³ L'autisme est une priorité affichée par l'ANR sur cette période.

²⁹⁴ Expérimentation inscrite dans le cadre de l'article 51 de la LFSS 2019 et (portée par les DGS, DGESCO et DGESIP et la Fédération française de psychiatrie) destinée aux jeunes en souffrance psychologiques.

²⁹⁵ Le dispositif PsyEnfantAdo, achevé fin janvier 2022, a constitué une première réponse d'urgence à la souffrance psychique des enfants et adolescents dans le cadre de la crise sanitaire. Il a permis d'accompagner 3 500 enfants et adolescents en souffrance psychique, en assurant 25 000 séances par les psychologues participants.

Le dispositif MonparcoursPsy

L'arrêté du 8 mars 2022²⁹⁶ prévoit que, dès le 5 avril 2022, les adultes mais aussi les enfants et les adolescents de 3 à 17 ans en situation de mal-être ou de souffrance psychique peuvent bénéficier de cette prise en charge par l'assurance maladie, dans la limite de huit séances par année civile. Comme pour les adultes, les enfants et les adolescents doivent être adressés par un médecin, et la réévaluation après huit séances en cas de non-amélioration de l'état psychique de l'enfant doit intégrer un psychiatre dans la concertation. Ce dispositif cible particulièrement les troubles légers et certains troubles modérés : en effet sont exclus les enfants et adolescents, en plus de ceux reconnus en affectation de longue durée (ALD) pour motif psychiatrique, rencontrant des risques suicidaires, des formes sévères de troubles anxieux, dépressifs, neurodéveloppementaux ou des situations de dépendances à des substances.

Dans le cadre de cette réforme le tarif de l'entretien d'évaluation est fixé à 40 € ; puis les sept autres séances sont facturées 30 € au patient ; 60 % de ces montants sont pris en charge par l'assurance maladie obligatoire²⁹⁷.

Il n'y a pas de définition conventionnelle globale avec les syndicats représentant la profession ; les psychologues qui le souhaitent peuvent signer une convention individuelle avec la CPAM de leur lieu d'exercice principal sur la base d'un modèle unique. Le dispositif s'étend progressivement, mais à un rythme modéré : 2 099 psychologues sur près de 25 000 libéraux ou mixte se sont portés volontaires pour y participer. Depuis le lancement du dispositif en avril 2022, environ 14 000 mineurs en ont bénéficié, soit 18 % de l'ensemble des patients.

Une des principales difficultés rencontrées avec la profession lors de la construction du dispositif a concerné le niveau des tarifs. Le dispositif doit être évalué d'ici fin 2024.

Ces récentes évolutions ouvrent de nouvelles perspectives en élargissant le cercle des professionnels de premier recours susceptibles de répondre aux demandes des enfants et des familles, à condition que suffisamment de psychologues libéraux participent à MonPsy. Il s'agit d'une des voies qui pourrait contribuer au désengorgement des CMP-IJ.

2 - Promouvoir la fonction d'infirmier de pratique avancée en santé mentale dans les établissements comme en libéral

Les infirmiers libéraux sont passés de 91 631 à 135 027 entre 2012 et 2021, les infirmiers du secteur hospitalier de 388 666 à 490 197 sur la même période.

²⁹⁶ Arrêté du 8 mars 2022 relatif aux tarifs, codes de facturation et critères d'inclusion du dispositif de prise en charge de séances d'accompagnement psychologique.

²⁹⁷ En 2022, 50 M€ seront consacrés au financement de cette mesure par l'assurance maladie obligatoire. En 2023, il est prévu que 100 M€ soient consacrés au financement de cette mesure et 170 M€ par an à partir de 2024. Ces montants, estimés pour l'ensemble de la population (enfants et adultes) dépendront largement du succès de la mesure, du nombre de professionnels y participant et de la nouvelle architecture de l'offre de soins en santé psychique que ce dispositif offrira. Il n'est actuellement pas possible d'isoler les prévisions des montants qui seront consacrés aux patients de moins de 18 ans, qui peuvent néanmoins être estimés à environ 30 % du total.

Le statut d'infirmier de secteur psychiatrique a été supprimé en 1992 sans être rétabli ensuite. Ce n'est qu'en 2019 qu'une spécialisation en santé mentale des infirmiers en pratique avancée (IPA)²⁹⁸ a été mise en place, correspondant en réalité à des métiers distincts, tant sur le plan des missions que de la formation, de celui des infirmiers de secteur psychiatrique. L'IPA dispose de compétences élargies par rapport à celles de l'infirmier diplômé d'État. La particularité des IPA est qu'ils interviennent dans le champ clinique (examen du patient) et le suivi individualisé du parcours de soins du patient, en veillant à la bonne coordination entre les secteurs sanitaire et social. Ils ont la possibilité de prendre en charge des patients dont le suivi leur est confié par un médecin, dans le cadre d'un exercice protocolisé. Dans le domaine d'intervention « psychiatrie et santé mentale », le protocole d'organisation est établi entre un ou plusieurs psychiatres et un ou plusieurs infirmiers exerçant en pratique avancée²⁹⁹.

Le dispositif de formation des IPA monte en puissance depuis 2018 mais seulement 69 étudiants ont été diplômés en santé mentale et psychiatrie en 2022³⁰⁰. La DGESIP prévoyait 1 447 étudiants en formation en 2023, dont 385 pour la santé mentale et la psychiatrie³⁰¹.

Leur rôle, qui pourrait être utile dans l'amélioration de la coordination des parcours de soins, rend nécessaire une accélération de leur nombre et un renforcement de l'attractivité du métier, en particulier, à l'hôpital. Plusieurs leviers peuvent être actionnés :

- vérifier que la sélection repose sur des critères adéquats pour l'exercice de la profession, notamment en ce qui concerne les prérequis, très exigeants notamment en anglais, et susceptibles de freiner les candidatures ;
- soutenir le financement des formations : le coût des formations n'est pas systématiquement pris en charge par les organismes paritaires collecteurs agréés. Certaines ARS permettent de couvrir les coûts de formation et de remplacement, avec des appels à projets financés par le fonds d'intervention régional (FIR)³⁰² (de l'ordre de 75 000€ pour deux ans par étudiant) ;
- fidéliser les IPA en rapprochant leur grille indiciaire de celle des infirmiers spécialisés³⁰³.

²⁹⁸ Le diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée a été créé par le décret n°2018-633 du 18 juillet 2018. Les spécialités des IPA sont : Pathologies chroniques, oncologie et hématologie, maladies rénales chroniques, psychiatrie et santé mentale et urgences.

²⁹⁹ Il peut conduire des activités d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage, effectuer des d'évaluation et de conclusion clinique ou tout acte de surveillance clinique et para-clinique, consistant à adapter le suivi du patient. S'il ne peut pas prescrire de médicaments soumis à prescription médicale obligatoire, il peut renouveler, en les adaptant si besoin, des prescriptions médicales dont la liste est établie par arrêté du ministre chargé de la santé.

³⁰⁰ 3 à Aix-Marseille, 5 à Nantes et 16 à Paris.

³⁰¹ Ces projections ont été réalisées sur la base de quatre mentions avant que celle « urgences » ne soit mise en place. Un bilan effectué par le ministère dans le courant de l'année 2023 permettra de valider ces chiffres.

³⁰² Le coût de la formation en tant que tel étant pris en charge généralement par l'ANFH et les OPCA.

³⁰³ Comme l'anesthésie ou la puériculture.

En outre, l'assurance maladie a encouragé assez tôt le déploiement des IPA en exercice libéral et vise à assurer la viabilité économique de leur pratique exclusive³⁰⁴, en valorisant, avec l'adoption de nouveaux forfaits, leur compétence³⁰⁵. Différentes aides, significatives, ont également été mises en place pour accompagner les IPA au début de leur exercice libéral³⁰⁶. Mais tout comme les psychiatres, le risque est grand de voir ces professionnels se détourner des prises en charge des enfants et des adolescents, aux consultations plus longues que celles des adultes et donc relativement moins bien rémunérées.

Si le positionnement des IPA, y compris en santé mentale, est clair à l'hôpital, leur rôle dans la prise en charge des troubles pédopsychiatriques en ville reste à préciser. Il pourrait être envisagé de clarifier ces modalités d'intervention en libéral, en mettant en place un rôle de coordination du parcours de soins, de la maison de l'enfance et de l'adolescence, à l'hôpital, en passant par le CMP, ce qui permettrait de dégager du temps médical.

³⁰⁴ L'avenant 7 à la convention nationale des infirmiers (Signé le 4 novembre 2019 et publié au journal officiel 3 janvier 2020) a ainsi créé trois nouveaux forfaits³⁰⁴ et une majoration (3,90 €) pour les prises en charge complexes liées à l'âge du patient notamment pour les moins de 7 ans. Les prestations sont facturables depuis le 10 avril 2020.

³⁰⁵ Le forfait d'éligibilité (20 € en métropole et 20,95 € en outre-mer) valorise le premier entretien et l'anamnèse réalisés par l'IPA pour vérifier l'éligibilité du patient à ce type de prise en charge. Le forfait initial (58,90 € en métropole et 61,67 € en outre-mer) est facturable lors du premier contact annuel lié à la prise en charge du patient pour des soins en pratique avancée et valorise toutes les interventions de l'IPA réalisées au cours du premier trimestre de prise en charge. Le forfait de suivi (32,70 € en métropole et 34,26 € dans les DROM) est facturable lors du contact du patient chaque trimestre de soins suivant le premier trimestre de prise en charge et comprend toutes les interventions faites sur le trimestre de soins concerné.

³⁰⁶ 17 000 € la première année pour le suivi de 50 patients au moins ; 10 000 € la deuxième année pour 150 suivis au moins soit 27 000 € au total, en plus d'une aide de 400 € pour tenir compte de leur activité de coordination et de 1120 € pour ceux s'installant en zone sous-dense.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Si le ministère de la santé a manifesté nettement la volonté de renforcer l'accès à l'offre de soins psychiques infanto-juvéniles avec l'adoption de la feuille de route sur la santé mentale, il reste que la politique poursuivie souffre d'un manque d'indicateurs quantifiés et de cibles déclinées dans le temps, ce que permettrait l'adoption d'objectifs nationaux de santé mentale infanto-juvénile.

La mise en place d'un délégué ministériel à la santé mentale et à la psychiatrie a permis d'améliorer la lisibilité de la politique poursuivie, mais son rôle et sa place doivent être affirmés. Son positionnement mérite d'être interministériel afin d'améliorer l'efficacité du suivi de la politique de l'offre de soins de pédopsychiatrie.

L'organisation administrative régionale de la pédopsychiatrie souffre également d'un manque de vision stratégique opérationnelle. Les projets territoriaux de santé mentale devraient intégrer un volet dédié à la psychiatrie infanto-juvénile, avec pour les contrats territoriaux de santé mentale des objectifs chiffrés.

Le financement de la pédopsychiatrie relève du même régime que celui de la psychiatrie. Si la réforme issue de la loi de financement de la sécurité sociale pour l'année 2020, complétée par les textes réglementaires d'application, visait à introduire plus de souplesse, elle présente encore des limites en ce qu'elle ne permet toujours pas d'adapter les financements à l'intensité des troubles des patients et aux besoins émergents des territoires.

Le secteur entier doit donc être revitalisé. La mise en œuvre d'une politique d'attractivité efficace à destination de la pédopsychiatrie sur le plan de la formation, des parcours hospitalo-universitaires, de la recherche et de la pratique clinique en établissement et en libéral, permettrait de valoriser le métier et les conditions de travail des pédopsychiatres.

Les psychologues, acteurs essentiels du métier, doivent également être mieux intégrés dans le parcours de santé. Il importe également de clarifier la fonction d'infirmiers de pratique avancée, en libéral comme en établissement. Comme les psychologues, ils sont des acteurs utiles à l'amélioration du soins psychiques, et peuvent ainsi contribuer à alléger la pression sur l'offre de soins psychiques infanto-juvéniles.

En conséquence la Cour formule les recommandations suivantes :

- 5. adopter des « Objectifs nationaux de santé mentale infanto-juvénile » associés à un calendrier précis et des indicateurs permettant une évaluation de la politique d'organisation des soins de pédopsychiatrie (ministère de la santé et de la prévention) ;*
- 6. positionner l'actuel délégué ministériel à la santé mentale et à la psychiatrie au niveau interministériel et le dénommer ainsi : « Délégué interministériel à la santé mentale, à la psychiatrie et à la pédopsychiatrie » afin d'identifier la pédopsychiatrie explicitement dans le champ de l'actuelle délégation santé mentale et de renforcer son positionnement interministériel (Première ministre, ministère de la santé et de la prévention) ;*
- 7. intégrer au projet territorial de santé mentale (PTSM) un volet pour la psychiatrie infanto-juvénile et prévoir dans les contrats territoriaux de santé mentale (CTSM) des objectifs chiffrés, un calendrier de mise en œuvre des actions prévues et des indicateurs d'évaluation périodique (ministère de la santé et de la prévention) ;*

-
8. *mettre en œuvre une politique d'attractivité renforcée de la pédopsychiatrie en valorisant davantage les parcours hospitalo-universitaires et en soutenant la recherche française dans la discipline. À cet effet, de doubler le nombre d'étudiants formés à la pédopsychiatrie et augmenter les recrutements de MCU-PH (ministère de la santé et de la prévention, ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation, Cnam) ;*
 9. *renforcer l'intervention des psychologues et des IPA dans le parcours de soins pédopsychiatriques en complément des autres professionnels (ministère de la santé et de la prévention).*
-

Conclusion générale

L'offre de soins de pédopsychiatrie souffre de faiblesses anciennes et structurelles, mises en lumière par les effets délétères de l'épidémie de covid 19 sur la santé mentale des jeunes. Si les données épidémiologiques complètes manquent pour définir finement l'étendue des besoins de soins psychiques infanto-juvéniles, la Cour estime que 1,6 million d'enfants et d'adolescents souffrent d'un trouble psychique, dont 600 000 à 800 000 de troubles plus sévères. 750 000 à 850 000 enfants et adolescents bénéficient actuellement de soins prodigués en pédopsychiatrie par des professionnels spécialisés, pour un coût d'environ 1,8 milliard d'euros en 2019. L'écart entre les besoins et l'offre disponible montre les difficultés structurelles d'accès à l'offre de soins : manque de soins de première ligne adaptés à la diversité des troubles, insuffisante gradation des soins psychiques infanto-juvéniles, inégalités territoriales de santé.

Plusieurs facteurs expliquent cette situation difficile : s'agissant de l'offre spécialisée, la crise de l'attractivité de la profession de pédopsychiatre qui pèse sur la qualité de l'offre de soins, la surcharge des établissements publics hospitaliers, dont les CMP-IJ qui assument l'essentiel de l'offre de soins de pédopsychiatrie et la politique dite de « virage ambulatoire » qui, en substituant aux hospitalisations à temps complet des prises en charge ambulatoires, a eu pour effet la diminution du nombre de lits de 58 % en dix ans.

Pour faciliter l'accès aux soins des enfants et des adolescents, et sans attendre les résultats de l'expérimentation des maisons de l'enfance et des familles, prévus pour 2026, il pourrait être proposé de créer une « maison de l'enfance et de l'adolescence », structure intégrée sous forme de « guichet unique ». Les familles pourraient alors contacter directement ces structures, qui seraient dotées d'un numéro d'appel centralisé, d'une plateforme numérique unique et d'un service de régulation des demandes. La mutualisation de certaines fonctions, et tout particulièrement l'organisation d'un accès partagé, permettraient de pallier en partie les carences actuelles de l'offre de première ligne (médecins généralistes, pédiatres et psychologues), en leur donnant le temps de se former et de se structurer.

Si la volonté des pouvoirs publics de mieux organiser l'offre de soins psychiques infanto-juvéniles s'est manifestée clairement depuis 2018, avec l'adoption de la feuille de route sur la santé mentale, il reste que l'amélioration de la pertinence de l'offre de soins de pédopsychiatrie n'est pas encore un objectif de santé publique à part entière. Une planification dotée d'objectifs quantifiables et d'un calendrier de mise en œuvre serait indispensable à l'amélioration de l'efficacité du pilotage national et régional. Par ailleurs, en dépit des progrès réalisés avec la mise en place du délégué ministériel à la santé mentale, psychiatrie, la gouvernance est encore trop peu opérationnelle. Au niveau national, il importe d'élargir explicitement le champ d'intervention de ce délégué à celui de la pédopsychiatrie et de renforcer son positionnement institutionnel en le plaçant au niveau interministériel. Il deviendrait ainsi un délégué interministériel à la santé mentale, à la psychiatrie et à la pédopsychiatrie. Au niveau régional, les ARS doivent être mieux dotées en termes d'outils de pilotage pour accélérer la mise en œuvre vérifiable des projets territoriaux de santé mentale, qui devraient comporter un chapitre spécifiquement dédié à la pédopsychiatrie.

Enfin la revitalisation du secteur est indispensable pour résoudre les tensions en termes d'offre et d'organisation des soins de pédopsychiatrie. Les pouvoirs publics doivent donc renforcer l'attractivité du métier en valorisant les parcours hospitalo-universitaires, en soutenant la recherche française dans la discipline et en veillant aux conditions de travail des pédopsychiatres. Il importe également de renforcer la formation des médecins et pédiatres, pour qu'ils puissent assurer un rôle de dépistage de première ligne, et mieux intégrer les psychologues et les infirmiers de pratique avancée, acteurs essentiels du métier, dans le parcours de santé psychique infanto-juvénile.

Liste des abréviations

ALD	Affection longue durée
AMO	Assurance maladie obligatoire
Anap	Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux
ARS	Agence régionale de santé
ASE	Aide sociale à l'enfance
Atih.....	Agence nationale de l'information sur l'hospitalisation
CAF	Caisse d'allocations familiales
CAMSP	Centre d'Action Médico-Sociale Précoce
CATTP	Centres d'accueil thérapeutique à temps partiel
CCU-AH	Chefs de clinique des universités-assistants des hôpitaux
CFTMEA.....	Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent
CHU	Centre hospitalo-universitaire
CIM	Classification Internationale des maladies
CMP	Centre médico-psychologique
CMP-IJ	Centre médico-psychologique de psychiatrie infanto-juvénile
CMPP	Centre médico-psycho-pédagogique
Cnaf.....	Caisse nationale des allocations familiales
Cnam	Caisse nationale de l'assurance maladie
Cnom.....	Conseil national de l'ordre des médecins
CNP	Commission nationale de la psychiatrie
COG	Convention d'objectifs et de gestion
CNPSY	Consultation au cabinet par le neuropsychiatre, psychiatre ou neurologue
CPOG	Contrat pluriannuel d'objectif et de gestion
CPOM	Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens
CPTS	Communautés professionnelles territoriales de santé
CTSM.....	Communauté territoriale de santé mentale
CSP.....	Code de la santé publique
DAEI	Délégation aux affaires européennes et internationales
DAF.....	Dotation annuelle de fonctionnement
DES	Diplôme d'études spécialisées
Desc.....	Diplôme d'études spécialisées complémentaires
DGARS	Direction générale de l'agence régionale de santé
DGOS.....	Direction générale de l'offre de soins
DGCS	Direction générale de la cohésion sociale
DGESCO.....	Direction générale de l'enseignement scolaire
DGESIP.....	Direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle
DGF.....	Dotation globale de fonctionnement

DGRI.....	Direction générale de la recherche et de l'innovation
DGS.....	Direction générale de la Santé
Drees	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSS	Direction de la sécurité sociale
DTSM.....	Diagnostic territorial de santé mentale
ECN.....	Épreuves classantes nationales
ESMS	Établissements et services médico-sociaux
FENEPSY	Fédération nationale des étudiants en psychologie
FFPP	Fédération française des psychologues et de psychologie
FIOP	Fonds d'innovation organisationnelle en psychiatrie
HAS.....	Haute autorité de santé
HCSP.....	Haut conseil de la santé publique
GBD	<i>Global Burden of Disease</i>
LFSS.....	Loi de financement de la sécurité sociale
LMSS	Loi de modernisation du système de santé
Igas	Inspection générale des affaires sociales
Inserm.....	Institut national de la santé et de la recherche médicale
IPA	Infirmier de pratique avancée
MCO.....	Médecine, chirurgie, obstétrique
MCU-PH	Maître de conférences des universités-praticien hospitalier
MDA	Maison des adolescents
MILDECA.....	Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives
NHS.....	<i>National Health Service</i>
OCDE.....	Organisation de coopération et de développement économiques
OMS	Organisation mondiale de la santé
Ondam.....	Objectif national de dépenses d'Assurance maladie
OSCOUR.....	Organisation de la surveillance coordonnée des urgences
PEA	Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent
PMI.....	Protection maternelle et infantile
PRS.....	Projet régional de santé
PTSM	Projets territoriaux de santé mentale
PU-PH	Professeur des universités-praticien hospitalier
RIM-P.....	Recueil d'information médicalisé en psychiatrie
SAE	Statistique annuelle des établissements
SFP	Société française de psychologie
SGMAS	Secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales
SPF	Santé publique France
SNDS	Système national des données de santé
Sniiram.....	Système national d'information inter régime de l'Assurance maladie
SRS.....	Schéma régional de santé
TND	Trouble neurodéveloppemental
TSA	Trouble du spectre autistique
TSLA.....	Trouble spécifique du langage et des apprentissages

Annexes

Annexe n° 1 : demande d'enquête.....	96
Annexe n° 2 : liste des personnes auditionnées.....	97
Annexe n° 3 : compléments sur l'épidémiologie des troubles mentaux chez les enfants et les adolescents	111
Annexe n° 4 : définition des notions bien être, santé mentale, et troubles du développement.....	115
Annexe n° 5 : analyse de Santé publique France sur les effets de la crise de la Covid sur la santé psychique infanto-juvénile	116
Annexe n° 6 : données sur l'offre de soins en pédopsychiatrie dans les pays européens.....	117
Annexe n° 7 : évolution du nombre de psychiatres et de psychiatres compétents pour l'enfant et de l'adolescent selon la définition retenue.....	119
Annexe n° 8 : données complémentaires sur l'estimation des dépenses publiques en pédopsychiatrie	120
Annexe n° 9 : l'insuffisante prévention primaire des troubles psychiques infanto-juvéniles de 0 à 3 ans	127
Annexe n° 10 : données complémentaires sur les CMP-IJ.....	128
Annexe n° 11 : l'accueil en hôpital de jour	131
Annexe n° 12 : un cahier des charges des CMPP à redéfinir pour mettre fin aux doublons avec les CMP	132
Annexe n° 13 : les réseaux belges ou la conceptualisation de la trajectoire de soins	135
Annexe n° 14 : les droits des patients en pédopsychiatrie.....	136
Annexe n° 15 : l'exemple anglais : une planification claire, opérationnelle et évaluable.....	137
Annexe n° 16 : tableau comparatif de la gouvernance de la pédopsychiatrie en Europe et dans le monde.....	138
Annexe n° 17 : les références à la pédopsychiatrie dans les SRS	141

Annexe n° 1 : demande d'enquête



RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
LIBERTÉ – ÉGALITÉ – FRATERNITÉ

COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES
La Présidente

Paris, le 6 octobre 2022

Monsieur le Premier président,

Cher Pierre,

En application des dispositions de l'article L.O. 132-3-1 du code de la sécurité sociale, j'ai l'honneur de vous informer du souhait de la commission des affaires sociales de pouvoir bénéficier du concours de la Cour des comptes pour la réalisation d'une enquête sur la pédopsychiatrie.

En effet, au cours de ses travaux dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire, la commission avait été alertée sur la santé psychique des jeunes et sur les difficultés de ce secteur. De même, la commission d'enquête pour mesurer et prévenir les effets de la crise du covid-19 sur les enfants et la jeunesse avait attiré l'attention de notre Assemblée sur « un équilibre psychique et moral des jeunes à reconstruire ».

Une évaluation de la gouvernance, de l'organisation, des dépenses et des besoins de la pédopsychiatrie en France, éclairée par des comparaisons internationales, apparaîtrait donc particulièrement utile à la commission comme au débat public, de même que les propositions que la Cour serait en mesure de formuler en conclusion de son analyse.

Vous remerciant par avance de l'assistance que la Cour pourra apporter à notre commission, je vous prie de croire, Monsieur le Premier président, à l'assurance de mes sentiments les meilleurs.

M. Pierre MOSCOVICI
Premier président
Cour des comptes
13, rue Cambon
75100 PARIS CEDEX 01

Fadila KHATTABI

Députée de la Côte-d'Or

Annexe n° 2 : liste des personnes auditionnées

Agences sanitaires et opérateurs

Santé publique France

Pr Geneviève CHENE, directrice générale,

Mme Emmanuelle BAUCHET, adjointe à la directrice des maladies non transmissibles et traumatismes,

M. Enguerrand ROLLAND DU ROSCOAT, de la direction « Prévention et promotion de la santé »

Mme Cécile FORGEOT, de la direction « Appui, Traitement et analyse des données »

Haute autorité de Santé (HAS)

Mme Véronique GHADI, directrice de la qualité de l'accompagnement social et médico-social

Dr Pierre GABACH, adjoint à la direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

Mme Amélie PRIGENT, chef de projet chargé de la coordination des travaux santé mental au sein du service des bonnes pratiques

Agence Nationale d'Appui à la Performance (Anap)

M. Francis FELLINGER, directeur général par intérim et conseiller médical

Mme Corinne MARTINEZ, manager Psychiatrie et santé mentale

Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih)

M. Housseyni HOLLA, directeur général

Mme Pauline RENAUD, chef du service de réponse aux demandes externes

M. Robin LOUVEL, du service de réponse aux demandes externes

Dr Anis ELLINI, médecin DIM

Agences régionales de santé (ARS)

ARS Auvergne-Rhône-Alpes

M. Igor BUSSCHAERT, directeur de l'offre de soins

Mme Astrid LESBROS-ALQUIER, directrice déléguée à l'autonomie

Dr Sylvie YNESTA, Référente régionale « psychiatrie et santé mentale - santé des détenus

ARS Bretagne

M. Malik LAHOUCINE, directeur de l'hospitalisation, de l'autonomie et de la performance et directeur adjoint

M. Dominique PENHOUE, directeur adjoint à l'autonomie

Dr Sylvie DUGAS, coordinatrice de la thématique santé mentale

ARS Bourgogne-Franche-Comté

Mme Anne-Laure MOSER, directrice de l'organisation des soins

Mme Delphine ZENOU, directrice du parcours santé mentale

Dr Françoise JANDIN, conseillère médicale à la direction de l'organisation des soins

ARS Centre-Val de Loire

Mme Emmanuelle CARREAU, cheffe de projet régionale santé mentale-MDA au sein de la direction de l'offre sanitaire

Dr Hélène Delacroix-Maillard, de la direction de l'offre sanitaire

ARS Corse

Mme Marie-Hélène LECENNE, directrice générale

Mme Marie-Pia ADREANI, directrice générale adjointe

Mme Anne-Marie LHOSTIS, responsable de la délégation départementale Haute-Corse

Dr Jean-Louis WYART, référent santé mentale

ARS Grand Est

M. Frédéric REMAY, directeur général adjoint

Mme Agnès GERBAUD, directrice de l'autonomie

Mme Anne MULLER, directrice de l'offre de soins

M. Vincent FORTIN, référent santé mentale

Mme Carole CRETIN, directrice de la stratégie

Dr Jean-Pierre GARA, conseiller médical

ARS Hauts-de-France

Mme Isabelle LOENS, référente santé mentale au sein de la direction de la stratégie et des territoires

M. Jérémy PETITPREZ, chargé de missions allocation ressources

Dr Hélène PRIEUR, référente Santé Mentale Psychiatrie au sein de la direction de l'offre de soins

ARS Ile-de-France

Mme Sophie MARTINON, directrice générale adjointe

M. Didier JAFFRE, directeur de l'offre de soins

Mme Laure WALLON, directrice du projet Santé mentale

ARS Normandie

M. Thomas DEROCHE, directeur général

M. Kevin LULLIEN, directeur de l'offre de soins

Dr Cécile BONNEFOY, cheffe de projet régional santé mentale

ARS Nouvelle-Aquitaine

M. Olivier SERRE, directeur de cabinet en charge de la stratégie, de la communication et des relations institutionnelles

M. Samuel PRATMARTY, directeur de l'offre de soins et de l'autonomie,

Dr Marie-Hélène FABRE, en charge de la santé mentale au sein de la direction de l'offre de soins et de l'autonomie

Mme Valérie LAVIGNASSE, responsable du pôle financement des établissements de santé

ARS Occitanie

M. Jean-Jacques MORFOISSE, directeur général adjoint

Dr Stéphanie LAFONT-RAPNOUIL, médecin référent psychiatrie et santé mentale

Mme Maryne ORTUNO-BRINGUIER, référente « psychiatrie-santé mentale-addictologie »

ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur

M. Philippe MESTRE, directeur général

Mme Dominique GAUTHIER, directrice de l'offre médico-sociale

Dr Olivier Bernard, référent périnatalité et pédiatrie, du Dr Julie Biga, référente psychiatrie et soins en détention

Mme Sylvie Valleton, chargée de mission aux affaires financières

ARS Pays de la Loire

Mme Laurence BROWAEYS, directrice de l'Appui à la Transformation du Système de Santé et de l'accompagnement (DATA)

M. Jean-Paul BOULE, chef de projet santé mentale au sein de la DATA

Mme Sophie Duval, chargée de projet santé mentale au sein de la DATA

Caisse nationale d'assurance maladie

M. Damien VERGE, directeur de la stratégie, des études et des statistiques

M. Ayden TAJAHMADY, adjoint au directeur

M. Antoine RACHAS, responsable adjoint du département des études sur les pathologies et les patients

M. Emin AGAMALIYEV, adjoint au bureau des statistiques et études sur la démographie des médecins

M. Rodney PLAT, interne

Mme Catherine GRENIER, directrice des assurés

Mme Julie POUGHEON, adjointe de la sous-direction de l'accès aux soins, des prestations familiales et des accidents du travail

M. Mickael BENZAQUI, responsable adjoint du département des actes médicaux

Mme Odile RAMES, responsable du service de l'hospitalisation

Commission nationale de psychiatrie

Pr Michel LEJOYEUX, président

Pr Anne-Sophie ROLLAND, chef de service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent au CHU de Reims et présidente de la section pédopsychiatrie du Conseil national des universités (CNU)

Conseil nationaux professionnels, représentants des professions de santé

Conseil National de l'Ordre des Médecins (Cnom)

Dr Anne-Marie TRARIEUX, présidente de la section « Ethique et déontologie »

Dr François SIMON, président de la section « Exercice professionnel »

Société française de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et disciplines associées (SFPEADA)

Dr Jean CHAMBRY, président

Collège National des Universitaires de Psychiatrie (CNUP)

Pr Pierre VIDAILHET, président

Pr Diane PURPER-OUAKIL, vice-présidente

Pr Olivier BONNOT, secrétaire général

Collège de médecine générale (CMG)

Dr Francis ABRAMOVICI, secrétaire général

Pr Philippe BINDER, directeur du département de médecine générale de l'université de Poitiers

Conseil national professionnel de psychiatrie (CNP)

Dr Sabine DEBULY, présidente,

Dr Elie WINTER, vice-président

Dr Maurice BENSOUSSAN

Syndicat national des psychologues (SNP)

M. Patrick-Ange RAOULT, secrétaire général

Association des Maisons des adolescents (AMDA)

Pr Guillaume BRONSARD, Psychiatre de l'enfant et de l'adolescent, CHRU de Brest, président de l'AMDA

Mme Bénédicte LURET, chargée de mission au sein de l'association

Association des psychiatres de secteur infanto-juvénile (API)

Dr Christophe LIBERT, président

Association des centres médico-psycho-pédagogiques (FDCMPP)

Dr Amandine BUSSIERE, présidente

Association des jeunes psychiatres et des jeunes addictologues (AJPJA)

Dr Marine LARDI, présidente

Dr Louise-Emilie DUMAS, membre du groupe de travail sur la pédopsychiatrie

Dr Marielle JANNY, membre du groupe de travail sur la pédopsychiatrie

Dr Antoine VISIER, membre du groupe de travail sur la pédopsychiatrie

Dr Hélène BUCHOUL, membre du groupe de travail sur la pédopsychiatrie

Dr Thomas GARGOT, membre du groupe de travail sur la pédopsychiatrie

Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

Mme Virginie MAGNANT, directrice

M. Olivier PAUL, adjoint à la direction des établissements et services médico-sociaux,

Mme Eve DUJARRIC, chargée de mission autisme/handicap psychique

Dr Joëlle ABULIUS

Établissements de santé visités*CH Guillaume Régnier*

M. Bernard BARIN, directeur général,

Mme Marion BAZIN, directrice des affaires générales, financières et du système d'exploitation

Mme Anaïs JEHANNO, directrice adjointe « Projets, Qualité, Gestion des risques, Usagers, Communication »

Mme Chantal LE DEIST, responsable « Finances et contrôle de gestion »

Mme Stéphanie THONIER-CHASSAING, de la direction des services économiques

Dr Catherine LEVENEZ, praticien hospitalier et cheffe de pôle I02/I03

Pr Sylvie TORDJMAN, cheffe du pôle Hospitalo-Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent

M. Loïc LALY, cadre supérieur de santé
M. Henry FAGON, cadre de santé
Dr Annaëlle CHARRIER, pédopsychiatre
Mme Sandrine LAVENANT, psychologue
Mme Charline JULIEN, éducatrice spécialisée
Mme Bérengère LEFEVRE, infirmière diplômée d'Etat
Dr Solenn KERMARREC, praticien hospitalier en pédopsychiatrie

Fondation Saint Jean de Dieu, CH Dinan-St Brieuc

M. Pascal DUPERRAY, directeur général de la Fondation Saint Jean de Dieu
Mme Karine LE BIDAN, directrice du CH Dinan-St Brieuc
M. Sébastien BURNOUF, directeur adjoint en charge des affaires financières et du système d'information
Mme Meriem GHARIB LE GONIDEC, directrice des soins infirmiers
Mme Sylvie THOMAS THIBAUDIN, coordinatrice territoriale des soins
M. Valentin LASSERRE, responsable de projet
Dr Renan DUPREZ, coordinateur médical du pôle Saint Brieuc – Lamballe
Dr Mohamed ALOUI, référent de l'unité d'hospitalisation Terre et Mer
M. François BERTHELEU, cadre de santé
Dr Thomas BAGORY, pédopsychiatre et responsable de CMP
Mme Catherine LAUNAY, infirmière diplômée d'Etat

CH Ville Evrard

Dr Bertrand WELNIARZ, chef du pôle 93I03
Dr Roger TEBOUL, responsable de l'unité d'hospitalisation à temps plein pour adolescents
Dr Camille SAUSSOL, pédopsychiatre
Dr Anne-Sophie PERRIN, pédopsychiatre
Dr Sophie COHEN, coordinatrice du projet de la CPT 93 et du PTSM 93
Ludovic CACHEUX, chargé de mission en santé publique
Dr Noël POMMEPUY, chef du pôle 93I05
Mme Jihane BENDAIRA, directrice des finances
Mme Sophie MALO, directrice adjointe déléguée au pilotage médico-économique et au contrôle de gestion

CH Saint Denis

Dr Jean-Pierre BENOIT, chef du service de pédopsychiatrie, accompagné de Mme Rebecca BONAN, cadre de santé

Institut mutualiste Montsouris

Pr Maurice CORCOS, professeur de pédopsychiatrie et chef du service du département de psychiatrie de l'adolescent et du jeune adulte

Dr Grégoire SHADILI, responsable de l'addictologie adolescente

Dr Isabelle NICOLAS, responsable de l'unité temps-plein

Dr Anne-Sophie BARBEY-MINTZ, responsable de l'intersecteur

Dr Yann LOISEL, responsable de l'unité de jour

Dr Marion ROBIN, responsable de l'unité d'hospitalisation de crise

Dr Jean-Christophe MACOTTA, responsable du pôle de prise en charge des étudiants et du dispositif ETAPE

Dr Claire LAMAS, responsable de l'unité de consultation

Dr Pablo VOTADORO, responsable de l'unité de crise

M. Christian PONSAR, cadre de santé

M. Michel VAYSSE, directeur financier

CH Robert Ballanger

Dr Clémentine RAPPAPORT, professeur de pédopsychiatrie et cheffe du pôle de pédopsychiatrie

Clinique des Quatre Cantons (FSEF)

Mme Aline PETIT, directrice,

M. Gwendal SAUDEMONT, adjoint de direction en charge des ressources humaines et des finances

Dr Dewi GUARDIA, coordinateur médical

Mme Sarah ANDREO, encadrante des soins

Établissement public de santé mentale Lille Métropole

Dr Nadia BABA, cheffe de pôle

M. Robert DOIGNANT, cadre soignant de pôle

Dr Amélie Robin, Cheffe de service

M. Frédéric MACABIAU, directeur délégué, des affaires générales et de la stratégie,

Mme Maylys POMMARS, directrice des affaires financières et frais de séjour

Clinique Lautréamont (Clinéa)

M. Goeffrey ROUBEHIE, directeur de Clinéa France
Mme Emmanuelle CLEMENT, directrice des affaires réglementaires
Mme Nathalie NOULIN, directrice par intérim de la clinique Lautréamont
Mme Rebecca Lemaire, directrice adjointe
Dr Dominique PARDOEN, présidente de CME
Dr Frédéric KOCHMAN, pédopsychiatre
M. Steve VAN ROOSBEKE, cadre de santé

Hôpitaux pédiatriques de Nice CHU-LENVAL

Dr Emmanuelle DOR, cheffe de service adjointe dans les services Unité Psychopathologique de l'Adolescent des Troubles du comportement alimentaire et de la Dépression (UPATD), TCA et Unité mobile
Dr Louise-Emilie DUMAS, médecin dans les services Liaison et TCA
Dr Arnaud FERNANDEZ, médecin dans les services Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) et Centre d'Evaluation Pédiatrique du Psychotraumatisme (CE2P)
Dr Michèle BATTISTA, médecin dans le service CE2P
Dr Susanne THUMMLER, médecin au Centre Ressources Autisme et au Centre de Compétences Maladies Rares à Expression Psychiatrique
Dr Stéphanie VESPERINI, médecin au Centre Ressources Autisme et à la Plateforme de Coordination et d'Orientation (PCO)
Mme Saliha AGUERCIF, cadre de santé aux services UHCD, Liaison et Urgences
Mme Cyrielle REMY, cadre de santé au Centre Ressources Autisme et à l'Hôpital de Jour Jeunes Enfants (HJJE)
M. Pascal BERNARD, cadre de santé dans les services UPATD, CE2P, TCA et Centre Psycho-dynamique de Jour pour Enfants (CPJE)
Mme Séverine SACRE, psychologue aux Urgences
Mme Cécile LALOUM, infirmière temps plein
Mme Léa BRUNI, IPA
Mme Ophélie NACHON, docteur en psychologie au CE2P
Mme Morgane GINDT, docteur en psychologie au CE2P
Mme MANERA Valeria, docteur en psychologie au CE2P

France Assos Santé

Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (Unafam), Fnapsy (Fédération Nationale des Patients en Psychiatrie)

Mme Marie-Jeanne RICHARD, présidente de l'Unafam

Mme Claude FINKELSTEIN, présidente de la Fnapsy

Fondation Santé des Étudiants de France

M. Christophe BEAUGRAND, directeur général

Mme Perrine RAME-MATHIEU, directrice de la stratégie

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

Mme Sylviane GIAMPINO, présidente

Haut conseil de la santé publique (HCSP)

Mme Marie-France D'ACREMONT, chargée de mission au sein du secrétariat

Mme Anne PARIENTE-KHAYAT, chargée de mission au sein du secrétariat

Pr Isabelle CLAUDET, co-présidente du groupe de travail « Santé de l'enfant »

Pr Pierre FOURNERET, professeur de pédopsychiatrie au CHU de Lyon

Ministère de l'éducation nationale

Direction générale de l'éducation nationale (DGESCO)

M. Edouard GEFFRAY, directeur général

Dr Brigitte MOLTRECHT, conseillère technique

Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche

Direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion

M. Jean-Christophe PAUL, chef du département des formations de santé

M. François COURAUD, coordonnateur du collège des conseillers scientifiques auprès de la directrice générale

Direction générale de la recherche et de l'innovation

Mme Anne PAOLETTI, cheffe du secteur « Biologie et santé »

Dr Benoît LAVALLART, chargé de mission

Ministère des Solidarités et de la Santé

Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)

M. Jérôme JUMEL, directeur général adjoint

Direction générale de l'offre de soins (DGOS)

Mme Katia JULIENNE, directrice générale accompagnée

Mme Anne HEGOBURU, adjointe à la sous-directrice « Régulation de l'offre de soins »

M. Marc REYNIER, adjoint au sous-directeur « Ressources humaines du système de santé »

M. Thierry KURTH, chef adjoint du bureau « Prise en charge post aiguës, pathologies chroniques et santé mentale »

Mme Wuthina CHIN, chargée de mission au bureau « Prise en charge post aiguës, pathologies chroniques et santé mentale »

M. Arnaud JOAN-GRANGE, chargé de mission « Réformes de financement »

Direction générale de la Santé (DGS)

Dr Zina BESSA, sous-directrice à la santé des populations et la prévention des maladies chroniques,

Mme Julie BARROIS, cheffe du bureau « Santé mentale »

Direction de la recherche, des études et des statistiques (Drees)

Mme Mathilde GAINI, adjointe à la sous-directrice « Observation de la santé et de l'assurance maladie »

M. Fabien TOUTLEMONDE, chef du bureau « Établissements de santé »

Mme Catherine POLLAK, cheffe du bureau « Assurance maladie et études sur les dépenses de santé »

M. Jean-Baptiste HAZO, chargé d'études statistiques au bureau « État de santé de la population »

Direction de la sécurité sociale (DSS)

M. Frank VON LENNEP, directeur général

M. Nicolas LABRUNE, sous-directeur du financement du système de soins.

Secrétaire général des ministères sociaux (SGMAS)

Mme Natacha LEMAIRE, responsable du dispositif article 51

Mme Corinne PASQUET, chargée de projet

Délégué ministériel à la santé mentale

Pr Frank BELLIVIER, délégué ministériel à la Santé mentale et à la psychiatrie

M. Patrick RISSELIN, secrétaire général auprès du délégué ministériel

Organisation mondiale de la santé

Dr Chiara SERVILI, Mental Health Officer

Professionnels de santé

Pr Thierry BAUBET, professeur de pédopsychiatrie, chef du service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, psychiatrie générale et addictologie à l'hôpital Avicenne

Pr Karine CHEVREUL, professeur de santé publique, directrice adjointe de l'unité de recherche clinique en économie de la santé d'Ile-de-France et de l'équipe « Epidémiologie clinique, évaluation économique et populations vulnérables » de l'INSERM

Pr Isabelle CLAUDET, professeur de pédiatrie, cheffe des urgences pédiatriques de l'hôpital des enfants du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Toulouse

Pr David COHEN, professeur de pédopsychiatrie, chef de service psychiatre de l'enfant et de l'adolescent aux Hôpitaux Universitaires Pitié Salpêtrière (AP-HP)

Pr Richard DELORME, professeur de pédopsychiatrie, chef du service Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à l'hôpital Robert Debré

Dr Catherine DOYEN, cheffe de pôle au GHU Neurosciences

Dr Michel DUGNAT, praticien hospitalier responsable de l'Unité parents-enfants de l'AP-HM et de l'unité parents-bébé de l'hôpital Montfavet-Avignon

Pr Bruno FALISSARD, professeur de pédopsychiatrie, directeur du centre de recherche en épidémiologie et santé des populations de l'INSERM et président de l'International Association for Child and Adolescent psychiatry and allied professions

Pr Eric FOMBONNE, professeur de psychiatrie à l'*Oregon Health and Science University*

Pr Cédric GALERA, PU-PH de psychiatrie au CH Bordeaux Perrens et à l'Université de Bordeaux

Pr Nicolas GEORGIEFF, professeur de pédopsychiatrie, chef de pôle au CH Le Vinatier et à l'Université Lyon 1

Pr Daniel MARCELLI, ancien professeur de pédopsychiatrie et chef de service en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

Pr Marie-Rose MORO, professeure de pédopsychiatrie, cheffe de service Maison de Solenn à l'hôpital Cochin

Experts et personnalités qualifiées

Mme Caroline GOLDMAN, psychologue pour enfants et adolescents

M. Cyrille LE JAMTEL, psychologue clinicien, administrateur l'association du Manifeste des Psychologues cliniciens et Psychologues Psychothérapeutes (M3P)

M. Sébastien PONOU-DELAFFON, maître de conférences en sciences de l'éducation à l'université de Rouen

M. David Meyer, chef de cabinet au conseil national de l'ordre des sages-femmes

INED - Cohorte Elfe

Dr Marie-Aline Charles, directrice de l'unité mixte Elfe

Dr Marie-Noëlle DUFOURG, pédiatre

Dr Karen MILCENT, pédiatre

Dr Maria MELCHIOR, directrice de recherche à l'INSERM

Représentants des établissements de santé

Fédération hospitalière de France (FHF)

M. Aurélien SOURDILLE, responsable adjoint du pôle « Offre »

Dr Sylvie BOIVIN, praticien hospitalier à l'EPSM Finistère Sud

Pr Olivier BONNOT, responsable de l'unité universitaire de Psychiatrie de l'enfant et de l'Adolescent au CHU de Nantes

Pr Gisèle APTER, chef de service au CH du Havre

Mme Sabrina VIVIEN, Contrôleuse de gestion à la FHD au pôle Offre de soins, Finances, FHF DATA, Recherche, E-Santé

Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs (FEHAP)

Dr Anne LECOQ, conseillère médicale

Dr Clara LEPOUTRE, conseillère qualité

Mme Martine CORBUCCI, directrice générale de la Fondation Lenval

M. Stéphane BOULANGER, directeur financier

Pr Florence ASKENAZY-GITTARD, professeure de pédopsychiatrie et cheffe de service

Fédération des cliniques et hôpitaux privés de France – psychiatrie (FHP-Psy)

Dr Marc LAIDET, président

Dr Laurent MORASZ, vice-président

Dr David CASTILLO, délégué général

Belgique

Hôpital universitaire des enfants Reine Fabiola (HUDERF)

Pr Véronique DELVENNE, professeur de pédopsychiatrie, cheffe de service de pédopsychiatrie

M. Dirk THIELENS, directeur général

M. Patrice BRAHY, directeur financier

Dr Mouna AL HUSNI, chef de clinique adjointe du service de pédopsychiatrie

Dr Jessica SZTALBERG, de l'unité APPI

Dr Cynthia BULA-IBULA, de l'unité de consultation et du dispositif CAPA

Mme Isabelle LAMBOTTE, psychologue

M. Abdelhakim EL ABDELLAOUI, infirmier en chef de l'unité de consultation

Dr Audrey MOUREAU, de l'unité Parents-bébé

Dr Vildan GOBAN, des unités de liaison et SOS-enfants

M. Luc DETAVERNIER, administrateur délégué de la plateforme de concertation pour la santé mentale en région Bruxelles-Capitale

Ministère de l'Éducation à la Fédération Wallonie-Bruxelles

Mme Roseline MAGNEE, conseillère « Enseignement et centres PMS » au sein du cabinet de Mme Caroline Désir

M. Andres SAAVEDRA, conseiller « École et Société » au sein du cabinet de Mme Caroline Désir

Mme Mireille SBRASCINI, conseillère « Enseignement spécialisé » au sein du cabinet de Mme Caroline Désir

Gouvernement Wallon – ministère de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes

Mme Christie MORREALE, vice-présidente du gouvernement wallon et ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes

M. François LECLERQ, conseiller santé au sein du cabinet de Mme Christie MORREALE

Mme Véronique BAUFFE, présidente de la plateforme de concertation en santé mentale de Wallonie picarde

Service public fédéral de santé publique

M. Bernard JACOB, coordinateur des réformes en santé mentale

Mme Sarah MORSINK, psychologue

Suède

Mme Diane DOUCERAIN, Ambassade de France en Suède, Première conseillère chargée d'affaires

M. Eric TROTTMANN, Conseiller aux affaires sociales – Pays nordiques

Mme Sarah CHERKAoui, Adjointe du Conseiller aux affaires sociales pour la Suède

M. Peter ALMGREN, Pédiatre et rapporteur spécial nommé par le gouvernement

M. Erik SVANFELDT, Association des communes et des régions (SKR), coordinateur international du pôle santé et affaires sociales

Mme Asa LUNDBERG SCHLYTER, Centre de soins spécialisés privé PRIMA, médecin-chef et directrice

M. Peter DANIELSSON, Cour des comptes (Riksrevisionen), Conseiller aux relations internationales

M. Björn SALOMONSSON, Psychiatre, psychanalyste.

M. Ola KARLSSON RÜHMKORFF, Direction nationale des soins en institution (Statens institutionstyrelse, SiS), chef de service communication

Mme Susanne BUCHMAYER, Professeure de pédopsychiatrie, présidente de l'Association suédoise de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

Mme Clara HELLNER, Professeure de pédopsychiatrie à l'institut Karolinska, membre de l'Association suédoise de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

M. Fredrik LINDENCRONA, Mission santé mentale (Uppdrag Psykisk Hälsa, collaboration entre SKR et le gouvernement), responsable R&D et coordinateur international

M. Martin RÖDHOLM, Mission santé mentale, psychiatre

Mme Martina BARNEVIK OLSSON, Socialstyrelsen, experte médicale en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

Mme Brigitta LINDELIUS, Socialstyrelsen, chercheuse et cheffe de projet sur la mission spéciale pour la pédopsychiatrie

Mme Jenny TELANDER, Agence de santé publique (Folkhälsomyndigheten), unité chargée des politiques de prévention du suicide, analyste en politiques de santé publique

Mme Sara FRITZELL, Agence de santé publique (Folkhälsomyndigheten), unité chargée des politiques de prévention du suicide, analyste en politiques de santé publique

Annexe n° 3 : compléments sur l'épidémiologie des troubles mentaux chez les enfants et les adolescents

La prévalence des différents troubles psychiques chez les enfants et les adolescents a été estimée dans une méta-analyse publiée en 2022 à partir de 11 études réalisées dans différents pays.

Tableau n° 7 : prévalence des troubles psychiques infanto-juvéniles

Pays	Prévalence	Âge	Référence
<i>Angleterre</i>	12,8 %	5-19 ans	NHS Digital, 2018
<i>Australie</i>	11,1 %	6-17 ans	M. Sawyer et coll. 2018
<i>Canada</i>	19,7 %	4-17 ans	K. Georgiades et coll., 2019
<i>États-Unis</i>	16,5 %	6-17 ans	D. Whitney et M Peterson, 2019
<i>Lituanie</i>	13,1 %	7-16 ans	S. Lesinskiene et coll., 2018
<i>Méta-analyse 27 pays³⁰⁷</i>	13,4 %	4-18 ans	G. Polanczyk et coll., 2015
<i>Méta-analyse 11 pays³⁰⁸</i>	12,7 %	4-18 ans	J. Barican et coll., 2022

Source : synthèse par la Cour des comptes

Pour la majorité des troubles psychiques, il existe des formes pouvant aller d'un degré de sévérité léger à des tableaux majeurs et sévères. Le degré de sévérité dépend de l'intensité et de la fréquence des manifestations du trouble, de ses conséquences sur la vie quotidienne des enfants et des adolescents et des risques potentiels que ce trouble peut faire peser sur la vie des patients atteints.

Tableau n° 8 : prévalence estimée des troubles mentaux chez les enfants et les adolescents.

Troubles	Prévalence (%)	IC95 %
<i>Troubles anxieux de tous types, dont :</i>	5,2	3,2-8,2
<i>Phobies</i>	3,4	1,9-5,9
<i>Anxiété de séparation</i>	1,6	1,0-2,6
<i>Troubles anxieux sociaux</i>	1,2	0,6-2,3
<i>Troubles anxieux généralisés</i>	0,9	0,4-1,7
<i>Troubles paniques</i>	0,1	0,1-0,3
<i>Agoraphobie</i>	0,1	0,04-0,4
<i>TDAH</i>	3,7	2,3-5,7
<i>Troubles de l'opposition</i>	3,3	2,4-4,6

³⁰⁷ Afrique du Sud, Australie, Bangladesh, Brésil, Canada, Chili, Chine, Émirats Arabes Unis, Espagne, États-Unis (Porto-Rico), Éthiopie, Finlande, France, Inde, Irlande, Israël, Italie, Mexique, Norvège, Nouvelle-Zélande, Pays-Bas, Royaume-Uni (Angleterre), Russie, Yémen, Suisse (41 études de 1985 à 2012).

³⁰⁸ Australie, Canada, Chili, Corée, Danemark, États-Unis, Israël, Lituanie, Taïwan, Norvège, Royaume-Uni (14 études de 2003 à 2020).

Troubles	Prévalence (%)	IC95 %
Tous troubles liés aux substances, dont :	2,3 ^a	2,1-2,6
Troubles liés à la consommation d'alcool	1,2 ^a	1,0-1,4
Troubles liés à l'usage de cannabis	0,6 ^a	0,4-1,0
Tous troubles dépressifs, dont :	1,8	0,8-3,8
Troubles dépressifs majeurs	1,3	0,6-2,9
État dépressif chronique (dysthymie)	0,2	0,1-0,7
Troubles du comportement	1,3	0,8-2,3
Troubles du spectre autistique	0,4	0,2-0,8
Troubles obsessionnels compulsifs	0,3	0,1-0,6
Troubles bipolaires	0,3 ^a	0,1-1,1
Troubles des comportements alimentaires	0,2 ^a	0,1-0,5
Troubles liés à un stress post-traumatique	0,1	0,04-0,4
Schizophrénie	0,1 ^a	0,1-0,3

Source : J Barican et coll., *Prevalence of childhood mental disorders in high-income countries: a systematic review and meta-analysis to inform policymaking*, Evid Based Ment Health, 2022

Note : les prévalences présentées s'appliquent à la tranche d'âge 4-18 ans en dehors de celles mentionnées « a », qui sont exprimées pour les 12-18 ans, tranche d'âge durant laquelle émergent typiquement ces troubles.

Globalement la fréquence des troubles a tendance à diminuer lorsque le degré de sévérité augmente : dans une étude australienne portant sur des enfants et adolescents âgés de 4 à 17 ans, parmi les troubles psychiques identifiés, la majorité étaient légers (60 %), 25 % classés comme modérés, et 15 % comme sévères³⁰⁹.

Pour un certain nombre de troubles comme les schizophrénies à début précoce ou les troubles bipolaires, leur haut niveau de sévérité rend quasi-systématiquement nécessaire une prise en charge initiale pluridisciplinaire en milieu hospitalier.

Aussi, quel que soit leur niveau de sévérité initiale, tous les types de troubles psychiques rencontrés chez l'enfant et l'adolescent sont susceptibles d'évoluer s'ils ne sont pas pris en charge. Pour les troubles anxieux ou dépressifs, même des tableaux simples et mineurs peuvent aboutir à des situations préoccupantes. Le potentiel d'évolution de ces troubles rend particulièrement important leur dépistage précoce et l'initiation d'une prise en charge adaptée au plus tôt. En l'absence de réponse, le risque est une augmentation de la fréquence de tableaux cliniques sévères due en partie à l'évolution de troubles légers ou modérés non pris en charge : ce mécanisme a été assez largement observé lors de la crise de la covid avec une augmentation claire de troubles avec des degrés de sévérité supérieurs chez des enfants et des adolescents qui n'avaient pas pu être pris en charge assez précocement.

³⁰⁹ D Lawrence et coll., « Key findings from the second Australian Child and Adolescent Survey of Mental Health and Wellbeing », *Aust N Z J Psychiatry*, 2016

Les fréquences des troubles sont ainsi très dépendantes de l'âge :

- les troubles dépressifs (rares avant l'adolescence) et anxieux augmentent très clairement en fonction de l'âge entre les jeunes enfants, grands enfants et adolescents ;
- les troubles du comportement et les troubles de l'apprentissages sont plus fréquents chez les 6-11 ans avant que leur fréquence diminue à l'adolescence³¹⁰ ;
- les schizophrénies et les troubles apparentés sont exceptionnels avant 15-16 ans.³¹¹

Les fréquences sont variables selon le genre : les filles sont par exemple nettement plus concernées par les troubles de conduites alimentaires (deux à trois fois plus que les garçons) et les troubles dépressifs à l'adolescence. À l'opposé, les garçons sont quatre fois plus touchés par les troubles du spectre de l'autisme que les filles.

La fréquence des troubles est très variable selon leur nature. Les troubles du neurodéveloppement, dont la définition peut varier³¹² mais qui incluent généralement les fréquents troubles des apprentissages, ont une prévalence d'environ 7 %, pouvant aller de 5 à 15 % selon les études³¹³. Les troubles anxieux, qui regroupent notamment les phobies, les troubles anxieux généralisés ou les troubles paniques, sont, de loin, les plus fréquents après les TND, avec une prévalence de l'ordre de 5 %.

Les fréquences des autres troubles fluctuent autour de 3 % pour les troubles oppositionnels, 2 % pour les troubles liés aux substances et les troubles de l'humeur, voire à des niveaux nettement plus faibles (0,1 %) pour certains troubles très sévères comme la schizophrénie et les troubles apparentés.

Les derniers résultats de l'enquête EnClass

Selon le volet 2018 de l'enquête EnClass³¹⁴, environ un tiers des élèves de 4^e et de 3^e en France présentent un risque modéré ou patent de dépression, avec une surreprésentation des filles. Plus d'un lycéen sur dix déclare avoir tenté de se suicider au cours de sa vie et 2,5 % avoir fait une tentative de suicide ayant donné lieu à une hospitalisation. Par rapport à leurs homologues européens, les collégiens français rapportent davantage de plaintes psychologiques récurrentes.

³¹⁰ R Ghandour et coll. « Prevalence and treatment of depression, anxiety, and conduct problems in U.S. children », *Journal of Pediatrics*, 2018.

³¹¹ E Fombonne, « Épidémiologie des troubles psychiatriques en pédopsychiatrie », *EMP-psychiatrie*, 2005

³¹² Dans leur définition large ils incluent les troubles du spectre de l'autisme, les troubles spécifiques du langage et des apprentissages, les troubles déficitaires de l'attention et hyperactivité, les troubles de la communication et certains troubles moteurs.

³¹³ HAS, *Troubles du neurodéveloppement : Repérage et orientation des enfants à risque (recommandation de bonne pratique)*, février 2020.

³¹⁴ C Léon et coll., Résultats de l'Enquête nationale en collèges et en lycées chez les adolescents sur la santé et les substances - EnCLASS 2018 : santé mentale et bien-être, juin 2021.

Les fréquences de certains sous-types de troubles sont encore discutées, notamment au sein des TND : la fréquence des TDAH chez l'enfant et l'adolescent a été estimée entre 3,4 % et 5,5%³¹⁵. Celle des TSLA variant de 5 à 7 % des enfants d'âge scolaire, parmi lesquels 1 à 2 % présentent des troubles durables sévères.

Les résultats de la dernière vague de l'enquête HBSC réalisée sous l'égide de l'OMS-Europe permettent de positionner la France par rapport à ses voisins européens.

Tableau n° 9 : résultats de l'enquête HBSC 2018 (45 pays ou régions) : fréquence et position

	Indicateurs relatifs à la santé mentale	11 ans	13 ans	15 ans
<i>Sentiment de dépression</i>	France 2018 (2014)	12 % (14 %)	16,5 % (17,5 %)	18 % (21 %)
	Moyenne HBSC 2018 (2014)	14 % (13 %)	18 % (17 %)	23 % (22 %)
	Position France 2018	18e	16e	11e
<i>Sentiment d'irritabilité</i>	France 2018 (2014)	21,5 % (18,5 %)	27,5 % (24,5 %)	32 % (31,5 %)
	Moyenne HBSC 2018 (2014)	19 % (17 %)	25 % (23 %)	30 % (27 %)
	Position France 2018	31e	28e	31e
<i>Sentiment de nervosité</i>	France 2018 (2014)	21,5 % (19,5 %)	27,5 % (23,5 %)	35,5 % (30 %)
	Moyenne HBSC 2018 (2014)	19 % (17 %)	25 % (22 %)	30 % (26 %)
	Position France 2018	30e	30e	34e
<i>Difficultés liées au sommeil</i>	France 2018 (2014)	43 % (31 %)	37 % (38 %)	38 % (37,5 %)
	Moyenne HBSC 2018 (2014)	22 % (19 %)	23 % (21 %)	24 % (23 %)
	Position France 2018	44e	44e	44e

Source : OMS. *Spotlight on adolescent health and well-being. Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada. International report. Volume 2. Key data.* WHO Regional Office for Europe, 2020. Note : ces indicateurs sont appréciés sur les six mois précédents la réalisation de l'enquête. Les fréquences rapportées sont la moyenne pour les deux sexes : il existe néanmoins des différences importantes entre les filles et les garçons avec des écarts de plus de dix points pour certains indicateurs

³¹⁵ C Galéra et coll., Épidémiologie du TDAH (chapitre 10), in *Trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité de l'enfant et l'adulte*, 2016

Annexe n° 4 : définition des notions bien être, santé mentale, et troubles du développement

Le bien-être est une notion subjective exprimant la satisfaction des besoins du corps et la tranquillité de l'esprit, qui ne se réduit pas à l'absence de trouble psychique. À l'opposé, le mal-être peut être évalué à partir d'indicateurs de troubles psychiques objectifs : la qualité du sommeil, le sentiment d'irritabilité, les relations familiales et sociales, le rapport à l'alcool ou aux addictions.

Le concept de « santé mentale » est assez imprécis et extensif. La santé mentale se définit d'abord au niveau individuel, mais elle tend aujourd'hui à être décrite au niveau collectif (capacités d'adaptation, de production, de consommation, etc.), ce qui menace encore davantage l'approche spécifique des troubles mentaux.

Les troubles du développement de l'enfant doivent être appréhendés de manière globale, en tenant compte non seulement des symptômes de l'enfant, mais aussi de son environnement au sens large (relationnel mais pas seulement : familial, social, culturel, écologique, alimentaire, biologique, etc.). Dans cette perspective, les troubles du spectre autistique (TSA) s'inscrivent pour partie dans le champ de la pédopsychiatrie, par le biais des souffrances psychiques, des troubles fonctionnels et des inadaptations qu'ils génèrent, ainsi éventuellement en raison des prises en charge multidimensionnelles qu'ils exigent.

Annexe n° 5 : analyse de Santé publique France sur les effets de la crise de la Covid sur la santé psychique infanto-juvénile

En ce qui concerne les passages aux urgences, d'après les données collectées par Santé publique France, une forte baisse de l'activité toutes causes a été observée dès le début du premier confinement au printemps 2020) (- 43% tous âges). Cette baisse était plus importante chez les enfants que chez les adultes. Une baisse a également été observée pour les recours en lien avec la santé mentale dans toutes les classes d'âges, mais de façon moins marquée que les passages toutes causes. Chez les moins de 18 ans, ces baisses étaient respectivement de 67 % et 38 %. Selon l'agence, ces évolutions corroboraient le ressenti des professionnels de terrain, qui indiquaient une surreprésentation des recours pour troubles de la santé mentale aux urgences (principalement pédiatriques), dans un contexte de baisse plus marquée de l'ensemble du reste de l'activité.

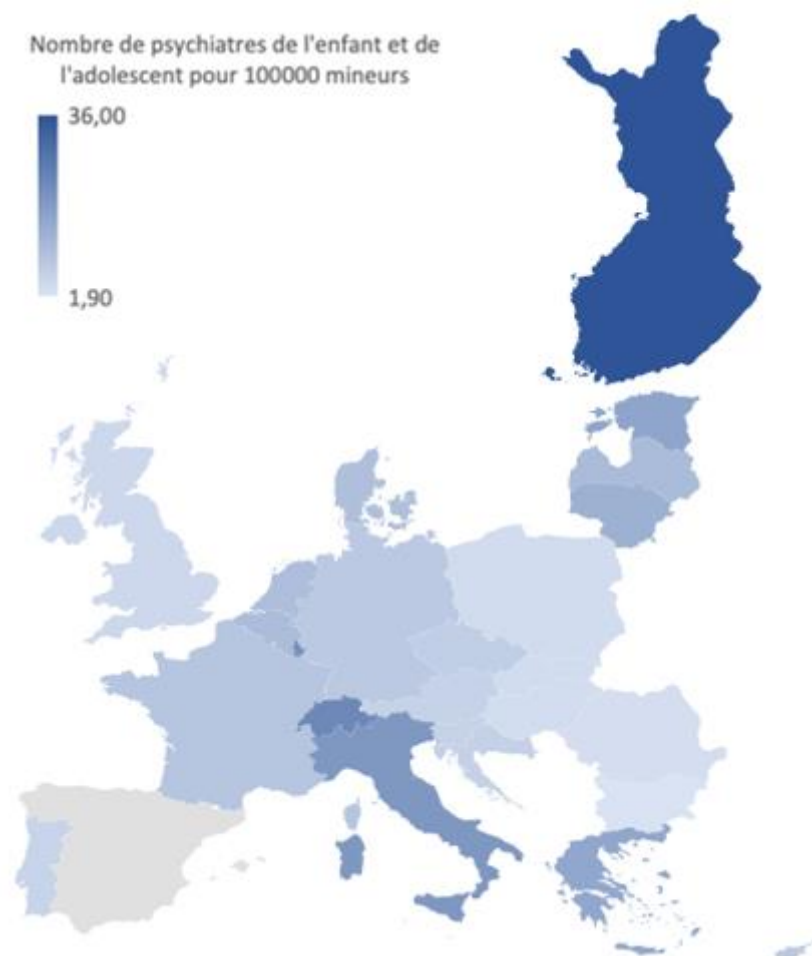
Santé publique France a également mené une étude (CONFEADO) visant à comprendre la manière dont les enfants et les adolescents âgés de 9 à 16 ans ont vécu le confinement jusqu'au 11 mai 2020 et à analyser ses conséquences sur leur bien-être. Les données de cette enquête ont permis d'identifier des facteurs associés à une détresse psychologique sévère chez les adolescents pendant le premier confinement, comme : être une fille, avoir des antécédents de troubles émotionnels, affectifs ou du développement, souffrir de l'isolement social des parents, de difficultés alimentaires, de l'impossibilité de s'isoler dans le logement, du fait de passer plus de cinq heures par jour à regarder la télévision, de ne pas avoir d'activités en lien avec les adultes, de se sentir parfois dépassé par le travail scolaire et de s'entendre moins bien que d'habitude avec ses parents et ses frères et sœurs durant le confinement. Voir BEH n° 8 série Covid-19 du 20 mai 2021.

Annexe n° 6 : données sur l'offre de soins en pédopsychiatrie dans les pays européens

Tableau n° 10 : offre de soins et équipements dans les pays européens

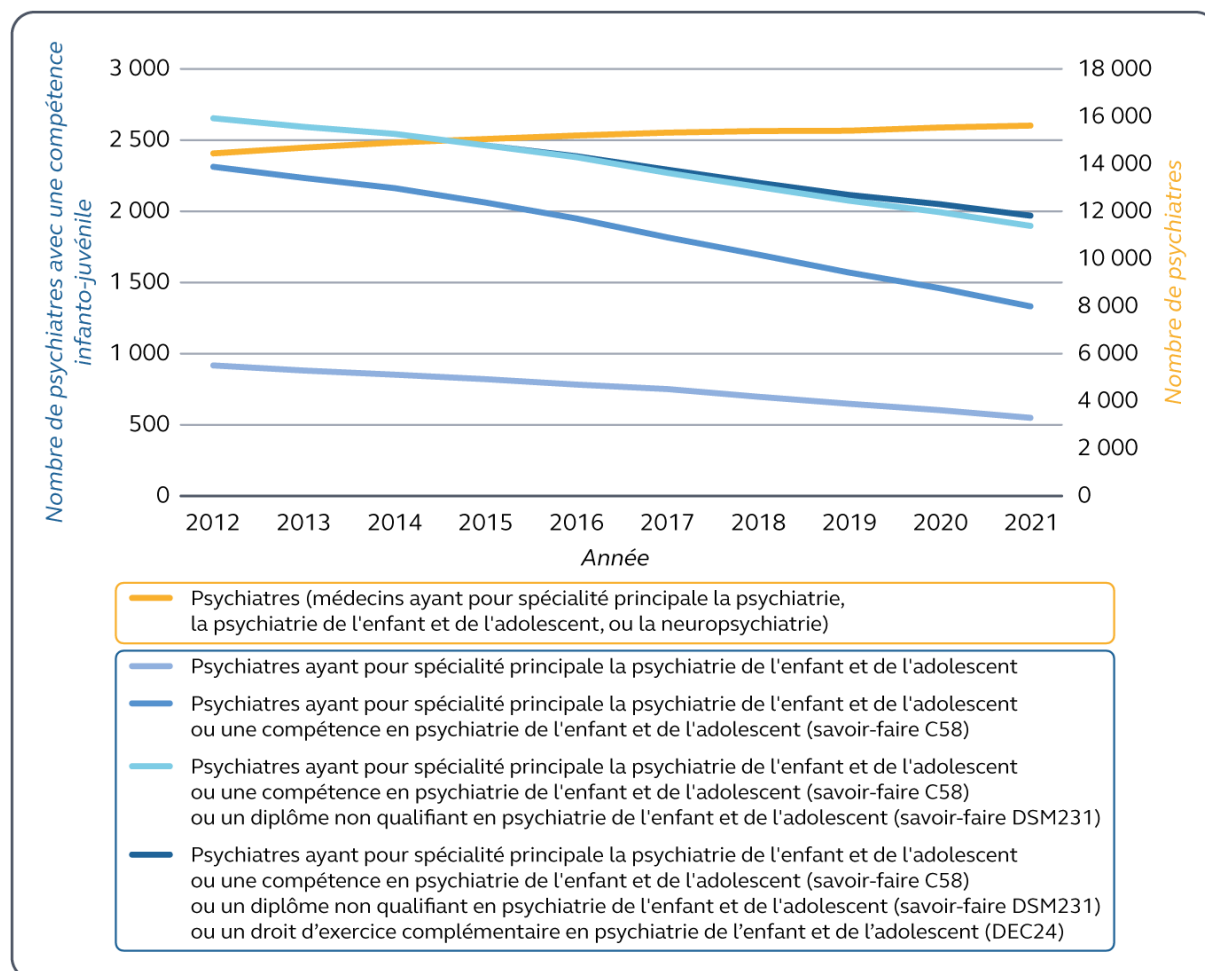
	Population totale (100 000)	Proportion de la population plus jeune que la limite légale de transition (18 ans - %)	Nombre de services publics de santé mentale pour enfants et adolescents	Nombre de lits d'hospitalisation en psychiatrie pour 100 000 mineurs	Nombre de lits d'hospitalisation en unité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	Nombre de services publics de santé mentale pour enfants et adolescents pour 100 000 mineurs	Nombre de psychiatres de l'enfant et de l'adolescents pour 100 000 mineurs	Nombre de psychologues de l'enfant et de l'adolescents pour 100 000 mineurs
<i>Autriche</i>	84	18	11	21	317	0,7	6	...
<i>Belgique</i>	110	20	53	29	650	2,4	11,1	...
<i>Bulgarie</i>	73,6	16	6	4	48	0,5	1,9	1,7
<i>Croatie</i>	42,8	19	10	8,8	70	1,3	6,3	3,1
<i>Chypre</i>	8,4	19	8	501	8	5,1	8,3	32
<i>République tchèque</i>	104,4	17	14	34,6	628	0,8	6,8	4,4
<i>Danemark</i>	55,6	22	13	18,5	224	1,1	10,3	22,4
<i>Estonie</i>	12,9	18	5	21	50	2,1	16,8	25,2
<i>Finlande</i>	53,8	20	140	32,3	350	12,9	36	36,9
<i>France</i>	649,3	20	383	16,4	2107	3	9,1	...
<i>Allemagne</i>	802,2	16	537	64	8400	4,1	8	32,9
<i>Grèce</i>	108,2	17	45	3,2	60	2,4	16,3	...
<i>Hongrie</i>	99,4	18	55	7,7	139	3,1	3,4	8,4
<i>Irlande</i>	45,7	25	60	5,2	60	5,2	5,2	5,1
<i>Italie</i>	594,3	17	210	3,2	324	2,1	20	...
<i>Lettonie</i>	20,7	17	19	39	140	5,3	11,2	...
<i>Lituanie</i>	30,4	19	5	31,5	180	0,9	14	21
<i>Luxembourg</i>	5,1	21	2	32,6	35	1,9	21,4	65,3
<i>Malte</i>	4,2	16	2	18	12	3	3	...
<i>Pays-Bas</i>	166,6	21	113	56,6	1981	3,2	10,7	...
<i>Pologne</i>	380,4	19	178	18,2	1300	2,5	3,5	...
<i>Portugal</i>	105,6	18	34	1,3	24	1,8	5,4	4,7
<i>Roumanie</i>	201,2	19	...	17,9	688	...	3,1	...
<i>Slovaquie</i>	54	19	37	21,5	220	3,6	3,6	2,7
<i>Slovénie</i>	20,5	17	34	13,1	46	9,7	6	15,4
<i>Espagne</i>	468,2	18	201	2,4	204	2,4	...	...
<i>Suisse</i>	94,8	20	20	1,2	157	1	23,4	104,2
<i>R.-Uni</i>	631,8	21	939	9,4	1264	7	4,5	...

Source : Signorini et coll, *Lancet psychiatry*, 2017, op. cit

Carte n° 5 : nombre de psychiatres de l'enfant et de l'adolescents en Europe

Source : Cour des comptes d'après les données de Signorini et coll., *Lancet psychiatry*, 2017

Annexe n° 7 : évolution du nombre de psychiatres et de psychiatres compétents pour l'enfant et de l'adolescent selon la définition retenue



Annexe n° 8 : données complémentaires sur l'estimation des dépenses publiques en pédopsychiatrie

a) Comparaison des dépenses hospitalières de pédopsychiatrie et des dépenses de psychiatrie adulte

En 2020, le total de la DAF représente 9 Md€, contre 0,7 Md€ pour les établissements privés à but lucratif, financés à la journée.

Le ministère chargé de la santé ne dispose pas d'évaluation de la part représentée par la pédopsychiatrie au sein de cette enveloppe globale et seule l'enquête nationale de coût menée par l'Atih permet de mesurer les coûts unitaires de prise en charge. En ramenant ces unités de coûts aux recettes globales, on peut cependant procéder à une première évaluation de la part respective de la DAF : celle dévolue aux services de pédopsychiatrie représenterait environ 20 % environ de la DAF, une part globalement représentative de la part des enfants de moins de 16 ans dans la population.

Tableau n° 11 : estimation des financements respectifs adultes/enfants au sein de la DAF (M€)

	2016	2017	2018	2019	2020	Évolution
<i>DAF Adultes</i>	7 041	7 095	7 122	7 182	7 451	5,81 %
<i>DAF Enfants</i>	1 769	1 816	1 816	1 861	1 980	11,95 %
<i>DAF Globale</i>	8 811	8 911	8 939	9 043	9 431	7,04 %

Source : Scan santé, retraitement Cour des comptes

Alors que la DAF a globale augmenté de 7 % environ sur la période et principalement en 2020 avec les effets des mesures Ségur, celle des enfants augmente de près de 12 %, notamment sous l'effet des mesures nouvelles financées par le FIOP.

Une comparaison avec les files actives concernées permet de mieux comprendre les différences de répartition de coûts. Alors que les hospitalisations représentent une part encore importante de l'activité des secteurs, l'activité en pédopsychiatrie est principalement le fait des hospitalisations partielles et prises en charge ambulatoires.

**Tableau n° 12 : tableau de l'activité des établissements de santé mentale
(publics et privés) en 2021**

	Psychiatrie adulte	Psychiatrie infanto-juvénile	Psychiatrie en milieu pénitentiaire	Total psychiatrie (calculé)
Hospitalisation à temps plein	95,92 %	3,37 %	0,70 %	100 %
Accueil familial thérapeutique	86,24 %	13,76 %	0 %	100 %
Accueil en appartement thérapeutique	100,00 %	0 %	0 %	100 %
Accueil en centre de post cure	100,00 %	0 %	0 %	100 %
Accueil en centre de crise et structure d'accueil des urgences	89,59 %	10,41 %	0 %	100 %
Hospitalisation à domicile	90,09 %	9,91 %	0 %	100 %
Séjours thérapeutique	58,77 %	41,23 %	0 %	100 %
Hospitalisation de jour	68,95 %	29,03 %	0 %	100 %
Hospitalisation de nuit	95,82 %	4,18 %	0 %	100 %
Ateliers thérapeutiques	78,86 %	20,90 %	0,24 %	100 %

Source : SAE, 2021

De fait, cette répartition cache de très fortes disparités de prises en charge : les enfants ne représentent que 3 % du nombre de journées d'hospitalisation à temps complet mais 29 % des hospitalisations de jour et environ 22 % du total des suivis en CMP, confirmant la réalité du « virage ambulatoire » pour cette catégorie de patients pour lesquels l'hospitalisation reste un mode de prise en charge exceptionnel.

Tableau n° 13 : nombre de patients suivis en CMP (public et privé non lucratif) en 2021

Nombre de patients vus au moins une fois dans l'année	File active totale	Part
Psychiatrie générale	1 777 570	74,23 %
Psychiatrie infanto-juvénile	522 756	21,83 %
Psychiatrie en milieu pénitentiaire	94 461	3,94 %
Total file active (sans double compte)	2 351 292 2 225 449	100 %

Source : SAE

Une part de l'écart de dépenses au regard des différences de prise en charge tient au coût deux fois plus élevé des prises en charge à temps complet des enfants par rapport aux adultes et globalement des coûts plus élevés dans les autres types de prise en charge. Les différences de taux d'encadrement expliquent la plus grande partie de ce différentiel.

b) Une évolution dynamique des dépenses du secteur privé

Les établissements privés financés en OQN sont au nombre de 167 (données scan santé 2019), pour 255 lits en hospitalisation à temps plein au total, soit 1,5 lit par établissement en moyenne.

Le coût unitaire d'une journée d'hospitalisation est d'environ 643 €, moins élevé que les coûts moyens publics, dû notamment à la prise en charge des honoraires des psychiatres des cliniques en consultation de ville.

Ces deux types de dépenses relevant de la même sous-enveloppe de l'Ondam, cette différence apparente de coût a pu être un facteur incitatif pour les ARS conduisant à la création de lits dans ce secteur alors que dans le même temps les lits publics diminuaient. Il convient de noter que les honoraires des professionnels médicaux intervenant en clinique sont hors forfait car relevant des soins de ville et devraient donc être pris en compte pour comparer en coûts complets les prestations.

Tableau n° 14 : estimation des dépenses de pédopsychiatrie en clinique privée (M€)

	2016	2017	2018	2019	Évolution
Dépenses OQN globales	698	710	725	766	9,81 %
Dépenses OQN pédopsychiatrie	73	74	78	87	19,03 %
Part enfants / adultes	10,5 %	10,4 %	10,8 %	11,4 %	8,40 %

Source : scan santé, Atih (tarif moyens enquête Merlin 2020)

c) Dépenses du secteur médico-social

Tableau n° 15 : estimation des dépenses des enfants et jeunes souffrant de troubles psychiques en ESMS

ESMS	Nombre de personnes accompagnées en 2019	Nombre de places installées en 2020	% avec handicap psychique en 2020	Nombre places occupées par des personnes avec handicap psychique	Coût net à la place en 2018	Total (M€)
C.M.P.P.	112 128	ND	36	40 366	2 143	86
I.M.E.	73 242	70 523	13	8 463	39 277	332
I.T.E.P.	17 568	17 025	52	8 853	46 499	411
S.E.S.S.A.D.	57 419	53 771	23	12 367	18 134	224
Total	260 357					1 054

Source : REPSS, FINESS, traitement CNSA, Tableau de bord de la performance du secteur médico-social 2020 et Import CA 2017 et 2018 - CNSA

Pour les coûts nets à la place en IME : moyenne pondérée toutes modalités 2018.

Pour les CMPP : coût net par file active, données CA CNSA 2018 et TBPESMS 2020 pour file active.

Dans son rapport relatif aux centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), aux centres médico-psycho-pédagogiques et CMP-IJ³¹⁶, l'Igas évalue les dépenses publiques en faveur des CMPP à 335 M€ environ (prix de séances et dotation globale). L'évaluation de la Cour retient uniquement les patients des CMPP souffrant de troubles psychiques, soit environ 36 % de leur public selon les données déclaratives du tableau de bord de la performance du secteur médico-social de l'Anap.

Les CAMSP sont des structures médico-sociales qui accueillent des enfants de zéro à six ans présentant des déficits sensoriels, moteurs ou mentaux, présentant un handicap ou un risque de handicap. Comme le souligne l'Igas, ces centres sont particulièrement mobilisés sur la prévention (surveillance d'enfants prématurés, prévention des troubles d'origine psycho-sociale, conseils aux familles, prévention sur sur-handicap par une prise en charge précoce). Si certains des enfants accueillis en CAMSP pourront au cours de leur enfance nécessiter des soins pédopsychiatriques, les CAMSP ne relèvent pas à part entière du champ de la pédopsychiatrie et ne sont donc pas comptabilisés dans le tableau ci-dessus.

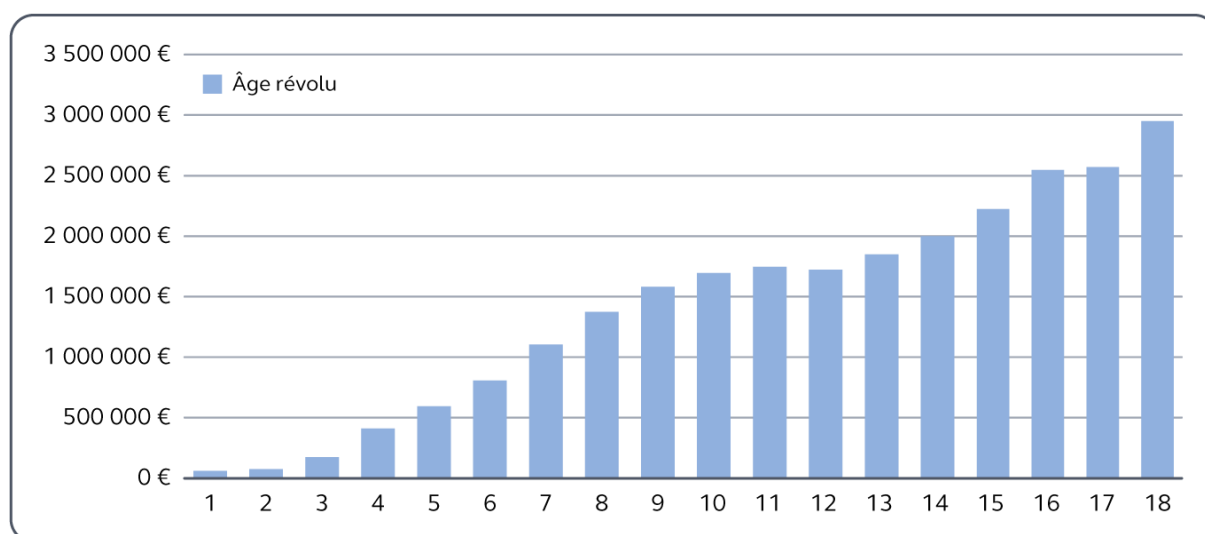
d) Dépenses de soins de ville

Les honoraires totaux de psychiatrie en ville (séances pour les mineurs) ont été assez stables sur la période 2016-2021 (43 M€ annuels). Les dépassements d'honoraires semblent importants : ils représentent un peu moins de 30 % de la dépense totale chaque année pour les années 2016-2021.

Le montant de remboursement par l'assurance maladie des dépenses de psychiatrie pour les moins de 18 ans s'élève à 23 M€ par an en 2021 et représente donc un poste de dépense limité (0,3 % des 8 Mds€ de dépenses de ville remboursées pour cette tranche d'âge en 2019).

Les dépenses de psychiatrie en ville représentent un volume faible dans les premières années de vie. Elles augmentent progressivement avec l'âge des enfants et atteignent un plateau entre 8 et 14 ans (en 2019 un peu moins de 2 M€ par année d'âge entre pour cette tranche d'âge). La tranche d'âge 15-17 ans correspond aux montants de dépenses les plus élevés pour les moins de 18 ans.

³¹⁶ Igas, Rapport n° 2018-005R, *Mission relative à l'évaluation du fonctionnement des centres d'action médico-sociale précoce, des centres médico-psycho-pédagogiques et des centres médico-psychologiques infanto-juvéniles*, septembre 2018.

Graphique n° 5 : dépenses de psychiatrie remboursées en ville par âge (2021)

Source : DCIR (CAM/Cour des comptes)

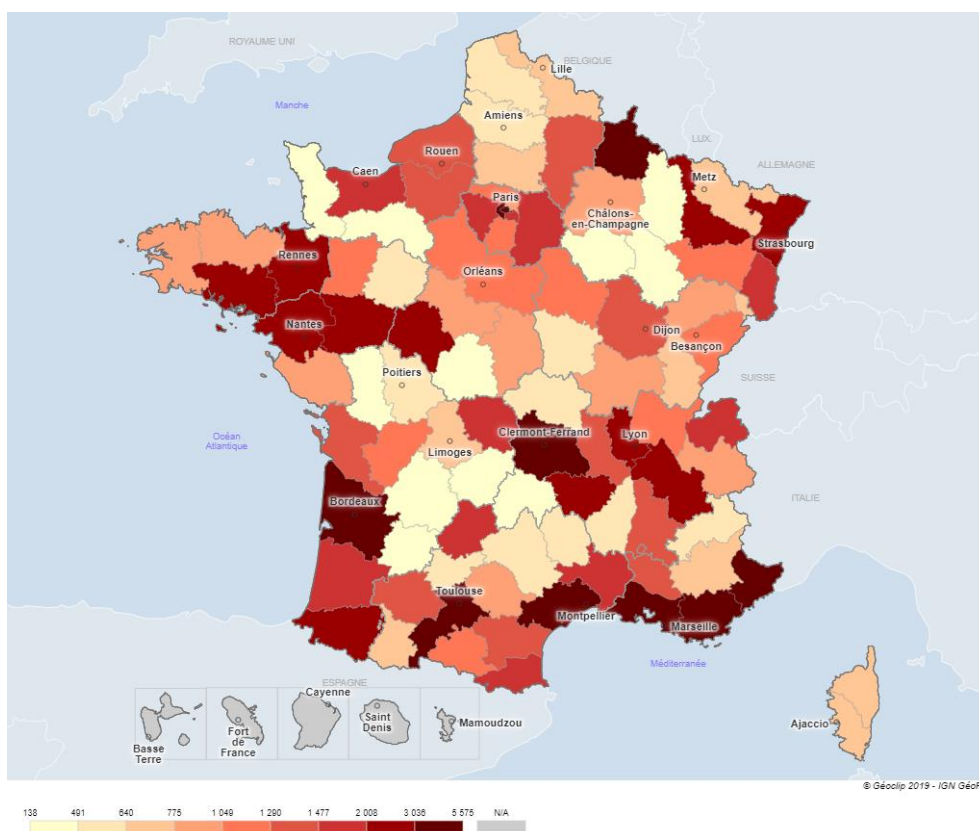
Les dépenses par âges de 2016 à 2021 sont relativement similaires chaque année, avec cependant une progression plus marquée des volumes de dépenses remboursées pour les plus de 16 ans (+ 21,7 % soit 10 M€).

En moyenne, les consultations de psychiatres en ville remboursées par l'assurance maladie obligatoire s'élèvent en moyenne à 1 387 € pour 1000 enfants et adolescents de moins de 18 ans (2021). Ces dépenses sont très hétérogènes selon les départements. En effet, ce volume est très faible dans un certain nombre de départements. Il est inférieur à 500 € pour 1000 enfants et adolescents dans douze départements (Haute-Marne, Aube, Manche, Orne, Corrèze, Deux-Sèvres, Meuse, Indre, Dordogne, Lot-et-Garonne, Hautes-Alpes)³¹⁷. À l'inverse il atteint des montants relativement élevés par rapport à la moyenne (supérieur ou égal à 3 500 € pour 1 000 enfants et adolescents) dans 5 départements comprenant majoritairement de grandes métropoles et grandes aires urbaines (Paris, Bouches-du-Rhône, Gironde, Alpes-Maritimes)³¹⁸. Le département des Ardennes constitue une certaine exception puisque c'est un département à dominante plutôt rurale mais où les dépenses de ville en psychiatrie ont élevées (3 630 €) par rapport aux autres départements de l'hexagone.

³¹⁷ Elle atteint sa valeur minimale en dans l'Aube avec 138 € pour 1000 enfants et adolescents.

³¹⁸ La dépense remboursée maximale pour 1000 enfants et adolescents est atteinte en Gironde (5 575 €), suivie par Paris (4 877 €).

Carte n° 6 : dépenses AMO remboursées (en euros pour 1000 enfants) en 2021



Source : DCIR (CAM/Cour des comptes) et Insee, représentation Cour des comptes

Un des principaux déterminants de ces dépenses de ville est l'offre disponible dans les départements et en particulier la densité de psychiatres libéraux. La carte de la densité de psychiatres pour 100 000 habitants se superpose quasiment avec celle des dépenses, à l'exception notable du département des Ardennes qui a une densité de psychiatres plutôt dans la moyenne basse mais des dépenses de psychiatrie de ville pour les enfants et adolescents élevées.

e) Les récentes revalorisation de la rémunération des psychiatres notamment pour la prise en charge des enfants et des adolescents

La convention médicale de 2016, entrée en vigueur le 1^{er} novembre 2017, a prévu une augmentation de 10 € des majorations MPF et MAF et la création d'une consultation, cotée CSE, pour le suivi et la coordination annuelle liée à la prise en charge d'un enfant souffrant de troubles du spectre de l'autisme.

Plus récemment, l'avenant 9 à la convention de 2016, signé en juillet 2021, prévoit à partir d'avril 2022 une revalorisation de la consultation (CNPSY) et de la téléconsultation, à 42,5 € au lieu de 39 € précédemment, et une revalorisation de la consultation d'urgence réalisée à la demande du médecin traitant (2 CNPSY contre 1,5). Une majoration de 3 € de la CNPSY pour les patients de moins de 16 ans, a aussi été créée.

Annexe n° 9 : l'insuffisante prévention primaire des troubles psychiques infanto-juvéniles de 0 à 3 ans

Dès le projet de grossesse pour les futurs parents et jusqu'à la fin de la première année de vie de l'enfant, les soins psychiques anténataux et conjoints (parents-enfant) ont pour objectif de permettre un bon développement des nouveau-nés et nourrissons dont les parents présentent des troubles psychiques³¹⁹. La psychiatrie périnatale, différente de celle de la femme enceinte ou allaitante, vise à une prise en charge spécialisée des difficultés interactives et développementales des nouveau-nés, des troubles parentaux et des dysfonctionnements relationnels.

Malgré son développement au cours des dernières années, il semblerait que le nombre d'unités périnatales soit insuffisant en France³²⁰. Sur le volet sanitaire, il existe environ 50 unités de psychiatrie périnatale³²¹ compétentes jusqu'aux deux ans de vie de l'enfant³²² ; mais les actions de prévention et le repérage des nourrissons en difficulté ne reposent pas seulement sur les pédopsychiatres.

Les crèches et les services d'accueil du jeune enfant sont propices à la prévention précoce des troubles psychiques infantiles, pour deux raisons. D'une part, la socialisation des enfants avant l'entrée à l'école favorise le développement cognitif et l'apprentissage du langage³²³, d'autre part, l'encadrement et l'accueil du jeune enfant par des professionnels de la petite enfance donne une opportunité de repérage et de prévention des troubles psychiques. À cet égard, les mesures inscrites dans l'arrêté portant création d'une charte nationale pour l'accueil du jeune enfant³²⁴, en particulier sur les enjeux de bien-être et d'interactions sociales, sont les bienvenues.

³¹⁹ Par exemple, la fréquence des dépressions maternelles post-natales est d'environ 15 à 20 %. Une telle dépression mal prise en charge pèse sur le développement affectif et cognitif de l'enfant.

³²⁰ Ce point est en cours d'instruction à la 6^e chambre de la Cour dans le cadre d'une évaluation de politique publique portant sur « La politique de périnatalité », et devrait faire l'objet d'une publication à l'été 2023.

³²¹ Le décompte de ces unités est complexe, elles sont à rattacher soit au secteur général, soit au secteur infanto-juvénile, soit reliés aux maternités.

³²² Les signes de difficultés ou de troubles avant trois ans sont principalement les suivants : troubles dits fonctionnels (troubles du sommeil, agitation, troubles alimentaires, mais aussi troubles relationnels (difficultés à entrer dans la relation qui ne sont pas toutes, tant s'en faut, de nature autistique, ralentissement psychomoteur, retrait interactif, absence d'investissement de son corps et de son espace de vie par le bébé, troubles des mouvements généraux, etc.).

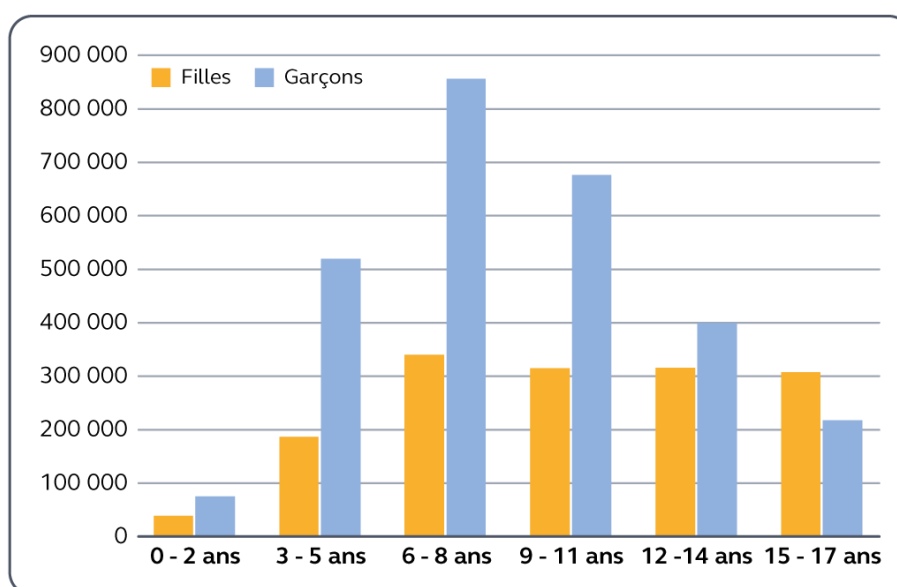
³²³ S Grobon et coll., *Inégalités socio-économiques dans le développement langagier et moteur des enfants à 2 ans*, BEH 1, janvier 2019.

³²⁴ Arrêté du 23 septembre 2021 portant création d'une charte nationale pour l'accueil du jeune enfant.

Annexe n° 10 : données complémentaires sur les CMP-IJ

L'activité des CMP est relativement polarisée : elle se concentre sur les garçons qui représentent 68 % des patients et sur les enfants scolarisés à l'école élémentaire, les 6-11 ans représentant environ 47 % des patients.

Graphique n° 7 : répartition des actes en CMP infanto-juvéniles par sexe et âge en 2019



Source : RIM-P (Diamant), retraitement Cour des comptes

Cette activité évolue peu dans le temps. Une circulaire³²⁵ soulignait dès 1992 une surreprésentation dans les secteurs des enfants âgés de 5 à 9 ans et une sous-représentation des moins de 5 ans et des jeunes de 15-19 ans, concluant à une inadéquation manifeste de l'offre. Une étude conduite par l'ORS Nouvelle-Aquitaine souligne que seuls 52,8 % des CMP de cette région soignent à la fois des enfants et des adolescents, les autres étant spécialisés par tranche d'âge³²⁶. Les CMP n'étant pas spécifiquement soumis à une autorisation d'activité, ces spécialisations sont pour la plupart le fruit de l'histoire et de choix d'établissements, sans planification par les ARS.

³²⁵ Circulaire n° 70 du 11 décembre 1992 relative aux orientations de la politique de santé mentale en faveur des enfants et des adolescents.

³²⁶ ORS Nouvelle-Aquitaine, *Les centres médico-psychologiques de Nouvelle-Aquitaine*, mai 2019. Lors de l'enquête, 27,4 % des CMP déclaraient couvrir exclusivement les moins de 13 ans et 18 % les adolescents à partir de 12 ans.

Pour les plus jeunes, cette polarisation ne devrait en théorie pas soulever de problème : les CMP ont accueillis en 2019 environ 75 500 enfants de moins de 6 ans, effectif qui semble proche de celui attendu à partir des estimations de la prévalence des troubles psychiques dans cette classe d'âge. Plus de 55 % de ces patients ne viennent cependant qu'une fois ou bénéficient d'un suivi limité dans le temps (de deux à six actes dans l'année), qui concernerait donc *a priori* des patients aux troubles légers à modérés.

Si une partie des patients sont potentiellement suivis en CAMSP et dans les plateformes de coordination et d'orientation (PCO) pour les troubles du neurodéveloppement, ces structures ne couvrent qu'une partie des publics : 24 850 enfants souffrant de troubles psychiques sont ainsi vus en CAMSP en 2018³²⁷. Les missions des CMP, qui recouvrent à la fois un accès direct universel aux soins sans spécialisation sur les troubles modérés à sévères, ne permettent pas de confirmer si les enfants souffrant de ces troubles psychiques bénéficient d'une prise en charge en CMP.

Une étude portant sur des CMP parisiens³²⁸ renseigne par ailleurs les principales caractéristiques, parfois cumulatives, de l'environnement des enfants et adolescents pris en charge en CMP :

- des difficultés d'intégration sociale, souvent après un parcours migratoire (parents nés à l'étranger, non francophones, ne sachant ni lire, ni écrire et/ou isolés) ;
- des soucis financiers (dans des foyers parfois très modestes, alternant petits boulots et chômage, et logeant parfois dans des appartements sociaux exigus) ;
- des problèmes de santé (affectant les parents eux-mêmes ou les autres enfants de la fratrie, lesquels sont parfois aussi suivis) ;
- des relations familiales conflictuelles (entre les deux parents, entre parents et enfants, et/ou à l'intérieur de la fratrie).

Cette étude souligne que les demandes de consultation en CMP concernent principalement des troubles émotionnels (peurs, angoisse, dépression etc., environ 40 %), une agitation excessive (30,0 %), des difficultés d'apprentissage (25,4 %), un refus de l'autorité (24,7 %), de la violence (21,8 %) et des problèmes de langage (17,4 %).

³²⁷ CNSA, Synthèse nationale des rapports d'activité 2017 et 2018, Août 2020.

³²⁸ Tibi-Lévy, Yaël. « Recourir à la pédopsychiatrie publique : étude dans six centres de soins parisiens », Santé Publique, vol. 32, no. 1, 2020, pp. 43-55.

Tableau n° 16 : professionnels intervenant en CMP-IJ selon le type d'actes (2020)

	Entretien	Démarches	Prise en charge de groupe	Accompagnements	Réunion
Assistants sociaux	2,5 %	29,0 %	0,5 %	13,4 %	3,3 %
Autres intervenants soignants (dont aides-soignants)	0,4 %	0,3 %	0,2 %	2,1 %	0,0 %
Infirmiers et encadrement infirmier	12,5 %	14,6 %	17,2 %	27,9 %	4,4 %
Membres du corps médical	20,4 %	15,8 %	2,8 %	2,8 %	9,4 %
Personnel de rééducation	18,3 %	10,5 %	10,6 %	10,5 %	2,8 %
Personnel éducatif	4,6 %	6,1 %	8,8 %	29,2 %	1,6 %
Plusieurs catégories dont membres du corps médical	2,7 %	2,1 %	3,3 %	1,2 %	53,9 %
Plusieurs catégories sans membres du corps médical	3,0 %	2,7 %	48,4 %	5,4 %	16,4 %
Psychologues	35,4 %	18,9 %	8,2 %	7,6 %	8,1 %
Nombre d'actes (en milliers)	2 801	334	217	20	266

Source : Cour des comptes d'après les données du RIM-P (Diamant)

Annexe n° 11 : l'accueil en hôpital de jour

L'arrêté du 14 mars 1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales, comportant ou non des possibilités d'hébergement qui définit les équipements de psychiatrie fixe pour mission aux hôpitaux de jour d'assurer des soins polyvalents, individualisés et intensifs dans la journée, le cas échéant à temps partiel. Cette définition peu précise des missions est encouragée par les pouvoirs publics qui, par une circulaire de décembre 1992, ont demandé aux autorités sanitaires de favoriser la diversité des hôpitaux de jour, dans la circulaire n° 70 du 11 décembre 1992 relative aux orientations de la politique de santé mentale en faveur des enfants et des adolescents. Dès lors, plusieurs modèles paraissent coexister, selon la présence ou non à proximité d'autres types de dispositifs, notamment de centre d'accueil thérapeutique à temps partiel, d'unités d'hospitalisation à temps complets ou d'instituts médico-éducatifs. Les durées moyennes d'hospitalisations de 30 jours en 2021 ne sont pas représentatives car certaines hospitalisations tirent la moyenne vers le haut³²⁹ :

- certains hôpitaux de jour interviennent en amont ou aval d'une hospitalisation, pour l'éviter ou en raccourcir la durée. L'accueil y est limité dans le temps et séquentiel, à raison de deux à quatre demi-journées par semaine. Ces accueils offrent des ateliers en groupe thérapeutique à l'aide de supports de remédiation (jeux, cuisine, environnement, animaux) ;
- d'autres interviennent sur une durée plus longue, sur une année scolaire par exemple, et peuvent intégrer dans leur prise en charge une scolarité, *via* notamment des professeurs détachés de l'éducation nationale. En 2021, plus de 1 400 jeunes de moins de 18 ans ont ainsi été accueillis en hôpital de jour pendant plus d'un trimestre et parmi eux, environ 134 l'ont été sur plus d'un semestre.

³²⁹ La durée moyenne d'hospitalisation est décomptée en nombre de jours hospitalisés, continues ou discontinus, dans une année de référence. Elle se distingue de la durée moyenne de séjour, qui comptabilise le nombre de journées d'hospitalisation au cours d'un séjour d'hospitalisation sans interruption. Les séjours des enfants et jeunes hospitalisés pouvant être interrompus le week end par des retours en famille, l'indicateur de durée d'hospitalisation permet pour cette population de rendre compte de façon plus adéquate de la prise en charge.

Annexe n° 12 : un cahier des charges des CMPP à redéfinir pour mettre fin aux doublons avec les CMP

Selon les données des rapports d'activité des CMPP, le nombre de patients suivis serait en 2018 de 116 000 enfants environ³³⁰. Pour autant, faute d'un recensement exhaustif, il n'est pas possible d'estimer de façon fiable le nombre de CMPP : la fédération des CMPP estime qu'il en existe 309 et la base FINESS recense 477 établissements, très inégalement répartis sur le territoire. Une étude de l'ARS Rhône-Alpes mentionne qu'environ 20 % des CMP disposent également d'un CMPP dans leur secteur³³¹.

Si le nombre de patients suivis est moins élevée que dans les CMP, ils reçoivent plus d'enfants en moyenne (387 enfants par an)³³², qui bénéficient d'un suivi relativement soutenu (environ 66 % des enfants en cours de suivi ont en effet bénéficié d'au moins un rendez-vous par semaine).

Leurs missions et conditions de fonctionnement sont détaillées par l'annexe 32 du décret du 18 février 1963 : les CMPP pratiquent le diagnostic et le traitement des enfants souffrant de troubles neuropsychiques ou des troubles du comportement susceptibles « *d'une thérapeutique médicale, d'une rééducation médico-psychologique ou d'une rééducation psychothérapique ou psychopédagogique sous autorité médicale* ». Ils ont pour but de réadapter l'enfant en le maintenant dans son milieu familial, scolaire ou professionnel et social.

Les CMPP : un positionnement sur les enfants en âge de scolarité

Les CMPP sont des services médico-sociaux relevant de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, qui participent à la mise en œuvre de la politique de santé mentale en direction des enfants et des adolescents. Ils sont nés en mai 1946 au sein du lycée parisien Claude Bernard à partir d'un centre expérimental accueillant les enfants en difficulté pour une prise en charge éducative et thérapeutique.

Implantés surtout en région Île-de-France (un tiers des implantations), ils accueillent des enfants et des adolescents dont l'état nécessite une intervention complexe comportant des actions d'ordre médical, psychologique et pédagogique étroitement associées (circulaire du 16 mars 1972).

Ils constituent une offre ancienne, 80 % d'entre eux ayant été créés avant 1980, avant le virage ambulatoire pour la psychiatrie. Seuls 6 % des CMPP ont été ouverts depuis moins de 20 ans.

Ils pratiquent le diagnostic et le traitement des enfants et adolescents en âge scolaire – donc âgés d'au moins 6 ans – présentant des troubles neuropsychiques, de neurodéveloppement (dont les troubles spécifiques des apprentissages) ou des troubles du comportement susceptibles d'être améliorés par une technique médicale, une rééducation psychothérapique ou psychopédagogique sous autorité médicale. Tout comme en CMP, les délais d'attente entre la première demande et le premier rendez-vous est long pour la majorité des enfants. Si 31 % des enfants sont reçus en 1 à 3 mois, un tiers d'entre eux sont reçus dans des délais supérieurs à 3 mois.

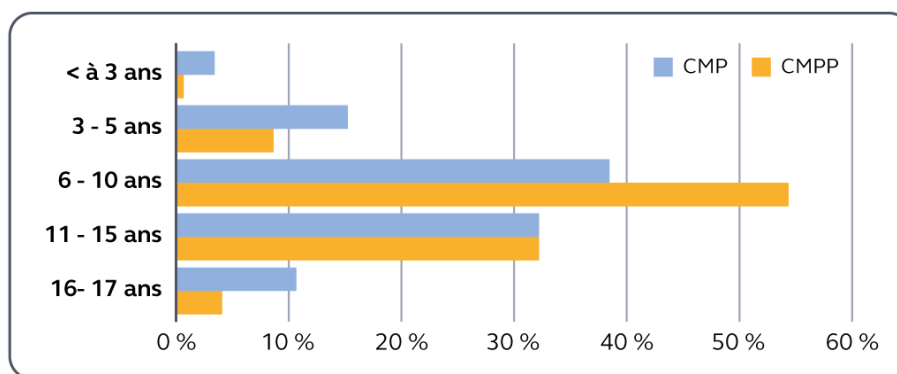
³³⁰ Données concordantes avec une enquête de la Drees menée en 2005 qui dénombrait 51 960 enfants suivis par 210 CMPP (Magali Coldefy, *Les enfants et les adolescents pris en charge dans les centres médico-psychopédagogiques*, Études et résultats, Drees, n° 392, avril 2005).

³³¹ ARS Rhône-Alpes, *Enquête sur les CMP de la région Rhône-Alpes*, juin 2015.

³³² Exploitation des rapports d'activité 2018 des CMPP.

La définition de ces missions est proche voire identique à celle confiée aux CMP. Or, la superposition des missions et des tranches d'âge des patients suivis en CMP et CMPP, soulignée par l'Igas dans son rapport de 2018, rend la visibilité de leurs missions respectives limitée et leur articulation délicate. Les CMPP concentrent également leur offre sur la tranche d'âge des élèves en âge de scolarisation, alors même que ni le décret du 18 février 1963 ne le prévoit (la seule limite supérieure est celle de la majorité) ni les arrêtés d'autorisations des ARS, qui ne précisent généralement pas de bornes d'âge³³³.

Graphique n° 8 : répartition des files actives des CMP et CMPP par tranches d'âge en 2018



Source : CNSA -rapports d'activité des CMPP et RIM-P (restituées par DIAMANT), retraitements Cour des comptes

Dès la mise en place des secteurs infanto-juvéniles, l'articulation entre les deux structures s'est posée : la circulaire du 16 avril 1964 positionne les CMPP comme « dispensaires secondaires », après un premier tri effectué par les « dispensaires d'hygiène mentale proprement dits » (les CMP). En cas d'absence de CMP, la circulaire prévoit de les conventionner à titre de « dispensaire primaire » en lieu et place d'un CMP. Un certain nombre de CMPP sont aujourd'hui assimilés à des CMP *via* des conventions de délégation de missions de service public conclues avec les ARS³³⁴.

Une étude de l'ORS Midi-Pyrénées souligne deux orientations principales des CMPP :

- la prise en charge des troubles spécifiques des apprentissages, une partie des structures disposant par exemple d'enseignants spécialisés mis à disposition de l'Éducation nationale. Cette orientation est confirmée par les données de l'Anap, les enfants étant principalement orientés par les services de l'Éducation nationale (27 %) et par le réseau informel des parents (24 %), les structures de psychiatrie hospitalière ou professionnels libéraux ne représentant que 4 % des adressages ;
- la prise en charge des troubles psychiques, comparables en grande partie aux missions des CMP. Les modalités de prise en charge sont dans ce cas comparables à celles d'un CMP (consultations externes, ateliers thérapeutiques) à l'exception de l'obligation de permanences des soins.

³³³ CREAI Auvergne-Rhône-Alpes, Étude sur les centres médico-psychopédagogiques en région Auvergne-Rhône-Alpes 2017-2018, septembre 2018.

³³⁴ ORS Midi-Pyrénées, Repérage et prise en charge précoce des troubles psychiques des enfants et des adolescents dans les CAMSP, CMP et CMPP en Midi-Pyrénées, février 2016.

Les données du tableau de la performance du secteur médico-social confirment cette dernière orientation, la patientèle des CMPP souffrant majoritairement de troubles psychiques (près de 86 % des enfants concernés) et de troubles du comportement (87 % des enfants).

Les ARS auditionnées confirment que les CMPP sont analysés comme constituant une offre complémentaire aux CMP et font face aux mêmes difficultés liées aux taux de vacances de professionnels médicaux, d'allongement des délais de prise en charge et de complexité des situations.

Plusieurs études soulignent des durées importantes de prises en charges en CMPP, en moyenne de 2 à plus de 3 ans³³⁵, alors même que le coût par personne et par an de la prise en charge s'élevait en 2018 à 2 143 €.

Des niveaux rémunérations parmi les ESMS les plus élevés

Selon les données des rapports d'activité de 2018, il y aurait environ 3 500 ETP³³⁶ exerçant en CMPP. Parmi ceux-ci, les effectifs de psychologues occupent une place prépondérante à hauteur de 28 % des postes, contre 14 % pour les orthophonistes et 12 % de psychomotriciens. Les psychiatres ne représentent que 4 % des ETP, mais 20 % des postes étaient non pourvus en 2018. La profession d'orthophoniste paraît également en difficulté d'attractivité, car 12 % des postes sont non pourvus.

Le coût salarial moyen des CMPP est parmi les plus élevés des ESMS pour enfants, à hauteur de 59 239 € par ETP³³⁷. L'un des éléments d'explication relève de la part des médecins dans les personnels, plus importante que dans les autres ESMS, ainsi que les effets de la convention collective 66³³⁸, majoritaire en CMPP, qui est supérieure de 5 % au coût salarial moyen d'un ETP de CMPP relevant de la fonction publique hospitalière³³⁹.

Une clarification conjointe des missions des CMP et des CMPP pourrait désormais être menée, en permettant de redéfinir les objectifs fixés à chaque type de structure.

³³⁵ CREAI Basse-Normandie, *Les enfants en situation de handicap CAMSP CMPP*, mars 2013 et CREAI Auvergne-Rhône-Alpes, *Étude sur les centres médico-psychopédagogiques en région Auvergne-Rhône-Alpes 2017-2018*, septembre 2018.

³³⁶ Chiffre à prendre avec précaution car reposant sur une base déclarative. Ils correspondent cependant avec l'enquête effectuée par la Drees en 2005 qui en décomptait environ 4400 (Magali Coldefy, *Les enfants et les adolescents pris en charge dans les centres médico-psycho-pédagogiques*, Études et résultats, Drees, n° 392, avril 2005).

³³⁷ CNSA, *Analyse des comptes administratifs 2017 et 2018, Établissements et services accueillant des personnes handicapées, Services accueillant des personnes âgées et des personnes handicapées*, novembre 2020.

³³⁸ Convention collective nationale de travail des établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées du 15 mars 1966.

³³⁹ En outre, les conventions collectives prévoient des jours de congés supplémentaires de 18 jours dans la CCN 1966 pour les personnels éducatifs, pédagogiques et sociaux et de 18 jours pour les personnels éducatifs et 9 jours pour les autres personnels dans la CCN 1951. Dans la fonction publique hospitalière, les congés trimestriels, à hauteur de 18 jours supplémentaires, sont également en vigueur pour les personnels éducatifs.

Annexe n° 13 : les réseaux belges ou la conceptualisation de la trajectoire de soins

En Belgique, l'organisation de l'offre de soins en santé mentale pour les enfants, adolescents et jeunes adultes repose sur la notion de gradation des soins permise par la structure du « réseau ». Cette structure est née sous l'impulsion de la réforme de la santé mentale des enfants et adolescents de 2014³⁴⁰. Elle est organisée à l'échelle d'une province, à destination de tous les jeunes de 0 à 23 ans. Le réseau est constitué autour d'un ensemble d'acteurs du territoire de soins de santé mentale, mais il intègre aussi d'autres acteurs, comme ceux du domaine social.

Le réseau poursuit 6 objectifs :

1° prévention universelle et promotion de la santé ;

2° observation, détection et intervention précoce ;

3° consultation et liaison intersectorielle ;

4° offre de soins de base en santé mentale spécialisés pour enfants et adolescents dans un cadre ambulatoire, semi-résidentiel et résidentiel ;

5° soins en santé mentale au plus près de la communauté : programme de soins de crise, programme de soins de longue durée, renforcement de l'offre d'aide pour enfants et adolescents présentant un double diagnostic ;

6° soutien intégrateur axé sur le rétablissement. »³⁴¹

Ces structures de réseaux ont permis de développer des initiatives comme celle du réseau « Archipel » du Brabant wallon, comportant équipes mobiles pluridisciplinaires, mobilisables à la demande des professionnels du réseau, des soins psychologiques de première ligne et spécialisés visant à rendre ces soins accessibles et un dispositif de gestionnaire de cas (« case management »)³⁴² chargé d'assurer la coordination des parcours de chaque patient.

Ce dispositif de concertation peut être sollicité par les jeunes patients de moins de 24 ans, par les professionnels de santé et du domaine social.

³⁴⁰ *Guide vers une nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents*, 2014.

³⁴¹ *Convention de réseau archipel (réseau intersectoriel de santé mentale pour les jeunes (0-23 ans) du Brabant wallon)*, 2019.

³⁴² Une planification en six étapes du dispositif a été formalisée au sein du réseau « Archipel ». Celle-ci met en avant le rôle du « case manager » à chaque étape : accueil, analyse de la situation, organisation de la concertation, mise en œuvre des solutions issues de la concertation, enfin, surveillance de celle-ci, évaluation de l'intervention et décision de clôture du dispositif ou de son renouvellement.

Annexe n° 14 : les droits des patients en pédopsychiatrie

Les usagers du système de santé participent au fonctionnement des établissements de santé, public et privé, par l'intermédiaire de représentants d'usagers du système de santé membres d'associations agréées au niveau national ou régional. Les visites effectuées ont cependant permis de constater l'absence des familles d'enfants ou des jeunes et adolescents eux-mêmes³⁴³ au sein des conseils usagers et plus largement l'absence d'association spécifique à la pédopsychiatrie au sein des associations représentatives des usagers du système de santé³⁴⁴.

Parmi les associations agréées au niveau national ou régional, aucune n'est dédiée aux enfants et adolescents souffrant de troubles psychiques. Les deux associations agréées spécialisées en santé mentale (Fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie – Fnapsy – et Union nationale de familles et amis de personnes malades – Unafam) défendent principalement les droits des patients adultes, dont les soins sont quantitativement plus importants et soumis à une réglementation différente en matière de protection des droits (contention, isolement, ...) d'accès aux prestations sociales. L'une d'entre elles indique accueillir depuis peu des parents d'enfants et d'adolescents. Dans les établissements de santé ayant une activité de psychiatrie générale et/ou infanto-juvénile, 60 % d'entre eux ont désigné au moins un représentant des usagers issus de la Fnapsy ou de l'Unafam.

Les deux associations nationales de parents d'enfants souffrant de troubles du spectre de l'autisme (Sésame Autisme et Autisme France) ne représentent quant à elles qu'une part de l'ensemble des enfants pris en charge en psychiatrie infanto-juvénile.

Au niveau régional, deux associations, Acanthe (en Île-de-France) et Dyspraxique mais fantastique (en Occitanie), respectivement compétentes auprès des enfants atteints d'autisme et d'enfants dyspraxiques, sont agréées. Elles ne couvrent là encore qu'une part des enfants atteints de troubles du psychisme.

L'absence d'association de jeunes patients souffrant de troubles psychiques ou a minima de familles de jeunes patients au sein de l'union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé (France Asso Santé), apparaît en décalage au regard de ses missions et de sa place dans le débat public. En application de la loi du 26 janvier 2016, cette union est en effet habilitée à rendre des avis aux pouvoirs publics sur les questions relatives au fonctionnement du système de santé, à proposer des mesures ainsi qu'à représenter les usagers auprès des pouvoirs publics.

Pourtant, le mode d'organisation de la représentation des usagers, qui implique une participation régulière mais ponctuelle (environ une réunion par trimestre) par exemple aux commissions des usagers (CDU)³⁴⁵ des établissements de santé, ne paraît pas incompatible avec la présence de représentants mineurs ou jeunes³⁴⁶. Or, les missions de la CDU pourraient justifier une place des jeunes représentants des usagers : celle-ci disposent d'un rôle de vigilance, d'alerte et de proposition en matière de qualité de l'accueil et de la prise en charge ainsi que de respect du droit des usagers (article L. 1112-3 du code de la santé publique).

³⁴³ Ou de jeunes membres des associations agréées en matière de troubles psychiques, alors que tout mineur peut adhérer à une association (Article 2 bis de la loi du 1^{er} juillet 1901 tel que modifié par la loi n° 2017-86 du 27 janvier 2017 relative à l'égalité et à la citoyenneté).

³⁴⁴ Parmi les établissements visités en Hauts-de-France, en Bretagne ou encore en Île-de-France, les représentants des usagers sont principalement issus de l'Unafam ainsi que, dans une proportion moindre, de la Fnapsy. Lorsque les établissements visités avaient une activité autre que la psychiatrie, qu'ils accueillent également des adultes ou uniquement des enfants, les représentants des usagers désignés ne l'étaient pas au titre d'une association dédiée à la santé mentale.

³⁴⁵ Au sein de la CDU, siègent notamment deux représentants des usagers qui sont nécessairement membres d'une association agréée et désignés par le directeur général de l'ARS (article R. 1112-81 du code de la santé publique). Deux représentants des usagers siègent également au conseil de surveillance (article L. 6143-5 du code de la santé publique).

³⁴⁶ La seule condition pour devenir représentant d'utilisateur est d'être membre d'une association agréée.

Annexe n° 15 : l'exemple anglais : une planification claire, opérationnelle et évaluable

La Grande-Bretagne a adopté un plan spécifiquement dédié à la santé mentale des enfants et des adolescents depuis février 2016 : il s'agit du plan « *Five-year forward view for mental health* » achevé en 2020/2021. Ce premier plan a été suivi par le plan « *NHS mental health implementation 2019/2020 – 2023/2024* » dont la spécificité est d'étendre le volet enfants aux 18-25 ans. Le volet dédié au 0-25 ans se décline en six objectifs : l'accès aux soins de santé mentale financés par la NHS pour les enfants et jeunes, la prise en charge spécifique des TCA (troubles du comportement alimentaire), la gestion de la crise psychiatrique aiguë, la concertation avec le plan quinquennal du NHS pour la santé sur certaines politiques, la mise en place de « *Mental Health Support Teams MHSTs* » et la lisibilité de l'offre de soins en santé mentale pour les 0-25 ans.

Pour veiller à la mise en œuvre concrète de ces objectifs, une planification des moyens nécessaires a été réalisée. Le plan établit ainsi des projections indicatives sur le nombre d'ETP supplémentaires nécessaires au secteur. Ainsi pour l'année 2023-2024, un total pour le secteur de 27 460 ETP est attendu. Sur ces 27 460 ETP, 8 050 ETP sont dédiés à la santé mentale de l'enfant et des jeunes, soit 29,31 %. Une cohérence est pensée entre la planification des soins de psychiatrie pour adultes et celle des enfants et jeunes adultes, au sein du « *NHS Long Term Plan* ».

Les indicateurs sont pensés en termes quantitatifs, et correspondent à des objectifs :

- pour atteindre l'objectif de faciliter l'accès aux soins de santé mentale financés par la NHS pour les enfants et jeunes, il est prévu de fixer, par année et sur les cinq ans, un nombre cible supplémentaire d'enfants et de jeunes adultes accédant aux services de soins de santé mentale. Ainsi, à 5 ans, l'objectif est chiffré à 899 000 enfants et il se décline, ainsi pour chaque année : 63 000 pour 2020, 73 000 pour 2021, 164 000 pour 2022, 254 000 pour 2023 et 345 000 pour 2024 ;
- pour la prise en charge spécifique des TCA, il est prévu d'atteindre un standard en termes d'accès et de délais d'attente dans la prise en charge et de le maintenir ;
- pour la gestion de la crise psychiatrique aiguë, il est prévu d'atteindre un pourcentage d'enfants (qui augmente constamment jusqu'à 100 % en 2023-2024) d'enfants et de jeunes adultes bénéficiant d'une offre de gestion de la crise psychiatrique, avec des solutions de maintien à domicile.

Si certains objectifs sont délégués à l'échelle locale, l'investigateur de ce plan reste le NHS qui finance les *Integrated Care Boards* (ICBs) (qui ont remplacé les *Clinical Commissioning Groups* (CCG) depuis le 1^{er} juillet 2022). En effet, ce plan dédié à la santé mentale s'intègre dans un plan plus large de long terme (i.e. 5 ans). Ainsi, les ICBs qui agissent au plan local sur la santé mentale de l'enfant, de l'adolescent et du jeune adulte le font avec l'aide des agents locaux du NHS, comme pour les MHSTs.

L'évaluation du plan est effectuée par le NHS et s'appuie sur le « *NHS Mental Health Dashboard* ». Le « *NHS mental health dashboard* » fournit les données clés relatives aux soins de santé mentale. Il permet de mesurer la performance du NHS dans la mise en œuvre effective du plan « *NHS Long Term Plan for mental health* ». L'accès aux données agrégées du « *NHS Mental Health Dashboard* » est libre.

Annexe n° 16 : tableau comparatif de la gouvernance de la pédopsychiatrie en Europe et dans le monde

Tableau n° 17 : la gouvernance de la pédopsychiatrie dans les pays de l'OCDE

	Organisation	Ministère dédié à la santé mentale	Structuration en réseaux
<i>Allemagne</i>	Décentralisée en partie (Landers)	Non	Non
<i>Belgique</i>	Compétence des régions	Non	Oui / 11 réseaux sur tout le territoire
<i>France</i>	Centralisée	Non	Non
<i>Royaume-Uni</i>	Centralisée majoritairement	Ministre d'État à la santé mentale, à la prévention du suicide et à la sécurité des patients	Non
<i>Suède</i>	Décentralisée	Non	Non
<i>Suisse</i>	Compétence des cantons	Non	Non
<i>Australie</i>	Compétence de chaque état fédérés et territoires	Ministre de la santé mentale dans certains territoires	Non
<i>Canada</i>	Compétence partagée entre État fédéral et provinces/territoires	Ministre de la santé mentale et des dépendances (ministre associée de la Santé)	Non

Tableau n° 18 : la gouvernance de la pédopsychiatrie en Europe et dans le monde

	État de santé psychique des enfants et adolescents	Évaluation de l'offre de soins en pédopsy.	Densité pédopsychiatre (nombre de psychiatre de l'enfance et de l'adolescence pour 100 000 mineurs)	Nombre de services publics de santé mentale pour enfants et adolescents pour 100 000 mineurs	Planification (au sens de l'OMS)	Spécificité
<i>Allemagne</i>	Entre 2009 et 2019, 10 % des enfants en Allemagne ont au moins eu un contact avec un pédopsychiatre ou pédopsychologue (12,4 % pour les filles, 7,8 % pour les garçons)	Évaluation non spécifique pour la pédopsychiatrie	8	4,1	Oui	
<i>Belgique</i>	En 2019, en Belgique, on estimait que 16,3 % des enfants (10-19 ans) souffraient de troubles mentaux, soit environ 208 372 enfants.	Évaluation par le conseil supérieur de santé (fréquence non précisée)	11,1	2,4	Oui	Réseaux de soins développés

	État de santé psychique des enfants et adolescents	Évaluation de l'offre de soins en pédopsy.	Densité pédopsychiatre (nombre de psychiatre de l'enfance et de l'adolescence pour 100 000 mineurs)	Nombre de services publics de santé mentale pour enfants et adolescents pour 100 000 mineurs	Planification (au sens de l'OMS)	Spécificité
<i>France</i>	La part des grands adolescents (plus de 16 ans) et jeunes adultes présentant un syndrome dépressif a doublé entre 2019 et mai 2020, passant de 10,1 % à 22 %. Aucune évolution significative des recours pour troubles psychiques n'a été observée chez les enfants de moins de 10 ans.	Dans le cadre de sa cartographie des pathologies et des dépenses de santé, la caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) réalise annuellement une évaluation du nombre de patients atteints de maladies psychiatriques et des dépenses associés mais elle est non spécifique aux enfants et adolescents.	9,1	3	Non	
<i>Royaume-Uni</i>	Le nombre de visites aux urgences par des jeunes de moins de 18 ans pour trouble psychiatrique a plus que triplé entre 2010 et 2018-19	Évaluation par la Care Quality Commission (CQC) sur conformité et qualité des soins. Évaluation indépendante menée par la CQC à la demande du Premier ministre. Évaluation étendue de l'offre de soins en psychiatrie du NHS (NHS Benchmarking Network)	4,5	7	Oui	
<i>Suède</i>	Augmentation globale des troubles pédopsychiatriques	L'offre de soins en pédopsychiatrie fait l'objet d'évaluation par le Ministère des affaires sociales (évaluations précises par des enquêteurs nommés par le Ministère), par l'association des communes et régions de Suède (SKR) et par Socialstyrelsen, généralement à travers des rapports annuels.	ND	ND	Oui	Désinstitutionalisation: peu de lits en hospitalisation complète
<i>Suisse</i>	La part des 16–25 ans souffrant de symptômes dépressifs moyens à sévères a augmenté pour	Évaluation non spécifique pour la pédopsychiatrie	23,4	1	Non	

	État de santé psychique des enfants et adolescents	Évaluation de l'offre de soins en pédopsy.	Densité pédopsychiatre (nombre de psychiatre de l'enfance et de l'adolescence pour 100 000 mineurs)	Nombre de services publics de santé mentale pour enfants et adolescents pour 100 000 mineurs	Planification (au sens de l'OMS)	Spécificité
	passer de 10,4 % à 13,5 % entre 2012 et 2017. Par rapport à l'ensemble de la population suisse, les adolescents et les jeunes adultes (16–25 ans) rapportaient en 2017 nettement plus de symptômes dépressifs moyens à sévères (13,5 % contre 8,6 %), mais sensiblement moins de dépression au cours des douze mois précédant l'enquête (3,6 % contre 6,6 %)	(observatoire suisse de la santé)				
<i>Australie</i>	En 2013-14, 1 jeune sur 5 (20 %) âgé de 11 à 17 ans présentait des niveaux élevés ou très élevés de détresse psychologique (13 % et 6,6 %, respectivement).	Évaluation non spécifique pour la pédopsychiatrie	ND	ND	Non	
<i>Canada</i>	Près d'une hospitalisation sur 4 chez les enfants et les jeunes de 5 à 24 ans était liée à un trouble de santé mentale.	Évaluation non spécifique pour la pédopsychiatrie	ND	ND	Oui	

Source: documents institutionnels des pays concernés, Ministère chargé de la santé, Signorini et coll, Lancet psychiatry, 2017, retraitement Cour des comptes

Annexe n° 17 : les références à la pédopsychiatrie dans les SRS

La quasi-totalité des schémas régionaux de santé pointent l'insuffisance des réponses apportées aux situations de crise ou d'urgence psychique des enfants et des adultes ou encore la difficulté de construction de parcours d'aval à l'hospitalisation

La plupart des ARS prévoient aussi, dans les SRS, des actions dans le champ de la pédopsychiatrie : fluidifier la filière de pédopsychiatrie en diffusant les bonnes pratiques pour éviter les ruptures de parcours de soins (Grand Est, Auvergne-Rhône Alpes), renforcer les actions relevant de la filière infanto-juvénile (Bourgogne-Franche-Comté), prévenir et mieux gérer les urgences de pédopsychiatries et les crises (Bretagne, Grand Est), augmenter le nombre d'implantations pour la pédopsychiatrie mère-enfant ou encore organiser une « ligne d'astreinte urgences de pédopsychiatrie dans les CHU » (Centre-Val de Loire), déployer un vrai plan de modernisation de l'offre de psychiatrie infanto-juvénile avec des restructuration ciblées dans certains territoires (Corse), faire des maisons des adolescents des têtes de réseaux territoriales et améliorer la transition entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie adulte (Île-de-France, Provence-Alpes-Côte-d'Azur).

L'ARS La Réunion ambitionne de soutenir la médecine scolaire pour que « 100 % des enfants de cinq à six ans bénéficient d'un dépistage exhaustif intégrant les troubles du langage et des apprentissages ». L'ARS Provence-Alpes-Côte-d'Azur a pour objectif d'inscrire « dans tous les projets d'établissement le lien entre la pédiatrie et pédopsychiatrie ». Enfin, l'ARS Occitanie envisage d'améliorer le repérage précoce.

Si les actions prévues sont variées selon les régions et recouvrent plusieurs dimensions de l'offre de soins, peu de régions ont adopté un SRS structuré et complémentaire avec les PTSM en matière de soins de pédopsychiatrie. L'exemple normand est significatif : l'ARS dispose d'un SRS complet, prévoyant, en lien avec les PTSM, la mise en œuvre d'une organisation graduée des soins, l'implantation des Maisons des adolescents (MDA), l'organisation d'une plateforme en santé mentale, l'amélioration des conditions d'hospitalisation des mineurs, du dépistage et du traitement des troubles anxieux etc.