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

Conseil de l'enfance et de l'adolescence

Santé et santé mentale de l'enfant : l'efficience par la prévention et des réponses diversifiées

Extrait du rapport

Pour un redressement durable de la sécurité sociale

Partie III, Chapitre 2

Remis au Premier ministre le 2 juillet 2025

suite à saisine du Hcaam, du HCFEA et du HCFiPS

Sommaire

Synthèse 3

Santé et santé mentale de l'enfant : l'efficience par la prévention et des réponses diversifiées 5

I. Réduire la mortalité infantile : une urgence médicale et sociale 7

II. Santé mentale : vers une régulation de la consommation de médicaments psychotropes par les enfants 9

A. Les besoins de soins en hausse, des réponses insuffisantes, et des risques de prescriptions médicamenteuses par défaut 9

B. Prescrit-on trop de médicaments psychotropes aux enfants ? 13

III. La prévention par l'accueil du jeune enfant, sa qualité et son inclusivité 22

A. La lutte contre les effets de la pauvreté sur les enfants : un double engagement de la France 22

B. La flexibilité comme prévention 24

IV. Santé environnementale : préparer l'avenir 25

Synthèse

Les propositions du Conseil de l'enfance et de l'adolescence du HCFEA en vue d'un redressement des comptes de la sécurité sociale visent ici des diminutions de dépenses par une prévention généraliste. En lien avec les mesures de soutien à la parentalité, qui favorisent l'emploi et les conditions de vie des enfants, une meilleure efficience devrait prendre appui sur une vision stratégique d'ensemble des spécificités de l'enfance et de l'adolescence.

Pour protéger l'avenir, il est essentiel de répondre aux besoins non couverts de soin et d'accompagnement, faute d'anticipation sur la démographie des professionnels de l'enfance. Le Conseil propose d'évaluer le coût du retard de prise en charge des enfants sur toutes les étapes de leur développement physique, affectif, intellectuel et social. Il propose aussi de mesurer les impacts des projets de loi sur les enfants par une commission dédiée au Parlement. Enfin, une infrastructure de recherche sur l'enfance pourrait rassembler des données mieux centrées sur les enfants, reliant chercheurs, administrations et utilisateurs.

Réduire le taux de mortalité infantile est une urgence. La France est 23e sur 27 pays au sein de l'Union européenne. Les causes en sont multiples. Les progrès impliquent des soins de qualité de la mère et de l'enfant, y compris quand leur situation de vie est complexe ou précaire. Ils passent par la prévention « prévenante » de l'aller-vers. Centres de PMI, de prévention médico-psycho-sociale de la mère et de l'enfant, maternités, structures d'accueil collectif et individuel du jeune enfant et services sociaux renforcent la prévention et l'accès aux soins par leur aptitude à détecter des signaux d'appel ou de risques.

Réduire la consommation de médicaments psychotropes par les enfants est une piste d'économie. Si les médicaments psychotropes sont en soi une réponse, ils sont pour certains recommandés par les autorités de santé en deuxième intention, quand les mesures non médicamenteuses seules s'avèrent insuffisantes, et la surconsommation est à éviter. Il convient de donner la priorité, lorsque cela est possible, aux approches non pharmacologiques et aux autres formes d'aides adaptées, dans des délais courts, et à proximité. Or la consommation de psychotropes est en forte augmentation, par des enfants de plus en plus jeunes, sur des durées longues, et avec des poly-prescriptions : entre 2010 et 2023, le taux de délivrance pour les patients de 0 à 17 ans a augmenté de + 137 % pour les hypnotiques, + 88 % pour les antidépresseurs, + 62 % pour les antiépileptiques, + 50 % pour les neuroleptiques et + 40 % pour les psychostimulants, pour des prescriptions souvent hors autorisation de mise sur le marché et malgré l'existence d'effets indésirables. La réponse aux difficultés mentales des enfants ne saurait être que sanitaire. Réduire la consommation de médicaments psychotropes va de pair avec des offres thérapeutiques diversifiées, incluant la participation des familles et du milieu éducatif, et inscrivant la santé mentale dans une approche plurielle et préventive. Le Conseil propose d'estimer le coût global de la consommation de psychotropes (traitements, consultations, examens et coûts liés aux effets indésirables à moyen et long terme, dont les pathologies chroniques), d'inciter à

prescrire pour des durées plus courtes, conformes aux recommandations des autorités de santé, et d'envisager la déprescription avec les jeunes patients, leurs familles et le milieu éducatif au besoin.

Il est nécessaire de développer la prévention en santé par la qualité et la coordination des services, à l'échelle du bassin de vie. Une meilleure égalité territoriale des réponses aux problématiques de santé et de santé mentale des enfants et adolescents, avec des offres diversifiées et dans des délais raisonnables, est une mesure de justice et d'économie. Elle repose sur un « triple *continuum* » de ressources locales, pour l'accessibilité, pour tous les âges afin de prévenir les ruptures de parcours, et pour les différents niveaux de gravité, à travers une coordination à chaque moment de la chaîne thérapeutique, pour une meilleure efficience.

Quel service public de la petite enfance ? L'équilibre des comptes de la sécurité sociale repose sur l'emploi et le renouvellement des générations comme principale richesse. Or la jeune génération hésite à procréer. Lutter contre la pauvreté, par la qualité de l'emploi et une socialisation progressive dès la petite enfance est une mesure d'avenir. Depuis 2017, le HCFEA a instruit un ensemble de propositions favorables à la conciliation entre la vie professionnelle des mères et des pères et leur besoin de temps et de droits pour leurs enfants et adolescents, et leurs proches âgés ou à besoins spécifiques. Pour la première enfance, il a défini les outils de pilotage d'une **montée en qualité affective, éducative et sociale de l'accueil collectif et individuel** qui favorise la prévention des troubles du lien enfant-parents et l'adaptation entre enfants, école et société. Il défend aussi **l'accueil très précoce du jeune enfant en situation de handicap** en collectivité, à la fois dans son intérêt, et pour soutenir les parents, et prévenir leur isolement, leur retrait de l'emploi et les risques d'appauvrissement familial. Pour les 43 % d'enfants qui n'ont pas accès aux modes d'accueil formels, il propose un parc d'accueils plus diversifiés, flexibles, ajustés, qui permettent une socialisation progressive avant l'école, préviennent les troubles de la séparation et lèvent des freins à l'emploi des mères.

Pour préserver l'avenir, **il faut enfin favoriser la santé environnementale et les chemins d'un dehors inclusif**, en ville et dans la nature. Les enfants ne veulent plus sortir. Le Conseil de l'enfance a étudié « *les conditions d'un extérieur inclusif et habité, à hauteur d'enfants* », pour prévenir les troubles mentaux et somatiques liés à la sédentarité, au repli sur les écrans et au huis clos familial. Il propose de lever les mesures entravant l'accès à un espace à ciel ouvert, dans les institutions et services de l'enfance (lieux d'accueil, soins, protection, éducation, justice), et de **réglementer les pratiques éducatives et administratives induisant l'usage des écrans** au quotidien. Il insiste sur la lutte contre le « mal logement », le sans-abrisme, et leurs impacts sur la santé. Il appelle à soutenir les plans d'adaptation au réchauffement climatique, la réduction des pollutions, et **des espaces d'exercice physique et de nature** ouverts à tous. Enfin, il juge nécessaire, pour favoriser l'activité en extérieur, de sécuriser le partage de la voie publique sur les chemins de l'école ou du lycée, et de faire place au besoin de repos, de locomotion active et douce, et de jeux pour les enfants.

Santé et santé mentale de l'enfant : l'efficience par la prévention et des réponses diversifiées

Extrait du rapport *Pour un redressement durable de la sécurité sociale*, partie III, chapitre 2

Les propositions du Conseil de l'enfance et de l'adolescence concernant les enfants visent ici des diminutions de dépenses de sécurité sociale par une prévention généraliste. Conformément à ses missions, le Conseil instruit et propose des conditions plus favorables à la protection et au développement global des enfants et des adolescents, dans le respect de leurs droits, et avec leur participation au travers d'un collège de 12 enfants et adolescents qui s'exprime en qualité de membre. En lien avec les mesures de soutien à la parentalité, qui favorisent les conditions de vie des enfants et l'emploi, une meilleure efficience devrait prendre appui sur une vision stratégique des spécificités de l'enfance et de l'adolescence.

Les dépenses de protection sociale s'appuient sur des recettes, notamment le taux d'emploi, sur des transferts entre différentes catégories de la population, et sur la redistribution. Le taux d'emploi des parents, et sa qualité, constituent à la fois l'un des socles de recettes de la sécurité sociale et le socle d'une sécurisation des conditions favorables au développement des enfants, ce qui préserve l'avenir.

Compte tenu du principe des transferts, les déficits actuels constituent une dette potentielle pour les générations futures[1]. Or il s'avère que les diagnostics disponibles dans les recherches et études publiques sur la situation des enfants et des jeunes[2] montrent qu'une part importante d'entre eux pâtissent déjà des défauts d'anticipation des réponses à leurs besoins fondamentaux. Ne serait-ce que le premier : les enfants doivent être entourés d'adultes fiables tout au long de leur développement et dans toutes les sphères de leur vie, naissance, accueil, éducation, santé, prise d'autonomie et de responsabilité. La perte de chance liée au manque de professionnels de l'enfance, et d'acteurs formés[3] dans de nombreux domaines, ne trouve pas de réponse actuellement.

Comment protéger l'avenir, et répondre aux **besoins actuels non couverts** dans l'offre de soin et d'accompagnement socio-médico-psycho-éducatif, faute d'anticipation notamment sur la démographie des professionnels de l'enfance ?

---

[1] Voir Principe n° 1 du rapport (réduire la dette).

[2] Le Livre blanc du travail social, 2023, en ligne : https://solidarites.gouv.fr/sites/solidarite/files/2023-12/Livre-blanc-du-travail-social-2023.pdf.

[3] ONPE, 2022, *La santé des enfants protégés : seizième rapport au Gouvernement et au Parlement*, Rapport ; HCFEA, Conseil de l'enfance, 2023, *op. cit.*, Annexes I.4 et V.4.

À partir de ses travaux, le Conseil de l'enfance s'attache dans ce chapitre, d'une part, aux questions de santé et de santé mentale de l'enfant, et d'autre part, aux possibilités d'une prévention dès la première enfance. Il commence par rappeler l'urgence de réduire la mortalité infantile (I). Dans le cadre de « La santé mentale grande cause nationale 2025 », il présente un focus sur la santé mentale et la consommation de médicaments psychotropes par les enfants et les adolescents (II). Il y ouvre la piste d'une réduction de ces prescriptions, compte tenu de leur forte augmentation, hors Autorisation de mise sur le marché, pour des enfants très jeunes, sur des durées beaucoup plus longues que celles recommandées, et dont les effets indésirables sont de mieux en mieux documentés[4]. La santé est tributaire de déterminants sociaux sensibles à l'action publique, comme la lutte contre la pauvreté dès la petite enfance (III) (voir aussi partie I et partie III ch.3). Enfin, ce chapitre ouvre sur la santé environnementale (IV) et propose des actions concrètes, favorables aux mobilités actives, au contact avec la nature, face à des enfants et adolescents qui ne sortent plus, se replient sur le virtuel, au risque de leur croissance et de leur équilibre psychologique.

Pour le Conseil de l'enfance, la réduction des dépenses de santé de l'enfant passe avant tout par une vision stratégique des impacts collatéraux des besoins non couverts à travers :

- une infrastructure de recherche pour rassembler des données mieux centrées sur les enfants reliant chercheurs–administrations–utilisateurs[5] ;
- un travail législatif spécifique de mesures d'impact : installer une commission Enfance au Sénat et le renforcement des compétences de la délégation aux droits de l'enfant de l'Assemblée nationale ;
- une vision stratégique de l'offre de médecine générale de l'enfant et de l'adolescent diversifiée, coordonnée, de proximité et accessible rapidement aux problématiques de santé mentale ;
- une réduction de la perte de chance cumulée pour les enfants, en situation de handicap, de pauvreté, en protection de l'enfance[6], par la qualité et la coordination des services qui s'occupent des enfants ;
- une prévention en santé environnementale : place des enfants dans les espaces publics, mobilités actives, réduction des écrans et des pollutions (air/eau/bruit), accès à la nature, qualité des logements et abords, classe dehors.

[4] HCFEA, Conseil de l'enfance et de l'adolescence, 2025, *L'aide et le soin aux enfants et adolescents en pédopsychiatrie et santé mentale. Compléments au rapport 2023*, Rapport.

[5] HCFEA, Conseil de l'enfance et de l'adolescence, 2019, Des recherches et des données mieux centrées sur les enfants et les adolescents, Rapport.

[6] Voir le Rapport de la commission d'enquête parlementaire sur les manquements des politiques publiques de protection de l'enfance. Voir également, apprentis d'Auteuil, 2023, La protection de l'enfance à l'horizon 2030-2035 : https://www.apprentis-auteuil.org/sites/default/files/medias/file/2023/11/Prospective-PdE-2023_Synthese.pdf.

I. Réduire la mortalité infantile : une urgence médicale et sociale

Le coût humain du décès d'un enfant ne saurait s'évaluer, mais les études de cas, la reprise des dossiers des patients et les comparaisons internationales rappellent que l'accident, l'imprévisible ou la fatalité se cumulent parfois avec des facteurs de risques réductibles.

En 2022 la France apparaît au 23e rang sur 27 des États au sein de l'Union européenne, et la mortalité infantile remonte depuis une dizaine d'année, passant, selon l'Insee, de 3,5 à 4,1 décès pour 1 000 naissances entre 2011 et 2024[7]. Comme l'Ined le rappelle, le taux de mortalité infantile constitue un indicateur clé de la qualité des soins périnatals et des politiques de santé publique[8]… Ainsi que l'indique Magali Barbieri, directrice de recherche, « *Cette stagnation de la mortalité infantile en France contraste avec les progrès observés ailleurs en Europe et pose un véritable défi pour notre système de santé* ».

Rappelons notamment les facteurs défavorables identifiés parmi lesquels les difficultés d'accès aux soins, la diminution des capacités des services de PMI[9], les localisations des maternités… L'Insee constate que ce sont les mères les plus jeunes, notamment parce qu'elles ont un moins bon suivi, et les plus âgées (pathologies préexistantes, complications), les naissances multiples, prématurées, les mères vivant dans les Drom, et d'une façon générale les plus pauvres et isolées qui sont les plus exposées à ce risque. Pour l'Ined, « *Si une étude récente suggère que des changements de définition concernant les naissances vivantes ont pu en partie contribuer à cette évolution défavorable, il semble que d'autres facteurs soient également en cause. Facteurs médicaux et état de santé des mères, inégalités territoriales et sociales d'accès aux soins, qualité de la prise en charge : plusieurs hypothèses doivent être explorées pour comprendre et enrayer cette évolution* »[10].

La prise de conscience est en cours et des projets de mesures sont actuellement avancés. C'est aussi ce que pointe le récent rapport du Sénat sur les soins néonatals[11], qui souligne la hausse préoccupante de la mortalité infantile et appelle à « *apporter une réponse organisée et assumée à la fragilité actuelle de l'offre de soins périnatals, qui fait peser des risques sur la santé des mères et des nouveau-nés, et menace l'équité sociale et territoriale* ». Il préconise « *une réorganisation de l'offre de soins assurant une sécurisation accrue des accouchements et, parallèlement, un renforcement du suivi en proximité durant la grossesse et après la naissance, notamment en assurant de meilleurs maillage et coordination des professionnels de santé de soins primaires au premier rang desquels les sage-femmes, les médecins généralistes et les professionnels des services de protection maternelle et infantile* ».

---

[7] Insee, Un enfant sur 250 meurt avant l'âge d'un an en France, *Insee Première*, n° 2048.

[8] Ined, Communiqué, Une mortalité infantile plus élevée en France que chez ses voisins - Espace presse - Ined - Institut national d'études démographiques, 20 03 2025.

[9] Rapport parlementaire, 2019, Michèle Peyron, Pour sauver la PMI, agissons maintenant !

[10] Ined, 2025, op. cit.

[11] Jacquemet A., Guillotin V., 2024, *Transformation de l'offre de soins périnatals dans les territoires : le travail doit commencer*, *L'Essentiel*, Rapport d'information, n° 753 (2023-2024), tome I, déposé le 10 septembre.

Le halo des causes de cette augmentation demande en effet à être mieux documenté. « *Il faut sans doute rechercher une aggravation des conditions démographiques, culturelles, sociales et économiques d'une fraction de la population. Les facteurs environnementaux sont nouvellement évoqués. La constitution d'une meilleure connaissance des circonstances de décès est nécessaire avec, entre autres, une fiche individuelle établie à chaque décès en comparaison avec le reste de la population, en sus du certificat de décès nouveau établi à partir de 2025.*[12] » À cet égard l'approbation en première lecture par l'Assemblée nationale le 16 mai d'une proposition de loi visant à lutter contre la mortalité infantile[13] comportant la création d'un registre des naissances pour mieux comprendre les causes de la mortalité infantile, et un moratoire de trois ans sur la fermeture des maternités montre une volonté politique d'agir – bien que le poids de cette baisse du nombre de maternités sur l'augmentation des décès soit discuté. Une meilleure organisation territoriale des soins, la coordination entre médecine de ville, à l'hôpital et en PMI aux moyens renforcés, et une prévention auprès des publics le plus vulnérables, sont ainsi mis en avant par la Cour des comptes notamment[14].

L'arrivée d'un bébé est une période sensible pour tous les parents : « *Les relations parent/nouveau-né alors en construction, peuvent être affectées par les difficultés vécues et des manifestations de symptômes. Ils sont perçus alors comme signes d'appel à repérer par les professionnels de PMI et à prendre en compte notamment par les psychologues cliniciens travaillant au sein des différents lieux en charge de la petite enfance : centres de PMI, structures d'accueil collectif et individuel du jeune enfant et grâce à leur connaissance du terrain et leurs aptitudes à détecter des signaux d'appel ou de risques. Alors que des "troubles" peuvent s'installer lorsque ces signaux et symptômes n'ont pas été entendus ou travaillés avec les familles* »[15]. Sur des personnes fragilisées, un manque de temps, d'outil ou de personnels, la rigidité d'une procédure, de normes, ou l'informatisation des administrations peuvent générer un vécu d'exclusion ou de négligence institutionnelle qui compromet l'aide et le soin.

Pour ces différentes raisons, le Conseil de l'enfance du HCFEA revient au fil de ce chapitre sur ses analyses et propositions relatives aux politiques de santé mentale, d'accompagnement de la parentalité et de la petite enfance plus inclusives et qualitatives dès la naissance. Ces propositions visent à favoriser la mise en lien précoce des parents avec des offres aux formats multiples et flexibles, donc plus proches. Il s'agit de faciliter les conditions d'accès aux soins de qualité de la mère et l'enfant – y compris dans les situations de vie complexes, ou précaires (outre-mer et en métropole[16]) – et par une prévention « prévenante » de l'aller-

[12] Bernard Branger, Alain Mouzard, *Évolution de la mortalité infantile en France de 1900 à 2024 : facteurs explicatifs sociaux, culturels, économiques et sanitaires*, Archives françaises de pédiatrie, à paraître. (hal-05020411).

[13] Proposition de loi, n° 1237, 17e législature, Assemblée nationale, déposée le 1er avril 2025.

[14] Voir notamment le rapport de la Cour des comptes, 2024, *La politique de périnatalité ; Des résultats sanitaires médiocres, une mobilisation à amplifier*.

[15] L'aide et le soin aux enfants et adolescents en pédopsychiatrie et santé mentale, Compléments au rapport 2023, Pierre Suesser, p. 13.

[16] HCFEA Conseil enfance, 2022 Santé et scolarisation des enfants de moins de six ans en Guyane à Mayotte et à la Réunion.

vers, incluant les facteurs de risques psychosociaux, par le recours à des médiatisations, auxquels s'ajoute le décloisonnement des opérateurs, plus favorable à un meilleur accueil et bien-être physique et psychologique de la mère, de l'enfant[17] et du couple, en particulier les plus jeunes, isolés, ou fragilisés et quels que soient le milieu et le contexte de vie. Ces acteurs renforcent la prévention et l'accès aux soins par leur connaissance du terrain et leurs aptitudes à détecter des signaux d'appel ou de risques.

II. Santé mentale : vers une régulation de la consommation de médicaments psychotropes par les enfants

A. Les besoins de soins en hausse, des réponses insuffisantes, et des risques de prescriptions médicamenteuses par défaut

Ces dernières années, de nombreux rapports[18] démontrent une détérioration manifeste de la santé mentale des jeunes de notre pays. Les travaux du Conseil de l'enfance du HCFEA, menés depuis 2022 sur la santé et la santé mentale des adolescents font, avec plusieurs autres organismes publics[19], le constat d'un « effet-ciseau » entre, d'un côté, une dégradation de l'état de la santé mentale des enfants, des adolescents et des jeunes, et de l'autre, une insuffisance de réponse par des soins ajustés, et disponibles[20]. Agir sur cet « effet ciseau » est ainsi un enjeu spécifique d'investissement pour préserver l'avenir en répondant aux besoins en santé mentale des enfants et des adolescents. Cette aggravation est apparue durant la pandémie de Covid-19, mais continue depuis. La stratégie nationale 2023-2027

[17] HCFEA, Conseil de l'enfance, 2023, *Quand les enfants vont mal. Comment les aider ?*, Rapport.

[18] Amiel M., 2017, *Situation de la psychiatrie des mineurs en France*, Rapport d'information n° 494, Sénat ; Dru A., Gautier A., 2021, *Améliorer le parcours de soins en psychiatrie*, Rapport Cese ; HAS, 2021, *Coordination entre services de protection de l'enfance et services de pédopsychiatrie*, Note de cadrage ; Défenseur des droits, 2021, *Santé mentale des enfants : le droit au bien-être*, Rapport ; Cour des Comptes, 2023, *La Pédopsychiatrie*, Rapport ; HCFEA, Conseil de l'enfance et de l'adolescence du HCFEA, 2024, *op. cit.* ; SFPEADA, 2024, *Quelle pédopsychiatrie pour le second quart du XXIème siècle ?*, Rapport ; Unicef France, 2024, *Consultation nationale des 6-18 ans. Enfants et adolescents en souffrance. Privations, déficit de protection et rejet social*, Rapport.

[19] HCFEA, Conseil de l'enfance et de l'adolescence, 2025, *L'aide et le soin aux enfants et adolescents en pédopsychiatrie et santé mentale. Compléments au rapport 2023*, Rapport. ; HCFEA, Conseil de l'enfance et de l'adolescence, 2024, *Santé mentale, Grande cause nationale 2025 : le HCFEA poursuit ses travaux et renouvelle l'alerte sur l'aide et les soins face à la souffrance psychique des enfants et des adolescents*, Avis ; HCFEA, Conseil de l'enfance et de l'adolescence, 2023, *op. cit.* ; Comité d'orientation des Assises de la pédiatrie et de la santé de l'enfant, 2023, Ma santé, notre avenir. Investir dans la santé de l'enfant : une urgence nationale, Rapport préparatoire aux assises de la santé de l'enfant ; Dru A., Gautier A., 2021, *op. cit.* ; Commission des Affaires sociales et santé, 2025, La santé mentale des jeunes, Projet d'avis sur la santé mentale des jeunes, Cese.

[20] Voir ONPE, 2022, *La santé des enfants protégés : seizième rapport au Gouvernement et au Parlement* ; HCFEA, Conseil enfance, 2023, *Quand les enfants vont mal*, Annexes I.4 et V.4.

pour les troubles du neurodéveloppement : autisme, DYS, TDAH, TDI[21] est en cours de déploiement et des programmes de prévention et d'éducation à la santé et la santé mentale des enfants sont portés par les autorités de santé et Santé publique France. Cependant, il y autour de l'offre de médecine générale de l'enfant et de l'adolescent[22], y compris la médecine scolaire[23], et en pédopsychiatrie[24], des besoins non couverts importants et une offre de soin et d'accompagnement de l'enfant et de l'adolescent insuffisante et difficile à mobiliser, faute de professionnels et d'acteurs formés[25].

Il conviendrait d'évaluer les surcoûts de dépenses de santé dus au retard d'accès et à l'éloignement des aides proposées, que constatent les médecins et les autres soignants dans la clinique du quotidien. Cette perte de temps et de chance génère l'aggravation, voire la chronicisation des troubles mentaux, mais aussi des symptômes somatiques et des fragilisations des parcours scolaires, d'apprentissages et des rapports sociaux des jeunes.

La détresse des enfants et des adolescents transparaît notamment dans la fréquence d'hospitalisation de jeunes patients pour des gestes auto-infligés. Entre 2007 et 2022, ce taux est supérieur aux autres classes d'âge et augmente significativement pour les 15-19 ans, et en particulier des filles, en médecine chirurgie obstétrique (MCO) et surtout en psychiatrie (Graphique 1)[26]. Selon la Drees[27], « *Les données 2024 montrent que l'augmentation persiste et s'accentue : elle est particulièrement marquée chez les très jeunes filles âgées de 10 à 14 ans avec une progression de + 22 % entre 2023 et 2024 tandis qu'elle atteint + 14 % chez les 15-19 ans* ».

[21] https://handicap.gouv.fr/troubles-du-neurodeveloppement-autisme-dys-tdah-tdi.

[22] HCFEA, Conseil de l'enfance et de l'adolescence, 2021, *La traversée adolescente des années collège*, Rapport.

[23] *Op. cit.*, Annexe I.3.

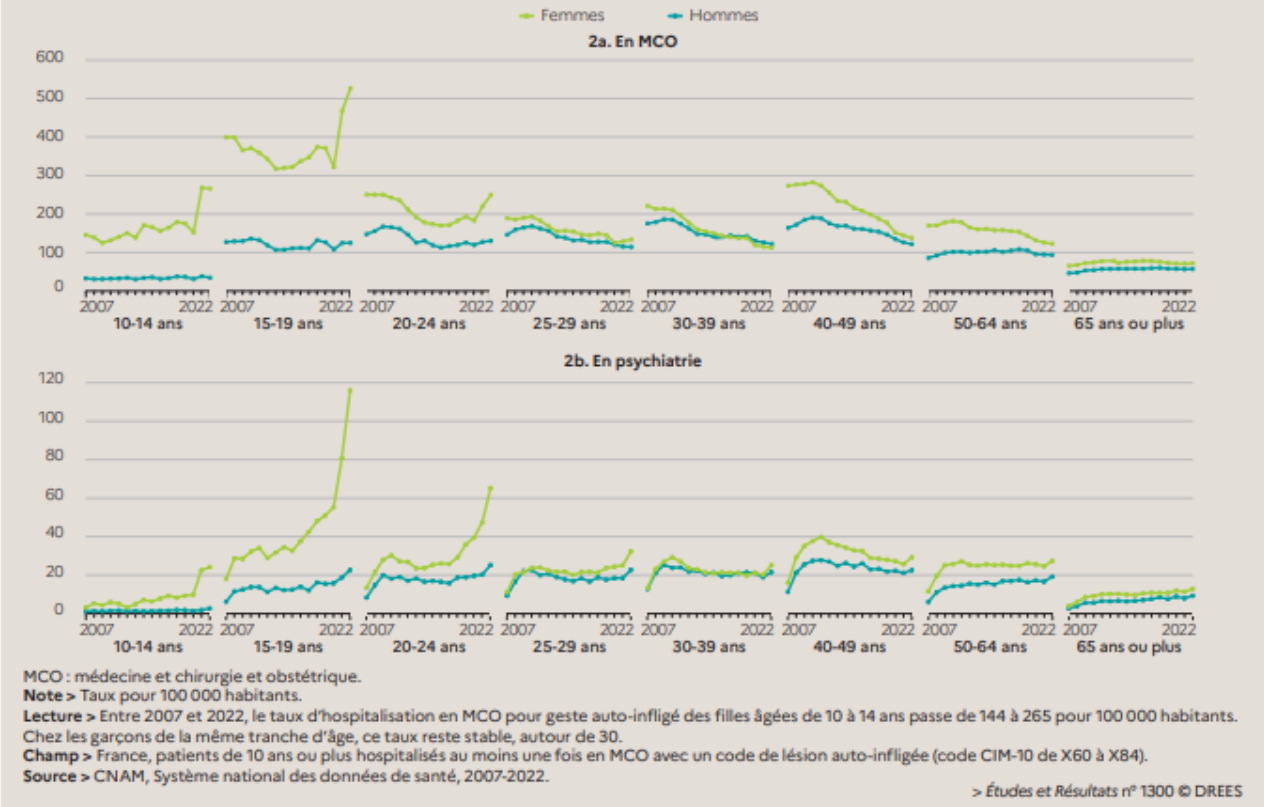
[24] Rapport HCFEA, Conseil de l'enfance et de l'adolescence, 2023, Quand les enfants vont mal, comment les aider ? ; Annexe I.

[25] ONPE, 2022, *op. cit.*, Rapport ; HCFEA, Conseil de l'enfance et de l'adolescence, 2023, Annexes I.4 et V.4.

[26] Voir aussi Santé publique France, bulletin, 2025, Surveillance annuelle des conduites suicidaires, bilan 2023, Bulletin : « *en 2023, les jeunes filles et jeunes femmes de 11 à 24 ans présentaient les taux d'hospitalisation pour geste auto-infligé les plus élevés, notamment les jeunes filles de 15 à 17 ans avec 737 hospitalisations pour 100 000* ».

[27] Drees, communiqué, 2025, *Le nombre d'adolescentes et de jeunes femmes hospitalisées pour tentatives de suicide et automutilations progresse à nouveau en 2024 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques*.

Graphique 1 I Taux de patients hospitalisés pour geste auto-infligé, pas sexe et classe d'âge, entre 2007 et 2022



Le Conseil de l'enfance invite à une approche plurielle, de prévention globale et de soins diversifiés, en lien avec l'environnement familial et éducatif, et en portant une attention spécifique aux enfants en situation de vulnérabilité particulière, voire en cumul de vulnérabilités (handicap, enfance protégée, précarité, et enfants ultramarins).

De même le rapport *Charges et produits de l'Assurance maladie* (2025) indique une augmentation de troubles psychiatriques des 12-25 ans, avec une prévalence des pathologies plus importante chez les plus défavorisés : « *c'est notamment le cas :*

- des maladies neurologiques : 1,2 % chez les jeunes de 12-25 ans couverts par la Complémentaire santé solidaire contre 0,7 % pour les non-bénéficiaires ;
- des maladies psychiatriques : 4,3 % chez les jeunes de 12-25 ans couverts par la Complémentaire santé solidaire contre 2,4 % pour les non-bénéficiaires ;
- des maladies respiratoires : 3,3 % chez les jeunes de 12-25 ans couverts par la Complémentaire santé solidaire contre 2,3 % pour les non-bénéficiaires »[28].

Bien que la feuille de route des Assises de la pédiatrie et de la santé de l'enfant soit encore en instance[29], le gouvernement a bien saisi l'urgence d'inscrire la santé mentale comme

[28] Cnam, 2024, *Rapport Charges et produits - Propositions de l'Assurance Maladie pour 2025*, juillet, p. 160.

[29] Feuille de route 2024 - 2030 pédiatrie et santé de l'enfant, *in Dossier de presse des Assises de la pédiatrie et de la santé de l'enfant*, 2023.

grande cause nationale pour 2025. L'annonce le 11 juin 2025 par le ministre de la Santé d'un nouveau Plan Psychiatrie et santé mentale autour de trois axes : « repérer », « soigner et mettre en place une psychiatrie de proximité lisible et accessible » et « reconstruire er renforcer la formation et la coordination en matière de santé mentale » confirme une volonté de marquer l'urgence d'agir, mais à ce stade sans mesures financières supplémentaires[30].

Le Conseil enfance appelle à une réponse aux problématiques de mal-être, de santé et de souffrance psychique spécialisée, territorialisée et graduée[31]. Il engage à préserver la prévention et les approches plurielles de soin et d'accompagnement prenant en compte les spécificités de chaque territoire et la gravité des problématiques pour rendre le plus efficient chaque maillon de la chaîne d'accompagnement et de soin[32].

Il considère que les professionnels de toutes les institutions et services de l'enfance contribuent à la santé et à la santé mentale des enfants et des jeunes, à l'échelle géographique du bassin de vie, en facilitant l'accès des parents à l'aide adaptée à leur enfant[33]. De plus, une coordination entre les professionnels et services impliqués dans l'accompagnement d'un enfant (pédopsychiatres, psychologues, psychomotriciens, orthophonistes, enseignants, infirmiers, éducateurs, assistants sociaux, etc.) est nécessaire.

Alors que les autres accompagnements sont indisponibles, comment justifier la hausse de la prescription de psychotropes, en particulier celle des antidépresseurs, des anxiolytiques et des antipsychotiques, mais aussi des psychostimulants, et l'allongement des durées de consommation[34] ? Certes le médicament est en soi une réponse dans un cadre psychopathologique donné, mais certains psychotropes sont recommandés en deuxième intention, d'autres, quand les mesures non médicamenteuses seules s'avèrent insuffisantes, et en association avec les autres formes d'aides adaptées[35]. Or cette consommation est en forte augmentation par des enfants de plus en plus jeunes, sur des durées longues, et avec des polyprescriptions. Ainsi, entre 2010 et 2023, on observe les augmentations suivantes : pour les hypnotiques + 137 %, les antidépresseurs + 88%, les antiépileptiques + 62 %, les neuroleptiques + 50 %, et pour les psychostimulants + 40 %[36], avec des prescriptions

[30] Ministère chargé de la santé et de l'accès aux soins, Dossier de presse, 2025, *Santé mentale et psychiatrie. Repérer, soigner, reconstruire*, juin 2025.

[31] Conseil de l'enfance, 2023, *Quand les enfants vont mal…*, *op. cit.*, p. 68 et suivantes

[32] Principe 7 d'efficience.

[33] Conseil de l'enfance, avis *Santé mentale, Grande cause nationale 2025 : le HCFEA poursuit ses travaux et renouvelle l'alerte* sur l'aide et les soins face à la souffrance psychique des enfants et des adolescents, 2024, et conformément aux recommandations des Assises de la pédiatrie.

[34] Il en va de la nécessité de ne pas sacrifier des stratégies de moyen terme à des rendements de court terme cf. principes du rapport de saisine n° 5 (préserver l'avenir) et n° 8 (cohérence entre le prélèvement et l'objectif).

[35] Rapport du Conseil de l'enfance, 2023, *Quand les enfants vont mal…*, *op. cit.*, citation du Dr Sébastien Rouget, p. 13.

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

souvent hors autorisation de mise sur le marché et des effets indésirables, notamment en cas de coconsommation ou dans la durée, de mieux en mieux renseignés par la recherche.

La réponse aux difficultés mentales des enfants ne saurait être strictement sanitaire et réduire la consommation de médicaments psychotropes des enfants va de pair avec des offres de réponses thérapeutiques diversifiées et incluant la participation des familles et du milieu éducatif, inscrivant la santé mentale dans une approche non seulement préventive, mais surtout plurielle. Ainsi le Conseil de l'enfance du HCFEA a documenté en 2023 l'éventail des prises en charge multimodales associant, selon les besoins, travail psychothérapeutique, médiations artistiques, corporelles, éducation thérapeutique, psychomotricité, rééducation, mesures éducatives, accompagnement parental ou familial, travail sur les modes de vie, et la nécessité d'un suivi et d'une réévaluation régulière des prescriptions.

En complément de l'étude HCFEA enfance 2023, l'assurance maladie rappelle dans son étude (2025)[37] sur la consommation de psychotropes des 15-25 ans « *les médicaments psychotropes peuvent contribuer à soulager la souffrance des personnes et à diminuer leurs troubles. Mais ils peuvent induire des effets secondaires parfois importants (risque de dépendance, effet de tolérance qui oblige à augmenter les doses pour obtenir les mêmes effets au fil du temps, et résistance sur le long terme) et encore plus lorsqu'ils sont prescrits à des adolescents et à de jeunes adultes au moment de leur maturation psychologique* ».

Or l'assurance maladie pointe, comme on le détaillera également à partir de nos travaux[38] dans la partie suivante, « *une évolution préoccupante de la consommation de médicaments psychotropes chez les adolescents et jeunes adultes, entre 2015 et 2023 passant de 4 % entre 2015 et 2019 (0,8 milliard d'euros) à 6 % en 2023 (1,5 milliard d'euros). Leurs dépenses pharmaceutiques progressent plus vite que celles de l'ensemble de la population. Elles ont augmenté de 31 % contre 8 % pour l'ensemble de la population entre 2019 et 2021 ; de + 26 % (contre + 9 %) entre 2021 et 2022 et de + 11 % (contre + 8 %) entre 2022 et 2023* ».

On notera que le remboursement des antipsychotiques représentent 43 % des remboursements de psychotropes (27,6 M€) en 2023 et concernent 168 000 jeunes ce qui représente 18 % des 12-25 ans sous psychotropes.

B. Prescrit-on trop de médicaments psychotropes aux enfants ?

Les questions relatives à la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent font l'objet d'intenses préoccupations de la part des pouvoirs publics, des institutions, des chercheurs, des professionnels et du grand public depuis de nombreuses années. Ces préoccupations sont d'autant plus vives que les problématiques de santé mentales engagent des modalités de soin et d'accompagnement au long cours (maladies chroniques), mais que contrairement aux autres problématiques de santé publique, elles se déclenchent essentiellement au cours de l'enfance et de l'adolescence – toutes pathologies confondues, la survenue des troubles

[37] Rapport charges et produits, 2024, *op. cit.*, p. 164 et suivantes

[38] Rapport HCFEA Conseil de l'enfance et de l'adolescence, 2025, *op. cit.*, 2023 *op. cit* et avis 2024 *op. cit.*

est antérieure à l'âge de 14, 18 et 25 ans chez 35 %, 48 % et 62 % des patients – âge modal 14,5 ans, âge médian 18 ans[39].

En France comme dans la plupart des pays européens, les pratiques psychothérapeutiques, éducatives et sociales sont recommandées en première intention dans le soin des enfants et le soutiens de familles. Dans certains cas, la prescription de médicaments psychotropes peut être indiquée en deuxième intention, associées aux approches psycho-socio-éducatives de première intention[40]. Ces recommandations s'expliquent par « *la relative rareté des études contrôlées* "gold standard" *de l'étude de l'efficacité d'un traitement* (…) *; une évaluation du risque médicamenteux essentiellement établie à partir d'études chez l'adulte et extrapolées chez l'enfant ; le faible nombre d'Autorisations de Mise sur le Marché des psychotropes chez l'enfant et l'adolescent* »[41].

Les consensus scientifiques français et internationaux sont réservés quant à la prescription de médicaments psychotropes en population pédiatrique, du fait d'une balance bénéfices/risques modeste ou défavorable et de nombreux effets indésirables documentés dans la littérature, d'autant que rares sont les nouvelles molécules de psychotropes découvertes depuis plus de cinquante ans et l'industrie pharmaceutique s'est progressivement désengagée des recherches en psychiatrie/pédopsychiatrie.

Pourtant, les travaux du HCFEA et plusieurs études récentes documentent une augmentation continue des prescriptions de médicaments psychotropes depuis le début des années 2000. La prévalence de la consommation de médicaments psychotropes des enfants de 0 à 17 ans était estimée à 2,5 % en 2010[42]. Si l'on élimine la période 0-2 ans qui ne comporte que très peu de cas, la prévalence chez les 3-17 ans est passée de 3,25 % en

[39] Solmi M., Radua J., Olivola M., Croce E., Soardo L., Salazar de Pablo G. *et al.*, 2022, Âge at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies, *Molecular psychiatry*, 27(1), p. 281-295 ; Barican J. L., Yung D., Schwartz C., Zheng Y., Georgiades K., Waddell C., 2022, Prevalence of childhood mental disorders in high-income countries: a systematic review and meta-analysis to inform policymaking, *BMJ Ment Health*, 25(1), p. 36-44 ; Polanczyk G. V., Salum G. A., Sugaya L. S., Caye A., Rohde L. A., 2015, Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents, *Journal of child psychology and psychiatry*, 56(3), p. 345-365 ; GBD 2019 Mental Disorders Collaborators, 2022, Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019, *The Lancet Psychiatry*, 9(2), p. 137-150. Pour un développement et une synthèse de l'ensemble de ces éléments, voir notamment Ponnou S., Briffault X., Chave F., 2023, *Le silence des symptômes. Enquête sur la santé mentale et le soin des enfants*, Champ social Editions.

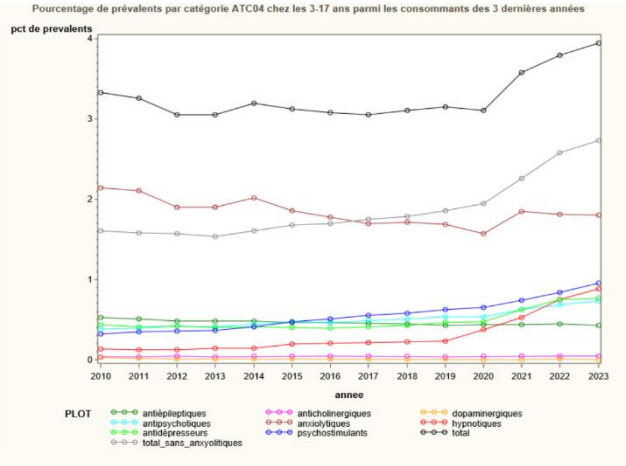
[40] Falissard B., 2020, *Soigner la souffrance psychique des enfants*, Paris, Odile Jacob.

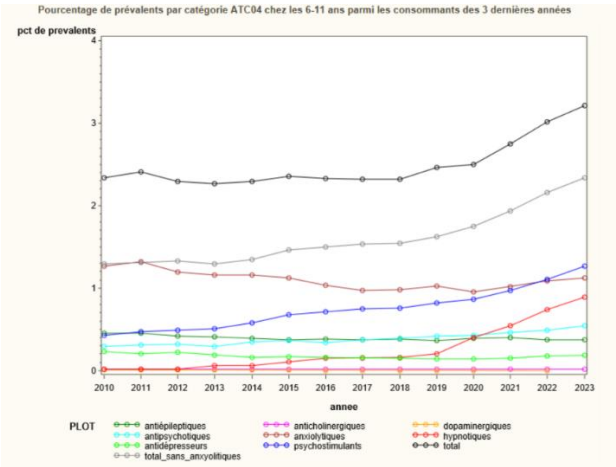
[41] Acquaviva E., Peyre H., Falissard B., 2012, Panorama de la prescription et de la consommation des psychotropes chez l'enfant et l'adolescent en France, *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 60 (1), p. 78.

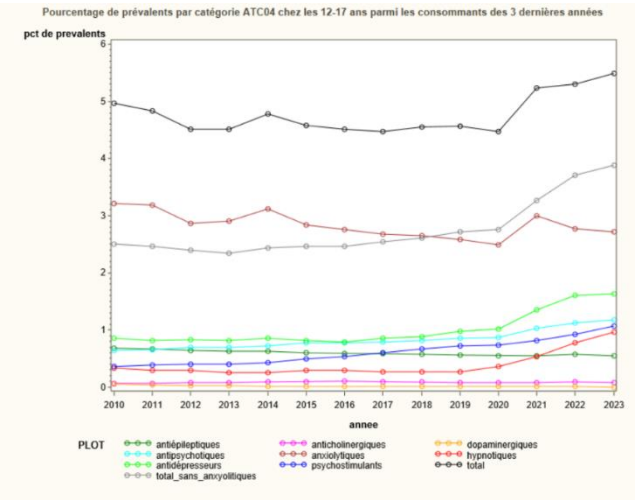
[42] Kovess V., Choppin S., Gao F., Pivette M., Husky M., Leray, E., 2015, Psychotropic medication use in French children and adolescents, *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, vol. 25, n° 2, p. 168-175.

2011 à 3,94 % en 2023. Plus précisément, cette prévalence est de 2,32 % en 2011 et 3,22 % en 2023 chez les 6-11 ans, et de 4,96 % en 2011 à 5,49 % en 2023[43] chez les 12-17 ans.

Schéma 1 I Prévalence annuelle de la consommation de médicaments psychotropes parmi les consommants des 3 dernières années chez les 3-17 ans, 6-11 ans, 12-17 ans[44].







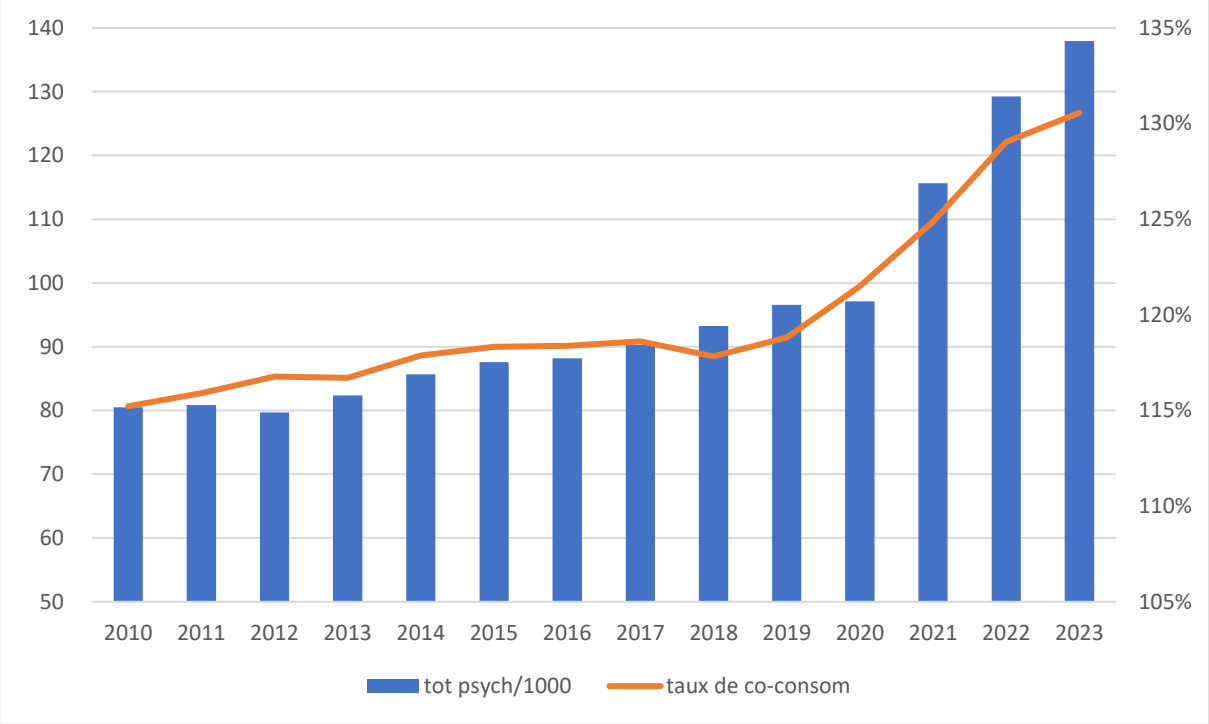
Entre 2010 et 2023, le nombre de délivrances par an et par patient de 0 à 17 ans a augmenté pour la plupart des classes thérapeutiques, en particulier les hypnotiques (+ 137 %), les antidépresseurs (+ 88%), les antiépileptiques (62 %), les neuroleptiques (+ 50 %) et les psychostimulants (+ 40 %). Les durées de traitement varient considérablement d'une classe thérapeutique à l'autre : elles sont limitées à un mois pour les anxiolytiques et les antidépresseurs. Les durées médianes de traitement pour les autres classes ATC sont particulièrement longues. Le nombre de mois de consommation augmente de 76 % entre 2010 et 2023 : il passe de 80 mois pour 1 000 personnes en 2010 à 138 mois pour 1 000 personnes en 2023, avec une accélération sur la période 2021-2023.

Les polyprescriptions et l'augmentation sont fréquentes et concernent l'ensemble des classes de médicaments.

[43] HCFEA, Conseil de l'enfance et de l'adolescence, 2025, op. cit. citant Ponnou S., Briffault X., Aragno V., Thomé B., Gonon F., 2024, La prescription de médicaments psychotropes chez l'enfant et l'adolescent en France : caractéristiques et évolution entre 2010 et 2023, *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*.

[44] op. cit. p.17

Schéma 2 I Évolution du nombre de mois de consommation de tous les psychotropes pour 1 000 habitants et du taux de coconsommation de plusieurs catégories ATC04 sur la période 2010-2023[45]



Le traitement de la dépression

« *La HAS recommande en première intention différents types de psychothérapies en fonction de la sévérité de la dépression, du fait du risque accru de passage à l'acte suicidaire en cas de prise d'antidépresseurs. En cas d'échec ou de sévérité particulière, la prescription d'un antidépresseur peut éventuellement être envisagée mais uniquement en association avec une psychothérapie* ».

Pourtant entre 2016 et 2020, le nombre de patient entre 12 et 25 ans sous antidépresseur augmente régulièrement de 3 à 5 %, et sous l'effet de la crise sanitaire de 2021 (+ 24 %) pour tous les âges et sexes (mais plus fortement chez les filles et parmi elles chez les plus jeunes) puis continue de progresser en 2022 (+ 15 %) et en 2023 (+ 8 %).

En 2023, 33 jeunes sur 1 000 sont traités par antidépresseurs, en très grande majorité de sexe féminin (71 % ce qui correspond à 384 000 jeunes). Selon une étude du Lancet (2016)[46] **les bénéfices de la plupart des antidépresseurs disponibles ne sont pas supérieurs à ceux du placebo chez les enfants et adolescents**. Ils représentent 41 % des 12-25 ans sous

[45] op. cit. p. 18

[46] Cipriani A, Zhou X, Del Giovane C, Hetrick SE, Qin B, Whittington C, Coghill D, Zhang Y, Hazell P, Leucht S, Cuijpers P, Pu J, Cohen D, Ravindran AV, Liu Y, Michael KD, Yang L, Liu L, Xie P. Comparative efficacy and tolerability of antidepressants for major depressive disorder in children and adolescents: a network meta-analysis. Lancet. 2016 Aug 27;388(10047):881-90. doi: 10.1016/S0140-6736(16)30385-3. Epub 2016 Jun 8. PMID: 27289172.

psychotropes. Seule la fluoxétine (Prozac® et génériques) est plus efficace, avec plus de bénéfices que de risques, mais elle n'est prescrite qu'à 29 % des 12-15 ans sous antidépresseurs et à 23 % des 16-19 ans en 2023.

En outre, parce que ces traitements au long cours peuvent avoir **des effets secondaires parfois difficiles à supporter**, la durée de traitement par antidépresseur pour un épisode dépressif caractérisé doit être comprise entre 6 mois et 1 an pour les adolescents et jeunes adultes, ce qui n'est appliqué que pour 12 % des patients concernés. Ainsi 79 % des épisodes de traitement durent moins de 6 mois, 9 % plus de 1 an, et la moitié des épisodes de traitement sont arrêtés au bout de 2 mois.

Enfin, en 2022, 72 % des médicaments psychotropes destinés à l'enfant sont prescrits par des médecins généralistes, 7 % par des pédiatres et 9 % par des psychiatres et pédopsychiatres. Or on constate que plus le prescripteur est spécialisé, plus l'observance correspond aux recommandations.

30 % des enfants recevant au moins une prescription de médicament psychotrope vivaient dans des conditions sociales défavorables – ce taux est de 50 % pour les antipsychotiques, dont l'augmentation de la consommation et son accélération depuis 2021 appellent à une vigilance particulière.

Le cas des TED, TSA et de l'autisme

La consommation de médicaments psychotropes chez les enfants et les adolescents autistes atteint 36,8 % en 2022, dont 26,3 % chez les 0-2 ans, 27,8 % chez les 3 à 5 ans, 36,5 % chez les 6-11 ans et 41,7 % chez les 12-17 ans[47].

De même que pour la dépression, **le taux de défavorisation sociale au sein de cette population est très élevé : 43,5 % en 2022**.

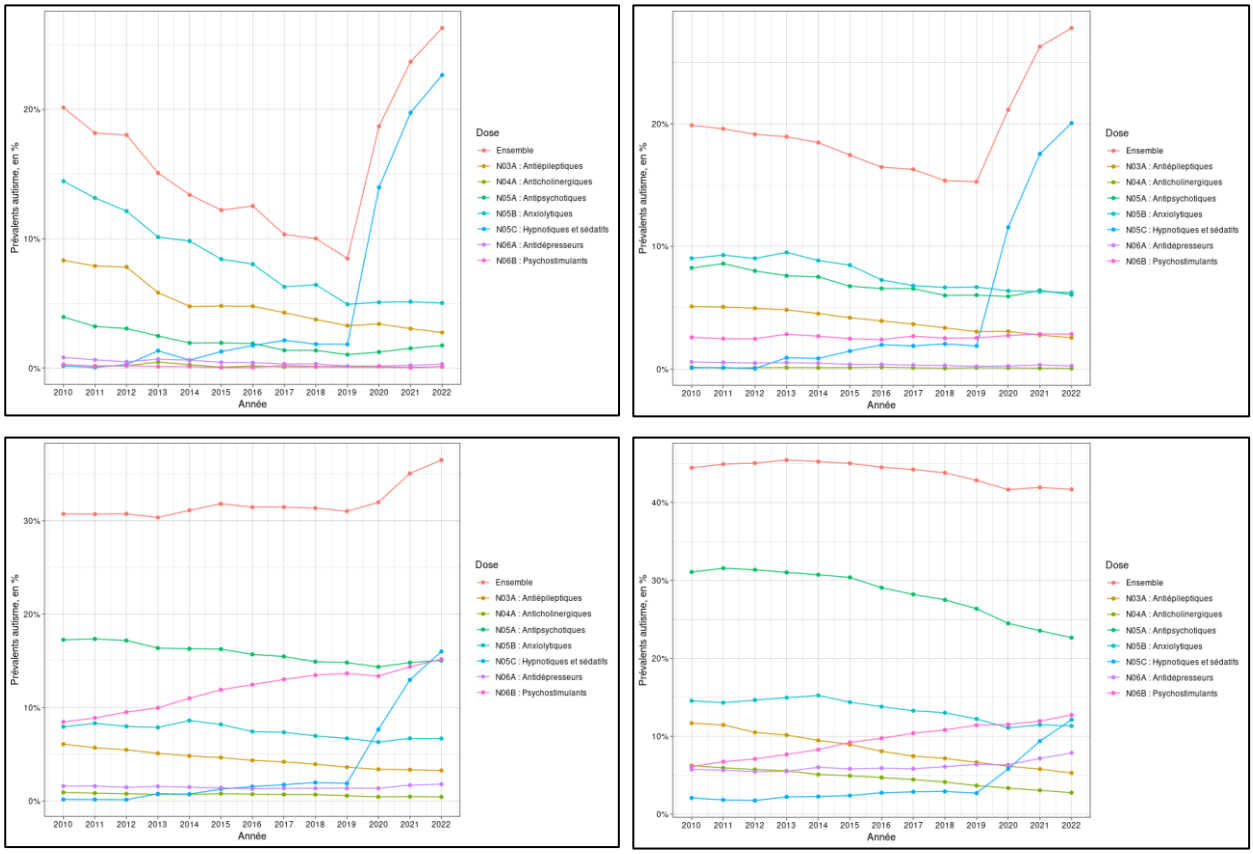
Le Système national des données de santé (SNDS) montre des niveaux de consommation particulièrement élevés, quand bien même la Haute autorité de santé (HAS) spécifie « (qu') *aucun traitement médicamenteux ne guérit l'autisme ou les TED ;* (que) *les psychotropes peuvent être considérés en seconde intention* (et) *prescrits de manière exceptionnelle et temporaire* »[48], du fait de l'absence d'AMM dans cette population pour la plupart des molécules, et des effets indésirables documentés, que la prescription repose exclusivement sur l'évaluation individuelle du rapport bénéfice/risque par le prescripteur. Toujours d'après la HAS : *« Il n'existe pas de traitement médicamenteux spécifique aux TSA (et) les données objectives sur l'usage des psychotropes parmi les enfants, adolescents et*

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

[48] HAS, 2012, Recommandations de bonnes pratiques. Autisme et autres troubles envahissants du développement : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent, p. 4, p. 34-36.

jeunes adultes avec autisme sont limitées », réserves largement documentées et partagées au niveau international[49].

Schéma 3 I Pourcentage de patients TED avec au moins une délivrance de psychotropes entre 2010 et 2022 par ATC. De gauche à droite et de haut en bas : patients prévalents TED entre 0 et 2 ans, 3 et 5 ans, 6 et 11 ans, 12 à 17 ans[50].

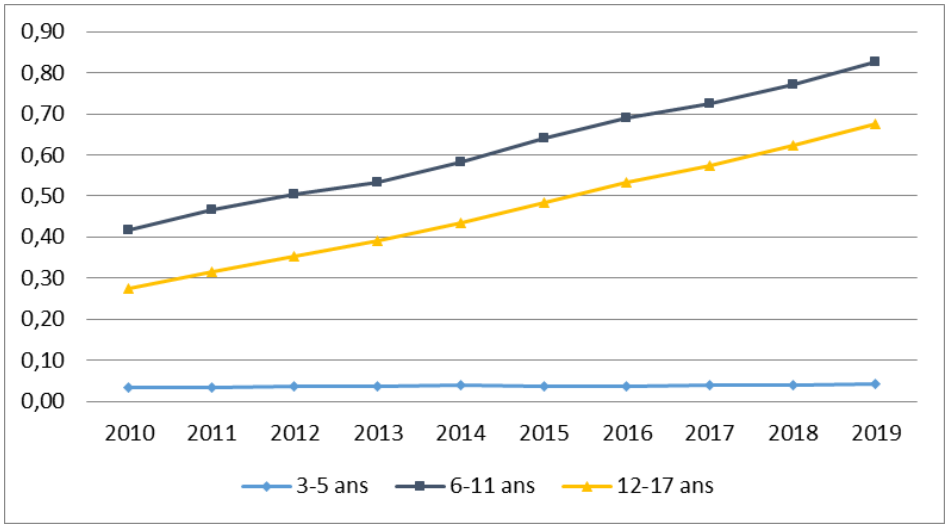


Ces taux de prescription se doublent de volumes de consommation importants avec une moyenne de 18 à 19 boîtes par an et par enfant, et des durées de traitement supérieures à 10 ans. Les polyprescriptions sont nombreuses, les suivis biologiques associés aux prescriptions, insuffisants.

Des observations similaires ont été réalisées dans le cas de l'hyperactivité/TDAH et de la consommation de méthylphénidate : entre 2010 et 2019, la prescription de méthylphénidate a augmenté de + 56 % en incidence et de + 116 % en prévalence. Une augmentation similaire a déjà été rapportée pour la période entre 2003 et 2005 (prévalence de + 65 %) et pour la période 2005-2011 (+ 135 %).

[49] Iffland M., Livingstone N., Jorgensen M., Hazell P., Gillies D., 2023, Pharmacological intervention for irritability, aggression, and self-injury in autism spectrum disorder (ASD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (10).
[50] HCFEA, 2025, *op. cit.* p.22

Figure 1 I Évolution du taux de prévalence de la prescription de MPH. Ce taux est exprimé en pourcentage de la population générale pour chaque tranche d'âge et chaque période.



Les enfants les plus jeunes sont ceux pour lesquels les durées de traitement sont les plus longues. La durée médiane de traitement chez les enfants de 6 ans en 2011 était de 5,5 ans.

Parmi les enfants recevant une première prescription de méthylphénidate, 22,8 % se sont vu prescrire un ou plusieurs autres médicaments psychotropes dans la même année. Ces coprescriptions ont été réalisées le plus souvent hors AMM et hors recommandation.

Une étude de l'assurance maladie (2025) montre de son côté que le nombre d'adolescents et de jeunes adultes sous **psychostimulants a été multiplié par 2,5 entre 2015 et 2023**, avec une accélération à partir de **+ 21 % en 2022 et 2023** à la suite d'extensions d'indications de remboursement. Ainsi en 2023, 7 jeunes sur 1 000 ont reçu au moins une délivrance de psychostimulants **soit plus du double qu'en 2015**. Elle indique que selon une étude publiée dans la revue Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence sur la quasi-totalité de la population pédiatrique française entre 2010 et 2019[51], **les diagnostics associés à la prescription de méthylphénidate ne correspondent pas à l'indication thérapeutique ni à l'autorisation de mise sur le marché (AMM) dans des proportions significatives**. Le principal détournement concerne le **dopage intellectuel**, dans le but d'améliorer les capacités cognitives.

D'autre part, l'étude fait apparaître que les enfants et adolescents les plus jeunes de leur classe (nés en décembre plutôt qu'en janvier) ont plus de risque de se voir prescrire du méthylphénidate (+ 54 % en moyenne au fil de la période) et que les enfants issus de milieux défavorisés présentent aussi un risque accru de médication.

[51] Ponnou S., Haliday H., Thomé B., Gonon F., 2022, La prescription de méthylphénidate chez l'enfant et l'adolescent en France : caractéristiques et évolution entre 2010 et 2019, *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 70. 10.1016/j.neurenf.2022.01.003, En ligne depuis le 12/02/22.

Et dans ce contexte, et alors que la consommation de méthylphénidate progresse, le suivi éducatif et psychothérapeutique par les CMPP a en revanche fortement diminué entre 2010 et 2019 pour les enfants recevant du méthylphénidate (de 4,1 % à 0,8 %).

En synthèse et conclusion

Les consensus scientifiques et les méta-analyses les plus récentes montrent que l'efficacité de différents traitements psychotropes est modeste voire faible, *a fortiori* chez l'enfant et l'adolescent[52]. Les agences de santé françaises (ANSM et HAS) sont réservées quant à la prescription de médicaments psychotropes en population pédiatrique, du fait d'une balance bénéfices/risques modeste ou défavorable. Les effets indésirables sont de mieux en mieux documentés et font l'objets de vives préoccupations de la part des praticiens, des chercheurs et des pouvoirs publics, au point que les travaux dédiés à la déprescription en pédopsychiatrie et psychiatrie se multiplient[53].

On sait que les prescriptions de médicaments psychotropes en population pédiatrique n'ont cessé de progresser ces 25 dernières années, *a fortiori* hors AMM et hors des recommandations des autorité de santé, de telle sorte que les dépenses de santé liées à la prescription de médicaments psychotropes chez l'enfant et l'adolescent ont considérablement augmenté. Ces dépenses concernent :

- le coût des traitements ;
- le coût des consultations de prescription et de suivi ;
- le coût des analyses biologiques et des examens de suivi ;
- le coût des effets indésirables liés à ces consommations – y compris des pathologies chroniques, par exemple surpoids et diabète pour les neuroleptiques.

En France, en 2023, 486 220 enfants ont consommé un ou plusieurs traitements psychotropes, avec une moyenne de :

- 12 boîtes par an et par patient pour les antiépileptiques (N03A) ;
- 3 à 4 boîtes par an pour les antiparkinsoniens (N04A et N04B) ;
- 6 boîtes par an et par patient pour les antipsychotiques (N05A) ;
- 2 boîtes par an et par patient pour les anxiolytiques (N05B) ;
- 4 boîtes par an et par patient pour les hypnotiques (N05C) ;
- 5 boîtes par an et par patient pour les antidépresseurs (N06A) ;
- 9 boîtes par an et par patient pour les psychostimulants (N05C)[54].

[52] Leichsenring F., Steinert C., Rabung S., Ioannidis J. P., 2022, The efficacy of psychotherapies and pharmacotherapies for mental disorders in adults: an umbrella review and meta-analytic evaluation of recent meta-analyses, *World psychiatry*, 21(1), p. 133-145.
[53] Collectif, 2024, Déprescrire ?, *Revue Santé Mentale*, n° 291.
[54] HCFEA, Conseil de l'enfance et de l'adolescence, 2025, *op. cit.*

Le Conseil de l'enfance du HCFEA considère qu'il serait nécessaire d'estimer du coût global de ces consommations en additionnant le coût des traitements, des consultations de prescription et de suivi, des analyse biologiques et des examens nécessaires, et de l'ensemble des coûts de santé liés aux effets indésirables liés à ces consommations – y compris des pathologies chroniques, par exemple surpoids et diabète pour les neuroleptiques.

Il invite à envisager la réduction de la consommation de médicaments psychotropes des enfants, et à préserver le modèle d'une réponse thérapeutique diversifiée, non uniquement sur le versant du soin, pour que les prescriptions « d'attente » faute de mieux ne deviennent pas la norme.

Conformément à ses travaux, ces pistes d'économie seraient légitimes au regard des recommandations des agences de santé d'une part – recommandation en seconde intention, seulement pour certains médicaments – de l'état des connaissances scientifiques et de la spécificité des dynamiques de prévention, d'éducation et de soin à l'œuvre en santé mentale de l'enfant.

Le Conseil engage à explorer la piste d'une réduction des prescriptions évitables, et ce de trois manières conjuguées :

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

L'actuelle pénurie de médicaments psychotropes[55] qui place les jeunes patients dans des situations difficiles voire préjudiciables à leur santé, leur scolarité, montre que face à la tension qui existe sur ces substances, leur utilisation plus ciblée et sur des durées plus courtes sécuriserait aussi leur disponibilité pour les situations où elles s'avèrent nécessaires.

[55] ANSM, 2025, *Actualité - Point de situation sur les tensions d'approvisionnement en quétiapine : une mobilisation au long cours pour couvrir au mieux les besoins des patients*.

III. La prévention par l'accueil du jeune enfant, sa qualité et son inclusivité

A. La lutte contre les effets de la pauvreté sur les enfants : un double engagement de la France

La pauvreté touche davantage les enfants de moins de 18 ans que les adultes : 20,6 % contre 14,5 % dans l'ensemble de la population, et de manière à peu près équivalente quel que soit leur âge. En 2021, ce sont presque trois millions d'enfants (2,760 millions) qui vivent dans des ménages dont le niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté, et tous les observateurs signalent une aggravation constante, malgré les séries de mesures envisagées.

Si l'enjeu de la lutte contre les effets de la pauvreté n'est pas à démontrer, cette perspective figure parmi les grands engagements de la France au regard du droit international et des conventions qu'elle a signées, dans un contexte d'augmentation générale de la pauvreté en France. Cette hausse entraîne d'inévitables retombées sur l'état de santé des enfants et des adolescents et sur les multiples obstacles qu'ils rencontrent tout au long des parcours de prévention et de soin auxquels s'ajoutent des retombées sur la qualité de leur mode de vie, de relations et d'apprentissages.

En 2018, la Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté est lancée, axée sur « *la priorité clairement donnée à l'investissement social par la lutte contre la pauvreté des enfants et des jeunes, qui sont les premières victimes de la pauvreté dans leur quotidien comme pour leur avenir* ».

Pour rappel, 35 mesures concrètes avaient été recensées autour de cinq thématiques de politiques publiques : petite enfance et éducation ; santé ; accompagnement, formation et emploi ; logement ; droits sociaux. Revenons sur quelques-unes des mesures « enfance » dont la dimension participe pleinement des principes d'équilibre des finances de la sécurité sociale et de préservation de l'avenir[56].

Sur le thème de la petite enfance et de l'éducation, ont été mis en place les bonus territoire et mixité, et des progrès ont été réalisés dans la clarté des modalités attribution des places d'accueil : meilleure connaissance de l'offre (monenfants.fr), meilleure transparence des modalités d'attribution des places, Crèches Avip dont le dispositif a été bonifié et son déploiement, accéléré.

En revanche, le lancement du plan de 600 000 formations à l'intention des professionnels de la petite enfance a pris du retard, puis n'a pas été relancé après le confinement lié à la Covid-19, à l'exception de quelques initiatives de territoire. Actuellement, ce dossier est instruit par le comité de filière petite enfance, dans le cadre de la mise en œuvre du service public de la petite enfance.

[56] Comité d'évaluation de la Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté, mars 2021, en ligne 279320.pdf.

Les services de PMI ne sont toujours pas suffisamment renforcés pour leur permettre de remplir leurs missions de prévention et d'appui de la médecine de ville aux missions de la santé scolaire, dans le cadre du parcours de santé des enfants de 0 à 6 ans.

Le Conseil de l'enfance du HCFEA dans son rapport sur la traversée adolescente des années collège a livré plusieurs propositions pour relancer les services de santé scolaire. Il recommande une approche pédiatrique de la santé des adolescents afin que les diagnostics et les prises en charge intègrent les facteurs développementaux dans le tableau clinique. Ce qui permettrait de prévenir les risques de sous-dépistage autant que le surdépistage. Actuellement la démographie de la pédiatrie continue à baisser. Le suivi des enfants est de plus en plus confié aux médecins généralistes ou aux infirmières. Comment expliquer que le temps dédié à la spécialité enfance a été diminuée dans le cursus de formation pour ces deux métiers ?

Concernant la santé, France stratégie souligne que : « *les alertes sur l'état de la médecine scolaire et de la PMI sont nombreuses, et les mesures universalistes, peuvent ne pas atteindre les plus pauvres car les actions ne sont pas assez ciblées ni les modalités adaptées à ce public. Par ailleurs, le manque de connaissance sur la santé des enfants en dehors de la santé dentaire et de l'obésité chez les jeunes questionne* (…) *Au vu de l'ampleur des inégalités sociales et territoriales en matière de santé et de leur formation dès le plus jeune âge, le volet "Santé" des enfants de la Stratégie paraît à étoffer, via l'ajout d'actions de prévention et l'intégration de la santé mentale – l'organisation mondiale de la santé (OMS) inclut d'ailleurs la santé physique et mentale dans sa définition de la santé* »[57].

Les travaux du Conseil de l'enfance du HCFEA sur la santé globale en petite enfance, et sur la santé des adolescents réalisés en 2021 et 2022, ont été suivis par plusieurs nouveaux dossiers, notamment sur la dimension préventive à intégrer à un service public de la petite enfance (2023), sur la santé mentale (2023, 2024, 2025), et sur la santé des enfants hors les murs, dans la ville et la nature (2024).

En 2021, la France s'engage dans la « garantie européenne de l'enfance » 2022-2030

La France marque un engagement fort et réitéré en direction de la lutte contre la pauvreté, notamment sur son impact sur les enfants, y compris sur le plan international. Elle s'est engagée à mettre en œuvre la Garantie européenne pour l'enfance 2022-2030 créée par la Commission européenne (2021), qui vise à lutter contre l'exclusion sociale et la pauvreté en Europe et favoriser l'accès aux droits fondamentaux, et en particulier la santé, l'éducation et l'accueil du jeune enfant, le logement et une alimentation saine. Il est à noter que le collège des 12 enfants qui siègent au sein du HCFEA, a participé à la consultation organisée par la commission européenne[58], autour en particulier des besoins de base de l'enfant : nourriture, logement, école, et santé.

---

[57] Comité d'évaluation de la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté, Rapport 2022, p. 68-69.

[58] HCFEA, Conseil enfance, *Droits de l'enfant : quel chemin parcouru et comment avancer ? Les travaux du Conseil de l'enfance et de l'adolescence, 2016-2022*, Rapport, p. 39 et suivantes.

B. La flexibilité comme prévention

Le HCFEA expertise depuis 2017 les facteurs favorables à l'accès, au retour et au maintien dans l'emploi des mères et des pères[59]. Le Pacte des solidarités encadre 20 actions, parmi lesquelles : « *Garantir l'accès à des temps de socialisation avant 3 ans à toutes les familles ; Assurer le service public de la petite enfance pour toutes les familles avec le Fonds d'innovation de la petite enfance pour favoriser les accueils souples et en proximité des lieux de vie, ainsi que la médiation et l'aller-vers, en vue de renforcer le taux de recours des familles ; Un large déploiement des Lieux d'accueil enfants-parents et une multiplication par 3 des dispositifs passerelles vers l'école maternelle* ».

Le Conseil de l'enfance engagé dans une analyse prospective sur les besoins du jeune enfant et les modes d'accueil, fait le constat des impacts positifs sur le développement des enfants et l'emploi des parents d'un accueil du jeune enfant accessible à tous les enfants.

Compte-tenu que quelque 40 % de familles ne recourent pas aux modes d'accueil formels[60], pour de multiples raisons (coût, manque d'inclusivité, information partielle sur les bénéfices des offres d'accueils, défiance, valorisation de l'investissement parental, crainte du contrôle social, peur de la stigmatisation…[61]) le HCFEA étudie, dans le cadre d'un service public de la petite enfance, les modalités de déploiement de modes d'accueil « flexibles » plus souples et progressifs, associant les parents. Il s'agit, aux côtés des modes d'accueil formels, d'un parc d'offres d'accueils des moins de 3 ans les plus larges et accessibles possibles à partir des expériences disséminées existantes : accueils des bébés avec les parents type « maison verte », lieux d'accueil parents enfants (Laep), accueils jeux, éveil culturel et artistique autour du livre, de la musique, fixes ou itinérants, peu coûteux, mais encore trop peu nombreux.

Modes d'accueil variés, orientés sur la nature, le quartier, etc. et aux formalités (horaires, conditions et dossier d'inscription) plus souples, ils sont susceptibles de compléter l'offre d'accueil existante et de mieux convenir aux familles dont les lieux, rythmes, et conditions de vie sont plus singulières et variables.

Le Bonus handicap se développe progressivement avec pour l'année 2023, 5 818 EAJE bénéficiaires du bonus « inclusion handicap » contre 5 560 EAJE en 2021, soit près de la moitié des 12 815 EAJE financés par la PSU, et la loi du 28 juillet 2019 « Pour une école de la confiance » qui prévoit l'obligation scolaire à 3 ans et le renforcement de l'école inclusive contribue à faire évoluer la situation. Parmi les recommandations du rapport *Accueillir et scolariser les enfants en situation de handicap de la naissance à 6 ans et accompagner leur*

[59] Principe 2 sur l'emploi et la production de richesse.

[60] HCFEA, Conseil de l'enfance, 2023, *Qualité, flexibilité égalité : un service public de la petite enfance favorable au développement de tous les enfants avant 3 ans*, Rapport ; Cnaf, France stratégie, HCFEA, 2021, *Synthèse du séminaire « Premiers pas »*.

[61] Alberola E., Moisset P., Taboury S., mars 2023, *Quels sont les besoins des familles en situation de pauvreté en matière d'accueil du jeune enfant et d'aide à la parentalité ?*, Rapport final du Crédoc pour France stratégie.

famille[62] (2018), le Conseil appelait à « *Prendre en considération et améliorer la vie des fratries. Aider les parents, soutenir leur parentalité et leur faciliter l'articulation avec le travail* ».

En matière de prévention primaire et peu coûteuse, le soutien aux fratries, qui peuvent être parfois empêchées ou vulnérables elles-mêmes, parfois sans l'identifier elles-mêmes, conduit à penser les « jeunes proches » dans les dispositifs d'accompagnement et d'aide autour des personnes malades ou en situation de handicap : inclure la thématique des jeunes proches en psychiatrie dans les politiques de prévention en santé mentale mais en se décalant d'un modèle médical centré principalement sur la détection des facteurs de risque, pour orienter l'action sur le renforcement et le soutien des facteurs de protection.

Cet ensemble de propositions porté dans les travaux du Conseil de l'enfance, sur la prime enfance, et avec d'autres institutions dédiées à la prospective, au portage et à l'évaluation des politiques publiques, sur la petite enfance, comme la Cnaf et France stratégie[63], montrent en quoi les modes d'accueil de la petite enfance sont vecteurs de prévention primaire des difficultés de santé et de santé mentale péri et postnatales, des troubles de la relation et de la séparation précoce entre parents et enfants. Complémentairement, ils réduisent l'isolement maternel et le retrait de l'activité professionnelle, des femmes notamment. Tout en favorisant une ouverture sécurisante de l'enfant dans ses découvertes motrices, langagières et sociales dès la prime enfance, ces accueils aux formats flexibles (hybrides) s'ajustent mieux à la diversité des situations familiales et des territoires[64]. Ils favorisent le passage progressif entre l'*intra* familial et l'extérieur, lors de la reprise d'activité des parents, ou l'entrée en école maternelle au bénéfice de l'épanouissement des jeunes enfants et des relations de confiance entre les familles et les institutions. Un service public de la petite enfance, encore à inventer, est un vecteur de prévention « généraliste » (santé de l'enfant, fratries, mère, emploi), et une source de recettes dans les financements de la protection sociale.

IV. Santé environnementale : préparer l'avenir

Les enfants ne veulent plus sortir. La famille se replie sur l'intérieur et le virtuel au risque des impacts défavorables sur l'éducation, la santé et les besoins du développement relationnel des enfants. Le HCFEA a étudié « *les conditions d'un extérieur inclusif et habité à hauteur d'enfants* », pour prévenir les troubles mentaux et somatiques liés à la sédentarité et au repli

[62] HCFEA, Conseil enfance, 2018, *Accueillir et scolariser les enfants en situation de handicap de la naissance à 6 ans et accompagner leur famille*, Les chiffres clés Annexe et Rapport.

[63] *Op. cit.*, *Séminaire Premiers pas*, 2021, Synthèse ; Melhuish E., Ereky-Stevens K., Petrogiannis K., 2015, *A review of research on the effects of Early Childhood Education and Care (ECEC) upon child development,* care project; Curriculum Quality Analysis and Impact Review of European Early Childhood Education and Care (ECEC), juin ; OCDE, 2018, *Petite enfance, grands défis 2017. Les indicateurs clés de l'OCDE sur l'éducation et l'accueil des jeunes enfants*, Rapport, juin ; Berger L. M., Panico L., Solaz A., 2021, The Impact of Center-Based Childcare Attendance on Early Child Development: Evidence from the French Elfe Cohort, *Demography*, vol. 58 (2), avril, p. 419-450.

[64] Ils sont le plus souvent coportés par la branche famille et les collectivités *via* notamment les Caf et le tissu associatif.

sur les écrans et un huis clos familial basé sur la peur du monde extérieur : tout d'abord lever les mesures entravant l'accès à un espace à ciel ouvert, dans les institutions et services de l'enfance, (classe dehors, modes d'accueil, soins, protection, éducation, justice), et réglementer les pratiques éducatives et administratives induisant l'usage obligé des écrans au quotidien ; ensuite, protéger les enfants de l'absence ou du « mal logement » et ses impacts au long terme sur la santé ; soutenir les plans d'adaptation au réchauffement climatique réducteurs des pollutions sonores, de l'air, de l'eau et les espaces d'exercices physiques et de nature ouverts à tous ; enfin, sécuriser les mobilités actives des enfants et des adolescents, le partage de la voie publique sur les chemins de l'école au lycée, faire place au besoin de repos, de locomotion active et surtout les jeux des enfants.

La question environnementale, des inégalités en matière d'exposition des enfants à un environnement de vie qui ne leur est pas favorable, et du changement climatique, et touche aux investissements à consentir pour préserver l'avenir (Principe n° 3).

Au-delà de l'impact des facteurs environnementaux sur la mortalité infantile, le Conseil enfance alerte sur les enjeux croisés de la lutte contre la pauvreté, contre le mal logement, et de la santé environnementale (exposition à la pollution de l'air, sonore, des sols, dans l'eau, dans l'alimentation, au domicile ; logement insalubre ou mal isolé, qui touchent davantage les familles les plus pauvres et entraîne des pathologies infantiles)[65]. Ainsi la pollution sonore peut avoir des effets néfastes sur la santé physique et mentale des enfants incluant troubles du sommeil, difficultés d'apprentissage et de concentration, anxiété et dépression et affecte le développement cognitif des enfants.

Les problèmes des écrans relatifs à la santé des enfants sont largement documentés (apprentissage, sommeil, surpoids, myopie[66], stress, addictions[67]. Les multiples dispositifs relatifs à la protection des mineurs, la régulation des plateformes, des contenus, de sensibilisations des familles et d'éducation des enfants menés actuellement pour réduire les conséquences de la pratique des enfants induiront mécaniquement, là encore, à terme des baisses de dépense de santé et de santé mentale concernant les enfants et les jeunes.

Concernant les effets du changement climatique sur la santé des enfants, une récente analyse à partir des données de la cohorte Elfe[68] pointe un impact des périodes de

---

[65] HCFEA, Conseil enfance, 2025, *Quelle place pour les enfants dans les espaces publics et la nature ?*, Rapport ; Voir notamment Fernández Quezada, D., Martínez-Fernández D. E., Fuentes I., Garcia-Estrada J., Luquin S., 2025, *The Influence of Noise Exposure on Cognitive Function in Children and Adolescents: A Meta-Analysis*, et Gheller F., Spicciarelli G., Scimemi P., Arfe B., 2024, The Effects of Noise on Children's Cognitive Performance: A Systematic Review, *Environment and Behavior*, n° 55.

[66] Lee J., Zarnic Ž, 2025, *Effets des technologies numériques sur le bien-être : principaux éclairages apportés par les publications spécialisées*, OCDE, Document de travail n° 29.

[67] HCFEA, Conseil enfance, 2020, *Les enfants, les écrans et le numérique*, Rapport.

[68] Barbalat G., Guilbert A., Adelaïde L. *et al*, 2025, Impact of early life exposure to heat and cold on linguistic development in two-year-old children: findings from the ELFE cohort study, Environ Health, n° 24, 19 ; Inserm, 2025, *L'exposition à des températures élevées au début de la vie pourrait être à l'origine de troubles linguistiques et neurodéveloppementaux chez les jeunes enfants*, Communiqués et dossiers de presse.

températures élevées sur le neurodéveloppement précoce, avec des effets marqués sur l'acquisition du langage. Les aides au logement et à son adaptation, en particulier les « bouilloires thermiques », représentent un axe de prévention clé.

Un soin particulier des pouvoirs publics doit être apporté aux conditions de logement et à sa pérennité, pour que les enfants puissent s'épanouir quelque part. Le mal-logement (insalubrité, sans-abrisme) fait l'objet d'actions institutionnelles, tels le déploiement d'un référentiel sur l'hébergement des familles avec enfants doté d'un budget de 125 M€ consacrés au développement et à l'adaptation de l'offre d'hébergement aux besoins des familles avec enfants, prévention des expulsions, et le programme Logement d'abord. Il fait également l'objet d'initiatives disparates, plutôt portées par le secteur associatif, variables selon les territoires. Le Conseil de l'enfance a proposé des mesures en lien avec la santé des enfants et des jeunes dans le rapport sur la place des enfants dans les espaces publics et la nature, en particulier de sécuriser et rendre plus agréables les environnements résidentiels dégradés, d'améliorer le bâti et les frontages et d'y prévoir des espaces pour les enfants, du petit enfant à l'adolescent, et face au mal-logement, d'appliquer le droit (y compris concernant la qualité des aires d'accueil aux gens du voyage).

Le schéma directeur de l'assurance maladie « Transition > Action ! » 2024-2027 traduit bien une prise de conscience du lien entre santé, pauvreté et facteurs environnementaux autour de quatre axes principaux : anticiper les risques environnementaux en préparant le système de santé aux impacts du changement climatique et en assurant la résilience des infrastructures ; réduire son empreinte écologique ; intégrer la santé environnementale dans les parcours de soins et en accompagnant les populations vulnérables. Là encore la prévention en petite enfance est déterminante, et comme la Charte pour la qualité d'accueil du jeune enfant[69] le stipule, « *La nature joue un rôle essentiel pour l'épanouissement des enfants* » (art 6).

[69] Décret instaurant l'application de cette charte comme garante de la qualité de l'accueil du jeune enfant, quels que soient les types d'accueil, https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000044126586.

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

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

Retrouvez nos dernières actualités sur

www.hcfea.fr

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

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

Le HCFEA est membre du réseau France Stratégie (www.strategie.gouv.fr)
Adresse : 78-84 rue Olivier de Serres, Tour Olivier de Serres, CS 59234, 75739 PARIS cedex