



RAPPORT 2021

Santé mentale des enfants : le droit au bien-être

Face au droit, nous sommes tous égaux

Défenseur des droits

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

RAPPORT 2021

Santé mentale des enfants : le droit au bien-être

TABLE DES MATIÈRES

ÉDITORIAL	04	PARTIE 2·	
		L'URGENCE À MIEUX PROTÉGER LA SANTÉ	
INTRODUCTION	06	MENTALE DES ENFANTS LES PLUS FRAGILES	40
PARTIE 1·		2·1	
POUR CHAQUE ENFANT DANS SON QUOTIDIEN :		Faciliter et améliorer les prises en charge pour les enfants suivis en pédopsychiatrie	40
PROMOTION, PRÉVENTION ET DÉTECTION	12	2·2	
1·1		Favoriser une culture de la bienveillance dans les modalités d'accompagnements des enfants et des jeunes particulièrement vulnérables	50
Garantir un environnement familial et social favorable au bien-être de l'enfant	12		
1·2		CONCLUSION	63
Garantir un environnement scolaire attentif au bien-être de l'enfant	21		
1·3		ANNEXES	64
Orienter le plus précocement possible	33	1· Liste de recommandations	64
FOCUS		2· Liste des sigles	68
LES CONSÉQUENCES INQUIÉTANTES		3· Consultation nationale du Défenseur des droits auprès des moins de 18 ans, « J'ai des droits, entends-moi »	69
DE LA CRISE SANITAIRE SUR LA SANTÉ		4· Liste des associations et structures ayant participé au projet de Consultation des enfants	70
MENTALE DES ENFANTS	37	5· Liste des personnes auditionnées et des contributions écrites	72
Les effets ambivalents des confinements	37	Auditions	72
L'explosion des troubles psychiques	38	Contributions écrites	75
Un amplificateur des inégalités sociales	38	6· Notes	76
Des effets à long terme dont la teneur est encore mal connue	39		

ÉDITORIAL

UN ENJEU DE SOCIÉTÉ AUJOURD'HUI POUR LES ADULTES DE DEMAIN

La santé mentale des enfants a longtemps été un tabou, un sujet mal appréhendé, enfermé par une définition trop restrictive d'une part, et au sein d'un secteur psychiatrique mal considéré d'autre part. Cette double relégation a pour conséquence directe de multiples atteintes aux droits et à l'intérêt supérieur des enfants. Qu'il s'agisse d'adolescents soignés à l'hôpital dans un service adulte faute de places de pédopsychiatrie, de jeunes enfants tenus d'attendre plusieurs mois avant d'être suivis dans un centre dédié, d'enfants victimes de violences institutionnelles ou intrafamiliales qui ne sont ni repérés, ni protégés faute de coordination entre acteurs, de jeunes pris en charge par l'Aide sociale à l'enfance et contraints de suivre une scolarité courte pour le seul motif financier, d'enfants qui vivent en squats, en hôtels sociaux, ou dans la rue, éloignés de toute structure de soin, ou de jeunes handicapés envoyés en Belgique, faute d'offre médico-sociale suffisante dans leur département. Qu'il s'agisse aussi de jeunes victimes de harcèlement, pris dans des addictions, témoins de violences ou fragilisés par la situation économique précaire de leur famille, sans qu'un accompagnement approprié leur soit apporté.

Toutes ces situations, le Défenseur des droits, qui est aussi Défenseur des enfants, en est régulièrement saisi. Elles doivent nous interroger collectivement sur nos devoirs vis-à-vis de nos enfants, en particulier les plus vulnérables. Car si tout le monde s'accorde sur l'importance de l'équilibre psychologique et émotionnel pour se sentir bien au quotidien et sur le lien entre santé mentale, santé physique, et qualité relationnelle, le lien entre santé mentale de l'enfant et respect effectif de ses droits, reste un combat.

La Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE), texte contraignant pour les Etats, nous rappelle que l'enfant devient titulaire de l'ensemble des droits de l'homme dès sa naissance. Elle reconnaît notamment aux enfants des droits à la protection, des droits d'accès à la santé, à l'éducation, aux loisirs, et des droits à la liberté d'expression, à la participation. Des droits qui préparent les enfants à leur future vie d'adultes et de citoyens dans la société.

Or, le droit à la santé mentale est indissociable de l'ensemble des autres droits. Il est en la condition et la conséquence. A certains égards, on pourrait considérer qu'un enfant en bonne santé mentale, et donc en état de bien être au sens le plus littéral qu'on peut donner à « être bien », est un enfant dont l'intérêt supérieur est respecté.

Tendre vers une approche large et préventive de tout ce qui peut porter atteinte à la santé mentale de l'enfant serait donc la meilleure manière de garantir l'ensemble des droits de l'enfant. En toute circonstance. En tout lieu. Pour prendre la pleine mesure de la santé mentale, il faut donc l'appréhender en considérant l'ensemble des facteurs qui l'affectent, au-delà de la seule santé physique : environnement familial, scolaire, relations affectives, conditions de vie, réseaux sociaux, etc.

Pour préparer ce rapport, nous avons consulté des centaines d'enfants et de jeunes, qui ont réfléchi à ce qui peut affecter leur santé mentale. Il ont en particulier évoqué l'impact durable que peuvent avoir sur leur santé mentale les souffrances vécues à l'école, qu'elles soient causées par du harcèlement,

“ IL EST URGENT DE DÉPASSER LES LOGIQUES DE SILOS. LA SANTÉ MENTALE DES ENFANTS, VÉRITABLE ENJEU DE SOCIÉTÉ POUR NOS ENFANTS AUJOURD’HUI COMME POUR LES ADULTES QU’ILS SERONT DEMAIN, MÉRITE MIEUX QUE DES APPROCHES FRAGMENTAIRES ET UNE APPROCHE STRICTEMENT SANITAIRE. ”

des difficultés ou des pressions scolaires. L’un des jeunes affirmait par exemple : « au collège, ils parlent du harcèlement mais juste pour la bonne conscience. Ils ne font pas assez d’efforts par rapport à ça alors que c’est un sujet très important et que ça peut détruire des vies ». C’est également ce qui ressort de nos saisines : faute d’être repérées ou traitées à temps, ces situations de mal-être tendent à se dégrader, avec toujours des conséquences lourdes, et parfois dramatiques.

Au-delà de l’école, d’autres facteurs peuvent jouer un rôle important. Ainsi, la crise sanitaire – confinement, restrictions d’accès aux centres culturels, sportifs et de loisirs, port du masque – et l’atmosphère d’incertitude ont eu des effets majeurs sur la santé mentale des enfants, (angoisse, stress, dépression, troubles alimentaires, etc).

Et ces effets ont été redoublés pour les enfants qui se trouvaient déjà en situation de vulnérabilité, quelle qu’en soit la cause – pauvreté, handicap, maladie. Pour les personnes en situation de pauvreté, l’insécurité est une expérience chronique, qui alimente stress, angoisse, sentiment de culpabilité et d’impuissance, etc. De même, le fait d’être « empêchés », que beaucoup de jeunes ont découvert pendant les confinements, les enfants en situation de handicap en font régulièrement l’expérience.

En mettant en lumière ces vulnérabilités, la crise sanitaire a aussi révélé l’insuffisance des réponses apportées, que ce soit en termes de repérage des difficultés, de signalement des besoins ou d’accompagnement des enfants et de leur famille. Ces défaillances relèvent de problèmes structurels identifiés depuis plusieurs années : déficit de professionnels, morcellement des prises en charge, défaut d’approche globale, etc.

Les auditions menées dans le cadre de ce rapport l’ont souligné avec force. Et les assises récentes de la santé mentale et de la psychiatrie ont été l’occasion de le rappeler.

Il est urgent de dépasser les logiques de silos. La santé mentale des enfants, véritable enjeu de société pour nos enfants aujourd’hui comme pour les adultes qu’ils seront demain, mérite mieux que des approches fragmentaires et une approche strictement sanitaire. Il est temps de l’appréhender dans sa globalité, en lien avec la santé physique et avec l’environnement dans lequel évolue l’enfant. Cela suppose de développer les espaces d’écoute et d’attention à l’expression des enfants, dans tous les lieux qui composent leur quotidien et en particulier à l’école. Mais cela passe aussi par un renforcement de l’accompagnement proposé aux parents, notamment par l’intermédiaire des PMI, en coordonnant les acteurs et dispositifs concernés. Et en veillant à ce que les initiatives soient proposées dans un climat de bienveillance, car la manière dont elles seront reçues et investies en dépend. Enfin, il reste indispensable de répondre véritablement aux insuffisances dont souffre le secteur de la santé mentale, en investissant massivement pour développer les offres de prise en charge et d’accompagnement, les propositions de suivi, les lieux d’écoute.

CLAIRE HÉDON

Défenseuse des droits

ÉRIC DELEMAR

Défenseur des enfants



INTRODUCTION

LA SANTÉ, UN DROIT FONDAMENTAL POUR CHAQUE ENFANT

Dans son article 24, la Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE) reconnaît à chaque enfant le droit à la santé et à l'accès aux services de santé : « *Les États parties reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation. Ils s'efforcent de garantir qu'aucun enfant ne soit privé du droit d'avoir accès à ces services* ». Cette reconnaissance s'inscrit dans un cadre plus large, celui du droit fondamental à la santé, consacré au niveau constitutionnel et international par le Préambule de la Constitution de 1946, la Déclaration universelle des droits de l'homme et la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne¹.

UN DROIT FONDAMENTAL CONSACRÉ PAR LA CIDE ET INTERDÉPENDANT DES AUTRES DROITS DE L'ENFANT

Le droit à la santé occupe une place particulière au sein de la CIDE qui proclame l'interdépendance entre le droit à la santé et les autres droits permettant aux enfants de se développer. Le droit à la santé est indispensable à la jouissance de tous les autres droits garantis par la CIDE et, symétriquement, sa réalisation est

subordonnée à la réalisation de tous les autres droits consacrés par la Convention² : « Non seulement le droit de l'enfant à la santé est important en soi mais la réalisation du droit à la santé est également indispensable à la jouissance de tous les autres droits garantis par la Convention. En outre, la réalisation du droit de l'enfant à la santé est subordonnée à la réalisation de tous les autres droits consacrés par la Convention »³.

La CIDE et le Comité des droits de l'enfant définissent le droit de l'enfant à la santé par un ensemble de libertés et de droits qui dépassent le strict cadre sanitaire : « *Les libertés, qui gagnent en importance au fur et à mesure que l'enfant gagne en capacités et en maturité, comprennent le droit d'exercer un contrôle sur sa santé et son corps [...] les droits comprennent le droit d'accéder à divers installations, biens et services et de jouir de conditions qui garantissent à chaque enfant, sur un pied d'égalité, la possibilité de jouir du meilleur état de santé possible* »⁴.

Cette interdépendance se manifeste, concernant la santé mentale, à travers plusieurs dispositions de la Convention. Ainsi, le niveau de vie d'un enfant doit permettre d'assurer son développement physique et mental : « *Les États parties reconnaissent le droit de tout enfant à un niveau de vie suffisant pour permettre son développement physique, mental, spirituel, moral et social* » (article 27) ; l'éducation d'un enfant doit tendre au développement de ses aptitudes mentales et physiques : « *Les États parties conviennent que l'éducation de l'enfant doit viser à : a - favoriser l'épanouissement de la personnalité de l'enfant et le développement de ses dons et de ses aptitudes mentales et physiques, dans toute la mesure de leurs potentialités* » (article 29). De même, il ne fait aucun doute que le principe selon lequel l'intérêt supérieur de l'enfant doit être observé dans toutes les décisions le concernant (article 3) s'applique à celles qui concernent sa santé et son développement. Enfin, un certain nombre d'autres droits définis par la Convention ont un lien fort avec les notions de santé mentale, de bien-être et de développement de l'enfant, comme le droit à l'accès aux médias, notamment ceux visant à promouvoir

le bien-être social, spirituel et moral ainsi que la santé physique ou mentale de l'enfant (article 17) ; les droits des enfants handicapés à bénéficier de soins spéciaux (article 23) ; le droit pour les enfants confiés de recevoir des soins, une protection ou un traitement physique ou mental, à un examen périodique dudit traitement et à bénéficier d'une révision périodique du placement (article 25) ; le droit à bénéficier d'une sécurité sociale (article 26) ; le droit d'être protégé contre tout travail qui mettrait en danger notamment la santé ou le développement de l'enfant (article 32) ; ou le droit d'être protégé contre la consommation de stupéfiants et de substances psychotropes (article 33).

Veiller au respect de l'ensemble des droits de l'enfant, c'est participer à sa bonne santé mentale. Et inversement, veiller à la santé mentale de l'enfant, c'est lui donner la possibilité de jouir effectivement de ses autres droits.

UN DROIT QUI DOIT ÊTRE APPRÉHENDÉ DANS UNE ACCEPTION PLUS LARGE QUE LA SEULE APPROCHE PSYCHIATRIQUE

Dès son origine, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a donné une définition large de la santé mentale comme « *un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté. Dans ce sens positif, la santé mentale est le fondement du bien-être d'un individu et du bon fonctionnement d'une communauté* »⁵. En France, le concept de « santé mentale » a été consacré dans le champ des politiques publiques à partir des années 1990, à travers différents textes à visée normative et rapports administratifs, avec l'ambition de dépasser l'approche basée sur les seuls soins psychiatriques⁶. Cette approche prévaut aujourd'hui à travers le triptyque promotion-prévention-soins, ce dont témoignent les intitulés des plans de santé publique, par exemple la *Feuille de route santé mentale et psychiatrie 2018* du ministère des Solidarités et de la santé.

Mais, si sur les plans théorique et juridique, la santé mentale, et en particulier la santé mentale des enfants, est conçue comme un enjeu qui dépasse les seuls soins psychiatriques, en pratique les politiques publiques comme leur mise en œuvre peinent encore à appréhender la situation des individus concernés hors de ce prisme. A titre d'exemple, dans la *Feuille de route santé mentale et psychiatrie 2018*, sur 37 actions, 26 concernent la psychiatrie, 7 seulement le bien-être et la prévention de la souffrance psychique et 4 les personnes en situation de handicap psychique⁷.

L'approche large de la santé mentale des enfants se heurte aussi, malgré des tentatives, aux difficultés pour la mesurer : si différents instruments ont été conçus pour mesurer le bien-être émotionnel, psychologique ou encore social, la qualité de vie, la santé mentale et les déterminants de chacune de ces dimensions, aucun ne s'est véritablement imposé⁸. A cet égard, on peut regretter le peu d'enquêtes de la statistique publique concernant spécifiquement la santé mentale des enfants et des jeunes, en dehors de thématiques particulières comme les suicides ou les addictions, en particulier pour les enfants de moins de 16 ans. Et lorsqu'elles existent, ces enquêtes considèrent trop peu la santé mentale dans sa dimension la plus large. Il faut dès lors saluer le fait qu'au printemps 2022, Santé publique France lancera pour la première fois une enquête visant à produire des indicateurs de santé mentale chez les enfants de 3 à 11 ans en France métropolitaine et dans les DOM, visant à mesurer et suivre dans le temps l'état de santé mentale chez les enfants et notamment à estimer la prévalence des indicateurs de santé mentale positive ou « bien-être », équivalents de la qualité de vie. Cette initiative permettra sans doute de conforter ou de fonder des politiques publiques pertinentes, à même d'apporter des réponses aux situations que le Défenseur des droits constate dans ses saisines.

DE NOMBREUSES SAISINES ADRESSÉES AU DÉFENSEUR DES DROITS SUR CE SUJET

Sur les 3 000 saisines que reçoit chaque année le Défenseur des droits concernant les droits et l'intérêt supérieur des enfants, nombreuses sont celles qui concernent, directement ou indirectement, le sujet de la santé mentale, dans sa définition la plus large de bien-être et jusque dans ses aspects les plus spécifiques touchant aux soins en pédopsychiatrie.

Ces réclamations dénoncent de manière récurrente le manque de professionnels du soin et de structures adaptées : manque de psychologues, de médecins et d'infirmiers scolaires ; liste d'attente de plusieurs mois voire années pour intégrer un suivi en centre médico-psycho-pédagogique (CMPP), ou un institut médico-éducatif (IME), manque de places en pédopsychiatrie, fortes disparités territoriales, etc. Les saisines du Défenseur des droits illustrent également la difficulté pour les professionnels, au-delà de leur spécialité propre, d'avoir une approche globale de la situation d'un enfant, notamment du fait d'un manque de coordination de leurs actions.

Mais le Défenseur des droits constate également que tout n'est pas affaire de psychiatrie, d'organisation des soins ou de responsabilité des professionnels de santé. C'est aussi une question de bien être, qui inclue mais dépasse les difficultés du système de prise en charge. Les dossiers montrent par exemple combien les difficultés rencontrées par les enfants dans le cadre de leur scolarité ont une incidence directe sur leur bien-être. L'insuffisante prise en compte d'un harcèlement entre élèves ou l'absence de protection face à des violences, psychologiques ou physiques, empêche bien souvent les enfants concernés de jouir pleinement de leur droit à l'éducation. De même, saisi de plusieurs situations de mineurs non accompagnés, le Défenseur des droits a pu constater que le non-respect de leur droit à l'éducation et l'absence de prise en compte de leur intérêt supérieur dans les modalités de prise en charge (placement en hôtel, suivi éducatif résiduel, ...) favorise l'accentuation de leur mal être, parfois de manière dramatique.



PAROLES D'ENFANTS SUR LA SANTÉ MENTALE

Ce constat est partagé par les enfants qui ont été entendus et consultés dans le cadre de l'élaboration du présent rapport, qui intègre chaque fois que possible des constats ou propositions formulées par ces derniers.

Les enfants et les jeunes consultés ont été amenés à réfléchir collectivement à la notion de santé mentale et à ce qui la définit. Il se sont intéressés à ce dont ils ont besoin pour « être bien », à ce que veut dire « se sentir bien » ou « se sentir mal », à ce qui contribue à une santé mentale satisfaisante.

Ils ont bien sûr mis en avant la question de l'accès aux soins, partie intégrante du droit à la santé. A ce sujet, ils font notamment mention de la pénurie des structures, des listes d'attentes pour pouvoir bénéficier de soins, des obstacles rencontrés par les enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance, du manque d'adaptation de la prise en charge. Le manque d'infirmières et de psychologues dans les établissements scolaires a été abordé par différents groupes d'enfants : *« Toute personne dans le besoin doit pouvoir avoir accès à un soutien psychologique »* estiment-ils.

Ils sont également nombreux à estimer que la santé mentale et la santé physique ne peuvent être dissociées, que l'une ne va pas sans l'autre : *« La santé mentale déstabilise le physique. Par exemple, avec une dépression, on ne mange plus, on ne dort plus, donc le corps ne va pas bien. Et si j'ai un handicap, je vais en souffrir mentalement »*. La prise en charge des soins en santé mentale a également été abordée : les enfants estiment que cette prise en charge doit être la même que pour des problèmes de santé physique.

Ils associent enfin globalement la notion de santé mentale à celle du bien-être. Ils la définissent par le fait de se sentir bien dans sa tête en faisant référence à leurs émotions, leurs sentiments, ressentis et état d'esprit : *« La santé mentale c'est quand on est bien dans sa tête. J'ai le droit d'aimer et de recevoir de l'affection »*. *« En se sentant aimé, à l'aise avec notre entourage, ça va mieux »*.

Les enfants et les jeunes insistent sur la nécessité d'être bien entourés, par ses amis, sa famille, et de pouvoir identifier des personnes adultes vers qui se tourner dans tous les environnements dans lesquels ils évoluent : *« Il faut être bien entouré pour avancer positivement dans la vie. A deux, avec du soutien c'est plus simple pour s'en sortir quand on va mal »*. Pour eux, il est fondamental de savoir demander de l'aide, de parler, de se confier, d'exprimer ses émotions, de rester en relation avec les autres. Ils sont nombreux à mettre en avant l'importance des différents liens familiaux, et notamment avec les frères et sœurs s'agissant des enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance. Les enfants et les jeunes consultés mettent également en avant les bienfaits du sport, de la musique et d'autres activités artistiques ou en pleine nature : les loisirs ont un impact sur leur santé mentale, ils leurs permettent de s'exprimer, d'évacuer les tensions accumulées, de prendre du recul sur leurs préoccupations quotidiennes.

Ils ont réfléchi collectivement aux éléments qui peuvent perturber leur santé mentale, en identifiant des facteurs internes (colère, tristesse, stress, peur, solitude, manque de sommeil, manque de confiance en soi, ...) et des facteurs externes (maladie, handicap, décès, déménagement, discrimination, harcèlement, pression scolaire, ne pas être écouté, agression, attouchements, séparation des fratrie, abandon, divorce, violence parentale, réseaux sociaux...). Nombre d'entre eux ont mentionné l'école comme un environnement source de difficultés, affectant leur santé mentale : la pression scolaire, l'échec scolaire, le nombre d'heures de cours, des effectifs trop importants, les relations avec les équipes éducatives parfois difficiles, le manque de soutien pour construire son avenir, les situations de harcèlement qui ne sont pas bien prises en charge.

« Le paraître est souvent différent de ce qu'on ressent ou vit. On se cache souvent derrière un « masque » pour ne pas sembler faible. » Les enfants consultés sont nombreux à partager ce sentiment de devoir faire semblant d'être heureux, à énoncer qu'ils affichent un sourire de façade pour donner l'impression qu'ils vont bien, alors qu'en réalité, à l'intérieur, ils

vont mal, sont en souffrance, pleurent, se sentent seuls et incompris des adultes qui les entourent. Ils parlent du manque de confiance en soi, surtout à l'adolescence qui est vécue comme une période particulièrement difficile.

De manière plus générale, les enfants ont été nombreux à mentionner qu'ils n'ont pas l'impression qu'on les écoute, qu'on les prenne au sérieux, qu'on accorde du crédit et de l'importance à ce qu'ils expriment. Ils souhaitent pouvoir s'exprimer et être entendus, à l'école, au sein de leur famille et demandent à ce que des espaces d'écoute et d'échange soient créés. Ils insistent sur le fait que les adultes doivent prendre le temps d'écouter chaque enfant, avec son histoire propre et ne pas lui coller d'étiquettes.

UN DÉBUT DE PRISE EN COMPTE PAR LES POUVOIRS PUBLICS

Des initiatives gouvernementales en faveur de la promotion de la santé mentale des enfants et des adolescents existent et voient le jour, telles que le Plan d'action « Mission Bien-être et santé des jeunes »⁹, le dispositif « écoute-émoi » s'adressant aux 11-21 ans, issu de la *Feuille de route de la santé mentale et de la psychiatrie*¹⁰. Plus récemment, la tenue des Assises de la santé mentale au mois de septembre 2021 a donné lieu à des annonces de la part du président de la République, certaines concernant directement les enfants et les jeunes (entretiens post-natal, création d'une maison des adolescents par département, prise en charge des consultations de psychologues dès 3 ans...). Mais ces annonces attendent encore d'être concrétisées, dans un contexte où les moyens envisagés, « humains » notamment, avec le recrutement de 400 postes dans les centres médico-psychologiques, soit 4 postes par département, sont en décalage avec les manquements constatés sur le terrain.

La Défenseure des droits appelle donc à une action bien plus résolue, avec une approche globale et transversale sur la santé mentale des enfants et adolescents qui permettrait une meilleure prise en compte de leur intérêt

supérieur, concernant tous les environnements dans lesquels ils évoluent, et en premier lieu les familles et l'école.

Il est urgent de « dépathologiser » la notion de santé mentale et d'en rappeler le caractère universel, pour mieux affirmer l'importance de l'approche préventive, en complément de l'approche curative, et renforcer ainsi l'effectivité du droit à la santé mentale.

RECOMMANDATION N°1

La Défenseure des droits recommande aux pouvoirs publics d'inscrire la prise en compte de la santé mentale des enfants et adolescents dans sa dimension la plus large, en conformité avec la définition de l'OMS, dans le cadre d'une véritable stratégie publique afin de favoriser, notamment à l'école, la mise en œuvre de mesures dédiées et adaptées aux besoins fondamentaux des enfants.

Le présent rapport entend, en s'appuyant sur les dispositions de la Convention internationale des droits de l'enfant, sur les saisines de l'institution, sur la parole des enfants et sur les auditions réalisées avec un grand nombre d'interlocuteurs, contribuer à modifier les approches individuelles et collectives des questions posées par la santé mentale des enfants.

Il aborde les enjeux liés à la prévention, au repérage et à la prise en charge de la souffrance psychique des enfants. Le droit à être entendu et à s'exprimer, le droit à être informé, le droit au respect de sa vie privée, le droit à la protection contre toutes formes de violence y font l'objet d'une attention particulière, ainsi que la prise en compte des besoins fondamentaux et de l'intérêt supérieur de l'enfant. Les inégalités et les discriminations qui frappent les enfants les plus vulnérables, accentuant leur souffrance psychique, sont également au cœur de ce rapport.

Le rapport reprend à cet effet certaines recommandations du Défenseur des droits, déjà formulées dans des décisions et des

rapports en lien avec le thème de la santé mentale et propose une synthèse transversale sur ce sujet, vaste et complexe, mais sur lequel, plus que jamais, il est urgent d'agir. La crise sanitaire actuelle est également abordée, avec la prudence qu'impose le faible recul dont nous disposons à ce stade pour analyser pleinement ses répercussions sur le bien-être des enfants et adolescents.

Ce rapport est dédié aux droits des enfants. Mais sur le sujet de la santé mentale comme sur d'autres sujets, il nous faut rappeler une évidence : la méconnaissance des droits des enfants a des conséquences sur l'ensemble de la société. L'enfance, période de construction de l'individu, joue un rôle déterminant dans la santé mentale tout au long de la vie. Une grande proportion des troubles qui se manifestent à l'âge adulte trouvent leur origine lors de l'enfance et de l'adolescence. Plus l'action est précoce pour promouvoir le bien-être, prévenir l'apparition ou soigner des troubles, plus elle est efficace.

Prendre soin de la santé mentale des enfants, c'est donc aussi prendre soin de celle des adultes qu'ils deviendront.

PARTIE 1

POUR CHAQUE ENFANT DANS SON QUOTIDIEN : PROMOTION, PRÉVENTION ET DÉTECTION

“ LA CONSIDÉRATION EST TRÈS IMPORTANTE POUR UN ENFANT, SURTOUT VENANT DE LA PART DES ADULTES (...). IL FAUDRAIT NOUS LAISSER LA PAROLE ET METTRE EN ŒUVRE NOS IDÉES. ”

Entendue dans son acception large, la santé mentale de l'enfant doit faire l'objet d'une attention particulière dans chacun des environnements du mineur. Cela suppose de sensibiliser et d'accompagner les adultes qui sont au contact quotidien de l'enfant, tout particulièrement dans la famille et à l'école. Si l'enfant manifeste des troubles ou difficultés, une prise en charge adaptée et précoce doit être recherchée pour éviter un glissement vers une pathologie plus lourde et durable. En s'efforçant d'agir, quand cela est possible, sur le nourrisson plutôt que sur l'enfant, sur l'enfant plutôt que sur l'adolescent, sur l'adolescent plutôt que sur l'adulte.

1.1. GARANTIR UN ENVIRONNEMENT FAMILIAL ET SOCIAL FAVORABLE AU BIEN-ÊTRE DE L'ENFANT

Premier lieu de vie de l'enfant, où il grandit et s'épanouit, l'environnement familial et social a un impact durable sur la santé mentale de l'enfant et l'accès à ses droits les plus essentiels. Il est donc nécessaire d'agir le plus en amont possible sur celui-ci.

1.1.1. ACCOMPAGNER ET SOUTENIR LA PARENTALITÉ DÈS LE PLUS JEUNE ÂGE DE L'ENFANT

L'accompagnement direct des familles, via le soutien à la parentalité, est devenu l'un des principaux outils de prévention en santé, notamment mentale. Développées sous ce vocable à partir de la fin des années 1990, les actions de soutien à la parentalité sont des « *actions permettant d'accompagner les parents pour mieux exercer leur fonction parentale* »¹¹. Elles visent à prévenir l'apparition de phénomènes pouvant avoir un impact direct sur la santé mentale des enfants (conduites addictives, harcèlement, décrochage scolaire, violences intrafamiliales...). Mises en place au cœur de l'environnement quotidien des enfants, elles peuvent prendre des formes variées : conférences sur des sujets de préoccupation des parents, lieux d'écoute et de parole, activités ludiques entre parents et enfants, séances de médiatisation de la relation parent-enfant, visites à domicile pour apporter des conseils. Elles occupent une place importante dans les stratégies nationales en lien avec l'enfance, notamment la *stratégie nationale de soutien à la parentalité 2018-2022, élaborée pour recenser des pistes de travail, et la stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance 2020-2022*¹².

L'IMPORTANCE D'AGIR DÈS LA NAISSANCE DE L'ENFANT

Dans son rapport 2018 consacré aux plus petits¹³, le Défenseur des droits alertait déjà sur l'importance d'intervenir le plus précocement possible auprès des parents pour éviter ou faire cesser toute atteinte aux droits ou non-



respect des besoins de l'enfant et lui permettre de poursuivre son développement dans les meilleures conditions.

Accompagner les parents dès la naissance de leur enfant, c'est les préparer à leur nouveau rôle, les sensibiliser au développement de leur nourrisson, mais aussi repérer d'éventuels troubles rapidement. Les infirmières puéricultrices et les services de protection maternelle et infantile (PMI) ont un rôle essentiel. Ces derniers sont notamment chargés d'organiser des consultations et des actions médico-sociales de prévention et de suivi des femmes enceintes, des parents et des enfants de moins de 6 ans, mais aussi de planification familiale et d'éducation familiale.

Dans un rapport récent¹⁴, la députée Michèle Peyron déplorait une crise majeure de la PMI qui « *serait victime de désaffection de la part des populations : les consultations sont saturées et les professionnels, malgré leur engagement, sont parfois au bord de l'épuisement.* » Elle identifie différents facteurs ayant contribué à la réduction drastique de ses activités de prévention, notamment en direction des publics les plus fragiles : délaissement de la PMI par l'Etat et par l'Assurance Maladie, qui ne lui ont pas assigné d'objectifs explicites de taux de couverture depuis la décentralisation, financement hétérogène, parfois insuffisant, par les départements, déficit croissant de médecins, augmentation de l'activité qui n'est ni de la prévention, ni de la prise en charge individuelle.

A la suite de ce rapport, le Gouvernement a annoncé des mesures pour redynamiser les PMI, notamment par un investissement de l'Etat de 100 millions d'euros sur trois ans, pour permettre de recruter des personnels supplémentaires. Il est temps en effet que ces structures réinvestissent leurs missions premières, à savoir l'accompagnement et le soutien parental, à travers notamment des visites à domicile. En outre, il est urgent de renforcer leur notoriété, notamment auprès des publics les plus précaires. A l'heure de la rédaction du présent rapport, un projet de loi est en cours de discussion au Parlement qui évoque dans son titre V, le renforcement de

la politique de PMI. Dans son avis n°21-08 du 25 juin 2021, la Défenseure des droits salue ces nouvelles dispositions, qui témoignent d'une prise de conscience de l'état général de la PMI en France. Elle appelle toutefois à aller plus loin, notamment en fixant des objectifs socles et normes minimales en matière de PMI opposables aux départements par voie réglementaire. La PMI joue également un rôle essentiel dans l'organisation de l'accueil des jeunes enfants (assistantes maternelles et établissements et services d'accueil des jeunes enfants [EAJE]). S'il n'existe pas un mode d'accueil meilleur qu'un autre, il est toutefois crucial que les politiques d'accueil des jeunes enfants permettent réellement aux familles de choisir celui qui convient le mieux à leur enfant et à leur quotidien.

Comme le souligne l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)¹⁵, les EAJE peuvent « *améliorer les capacités cognitives et le développement des compétences socio émotionnelles des enfants, contribuer à créer des fondations pour un apprentissage tout au long de la vie, rendre les acquis de l'apprentissage des enfants plus équitables, faire baisser la pauvreté et améliorer la mobilité sociale de génération en génération* ». Depuis de nombreuses années, les structures dépassent ainsi l'objectif de « garderie », en développant des initiatives d'éveil, de puériculture, de développement et de socialisation de l'enfant. Cela étant, beaucoup de parents, soit qu'ils n'ont pas de place, soit pas le choix n'en bénéficient pas. Par ailleurs, les personnes les plus précaires peuvent avoir des réticences à y avoir recours, par peur d'être jugées. La Défenseure des droits considère que chaque famille devrait avoir accès au mode d'accueil qui satisfait le mieux l'intérêt supérieur de leur enfant, indépendamment de leur situation professionnelle, personnelle ou familiale.

Il paraît ainsi nécessaire de développer dans les structures d'accueils des jeunes enfants, des offres flexibles afin de s'adapter à tous les contextes, mais aussi dans le but de résorber les inégalités et de permettre à tous les parents qui le souhaitent d'y accéder effectivement.

RECOMMANDATION N°2

La Défenseure des droits recommande au ministre des Solidarités et de la santé, aux présidents d'intercommunalités et aux maires de permettre à chaque enfant, quelle que soit la situation de sa famille, d'accéder à des dispositifs d'accueil du jeune enfant et de permettre que ces lieux d'accueil soient des espaces d'éveil, avec des agents spécifiquement formés à l'accueil bienveillant.

RECOMMANDATION N°3

La Défenseure des droits recommande également au ministre des Solidarités et de la santé ainsi qu'aux présidents des conseils départementaux et aux caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) d'augmenter les moyens accordés au réseau de protection maternelle infantile ainsi que le nombre de centres sur le territoire de chaque département.

DONNER DE LA VISIBILITÉ ET COORDONNER LES ACTEURS DE LA PRÉVENTION

Selon un rapport de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS), un peu moins d'un parent sur deux aurait souhaité ou souhaiterait une aide dans l'accompagnement de son rôle de parent, en matière de santé, d'éveil et de développement de l'enfant¹⁶. Les familles monoparentales, qui expriment davantage un besoin d'accompagnement ainsi que les familles isolées ou en situation de grande précarité, devraient être identifiées en priorité, afin que les obstacles qui freinent leur recours aux dispositifs d'aide et d'accompagnement soient levés.

Il apparaît tout d'abord que, si de multiples acteurs sont engagés dans l'accompagnement des familles, ils ne sont pas en mesure de répondre à tous les besoins.

Par exemple, les centres d'action médico-sociale précoces (CAMSP) et les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP),

généralement gérés par des associations et cofinancés par l'assurance-maladie et les conseils départementaux proposent, en complément de la prise en charge des enfants, des actions d'accompagnement des parents (soutien psychologique, accompagnement aux démarches administratives, ...). Cependant, du fait du manque de moyens et de l'explosion de la demande, les délais d'attente sont exorbitants et peuvent décourager les familles.

De même, depuis la loi n°293-2007 du 5 mars 2007, les services départementaux disposent d'une palette élargie d'interventions à domicile et dans le milieu familial dans le champ de la protection de l'enfance : actions éducatives à domicile (AED)¹⁷, interventions de technicien(ne)s d'intervention sociale et familiale (TISF), accompagnement en économie sociale et familiale (AESF), mesure judiciaire d'aide à la gestion du budget familial¹⁸. Cependant, un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS)¹⁹ relevait, en décembre 2019, que les interventions à domicile étaient « *globalement peu intensives, peu outillées, peu diversifiées* ». Malgré la diversité des options, « *le choix des interventions est souvent restreint du fait à la fois d'une tension sur l'offre existante qui génère des délais d'accès aux mesures dans certains départements, et d'un manque de diversification des réponses* ». L'offre d'interventions devrait être davantage adaptée aux besoins des familles, mais aussi replacée pleinement dans un rôle d'accompagnement et d'aide.

Parallèlement, d'autres acteurs participent à l'accompagnement des familles, comme les communes, à travers notamment les centre communaux d'action social (CCAS), les caisses d'allocations familiales (CAF) ou les associations.

Toutefois, tous ces dispositifs manquent de visibilité auprès des familles et ne sont pas toujours articulés au niveau local. Créés dans cet objectif, les réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents (REAAP)²⁰ n'ont pas résolu les difficultés liées à l'enchevêtrement étroit des compétences de ces acteurs.

Utiles pour prévenir l'apparition de troubles de santé mentale et lutter contre les inégalités, les dispositifs de soutien à la parentalité doivent donc être renforcés, mieux coordonnés et davantage visibles. Les pistes de travail et les mesures annoncées dans les stratégies nationales doivent être mises en œuvre concrètement et au niveau local.

RECOMMANDATION N°4

La Défenseure des droits recommande au ministre des Solidarités et de la santé, aux présidents des conseils départementaux, aux présidents d'intercommunalités, aux maires et aux directeurs des caisses d'allocations familiales, d'évaluer, d'intensifier, et de favoriser la coordination et la visibilité des dispositifs d'accompagnement à la parentalité, sur l'ensemble du territoire.

SENSIBILISER DAVANTAGE LES FAMILLES SUR LES COMPORTEMENTS À RISQUE ET LES NOUVELLES FORMES D'ADDICTIONS

Sensibiliser les parents sur les addictions et conduites à risque est indispensable pour leur permettre d'identifier les risques pour leur enfant et de réagir de manière adaptée et en temps voulu. Dans cette optique, le Plan national de mobilisation contre les addictions (alcool, tabac, drogues, écrans) 2018-2022²¹, prône le développement des programmes validés de développement des compétences psycho-sociales des enfants et des compétences parentales. De nombreuses initiatives existent au sein des établissements scolaires, certaines favorisant un travail des parents en lien étroit avec leurs enfants. Le programme Unplugged, destiné à des adolescents de 12 à 14 ans, en est un exemple. Axé sur la prévention des conduites addictives en milieu scolaire par le développement des compétences psychosociales, il comprend douze séances interactives, dont trois avec les parents, menées par des enseignants préalablement formés par un professionnel de la prévention. Ces initiatives contribuent à démystifier certains sujets tabous et à renforcer le lien de confiance au sein de la famille.

D'autres programmes visent à prévenir la transmission intergénérationnelle des conduites à risque telles que les conduites addictives. C'est le cas du programme « Une affaire de famille ! », déployé par Association Addictions France en Normandie et sur l'île de la Réunion et en cours d'évaluation, qui s'adresse à toute personne adulte souhaitant comprendre les « conséquences » de son histoire familiale sur sa vie actuelle. Les professionnels accompagnent les familles de manière individuelle et collective, en faisant en sorte que le cadre sécurisant et la convivialité favorisent l'expression et la réflexion de chacun.

Nombre de professionnels interrogés dans le cadre de ce rapport s'inquiètent des nouvelles addictions et notamment de l'usage de plus en plus fréquent des écrans par les jeunes enfants et adolescents et des dérives qui peuvent en découler (développement cognitif altéré, cyber dépendance, cyber harcèlement, « revenge porn »). Ces phénomènes ont été amplifiés avec le premier confinement, les technologies numériques venant pallier l'absence de cours en présentiel ou les difficultés pour les parents qui travaillaient de s'occuper de leurs enfants. Pour réguler les usages numériques, il importe de sensibiliser les parents au développement cognitif et émotionnel du jeune enfant mais également de valoriser leur rôle, comme l'ont fait par exemple la Fondation pour l'enfance, Santé publique France et l'association française de pédiatries ambulatoires (AFPA) dans la campagne nationale de sensibilisation qu'elles ont lancée²².

RECOMMANDATION N°5

La Défenseure des droits recommande au ministre des Solidarités et de la santé de faire réaliser une étude approfondie sur le phénomène et les conséquences de toutes les formes d'addictions liées aux écrans, dans l'objectif de mieux cibler et d'adapter les campagnes de communication à destination des familles, des enfants et des professionnels.

Il est par ailleurs nécessaire de déployer la prévention à l'école, afin de mieux protéger les enfants de l'exposition précoce à la pornographie, qui plus est dans une période où l'on constate une recrudescence de la prostitution des mineurs²³. Il convient également de renforcer les campagnes de sensibilisation auprès des enfants, adolescents et de leurs familles (éducation à la vie affective, relationnelle et sexuelle, information sur les dangers de la prostitution et sur la façon dont les proxénètes recrutent leurs victimes, soutien à la parentalité...).

ALLER AU-DEVANT DES FAMILLES LES PLUS PRÉCAIRES AFIN DE RÉDUIRE LES INÉGALITÉS SOCIALES ET FAVORISER LE BIEN-ÊTRE DES ENFANTS

Les professionnels du médico-social sont de plus en plus confrontés à la souffrance psychique liée à la précarité et à la pauvreté. D'après l'INSEE, en 2018, 9,3 millions de personnes vivaient en-dessous du seuil de pauvreté en France, dont 2,9 millions d'enfants. Si des chiffres plus récents de l'INSEE ne sont pas encore disponibles, les études montrent que ce nombre augmente depuis 2018.

Dans un rapport sur la pauvreté, la précarité et la santé²⁴, l'Académie nationale de médecine rappelait que « *La précarité est l'incapacité des individus à jouir de leurs droits fondamentaux, en particulier dans le domaine de la santé.* » Cette incapacité se rencontre également s'agissant du droit à un logement décent (insalubrité, taille du logement²⁵, quartier, etc), du droit à l'accès aux loisirs et à la culture, etc. Les conditions de vie des familles en situation de précarité et de pauvreté génèrent en outre une angoisse quotidienne qui se répercute sur les enfants et peut se manifester par des atteintes à la santé, une perte de confiance en soi et un sentiment de dévalorisation. Indépendamment des qualités des parents ou du soutien qui leur serait apporté, les enfants de ces familles continueront à subir la souffrance psychologique, les représentations et stigmates résultant de ces difficultés s'il n'est pas mis fin à ces inégalités.

Lutter contre la pauvreté, c'est favoriser le bien-être de ces 2,9 millions d'enfants.

PAROLES DES ENFANTS À PROPOS DES CONDITIONS DE VIE DANS LES HÔTELS SOCIAUX

“ Il y a beaucoup de punaises, beaucoup de cafards. Même dans les couvertures. On ne peut pas dormir à cause d’eux. ”

“ Ici la connexion elle marche pas. Moi, presque tous mes devoirs, ils les mettent sur l’ENT. Donc je suis obligé d’attendre vers minuit, quand il n’y a plus personne de connecté, pour faire mes devoirs. ”

“ Quand on était confiné, y’avait tout le temps des gens énervés, des bagarres, alors ce n’est pas évident de travailler. ”

“ Presque tous les jours il y a des policiers qui viennent, à cause des bagarres. Du coup ça me fait peur. ”

“ Ici on ne se sent pas en sécurité par rapport à ce qu’il nous est déjà arrivé. Un jour un monsieur voulait nous violer. On s’est débattue avec ma sœur et dans la brutalité de la bagarre, elle s’est cassé le pied, du coup elle a eu le plâtre. On est parti au commissariat mais il ne s’est rien passé pour l’instant. Ce n’était pas ici, mais ça me fait toujours peur, je me sens pas en sécurité ici non plus. ”

“ Je veux aussi me sentir comme un enfant de ce pays, pouvoir aller à l’école à l’aise, sans tous ces soucis dans ma tête. Les enfants de ce pays, ils rigolent, ils ont une maison, ils chantent, ils racontent leur vie dans leur maison. Je veux me sentir comme ça. ”

Les populations touchées par la précarité sont également plus isolées et les moins susceptibles de bénéficier d’actions de prévention et de sensibilisation. Devant ce constat, des initiatives sont développées pour « aller vers » les personnes en situation de précarité et d’exclusion, comme les équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP). L’objectif est de faciliter la prévention, le repérage précoce et l’évaluation des besoins, et l’orientation et l’accès aux dispositifs de soins si nécessaire.





D'autres initiatives cherchent à favoriser l'accès des familles les plus vulnérables à une information scientifiquement fondée, par exemple concernant le développement de l'enfant. C'est le cas notamment de l'association PAPOTO, qui sensibilise autour de pratiques éducatives identifiées comme les plus propices à l'épanouissement de l'enfant, ou du projet BASE (Bébé Accueil Soins Ecoute) porté par l'association Des psys dans la cité, axé sur les besoins des enfants de 0 à 3 ans.

RECOMMANDATION N°6

La Défenseure des droits recommande au ministre des Solidarités et de la santé de favoriser et de soutenir les initiatives consistant à « aller vers » les familles les plus précaires, afin de leur apporter un soutien et de faciliter la prévention, le repérage précoce et l'évaluation des besoins des enfants, et de permettre leur accès aux dispositifs de soins.

1·1·2· RENDRE L'ENFANT ACTEUR DE SON BIEN ÊTRE

DONNER UN ESPACE DE PAROLE AUX ENFANTS ET ADOLESCENTS : PRÉVENIR ET REPÉRER

L'expression libre des enfants sur les sujets qui les concernent est essentielle pour favoriser leur bien-être, d'autant plus lorsque ces sujets sont susceptibles d'affecter directement leur santé mentale. Il peut alors être nécessaire de s'adresser à eux, sans information préalable ou présence obligatoire des parents.

PAROLES DES ENFANTS

“ Chaque enfant mérite d'être écouté, pour sa valorisation, sa confiance en lui, son estime. Si l'enfant n'est pas écouté, il peut se sentir trahi, rabaissé, isolé, et il n'osera plus se confier à des personnes en qui il pensait pouvoir avoir confiance. ”

“ La considération est très importante pour un enfant, surtout venant de la part des adultes (...). Il faudrait nous laisser la parole et mettre en œuvre nos idées. ”

“ Notre parole est écoutée en dernier quand tout le monde a parlé. Elle n'est pas toujours prise au sérieux, on l'écarte pour nous protéger. ”

Cette libre expression est particulièrement importante au moment de l'adolescence, qui peut être source de questionnements multiples, de doutes et d'angoisses et où peuvent apparaître divers troubles et conduites à risques (conduites addictives, troubles alimentaires, maladies psychiques, etc.). Période de redéfinition de la relation parent-enfant, parfois éprouvante, l'adolescence peut générer un besoin élevé d'accompagnement.

Cette fonction est remplie notamment par les points d'accueil et d'écoute jeunes (PEAJ) et les maisons des adolescents. Largement ouvertes, y compris sans rendez-vous, ces structures permettent d'être écouté, informé, orienté le cas échéant vers d'autres acteurs sur toute difficulté en lien avec la santé au sens large (difficultés scolaires ou relationnelles, souffrance psychiques...). Les maisons des adolescents appréhendent la santé dans ses dimensions physique, psychique, relationnelle, sociale et éducative, et proposent d'apporter une réponse globale aux difficultés que rencontrent les adolescents.

Il est ainsi indispensable de conforter les maisons des adolescents dans chaque département, en veillant particulièrement à sécuriser leur financement. En effet, depuis leur généralisation à partir de 2004, elles fonctionnent avec des financements croisés, dont seul celui assuré par l'Etat via les Agences régionales de santé (ARS) est stable et pérenne, ceux des collectivités territoriales, associations ou fondations pouvant varier selon l'évolution de leurs priorités. Cette difficulté fragilise d'autant plus les maisons des adolescents qu'elles font face à des moyens globalement insuffisants.

RECOMMANDATION N°7

La Défenseure des droits recommande au ministre des Solidarités et de la santé, au directeur général de la Caisse nationale d'Assurance Maladie et aux partenaires locaux, notamment les autorités exécutives des collectivités territoriales, de conforter les maisons des adolescents dans chaque département et d'en sécuriser le financement.

Pour accompagner et encadrer les pratiques addictives, différents dispositifs ont été créés, à destination des adolescents, notamment les Consultations Jeunes Consommateurs²⁶, créées en 2005. Lieux d'écoute, d'information et de soutien pour les 12-15 ans, les Consultations Jeunes Consommateurs sont aussi un espace de rencontre entre professionnels des addictions et de l'adolescence.

A ces centres s'ajoutent des initiatives permettant aux jeunes d'être accompagnés ou conseillés par téléphone ou tchat. Par exemple, Fil Santé Jeune, financé par Santé publique France et la direction générale de la cohésion sociale, propose aux jeunes de 12 à 25 ans un accompagnement téléphonique ou par tchat sur toute question liée à l'adolescence (sexualité, addictions, vie familiale, etc), ainsi que de la documentation sur l'ensemble de ces sujets. Les demandes sont adressées de manière anonyme et gratuite à une équipe composée de juristes, psychologues, intervenants du médicosocial. Si un suivi plus poussé est nécessaire, le jeune sera orienté vers les dispositifs évoqués précédemment. La Défenseure des droits salue également la mise en place d'une nouvelle plateforme d'écoute nationale, le 3114, à destination des personnes, dont les enfants et adolescents, en détresse psychologique.

Majoritairement lycéens ou étudiants, les appelants sont toutefois rarement des collégiens, ce qui pourrait justifier de renforcer les campagnes d'affichage ou d'informations à destination de ce public. De manière générale, l'existence de ces dispositifs doit faire l'objet d'une large diffusion dans les lieux de vie fréquentés par les jeunes : écoles, collèges, lycées, centres sportifs, etc.

PAROLES DES ENFANTS

“ L'information existe mais c'est aux jeunes de la trouver (...) : manque d'affichage dans les lycées, de campagnes de sensibilisation, aucune information directe par exemple sur les disponibilités du psychologue scolaire alors que c'est nécessaire aujourd'hui. ”

Contrairement à ce qui existe pour les adolescents, il n'existe pas de dispositif comparable pour les enfants moins âgés. Hors du champ de la PMI, les enfants de 6 ans à 11 ans ne bénéficient d'aucune structure spécifique à leur tranche d'âge. Pourtant, le Rapport Mission Bien-être et Santé des jeunes²⁷ relève que 50% des pathologies psychiques débutent avant 14 ans. Des dispositifs dédiés aux 6-11 ans, sur le modèle des maisons des adolescents, pourraient répondre à des besoins non pourvus à ce jour, en offrant un espace de parole neutre (hors école et hors famille) où s'exprimer et être entendu. Les enfants pourraient par exemple y être orientés par les infirmières, psychologues ou médecin scolaires.

RECOMMANDATION N°8

La Défenseure des droits recommande au Gouvernement d'évaluer la faisabilité et l'opportunité de créer des maisons des enfants, en lien avec les CMP et CMPP, sur le modèle éprouvé des maisons des adolescents.

« ALLER VERS » LES ENFANTS DONT LA SOUFFRANCE N'EST PAS TOUJOURS VISIBLE

L'EXEMPLE DES ENFANTS VICTIMES DES SÉPARATIONS PARENTALES CONFLICTUELLES

La Défenseure des droits est très régulièrement saisie de situations dans lesquelles l'enfant se trouve au cœur d'un conflit familial important, notamment à la suite d'une séparation parentale. Par son programme JADE (Jeunes ambassadeurs des droits des enfants), elle s'aperçoit ainsi que certains enfants confient aux jeunes ambassadeurs leur mal-être lié à une séparation ou à une relation parentale conflictuelle.

De telles situations peuvent placer l'enfant dans un conflit de loyauté entre ses parents, pris dans leurs propres difficultés.

Ces situations s'inscrivant dans la sphère privée, l'instruction des réclamations dont est saisi la Défenseure des droits témoigne que certains professionnels peuvent se montrer réticents à intervenir.

En s'installant sans être prise en charge, la souffrance de l'enfant peut s'aggraver dramatiquement et conduire à la rupture du lien avec l'un de ses parents ou à la mise en place d'une mesure de protection judiciaire.

Pour sensibiliser les parents aux effets que peut avoir la séparation parentale selon la manière dont elle se déroule et, le cas échéant, les accompagner dans leur relation avec l'enfant, les dispositifs visant à maintenir et restaurer les liens familiaux doivent être renforcés. Ces initiatives indispensables, notamment les espaces rencontre et lieux de médiation, sont aujourd'hui saturées et mal réparties sur le territoire. L'enfant souffrant de cette situation doit aussi pouvoir disposer d'un espace de parole en dehors de son cercle familial, auprès d'un professionnel de la santé mentale (psychologue, psychologue scolaire par exemple) ou d'un professionnel du droit, dans le cadre de l'organisation de la séparation. A cet effet, l'Institut du droit de la famille et du patrimoine (IDFP) a pensé un dispositif d'audition amiable des enfants, par un professionnel qualifié chargé de recueillir et restituer sa parole à ceux qui doivent prendre les décisions le concernant. Ce professionnel n'est ni expert, ni psychologue, ni avocat, ni juge, mais formé au recueil de sa parole dans le respect de ses droits, le mineur ayant le droit d'être assisté d'un avocat en même temps.

L'EXEMPLE DES JEUNES AIDANTS

Le terme de jeune aidant émerge depuis plusieurs années pour désigner un enfant ou adolescent qui apporte une aide régulière à un membre de son entourage proche atteint d'une maladie, un handicap ou en situation de dépendance. D'après une récente étude sur le sujet²⁸, les jeunes aidants représentent 17% des lycéens interrogés. L'aide apportée peut être directe – accompagnement à des rendez-vous médicaux, dans des tâches du quotidien – ou indirecte – implication accrue dans les tâches ménagères, administratives, etc.

Comme l'évoque la récente étude intitulée « *Trajectoires et socialisations des jeunes aidantes* » du Collectif en sciences sociales appliquées (Cessa), soutenue par le Défenseur des droits et l'Institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire (INJEP), la jeune

aidance est pluridimensionnelle (physique, relationnelle, comportementale, domestique et morale).

Cette situation peut avoir des répercussions importantes sur leur santé mentale²⁹ : confrontés quotidiennement à la maladie, au handicap ou à la dépendance, ces jeunes sont investis de responsabilités importantes qui peuvent nuire à leur vie sociale et générer isolement, culpabilité, fatigue, oubli de soi etc.

Comme ils ne se représentent pas toujours comme tels, il peut être très difficile pour les professionnels de les repérer afin de leur proposer un soutien ou une aide. D'autant plus lorsqu'il s'agit d'aider un proche soigné en ambulatoire, les professionnels de santé impliqués ne disposant pas de toutes les informations sur l'environnement familial de la personne. Il est donc nécessaire que les professionnels du secteur médico-social et ceux de l'Éducation nationale soient sensibilisés à la situation des jeunes aidants, de façon à les identifier et à leur permettre d'être soulagés de certaines tâches pour retrouver un quotidien adapté à leur âge. Par ailleurs, ils devraient pouvoir s'exprimer sur leurs difficultés, la maladie ou handicap auquel ils sont confrontés dans un espace de parole neutre, en lien avec les services sociaux.

L'association les Funambules Falret³⁰ propose par exemple un accompagnement pour les jeunes de 7 à 25 ans dont un parent, un frère ou une sœur souffre d'une pathologie psychiatrique telle que la schizophrénie, les troubles bipolaires ou la dépression sévère. Pendant le confinement, elle a développé une plateforme pour aider les jeunes confrontés aux difficultés de leurs parents. Elle vient également de créer une plateforme européenne innovante au service des jeunes côtoyant une proche en souffrance psychique³¹.

PAROLES DES ENFANTS

“ Nous nous occupons aussi des autres enfants placés dans la famille, quand notre mère d'accueil est débordée. Ça arrive surtout quand les frères ou sœurs d'accueil sont difficiles, qu'ils doivent être soignés dans des établissements et qu'en attendant, ils ne peuvent pas aller à l'école... On soutient nos parents d'accueil. ”

1-2· GARANTIR UN ENVIRONNEMENT SCOLAIRE FAVORABLE AU BIEN-ÊTRE DE L'ENFANT

Promouvoir un climat scolaire de bien-être et de bienveillance suppose de veiller à la santé mentale des adultes chargés de le mettre en œuvre. Or, les statistiques récentes³² sont très préoccupantes à ce sujet : seuls 7% des enseignants ont le sentiment d'être appréciés, 92% déclarent se sentir mal aimés des politiques et presque autant se sentent peu appréciés de l'opinion publique. A cela s'ajoute un manque criant de reconnaissance professionnelle, que ce soit en termes de salaire (à 72%) ou de progression de carrière (à 89%).

Répondre à ce mal-être des enseignants et, plus globalement, des personnels de l'éducation nationale, permettrait ainsi de diminuer les risques pour la santé mentale des enfants.

1-2-1· PROMOUVOIR LE BIEN-ÊTRE ET LE DROIT À LA SANTÉ

CRÉER UN CLIMAT GÉNÉRAL DE BIENVEILLANCE AU SEIN DE L'ÉCOLE

L'étude PISA 2015 sur le bien-être des élèves, menée par l'OCDE, relevait chez les élèves français interrogés une faible estime de soi et une anxiété importante liée au travail scolaire³³.

Malgré l'impulsion gouvernementale en faveur d'une école de la bienveillance, il apparaît en effet que l'approche française de l'éducation scolaire reste fondée sur la performance. La pression scolaire ressentie par les élèves peut d'ailleurs favoriser leur anxiété, voire le développement d'une phobie scolaire ou de dépressions.

PRENDRE D'AVANTAGE EN CONSIDÉRATION L'IMPACT, SUR LA SANTÉ MENTALE DES ENFANTS, DE CERTAINS COMPORTEMENTS D'ADULTES QUI PEUVENT PARAÎTRE « ANODINS »

Dans son rapport de 2019 consacré aux violences institutionnelles³⁴, le Défenseur des droits alertait déjà les pouvoirs publics sur la banalisation de certaines violences des adultes à l'égard des enfants, parfois sous couvert d'un supposé objectif pédagogique.

Depuis, le nombre de réclamations relatives à ces allégations de violences en milieu scolaire n'a pas diminué, au contraire. Au-delà des allégations de violences physiques, de nombreuses saisines mettent en cause des violences dites « ordinaires ». En lien avec la culture de la performance et de la discipline, ces violences s'inscrivent souvent dans des méthodes d'enseignement rigides, voire archaïques.

La Défenseure des droits rappelle que l'intérêt de l'enfant doit être une considération primordiale dans toutes questions l'intéressant et que l'Etat a une obligation de protection des enfants contre toute forme de violence, d'atteinte ou de brutalités physiques ou mentales. Et ce particulièrement au sein des établissements scolaires, destinés à favoriser l'apprentissage, le développement et l'épanouissement des enfants. Sans prendre les mesures qui s'imposent (évoquer les faits avec le professeur, lui rappeler ses obligations professionnelles, mettre en place un tutorat, voire prendre une mesure conservatoire de suspension si les faits allégués sont suffisamment vraisemblables et graves, etc.), trop d'établissements tendent encore à banaliser les violences qui leur sont signalées.

En outre, il apparaît régulièrement que peu d'attention est accordée au ressenti des enfants et à leur état psychologique, en particulier les plus jeunes enfants, qui sont souvent attachés à leur enseignant et peuvent être très affectés par un défaut d'attention ou de considération de sa part.

Il ressort par ailleurs que la parole des enfants peine à être sollicitée et prise en compte dans ces situations. Encore récemment, dans sa décision 2021-053 du 29 mars 2021, la Défenseure des droits a vu son attention appelée par des parents d'enfants scolarisés en CP/CE1, ayant manifesté des comportements inquiétants en lien avec l'atmosphère de la classe et le positionnement de leur enseignante à leur égard. La Défenseure des droits a recommandé de prendre en compte la parole des enfants, quelle que soit la réalité des faits qu'ils allèguent, afin d'appréhender au mieux leur situation globale au sein de l'école.



Elle a en outre recommandé d'appréhender ces situations à la lumière de l'intérêt supérieur de l'enfant et de prêter une écoute bienveillante et attentive à leurs paroles, en proposant si nécessaire de les entendre ou de les faire entendre par un professionnel qualifié dans un lieu d'écoute neutre et selon des modalités adaptées à leur âge et leur développement. Enfin, elle a recommandé aux services départementaux de l'Éducation nationale de faire preuve d'une diligence accrue pour assurer aux enfants concernés par la violence physique ou morale d'un enseignant une possibilité de suivi psychologique par des professionnels de santé formés à cet effet.

FAIRE PRENDRE CONSCIENCE AUX ENFANTS DE LEURS RESSOURCES PERSONNELLES POUR FAVORISER LEUR ÉPANOUISSEMENT À L'ÉCOLE ET LES ACCOMPAGNER DANS LE DÉVELOPPEMENT DE CES COMPÉTENCES

Alors qu'ils sont un outil essentiel de promotion du bien-être à l'école, les programmes, facultatifs, de développement des compétences psychosociales sont peu mis en œuvre.

Définies par l'OMS³⁵ dans le champ de l'éducation, les « compétences psychosociales » visent notamment à *« renforcer l'estime de soi, la capacité à maîtriser ses émotions, la confiance dans l'adulte et l'empathie. Elles permettent de mieux gérer les exigences et les épreuves du quotidien. Leur efficacité est accrue lorsque les parents et autres adultes en contact avec les enfants sont associés : la bienveillance et l'écoute, en famille comme à l'école, sont des facteurs de protection essentiels contre les consommations précoces de substances psychoactives, les addictions et leurs conséquences, et contre d'autres conduites « à risque » (violence, tentatives de suicide...). Elles sont autant de ressources pour favoriser la réussite éducative et scolaire. Bienveillance et prévention interagissent en faveur du bien-être et se renforcent mutuellement au bénéfice des jeunes, de leur famille et de l'école. »*

PAROLES DES ENFANTS

“ Mettre en place un atelier d'éloquence (aider à vaincre la timidité et apprendre à parler de différents sujets), mettre en place des ateliers volontaires de méditation, rendre possible la présence des animaux dans l'enceinte de l'établissement (pièce spécialisée ou dans les couloirs), pour réduire le stress des élèves. ”

Les programmes suivants illustrent la manière dont ces compétences peuvent être développées :

Le programme *Good Behavior Game* (GBG) vise, au travers de jeux en classe, à améliorer l'entraide, la capacité de concentration et de communication chez des enfants de l'école primaire. Développé par l'American Institutes for Research (AIR), il a également fait ses preuves (chez des enfants suivis jusqu'à leurs 20 ans) pour prévenir les conduites addictives (alcool, drogues illicites, tabagisme régulier), délinquantes, suicidaires, et des incarcérations pour comportement violent. Après une expérimentation pilote dans 3 écoles des Alpes-Maritimes entre 2015 et 2016, le programme est désormais déployé dans d'autres académies. A ce stade, 39 écoles ont été mobilisées, 387 enseignants ont été formés, et plus de 7 500 enfants en ont bénéficié pendant au moins une année scolaire.

Le programme *Primavera* est un programme de prévention des conduites à risques et addictives, élaboré par des professionnels du champ de la prévention. Il se déroule sur 4 années du CM1 à la 5^e mais peut être modulé (soit en primaire, soit en collège). Basé sur un langage commun accessible aux jeunes et à ceux qui les entourent, il vise à faire comprendre, par une approche « expérientielle », ce que sont les conduites à risques et addictives, pourquoi elles sont pratiquées et comment s'en protéger. Partant du principe qu'informer sur les risques ne suffit pas, les interventions doivent permettre aux jeunes de comprendre par eux-mêmes le sens de leurs comportements et de leurs représentations afin d'envisager de les modifier.

Ce programme est expérimenté en Ile-de-France, dans les Hauts de France et en Bourgogne Franche Comté.

L'ambition de généraliser ces programmes, très récente, date d'une circulaire de 2016 créant les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC), chargé de définir des actions éducatives pour développer « *les compétences psychosociales, la prévention, la responsabilité, le respect mutuel et la formation des jeunes à la vie sociale* »³⁶. Si les compétences psychosociales semblent intégrées dans les stratégies nationales³⁷, leur mise en œuvre demeure néanmoins tributaire du contexte local, en particulier des capacités de financement par les agences régionales de santé (ARS) et de l'existence d'acteurs volontaires.

Afin de promouvoir davantage le bien-être des enfants, la dynamique de développement des compétences psychosociales doit être généralisée dans toutes ses dimensions. La Défenseure des droits préconise que chaque élève accède à des programmes de développement de ses compétences psychosociales, et ce à diverses occasions de son parcours scolaire. Sans nécessairement les intégrer formellement aux programmes scolaires, ces programmes doivent mobiliser davantage de moyens et d'acteurs au niveau national et local. Dans cet optique, les professionnels de l'éducation, outre ceux du secteur périscolaire, doivent être davantage formés aux bienfaits liés à la mobilisation des compétences psychosociales des enfants.

RECOMMANDATION N°9

La Défenseure des droits recommande au ministre de l'Éducation nationale, de la Jeunesse et des sports et au ministre des Solidarités et de la santé de permettre à chaque enfant scolarisé d'accéder à des activités et à des ateliers permettant le développement de ses compétences psychosociales.

GARANTIR UN CLIMAT DE BIENVEILLANCE ENTRE LES ENFANTS : LA LUTTE CONTRE LE HARCÈLEMENT ET CYBER HARCÈLEMENT

En France le nombre d'enfants harcelés chaque année dans leur environnement scolaire est estimé à environ 700 000. Un chiffre alarmant au regard de l'importance des conséquences du harcèlement sur les victimes, tant sur leur santé mentale que sur leur droit à l'éducation. Difficultés scolaires, absentéisme, voire déscolarisation³⁸, mal être, angoisse, voire dépression, pouvant aller jusqu'au suicide, l'actualité nous rappelle régulièrement les effets dramatiques de ce phénomène.

Au-delà des conséquences directes sur l'enfant victime, le harcèlement scolaire se traduit aussi par une dégradation du climat scolaire au sein de l'établissement, qui affecte aussi bien les élèves que la communauté éducative.

La Défenseure des droits reconnaît la volonté des pouvoirs publics de s'emparer de cette problématique³⁹, en consacrant notamment le droit pour l'élève à une scolarisation sans harcèlement en droit interne⁴⁰ et en multipliant les outils de lutte contre le harcèlement scolaire.

Pour autant, les saisines de la Défenseure des droits par les familles, qui révèlent l'insuffisance des mesures prises afin de protéger leur enfant, démontrent la persistance du phénomène.

PAROLES DES ENFANTS

“ Au collège, ils parlent du harcèlement mais juste pour la bonne conscience. Ils ne font pas assez d'efforts par rapport à ça alors que c'est un sujet très important et que ça peut détruire des vies. ”

“ Il faudrait commencer la prévention dès le CM1 ou CM2, et que dès qu'un enfant est harcelé, il faudrait en parler directement dans la classe, pour qu'il se sente soutenu, et que le harceleur voit que la victime n'est pas isolée. ”

Les observations recueillies auprès des professionnels illustrent leur manque de formation dans le repérage des faits de harcèlement et leurs difficultés à se saisir des protocoles à leur disposition afin de les appliquer aux situations d'espèce. S'y ajoutent la réticence des professionnels à intervenir parallèlement à une procédure pénale en cours et leur refus de prendre des mesures lorsque les faits dont l'élève est victime se poursuivent en dehors du cadre scolaire. Or, les situations de cyberharcèlement, par leur nature (anonymat, interruption spatiale et temporelle des violences sur la victime, sentiment d'impunité), peuvent entraîner des conséquences d'autant plus lourdes sur l'enfant.

Phénomène constatés dans nombres de ses saisines, la Défenseure des droits est préoccupée par la situation des élèves scolarisés en établissement privés sous contrat d'association avec l'État, dont les directions n'ont pas suffisamment recours aux outils de lutte contre le harcèlement établis par l'Éducation nationale et ne sollicitent que très rarement les référents académiques harcèlement.

Le ministère de l'Éducation nationale de la Jeunesse et des sports a annoncé la généralisation du programme de lutte contre le harcèlement à l'école (pHARe) sur l'ensemble du territoire à partir de la rentrée de septembre 2021. Expérimenté dans six académies depuis 2019, il prévoit notamment la dotation pour chaque établissement d'une équipe pluri-catégorielle spécifiquement formée à la prise en charge du harcèlement et la multiplication des démarches de prévention associant les élèves et leurs parents.

La Défenseure des droits salue le contenu de ce programme qui rejoint ses recommandations formulées auprès des acteurs de terrain. Plus largement, la sensibilisation aux droits inscrite dans les programmes scolaires doit être rendue plus effective, la Défenseure des droits rappelant qu'à la faveur de son programme Educadroit, elle met gratuitement à la disposition des enseignants de nombreuses ressources « clés-en-main » qui répondent à cet objectif, ainsi qu'une liste d'intervenants locaux.

DÉCISION N°2021-084

La Défenseure des droits a été saisie de la situation d'une jeune fille se disant victime de harcèlement et de cyber-harcèlement au cours de ses années de quatrième et troisième. Elle indiquait avoir été victime de brimades, moqueries, dénigrement de la part de trois autres élèves de sa classe durant une partie de son année de 4^e. Cette situation ayant été sous-estimée par l'établissement scolaire, la jeune fille en est arrivée aux mains avec les élèves qu'elle qualifiait de « harceleurs » à la fin de l'année. Si les élèves ont été sanctionnés et que l'un d'eux a quitté l'établissement, les moqueries qu'elle vivait comme du harcèlement ont continué au cours de l'été. À la rentrée, ses parents en ont informé la proviseure, qui a indiqué ne rien pouvoir faire. La situation de santé de la jeune s'est alors profondément dégradée (isolement, refus d'aller voir l'infirmière scolaire, refus d'aller en cours, nombreuses absences) et elle a attenté à sa vie, au sein de l'établissement, au mois de novembre. Après instruction du dossier, la Défenseure des droits a notamment considéré que la situation de harcèlement et cyber-harcèlement dont a été victime cette jeune fille avait été traitée beaucoup trop tardivement par l'établissement scolaire. Elle a également rappelé qu'il était primordial, dans ces situations, d'attacher une attention particulière aux manifestations physiques du mal-être de l'enfant, même si les personnels n'avaient pas observé de faits de harcèlement. Enfin, la Défenseure des droits a rappelé que l'absence de prise en compte de la parole de l'enfant et de son mal être, allant même jusqu'à considérer que la jeune fille s'installait dans un statut de « victime », constituait une violence à son égard.

COMBATTRE LES VIOLENCES LIÉES À L'IDENTITÉ DE GENRE

La Défenseure des droits observe une augmentation du nombre de saisines concernant des enfants transgenres qui peinent à faire accepter, avec bienveillance, leur identité de genre dans le contexte scolaire. Ces difficultés se rencontrent aussi bien à l'égard des autres élèves (rejet,

injures, harcèlement, discriminations) que de l'institution elle-même, qui ne parvient pas toujours à les accompagner dans leur nouvelle identité. Elles peuvent être sources de décrochage et de troubles ou de détresse psychologiques.

Dans sa décision cadre n°2020-136, le Défenseur des droits a recommandé aux chefs d'établissement scolaire et d'enseignement supérieur de permettre aux mineurs et jeunes transgenres de se faire appeler par le prénom de leur choix, d'employer les pronoms correspondants (féminins, masculins ou non-binaires), de respecter les choix liés à l'habillement, et de prendre en considération leur identité de genre pour l'accès aux espaces non mixtes existants (toilettes, vestiaires, dortoirs). Il est précisé que chaque situation doit être analysée *in concreto* au regard de l'intérêt supérieur de l'enfant prévu à l'article 3 de la Convention internationale des droits de l'enfant, en tenant compte de la volonté du mineur et de celle de ses représentants légaux pour éviter qu'il se sente mis à part et stigmatisé et permettre que sa prise en charge au quotidien (famille, école, vie sociale) soit cohérente. Il a également recommandé aux ministères de l'Éducation nationale et de l'Enseignement supérieur et de la recherche et de l'innovation d'établir un guide de bonnes pratiques et des formations à destination des équipes éducatives et de mener des campagnes de prévention auprès des élèves et des étudiants pour favoriser l'inclusion des jeunes personnes transgenres.

Le «Plan national d'actions pour l'égalité des droits, contre la haine et les discriminations anti-LGBT+ 2020-2023»⁴¹, présenté très récemment par Elisabeth MORENO, ministre déléguée auprès du Premier ministre chargée de l'Égalité entre les femmes et les hommes, de la Diversité et de l'égalité des chances, va dans ce sens. Doté de 42 actions, ce plan envisage notamment la rédaction d'un guide sur l'accueil des élèves et étudiants transgenres à destination de l'ensemble du personnel, et notamment sur l'utilisation de la civilité et du prénom d'usage (action 19).

Dans la partie consacrée à la promotion d'une éducation inclusive pour mieux faire reculer les préjugés (page 29 à 31), il est précisé que :

« L'école doit être aujourd'hui le premier lieu de sensibilisation et de prévention des LGBT phobies. La lutte contre l'homophobie et la transphobie est inscrite dans les programmes scolaires. L'objectif est de lutter contre les LGBT phobies, mais également de promouvoir une éducation inclusive, où les personnels et les élèves LGBT+ sont pleinement pris en compte. Cette inclusion dans la société se réalise aussi par la visibilité donnée aux personnes LGBT+ à travers la recherche, les médias, la culture et les actions mémorielles. »

PAROLES DES ENFANTS

“ Il faut sensibiliser les enfants dès l'école aux droits des LGBT, pour arrêter de les traiter différemment et que des jeunes n'osent pas assumer leur orientation sexuelle (...). Cela peut causer un mal-être terrible. ”

“ Tout passe par l'éducation. Dans leurs foyers, les enfants peuvent être conditionnés à penser d'une certaine manière. Alors, à l'école, dès le plus jeune âge, il faudrait beaucoup plus normaliser et communiquer sur les sujets tels que la lutte contre le racisme, l'égalité homme-femme, les droits des LGBT+, et en changeant certaines attitudes et jouets stéréotypés. Une Barbie peut en épouser une autre ! ”

“ Dès le plus jeune âge, les enfants devraient apprendre le respect entre eux, notamment le respect entre les filles et les garçons. ”

RECOMMANDATION N° 10

Afin de mieux lutter contre les discriminations, le harcèlement scolaire et les autres formes de violences à l'école, la Défenseure des droits recommande de rendre systématique et effectif l'enseignement des modules dédiés à l'éducation aux droits, tels que prévus dans les programmes scolaires.

1.2.2 FORMER ET MOBILISER LES PROFESSIONNELS DE L'ÉDUCATION NATIONALE POUR PRÉVENIR ET REPÉRER LES ENFANTS EN DIFFICULTÉ

MOBILISER LES PROFESSIONNELS

Pour pouvoir repérer et prévenir les difficultés que rencontreraient les élèves, l'ensemble des personnels du milieu scolaire doit se sentir concerné et investi. Ainsi, les enseignants, les conseillers principaux d'éducation et les surveillants doivent être formés et dotés d'outils adéquats pour être en mesure d'identifier et orienter au mieux tout enfant potentiellement en danger.

C'est d'ailleurs ce que prévoit le *Référentiel des compétences professionnelles des métiers du professorat et de l'éducation*. Pourtant, la Défenseure des droits observe que les professionnels ne parviennent pas toujours à identifier une situation de mal-être ou peuvent être démunis face à la souffrance de certains élèves. Ils devraient bénéficier d'une formation initiale sur la psychologie de l'enfant et de l'adolescent, pouvant être complétée et approfondie tout au long de la carrière et intégrant des stages dans des structures de santé mentale (services de pédopsychiatries, maisons des adolescents, CMP, CMPP) et des mises en situation.

Le projet porté par l'INFIPP, l'UNAFAM et Santé mentale France de création d'une formation sur les premiers secours en santé mentale (PSSM) a déjà été mis en œuvre dans 20 pays. Les premiers secours en santé mentale sont inspirés du programme « mental health first aid » destinés à former le grand public pour mieux connaître et repérer les troubles psychiques et connaître la conduite à tenir en cas de problème ou de crise. Les objectifs de ces formations sont multiples et notamment :

- Acquérir des connaissances de base concernant les troubles de santé mentale ;
- Mieux appréhender les différents types de crises en santé mentale ;
- Développer des compétences relationnelles : écouter sans jugement, rassurer et donner de l'information : orienter les personnes détectées vers les structures adaptées ;

- Mieux faire face aux comportements agressifs ;
- Tester et s'approprier un plan d'actions.

Cette formation pourrait être proposée au sein de l'Éducation nationale aux professeurs, conseillers principaux d'orientation, surveillants mais également à l'ensemble du personnel médical.

En outre, les professionnels démunis face à la détresse psychologique importante de certains jeunes peuvent utilement se référer aux récentes recommandations formulées par la Haute Autorité de santé (HAS) sur les idées suicidaires chez l'enfant et l'adolescent⁴².

Au-delà de la formation à proprement parler, les professionnels du milieu scolaire doivent pouvoir identifier, en interne, les professionnels les plus à même de prendre en charge l'enfant : infirmière scolaire, médecin, assistante sociale ou psychologue. Ce qui suppose qu'ils disposent de temps pour se rencontrer et échanger.

PAROLES DES ENFANTS

“ Formation nécessaire du corps enseignant et des encadrants pour mieux appréhender la question de la santé mentale, du bien-être. Les profs ne prennent pas toujours en compte les problèmes des jeunes, sauf si certains problèmes se voient physiquement, ils ne cherchent pas toujours la raison du mal être du jeune. ”

RENFORCER LA MÉDECINE SCOLAIRE ET LE SERVICE SOCIAL SCOLAIRE

L'Éducation nationale est dotée d'un réseau de professionnels consacrés au médico-social, constitué de médecins, infirmières, psychologues et assistantes sociales. Ces professionnels ont un rôle primordial pour la santé mentale des enfants et sont un véritable appui pour le personnel éducatif sur tous les sujets qui s'y rapportent. Tenus au secret professionnel, ils sont formés au recueil de la parole de l'enfant et constituent un lien important entre l'école et les familles sur tous les aspects médicaux et sociaux. Enfin, ils assurent le lien avec l'extérieur, notamment les professionnels du soin extérieurs et les structures de soins spécialisées.



Pourtant, la Défenseure des droits observe non seulement que leurs effectifs sont très largement insuffisants pour couvrir la totalité des besoins des enfants, mais qu'ils ont également globalement reculé (69% de taux d'occupation des postes de médecins en 2020 contre 83% en 2013, soit 14 points en moins à l'échelle nationale)⁴³. Dans un département comme Mayotte, il n'existe qu'un seul médecin scolaire pour plus de 106 000 écoliers, collégiens et lycéens (chiffres 2021 publiés par l'académie l'occasion de la rentrée).

En outre, dans le premier degré, la présence de médecins, psychologues, infirmières scolaires ou assistante sociale est résiduelle, ce qui peut être particulièrement préjudiciable pour les enfants, notamment s'agissant de situations de harcèlement ou violences.

PAROLES DES ENFANTS

“ Un des droits fondamentaux des enfants est l'accès à la santé. Nous souhaitons que dans tous les établissements scolaires, les élèves aient accès à une infirmière ou un infirmier ou à une personne agréée pour donner des soins, d'ici les 5 prochaines années, et surtout, disponible tous les jours. ”

“ Aujourd'hui, lorsqu'un mineur souhaite consulter un psychologue, les séances sont payantes et il doit passer par ses parents pour la prise en charge. Nous souhaiterions avoir un(e) ou des psychologues dans chaque établissement, à disposition des élèves, et que l'élève puisse prendre rendez-vous sans passer par l'administration et sans que les parents soient au courant. ”

RECOMMANDATION N°11

La Défenseure des droits recommande au ministre de l'Éducation nationale, de la Jeunesse et des sports et au ministre des Solidarités et de la santé de faire du renforcement de la médecine scolaire et du service social aux élèves une véritable priorité, afin que tout enfant à partir de l'âge de l'école primaire puisse avoir accès à un médecin ou une infirmière scolaire et une assistante sociale dans l'enceinte de son établissement.

Par ailleurs, les élèves apparaissent trop peu informés de la présence de ces professionnels au sein de l'établissement et de leur rôle. Il est nécessaire qu'en début de chaque année scolaire, les élèves se voient remettre une fiche indiquant les coordonnées des professionnels du médico-social présents dans l'établissement et leur rôle.

RECOMMANDATION N° 12

La Défenseure des droits recommande aux directeurs académiques, en concertation avec les collèges et lycées, de diffuser à chaque rentrée scolaire, via un support adapté (livret d'accueil, etc.), les informations relatives à la présence, au sein de l'établissement, de l'assistante sociale et de l'infirmière scolaire. Une information systématique à destination des parents sur l'accès à la médecine scolaire doit aussi être organisée.

Enfin, ces professionnels ne sont pas toujours associés aux équipes éducatives, ce qui contribue au manque de communication parfois observé dans les dossiers soumis au Défenseur des droits. Il est nécessaire qu'ils soient intégrés à la vie de l'établissement – et donc davantage présents sur le site.

La circulaire du 16 février 2021 qui porte sur l'amélioration du repérage, de l'orientation et de la prise en charge des élèves en situation de stress, de détresse psychologique ou en danger est ainsi, bienvenue. Elle doit être déployée au niveau local, dans chaque académie, et favoriser la mise en place d'un véritable réseau pour repérer des situations de détresse psychique.

Au-delà du strict périmètre de la médecine scolaire, la Défenseure des droits déplore la faiblesse de l'offre de soin en matière d'orthophonie, notamment dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville, où les enfants doivent parfois attendre jusqu'à un an pour obtenir un rendez-vous⁴⁴. Leur rôle est pourtant crucial dans le cadre de la détection et du traitement des troubles de la communication orale et écrite, chez l'enfant et l'adolescent, dont la non prise en

charge précoce provoque non seulement des difficultés scolaires mais également du mal-être.

LES ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS

Un certain nombre de dossiers traités par l'institution ont permis de mettre en lumière l'absence quasi-totale de personnel médical dans certains établissements privés et l'absence d'accès à la médecine scolaire dans certaines académies pour ces établissements. Ces situations peuvent être particulièrement préjudiciables pour les élèves mais également pour les enseignants qui, s'ils observent des difficultés chez un élève, ne peuvent pas solliciter une personne ressource qualifiée pour y répondre. La Défenseure des droits préconise de diffuser, à destination des établissements privés, les relais médecine scolaire de l'académie.

1-2-3- UNE ÉCOLE PLUS INCLUSIVE AFIN D'ÉVITER LA DÉTRESSE PSYCHIQUE DES ENFANTS EN SITUATION DE HANDICAP

Depuis la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation de la citoyenneté des personnes handicapées, tout enfant en situation de handicap doit être scolarisé dans l'établissement le plus proche de son domicile ou dans une structure médico-sociale adaptée. Sur cette base, « l'école inclusive » assure la scolarisation de tous les élèves en tenant compte de leurs singularités et besoins particuliers, soit en milieu ordinaire avec les adaptations nécessaires, soit dans une unité localisée pour l'inclusion scolaire (ULIS) située dans un établissement ordinaire, soit dans un établissement médico-social.

Comme l'a récemment rappelé la Défenseure des droits⁴⁵, s'il est indéniable que l'accès à la scolarisation des enfants handicapés a progressé ces dernières années et qu'une réelle impulsion politique a été donnée à l'école inclusive, ce bilan reste toutefois à nuancer au regard des difficultés persistantes rencontrées par certains enfants handicapés pour accéder à l'éducation, sans discrimination, à égalité de chances avec les autres. Les réclamations

portées à la connaissance de la Défenseure des droits révèlent en effet que beaucoup d'enfants font encore l'objet d'une prise en charge en milieu ordinaire inadaptée, faute de formation et de moyens des équipes éducatives. Les difficultés rencontrées par ces élèves s'en trouvent alors accrues, altérant d'autant leur santé mentale.

MIEUX FORMER ET ACCOMPAGNER LES PROFESSIONNELS

Il est temps d'améliorer la prise en charge des enfants en situation de handicap et de favoriser un changement plus global des mentalités. Dans son rapport du 8 janvier 2019⁴⁶, la Rapporteuse spéciale des Nations Unies sur les droits des personnes handicapées encourageait déjà le Gouvernement « à passer de l'approche individuelle appliquée actuellement, qui veut que les enfants handicapés s'adaptent au système scolaire, à une approche générale visant à transformer le système d'enseignement de sorte qu'il accueille, dans une démarche inclusive, les enfants handicapés. ». Ce changement de paradigme impose de repenser la manière d'enseigner, comme en témoignait un enseignant dans une saisine où il expliquait combien l'accueil d'un enfant en situation de handicap avait bouleversé sa façon de travailler et avait pu inspirer de bonnes pratiques vertueuses pour l'ensemble de la classe.

Une étude récente menée par l'OCDE⁴⁷ a révélé que les enseignants français en poste dans le primaire sont près de 80% à indiquer que l'adaptation des cours pour les élèves ayant des besoins spécifiques est source de stress. Dans ce contexte, une meilleure formation pourrait être une ressource pour aider les enseignants à gérer ces situations qui les angoissent. La Défenseure des droits salue à cet effet les récentes recommandations de la Haute Autorité de santé qui offriront de nouveaux outils pédagogiques aux professionnels du sanitaire et de l'éducation⁴⁸. Elle prend également note des annonces récentes du Gouvernement sur la création, dans le cadre de la formation initiale des enseignants, d'un module de 25 heures consacré à l'accueil des enfants en situation de handicap. Néanmoins, ce module ne

concerne que les nouveaux enseignants, ceux déjà en poste pouvant bénéficier d'un module de 60 heures de formation sur cette thématique, s'ils en font la demande dans le cadre de la formation continue. Pour éviter que seuls les enseignants ayant une appétence en la matière soient formés, la Défenseure des droits recommande qu'un minimum d'heures de formation à l'accueil des enfants en situation de handicap soit rendu obligatoire dans le cadre de la formation continue pour tous les enseignants en poste.

LES ENFANTS AYANT DES TROUBLES DU COMPORTEMENT

S'agissant des enfants ayant des troubles du comportement, comme ceux atteints d'un déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H), les situations portées à la connaissance du Défenseur des droits révèlent régulièrement une approche de ces troubles sous l'angle de la discipline : les enfants qui en souffrent, sont ainsi considérés comme « dissipés, perturbateurs, voire violents, » et responsables d'un climat de classe délétère. La réponse apportée par l'institution scolaire peut être la sanction disciplinaire, allant jusqu'à l'exclusion définitive de l'établissement. Avec des conséquences qui peuvent être dramatiques pour la santé mentale de ces enfants (sentiment d'exclusion et de mise à l'écart, accentué par un dossier disciplinaire préjudiciable pour la suite du parcours scolaire).

Au contraire, les équipes éducatives pourraient, dans une démarche constructive, davantage mobiliser les parents de l'enfant et les professionnels du soin qui le suivent pour adapter l'environnement scolaire à ses troubles (comportement des professeurs, positionnement de l'élève dans la classe, etc.).

RECOMMANDATION N° 13

La Défenseure des droits recommande au ministre de l'Éducation, de la Jeunesse et des sports de rendre obligatoire un minimum d'heures de formation à l'accueil des enfants en situation de handicap, dans le cadre de la formation continue, pour tous les enseignants en poste.

Une meilleure formation n'est toutefois pas toujours suffisante. Comme le préconisait la Rapporteuse spéciale des Nations Unies sur les droits des personnes handicapées dans son rapport précité, un suivi et un soutien individualisé des enseignants est nécessaire, surtout lorsqu'ils sont confrontés à des enfants dont les besoins particuliers nécessitent une réponse adaptée. Ce soutien pourrait constituer en une analyse des pratiques ou en la possibilité de faire appel à un psychologue au sein de l'académie.

En outre, sur des handicaps particuliers, les ressources mises à disposition par les académies ne sont pas toujours connues et, partant, ne sont pas mobilisées par les professionnels. C'est par exemple le cas des référents autisme ou des référents élèves à haut potentiel (EHP) qui existent dans chaque académie et qui sont chargés, entre autres, de soutenir les professionnels en difficulté face à ces élèves. La Défenseure des droits encourage les académies et le ministre de l'Éducation nationale, de la Jeunesse et des sports à faire davantage connaître auprès des enseignants l'existence de ces personnes ressources.

Enfin, les professionnels peuvent également faire appel à des intervenants extérieurs. Il existe par exemple, dans certains départements, des équipes mobiles issues d'établissements et services médico-sociaux (ESMS) chargées de soutenir les établissements scolaires et leurs professionnels. L'Équipe Mobile d'Appui Médico-Social Pour la Scolarisation des Enfants en situation de handicap mise en place par l'APAJH dans la Somme en est un exemple. Ces dispositifs pourraient être généralisés.

De même les unités d'enseignement externalisées, équipes médico-sociales désormais intégrées dans les écoles et collèges, apportent un réel soutien aux enseignants. Elles favorisent en outre le développement d'une culture commune entre professionnels du médico-social et de l'Éducation nationale, à condition naturellement, que l'intégration de ces unités dans l'établissement scolaire ne se limite pas à un partage de locaux.

Enfin, ces unités permettent l'inclusion d'élèves dont le handicap ne leur permettrait pas de suivre une scolarité dans une classe ordinaire, même accompagnés d'un accompagnant d'élèves en situation de handicap (AESH). Il est ainsi urgent que ces unités soient développées en plus grand nombre.

SENSIBILISER LES AUTRES ÉLÈVES AU HANDICAP AFIN DE CRÉER UN CLIMAT DE CLASSE PLUS SEREIN

Repenser l'école inclusive suppose également la mise en place d'un climat de classe bienveillant. La Défenseure des droits observe encore bien souvent que nombre d'enfants en situation de handicap sont victimes de harcèlement et de violences ordinaires de la part de leurs camarades, générant un mal être et un isolement de l'enfant, et pouvant être source de décrochage ou phobies scolaires.

En outre, certaines pathologies entravent les relations sociales des enfants qui peuvent rencontrer des difficultés à interagir avec leurs pairs. Or, expliquer aux autres enfants ses réactions et leur apprendre comment communiquer avec lui faciliterait son inclusion sociale.

La Défenseure des droits a été saisie de la situation d'un enfant ayant des troubles du spectre autistique, scolarisé en milieu ordinaire depuis la maternelle. La mère de l'enfant expliquait être intervenue à plusieurs reprises auprès des camarades et de l'enseignante de son fils pour les sensibiliser à son handicap. Ces interventions avaient notamment permis à l'enfant de nouer des relations d'amitié structurantes et rassurantes avec les autres enfants de sa classe et facilité son intégration scolaire.

PAROLES DES ENFANTS

“ Je ne suis pas que mon handicap, acceptez-moi comme je suis. ”

“ Bien dans son corps, mieux dans sa tête. ”

“ J'étais harcelé car différent. Cela a cessé quand j'ai été scolarisé à l'EREA. On était tous différents et nos différences ne posaient pas de problème, on se sentait en sécurité. ”

LA NÉCESSITÉ D'APPORTER UNE RÉPONSE ADAPTÉE À LA SITUATION DE TOUS LES ENFANTS EN SITUATION DE HANDICAP AFIN DE RENDRE LEUR DROIT À LA SCOLARISATION EFFECTIF

PAROLES DES ENFANTS

“ L’injustice c’est de ne pas pouvoir réaliser toutes les sorties scolaires, de ne pas pouvoir partir en classe de neige. ”

“ On m’a orienté dans une filière dans laquelle je ne voulais pas aller à la base. ”

La Défenseure des droits constate qu’une prise en charge inadaptée des enfants en situation de handicap dans le milieu scolaire – due par exemple au défaut d’attribution d’aide humaine ou au maintien en milieu ordinaire faute de place en établissement spécialisé – est très souvent source de grande souffrance psychique.

Si la présence d’un accompagnant d’élèves en situation de handicap (AESH) ne saurait remplacer le besoin de formation des enseignants à la prise en charge des enfants en situation de handicap et la mise en place d’aménagements adaptés, elle est pour beaucoup de ces mineurs indispensable pour vivre sereinement leur scolarité. Or, malgré les récentes annonces du Gouvernement sur le recrutement d’AESH supplémentaires, de nombreuses difficultés dans l’accompagnement des élèves persistent : généralisation, par certaines commissions des droits et de l’autonomie des personnes handicapées (CDAPH), des notifications d’aides humaines mutualisées, temps d’accompagnement largement inférieur aux besoins des enfants, non remplacement des AESH en congés maladie ou maternité, etc.

En cette rentrée 2021, des parents se voient informer que l’AESH de l’année dernière n’accompagnera plus leur enfant, car elle est nommée sur d’autres établissements, alors qu’elle connaissait très bien l’enfant, ses particularités, la manière de le sécuriser pour appréhender les apprentissages. Il est alors répondu aux parents que les enfants n’ont pas à s’attacher, pour ne pas créer de dépendance !

D’autres encore découvrent que leur enfant n’aura pas le nombre d’heures initialement prévu, car l’AESH accompagnera désormais plus d’enfants. Certains encore se voient informer que la rentrée scolaire de leur enfant est retardée faute d’AESH.

La profession d’AESH est un statut professionnel qui nécessite d’avoir les moyens matériels et temporels pour accompagner décemment les familles, les enseignants et les élèves en situation de handicap. En dépit des avancées récentes (avec engagement pris par le président de la République lors de la conférence nationale du handicap du 11 février 2020 quant à la création de 11 500 emplois d’AESH d’ici la fin 2022 et la création d’un statut d’accompagnant des élèves en situation de handicap par la loi n° 2019-791 du 26 juillet 2019 pour une école de la confiance), la Défenseure des droits ne peut manquer d’observer le non-pourvoi du nombre de postes nécessaires, qui doit résonner comme un signal d’alerte.

La Défenseure des droits a été saisie de la situation d’un petit garçon atteint de troubles du spectre autistique scolarisé en milieu scolaire ordinaire qui bénéficiait d’une notification de la CDAPH lui octroyant une AESH mutualisée. Au mois de novembre suivant, l’enfant n’était toujours pas accompagné, l’académie indiquant ne pas avoir de personnel disponible. L’accompagnement était dès lors très largement insuffisant, l’enfant étant aidé à hauteur de quelques heures par semaine par l’AESH individuelle d’un de ses camarades. Face au début de phobie scolaire et à la grande anxiété de leur enfant, les parents ont donc été contraints de scolariser leur fils à domicile la moitié de la semaine.

En outre, la Défenseure des droits est très souvent saisie de situations dans lesquelles la prise en charge inadaptée des besoins de l’enfant en matière de soins et d’éducation a des conséquences directes sur sa santé mentale. Ces situations résultent souvent de dispositifs saturés, dus à une absence criante de moyens, et concernent majoritairement des enfants en situation de handicap qui ne relèvent pas de la scolarisation en milieu ordinaire en raison de leurs difficultés.

En dépit des obligations qui incombent à l'État et aux collectivités territoriales au titre de la solidarité nationale, la Défenseure des droits constate que, faute de places en établissement ou service médico-social adapté à leurs besoins, de nombreux enfants en situation de handicap sont scolarisés dans des conditions inadaptées, portant atteinte à leur intégrité et sécurité, et à celle de la classe et des équipes éducatives.

RECOMMANDATION N° 14

La Défenseure des droits recommande au ministre de l'Éducation nationale, de la Jeunesse et des sports et au ministre des Solidarités et de la santé et à la secrétaire d'État chargée des Personnes handicapées de conforter les moyens de l'école inclusive, afin que tous les enfants en situation de handicap puissent être orientés dans les établissements adaptés à leurs besoins et aient accès aux aides notamment humaines, dans les établissements scolaires dont ils dépendent.

1.3. ORIENTER LE PLUS PRÉCOCEMENT POSSIBLE POUR UNE PRISE EN CHARGE ADAPTÉE AFIN D'ÉVITER L'APPARITION DE PATHOLOGIES DURABLES

Dès lors que des difficultés ont été identifiées chez un enfant, un diagnostic doit être établi pour qu'une prise en charge médicale et psychologique adaptée soit mise en œuvre rapidement. En effet, d'après l'OMS le devenir des pathologies psychiques dépend fortement de leur repérage et de leur prise en charge précoce. Plus la pathologie est traitée en amont, moins les soins nécessaires seront lourds.

Comme l'énonce la CIDE dans son article 24, le droit à la santé va de pair avec le droit à l'accès aux soins. La disponibilité de l'offre de soins et l'égalité d'accès à ces soins sont essentielles : suffisamment abondante pour couvrir tous les besoins, l'offre de soins doit aussi être accessible à tous les enfants et à leurs familles

dans les mêmes conditions, quels que soient leurs conditions et leur lieu de vie.

En 2016, le Comité des droits de l'enfant recommandait à la France de « *revoir à la hausse les ressources humaines et financières mises à la disposition des services de santé mentale spécialisés, afin de réduire les inégalités d'accès aux soins pédopsychiatriques à l'échelle nationale, ainsi que de renforcer la formation du personnel médical aux questions relatives à la pédopsychiatrie et de veiller à ce que les enfants soient traités par des professionnels qualifiés et dans des établissements conçus pour les enfants* »⁴⁹.

1.3.1. DES DISPOSITIFS DE SOINS SATURÉS

DES STRUCTURES SOUS TENSION

En dehors de hôpitaux, plusieurs dispositifs de soins ambulatoires peuvent assurer un suivi sans délai d'un enfant manifestant des difficultés d'ordre psychologique. Ainsi, les centres médico psychologiques (CMP) proposent des consultations medico-psychologiques et un accompagnement pluridisciplinaire (pédopsychiatres, psychologues, infirmières, orthophonistes). Les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), exclusivement dédiés aux enfants et adolescents, assurent des consultations, diagnostics et des soins ambulatoires⁵⁰. Enfin les centres d'action médico-sociale précoce (CAMPS) ont pour mission de dépister et de proposer une prise en charge ambulatoire pour des enfants présentant des déficits sensoriels, moteurs ou mentaux.

A ces structures s'ajoutent la PMI et les maisons des adolescents, déjà décrites précédemment (voir infra).

Les saisines reçues par le Défenseur des droits, ainsi que les auditions réalisées dans le cadre du présent rapport, montrent que ces structures sont saturées et ne permettent pas de répondre aux besoins existants.

Elles dénoncent en particulier :

- Un manque de personnel : beaucoup de ces structures font face à un nombre important de postes vacants dans tous les domaines (pédopsychiatres, infirmières, psychologues, ergothérapeutes, orthophonistes, psychomotriciens)⁵¹. Les mesures de la *Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté* mise en œuvre depuis 2018 ont été complétées en 2020⁵² par des mesures exceptionnelles à destination des personnes les plus fragiles qui ont été particulièrement touchées par la crise. Des dispositifs à plus long terme ont par la suite été annoncés, notamment le recrutement de 160 psychologues supplémentaires dans les CMP. Si la Défenseure des droits salue cette initiative, le manque criant de professionnels risque de ne pas permettre, dans les faits, ces recrutements.
- Une inégale répartition territoriale : du point de vue de l'accessibilité géographique, 15% de la population se situe à plus d'une heure d'un CMPP par exemple.
- Des délais d'attente extrêmement longs pour un premier rendez-vous en CMP ou CMPP.

Ces situations retardent la prise en charge des enfants, dont la situation risque par suite de se dégrader, et d'aboutir soit à une crise – qui nécessitera une intervention en urgence, soit à une pathologie grave et installée – qui imposera une prise en charge plus lourde, plus longue et plus coûteuse. Le temps d'attente pourrait également décourager la famille et la faire renoncer aux soins, avec les mêmes conséquences dramatiques pour l'enfant.

En outre, la non prise en charge de l'enfant rencontrant des difficultés d'ordre psychologique entrave également l'accès à ses droits les plus fondamentaux : scolarisation partielle ou absence de scolarisation, difficulté dans les apprentissages, rupture des liens sociaux, etc.

Ces situations sont également sources de souffrances pour les professionnels qui, dans l'incapacité d'accueillir certains enfants faute de place, ont le sentiment de faillir à leurs missions.

UN ACCÈS INÉGALITAIRE AUX SPÉCIALISTES LIBÉRAUX

En raison de la saturation des dispositifs publics, certaines familles se tournent vers le libéral, qui n'est pas accessible à tous, ce qui contribue à renforcer encore les inégalités sociales et territoriales.

Premièrement, le recours aux spécialistes libéraux crée de fortes inégalités territoriales. Nombre de spécialistes indispensables pour des prises en charge complètes ne sont en effet présents que dans les grandes agglomérations et sont quasiment inaccessibles dans le milieu rural (psychologues de l'enfant, orthophonistes, ergothérapeutes, psychomotriciens, etc.).

Deuxièmement, le recours aux spécialistes libéraux peut être entravé par des inégalités sociales, la consultation chez certains spécialistes libéraux n'étant pas remboursée par la sécurité sociale ou seulement partiellement. C'est par exemple le cas des psychologues de l'enfance et de l'adolescence, mais également des ergothérapeutes ou orthophonistes (sauf compensation par l'AAEH). Ainsi, alors que les enfants issus de foyers modestes attendront qu'une place se libère en structure publique, ceux de familles plus aisées pourront entamer une prise en charge adaptée auprès d'un professionnel libéral. Des dispositifs expérimentaux ont été créés pour pallier cette difficulté. C'est le cas par exemple du projet Ecoute'Emoi, lancé en 2019 pour expérimenter la prise en charge par l'Assurance Maladie de consultations de psychologues libéraux pour des jeunes de 11 à 21 ans. En réponse à l'urgence provoquée par la crise sanitaire, un dispositif très proche, PsyEnfantAdo, a été généralisé en 2021, permettant la prise en charge par l'assurance maladie, sur prescription médicale, de dix séances de psychologue libéral pour les enfants de 3 à 17 ans en souffrance psychique légère à modérée.

Pour les patients les plus pauvres, ces difficultés peuvent être aggravées par des refus de prise en charge de patients CMU-C par des praticiens libéraux, dans le cas de consultations prises en charge par la sécurité sociale⁵³.

1-3-2- UN MANQUE DE COOPÉRATION QUI ENTRAÎNE UNE APPROCHE GLOBALE DE LA SITUATION DE L'ENFANT ET FAVORISE L'INSTALLATION DURABLE DE TROUBLES

LA NÉCESSITÉ D'ADOPTER UNE VISION GLOBALE DU PARCOURS DE SANTÉ DE L'ENFANT

La réponse aux besoins de l'enfant doit passer par une approche globale, intégrant les différents domaines de sa vie.

La multiplication des intervenants en santé mentale auprès des enfants et adolescents peut rendre difficilement lisible un véritable parcours de soin. La structuration de l'offre de soins en plusieurs étapes (par exemple consultation d'un psychologue libéral, puis d'un psychiatre en CMP, puis hospitalisation...) peut entraîner des ruptures dans les parcours de soins. En passant d'un service ou d'un mode de prise en charge à l'autre, les patients changent de praticiens, ce qui peut les déstabiliser dans leur parcours de soins et les mettre au contact de professionnels ne connaissant pas leur historique. Les acteurs du soin devraient donc être mieux coordonnés afin de fluidifier la prise en charge de l'enfant.

En outre, les différents acteurs entourant l'enfant (la famille, l'école, le médicosocial, le soin) doivent dépasser les cloisonnements institutionnels pour échanger davantage dans le respect du secret médical. Si l'école n'est pas un lieu de soin, un personnel médical (infirmière, psychologue ou médecin) doit pouvoir être désigné référent dans les échanges avec les structures extérieures afin d'adapter, si nécessaire, la scolarité de l'enfant et renforcer la vigilance des équipes éducatives.

Au-delà du morcellement des prises en charge, la Défenseure des droits alerte sur les difficultés que peut engendrer la sectorisation du soin. Sans la remettre en cause, il apparaît que son application stricte peut altérer, voire empêcher, la prise en charge de l'enfant. Pour les enfants confiés aux services de la protection de l'enfance, par exemple, un changement de département peut se traduire par une rupture de prise en charge du fait d'un manque de communication entre les différentes instances.

De même, les gens du voyage apparaissent particulièrement touchés par les difficultés liées à la sectorisation du soin. Par exemple, la Défenseure des droits a été alertée sur la situation d'un enfant de 10 ans souffrant de troubles de la sphère autistique sévères avec troubles du comportement et déficit cognitif majeur. L'itinérance de l'enfant altérerait son suivi notamment du fait de l'application rigide du principe de sectorisation de certains soins (en centre médico psychopédagogique par exemple).

A cet égard, la Défenseure des droits prends note que le Gouvernement va déployer d'ici cette fin d'année 2021 une centaine de dispositifs d'intervention précoce permettant d'orienter les enfants de moins de 7 ans présentant des troubles du neuro-développement vers une plateforme de coordination. L'ensemble du territoire devrait donc être couvert. Ce dispositif mettra en lien des professionnels, dont des psychomotriciens, psychologues et ergothérapeutes, en plus des professionnels Conventionnés avec partage des comptes rendus du premier diagnostic au médecin prescripteur. Ce travail en réseau a pour objectif de faciliter et d'enrichir le diagnostic mais également de proposer aux familles un parcours de soins adapté à l'enfant. La Défenseure de droits reste donc très attentive à l'effectivité de l'accès aux prises en charge qui découleront de tout diagnostic nécessitant des accompagnements spécialisés, et notamment un soutien aux familles.

LES ÉQUIPES MOBILES : DES DISPOSITIFS PERMETTANT RÉACTIVITÉ, ADAPTATION ET LIEN ENTRE LES DIFFÉRENTS ACTEURS À GÉNÉRALISER ET RENFORCER

La première équipe mobile de psychiatrie infanto-juvénile a été créée à Tourcoing en 2003, pour répondre au nombre croissant de demandes de soins en santé mentale des enfants (notamment des adolescents) et à la saturation des dispositifs. La création d'équipes mobiles vise à aller au-devant des enfants qui auraient des besoins en santé mentale, afin de « prévenir plutôt que guérir » et proposer ainsi une alternative à l'hospitalisation. Il s'agit en général d'une petite équipe pluridisciplinaire rattachée à un hôpital.



N'ayant pas vocation à se substituer au travail de secteur, ni aux structures existantes, elle vient en soutien, pour répondre aux difficultés avant que l'enfant ait besoin de recourir à un suivi plus poussé.

L'approche par public favorise une formation et une connaissance pointue de ce public, ce qui rend leurs actions plus efficaces. Ainsi, une équipe mobile dédiée aux adolescents pourra travailler sur la dédramatisation du soin et des difficultés psychiques, le lien avec la famille, et alerter davantage sur les comportements à risque pouvant les toucher.

Ces dispositifs sont également de formidables outils de partenariat, car ils font le lien entre les structures, avec lesquelles ils doivent travailler en étroite collaboration. Les équipes mobiles nouent ainsi des partenariats avec les maisons des adolescents, les CMP, CMPP ou CAMPS, voire l'Éducation nationale ou l'aide sociale à l'enfance, s'agissant notamment des mineurs non accompagnés (MNA) ou des enfants victimes de violences intra familiales.

Si la Défenseure des droits est favorable au développement et à la généralisation d'équipes mobiles, elle rappelle que ces dispositifs ne suffisent pas pour pallier au manque global de moyens alloués aux soins, les deux actions tendent vers un objectif commun : garantir la santé mentale des enfants et adolescents.

A titre d'exemple, face au nombre important de suicides des jeunes amérindiens en Guyane, l'intervention d'une équipe mobile de prévention du côté de Maripasoula (Guyane) auprès des familles est parvenue à faire baisser le taux de passage à l'acte. Composée de 3 personnes – infirmière, psychologue et médiateur culturel – l'équipe de prévention est complétée d'une équipe de soins, qui intervient selon les besoins signalés.

Si la Défenseure des droits prend note de la création annoncée par le président de la République de 400 postes supplémentaires en centres médico-psycho-pédagogiques infanto-juvéniles à l'horizon 2024⁵⁴, elle craint que cette mesure ne s'avère insuffisante pour raccourcir les délais d'attente pour un rendez-vous dans les territoires qui sont le plus en tension.

RECOMMANDATION N° 15

La Défenseure des droits recommande non seulement d'augmenter le nombre de centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) et de centres médico-psychologiques (CMP), mais également de développer et soutenir les projets de création d'équipes mobiles et de reconnaître le modèle de l'équipe mobile comme un « équipement » de l'hôpital.

FOCUS

LES CONSÉQUENCES DRAMATIQUES DE LA CRISE SANITAIRE SUR LA SANTÉ MENTALE DES ENFANTS

La crise sanitaire et ses conséquences ont affleuré en continu au long des travaux préparatoires du présent rapport, dans chaque audition et dans chaque contribution écrite.

La Défenseure des droits souhaite restituer ici l'impression d'ensemble qui se dégage de ces travaux préparatoires. Il ne s'agit pas de couvrir l'exhaustivité du sujet ni de faire état de toutes les analyses qui ont trouvé à s'exprimer, d'autant que les données scientifiques sont encore lacunaires et que tous les effets de cette crise, qui n'est pas terminée, ne seront connus qu'à long terme.

La perspective choisie est celle de la santé mentale des enfants et des jeunes, les autres conséquences de la crise sanitaire (augmentation des inégalités, de la précarité, des violences intrafamiliales, du décrochage scolaire...) étant abordées sous l'angle de leurs liens avec elle.

LES EFFETS AMBIVALENTS DES CONFINEMENTS

Paradoxalement, la crise sanitaire, singulièrement le premier confinement, a produit quelques effets bénéfiques pour la santé mentale de certains enfants.

Ce constat a été formulé par de nombreuses personnes entendues lors de la préparation de ce rapport et a également été développé dans des publications⁵⁵. Pour certains enfants ayant bénéficié de conditions privilégiées,

l'expérience a été vécue comme un moment exceptionnel mais heureux : le repli forcé sur le noyau familial a été l'occasion d'un rapprochement avec leurs parents, d'un desserrement de la contrainte scolaire et d'un accroissement du temps de loisirs.

La fermeture des écoles a aussi pu être vécue comme un soulagement provisoire pour les enfants souffrant de phobies scolaires. Les adolescents ont pu retrouver, grâce à l'école à la maison, des horaires mieux adaptés à leur rythme chrono-biologique.

Pour les enfants accueillis en protection de l'enfance, de l'avis des professionnels, si le confinement a introduit une stabilité rare dans le quotidien des enfants, et une plus grande disponibilité des éducateurs en relation directe, l'arrêt des droits de visites et d'hébergement pose de réelles questions sur le respect des droits fondamentaux des enfants. Alors que des aménagements avaient heureusement été rendus possible pour les enfants de parents séparés (exception aux limitations de déplacements pour permettre de se rendre au domicile de son autre parent), les enfants de l'aide sociale à l'enfance (ASE) ont été privés totalement de rencontres physiques avec leur famille.

Par d'autres aspects, la crise a eu des effets ambivalents qui méritent d'être soulignés. Le recours aux écrans, accru pendant le confinement, en est un exemple. S'il a permis de maintenir le lien avec la famille et avec les

amis et d'assurer une continuité, imparfaite, de la scolarité, les temps d'exposition prolongés ont pu augmenter les troubles du sommeil et les phénomènes d'addictions.

Les confinements, en particulier le premier, ont fait décroître les maladies saisonnières, notamment la grippe, relâchant la pression sur les services pédiatriques. Leurs capacités de prise en charge ont donc augmenté, ce qui a permis d'accueillir plus massivement des enfants dont l'état de santé mentale s'était dégradé du fait du confinement.

UN TRAUMATISME SANS PRÉCÉDENT, QUI A ENTRAÎNÉ UNE EXPLOSION DES TROUBLES PSYCHIQUES

La crise sanitaire aurait agi davantage comme un révélateur que comme un créateur de mal-être chez les enfants, comme relevé quasi-unanimement lors des travaux préparatoires. Avec l'apparition de la covid-19, la population a été massivement confrontée à la mort, dans les médias, mais aussi dans la sphère intime, alors même que le deuil était rendu plus difficile par les restrictions. Pour les enfants, le fait d'être désignés comme des vecteurs de contagion, « contaminant leurs grands-parents » sans le savoir, a été un autre traumatisme. Les bouleversements de la vie quotidienne, les confinements, les fermetures d'écoles, l'arrêt des activités physiques, sportives et culturelles, ou encore les restrictions aux déplacements ont provoqué des pertes de repères et de confiance dans l'adulte référent.

En instaurant un repli vers l'intérieur, les mesures de distanciation sociale n'ont pas seulement créé un phénomène de désocialisation. Elles ont supprimé la soupape de décompression que constitue le monde extérieur, augmentant par suite les troubles psychiques.

Si le constat est partagé, il faut toutefois relever que l'ampleur de cette augmentation a été perçue différemment selon les personnes entendues (depuis modérée jusqu'à massive).

Les troubles dépressifs ont augmenté, depuis l'altération légère de l'humeur jusqu'à l'abattement le plus profond. Il a été démontré que le premier confinement a conduit à une

hausse générale des syndromes dépressifs et même à un doublement chez les 15-24 ans (10% d'entre eux présentaient un syndrome dépressif en 2019 contre plus de 20% en 2020)⁵⁶.

Les troubles anxieux ont augmenté, en particulier les phobies sociales de toutes sortes (« syndrome de la cabane ») ; les phobies scolaires, du fait de l'alternance de séquences confinement/déconfinement, ont pu être soulagées provisoirement puis aggravées.

Pour tous les enfants et encore plus pour les adolescents, les temps de confinement ont aggravé les risques d'addictions, du fait d'une consommation accrue d'écrans, de substances psychoactives ou au contraire d'un sevrage forcé faute de substances disponibles. La diffusion des « apéros zoom » chez les jeunes illustre aussi l'apparition de nouvelles conduites addictives.

Enfin, le port du masque, qui dissimule la bouche des adultes aux enfants, est considéré de façon quasi-unanime comme source de troubles du développement. Si ce constat concerne tous les enfants en crèche et en maternelle, dont les capacités d'apprentissage ont été affectées, il est d'une gravité sans commune mesure pour les enfants placés ou hébergés en établissement, continuellement entourés de professionnels masqués.

UN AMPLIFICATEUR DES INÉGALITÉS SOCIALES

La crise sanitaire a agi comme un amplificateur des inégalités sociales et frappé plus durement les familles les moins privilégiées.

Les plus vulnérables (jeunes, femmes, familles monoparentales, précaires etc.) ont été les plus frappés par le premier confinement, davantage exposés au risque de dégradation de leur situation financière, voire de basculement dans la précarité, et à une augmentation des troubles psychiques⁵⁷. Pour les enfants les moins favorisés plus encore que pour les autres, les confinements successifs ont pu se traduire par des retards dans l'apprentissage, pour de multiples raisons : manque de matériel informatique ou d'accompagnement, absence

de connexion internet, promiscuité étouffante au sein du logement.

En outre, les confinements ont entraîné la suspension d'accueil du public de nombreuses associations et services médico-sociaux⁵⁸, rallongeant ainsi les délais d'attente pour une prise en charge. Malgré la mise en place de solutions alternatives, comme la création en urgence de lignes téléphoniques ou de kits pour les parents, l'accompagnement des familles en a été affecté, avec une interruption voire une régression dans des parcours entamés parfois de longue date. Les personnes auditionnées ont en général insisté sur le caractère dramatique de ces fermetures mais, en contrepoint, plusieurs ont souligné les efforts mobilisés pour maintenir des structures ouvertes.

DES EFFETS CERTAINS À LONG TERME MAIS DONT LA TENUE EST ENCORE INCONNUE

De nombreuses études et enquêtes permettront de préciser les impacts de long terme qui, s'ils sont encore inconnus, n'en sont pas moins assurés et déjà apparents.

Pour n'en citer qu'un seul, il est observé que des phénomènes de repli vers l'intérieur du foyer s'installent : la Direction des services départementaux de l'Éducation nationale (DSDEN) du département du Rhône a par exemple enregistré pour l'année scolaire 2021-2022 un doublement des demandes d'école à la maison⁵⁹.

L'épidémie a par ailleurs entraîné le déploiement accéléré de dispositifs utiles en dehors du contexte de crise. En mai 2021 a été annoncé le déploiement du dispositif PsyEnfantAdo pour les enfants de 3 à 17 ans en souffrance psychique légère à modérée.

RECOMMANDATION N° 16

La Défenseure des droits recommande au ministre des Solidarités et de la santé de réaliser une étude pluridisciplinaire et longitudinale sur les effets à long terme de la crise sanitaire, sur la santé mentale des enfants et des adolescents.

PAROLES DES ENFANTS

“ Au début du confinement, ça a été très dur « au collège, on se faisait disputer tout le temps. Pour mettre un masque, il fallait bien retirer le précédent, et alors on pouvait être « collé » pour ça ! les profs étaient stressés, comme si nous étions plus contagieux qu'eux ». Il faudrait que les profs soient mieux formés à l'écoute. ”

“ Nous retournions au Lycée pour les contrôles, et les examens. Pour les cours et les enseignements c'était en distanciel. Pas toujours facile, beaucoup ont décrochés. En plus ce n'était déjà pas facile avec la réforme du bac, les profs ne savaient pas toujours comment nous conseiller, alors en distanciel... on avait besoin d'exprimer nos craintes car on voyait beaucoup d'étudiants qui était en distanciel pour leur 1ère année de fac. On avait peur qu'ils décrochent, redouble et que cela embolise la rentrée 2021. On avait personne à qui en parler au Lycée, pas de temps pour ça ! ”

“ Il faut faire en sorte que tous les enfants aient accès à Internet gratuitement pendant l'année scolaire, et soit équipé de tablettes. Pour les jeunes des foyers, ceux dans les hôtels, ça a été très dur de suivre les cours. ”

“ Il est nécessaire de maintenir la continuité pédagogique en imposant un quota d'heure minimum de visio par professeur, si les cours en présentiel ne sont pas possibles. Car cela dépend trop de chaque prof. ”

“ Le fait d'allumer la caméra ne devrait pas être obligatoire pendant les cours à distance (protection de la vie privée des enfants). ”

“ Il faut permettre le maintien des liens familiaux des enfants avec leurs deux parents et leurs frères et sœurs. ”

“ Il faut garder les administrations ouvertes pendant la crise sanitaire pour que les enfants puissent faire leurs papiers d'identité. ”

“ Pendant le confinement, enfants, ados, adultes, nous avons été comme en prison. Nous n'avons pas eu le droit de voir nos amis. ”

PARTIE 2

L'URGENCE À MIEUX PROTÉGER LA SANTÉ MENTALE DES ENFANTS LES PLUS FRAGILES

**“ NOTRE PAROLE EST ÉCOUTÉE EN DERNIER
QUAND TOUT LE MONDE A PARLÉ. ELLE N'EST PAS
TOUJOURS PRISE AU SÉRIEUX, ON L'ÉCARTE POUR
NOUS PROTÉGER. ”**

La santé mentale concerne bien tous les enfants, mais certains enfants particulièrement fragiles requièrent une attention et des soins spécifiques. Pour ces enfants, il y a plus que jamais urgence à agir, pour créer les conditions d'une effectivité réelle de leurs droits.

2-1- FACILITER ET AMÉLIORER LES PRISES EN CHARGE POUR LES ENFANTS SUIVIS EN PÉDOPSYCHIATRIE

La santé mentale de certains enfants exige des soins de pédopsychiatrie. Les tensions sur l'offre de tels soins, ainsi que la mauvaise prise en compte des spécificités des patients enfants, fragilisent leurs droits.

2-1-1- RENFORCER LA PÉDOPSYCHIATRIE

L'offre de soins en pédopsychiatrie doit être renforcée quantitativement mais aussi mieux répartie, afin de permettre à tous les enfants qui en ont besoin un égal accès aux soins.

LES BESOINS CROISSANTS DES PATIENTS EN SOINS DE PÉDOPSYCHIATRIE, PRÉEXISTANT À LA CRISE SANITAIRE

Les besoins des patients en soins de pédopsychiatrie ont plus que doublé en vingt ans alors même que la démographie des professionnels de la pédopsychiatrie tend à décliner⁶⁰.

Cette augmentation massive des besoins se traduit dans l'évolution du nombre de patients suivis. Si ce nombre n'est pas connu pour les patients suivis en ville, il l'est en revanche pour les établissements de santé⁶¹. Le nombre de patients suivis chaque année en psychiatrie infanto-juvénile a augmenté de plus de 60% en 20 ans, tous modes de prise en charge confondus (hospitalisation complète, hospitalisation partielle ou soins ambulatoires). Le nombre d'admissions en hospitalisation complète et partielle a plus que doublé en 15 ans. Le nombre de consultations en centre médico-psychologique, soins ambulatoires) a augmenté de 33% en 13 ans.

En 2020, en établissement de santé, 468 000 enfants de moins de 16 ans ont été suivis en ambulatoire et 45 000 hospitalisés ; 5,6 millions d'actes ont été réalisés, dont 73% en CMP. Les enfants et adolescents sont massivement suivis en ambulatoire, dans des proportions supérieures à celles des adultes, ce qui est cohérent avec la nécessité de préserver chaque fois que possible leur cadre ordinaire de vie⁶².

En outre, les profils des patients ont évolué. Dans les centres accueillant les patients en consultations, les professionnels observent par exemple une augmentation de la prévalence des troubles réactionnels et émotifs, des troubles envahissants du développement et des troubles légers. Ce constat de besoins importants et croissants préexistait au contexte récent de crise sanitaire, contexte dans lequel ils ont augmenté significativement.

DE FORTES TENSIONS SUR LES PROFESSIONNELS ET LES SERVICES DE PÉDOPSYCHIATRIE

La pénurie de pédopsychiatres est avérée et aggravée par la faible attractivité de la discipline ainsi que par leur inégale répartition géographique.

La pédopsychiatrie n'étant pas une spécialité médicale, différenciée de la psychiatrie générale, tous les psychiatres peuvent l'exercer. Il est impossible de les dénombrer exactement, mais on estime qu'il y a entre 800 et 2 500 pédopsychiatres en France⁶³; sur 15 000 psychiatres, 15 à 30% assurent des consultations pour les enfants et adolescents⁶⁴. L'effondrement démographique de la profession est manifeste : le nombre de médecins déclarant posséder un savoir-faire en pédopsychiatrie recule rapidement (de 7% de 2012 à 2015) et l'âge moyen des pédopsychiatres est très élevé (62 ans en 2015).

La discipline souffre d'un manque certain d'attractivité et de visibilité. Le défaut d'attractivité est général pour toute la psychiatrie, qui ressort chaque année dans le dernier quart du classement des spécialités à l'internat de médecine. Au sein de la psychiatrie, la pédopsychiatrie souffre d'un défaut de visibilité sur le plan universitaire : en 2017, 9 universités de médecine (sur 31) n'avaient par exemple pas de professeur des universités-praticien hospitalier (PU-PH) en pédopsychiatrie. Ce défaut de visibilité limite les orientations d'étudiants vers cette « sur-spécialité » qui peut être choisie comme option par les internes en psychiatrie. Par ailleurs, la carence en universitaires de pédopsychiatrie dont une des missions principales est de former de futurs

pédopsychiatres, diminue la possibilité de former des pédopsychiatres pour les nouvelles générations. Nous sommes là dans un cercle vicieux qui s'auto-entretient. Il y a actuellement 40 universitaires de pédopsychiatrie pour toute la France, ce qui nous place parmi les pays européens les moins pourvus.

Les pédopsychiatres sont par ailleurs très inégalement répartis sur le territoire et cette situation est aggravée par le fait que c'est aussi le cas des autres professionnels intervenant auprès des mêmes patients. En ville, plus d'une dizaine de départements sont totalement dépourvus de pédopsychiatres libéraux et au global leur densité est plus faible que celle de l'ensemble des psychiatres libéraux⁶⁵. En établissement de santé, la densité de personnels varie selon les départements dans un rapport de 1 à 9 pour les pédopsychiatres et de 1 à 16 pour les autres personnels soignants et socio-éducatifs (infirmiers, éducateurs, etc.)⁶⁶.

Du fait du nombre insuffisant de professionnels, des situations de surmédicalisation sont parfois évoqués par les acteurs. Selon le Haut Conseil de la santé publique (HCSP)⁶⁷, la surconsommation des anxiolytiques est présente chez les enfants dont la consommation est la plus élevée⁶⁸. Depuis quelques années le débat est relancé sur cette question. La prescription de médicaments, légitime dans certaines situations, ne doit pas servir à pallier l'absence de personnels dans un service ou être entendue comme une réponse immédiate par défaut.

L'offre hospitalière de soins en pédopsychiatrie s'est sensiblement développée depuis quelques dizaines d'années mais elle est négalement répartie sur le territoire.

L'augmentation des capacités d'hospitalisation a été très importante, surtout pour l'hospitalisation à temps partiel qui représente 75% des capacités aujourd'hui. Le nombre de lits en hospitalisation à temps complet en psychiatrie infanto-juvénile a augmenté de 10% en 15 ans (3 000 lits aujourd'hui). Le nombre de places en hôpital de jour (hospitalisation à temps partiel) a augmenté de près de 80% en 30 ans (9 500 places

aujourd'hui)⁶⁹. On compte en outre 1372 CMP.

L'ensemble de l'offre, en hospitalisation ou en ambulatoire, est répartie de façon hétérogène, avec des densités bien plus élevées (nombre de lits et places rapportés à la population) dans les territoires urbains. Le maillage des lits d'hospitalisation à temps complet pose particulièrement problème : plus d'une dizaine de départements n'ont aucune capacité d'hospitalisation à temps plein en pédopsychiatrie (alors que dans le même temps certains départements dépassent les 100 lits pour 100 000 habitants). En conséquence, de nombreuses zones se trouvent à plus de 60 minutes d'une unité d'hospitalisation à temps plein, générant pour les familles de très lourds trajets quotidiens pour rendre visite à leur enfant pendant la durée de son hospitalisation⁷⁰.

La Défenseure des droits est régulièrement saisie de situations d'enfants maintenus en secteur hospitalier en l'absence de prise en charge par un établissement adapté faute de place (Institut médico-éducatif [IME] par exemple) au regard de l'importance des troubles psychiques ou du handicap. Beaucoup de ces saisines concernent des enfants confiés aux services de la protection de l'enfance, en raison parfois de l'impossibilité pour leurs parents de les prendre en charge.

La Défenseure des droits a été saisie de la situation d'un enfant de 11 ans, hébergé depuis quatre ans au sein d'une unité d'hospitalisation psychiatrique, à défaut de place en institut médico-éducatif, également confié à un service de protection de l'enfance, incapable de le prendre en charge de manière adaptée. La Défenseure des droits a aussi été saisie, par le centre hospitalier, pour un enfant autiste maintenu en secteur de pédopsychiatrie en l'absence de solution d'hébergement, aucun de ses parents n'étant en capacité de l'accueillir au domicile depuis 2 ans. Un IME proposait de le prendre en charge le jour mais sans solution d'hébergement. L'ASE estimait que l'enfant ne relevait pas de leur dispositif de protection de l'enfance. Finalement, une solution alliant sanitaire et médico-sociale a été construite : l'enfant a été accueilli en IME, en temps plein, et un hébergement en foyer d'accueil

médicalisé (à titre dérogatoire autorisé par l'ARS) a été validé. Des séjours de répit dans un autre IME et un soutien du centre hospitalier ont également été mis en place, si nécessaire.

L'hôpital ne doit pas pallier les défaillances des institutions. Il faut donc développer encore l'offre médico-sociale afin que les enfants ayant des difficultés psychiques ou un handicap particulièrement lourd puissent être pris en charge correctement. En effet, au-delà de saturer les services d'hospitalisation en pédopsychiatrie, ces situations ont pour conséquence une prise en charge très largement inadaptée de ces enfants qui, nécessairement, porte atteinte à leurs droits les plus fondamentaux comme le droit à l'éducation ou à jouir du meilleur état de santé possible. Si les MDPH tentent de trouver des solutions temporaires en l'absence de place dans un dispositif adapté (Plan global d'accompagnement, recours aux pôles de compétence des prestations externalisées), cela reste très largement insuffisant.

Les besoins croissants des patients et les tensions sur l'offre de soins aboutissent à retarder ou à priver d'accès aux soins une partie des patients. En effet, les délais d'attente sont excessifs pour accéder aux structures hospitalières publiques et peuvent être à l'origine d'inégalités d'ordre économique, qui viennent s'ajouter aux inégalités géographiques liées à la répartition hétérogène des services de soins déjà évoquée.

PAROLES DES ENFANTS

“ Au sein du service de placement éducatif, il n'y a pas d'accompagnement adapté aux jeunes qui ont des troubles graves ; l'inclusion a ses limites. L'éducateur peut être accaparé par la problématique de certains jeunes et moins disponible pour les autres. Il faut un accompagnement sur mesure, avec plus de moyens ; imaginer des dispositifs d'accueil en s'inspirant des ULIS. ”

FOCUS

OUTRE-MER : UNE SITUATION PARTICULIÈREMENT TENDUE

La situation des Outre-mer est particulièrement tendue, avec des degrés variés et des particularités de chaque territoire mais néanmoins quelques caractéristiques communes.

Les besoins de la population sont très importants, au moins autant qu'en métropole, mais avec des spécificités. A Mayotte, les spécificités du territoire font que la population est majoritairement composée d'enfants. Pourtant, il y a très peu de professionnels médicaux de l'enfance et peu de structures de soins qui leur est consacré. Nombre d'enfants sont issus de familles étrangères qui n'ont pas toujours régularisé leur situation administrative. Ces enfants sont élevés dans la peur de l'expulsion et dans l'acceptation du non-respect de leurs droits les plus fondamentaux (droit à l'éducation, droit à la santé, droit aux loisirs, etc.). Si la prévalence des troubles alimentaires et des tentatives de suicide est faible par rapport à la métropole, on y observe en revanche beaucoup plus de comportements violents et de comportements à risque sexuellement. Ces mêmes comportements sont constatés en Guyane mais avec, à l'inverse, un phénomène local très inquiétant de suicides des jeunes amérindiens. Une étude rétrospective de 2007 à 2018 publiée par Santé publique France (SPF) en décembre 2020 relève des taux de suicide alarmants chez les jeunes et dans les villages isolés de Guyane française, « jusqu'à 8 fois plus élevés » qu'en France métropolitaine.

Dans les Outre-Mer, l'offre de soins en santé mentale au sens large est presque systématiquement en-dessous, voire très en-dessous, de la moyenne nationale.

En ville, le nombre de psychologues libéraux est de moins de la moitié de la moyenne nationale, en Martinique, en Guyane et à la Réunion ; c'est aussi le cas pour les psychiatres libéraux en Guadeloupe, en Martinique et en Guyane. A l'hôpital, les difficultés sont les mêmes, avec le nombre de lits d'hospitalisation complète qui est aussi de moins de la moitié de la moyenne nationale en Guadeloupe et en Martinique.

Comme en métropole, les inégalités sont fortes, inégalités socio-économiques avec des populations très précaires dont la situation s'est aggravée avec la crise sanitaire, et géographiques avec notamment le cas de l'ouest guyanais en plus grandes difficultés sociales et économiques et moins bien doté en offre de soins en santé mentale que l'est du territoire. C'est pourquoi le Haut conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA) a décidé en 2020 d'engager un travail sur les DROM. L'objectif est de faire un point actualisé sur ce que sont les réalités de la famille dans les DROM (en incluant les différences entre DROM), sur les spécificités de la politique familiale dans ces territoires (prestations et services, notamment en direction des jeunes enfants), et sur les évolutions qui pourraient être souhaitables en essayant de rester sur la crête du délicat équilibre entre adaptation aux contextes locaux et égalité des droits des citoyens (notamment entre Métropole et Outre-mer). »



CONFORTER LA PÉDOPSYCHIATRIE AU PLAN UNIVERSITAIRE, RENFORCER ET STRUCTURER L'OFFRE DE SOINS

Pour renouveler les effectifs de pédopsychiatres, la discipline doit être confortée au plan universitaire.

Si la pédopsychiatrie peut aujourd'hui être exercée par tous les psychiatres, elle n'en requiert pas moins un haut niveau de spécialisation, avec des praticiens spécialement formés, y compris pendant leur parcours universitaire, aux spécificités de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Dans cette optique, la *Feuille de route santé mentale et psychiatrie* prévoit « d'avoir à terme un poste de professeur des universités-praticien hospitalier (PU-PH) de pédopsychiatrie par faculté de médecine » et de « créer 10 postes de chefs de clinique de pédopsychiatrie »⁷¹. La Défenseure des droits invite le ministre des Solidarités et de la santé à prendre toutes les mesures nécessaires pour rendre ces actions effectives au plus vite.

La psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (ou pédopsychiatrie) est une option accessible aux internes de médecine en psychiatrie (formation complémentaire de 1 an). Le nombre de places disponibles dans chaque région est fixé annuellement ; il augmente depuis plusieurs années⁷². La Défenseure des droits, qui s'interroge notamment sur la pérennité de ces postes et sur le nombre suffisant de ces derniers, invite le ministre des Solidarités et de la santé à poursuivre cette trajectoire.

De nouveaux dispositifs de soins doivent être créés pour répondre aux situations d'urgence et pour améliorer les parcours.

L'absence de dispositifs d'urgence spécifiques à la pédopsychiatrie est gravement préjudiciable à la bonne prise en charge des enfants concernés. En cas de crise, ils sont admis dans d'autres services médicaux d'urgence (en psychiatrie générale ou en pédiatrie). Pour les situations urgentes mais requérant *a priori* un degré de médicalisation moindre, des consultations sans rendez-vous existent dans les maisons des adolescents. Toutefois, ces dispositifs ne permettent pas toujours une prise en charge adaptée à toutes les situations individuelles.

Pour pallier ces difficultés, la Défenseure des droits considère qu'il est nécessaire d'assurer de manière systématique la présence d'un pédopsychiatre dans les services d'urgence pédiatrique.

En complément, de manière plus exploratoire, le développement de dispositifs spécifiques d'urgences pédopsychiatriques constitue une piste intéressante : ces dispositifs permettraient d'apporter rapidement une réponse adaptée et proportionnée à chaque situation, depuis l'intervention au domicile, à la consultation en structure, voire à l'hospitalisation dans les cas les plus critiques.

RECOMMANDATION N°17

La Défenseure des droits recommande au ministre des Solidarités et de la santé de développer la prise en charge des urgences pédopsychiatriques, en assurant la présence systématique d'un pédopsychiatre dans les services d'urgence pédiatriques et en développant des dispositifs d'urgences pédopsychiatriques permettant d'apporter rapidement une réponse adaptée et proportionnée à la situation (depuis l'intervention au domicile, à la consultation en structure, voire à l'hospitalisation dans les cas les plus critiques).

Le développement d'unités transversales rassemblant divers modes de prise en charge permettrait également d'améliorer la fluidité des parcours des patients. Il existe aujourd'hui dans certaines hôpitaux des unités regroupant équipes mobiles (pour des consultations à domicile), CMP (pour des consultations à l'hôpital), hospitalisation à temps partiel (en hôpital de jour) et hospitalisation complète (pour quelques jours)⁷³.

Le développement de ce type d'unité, qui pourrait être complété par des dispositifs « d'aller-vers » pour les enfants en grande difficulté et éloignés du système de soins, améliorerait la fluidité des parcours et réduirait les inégalités dans l'accès aux soins.

RECOMMANDATION N°18

La Défenseure des droits recommande au ministre des Solidarités et de la santé de soutenir le développement d'unités thérapeutiques transversales, rassemblant dispositifs d'aller-vers, offre de soins ambulatoire et en hospitalisation, afin d'éviter les ruptures dans les parcours de soins et de lutter contre les inégalités dans l'accès aux soins.

Au-delà de la création de nouveaux dispositifs, pour favoriser l'accès de tous aux soins de pédopsychiatrie, et réduire les risques de perte de chance et de renoncement aux soins, l'offre de soins doit s'étoffer.

A l'instar du nombre de pédopsychiatres formés chaque année, le nombre de lits et places en pédopsychiatrie doit continuer d'augmenter. Disposer de plus de capacités globales de prise en charge, mieux réparties sur le territoire, avec plus de consultations et de moyens pluridisciplinaires, est une condition *sine qua non* pour réduire les délais d'attente en CMP, les temps de trajet pour les familles dont les enfants sont hospitalisés, les phénomènes de renoncement aux soins et pour permettre globalement l'accès aux soins à tous les enfants qui en ont besoin.

La Défenseure des droits appelle à une densification de l'offre de soins de pédopsychiatrie, en particulier dans les zones les moins bien dotées : à cet égard, il est nécessaire de créer des capacités d'hospitalisation à temps complet dans la dizaine de départements qui en sont dépourvus. A titre d'exemple, le baromètre santé mentale en Outre-mer conduit par Santé publique France⁷⁴ présente un état des lieux de la santé mentale des populations d'Outre-mer. Il montre notamment que la prise en charge de la santé mentale repose presque exclusivement sur une offre portée par les hôpitaux publics. En hospitalisation complète de psychiatrie, le nombre de séjours rapporté à la population en Guadeloupe et en Martinique est nettement inférieur à celui de la métropole, alors que leurs capacités d'accueil sont proches.

RECOMMANDATION N° 19

La Défenseure des droits recommande au ministre des Solidarités et de la santé de poursuivre la densification de l'offre de soins hospitalière en pédopsychiatrie, en poursuivant la trajectoire à la hausse du nombre de lits et places en pédopsychiatrie, en réduisant les inégalités territoriales dans le maillage de l'offre de soins, en développant les équipes mobiles. Une attention particulière devrait être portée à la situation dans les Outre-Mer.

PROSCRIRE DE TOUTE URGENCE L'HOSPITALISATION DES MINEURS EN SERVICES POUR ADULTES

En raison des tensions sur les services d'hospitalisation en pédopsychiatrie, ou de l'absence d'offre sur certains territoires, certains enfants se retrouvent hospitalisés en service de psychiatrie générale. Le fait que le droit français autorise l'hospitalisation de mineurs en service de psychiatrie générale est en contradiction avec les principes énoncés par les textes internationaux et notamment la CIDE et la Convention internationale des droits des personnes handicapées (CIDPH).

Elle consacre la notion d'intérêt supérieur de l'enfant, le droit à être protégé contre toute forme de danger de même que le droit de jouir du meilleur état de santé possible⁷⁵. Or, le droit français maintient la possibilité de prendre en charge des mineurs de 16 et 17 ans dans des services de psychiatrie pour adultes (« psychiatrie générale ») : les secteurs psychiatriques « sont appelés secteurs de psychiatrie générale lorsqu'ils répondent principalement aux besoins de santé mentale d'une population âgée de plus de seize ans »⁷⁶. Le terme *principalement* autorise une certaine souplesse, ainsi que précisé par circulaire : « l'offre de soins psychiatriques doit pouvoir utiliser cette souplesse offerte par les textes, afin d'organiser au mieux la réponse aux besoins de santé mentale des adolescents »⁷⁷.

A titre d'exemple, la Défenseure des droits a été saisie de la situation d'un jeune garçon de 14 ans confiné dans une chambre d'isolement en secteur psychiatrique pour adulte depuis plus de 6 mois au moment de la saisine.

Le service pédopsychiatrique avait fait valoir la menace de l'exercice de son droit de retrait au vu de la violence des comportements de l'enfant, ce qui avait justifié son hospitalisation en secteur adulte. Finalement, une réponse multi partenariale s'est construite pour permettre l'accueil de l'enfant (Pôle de Compétences et de Prestations Externalisées, hôpital de jour, ASE).

Cette souplesse permet d'opter pour la prise en charge la mieux adaptée, mais dans les faits les orientations de mineurs en service pour adultes sont le plus souvent guidées par le manque de lits en pédopsychiatrie. Ces orientations indues exposent les mineurs à une mauvaise prise en charge, les équipes de psychiatrie générale n'étant pas systématiquement formées à la pédopsychiatrie. Surtout, elles constituent des menaces pour leur sécurité, avec des risques d'agression verbale ou physique inhérents à la présence de patients majeurs. A cet égard, l'attention de la Défenseure des droits a été appelée à plusieurs reprises sur le cas de mineurs admis en service de psychiatrie pour adultes et ayant subi des agressions sexuelles⁷⁸.

La Défenseure des droits a été saisie de la situation d'une jeune fille mineure, hospitalisée en secteur psychiatrique pour adultes, victime d'une agression sexuelle⁷⁹. A l'issue de son instruction, l'institution a formulé plusieurs recommandations dont une visant à mettre en place la remontée d'informations systématiques sur toute hospitalisation d'un enfant en service de psychiatrie pour adultes, notamment celle des enfants âgés de moins de 16 ans ou encore de sensibiliser les établissements de santé au respect des droits de l'enfant lors de l'organisation de la prise en charge des enfants au sein d'un service de psychiatrie pour adultes, notamment leur protection contre toute forme de violence.

Dans son rapport de 2020, le Contrôleur général des lieux de privation de libertés (CGLPL) précise que « les enfants et adolescents ne doivent pas être hospitalisés avec des adultes. Dans tous les cas, leur suivi doit s'exercer sous le contrôle étroit d'un médecin et d'une équipe formés spécifiquement à la pédiatrie et à la pédopsychiatrie »⁸⁰. La Défenseure des droits est également fermement opposée à l'hospitalisation des enfants et adolescents avec les adultes.

PAROLES DES ENFANTS

“ Nous souhaitons une adaptation de la prise en charge des mineurs. Il faut qu’ils soient traités moins durement et avec plus d’humanité. ”

“ Un coup de tonnerre dans un ciel serein
Calme, dur c’était ma vie.
Humilié, torturé, c’était ce moment.
Ce moment où tel un Phoenix tu renaiss de tes cendres,
Comme l’a dit Friedrich Nietzsche :
Ce qui ne me tue pas me rend plus fort.
Forte plutôt. ”

RECOMMANDATION N°20

La Défenseure des droits recommande au garde des Sceaux, ministre de la Justice et au ministre des Solidarités et de la santé de proposer l’inclusion dans la loi de l’interdiction d’accueil d’un mineur en unité psychiatrique pour adultes.

2-1-2- CHANGER LES PRATIQUES, POUR GARANTIR AUX ENFANTS L’EFFECTIVITÉ DE LEURS DROITS, EN TANT QUE PATIENTS ET EN TANT QU’ENFANTS

Les enfants jouissent des mêmes droits que les patients adultes et également de droits spécifiques en considération de leur âge. Les pratiques doivent évoluer afin de garantir l’effectivité de ces droits. Si ces considérations concernent tous les champs de la santé, elles ont une acuité particulière s’agissant des enfants suivis en pédopsychiatrie.

INFORMER LES FAMILLES ET LES PATIENTS, RECHERCHER LE CONSENTEMENT DES PATIENTS MÊME MINEURS

Droits fondamentaux des patients, l’information et le consentement aux soins prennent une forme particulière pour les patients mineurs car l’exercice de ces droits appartient d’abord aux titulaires de l’autorité parentale. Bien que le mineur ne doive pas en être totalement exclu, ce dernier semble

relégué au second plan et sa place pour ce qui relève de son droit de la santé est ainsi limitée.

Concernant le droit à l’information, le Code de la santé publique (CSP) prévoit que « *toute personne a le droit d’être informée sur son état de santé* » (investigations, traitements, actions de prévention, urgence éventuelle, risques...) et précise que « *cette information incombe à tout professionnel de santé* »⁸¹. Concernant le consentement, le CSP prévoit que « *toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte-tenu des informations et des préconisations qu’il lui fournit, les décisions concernant sa santé* » et qu’« *aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment* »⁸².

Les dispositions qui régissent l’accueil d’un patient mineur en établissement de santé forment un corpus très hétérogène, réparti entre le Code civil et le CSP. Comme le souligne le CGPLPL dans ses rapports⁸³, l’autonomie du mineur dans le cadre hospitalier est réduite par rapport au Code civil. Les cas d’admission d’un mineur dans un établissement de santé ne sont définis que par voie réglementaire à l’article R. 1112-34 du CSP. Le droit de la santé autorise ainsi l’admission en établissement de santé de l’enfant à la condition simple de la demande d’un seul des deux parents. La demande d’hospitalisation peut provenir d’une autre personne que le titulaire de l’autorité parentale pour les mineurs qui bénéficient d’une mesure d’assistance éducative.

S’agissant de patients mineurs, si ces droits sont en premier lieu ceux des titulaires de l’autorité parentale, leur information et leur participation à la décision médicale doivent être recherchées, mais dans un second temps : « *Les intéressés ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant, d’une manière adaptée soit à leur degré de maturité s’agissant des mineurs, soit à leurs facultés de discernement s’agissant des majeurs sous tutelle* »⁸⁴. » En outre, « *le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s’il est apte*

à exprimer sa volonté et à participer à la décision »⁸⁵. Les articles L.1111-5 et suivants du code de la santé publique prévoient la possibilité pour le mineur de prendre seul des décisions concernant sa santé, en s'opposant éventuellement à toute information des titulaires de l'autorité parentale.

Ainsi, dans les faits les professionnels de santé, doivent rechercher le plus possible le consentement aux soins du patient mineur, notamment pour en renforcer l'efficacité.

Comme l'a mis en évidence le précédent rapport annuel du Défenseur des droits consacré au droit des enfants à être entendu, en général seul le consentement des titulaires de l'autorité parentale est recueilli, les professionnels de santé considérant qu'ils n'ont pas obligation de consulter les enfants⁸⁶.

Le guide de la Fédération hospitalière de France (FHF) sur l'accueil des enfants hospitalisés, réalisé avec la participation du Défenseur des droits⁸⁷ préconise de systématiser des entretiens d'accueil « enfants, parents et soignants » en s'assurant de la bonne compréhension des soins réalisés et des informations reçues depuis l'arrivée dans le service.

Dans ce contexte, la Défenseure des droits appelle l'attention des professionnels de santé sur la nécessité d'informer les familles et les patients mineurs, ainsi que de toujours rechercher le consentement du patient même mineur. Cette recherche de consentement et de participation active aux soins est aussi une condition pour des soins efficaces, dont le patient est acteur.

GARANTIR LA PRÉSENCE PARENTALE POUR LES ENFANTS HOSPITALISÉS

Le processus de soins vient percuter le quotidien des patients et de leur famille, en particulier les hospitalisations qui provoquent une séparation qui, même si elle est parfois nécessaire, peut être vécue brutalement. Afin d'atténuer cette rupture et de préparer la famille au rôle qui doit être le sien en dehors du temps avec l'équipe soignante, la présence parentale lors de l'hospitalisation ou

de la réalisation des protocoles de soins est encouragée⁸⁸.

Toutefois, la mise en œuvre de ce principe est disparate selon les établissements et les équipes soignantes : la plupart affirment le souci de respecter cette place, mais celle-ci n'est pas vraiment définie, de même que son étendue ou la manière dont elle est soutenue⁸⁹.

Ainsi que le Défenseur des droits a déjà eu l'occasion de le recommander, il est nécessaire de garantir la présence parentale (ou des représentants légaux) lors de l'hospitalisation et de la réalisation des soins. A cette fin, il apparaît opportun de consacrer par la loi un droit à la présence parentale dans le cadre du Code de la santé publique, en vue d'organiser un véritable accueil des parents ou des représentants légaux au sein des hôpitaux⁹⁰.

Le récent rapport de l'IGAS réitère d'ailleurs cette recommandation. Toutefois, dans le champ de la santé mentale, des précautions particulières seront à prendre s'agissant de la présence parentale dans le suivi thérapeutique proposé par le professionnel. En effet, dans certaines situations une rupture avec l'environnement proche du mineur peut être proposé.

RECOMMANDATION N°21

La Défenseure des droits réitère sa recommandation au ministre des Solidarités et de la santé de consacrer par la loi un droit à la présence parentale dans le cadre du Code de la santé publique en vue d'organiser un véritable accueil des parents et/ou des représentants légaux au sein des hôpitaux.

Ce principe devra tenir compte des besoins spécifiques des adolescents. C'est pourquoi, il conviendrait de recueillir le consentement de l'enfant selon son degré de discernement afin de s'assurer de son adhésion à la présence parentale.

GARANTIR LE DROIT À L'ÉDUCATION POUR LES ENFANTS HOSPITALISÉS

Le droit fondamental à l'éducation doit être renforcé pour les enfants hospitalisés, ce qui implique de renforcer le travail partenarial au niveau local entre le secteur sanitaire et éducatif.

Le droit à l'éducation est un droit fondamental de l'enfant consacré notamment par la CIDE⁹¹. Il s'applique aux enfants hospitalisés : « *dans la mesure où leurs conditions d'hospitalisation le permettent, les enfants en âge scolaire ont droit à un suivi scolaire adapté au sein des établissements de santé* »⁹². Toutefois, ce droit est mis en œuvre différemment selon les types de service (unité type soins-études, unité de long séjour pour enfants déficients, etc.) et selon les moyens des différentes unités, la présence ou non d'un enseignant à temps plein jouant du reste un rôle déterminant⁹³.

La Défenseure des droits rappelle que chaque enfant, y compris les enfants hospitalisés en psychiatrie, doit pouvoir continuer sa scolarité correctement. Elle recommande qu'un projet scolaire soit élaboré pour chaque enfant hospitalisé. Les établissements de santé qui reçoivent des enfants doivent être dotés de moyens suffisants pour dispenser cette scolarité et le monde hospitalier et éducatif doivent collaborer étroitement, dans le cadre de partenariats locaux à renforcer.

PAROLES DES ENFANTS

“ Il est inadmissible que des enfants qui sont dans des centres pour des soins psychiatriques ou psychologiques, n'aient pas accès à l'instruction et aux loisirs comme les autres ! ”

En outre, la Défenseure des droits souhaite insister sur le retour en classe des enfants ayant été hospitalisés pour phobie scolaire ou dépression liée à des troubles anxieux en lien avec l'école. Après leur hospitalisation, ces enfants doivent faire l'objet d'un accompagnement soutenu de l'institution scolaire, y compris par l'établissement scolaire mais également l'académie.

La Défenseure des droits a été saisie de la situation d'une jeune fille hospitalisée suite à des troubles anxieux liée à la matière mathématiques. Lors de son retour en classe de première, un projet d'accueil individualisé (PAI) a été rédigé afin de la soulager de cette matière et lui permettre de réinvestir les apprentissages sereinement. A la fin de l'année, les parents ont demandé aux services académiques que leur fille soit exemptée de cette matière, ce que l'établissement scolaire avait proposé. L'académie a refusé au motif que, s'agissant d'une spécialité, aucune dérogation n'était possible. Cette situation démontre que le manque de coordination des acteurs (établissement scolaire/ académie/parents) peut être un frein à l'accompagnement efficace de l'enfant dans le retour en classe.

Il est nécessaire que tous les acteurs participent à l'élaboration du PAI notamment pour les cas les plus lourds comme la phobie scolaire. La Défenseure des droits relève que la circulaire du 10 février 2021 sur le PAI, qui prend en considération cette dimension psychique, propose un protocole d'élaboration davantage sécurisé. Cela étant, elle rappelle que les conséquences du PAI doivent également être évoquées avec l'enfant et les parents, notamment s'agissant d'un allègement d'une matière.

RECOMMANDATION N°22

La Défenseure des droits recommande au ministre de l'Éducation nationale, de la Jeunesse et des sports et au ministre des Solidarités et de la santé de renforcer les relations partenariales entre santé et éducation afin de garantir le respect des droits fondamentaux des enfants hospitalisés en raison de troubles de la santé mentale et de d'assurer une continuité pédagogique pour chaque enfant hospitalisé.

2.2· FAVORISER UNE CULTURE DE LA

BIENVEILLANCE DANS LES MODALITÉS

D'ACCOMPAGNEMENTS DES ENFANTS ET DES

JEUNES PARTICULIÈREMENT VULNÉRABLES

L'inaction ou l'action inappropriée de l'administration risque d'aggraver l'état de santé mentale d'enfants envers lesquels elle a une responsabilité particulière. Des évolutions sont urgentes pour garantir des prises en charge adaptées.

2.2.1· ENFANTS VICTIMES : FAVORISER DES PRATIQUES

DE RECUEIL DES PLAINTES CONFORMES À L'INTÉRÊT SUPÉRIEUR DE L'ENFANT

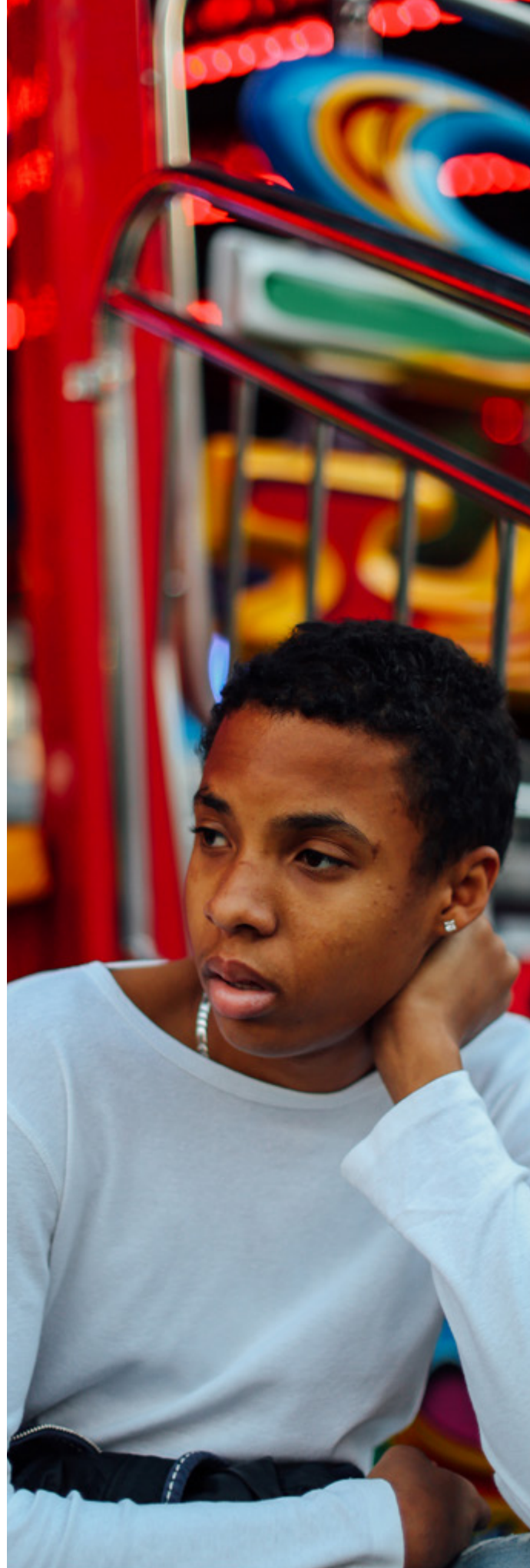
Tout enfant impliqué dans une procédure pénale, qu'il soit auteur ou victime, doit faire l'objet d'une attention particulière.

S'agissant de l'enfant victime, celui-ci présente une double vulnérabilité liée à sa jeunesse et à l'attaque subie. Son audition, notamment dans le cadre d'une procédure pénale mais également disciplinaire, est, par son formalisme et son caractère solennel, une démarche lourde. Elle peut être source de nouvelles souffrances psychiques.

Aussi, la prise en considération de la vulnérabilité du mineur victime constitue une exigence juridique.

De manière générale, l'article 3 de la CIDE rappelle que l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale dans les décisions concernant les enfants. Cette disposition s'applique aux décisions prises lors des enquêtes pénales. En droit interne, certaines dispositions particulières existent, liées à au statut de mineur. Il en est ainsi par exemple de l'obligation d'enregistrement audiovisuel de leurs auditions.

D'autres viennent spécifiquement protéger le mineur victime, telles que la possibilité de se voir désigner un administrateur ad hoc, la possibilité d'être accompagné pendant l'audition et les confrontations par son représentant légal ou toute personne majeure de son choix, ou encore la possibilité qu'un



psychologue ou qu'un médecin spécialiste de l'enfance y soit présent⁹⁴.

De nombreux outils ont par ailleurs été pensés et réalisés pour aider les professionnels qui ont la charge de l'audition de l'enfant victime. Il en est ainsi du protocole du National Institute of Child Health and Human Development (NICHD)⁹, utilisé en cas de violences notamment sexuelles. La délivrance de cette formation à tout agent spécialisé amené à procéder régulièrement à l'audition d'un mineur victime de tels faits devrait être systématique.

Des unités médico-judiciaires pédiatriques ont par ailleurs été créées et leur développement, en cours, ne peut qu'être encouragé. Elles permettent aux différents professionnels (magistrats, pédiatres, gendarmes et policiers, pédopsychiatres et psychologues, médecins légistes, services sociaux et associations de protection de l'enfance et d'aide aux victimes) d'échanger, et au mineur victime de bénéficier d'une attention globale sur tous ses besoins et les soins nécessaires dans les meilleurs délais et, si possible, dans un lieu unique. De même, des salles de confrontations protégées ont été créées.

D'autres initiatives ont pu être relevées. Ainsi le projet Calliopé de l'association Alexis Danan qui prévoit notamment un accompagnement des mineurs victime pour vivre de manière plus apaisée la procédure pénale.

Certaines réclamations reçues par le Défenseur des droits illustrent toutefois que la protection des mineurs victimes dans le cadre de la procédure pénale à laquelle ils sont confrontés, est parfois insuffisante voir défailante. Les dispositions légales ne sont pas toujours respectées ou les modalités de l'audition ne sont pas satisfaisantes. Par exemple, les enregistrements de l'audition du mineur victime de viol ou d'agression sexuelle réalisés conformément à l'article 706-52 du Code de procédure pénale ne sont que trop rarement visionnés par les professionnels, qui préfèrent réentendre l'enfant.

La Défenseure des droits a pleinement conscience de l'engagement des professionnels de terrain, de la complexité de leur mission au quotidien ainsi que des

impératifs de recherche de la vérité qui s'imposent à eux. La Défenseure des droits constate toutefois combien les modalités d'audition impactent durablement le mineur victime.

Le Défenseur des droits a été saisi d'une réclamation relative à l'attitude oppressante et culpabilisante qu'aurait eue l'enquêteur d'une brigade spécialisée de protection de la famille durant les auditions d'une mineure victime de viol, âgée de 10 puis 11 ans. Outre la longueur de l'enquête (absence totale d'acte pendant plus d'un an), il a notamment relevé dans sa décision du 24 juillet 2019⁹⁵ que la victime n'avait pas été avisée de sa possibilité d'être accompagnée durant son audition, mais également durant la confrontation, alors même que l'auteur était, lui, accompagné par un avocat. Il a souligné que le ton de l'enquêteur et l'insistance sur certaines questions souvent fermées ont également été de nature à créer un climat maltraitant à l'égard de la jeune victime. Enfin, le Défenseur des droits a relevé l'absence de toute prise en compte dans cette situation de l'intérêt supérieur de l'enfant dans la décision même de réaliser une confrontation de la victime avec l'auteur, sans information du parquet. Le Défenseur des droits a, recommandé que soit amendé l'article 706-52 du Code de procédure pénale afin qu'il prévoit expressément l'obligation de filmer la victime mineure lors d'une confrontation, et que soient modifiés les procès-verbaux d'entretien des victimes mineures, en intégrant une rubrique dédiée à l'information donnée à l'enfant et à son représentant légal, sur son droit à demander d'être assisté et aux motifs ayant éventuellement conduit à refuser cet accompagnement. Il a plus généralement rappelé l'impérieuse nécessité de garantir un climat de bienveillance lors des auditions des victimes et de doter de moyens humains et matériels (notamment des salles d'auditions dédiées) les acteurs judiciaires à cette fin.

Les préoccupations relevées par le Défenseur des droits dans sa décision du 24 juillet 2019 demeurent d'actualité. Les enquêtes pénales impliquant des mineurs victimes doivent se dérouler dans des conditions permettant de ne pas porter de nouvelles atteintes à leur santé mentale.

La Défenseure des droits souligne que cet impératif concerne tous les mineurs victimes, à plus forte raison lorsqu'ils ont été victimes d'agressions dont la gravité est susceptible d'entraîner des troubles psychologiques sévères, notamment les agressions de nature sexuelle.

RECOMMANDATION N°23

La Défenseure des droits recommande au ministre de l'Intérieur de renforcer la formation initiale de l'ensemble des agents aux spécificités de l'audition du mineur victime et de systématiser la formation au protocole NICHHD des agents appartenant aux brigades de protection des familles (police et gendarmerie).

La Défenseure des droits recommande de nouveau au Garde des Sceaux, ministre de l'Intérieur et au ministre de la Justice d'étendre à toutes les brigades de protection des familles (police et gendarmerie) le dispositif des salles d'audition dédiées, mieux adaptées à l'intérêt de l'enfant et au travail de l'enquêteur.

2-2-2- ENFANTS CONFIÉS À L'AIDE SOCIALE À L'ENFANCE : PROCÉDER À DES ADAPTATIONS URGENTES, POUR REMÉDIER AUX GRAVES LACUNES ACTUELLES

La santé mentale des enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance, et la façon dont les institutions qui en ont la responsabilité la protègent, est un sujet de préoccupation majeure pour la Défenseure des droits.

INSTAURER UNE PRISE EN CHARGE PLURIDISCIPLINAIRE, ENTRE SOCIAL ET SANITAIRE, POUR TOUS LES ENFANTS CONFIÉS À L'ASE

Les études épidémiologiques internationales comme nationales montrent une prévalence des troubles psychiques chez les enfants confiés pour 50% d'entre eux, soit 5 fois plus qu'en population générale. Ils sont même 8 fois plus nombreux qu'en population générale si l'on prend en compte le nombre d'enfants placés reconnus en situation

de handicap, notamment ceux concernés par des pathologies d'ordre mental et comportemental⁹⁶. Ainsi, la prise en charge de la santé mentale des enfants confiés doit constituer un enjeu majeur pour l'ensemble des acteurs de la protection de l'enfance (magistrats, éducateurs, cadres dirigeants, professionnels médicaux) et être au cœur des politiques publiques, comme l'a rappelé encore récemment la CNAPE dans son rapport « *Pour une approche globale de l'enfant- la nécessaire coordination du soin et de la protection* »⁹⁷.

Le Défenseur des droits relève que, de manière générale, la santé est insuffisamment prise en compte dans les parcours des enfants confiés à l'ASE que ce soit lors de l'évaluation de leur situation, lorsqu'ils sont confiés à l'ASE ou pendant leur prise en charge.

DÉCISION

Dans une décision du 24 juillet 2017⁹⁸, le Défenseur des droits a formulé une vingtaine de recommandations sur la santé des enfants confiés en protection de l'enfance. Notamment, au stade de l'évaluation de la situation de mineurs éventuellement en danger, le Défenseur des droits a recommandé d'organiser la pluridisciplinarité de la Cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP) en systématisant le recours à des professionnels du soin en tant que partie prenante ou en sollicitant des spécialistes externes. Il a également recommandé aux présidents des conseils départementaux, pour le temps du placement, de généraliser l'établissement ainsi que la mise à jour régulière du projet pour l'enfant (PPE). Plus largement, il a rappelé la nécessité du développement de partenariats et du travail en réseau pour une sensibilisation des professionnels libéraux à la prise en charge des enfants relevant de la protection de l'enfance, outre la mise en place et le renforcement de la formation des travailleurs sociaux en matière de santé.

Ces recommandations restent d'actualité, avec une résonnance forte en matière de santé mentale. La Défenseure des droits constate encore régulièrement à travers les réclamations dont elle est saisie, une sous-utilisation des outils mis à la disposition des professionnels de la protection de l'enfance. Ainsi, le PPE, obligatoire depuis 2007⁹⁹, n'est pas réalisé ou pas de façon efficiente (rédaction sans concertation, absence d'actualisation périodique...) ¹⁰⁰. Il tend pourtant à faciliter l'identification fine de l'ensemble des besoins de l'enfant et la construction, en lien avec les parents et en concertation avec tous les professionnels ayant à connaître l'enfant, d'une réponse adaptée, notamment à son développement psychique. De même, le bilan de santé qui doit être réalisé lors de l'entrée dans le dispositif ASE n'est pas systématique alors qu'il est essentiel ¹⁰¹.

L'ASE manque également de professionnels formés à la question de la santé mentale des enfants. Les professionnels spécialisés (psychologues, infirmiers pédopsychiatres) sont trop peu présents dans les services de l'ASE. Quant aux professionnels du social (chefs de service, éducateurs spécialisés, etc.), outre leur charge de travail, ils sont pour la plupart peu formés aux enjeux de santé mentale et peuvent être démunis lors de prises en charge difficiles. Si certains enfants exigent des soins et suivis spécifiques, la santé mentale ne se réduit pas aux soins psychologiques et psychiatriques. L'approche de l'éducateur vers un enfant, l'évaluation qu'il fait de ce qui est atteint en lui et son accompagnement, le cas échéant vers le soin, participent pleinement à la résolution de la souffrance psychique exprimée par le mineur.

PAROLES DES ENFANTS

“ Les référents ASE sont moins présents, le psychologue et l'infirmière n'ont pas assez de temps pour rencontrer les jeunes, la qualité d'écoute n'est pas la même selon les éducateurs... Il faut organiser des temps d'échanges réguliers avec l'éducateur pour discuter, mieux se connaître dans tous les services, former les adultes pour être à l'écoute, donner plus de temps au psychologue et à l'infirmière ! ”

“ Je n'ai jamais reçu de convocation du juge, c'est toujours l'éducatrice qui m'informe. L'audience c'est beaucoup d'angoisse, même si on en parle pas. ”

“ On a beaucoup de rendez-vous, d'entretiens avec des professionnels et surtout beaucoup d'attente pour les autorisations, d'aller en famille, chez des amis. Il faut parfois attendre l'avis du responsable du service, du référent ASE, de son chef, du juge, et on apprend le vendredi soir que l'on ne pourra pas s'y rendre, moi je comprends certains qui fuient. Ça fait 10 jours qu'ils ont demandé. Entre les parents et tous les autres on ne sait plus qui décide et de quoi. ”

“ Notre parole est écoutée en dernier quand tout le monde a parlé. Elle n'est pas toujours prise au sérieux, on l'écarte pour nous protéger. ”

“ C'est à 17 ans que j'ai appris que j'avais droit à un avocat, les éducateurs, ils devraient nous informer. ”

“ On est sans cesse questionné sur nos liens affectifs, quand on veut aller voir plus nos parents, ou au contraire lorsque d'autres veulent rester chez la famille d'accueil. ”

“ On ne comprend pas qui décide vraiment, et pour quelles raisons. Les éducateurs nous disent que c'est l'ASE, l'ASE nous dit que c'est le juge, et le juge qu'il a demandé à l'ASE son avis. ”

La Défenseure des droits constate par ailleurs que le travail partenarial entre les services de l'ASE et le secteur sanitaire (services de pédopsychiatrie, ARS) fait trop souvent défaut. Les professionnels interviennent « en silos » ce qui ne permet pas l'examen approfondi de la situation d'un enfant et ainsi une réponse adaptée. Régulièrement, les services du Défenseur des droits doivent eux-mêmes rassembler les acteurs locaux (ASE, ARS, service de pédopsychiatrie, voire secteur médico-éducatif) dans le cadre des réclamations dont ils sont saisis.

Il est indispensable que ceux-ci aient le temps et les moyens pour se coordonner. Des formations communes très opérationnelles touchant les agents et les équipes encadrantes, doivent être encouragées et l'embauche de professionnels spécialisés en santé au sein des services de l'ASE, systématisée : les psychologues devraient être plus nombreux et chaque maison d'enfants à caractère social (MECS) devrait être dotée d'un infirmier et d'un médecin référent.

Cela passe également par la création d'outils et de référentiels communs. Il en existe mais ils ne sont pas suffisamment utilisés, comme le travail produit dans le cadre de la Démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance¹⁰². Les dispositions du projet de loi n°4264 sur la protection des enfants en cours de discussion au Parlement au jour de la rédaction du présent rapport et tendant à généraliser l'emploi du référentiel mis en place par la Haute Autorité de santé pour l'évaluation des situations à risque, vont dans ce sens.

Des protocoles de fonctionnement établissant ou pérennisant les partenariats entre la protection de l'enfance et la santé doivent en outre être systématisés afin que chaque professionnel puisse identifier rapidement ses interlocuteurs et les dispositifs existants.

Les contributions reçues et les auditions réalisées dans le cadre de la rédaction de ce rapport témoignent de ce que le recrutement de professionnels qualifiés est un défi permanent : manque d'attractivité, épuisement face à des logiques en silos, perte de sens, départ massif à la retraite des assistants familiaux, autant de difficultés qui devraient conduire à entamer des réflexions et restructurations importantes du secteur de la protection de l'enfance. Ces coopérations exigent du temps et de l'énergie. Elles doivent être reconnues comme incontournables et valorisées par les pouvoirs publics et les institutions, sous peine de passer en dernier dans l'établissement des priorités de travail.

RECOMMANDATION N°24

La Défenseure des droits recommande au ministre des Solidarités et de la santé et aux présidents des conseils départementaux de renforcer la pluridisciplinarité et le partenariat dans la prise en charge des enfants protégés à l'aide sociale à l'enfance, notamment par la création de référentiels communs et en rendant effective l'obligation d'établir un projet pour l'enfant.

La Défenseure des droits recommande aux présidents des conseils départementaux, des directeurs territoriaux des de la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) et aux directeurs des ARS la signature de protocoles opérationnels portant sur la santé des enfants confiés en protection de l'enfance.

La Défenseure des droits recommande de renforcer la présence de professionnels de santé dans l'ensemble des établissements d'accueil relevant de la protection de l'enfance, en recrutant un infirmier.

RENFORCER LA PROTECTION DES ENFANTS CONFISÉS EN PROTECTION DE L'ENFANCE DOUBLEMENT VULNÉRABLES

LES ENFANTS EN SITUATION DE HANDICAP

Dans un précédent rapport, le Défenseur des droits qualifiait les enfants en situation de handicap confiés à l'ASE de « doublement vulnérables », « d'invisibles » et de « morcelés »¹⁰³.

Invisibles, car oubliés des politiques d'accompagnement du handicap et de celles de protection de l'enfance. Morcelés, du fait des difficultés de coopération entre les acteurs (du social, du sanitaire, et du médico-éducatif) mais aussi du morcellement des parcours et des prises en charge. Dans le même rapport, le Défenseur des droits mettait en évidence la difficulté fréquente à appréhender la réalité du handicap psychique, en le distinguant du handicap mental.

Dans le prolongement de son récent rapport parallèle dans le cadre de l'examen de la mise en œuvre par la France de la



Convention relative aux droits des personnes handicapées¹⁰⁴, la Défenseure des droits réitère ses préoccupations dans la prise en charge des enfants confiés à l'ASE en situation de handicap. Si elle se félicite que la Stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance (2020-2022) affirme l'ambition de créer des dispositifs d'intervention adaptés aux problématiques croisées de protection de l'enfance et de handicap, elle insiste sur l'urgence à concrétiser ces objectifs et à proposer aux acteurs professionnels des outils opérationnels de coopération.

La Défenseure des droits et le Défenseur des enfants, ont rencontrés beaucoup d'associations de protection de l'enfance, Maison d'enfants à caractère social, foyer de l'enfance, et souhaitent avec gravité attirer l'attention du ministre de la Santé et de la solidarité, concernant les alertes de professionnels qui ont continué leurs missions d'accueil d'urgence, de protection des mineurs, d'accompagnement au quotidien alors que les écoles étaient fermées, et que les dispositifs ambulatoire de santé, les champs du médico-social, avaient en grande majorité stoppé leur accueil physique d'enfants. Ces professionnels d'internats, investis 24h sur 24, se sont retrouvés trop souvent démunis face à la souffrance d'enfants pour lesquelles

ils ne peuvent apporter seuls les réponses qui demandent un réel soutien en matière de soins ou de prise en compte de grandes vulnérabilités liées au handicap des enfants. Il n'est pas rare alors que ces mineurs, à la frontière de tous les dispositifs de l'éducation spécialisée et de la santé, éprouvent de grandes difficultés à vivre ensemble en groupe, faute d'individualisation.

GÉRER LE PSYCHO TRAUMATISME DES MINEURS NON ACCOMPAGNÉS

Si leurs profils sont multiples, nombre de mineurs non accompagnés ont en commun d'avoir connu des parcours de vie et de migration émaillés d'événements traumatiques. Certains ont fui une guerre, des persécutions et des violences de tous genres. Certains ont, au cours de leur trajet migratoire, été violentés, exploités sexuellement, humiliés, confrontés à la mort, à la grande précarité, et à la haine. Lorsqu'ils arrivent sur le territoire français, ils se retrouvent en situation de grande vulnérabilité, et font face à la pauvreté et l'isolement. Le Haut Conseil de la Santé publique souligne que *« toutes les études convergent pour établir que les enfants étrangers isolés présentent des troubles psychiques et des troubles du*

comportement importants et plus fréquents que leurs pairs accompagnés ou que les adolescents en population générale »¹⁰⁵. Ces jeunes sont notamment exposés au stress post-traumatique, à des phénomènes de décompensation et, si le comportement de certains peut être interprété comme de la résilience, les conduites à risque ne sont pas à exclure.

Or, alors que le Comité des droits de l'enfant rappelle que le droit de jouir du meilleur état de santé possible reconnu à chaque enfant implique dans le cas des MNA de « *tenir compte du sort et des éléments de vulnérabilité propres à ces enfants en vue d'y remédier* »¹⁰⁶, la Défenseure des droits constate que la prise en charge éducative et médicale de ces jeunes est particulièrement défailante.

Lorsque ces jeunes arrivent en France, ils sont confrontés à de nombreux obstacles. Leur mise à l'abri se fait dans des conditions précaires, souvent en hôtel social, avec peu d'explication. L'évaluation de leur situation est souvent réalisée par des personnels insuffisamment formés à l'appréhension des troubles psychiques et des symptômes de stress post-traumatique. Malgré le caractère en principe pluridisciplinaire de l'équipe d'évaluateurs, très peu de psychologues ou professionnels du soin formés au psychotraumatisme n'interviennent en pratique dans ce processus¹⁰⁷.

Par exemple, la Défenseure des droits a été saisi de situations où les services évaluateurs procèdent à des entretiens immédiatement après l'arrivée des jeunes sans leur laisser un temps de répit. À l'issue, il peut être reproché à ces jeunes, par les services évaluateurs des conseils départementaux, de tenir un discours incohérent, alors même que cette incohérence est bien souvent la marque de la sidération psychique liée au psychotraumatisme vécu. À l'issue, le jeune peut se voir opposer un refus de prise en charge et se retrouver confronté à l'isolement, la pauvreté et l'exposition à de nombreuses situations de danger (violences, exploitations sexuelles, addictions, etc).

PAROLES DES ENFANTS

“ La question de la régularisation administrative est une grande angoisse. Pour certaines nationalités, il est quasiment impossible d'obtenir une régularisation (Mali, Guinée) en raison de lenteurs administratives. Cela impacte leur équilibre psychique car ils sont littéralement envahis par ces enjeux de papiers. Les jeunes proposent que les préfectures adaptent leur processus de régularisation en adaptation de ces difficultés repérées. ”

“ Quand les jeunes sont installés et ont oublié leurs soucis, qu'on ne les fasse pas retourner en arrière, qu'on ne les mette pas en difficultés. Quand les papiers sont reconnus en ordre, qu'on nous laisse vivre et étudier. ”

Lorsque certains jeunes parviennent à être protégés, les conditions de leur prise en charge peuvent également être facteurs d'aggravation des troubles.

L'accompagnement humain lacunaire et les conditions d'hébergement insalubres (locaux vétustes et inadaptés, hôtels sociaux) contribuent à dégrader encore davantage leur santé mentale, prenant la forme d'une « *maltraitance institutionnelle* »¹⁰⁸. Sur ce point, la Défenseure des droits rappelle son opposition au placement à l'hôtel de quelque mineur isolé que ce soit, et ce sans aucune exception contrairement à ce que prévoit, au jour de la rédaction du présent rapport, les nouvelles dispositions du projet de loi relatif à la protection des enfants en cours de discussion au Parlement¹⁰⁹.

La prise en charge en santé mentale est inadaptée, et plus souvent encore inexistante. Dans nombre de départements, aucun parcours de soins en santé mentale n'est envisagé, réfléchi et mis en place malgré les besoins spécifiques de ce public. Si les MNA doivent faire l'objet d'un premier bilan « *comprenant un examen médical complet* » au moment de leur prise en charge¹¹⁰, celui-ci, lorsqu'il a lieu, ne fait pas, dans l'immense majorité des cas, une place suffisante aux troubles psychologiques ou psychiatriques de ces jeunes.

Les lieux d'accueil, exceptés dans les MECS, de même que les équipes dédiées aux MNA dans les conseils départementaux sont souvent dépourvus de psychologue ou psychiatre.

L'absence totale de diagnostic et de parcours de soins comme l'absence de formation des professionnels au contact régulier avec les mineurs peuvent déboucher sur des situations dramatiques. Par exemple, dans le cas d'un jeune mineur non accompagné décédé à l'hôtel, la Défenseure des droits a constaté dans une décision du 3 février 2021 que les signes de fragilité du jeune lors de son entretien d'évaluation sociale puis au cours de sa prise en charge n'avaient pas été correctement appréhendés et qu'il en est résulté un manque de vigilance particulière quant à son état psychique, ayant porté gravement atteinte à son droit à la santé¹¹¹.

Par ailleurs, ce public particulier est souvent orienté vers des structures de soin de droit commun inadaptées car peu formées à l'ethnopsychiatrie et aux spécificités culturelles de certains jeunes. Cela peut fausser les diagnostics et conduire à un suivi qui n'est pas adapté. En outre, l'un des freins les plus importants à la prise en charge de ces jeunes reste la barrière de la langue. La Haute Autorité de santé a publié un référentiel sur l'interprétariat professionnel en matière de santé qui donne des pistes sur la formation et l'exercice professionnel. Néanmoins, outre l'absence d'interprète dans les centres et les structures de soins, certains jeunes refusent de travailler avec certains d'entre eux de peur que leurs paroles ne soient déformées. Ces difficultés font obstacle à la mise en place en place d'un suivi psychologique.

Les équipes mobiles psychiatrie et mobilité peuvent être des dispositifs particulièrement intéressants à mobiliser auprès des MNA. Certaines initiatives locales, comme la Maison de Solenn ou encore le CMP de Caen, permettent également une prise en charge psychologique adaptée à ces publics et devraient être généralisées sur le territoire. De même les centres spécialisés en ethnopsychiatries et approche transculturelle comme le centre Georges Devereux ou le centre Primo Levi ou la consultation d'ethnopsychiatrie de l'hôpital Avicenne

devraient être plus nombreux. Enfin, il est primordial de rappeler que les centres régionaux de psychotraumatisme (CRP) qui regroupent des professionnels spécifiquement formés, sont positionnés dans le soin à apporter aux MNA, tel que mentionné dans leur cahier des charges. Ces centres constituent des ressources qui doivent être connues et exploitées par les professionnels de l'ASE.

MINEURS NON ACCOMPAGNÉS ET ADDICTIONS

Certains mineurs non accompagnés majoritairement originaires d'Afrique du Nord (Maroc et Algérie) se trouvent en situation d'errance dans les centres urbains de plusieurs villes françaises (comme le quartier de la Goutte d'Or à Paris). Parfois très jeunes, ils posent aux institutions la question de l'adaptation des dispositifs existants à leurs vulnérabilités et à leurs besoins mais également du repérage des signes de traite dont ils peuvent être victimes. Ces enfants parviennent et survivent en France dans des états de santé physique et psychique extrêmement dégradés et souffrent souvent de poly-addictions.

Ces mineurs sont souvent incarcérés, à l'issue d'actes délictueux qu'ils ont commis ou ont été contraints à commettre, faute de prise en charge et de garanties de représentation, et faute pour les institutions de regarder ces mineurs avant tout comme des enfants à protéger et soigner. L'arrivée en détention peut avoir un effet majeur sur leur état de santé psychique : rupture avec l'extérieur, arrêt brutal de leur consommation. L'équipe du secteur de psychiatrie ambulatoire aux détenus (SPAP) de la maison d'arrêt d'Aix-Luynes constate que le recours rapide à l'incarcération et le peu de perspectives concernant un éventuel projet de sortie leur font traverser d'importants moments d'angoisse.

À l'extérieur, des associations comme Hors-la-Rue ou le Centre d'action sociale protestant (CASP) mettent en place des maraudes socio-éducatives et psychologiques dédiées. Ces démarches « d'aller-vers », axées sur l'adhésion des mineurs, peuvent constituer une première accroche vers le soin psychologique et psychique.

L'ouverture prochaine d'un centre d'hébergement et de protection des mineurs et jeunes majeurs victimes de traite par l'association Koutcha permettra d'accueillir, de sécuriser, et stabiliser ces mineurs et de leur proposer un accompagnement et des activités thérapeutiques et de soin.

Leur accompagnement durable vers le soin psychique et psychologique passe par l'échange et les liens entre les acteurs qui rencontrent ces mineurs aux différentes étapes de leur parcours, afin d'imaginer des solutions adaptées à leurs difficultés.

RECOMMANDATION N°25

La Défenseure des droits recommande au ministre des Solidarités et de la santé d'assurer le développement de la présence d'interprètes dans les centres et structures de soins ;

La Défenseure des droits recommande de nouveau aux présidents des conseils départementaux de solliciter l'agence régionale de santé dont il dépend et l'ensemble des partenaires de l'offre de soins pour mettre en œuvre l'organisation d'un bilan de santé conforme aux préconisations du Haut Conseil de la santé publique pour tout jeune exilé en phase d'évaluation ;

La Défenseure des droits recommande de nouveau aux présidents des conseils départements de multiplier les partenariats extérieurs afin de renforcer l'offre de soin en matière de santé mentale pour les mineurs non accompagnés et de renforcer la formation des évaluateurs à l'appréhension des troubles psychiques et au repérage des symptômes de stress posttraumatique.

RECOMMANDATION N°26

La Défenseure des droits recommande au Gouvernement de proscrire le placement à l'hôtel de tout mineur quel que soit son statut.

2-2-3- ENFANTS ENFERMÉS : UNE PÉRIODE DE FORTE FRAGILISATION DE LEUR SANTÉ MENTALE

ENFANTS PLACÉS EN DÉTENTION (EN QUARTIERS POUR MINEURS OU EN ÉTABLISSEMENTS PÉNITENTIAIRES POUR MINEURS) OU EN CENTRES ÉDUCATIFS FERMÉS (CEF) : LES IMPACTS DE L'ENFERMEMENT SUR UN TERRAIN MÉDICO-PSYCHIATRIQUE DÉJÀ À RISQUE

Dans une récente contribution portée devant le Comité des droits de l'enfant de l'ONU¹¹², la CNAPE soulignait à juste titre que « *les jeunes suivis par la PJJ constituent une population à haut risque médico-psychologiques, notamment en raison des violences et carences vécues pendant l'enfance* ». Ce constat est partagé par nombre de professionnels ayant travaillé au contact de ces jeunes qui attribuent, bien souvent, leur passage à l'acte à la manifestation d'un mal être plus général.

Au-delà, l'enfermement place ces jeunes dans une position de solitude et de perte de repères sociaux, familiaux, affectifs et éducatifs. Certains peuvent connaître des états dépressifs, d'agitation interne contenue ou au contraire de violence extériorisée, ponctuellement soulagés par le recours à des substances psychotropes. Cette situation est d'autant plus dommageable que leur état de santé mentale est déterminant pour le processus de réinsertion.

Durant le temps d'enfermement, la prise en charge des mineurs doit être globale, notamment éducative et sanitaire, pour prévenir, repérer et traiter les troubles psychiques qui préexisteraient ou qui pourraient naître de l'enfermement. Ce temps doit permettre d'identifier l'ensemble des problématiques auxquelles le mineur est confronté et les réponses de nature à prévenir la réitération d'un passage à l'acte délictuel et plus globalement à favoriser son mieux-être. Plus que jamais, il est important, durant ce temps, de garantir au mineur l'accès à ses droits les plus fondamentaux tels que le droit aux soins, notamment psychologiques, à l'éducation¹¹³, aux loisirs et à la culture, le droit d'être protégé contre toutes les formes de violences, le droit d'être écouté¹¹⁴ ou encore le droit d'entretenir des relations personnelles avec sa famille.



Dès l'arrivée du mineur en détention¹¹⁵, sa santé psychologique doit être évaluée par un personnel soignant (psychologues, psychiatres, pédopsychiatres) ou par une équipe pluridisciplinaire. S'agissant des CEF, un bilan de santé doit être réalisé avec le mineur dans les délais les plus brefs suivant son arrivée¹¹⁶. Durant son enfermement, le mineur doit également bénéficier d'un suivi médical adapté à ses besoins.

Dans les faits, la prise en charge médicale, et notamment psychologique des jeunes, est très inégale en fonction des conditions d'enfermement, entre milieu pénitentiaire et CEF, mais également en fonction des lieux de prise en charge. Certains lieux manquent de professionnels des soins, en particulier de psychologues.

Parfois, ces professionnels sont mobilisés sur des tâches qui ne relèvent pas toujours de leur fonction, empêchant un véritable travail de soins. Par exemple, pour les mineurs non accompagnés, certains psychologues présents en milieu carcéral témoignent prendre davantage de temps pour régler des difficultés éducatives de ces jeunes (vêtements adaptés, autorisation parentale pour les soins, tentative de communication avec les services auxquels ils sont confiés) que la mise en place d'un suivi psychologique.

La dimension santé mentale devrait systématiquement être intégrée au projet de l'établissement ou du service, et déclinée à travers la mise en place d'une pluridisciplinarité en interne dans la prise en charge du mineur, des échanges constants avec les professionnels suivant le mineur en milieu ouvert (éducateur PJJ, éducateur de l'ASE, personnel médical, etc.), la construction de partenariats solides (avec les maisons des adolescents, CMP ou encore des associations spécialisées, ...) ainsi que la sensibilisation de l'ensemble des acteurs de terrain (surveillant, éducateurs et personnels encadrants) à la santé mentale¹¹⁷.

S'agissant plus particulièrement des CEF, et si la Défenseure des droits ne peut qu'encourager l'investissement de quelques structures dans ce domaine, comme le CEF de Saverne qui dispose d'un Pôle santé

comprenant un infirmier, un psychologue et un pédopsychiatre, certains ont encore un accès très limité à des professionnels du soin et restent tributaires des délais d'attente des structures de droit commun¹¹⁸. Il ressort également des auditions menées dans le cadre de l'élaboration de ce rapport que certains centres hospitaliers se montrent réfractaires à travailler en partenariat avec les CEF et que les différentes institutions restent encore trop cloisonnées, empêchant tout travail multi institutionnel et favorisant le développement et l'installation durable de troubles.

Enfin, la Défenseure des droits constate l'absence de toute recherche et de données statistiques objectivées par des chercheurs indépendants, sur la trajectoire des mineurs ayant connu une détention en quartiers pour mineurs ou en établissements pénitentiaires pour mineurs, ou un placement en centres éducatifs fermés. Il apparaît pourtant indispensable pour affiner les modalités de prise en charge de ce public, de pouvoir mesurer la récidive des mineurs après un passage en détention ou dans un centre éducatif fermé, ou encore de disposer d'une vision précise du parcours de ces mineurs à leur sortie, sur plusieurs années.

RECOMMANDATION N°27

La Défenseure des droits recommande aux directions territoriales de la protection judiciaire de la jeunesse et aux agences régionales de santé de construire des partenariats entre les structures locales de pédopsychiatrie et les centres éducatifs fermés (CEF), afin de renforcer l'accès aux soins de santé des enfants en CEF.

RECOMMANDATION N°28

La Défenseure des droits recommande la réalisation d'une recherche longitudinale menée par des chercheurs indépendants sur la trajectoire des mineurs à l'issue de leur passage en détention ou en centre éducatif fermé en terme notamment d'insertion sociale, de santé, de formation, d'accès à l'emploi, de logement, de vie familiale et de récidive d'infraction pénale.

ENFANTS PLACÉS EN CENTRE DE RÉTENTION ADMINISTRATIF (CRA) OU EN ZONE D'ATTENTE : UNE SITUATION À PROSCRIRE PAR PRINCIPE EN TOUTES CIRCONSTANCES

L'enfermement des mineurs en zone d'attente est expressément autorisé par la loi de 2015 sur le droit d'asile¹¹⁹.

La situation des mineurs non accompagnés, enfermés dès leur arrivée sur le territoire et maintenus en zone d'attente, reste une préoccupation majeure de la Défenseure des droits. Elle constate à travers plusieurs de ses saisines, que ces jeunes gens peuvent subir un examen d'âge osseux les évaluant majeur avant que ne leur soit désigné un administrateur ad hoc. Ils subissent ainsi l'ensemble de la procédure relative à l'entrée sur le territoire y compris la demande d'asile comme s'ils étaient adultes et sans qu'il soit tenu compte de leur état psychique fragile. L'entretien de demande d'asile peut aboutir à un refus d'entrée sur le territoire au titre de l'asile en raison notamment de leur incapacité à tenir un discours cohérent. Si cette considération est souvent prise en compte par l'OFPPA lors de l'audition d'un mineur, elle ne l'est pas de la même manière lorsque le jeune n'a pu faire valoir correctement sa minorité¹²⁰.

Par ailleurs, dans l'état actuel du droit, le placement de mineurs en rétention avec leur famille est certes encadré mais reste possible, en infraction avec l'article 37 de la CIDE qui dispose que « *nul enfant ne peut être privé de liberté de façon illégale ou arbitraire. L'arrestation, la détention ou l'emprisonnement d'un enfant doit être en conformité avec la loi, n'être qu'une mesure de dernier ressort, et être d'une durée aussi brève que possible* ».

En droit national, la présence de mineurs en centre de rétention administrative (CRA) est encadrée par l'article L.551-1 du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile : « *l'étranger mineur de dix-huit ans ne peut faire l'objet d'une décision de placement en rétention. Il ne peut être retenu que s'il accompagne un étranger placé en rétention dans les conditions prévues au présent III bis* »¹²¹.

L'enfermement en CRA ou en zone d'attente est un événement traumatisant pour les enfants. Confrontés à un univers carcéral, ils sont placés dans un état de stress pouvant avoir des conséquences lourdes sur leur santé, en particulier psychique (troubles anxieux et dépressifs, troubles du sommeil, du langage du développement...) et leur développement futur.

Dans l'arrêt Moustahi contre France du 25 juin 2020¹²², la Cour européenne des droits de l'homme (CEDH) a eu l'occasion de rappeler que la rétention administrative de mineurs « *soulève des problèmes particuliers dans la mesure où les enfants, qu'ils soient accompagnés ou non, sont extrêmement vulnérables et ont des besoins spécifiques* ». Dans l'arrêt Popov du 19 janvier 2012¹²³, la Cour précise qu'« Il convient de garder à l'esprit que la situation d'extrême vulnérabilité de l'enfant est déterminante et prédomine sur la qualité d'étranger en séjour illégal ». Dans le même sens, les directives européennes encadrant la rétention des étrangers considèrent que les mineurs, qu'ils soient ou non accompagnés, comptent parmi les populations les plus vulnérables nécessitant l'attention particulière des autorités¹²⁴.

Depuis plusieurs années, le Défenseur des droits appelle les autorités françaises à mettre un terme à la rétention administrative des enfants¹²⁵. La nouvelle condamnation de la France par la CEDH dans son arrêt du 22 juillet 2021, pour non-respect de la Convention en raison du placement en centre de rétention administrative d'une mère et de son nourrisson, âgé de 4 mois, pendant 11 jours, au mépris de l'intérêt supérieur de l'enfant, vient conforter cette position. La Cour conclut à une violation du droit à ne pas subir de traitements inhumains et dégradants et du droit à la liberté et à la sûreté de cet enfant, dans la continuité

de ses arrêts précédents de 2012 et 2016. Elle estime que « *les autorités internes n'ont pas effectivement vérifié (...) que le placement initial en rétention administrative de la [mère] accompagnée de son enfant mineur puis sa prolongation, constituaient des mesures de dernier ressort auxquelles aucune autre moins restrictive ne pouvait être substituée* ». La Cour considère de surcroît que les juridictions françaises n'ont pas suffisamment tenu compte de la présence du nourrisson et de son statut d'enfant mineur, ainsi que de son intérêt supérieur, avant d'apprécier la légalité du placement en rétention de cette famille, dans le cadre du contrôle qu'il leur incombait d'exercer.

Le Défenseur des droits était intervenu en 2019 dans cette procédure en qualité de tiers-intervenant. Dans son intervention devant la Cour, le Défenseur des droits a appelé son attention sur les saisines que l'institution reçoit et la nette augmentation du recours à la rétention des familles avec enfants, et ce malgré les réformes législatives.

RECOMMANDATION N°29

La Défenseure des droits recommande de nouveau au Gouvernement de proscrire le placement en zone d'attente pour les mineurs non accompagnés étant entendu qu'aujourd'hui, toute personne se déclarant mineure en zone d'attente doit se voir nommer un administrateur ad hoc « sans délais », avant même toute contestation ou remise en cause de son âge.

La Défenseure des droits recommande également de faire évoluer la législation pour proscrire dans toutes circonstances le placement de familles avec enfants en centre de rétention administrative.



CONCLUSION

L'URGENCE EST LÀ, NOUS NE POUVONS PLUS L'IGNORER

Le droit à la santé mentale s'inscrit dans une relation d'étroite interdépendance avec nombre d'autres droits fondamentaux garantis par la CIDE. La santé mentale est bien plus que l'absence de troubles psychiatriques. Elle est un état complet de bien-être que les politiques de santé seules ne sauraient permettre à chaque enfant d'atteindre. Par conséquent tout déni de droit ou entrave à l'accès effectif aux droits fondamentaux, portent une atteinte à la dignité des enfants, et les conséquences notamment sur les plus vulnérables ne permettront pas à l'enfant de se développer sereinement. Il n'y a pas d'intérêt supérieur si on ne met pas l'enfant dans les bonnes conditions de développement.

La santé mentale et le bien-être de l'enfant devraient être considérées comme une priorité des politiques publiques, dans une logique de prévention, de lutte contre les violences éducatives « ordinaires », en rendant effectif l'accès à la santé bien sûr, mais aussi à la culture, à la jeunesse, à l'éducation, et encore au-delà, à la justice et à la sécurité.

La crise sanitaire a jeté une lumière nouvelle sur les risques pesant sur l'état psychique des enfants, mais elle a surtout révélé un mal-être structurel, trahissant le niveau d'investissement insuffisant que, de manière récurrente, notre société et ses institutions concèdent au bien-être des enfants.

L'urgence est là, nous ne pouvons plus l'ignorer.

ANNEXE 1

LISTE DES RECOMMANDATIONS

RECOMMANDATION N°1

La Défenseure des droits recommande aux pouvoirs publics d'inscrire la prise en compte de la santé mentale des enfants et adolescents dans sa dimension la plus large, en conformité avec la définition de l'OMS, dans le cadre d'une véritable stratégie publique afin de favoriser, notamment à l'école, la mise en œuvre de mesures dédiées et adaptées aux besoins fondamentaux des enfants.

RECOMMANDATION N°2

La Défenseure des droits recommande au ministre des Solidarités et de la santé, aux présidents d'intercommunalités et aux maires de permettre à chaque enfant, quelle que soit la situation de sa famille, d'accéder à des dispositifs d'accueil du jeune enfant et de permettre que ces lieux d'accueil soient des espaces d'éveil, avec des agents spécifiquement formés à l'accueil bienveillant.

RECOMMANDATION N°3

La Défenseure recommande également au ministre des Solidarités et de la santé ainsi qu'aux présidents des conseils départementaux et aux Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) d'augmenter les moyens accordés au réseau de protection maternelle infantile ainsi que le nombre de centres sur le territoire de chaque département.

RECOMMANDATION N°4

La Défenseure des droits recommande au ministre des Solidarités et de la santé, aux présidents des conseils départementaux, aux présidents d'intercommunalités, aux maires et aux directeurs des caisses d'allocations familiales, d'évaluer, d'intensifier, et de favoriser la coordination et la visibilité des dispositifs d'accompagnement à la parentalité, sur l'ensemble du territoire.

RECOMMANDATION N°5

La Défenseure des droits recommande au ministre des Solidarités et de la santé de faire réaliser une étude approfondie sur le phénomène et les conséquences de toutes les formes d'addictions liées aux écrans, dans l'objectif de mieux cibler et d'adapter les campagnes de communication à destination des familles, des enfants et des professionnels.

RECOMMANDATION N°6

La Défenseure des droits recommande au ministre des Solidarités et de la santé de favoriser et de soutenir les initiatives consistant à « aller vers » les familles les plus précaires, afin de leur apporter un soutien et de faciliter la prévention, le repérage précoce et l'évaluation des besoins des enfants, de permettre leur accès aux dispositifs de soins.

RECOMMANDATION N°7

La Défenseure des droits recommande au ministre des Solidarités et de la santé, au directeur général de la Caisse nationale d'Assurance Maladie et aux partenaires locaux, notamment les autorités exécutives des collectivités territoriales, de conforter les maisons des adolescents dans chaque département et d'en sécuriser le financement.

RECOMMANDATION N°8

La Défenseure des droits recommande au Gouvernement d'évaluer la faisabilité et l'opportunité de créer des maisons des enfants, en lien avec les CMP et CMPP, sur le modèle éprouvé des maisons des adolescents.

RECOMMANDATION N°9

La Défenseure des droits recommande au ministre de l'Éducation nationale, de la Jeunesse et des sports et au ministre des Solidarités et de la santé de permettre à chaque enfant scolarisé d'accéder à des activités et à des ateliers permettant le développement de ses compétences psychosociales.

RECOMMANDATION N° 10

Afin de mieux lutter contre les discriminations, le harcèlement scolaire et les autres formes de violences à l'école, la Défenseure des droits recommande de rendre systématiques et effectifs les modules dédiés à l'éducation aux droits, tels que prévus dans les programmes.

RECOMMANDATION N°11

La Défenseure des droits recommande au ministre de l'Éducation nationale, de la Jeunesse et des sports et au ministre des Solidarités et de la santé de faire du renforcement de la médecine scolaire et du service social aux élèves une véritable priorité, afin que tout enfant à partir de l'âge de l'école primaire puisse avoir accès à un médecin ou une infirmière scolaire et une assistante sociale dans l'enceinte de son établissement.

RECOMMANDATION N°12

La Défenseure des droits recommande aux directeurs académiques, en concertation avec les collèges et lycées, de diffuser à chaque rentrée scolaire, via un support adapté (livret d'accueil, etc.), les informations relatives à la présence au sein de l'établissement, de l'assistante sociale et de l'infirmière scolaire. Une information systématique à destination des parents sur l'accès à la médecine scolaire doit aussi être organisée.

RECOMMANDATION N°13

La Défenseure des droits recommande au ministre de l'Éducation, de la Jeunesse et des sports de rendre obligatoire un minimum d'heures de formation à l'accueil des enfants en situation de handicap, dans le cadre de la formation continue, pour tous les enseignants en poste.

RECOMMANDATION N°14

La Défenseure des droits recommande au ministre de l'Éducation nationale, de la Jeunesse et des sports et au ministre des Solidarités et de la santé et à la secrétaire d'Etat chargée des Personnes handicapées de conforter les moyens de l'école inclusive, afin que tous les enfants en situation de handicap puissent être orientés dans les établissements adaptés à leurs besoins et aient accès aux aides notamment humaines, dans les établissements scolaires dont ils dépendent.

RECOMMANDATION N°15

La Défenseure des droits recommande non seulement d'augmenter le nombre de centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) et de centres médico-psychologiques (CMP), mais également de développer et de soutenir les projets de création d'équipes mobiles et de reconnaître le modèle de l'équipe mobile comme un « équipement » de l'hôpital.

RECOMMANDATION N°16

La Défenseure des droits recommande au ministre des Solidarités et de la santé de réaliser une étude pluridisciplinaire et longitudinale sur les effets à long terme de la crise sanitaire, sur la santé mentale des enfants et des adolescents.

RECOMMANDATION N°17

La Défenseure des droits recommande au ministre des Solidarités et de la santé de développer la prise en charge des urgences pédopsychiatriques, en assurant la présence systématique d'un pédopsychiatre dans les services d'urgence pédiatriques et en développant des dispositifs d'urgences pédopsychiatriques permettant d'apporter rapidement une réponse adaptée et proportionnée à la situation (depuis l'intervention au domicile, à la consultation en structure, voire à l'hospitalisation dans les cas les plus critiques).

RECOMMANDATION N°18

La Défenseure des droits recommande au ministre des Solidarités et de la santé de soutenir le développement d'unités thérapeutiques transversales, rassemblant dispositifs d'aller-vers, offre de soins ambulatoire et en hospitalisation, afin d'éviter les ruptures dans les parcours de soins et de lutter contre les inégalités dans l'accès aux soins.

RECOMMANDATION N°19

La Défenseure des droits recommande au ministre des Solidarités et de la santé de poursuivre la densification de l'offre de soins hospitalière en pédopsychiatrie, en poursuivant la trajectoire à la hausse du nombre de lits et places en pédopsychiatrie, en réduisant les inégalités territoriales dans le maillage de l'offre de soins, en développant les équipes mobiles. Une attention particulière devrait être portée à la situation dans les Outre-Mer.

RECOMMANDATION N°20

La Défenseure des droits recommande au ministre de la Justice, garde des Sceaux, et au ministre des Solidarités et de la santé de proposer l'inclusion dans la loi de l'interdiction d'accueil d'un mineur en unité psychiatrique pour adulte.

RECOMMANDATION N°21

La Défenseure des droits réitère sa recommandation au ministre des Solidarités et de la santé de consacrer par la loi un droit à la présence parentale dans le cadre du Code de la santé publique en vue d'organiser un véritable accueil des parents et/ou des représentants légaux au sein des hôpitaux.

Toutefois, ce principe doit tenir compte des besoins spécifiques des adolescents. C'est pourquoi, il conviendrait de recueillir le consentement de l'enfant selon son degré de discernement afin de s'assurer de son adhésion à la présence parentale.

RECOMMANDATION N°22

La Défenseure des droits recommande au ministre de l'Éducation nationale, de la Jeunesse et des sports et au ministre des Solidarités et de la santé de renforcer les relations partenariales entre santé et éducation afin de garantir le respect des droits fondamentaux des enfants hospitalisés en raison de troubles de la santé mentale et de d'assurer une continuité pédagogique pour chaque enfant hospitalisé.

RECOMMANDATION N°23

La Défenseure des droits recommande au ministre de l'Intérieur de renforcer la formation initiale de l'ensemble des agents aux spécificités de l'audition du mineur victime et de systématiser la formation au protocole NICHHD des agents appartenant aux brigades de protection des familles (police et gendarmerie).

La Défenseure des droits recommande de nouveau au Garde des Sceaux, ministre de l'Intérieur et au ministre de la Justice d'étendre à toutes les brigades de protection des familles (police et gendarmerie) le dispositif des salles d'audition dédiées, mieux adaptées à l'intérêt de l'enfant et au travail de l'enquêteur.

RECOMMANDATION N°24

La Défenseure des droits recommande au ministre des Solidarités et de la santé et aux présidents des conseils départementaux de renforcer la pluridisciplinarité et le partenariat dans la prise en charge des enfants protégés à l'aide sociale à l'enfance (ASE), notamment par la création de référentiels communs et en rendant effective l'obligation d'établir un Projet pour l'enfant.

La Défenseure des droits recommande aux présidents des conseils départementaux, des directeurs territoriaux de la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) et aux directeurs des ARS la signature de protocoles opérationnels portant sur la santé des enfants confiés en protection de l'enfance.

La Défenseure des droits recommande de renforcer la présence de professionnels de santé dans l'ensemble des établissements d'accueil relevant de la protection de l'enfance, en recrutant un infirmier.

RECOMMANDATION N°25

La Défenseure des droits recommande au ministre des Solidarités et de la santé d'assurer le développement de la présence d'interprètes dans les centres et structures de soins ;

La Défenseure des droits recommande de nouveau aux présidents des conseils départementaux de solliciter l'agence régionale de santé dont il dépend et l'ensemble des partenaires de l'offre de soins pour mettre en œuvre l'organisation d'un bilan de santé conforme aux préconisations du Haut conseil de la santé publique pour tout jeune exilé en phase d'évaluation ;

La Défenseure des droits recommande de nouveau aux présidents des conseils départements de multiplier les partenariats extérieurs afin de renforcer l'offre de soin en matière de santé mentale pour les mineurs non accompagnés et de renforcer la formation des évaluateurs à l'appréhension des troubles psychiques et au repérage des symptômes de stress posttraumatique.

RECOMMANDATION N°26

La Défenseure des droits recommande au ministre des Solidarités et de la santé de proscrire le placement à l'hôtel de tout mineur quel que soit son statut.

RECOMMANDATION N°27

La Défenseure des droits recommande aux directions territoriales de la protection judiciaire de la jeunesse et aux agences régionales de santé de construire des partenariats entre les structures locales de pédopsychiatrie et les centres éducatifs fermés (CEF), afin de renforcer l'accès aux soins de santé des enfants en CEF.

RECOMMANDATION N°28

La Défenseure des droits recommande également la réalisation d'une recherche longitudinale menée par des chercheurs indépendants sur la trajectoire des mineurs à l'issue de leur passage en détention ou en centre éducatif fermé, en terme notamment d'insertion sociale, de santé, de formation, de logement, de vie familiale et de récidive d'infraction pénale.

RECOMMANDATION N°29

La Défenseure des droits recommande de nouveau au Gouvernement de proscrire le placement en zone d'attente pour les mineurs non accompagnés étant entendu qu'aujourd'hui, toute personne se déclarant mineure en zone d'attente doit se voir nommer un administrateur ad hoc « sans délais », avant même toute contestation ou remise en cause de son âge.

La Défenseure des droits recommande également de faire évoluer la législation pour proscrire dans toutes circonstances le placement de familles avec enfants en centre de rétention administrative.

ANNEXE 2

LISTE DES SIGLES

AESH : accompagnant d'élèves en situation de handicap

ARS : agence régionale de santé

ASE : aide sociale à l'enfance

CAF : caisse d'allocations familiales

CAMSP : centre d'action médico-sociale précoce

CD : conseil départemental

CEDH : Cour européenne des droits de l'homme

CEF : centre éducatif fermé

CESC : comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté

CGLPL : Contrôleur général des lieux de privation de liberté

CMP-IJ : centre médico-psychologique de psychiatrie infanto-juvénile

CMPP : centres médico-psycho-pédagogique

CIDE : Convention internationale des droits de l'enfant

CH : centre hospitalier

CMU-C : couverture maladie universelle complémentaire

CRA : centre de rétention administrative

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

DSDEN : Direction des services départementaux de l'Éducation nationale

EAC : éducation artistique et culturelle

EAJE : établissement d'accueil du jeune enfant

IME : institut médico-éducatif

IGAS : Inspection générale des affaires sociales

IRDES : institut de recherche et documentation en économie de la santé

ITEP : institut thérapeutique éducatif et pédagogique

MDA : maison des adolescents

MDPH : maison départementale des personnes handicapées

MECS : maison d'enfants à caractère social

MEN : ministère de l'Éducation nationale

MNA : mineurs non accompagnés

MSS : ministère des Solidarités et de la santé

OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques

OMS : Organisation mondiale de la santé

PJJ : protection judiciaire de la jeunesse

PMI : protection maternelle et infantile

PTSM : projet territorial de santé mentale

PU-PH : professeur des universités – praticien hospitalier

REAAP : réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents

SESSAD : service d'éducation spéciale et de soins à domicile

SPAD : secteurs soins de psychiatrie ambulatoire aux détenus

ULIS : unité localisée pour l'inclusion scolaire

ANNEXE 3

CONSULTATION NATIONALE DU DÉFENSEUR DES DROITS AUPRÈS DES MOINS DE 18 ANS

« J'AI DES DROITS, ENTENDS-MOI »

En 2017, le Défenseur des droits a lancé un dispositif indépendant de suivi de la mise en œuvre par l'État des observations finales du Comité des droits de l'enfant de l'ONU, en date de janvier 2016. Un des trois niveaux de suivi porte sur le recueil de l'avis et de l'opinion des enfants sur la mise en œuvre de leurs droits, en accordant une attention particulière aux enfants se trouvant dans une situation de plus grande vulnérabilité, et de ce fait davantage éloignés des démarches de participation mises en place à différents niveaux.

L'article 12 de la Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE) garantit le droit à l'enfant « capable de discernement (...) d'exprimer librement son opinion sur toute question l'intéressant (...), à cette fin, on donnera notamment à l'enfant la possibilité d'être entendu dans toute procédure judiciaire ou administrative l'intéressant ».

Cet article nous rappelle que l'enfant n'est pas seulement un être vulnérable à protéger mais, également « un être humain à part entière » dont la parole doit être entendue et valorisée. Les enfants sont les premiers experts de leur vécu, on ne saurait donc les protéger et respecter leurs droits sans les écouter et les prendre en considération. La mise en place de processus de participation des enfants aux questions qui les intéressent doit leur permettre de développer progressivement leurs propres compétences et capacités, en les préparant à être des citoyens avisés et actifs. Il est toutefois impératif que les adultes qui s'engagent dans ce processus soient formés, compétents et qu'ils adoptent des stratégies pédagogiques qui ont été réfléchies dans un cadre éthique partagé.

Ce processus de participation des enfants a ainsi vu le jour en 2019, à l'occasion des trente ans de la CIDE, *via* la consultation « J'ai des

droits, entends-moi - Consultation nationale du Défenseur des droits auprès des moins de 18 ans ». Cette dernière a permis à 2 200 enfants, sur l'ensemble du territoire national, en métropole et sur les territoires ultramarins, âgés entre 4 et 17 ans, d'être sensibilisés à leurs droits et de pouvoir s'exprimer à leur sujet, grâce à la mobilisation d'une cinquantaine d'associations.

Les témoignages, propositions et recommandations des enfants ont été présentés dans un recueil publié par le Défenseur des droits en 2019 intitulé « J'ai des droits, entends-moi » ainsi que dans le rapport transmis par ce dernier au Comité des droits de l'enfant au mois de juillet 2020. Leur parole a également nourri le dernier rapport annuel de l'institution relatif aux droits de l'enfant : « Prendre en compte la parole de l'enfant : un devoir pour l'adulte, un droit pour l'enfant », publié le 20 novembre 2020.

Afin de contribuer par cette démarche à un changement durable des postures, des pratiques et des représentations qui font qu'aujourd'hui la parole des enfants reste considérée par trop d'institutions, d'acteurs et de professionnels comme accessoire ou négligeable, le Défenseur des droits a souhaité recueillir l'opinion des enfants dans le cadre de l'élaboration de son rapport annuel relatif aux droits de l'enfant 2021. Celui-ci a pour thème la santé mentale des enfants et des adolescents.

L'édition 2021 de la consultation nationale du Défenseur des droits auprès des moins de 18 ans a permis à près de 600 enfants de 3 à 18 ans de s'exprimer sur le thème de la santé mentale, grâce à la mobilisation d'une cinquantaine d'associations et de structures réparties sur l'ensemble du territoire métropolitain. Leurs constats, propositions et recommandations ont contribué aux réflexions menées dans le cadre de ce présent rapport.

ANNEXE 4

CONSULTATION NATIONALE DU DÉFENSEUR DES DROITS AUPRÈS DES MOINS DE 18 ANS

LISTE DES ASSOCIATIONS ET STRUCTURES

- 1• Agir ensemble pour les droits de l'enfant (AEDE)
- 2• Défense des enfants international (DEI) France
- 3• Grandir dignement
- 4• Institut coopératif de l'Ecole Moderne - pédagogie Freinet (ICEM)
- 5• Jets d'encre
- 6• Les Francas
- 7• Réseau National des Juniors Associations (RNJA)
- 8• Association Nationale des Conseils d'Enfants et de Jeunes (ANACEJ)
- 9• Cultures, Loisirs, Animations de la Ville d'Issy-les-Moulineaux (CLAVIM)
- 10• Armée du Salut - Les Enfants de Rochebonne
- 11• Association pour la Réalisation d'Actions Sociales Spécialisées (ARASS)
- 12• Association La Maison d'à côté
- 13• Prado Bourgogne
- 14• Centre de Réadaptation Psychothérapeutique-Phymontin (CERP-Phymontin) - Hôpital de jour pour enfants et adolescents André Boulloche
- 15• Convention Nationale des Associations de Protection de l'Enfant (CNAPE)
- 16• Action Jeunesse de l'Aube
- 17• Association Départementale pour la Sauvergarde de l'Enfant à l'Adulte d'Eure-et-Loir (ADSEA 28)
- 18• Association Limousine de Sauvergarde de l'Enfant à l'Adulte (ALSEA)
- 19• Association Montjoye
- 20• Linkiaa
- 21• Groupement associatif CITHéA
- 22• Conseil français des associations pour les droits de l'enfant (COFRADE)
- 23• Croix-Rouge française
- 24• Service Territorial Educatif de Milieu Ouvert de l'Orne (STEMO)
- 25• Institut international des droits de l'Homme et de la paix (IDHP)

- 26• Comité des jeunes de l'Observatoire départemental de la protection de l'enfance (ODPE 66)
- 27• Samu social de Paris
- 28• Solidarité Laïque
- 29• Fonds des Nations unies pour l'enfance (UNICEF)
- 30• Union nationale des associations de parents, de personnes handicapées mentales et de leurs amis (UNAPEI)
- 31• Association Départementale des Amis et Parents d'Enfants en situation de handicap (ADAPEI 27)
- 32• Apogei 94 - IME Les Bords de Marne
- 33• Union nationale des associations de parents, de personnes handicapées mentales et de leurs amis de Charente-Maritime (UNAPEI 17)
- 34• APF France Handicap
- 35• La Voix de l'Enfant
- 36• La Vie Active
- 37• Académie Football Paris 18
- 38• Groupe de Pédagogie et d'Animation Sociale (GPAS) Bretagne
- 39• Solidimey
- 40• Maison de Sagesse
- 41• Des droits pour grandir
- 42• Fondation Grancher - Les Copil'hôtes
- 43• La Comète
- 44• Centre social Agora et Projet Réussite Educative
- 45• Groupe national des Etablissements publics sociaux et socio-médicaux (GEPSO)
- 46• Centre départemental de l'enfance et de la famille de Haute-Garonne (CDEF 31)
- 47• Maison départementale de l'enfance de l'Ain (MDEA)
- 48• Réseau éducatif de Meurthe-et-Moselle (REMM)

ANNEXE 5

LISTE DES AUDITIONS ET CONTRIBUTIONS ÉCRITES

AUDITIONS

AUTORITÉS INDÉPENDANTES ET ADMINISTRATIONS

AUTORITÉS INDÉPENDANTES

Contrôle général des lieux de privation de liberté (CGLCL)

- Dominique SIMMONOT, contrôleure générale des lieux de privation de liberté
- Candice DAGHESTANI, contrôleur

Collège « Défense et promotion des droits de l'enfant » du Défenseur des droits

- Pascale COTON, membre du collège, vice-présidente du conseil économique, social et environnement (CESE)
- Elisabeth LAITHIER, membre du collège, maire adjoint honoraire de Nancy
- Pr Marie-Rose MORO, membre du collège, pédopsychiatre et cheffe du service de la maison des adolescents de l'hôpital Cochin

ADMINISTRATIONS

Ministère de l'éducation nationale, de la jeunesse et des sports

- Géraldine DOLLEANS, directrice de cabinet du directeur général de l'enseignement scolaire
- Françoise PETREAU, sous-directrice action éducative
- Benoît ROGÉON, chef du bureau santé sociale

Services déconcentrés

- Sylvie DUDON, inspectrice d'académie - inspectrice pédagogique régionale (IA-IPR) 1^{er} degré à l'Académie de Créteil

- Martine GIROUD-SAVOIE, adjointe à la conseillère technique de service social à la direction des services départementaux de l'éducation nationale (DSDEN) du 69

- Marie-Pierre POLLET, médecin conseiller technique à la direction des services départementaux de l'éducation nationale (DSDEN) du 69

- Alain POTHET, inspecteur d'académie - inspecteur pédagogique régional (IA-IPR) 2nd degré à l'Académie de Créteil

Ministère de la Justice

- Sophie BOUTTIER, vice-présidente au tribunal de grande instance de Nice et tribunal de grande instance de Marseille
- Stéphane CANTERO, substitut du procureur général près la cour d'appel de Rennes, procureur de la République près le tribunal de grande instance de Morlaix
- Edouard DURAND, juge des enfants au Tribunal de Bobigny, coprésident de la commission indépendante sur l'inceste et les violences sexuelles faites aux enfants
- Laurent GEBLER, premier vice-président chargé des fonctions de juge des enfants au tribunal de grande instance de Bordeaux

Ministère des affaires sociales et de la santé

- Franck BELLIVIER, délégué ministériel à la santé publique
- Marianne PERREAU-SAUSSINE, conseillère auprès du délégué ministériel à la santé publique

Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA)

- Sylviane GIAMPINO, vice-présidente du HCFEA

REPRÉSENTANTS DES STRUCTURES, DES PROFESSIONNELS ET DES USAGERS

REPRÉSENTANTS DES STRUCTURES

Association des équipes mobiles en psychiatrie (AEMP)

- Dr Dominique BRENGARD, référente équipes mobiles en périnatalité
- Dr Vincent GARCIN, ancien chef du pôle de psychiatrie pour enfants, adolescents et familles à l'établissement public de santé mentale Lille-Métropole
- Dr Sylvie TORDJAMN, présidente, chef du pôle hospitalo-universitaire de psychiatrie de l'enfant et l'adolescent centre hospitalier Guillaume Régnier Rennes
- Dr Laure ZELTNER, référente équipes mobiles de crise

Association nationale des maisons des adolescents (ANMDA)

- Pr Guillaume BRONSARD, président, pédopsychiatre et chef de service au centre hospitalier régional universitaire de Brest
- Delphine RIDEAU, secrétaire générale, maison des adolescents de Strasbourg

Fédération des centres médico-psycho-pédagogiques (FDCMPP)

- Dr Patrick BELAMICH, président
- Dr Amandine BUFFIERE, membre du bureau

REPRÉSENTANTS DES PROFESSIONNELS

Association française des psychologues de l'éducation nationale (AFPEN)

- Laurent CHAZELAS, président
- Odile VETTER, administratrice

Association nationale des directeurs d'action sociale et de santé des départements et métropoles (ANDASS)

- Roselyne MASSON, membre, directrice adjointe enfance famille du CD93 et médecin de PMI
- Helena POTTIEZ, membre, ancienne directrice enfance famille du CD61

- Pierre STECKER, vice-président, directeur enfance famille du CD93

Société française de pédiatrie médico-légale (SFPML)

- Dr Martine BALENÇON, présidente, pédiatre et médecin légiste
- Dr Nathalie VABRES, vice-secrétaire, pédiatre

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

- Pr Jean CHAMBRY, président, membre de la commission nationale de psychiatrie, chef de pôle 7ème arrondissement au GHU Paris psychiatrie & neurosciences

Union nationale des syndicats autonomes - éducation (UNSA-éducation)

- Hélène FOUQUES, SNIES UNSA éducation académie, représentant infirmier.e.s
- Sophie GIARETTI, SE UNSA, psychologue de l'éducation nationale
- Tiphaine JOUNIAUX, SNASEN UNSA, secrétaire générale, assistants sociaux et CT élèves, personnels et étudiants
- Béatrice LAURENT, UNSA secrétaire nationale éducation et culture
- Dr Claudine NEUMASAT, représentant médecins scolaires

REPRÉSENTANTS DES USAGERS

Convention Nationale des Associations de Protection de l'Enfant (CNAPE)

- B. DEJEAN, conseillère technique protection de l'enfance
- A. HANNE, responsable du pôle vie associative/droits de l'enfant
- P. de la LOSA, responsable du pôle prévention/vulnérabilité/médico-social
- F. QUIRIAU, directeur général

Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM)

- François PILET, référent national école

Union nationale lycéenne (UNL)

- Mathieu DEVLAMINCK, président

ASSOCIATIONS, FONDATIONS, ÉTABLISSEMENTS,

STRUCTURES

ASSOCIATIONS, FONDATIONS

Association Fil santé jeunes

- Mirentxu BACQUERIE, directrice générale
- Philippe JEAMMET, président

Association Les Pâtes au beurre

- Sophie MARINOPOULOS, présidente, psychologue clinicienne

Fondation santé des étudiants

- Vincent BEAUGRAND, directeur général
- Perrine RAME-MATHIEU, directrice de la stratégie

IMAJE Santé

- Sylvie DUTERTRE, psychologue clinicienne
- Nathalie LEQUEUX
- Lila SOME, directrice

ÉTABLISSEMENTS, STRUCTURES

Centre Hospitalier (CH) de Cambrai, équipe mobile de pédopsychiatrie

- Rosa FERARO, cheffe de pôle
- Et ses équipes

Centre hospitalier (CH) de l'Ouest Guyanais

- Dr Benoît BERTIN SARIA, chef de pôle santé mentale
- Et ses équipes : Nesrine CHAIEB, Boris HOUINOU EBO, Mme DA SILVA, Jorge YOMAYUSA VARGAS

Centre hospitalier (CH) de Mayotte

- Clémence FADDA, psychologue au centre médico-psychologique (CMP)

Maison départementale des adolescents de Mayotte

- Fatiha DJABOUR, cheffe de service

Établissement départemental d'éducation, de formation et de soins (EDEFS) 35

- Aurélie QUEAU, directrice

Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) d'Ille-et-Vilaine

- Ludivine CALIPEL, chef de service évaluation
- Virginie LAHAYE, conseillère en continuité de parcours
- Hélène LAPIE, conseillère en continuité de parcours
- Thérèse OLLIVAUX, directrice

PERSONNALITÉS QUALIFIÉES

- Pr Thierry BAUBET, chef du service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, psychiatrie générale et addictologie de l'hôpital Avicenne
- Pr David COHEN, membre de la commission nationale de psychiatrie, chef du service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière
- Dr Selim GESSOUM, pédopsychiatre à la maison des adolescents de l'hôpital Cochin
- Dr Jean-Pierre KLEIN, psychiatre et art-thérapeute
- Pr Michel LEJOYEUX, président de la commission nationale de la psychiatrie, chef du service de psychiatrie et d'addictologie à l'hôpital Bichat
- Pr Daniel MARCELLI, ancien chef du service de psychiatrie infanto-juvénile du centre hospitalier Henri Laborit de Poitiers

CONTRIBUTIONS ÉCRITES

STRUCTURES NATIONALES

- Association Addictions France
- Association Caméléon
- Association D'Aide, de défense homosexuelle, pour l'égalité des orientations sexuelles (ADHEOS)
- Association des psychiatres de secteur infanto-juvénile (API)
- Association Intermèdes Robinson
- Centre de Primo Levi
- Croix Rouge Française (CRF)
- Association La Dérive 371-4
- Fédération française des psychologues et de de psychologie (FFPP)
- Fondation pour l'Enfance
- Ligue des droits de l'Homme
- Médecins de Monde
- Médecins sans Frontières (MSF)
- Mutualité française
- Syndicat national des assistants de service social de l'éducation nationale - Union nationale des syndicats autonomes (SNASEM-UNSA)
- Syndicat national des médecins de protection maternelle et infantile (SNMPMI)
- SOS Villages d'enfance
- Société française de pédiatrie médico-légale
- Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux (Uniopss)

STRUCTURES LOCALES

- Union régionale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux (Uriopss) PACA et Corse
- Association départementale pour le développement des actions de prévention (Groupe addap13) des Bouches-du-Rhône (13)
- Sauvegarde 13 Enfance handicap IME Vert Pré - Lou Mas Maillon et OM La Paradou (13)
- Equipe de psychiatrie du SPAD intervenant auprès des adolescents incarcérés au Quartier Mineur de la Maison d'Arrêt de Luynes (37)
- Maison des adolescents de Dijon (52)
- Maison d'enfants à caractère social Balmont à Neuville-sur-Saône (69)
- Association Enfants de la Baie de Bandol, établissement pour enfants et adolescents polyhandicapés les lauriers roses (83)

ANNEXE 6

NOTES

- ¹ Le Préambule de la Constitution de 1946 affirme ainsi que « la Nation assure à l'individu et à la famille les conditions nécessaires à leur développement » et qu'elle « garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs » ; la Déclaration universelle des droits de l'homme reconnaît que « toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires » ; la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne prévoit que « toute personne a le droit d'accéder à la prévention en matière de santé et de bénéficier de soins médicaux dans les conditions établies par les législations et pratiques nationales. Un niveau élevé de protection de la santé humaine est assuré dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de l'Union ».
- ² Comité des droits de l'enfant, Observation générale n°15 (2013) sur le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible.
- ³ *Ibidem*.
- ⁴ *Ibidem*.
- ⁵ OMS, *Plan d'action global pour la santé mentale*, 2013-2020.
- ⁶ Voir par exemple : Ministère de la solidarité, de la santé et de la protection sociale, Circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de la santé mentale ; Éric Piel, Jean-Luc Roelandt, *De la psychiatrie vers la santé mentale* 2001.
- ⁷ Ministère des Solidarités et de la santé, *Feuille de route santé mentale et psychiatrie*, 2018.
- ⁸ *Ibidem*.
- ⁹ M.R Moro et J-L Brison « *Mission bien-être et santé des jeunes* », novembre 2016.
- ¹⁰ « *Mise en œuvre de la feuille de route santé mental et psychiatrie, état d'avancement au 21 janvier 2021* », Ministère des Solidarités et de la santé.
- ¹¹ Ministère des Solidarités et de la santé, *Dessine-moi un parent - Stratégie nationale de soutien à la parentalité 2018-2022*.
- ¹² En particulier dans l'engagement 1 (« *Agir le plus précocement possible pour répondre aux besoins des enfants et de leurs familles* »), qui prévoit notamment de : « *doubler le nombre de visites à domicile pré et postnatales et renforcer les consultations infantiles pour les 0-6 ans* » et « *soutenir les actions innovantes centrées sur la santé du jeune enfant en PMI* ».
- ¹³ Défenseur des droits, Rapport 2018 consacré aux droits de l'enfant, *De la naissance à 6 ans : au commencement des droits*.
- ¹⁴ Michèle Peyron, *Pour sauver la PMI, agissons maintenant !*, mars 2019.
- ¹⁵ OCDE, Petite enfance, grands défis 2017 : *Les indicateurs clés de l'OCDE sur l'éducation et l'accueil des jeunes enfants*.
- ¹⁶ DRESS, avril 2021, *Opinion des familles monoparentales sur les politiques sociales : un sentiment de vulnérabilité et une attente forte de soutien à la parentalité*.
- ¹⁷ Articles L.222-1 à L.222-7 du Code de l'action sociale et des familles.
- ¹⁸ Article 375-9-1 du Code civil.
- ¹⁹ IGAS, *Démarche de consensus relative aux interventions de protection de l'enfance à domicile* (Rapport IGAS n°2019-036R) décembre 2019.
- ²⁰ La conférence de la famille du 12 juin 1998 a reconnu le soutien à la parentalité comme une priorité nationale et créé les Réseaux d'Ecoute, d'Appui et d'Accompagnement des Parents (REAAP) par la circulaire interministérielle du 9 mars 1999. Le REAAP réunit les partenaires et les parents qui, dans leur travail, leur action et leur implication souhaitent offrir à tous les parents des espaces de paroles, d'écoute, d'échanges et de conseils autour de leurs préoccupations, leur quotidien, leur envie d'agir pour le bien être de leur enfant.
- ²¹ MIDELCA, Plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022.
- ²² <https://www.fondation-enfance.org/wp-content/uploads/2021/03/CP-Enfants-et-ecrans-18-09-2019.pdf>
- ²³ La recrudescence de la prostitution des mineurs toucherait entre 7000 et 10000 enfants, selon le rapport remis le 28 juin 2021 au secrétaire d'Etat chargé de l'enfance et des familles par le groupe de travail mandaté sur ce thème.
- ²⁴ Académie nationale de médecine Rapport 17-05 « *Précarité, pauvreté et santé* », Acad. Natle Méd., 2017, 201, n° 4-5-6, 567-587, séance du 20 juin 2017.
- ²⁵ Par exemple, en Seine-Saint-Denis, département le plus pauvre de France métropolitaine, un tiers des habitants vivent dans un logement « sur-occupé », c'est-à-dire

dont le nombre de pièces est insuffisant au regard de la taille de leur ménage.

- ²⁶ <https://www.drogues-info-service.fr/Tout-savoir-sur-les-drogues/Se-faire-aider/Les-Consultations-jeunes-consommateurs-CJC-une-aide-aux-jeunes-et-a-leur-entourage>
- ²⁷ Rapport Mission *Bien-être et Santé des Jeunes*, Marie-Rose MORO et Jean-Louis BRISON, novembre 2016.
- ²⁸ Etude ADOCARE, institut de Psychologie, Centre Henri Piéron.
- ²⁹ Handéo, *La complexité du vécu des jeunes aidants : décrire, comprendre, repérer*, septembre 2021.
- ³⁰ [lesfunambules-falret.org/](https://www.jefpsy.org/)
- ³¹ <https://www.jefpsy.org/>
- ³² Direction de l'évaluation de la prospective et de la performance, Revue Éducation et formation, *Les enseignants : panorama, carrières et représentations du métier*, numéro 101, novembre 2020.
- ³³ OCDE, *Résultats de l'enquête PISA 2015 : le bien-être des élèves*, France, 2015.
- ³⁴ Défenseur des droits, *Enfance et violence : la part des institutions publiques*, 2019.
- ³⁵ OMS, *Life skills education for children and adolescents in schools*, 1994.
- ³⁶ Ministère de l'Éducation nationale, Circulaire n° 2016-114 du 10 août 2016, *Orientations générales pour les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté*.
- ³⁷ Voir par exemple l'action n°1 de la *Feuille de route interministérielle santé mentale et psychiatrie de 2018* : « Renforcer les compétences psychosociales ».
- ³⁸ OCDE (2018), Résultats du PISA 2015 (Volume III) : *Le bien-être des élèves*, PISA, Éditions OCDE, Paris, p.46, Selon cette étude, 9% des élèves harcelés indiquent avoir séché l'école plus de trois ou quatre fois durant les deux semaines précédant l'évaluation.
- ³⁹ Défenseur des droits, Avis 21-10 relatif au harcèlement scolaire et au cyberharcèlement, 12 juillet 2021.
- ⁴⁰ La loi n°2019-791 du 26 juillet 2019 pour une école de la confiance a inséré l'article L.511-3-1 du Code de l'éducation, énonçant : « *Aucun élève ne doit subir, de la part d'autres élèves, des faits de harcèlement ayant pour objet ou pour effet une dégradation de ses conditions d'apprentissage susceptible de porter atteinte à ses droits et à sa dignité ou d'altérer sa santé physique ou mentale.* »
- ⁴¹ LGBT+ : Lesbiennes, gays, bi et trans. Le recours au « + » fait en particulier référence aux personnes intersexes.
- ⁴² Haute Autorité de Santé, *Idées et conduites suicidaires chez l'enfant et l'adolescent : prévention, repérage, évaluation, prise en charge*, Recommandation de bonne pratique (https://www.has-sante.fr/jcms/p_3288864/

[fr/idees-et-conduites-suicidaires-chez-l-enfant-et-l-adolescent-prevention-reperage-evaluation-prise-en-charge](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3288864/fr/idees-et-conduites-suicidaires-chez-l-enfant-et-l-adolescent-prevention-reperage-evaluation-prise-en-charge)), septembre 2021.

- ⁴³ Cour des comptes, Rapport sur *les médecins et les personnels de santé scolaire*, avril 2020, p. 27.
- ⁴⁴ Au 1^{er} janvier 2019, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques ne dénombrait que 38,2 orthophonistes pour 100 000 habitants, in *dépenses de santé* 2019.
- ⁴⁵ Défenseur des droits, *Rapport parallèle dans le cadre de l'examen du rapport initial de la France sur la mise en œuvre de la Convention relative aux droits des personnes handicapées*, juillet 2021.
- ⁴⁶ ONU, Visite en France - Rapport de la Rapporteuse spéciale sur les droits des personnes handicapées, 8 janvier 2019.
- ⁴⁷ OCDE (2021), *L'enseignement à la loupe #40, Soutenir les élèves ayant des besoins spécifiques d'éducation : une priorité stratégique pour l'enseignement primaire*.
- ⁴⁸ HAS, *Accompagner la scolarité et contribuer à l'inclusion scolaire*, septembre 2021.
- ⁴⁹ Comité des droits de l'enfant, Observations finales faites à la France sur le sujet de la santé mentale, 2016.
- ⁵⁰ L'article 1^{er} du décret n° 63-146 du 18 février 1963 précise que les Centres Médico-Psycho-Pédagogiques (CMPP) « pratiquent le diagnostic et le traitement des enfants inadaptés mentaux, dont l'inadaptation est liée à des troubles neuropsychiques ou à des troubles du comportement », « sans hospitalisation du malade ».
- ⁵¹ Selon le rapport d'activité type des CMPP 2017-2018, les 127 CMPP répondants en 2018 totalisent 2 056 postes dont 105 vacants, soit 5,1 %. 157 CMPP en 2017 totalisent 2 534 postes dont 138,5 non pourvus, soit 5,4 %.
- ⁵² *Mise en œuvre de la Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté - bilan d'étape - Octobre 2020*.
- ⁵³ Défenseur des droits, décision n°2018-259 du 25 octobre 2018. Voir aussi le test de situation sur « *Les refus de soins discriminatoires liés à l'origine et à la vulnérabilité économique dans trois spécialités médicales* » réalisé, à la demande du Défenseur des droits et du Fonds CMU-C, par l'équipe de recherche du TEPP-CNRS (octobre 2019) : les situations de refus de soins discriminatoires, explicites et directes, étaient le fait de 9% des dentistes, 11% des gynécologues et 15% des psychiatres.
- ⁵⁴ Discours de clôture des assises de la santé mentale et de la psychiatrie, 27 septembre 2021.
- ⁵⁵ Par exemple : Assemblée nationale, Sandrine Mörch, Marie-George Buffet, *Rapport fait au nom de la commission d'enquête pour mesurer et prévenir les effets de la crise du covid-19 sur les enfants et la jeunesse*, 2020.

- ⁵⁶ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), *Confinement du printemps 2020 : une hausse des syndromes dépressifs*, surtout chez les 15-24 ans, 2021.
- ⁵⁷ *Ibidem*.
- ⁵⁸ Délégation ministérielle à la santé mentale et à la psychiatrie (DMSMP), *Rapport d'analyse des retours d'expérience de la crise covid-19 dans le secteur de la santé mentale et de la psychiatrie*, 2020.
- ⁵⁹ Chiffre communiqué par la DSDEN 69 pour la préparation de ce rapport.
- ⁶⁰ Rapport d'information fait au nom de la mission d'information sur la situation de la psychiatrie des mineurs en France, Alain Milon, Michel Amiel, avril 2017.
- ⁶¹ IGAS, *Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960*, 2017. Les chiffres suivants proviennent de ce rapport.
- ⁶² DREES, *les établissements de santé, les patients suivis en psychiatrie*, 2020.
- ⁶³ Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES), *Atlas de la santé mentale, 2020* ; IGAS, *Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques...*, 2017.
- ⁶⁴ Dr Marie-Rose Moro et Jean-Louis Brison, *Plan d'action en faveur du bien-être et de la santé des jeunes remis au Président de la République*, 2016.
- ⁶⁵ IRDES, *Atlas de la santé mentale*, 2020.
- ⁶⁶ *Ibidem*.
- ⁶⁷ Haut Conseil de la santé publique, *évaluations du plan psychiatrie et santé mentale, 2011-2015*, 2015.
- ⁶⁸ Kovess V., Choppin S., Gao F., Pivette M., Husky M., Leray E. Psychotropic Medication Use in French Children and Adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*. 2015 Jan 13. PubMed PMID: 25584837.
- ⁶⁹ IGAS, *Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques...*, 2017.
- ⁷⁰ IRDES, *Atlas de la santé mentale*, 2020.
- ⁷¹ Santé publique France, *Epidémiologie descriptive des tentatives de suicide et des suicides dans les communes isolées de Guyane française, Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2020
- ⁷² Ministère des Solidarités et de la santé, *Feuille de route santé mentale et psychiatrie*, 2018. Actions 24 et 25.
- ⁷³ Nombre maximal d'étudiants de troisième cycle des études de médecine autorisés à suivre une option de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent : 117 pour l'année universitaire 2019-2020, 147 pour l'année universitaire 2020-2021, 1551 pour l'année universitaire 2021-2022.
- ⁷⁴ Par exemple au sein du pôle Hospitalo-universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de Rennes.
- ⁷⁵ Robert M., Paget L.-M., Léon C., Sitbon A., Du Roscoät E., Chan Chee C. *Baromètre santé DOM 2014. Santé mentale*. Saint-Maurice : Santé publique France, 2017.
- ⁷⁶ CIDE, articles 3 et 24.
- ⁷⁷ Code de la santé publique, article R.3221-1.
- ⁷⁸ Ministère de la santé et de la protection sociale, Circulaire n° 2004-517 du 28 octobre 2004 relative à l'élaboration des schémas régionaux d'organisation des soins de l'enfant et de l'adolescent.
- ⁷⁹ Défenseur des droits, décision n°2020-008 du 22 décembre 2020.
- ⁸⁰ Défenseur des droits, décision n°2020-008 du 22 décembre 2020.
- ⁸¹ Contrôleur général des lieux de privation de liberté, *Les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mentale*, novembre 2017.
- ⁸² Code de la santé publique, article L.111-2, alinéas 1 et 2.
- ⁸³ Code de la santé publique, article L.111-4, alinéas 1 et 4.
- ⁸⁴ Voir notamment le rapport de 2017.
- ⁸⁵ Code de la santé publique, article L.111-2, alinéa 5.
- ⁸⁶ Code de la santé publique, article L.111-4, alinéa 7.
- ⁸⁷ Défenseur des droits, *Prendre en compte la parole de l'enfant : un droit pour l'enfant, un devoir pour l'adulte, rapport annuel consacré aux droits des enfants*, 2020.
- ⁸⁸ Fédération hospitalière de France, l'accueil des enfants hospitalisés à l'hôpital public, les recommandations de la FHF, 2019.
- ⁸⁹ Ministère des affaires sociales et de la solidarité nationale, Circulaire n° 83-24 du 1^{er} août 1983 relative à l'hospitalisation des enfants : « Les parents doivent pouvoir assister aux soins médicaux et infirmiers s'ils le souhaitent et si, à l'expérience, leur présence ou leur comportement ne s'avère pas gênant ».
- ⁹⁰ Contrôleur général des lieux de privation de liberté, *Les Droits fondamentaux des mineurs...*, 2017.
- ⁹¹ Défenseur des droits, décision MDE-MSP-2015-190 du 4 septembre 2015.
- ⁹² CIDE, article 28 : « Les Etats parties reconnaissent le droit de l'enfant à l'éducation (...) ».
- ⁹³ Code de la santé publique, article L.1110-6.
- ⁹⁴ Contrôleur général des lieux de privation de liberté, *Les Droits fondamentaux des mineurs...*, 2017.
- ⁹⁵ Code de procédure pénale, articles 706-50 à 706-53.
- ⁹⁶ Défenseur des droits, décision n°2019-133 du 24 juillet 2019.

- ⁹⁷ Guillaume Bronsard, Michel Amiel, *Devant les pénibles défaillances autour des enfants placés, la grande alliance entre pédopsychiatrie et l'Aide Sociale à l'Enfance est nécessaire*, 2020.
- ⁹⁸ *Pour une approche globale de l'enfant : la nécessaire coordination du soin et de la protection*, décembre 2020, CNAPE.
- ⁹⁹ Défenseur des droits, décision n°2017-35 du 24 juillet 2017.
- ¹⁰⁰ Code de l'action sociale et des familles, article L223-1-1.
- ¹⁰¹ Défenseur des droits, décision n°2021-45 du 25 février 2021.
- ¹⁰² *Rapport relatif à l'accès à la santé des enfants pris en charge au titre de la protection de l'enfance : accès au soin et sens du soin*, Séverine Euillet, Juliette Halifax, Pierre Moisset et Nadège Séverac.
- ¹⁰³ Dr Marie-Paule Martin-Blachais, *Rapport sur la Démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance*, 2017.
- ¹⁰⁴ Défenseur des droits, *Handicap et protection de l'enfance – Des droits pour les enfants invisibles, rapport annuel consacré aux droits des enfants*, 2015.
- ¹⁰⁵ Défenseur des droits, *Rapport parallèle dans le cadre de l'examen du le rapport initial de la France sur la mise en œuvre de la Convention relative aux droits des personnes handicapées*, juillet 2021.
- ¹⁰⁶ Haut Conseil de la Santé Publique, *Avis relatif au bilan de santé des enfants étrangers isolés*, 7 novembre 2019.
- ¹⁰⁷ Comité des droits de l'enfant l'observation générale n°6 (2005) sur le traitement des enfants non accompagnés et des enfants séparés en dehors de leur pays d'origine.
- ¹⁰⁸ Défenseur des droits, décision n°2019-058 du 28 mars 2019.
- ¹⁰⁹ Défenseur des droits, décision n°2019-230 du 17 septembre 2019.
- ¹¹⁰ Défenseur des droits, avis n°2021-08 du 25 juin 2021.
- ¹¹¹ Circulaire interministérielle du 25 janvier 2016 relative à la mobilisation des services de l'Etat auprès des conseils départementaux concernant les mineurs privés temporairement ou définitivement de la protection de leur famille et les personnes se présentant comme tels.
- ¹¹² Défenseur des droits, décision n°2021-010 du 3 février 2021.
- ¹¹³ CNAPE, *Contribution sur la santé mentale des mineurs dans le cadre de l'examen de la France par le Comité des droits de l'enfant de l'ONU*, juillet 2020.
- ¹¹⁴ Défenseur des droits, *Rapport annuel consacré aux droits des enfants 2016, Droit fondamental à l'éducation : une école pour tous, un droit pour chacun*.
- ¹¹⁵ Défenseur des droits, *Rapport annuel consacré aux droits des enfants 2020, Prendre en compte la parole de l'enfant : un droit pour l'enfant, un devoir pour l'adulte*, p.12.
- ¹¹⁶ Circulaire du 24 mai 2013 du garde des Sceaux, ministre de la Justice relative au régime de détention des mineurs.
- ¹¹⁷ Circulaire d'application du 10 mars 2016 de l'arrêté n° JUSF1509326A du 31 mars 2015 relatif aux règles d'organisation, de fonctionnement et de prise en charge des centres éducatifs fermés du secteur public de la protection judiciaire de la jeunesse.
- ¹¹⁸ Etude médico-psychologique d'adolescents placés en centre éducatif fermé en France, Professeurs Guillaume Bronsard et Laurent Boyer, 2019.
- ¹¹⁹ CGLPL, *Les droits fondamentaux des mineurs enfermés*, Dalloz, 2021.
- ¹²⁰ Loi n° 2015-925 du 29 juillet 2015 relative à la réforme du droit d'asile.
- ¹²¹ Voir également les observations finales du Comité des droits de l'enfant de l'ONU, du 23 février 2016, qui se dit préoccupé par la situation des enfants migrants non accompagnés qui sont automatiquement placés dans les zones d'attente des aéroports, à l'hôtel et dans d'autres locaux de rétention administrative, parfois avec des adultes, ainsi que par les informations indiquant que ces enfants seraient renvoyés avant même d'avoir parlé à un administrateur ad hoc. Il a dès lors recommandé à la France, d'adopter les mesures nécessaires, notamment des mesures juridiques, pour éviter le placement d'enfants dans les zones d'attente, en redoublant d'efforts pour trouver des solutions adéquates de substitution à la privation de liberté et pour assurer aux enfants un hébergement adapté, et a invité instamment la France à respecter pleinement les obligations de non-refoulement.
- ¹²² Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile, article L.551-1.
- ¹²³ CEDH, Affaire Moustahi c. France, Cinquième section, n°9347/14.
- ¹²⁴ CEDH, Affaire Popov c. France, Cinquième section, n°39472/07 et 39474/07.
- ¹²⁵ Voir notamment la directive 2008/115/ce du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 2008, relative aux normes et procédures communes applicables dans les Etats membres au retour des ressortissants de pays tiers en séjour irrégulier.
- ¹²⁶ Défenseur des droits, décision n°2018-045.

Défenseur des droits

TSA 90716 - 75334 Paris Cedex 07

09 69 39 00 00

defenseurdesdroits.fr

