





Enfances sous prescription

Sébastien Ponnou

Psychanalyste

Maître de conférences en sciences
de l'éducation à l'université de Rouen
Normandie

La santé mentale, grande cause nationale ? Sébastien Ponnou, psychanalyste et professeur en sciences de l'éducation, propose une synthèse des enjeux contemporains et des questions vives pour la santé mentale des enfants et des adolescents.

Les questions relatives à la souffrance psychique et à la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent font l'objet de préoccupations et d'une mobilisation massive de la part du grand-public et des professionnels. Au-delà des effets d'annonce, les gouvernements successifs n'ont cessé d'engager des politiques de rationalisation et de réduction des coûts de santé et d'éducation qui se sont traduits par :

- Une mise à mal systématique des dispositifs de soin et d'éducation à destination de l'enfant et de sa famille ;
- Une augmentation de la souffrance psychique des jeunes, documentée d'un point de vue clinique et épidémiologique, faute de modalités d'accueil et d'accompagnement adaptés ;
- Une réduction de la richesse et de la pluralité des modes de soin et d'éducation au profit des seules approches biomédicales de la santé mentale, engageant une augmentation de la consommation de médicaments psychotropes en population pédiatrique, et un risque de substitution des pratiques psychothérapeutiques, éducatives et sociales recommandées en première intention par la seule prescription médicamenteuse.

UNE MISE À MAL SYSTÉMATIQUE DES DISPOSITIFS DE SOIN ET D'ÉDUCATION DÉDIÉS À L'ENFANT ET À LA FAMILLE

En 2023, Enfance Majuscule se faisait l'écho de la souffrance psychique des enfants, de la mise à mal systématique des institutions de soin, d'éducation et d'intervention sociale, ainsi que de la dégradation des modalités d'accueil et d'accompagnement des enfants dans les différents domaines de la pédopsychiatrie et du handicap en France ces 30 dernières années. Cette dégradation généralisée des services publics est documentée par de nombreux rapports de référence :

- Rapport 2016 de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) sur la santé des jeunes ;
- Rapport 2016 de l'Inspection Générale de l'Action Sociale (IGAS) ;
- Rapports de la Cours des Comptes sur l'offre de soin (2021) et sur la pédopsychiatrie (2023) ;
- Rapport 2021 du Défenseur des Droits sur la santé mentale et le bien-être des enfants ;
- Rapport 2022 du Haut Conseil pour la Santé Publique (HCSP) sur les professionnels de santé et l'offre de soin ;
- Rapport du Haut Conseil de l'Enfance, de la Famille et de l'Âge (HCFEA) sur la santé mentale de l'enfant...

Ces institutions dénoncent de longue date une offre pédiatrique, pédopsychiatrique et médicosociale en net recul, qui ne permet plus d'accueillir dans des délais raisonnables et de manière satisfaisante les enfants et les familles. La situation de l'hôpital, de la médecine scolaire, de la PMI et de l'ensemble des acteurs du champ médicosocial est altérée, avec des effets délétères sur la santé mentale et le devenir des enfants et des adolescents :

- Déficit de prise en charge ;
- Aggravation de l'état de santé des enfants et des adolescents, notamment augmentation des hospitalisations en urgence, des passages à l'acte suicidaires et des suicides chez les jeunes - notamment chez les filles et les adolescentes ;
- Augmentation de la consommation de médicaments psychotropes en population pédiatrique - dont de nombreuses prescriptions hors des Autorisations de Mise sur le Marché (AMM) et hors recommandations ;

L'urgence et l'acuité de la situation s'exposent dans les tribunes des plus grands quotidiens nationaux. Par exemple dans le journal *Le Monde*, à l'été 2022, « En France, en 2022, des enfants et adolescents meurent de souffrance psychique par manque de soins et de prise en compte sociétale », « — Oui, par manque de moyens, la pédopsychiatrie doit depuis des années trier les enfants ».

Comment, dans ces conditions et ce contexte général, imaginer une politique, des dispositifs institutionnels et des pratiques ambitieuses pour les enfants et leur famille ? Il y a bien une forme de cynisme à promouvoir la cause de l'enfant dans des systèmes structurellement dépouillés de leurs forces vives. Comment prendre soin et accompagner dignement des enfants en souffrance avec seulement 597 pédopsychiatres pour l'ensemble du territoire, âgés de 65 ans en moyenne, soit une couverture de 5 médecins pour 100 000 enfants de 0-14 ans, et des disparités territoriales telles qu'en 2020, 17 départements étaient totalement dépourvus de praticiens ? De la même manière, comment imaginer une politique ambitieuse d'inclusion des enfants et des adolescents dans les écoles, les collèges et les lycées français avec seulement 900 médecins scolaires pour 12 millions d'élèves - soit un médecin pour 13 333 élèves - 8 024 infirmières scolaires pour 62 000 établissements - soit une infirmière pour sept ou huit sites - 3 500 psychologues de l'Éducation Nationale (psyEN) dans le premier degré et 4 000 dans le second degré, soit une couverture moyenne d'un psyEN pour 1 600 élèves ? Le tout dans des conditions d'encadrement pédagogique, de recrutement et de formation des personnels enseignants qui ne cessent de se dégrader ?

Cet état des lieux - cet état d'urgence - n'est pas une découverte, ni une surprise, mais l'effet d'une série de choix, de stratégies, d'organisations et de planifications portés par les pouvoirs publics et des personnalités politiques obnubilées par la réduction des coûts de santé et d'éducation, au détriment du bien commun, de la qualité des services publics et des modalités d'accompagnement des enfants et des familles.



NEW PUBLIC MANAGEMENT, EVIDENCE-BASED MEDICINE/ PRACTICE ET RÉDUCTION DES COÛTS DE SANTÉ MENTALE ET D'ÉDUCATION

Comment expliquer une telle dégradation des systèmes de soin et d'éducation en France ? De manière générale, deux phénomènes conjoints président à la mise à mal des domaines du soin, de l'éducation et du travail social en France, avec des effets délétères sur les institutions, les dispositifs et les pratiques dédiés à l'enfance. Un premier écueil concerne le déploiement massif et généralisé des pratiques du *New Public Management* (NPM), qui vise à gouverner les institutions et les associations médicosociales à but non lucratif comme des entreprises. Exclusivement orienté par des logiques gestionnaires et managériales, le NPM substitue la rentabilité et le profit aux principes fondateurs des missions de service public, contraignant les professionnels à des pratiques standardisées, réduisant les dispositifs de soin et d'éducation à une série de protocoles évaluables d'un point de vue comptable, afin d'en accroître la rentabilité. Le NPM a engendré une détérioration sans précédent du modèle social et du système de solidarité français, à commencer par des réductions de personnels, des fermetures de lits à l'hôpital, et des fermetures de services de santé... Selon la même logique, les modifications des règles de financement des organismes publics ou associatifs - tarification à l'activité, Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) - exercent une pression financière sans précédent sur les institutions, les équipes de directions et les cliniciens, au détriment de la qualité et de la pluralité des pratiques et de l'offre de soin. L'écart entre la demande et l'offre de soin crée un effet ciseau, qui engendre des délais d'attente de 6 à 18 mois pour des consultations spécialisées, un déport des prises en charges hospitalières vers le secteur médicosocial, et du médicosocial vers l'école, sans que les moyens nécessaires en termes de compensation, d'accessibilité, de concertation et de travail pluridisciplinaire, pluri-professionnel et inter-institutions ne soient mis en œuvre... D'où un nombre croissant d'enfants qui restent sans solution, à la maison, ou ne bénéficient que de modalités d'accompagnement ponctuelles. Par ailleurs, les approches comptables et normatives caractéristiques du NPM ont conduit à une réification des pratiques, à une perte de sens pour les cliniciens : le sentiment d'épuisement, les démissions prématurées, les difficultés de recrutement, la crise des vocations et des formations dans les métiers du médicosocial sont les symptômes tenaces de cette perte de sens. De plus, le NPM a largement contribué à la privatisation et à la plateformes des institutions de santé, laissant de nombreux enfants et familles dans la difficulté, creusant les inégalités sociales d'accès au soin, et favorisant la privatisation latente de la santé mentale de l'enfant. Or, la privatisation des missions essentielles de service public est à l'origine des pires scandales sanitaires et médico-sociaux de ces dernières années, notamment dans le domaine du grand âge (scandale Orpéa)¹ ou de la petite enfance². Pour finir, le NPM est une aberration économique qui a contribué à l'augmentation des dépenses et de la dette publique sans profiter aux services de soin, aux professionnels, ni aux enfants, aux adolescents ou à leur famille.

1. Castanet, V. (2022). *Les fossoyeurs : Révélation sur le système qui maltraite nos aînés*. Paris : Fayard.

2. Gastaldi, D., & Périssin, M. (2023). *Le prix du berceau : ce que la privatisation des crèches fait aux enfants*. Paris : Le Seuil ; Castanet, V. (2024). *Les ogres*. Paris : Flammarion.

Deuxième écueil : les approches gestionnaires appliquées aux différents domaines du soin imposent des approches numériques et statistiques de la pédopsychiatrie ou du handicap... La science est alors convoquée pour produire les savoirs systématiques et normés susceptibles de contribuer à la rationalisation des pratiques professionnelles. D'où la prolifération irraisonnée de l'*Evidence Based Medicine* et de l'*Evidence Based Practice* appliquées à la santé mentale... D'où l'hégémonie de la psychiatrie biologique exclusivement centrée sur la recherche de biomarqueurs susceptibles de caractériser les diagnostics pédopsychiatriques, et sur la mise au point de traitements biomédicaux/pharmacologiques susceptibles de traiter les enfants... Problème : l'*Evidence Based Medicine* et l'*Evidence Based Practice* se sont révélés tout à fait inconsistants dans le domaine de la santé mentale de l'enfant. De la même manière, les recherches en génétique et neurobiologie des troubles mentaux ont largement échoué : des années 1980 à nos jours, les connaissances scientifiques dédiées à l'autisme ont considérablement progressé, et la perspective de découvrir une causalité organique de l'autisme décline à mesure des avancées de la recherche. Malheureusement, le discours scientifique souffre de telles distorsions et de tels biais que l'hégémonie de la psychiatrie biologique s'est imposée dans l'imaginaire collectif, dans les médias et dans les politiques publiques, tandis que les approches biomédicales de la santé mentale sont aujourd'hui largement décriées et remises en cause dans les publications scientifiques internationales - depuis plus d'une vingtaine d'années. Ainsi, l'illusion scientifique va de pair voire précipite l'échec des gouvernances de santé publique déployées en France ces dernières décennies.

IMPASSES DES APPROCHES BIOMÉDICALES ET STANDARDISÉES DE LA SANTÉ MENTALE DE L'ENFANT

C'est une donnée générale : les apports de la psychiatrie biologique à la clinique sont très limités, contradictoires et inconsistants. Dans le meilleur des cas, la recherche de biomarqueurs génétiques ou neurobiologiques pour les différents diagnostics psychiatriques n'est parvenue à mettre en évidence que des associations statistiques, dans des conditions telles qu'elles ne permettent aucune conclusion ni n'offrent aucun apport aux pratiques de soin, d'éducation et de prévention. Pour résumer, malgré des milliards de dollars investis et des décennies de recherches intensives :

- Il n'existe aucun test biologique susceptible de contribuer au diagnostic des troubles mentaux - dont l'autisme.
- Aucune nouvelle classe de médicaments psychotropes n'a été découverte depuis 50 ans, au point que l'industrie pharmaceutique a fermé depuis 2010 la plupart de ses départements consacrés à la recherche de nouveaux médicaments psychotropes.

Plus encore : la probabilité de découvrir une étiologie biologique des troubles mentaux diminue à mesure que la qualité des études progresse. Ces constats sont établis par des personnalités prestigieuses du monde scientifique au niveau international. Par exemple, dans un article intitulé *Medicine and the mind : the consequences of psychiatry's identity crisis*, paru dans la prestigieuse revue *The New England Journal of Medicine*, Gardner et Kleinman écrivaient en 2019 :

« Paradoxalement, bien que les limitations des traitements biologiques soient largement reconnues par les experts en la matière, le message qui prévaut pour le grand public et le reste de la médecine, est encore que la solution aux troubles mentaux consiste à faire correspondre le bon diagnostic au bon médicament. Par conséquent, les diagnostics psychiatriques et les médicaments psychotropes prolifèrent sous la bannière de la médecine scientifique, bien qu'il n'existe aucune compréhension biologique approfondie des causes des troubles psychiatriques ou de leurs traitements. Le problème n'est pas simplement une question d'intégrité scientifique et intellectuelle. Cet état de fait influence la formation des soignants et le remboursement des soins. Il nuit gravement aux patients et aux praticiens ».

“Partout dans le monde [...] les pratiques actuelles placent les psychotropes au centre de la réponse thérapeutique”

Comme l'indique François Gonon, neurobiologiste et directeur de recherche émérite au CNRS, la psychiatrie biologique est une bulle spéculative, une rhétorique de la promesse utilisée par le discours néolibéral et la puissance publique pour justifier de choix politiques scientifiquement contestables et socialement injustes. D'où ce paradoxe : les représentations biomédicales et standardisées de l'enfance se déploient auprès du grand-public, des parents, des professionnels et de la puissance politique alors même que les consensus et les revues scientifiques les plus prestigieuses et les plus récentes pointent les apories de la psychiatrie biologique appliquée à l'ensemble des diagnostics psychiatriques chez l'enfant. En 2022, l'état des lieux de la recherche a conduit l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) à publier une critique vigoureuse de l'usage des références biomédicales des troubles mentaux, à plaider pour une réorientation de la recherche et des politiques publiques de santé mentale vers des pratiques psychothérapeutiques, éducatives et sociales, à pousser les pratiques privilégiant une approche globale de l'enfant, à développer l'accès au soin - y compris hors diagnostic - et à soutenir les pratiques individualisées centrées sur la personne, enfin à privilégier l'accès au droit, à l'éducation, et à la socialisation :

« Pour réussir à définir une approche de santé mentale intégrée, centrée sur la personne, axée sur son rétablissement et fondée sur ses droits, les pays doivent changer et ouvrir les mentalités, corriger les attitudes de stigmatisation et éliminer les pratiques coercitives. Il faut donc absolument que les systèmes et les services de santé mentale élargissent leur horizon au-delà du modèle biomédical, au profit d'une démarche plus globale prenant en considération tous les aspects de la vie du patient. Partout dans le monde, cependant, les pratiques actuelles placent les psychotropes au centre de la réponse thérapeutique, alors que les interventions psychosociales et psychologiques et le soutien par les pairs sont aussi des pistes à explorer, qui devraient être proposées dans le cadre d'une approche centrée sur la personne [...]. En outre, comme la recherche en santé mentale a été dominée par le paradigme biomédical au cours des dernières décennies, les travaux de recherche concernant les approches fondées sur les droits sont assez rares. Il faut investir largement plus au niveau mondial dans les études qui se penchent sur ces approches [...] ».

L'AUGMENTATION GÉNÉRALE DE LA CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT EN FRANCE : DONNÉES ACTUALISÉES

En 2023, le Haut Conseil de la Famille, de l'Enfance et de l'Âge (HCFEA) alertait sur la souffrance psychique des enfants et sur la mise à mal du système de soin, d'éducation et d'intervention sociale en France. Il rappelait que les pratiques psychothérapeutiques, éducatives et sociales sont recommandées en première intention dans le soin des enfants et des adolescents. Dans certains cas, un traitement psychotrope peut être prescrit en deuxième intention, en soutien des dispositifs psychoéducatifs et sociaux. Ces réserves et précautions concernant la prescription de médicaments psychotropes chez l'enfant s'expliquent par la rareté d'études robustes sur l'efficacité des traitements chez l'enfant, des effets indésirables importants et une balance bénéfique/risque qui conduit à un nombre limité d'AMM pour les médicaments psychotropes chez l'enfant.

Face à l'augmentation de la demande et au déficit croissant de l'offre de soin, le HCFEA présentait des données inédites concernant l'augmentation de la consommation de médicaments psychotropes en population pédiatrique, à l'appui de données transmises par l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM) et les données publiques de consommation de soins OpenMedic : en effet, pour la seule année 2021, la consommation de médicaments psychotropes chez les 0-19 ans a augmenté de 16 % pour les anxiolytiques, de 224 % pour les hypnotiques, de 23 % pour les antidépresseurs, et de 7,5 % pour les antipsychotiques. Pour l'ANSM, ces niveaux d'augmentation sont sans commune mesure (2 à 20 fois plus élevés) que ceux observés au niveau de la population générale, quand bien même le nombre d'AMM en population pédiatrique est très limité pour les médicaments psychotropes. Cette augmentation générale de la consommation est antérieure à la période COVID, puisque les données OpenMedic indiquent une augmentation :

- De 0,28 % à 0,60 % pour les antipsychotiques, soit une hausse d'environ 114 % ;
- De 2,01 % à 2,72 % pour les hypnotiques et les anxiolytiques, soit une hausse d'environ 35 % ;
- De 0,29 à 0,81 % pour les antidépresseurs et les normothymiques, soit une hausse d'environ 179 % ;
- De 0,23 % à 0,57 % pour les psychostimulants, soit une hausse d'environ 148 %.

Ces données ont été largement diffusées et médiatisées, ouvrant sur une prise en compte inédite au niveau national. Mais elles restent partielles, et nécessitent des études plus approfondies, susceptibles de détailler la prévalence de la consommation de médicaments psychotropes chez l'enfant et l'adolescent.

OÙ EN SOMMES-NOUS AUJOURD'HUI ?

Une étude encore inédite réalisée dans l'Échantillon du Système National de Données de Santé (SNDS) (2 % de la population générale) et dédiée à la consommation de médicaments psychotropes chez les 0-17 ans confirme les données et le bienfondé des orientations et des alertes du HCFEA :

- La prévalence de la consommation de médicaments psychotropes chez les 3-17 ans est passée de 3,25 % en 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. Chez les 12-17 ans, elle passe de 4,96 % en 2011 à 5,49 % en 2023.
- Entre 2010 et 2023, le nombre de délivrances par an et par patient augmente pour la plupart des classes thérapeutiques, en particulier les hypnotiques (+137%), les antidépresseurs (+88%), les antiépileptiques (62 %), les neuroleptiques (+50%) et les psychostimulants (+40%).

Ces différentes observations abondent l'hypothèse d'un effet ciseau entre l'augmentation de la demande et le déficit structurel de l'offre de soin.

- 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. Autrement dit, les traitements pour lesquels la prévalence est la plus élevée sont ceux pour lesquelles les durées de traitement sont les plus courtes. *A contrario*, 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 durées de traitement sont le principal facteur d'augmentation de la prévalence.
- Les poly-prescriptions sont fréquentes et concernent l'ensemble des classes de médicaments, quand bien même ces consommations ne font l'objet d'aucune étude scientifique.
- En 2022, 72% des médicaments psychotropes destinés à l'enfants sont prescrits par des médecins généralistes (à 64 % des patients), 7 % par des pédiatres (à 9 % des patients) et 9 % par des psychiatres et pédopsychiatres (à 18 % des patients).

- En 2022, 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. La consommation de médicaments psychotropes chez l'enfant et l'adolescent augmente au moment de la crise Covid, et continue d'augmenter jusqu'en 2023.

En 2015, commentant un niveau de consommation à 2,5 % de la population pédiatrique, l'épidémiologiste Viviane Kovess et ses collègues concluaient que « l'utilisation de médicaments psychotropes chez les enfants est élevée en France [...] bien que les données sur leurs effets à longs termes soient insuffisantes, ou que ces médicaments n'aient pas fait l'objet d'étude ou de validation pour un usage chez l'enfant ». Que conclure des données les plus récentes, alors que la consommation de médicaments psychotropes chez les adolescents dépasse les 5 %, et que les données globales de prévalence en France sont parmi les plus élevées en Europe ?

Ces différentes observations abondent l'hypothèse d'un effet ciseau entre l'augmentation de la demande et le déficit structurel de l'offre de soin, avec pour effet un risque de substitution des pratiques psychothérapeutiques, éducatives et sociales de première intention par la seule prescription médicamenteuse.

LE CAS PARTICULIER DE L'AUTISME ET DU TDAH...

Au-delà de ces données générales, qu'en est-il plus particulièrement de la prescription de médicaments psychotropes chez les enfants et les adolescents autistes en France dans la période récente ? L'autisme fait de longue date l'objet de recherches intensives dans les différentes disciplines biomédicales et dans les sciences humaines et sociales. Quelle que soit la nomenclature diagnostique utilisée, l'autisme est traditionnellement défini par trois symptômes cardinaux : troubles sévères de la communication, déficit des interactions sociales, comportements répétitifs et stéréotypés. Le diagnostic d'autisme recouvre une réalité clinique plurielle, complexe et hétérogène, qui rend particulièrement sensibles les discussions relatives à sa prévalence. Les études et les revues internationales les plus récentes indiquent une prévalence générale de 1 %, avec des écarts allant de 0,01 % à 4,36 % selon les études, un ratio homme/femme de 4,2, et un niveau de comorbidité psychiatrique avec un diagnostic de déficience intellectuelle de 33 %. En France, une étude fondée sur l'analyse des bases du SNDS a permis d'établir un taux de prévalence de 0,18 % en population générale en 2017, avec un taux de 0,72 % pour les 5-9 ans, d'autant plus fiable que ces résultats sont très proches de ceux obtenus via les études de registres. Des données congruentes et actualisées font état d'une prévalence de l'autisme de 0,2 % de la population générale et 0,94 % des enfants âgés de 8 ans en 2022 : 1.5% pour les garçons et 0.4 % pour les filles.

Concernant plus spécifiquement le traitement pharmacologique de l'autisme, les Essais Contrôlés Randomisés (ECR) réalisés ces dernières décennies pour tester des médicaments susceptibles de traiter les symptômes cardinaux ou les causes supposées de l'autisme n'ont pas montré de preuve d'efficacité, ni de différence



les traitements psychotropes sont largement utilisés pour cibler les symptômes ou les comorbidités associées à l'autisme [...] Là encore, les synthèses de littérature récentes montrent des preuves d'efficacité limitées voire inexistantes, associées à des effets indésirables importants.

notable entre les groupes médication et placebo... Ces résultats s'expliquent par le fait que les formes cliniques sont nombreuses et hétérogènes, et qu'il n'existe pas de marqueur ni de cible biologique spécifique identifiés dans le cas de l'autisme. Dans la pratique clinique, les traitements psychotropes sont largement utilisés pour cibler les symptômes ou les comorbidités associées à l'autisme - notamment les comportements jugés préoccupants ou perturbateurs : irritabilité, agressivité, agitation, automutilations... Là encore, les synthèses de littérature récentes montrent des preuves d'efficacité limitées voire inexistantes, associées à des effets indésirables importants.

Pourtant, en France, la consommation de médicaments psychotropes chez les enfants et les adolescents autistes est particulièrement élevée et stable entre 2010 (31.8 %) et 2019 (31.6 %), puis elle augmente entre 2019 et 2022 (36.8 %), notamment sous l'effet d'une forte hausse de la consommation d'hypnotiques. On note cependant des disparités selon les sous-classes de traitements :

- À la baisse pour les antiépileptiques (7.5 % en 2010 et 3.9 % en 2022), les antiparkinsoniens (2.2 % en 2010 et 1.2 % en 2022), les antipsychotiques (18.6 % en 2010 à 16.1 % en 2022), les anxiolytiques (10.2 % en 2010 et 8.3 % en 2022) ;
- Et à la hausse pour les traitements hypnotiques (0.7 % en 2010 à 15.4 % en 2022), les antidépresseurs (2.5 % en 2010 et 3.8 % en 2022), et les psychostimulants (6.3 % en 2010 à 11.9 % en 2022). L'augmentation importante de la consommation d'hypnotiques provient de l'entrée de la mélatonine (SLENYTO®, CIRCADIN®) dans la liste des médicaments remboursables en 2019 - sans qu'il soit possible de dire si ces consommations préexistaient au remboursement.

La consommation de médicaments psychotropes chez les enfants autistes âgés de 0 à 2 ans est de 20,2 % en 2010 et 26,3 % en 2022. Pour cette classe d'âge, la courbe générale de consommation est très influencée par la baisse des prescriptions d'antiépileptiques, d'anxiolytiques (14,5 % en 2010 et 5 % en 2022), puis l'envolée de la consommation d'hypnotiques (0,2 % en 2010 et 22,7 % en 2022). Chez les patients autistes âgés de 3 à 5 ans, la consommation de psychotropes passe de 19,9 % en 2010 à 27,8 % en 2022. Les niveaux de consommation s'élèvent pour toutes les sous-classes de traitements psychotropes, avec une montée en flèche pour les hypnotiques à partir de 2019.

La consommation de médicaments psychotropes chez les jeunes patients autistes augmente avec l'âge, notamment pour les antipsychotiques et les psychostimulants. En 2022, la consommation de médicaments psychotropes concerne 36,5 % des enfants âgés de 6 à 11 ans (30,7 % en 2010) et jusqu'à 41,7 % des adolescents âgés de 12 à 17 ans (44,4 % en 2010). Pour ces deux classes d'âges, les antipsychotiques, les psychostimulants, les anxiolytiques - puis à partir de 2019 les hypnotiques - constituent les niveaux de prescription les plus élevés. Le nombre de boîtes par an et par patient est élevé, avec une moyenne de 18 à 19 boîtes par an et par enfants, toutes classes de médicaments psychotropes confondues.

Il a été mesuré les durées de traitements pour les enfants et les adolescents autistes en 2011, afin de disposer d'un recul le plus large possible sur l'ensemble de la période d'étude. Cependant, les durées de traitement des enfants et des adolescents autistes sont si longues - entre 11 et 12 ans ! - qu'elles sont censurées par les durées de cette étude pour toutes les classes d'âge, y compris chez les plus jeunes.

Les niveaux de co-prescriptions sont très élevés. La grande majorité des prescriptions de psychotropes chez les enfants et les adolescents autistes n'est pas réalisée par des spécialistes mais par les médecins généralistes - quand bien même cette tendance évolue à la baisse au fil de la période : 87,3% des patients et 75.4 % des prescriptions en 2011, 79,8 % des patients en 2021 et 59.4 % des prescriptions en 2021.

Les suivis et les examens biologiques des enfants - qui devraient être la règle dans les cas de prescription de long terme, de poly-prescriptions et de prescriptions hors AMM et hors recommandations, ne sont pas réalisés dans l'immense majorité des cas.

MALAISE DANS LA PÉDOPSYCHIATRIE

En quoi les niveaux de prescription de médicaments psychotropes dans l'autisme sont-ils révélateurs d'une forme de malaise dans la pédopsychiatrie ? D'abord, parce qu'« un certain nombre de psychotropes, comme les antipsychotiques, sont fréquemment utilisés dans la prise en charge des comportements à problèmes sous prétexte qu'ils interfèrent avec les apprentissages ou la socialisation ». Ensuite, parce que cette tendance aux prescriptions massives, à visée comportementale, est à contre-courant de la reconnaissance de la spécificité de l'autisme et des différences des personnes diagnostiquées autistes, à contre-courant des mouvements sociaux, associatifs, professionnels, familiaux, et des demandes légitimes des personnes autistes de faire entendre leur différence. Ce paradoxe est révélateur des impasses auxquelles conduisent inéluctablement les approches biomédicales de l'autisme d'une part, de la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent d'autre part. Or, plutôt que de considérer les comportements des personnes autistes comme des « comportements problématiques », les différentes approches cliniques dans les domaines du soin, de l'éducation et du travail social - mais également des agences de santé internationales comme le NICE et le NIH anglais - soutiennent l'intérêt d'entendre ces comportements comme l'expression d'une demande ou d'un besoin - autrement dit comme un langage. Cette perspective appelle des réponses plurifactorielles et pluridisciplinaires, la prescription d'un traitement psychopharmacologique devant alors répondre - pour le NICE et le NIH - à des critères précis : situations d'urgence ou absence avérée d'alternative thérapeutique, prescriptions associées à des mesures psychothérapeutiques et éducatives adaptées, durées de traitements limitées, information des familles... Pour l'autisme comme pour les autres problématiques de santé mentale chez l'enfant et l'adolescent, la question ne porte pas tant sur les usages/mésusages des traitements médicamenteux que sur la nécessité de déployer un accompagnement global de l'enfant et de sa famille.



DISCUSSION À PARTIR DES DERNIÈRES RECOMMANDATIONS DE LA HAS POUR LE TDAH

Le lundi 23 septembre 2024, la Haute Autorité de Santé (HAS) publiait un rapport et de nouvelles recommandations concernant le Trouble Déficitaire de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDAH), immédiatement relayées par une série d'articles dans Le Monde, Le Figaro et L'Express... Or en 2023, Enfance Majuscule avait consacré de larges pages à la question du TDAH, soulignant l'augmentation considérable de la consommation de psychostimulants chez l'enfant - *a fortiori* hors AMM et hors recommandations - une détermination scolaire et sociale du diagnostic et de la médication, ainsi qu'un risque avéré et scientifiquement documenté de substitution des pratiques psychothérapeutiques par la seule prescription médicamenteuse. Quelles nouveautés et quels enjeux avec ces nouvelles recommandations ?

ÉTILOGIE ET DIAGNOSTIC

D'abord quelques motifs de satisfaction : la HAS reconnaît qu'il n'existe pas d'étiologie biologique connue pour le TDAH. En effet, des décennies de recherches intensives en génétique et en imagerie cérébrale structurale et fonctionnelle, ainsi que les synthèses, les méta-analyses et les consensus scientifiques les plus récents montrent qu'il n'existe pas de biomarqueur ni de test susceptible de contribuer au diagnostic de TDAH.

La HAS en tire d'ailleurs toutes les conséquences, puisqu'elle insiste sur le caractère clinique du diagnostic, associant les parents et les différentes personnes intervenant auprès de l'enfant, dans une perspective globale intégrant l'histoire et les éléments de contexte familiaux, sociaux et environnementaux de l'enfant. Compte tenu du peu de spécificité des symptômes du TDAH - déficit d'attention, agitation psychomotrice, hyperactivité - il est cependant regrettable que la HAS n'ait pas retenu des classiques de la littérature scientifique dédiée à la prévalence et au diagnostic d'hyperactivité : depuis les années 1990-2000, de nombreuses études internationales ont montré l'extrême variabilité du diagnostic de TDAH en fonction des critères diagnostiques, des échelles et des grilles de mesure, du niveau de formation des cliniciens et d'information des parents/professionnels, des risques de comorbidité, d'erreurs diagnostiques ou de facteurs sociaux susceptibles d'influencer le diagnostic.

Pour ces différentes raisons, des études cliniques/de cohortes ont montré que le diagnostic de TDAH était réfuté dans de nombreux cas après réévaluation par un clinicien. Ces changements diagnostics sont également manifestes dans les parcours des enfants diagnostiqués TDAH dans les bases du Système National des Données de Santé en France.

Ainsi, le risque de surdiagnostic du TDAH a été documenté dans de vastes synthèses internationales, très robustes et très fréquemment citées, qui pourtant ne figurent pas dans les revues de littérature de la HAS...

[...] les experts de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ont refusé par deux fois d'accorder le statut de médicament essentiel au méthylphénidate.

Le diagnostic est un acte médical qui oriente les parcours de soin et les trajectoires des enfants. Or, plusieurs études longitudinales comparant les parcours d'enfants avec et sans diagnostic de TDAH - mais présentant initialement les mêmes types et sévérités de symptômes - montrent que le diagnostic n'a pas contribué au soin ou au mieux-être des enfants, mais qu'au contraire, les enfants diagnostiqués se portaient nettement moins bien que leurs camarades présentant initialement les mêmes difficultés. D'où de nombreux articles dans la littérature internationale interrogeant jusqu'au bienfondé du diagnostic (*helping or harming*).

LES PRATIQUES PSYCHOTHÉRAPEUTIQUES DE PREMIÈRE INTENTION

D'un point de vue thérapeutique, la HAS réaffirme que les pratiques psychothérapeutiques, éducatives et sociales sont recommandées en première intention dans le cas de l'hyperactivité/TDAH, et ce parti pris mérite d'être souligné car il est conforme aux données de la littérature scientifique et à l'état des pratiques de soin et d'accompagnement en France. Mais tandis que l'argumentaire 2014 pour le TDAH ouvrait sur un panel large de psychothérapies - Thérapies Cognitives et Comportementales (TCC), psychanalyse et thérapies familiales - la mise à jour 2024 ne retient plus que les Thérapies Cognitives, Comportementales et Émotionnelles (TCCE), au motif que la psychanalyse, et sans doute plus largement les pratiques psychodynamiques et cliniques ne disposeraient pas de preuve d'efficacité scientifique. Cette décision est regrettable à au moins cinq points de vue :

- Par définition ou par essence, la psychanalyse, les pratiques psychodynamiques et cliniques se prêtent mal aux modalités d'évaluation de l'*Evidence Based Médecine/Practice*, ce qui n'en invalide pas les effets ni la pertinence en situation de soin ou pour orienter les pratiques en institution. Par ailleurs, les sciences humaines et sociales disposent d'autres modalités d'évaluation que l'EBM/P, qui ne sont pas adaptées aux questions de santé mentale en général, dans les domaines de l'enfance et de l'adolescence en particulier. Il existe par ailleurs de très nombreux laboratoires de recherche et départements universitaires orientés par la psychanalyse et la pluralité des approches psychothérapeutiques en France et au niveau international, ainsi que des écoles, des associations et des sociétés savantes reconnues d'utilité publique soutenant la recherche et la formation des praticiens sur le territoire.
- Il existe aujourd'hui de nombreux ECR, revues et méta-analyse en France et au niveau international, soutenant l'intérêt de la diversité des pratiques psychothérapeutiques – dont la psychanalyse. Il est surprenant que l'HAS n'y fasse plus référence tandis que la possibilité des pratiques psychanalytiques et des thérapies familiales était préservée et argumentée dans son argumentaire 2014 - et que les publications internationales soutenant l'intérêt des pratiques psychodynamiques sont nettement plus nombreuses aujourd'hui qu'hier. De manière générale, l'évaluation des psychothérapies selon



“les preuves d’efficacité [pour le concluantes, avec un risque élevé dans une proportion importante

les critères de l’EBM/EBP est uniformément faible. Cette observation est connue de longue date et n’invalide pas leur pertinence en situation, mais interroge les outils d’évaluation utilisés. La HAS elle-même n’accorde aux méthodes comportementales qu’une présomption de scientificité...

- La nature expérimentale des TCC et des TCCE les positionne de manière favorable à l’évaluation selon les critères de l’*Evidence Based Medicine/Practice*. Cependant, les protocoles des ECR ou les dispositifs standards sont difficilement applicables dans la pratique, et doivent être adaptés au contexte, à l’enfant, à l’environnement, aux situations... Ce qui rend caduque le principe même de leur évaluation et le principe de leur légitimité scientifique. De plus, les TCC et TCCE se focalisent sur la suppression ou la réduction de comportements jugés problématiques sans s’intéresser à leur cause, à leur sens ou à leur contexte. Elles reposent sur des pratiques standardisées, valables pour tous. Or, force est de constater les demandes de nombreux parents et l’intérêt des enfants pour les pratiques du sens fondées sur la singularité de la rencontre entre le praticien et l’enfant.

- Le parti pris univoque de la HAS pour les TCCE réactive d’anciennes controverses³ et contribue davantage à fracturer un secteur pédopsychiatrique et médicosocial déjà fragile. L’intérêt des approches pluridisciplinaires, pluriprofessionnelles et intégratives est unanimement reconnu pour le soin des enfants et des adolescents. Dès lors, quel est l’intérêt de réduire la pluralité des pratiques et des professionnels, et in fine les chances et les possibilités d’accueil et de soin pour les enfants et les familles ?

3. Inserm (dir.). (2004). *Psychothérapie : Trois approches évaluées*. Rapport. Paris : Les éditions Inserm. XII- 553 p. - (Expertise collective). - <http://hdl.handle.net/10608/146>; Visentini, G. (2021). Quinze ans après le rapport de l’Inserm. L’efficacité de la psychanalyse ré-évaluée. *L’Évolution Psychiatrique*, 86(3), 489-506.

méthylphénidate] sont non de biais ou des données peu claires des études [...]”

- Remarquons enfin que ces recommandations s’opposent frontalement aux principes de libre choix de la méthode de soin pour les professionnels d’une part, les familles d’autre part - principes qui priment en droit sur la recommandation.

La HAS argumente une position pour le moins paradoxale et incohérente, puisqu’elle soutient la psychothérapie en première intention, mais dénigre l’ensemble des psychothérapies, sauf les TCC, pour des motifs prétendument scientifiques... Remarquons que la plupart des choses humaines ne relèvent pas de la science - *a fortiori* lorsqu’elles intéressent les domaines de l’enfance et de l’adolescence : le rire, le rêve, les aléas de la vie... la parole, le jeu, les apprentissages, l’amitié, l’amour, le lien entre l’enfant et ses parents, le désir de savoir ou le désir de vivre... cela n’a pas de prix, et ce ne sont pas des objets scientifiques !

De la même manière, la HAS soutient la mise en œuvre de programmes standardisés de guidance parentale : soutenir les parents est une chose primordiale, accueillir et se laisser enseigner par leur parole également, mais leur dire ce qu’ils doivent faire sur la base d’études prétendument scientifiques, c’est autre chose !

LA PRESCRIPTION MÉDICAMENTEUSE

La HAS a décidé de maintenir le médicament à sa juste place : pas en première intention, toujours en soutien et en complément des pratiques psychothérapeutiques, éducatives et sociales de première intention. Le méthylphénidate est le principal traitement psychotrope autorisé en France dans le cas du TDAH. Ce psychostimulant classé stupéfiant est commercialisé sous forme simple (Ritaline®) ou sous forme retard (Ritaline-LP®, Concerta®, Quasym®, Medikinet®). Le méthylphénidate est indiqué chez l’enfant à partir de 6 ans « lorsque les mesures correctives psychologiques, éducatives, sociales et familiales seules s’avèrent insuffisantes ».

Ces recommandations sont en ligne avec l'efficacité modérée du traitement selon la littérature scientifique : si les ECR de court terme (12 semaines) montrent des bénéfices sur le comportement de l'enfant, les études de cohortes s'accordent sur le fait qu'il ne présente aucun intérêt à moyen et long terme sur les risques d'échec scolaire, d'addiction, de délinquance, d'anxiété ou de dépression associés au TDAH. En 2019 puis 2021, les experts de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ont refusé par deux fois d'accorder le statut de médicament essentiel au méthylphénidate. Leur décision s'est appuyée sur une procédure scientifique standard, soutenue par deux revues de littérature de la Fondation Cochrane - gage de scientificité et d'impartialité. Leur argument et compte rendu résume très bien la situation :

« les preuves d'efficacité [pour le méthylphénidate] sont non concluantes, avec un risque élevé de biais ou des données peu claires dans une proportion importante des études ; manque de données au-delà de 12 semaines ; manque de données chez les enfants de moins de 5 ans ; effets indésirables préoccupants ; les interventions non pharmacologiques sont le traitement de première ligne pour le TDAH ».

Considérer que dans certains cas, le médicament peut être utile s'il facilite le travail de parole et d'accompagnement de l'enfant est un parti pris raisonnable, cliniquement situé et scientifiquement bien fondé. Il faut relever cependant trois écueils :

- tout d'abord, le rapport HAS et l'association HyperSuper TDAH France argumentent régulièrement des difficultés d'accès au traitement médicamenteux. Or, la consommation de méthylphénidate a augmenté de 116 % entre 2010 et 2019, et continue d'augmenter d'environ 15 % par an chaque année. Cette hausse de la consommation s'inscrit dans un continuum, puisque de précédents travaux faisaient déjà état d'une augmentation de +65 % entre 2003 et 2005, puis +135 % entre 2005 et 2011. L'argument d'une difficulté d'accès au médicament ne tient pas. Il est d'ailleurs surprenant que ces données épidémiologiques, en ligne avec les données de l'ANSM, ne soient nulle part mentionnées dans l'argument ou les revues de littérature de la HAS.
- De plus, tandis que la prescription de méthylphénidate est assortie de recommandations strictes, les bases de données de santé montrent que l'augmentation de la consommation de psychostimulants se double d'une mise à mal systématique de l'AMM et des recommandations de prescription :

Prescriptions avant l'âge de 6 ans ;

> Durées de traitement particulièrement longues : 5,5 ans en durée médiane pour les enfants de 6 ans consommateurs de méthylphénidate en 2011, et 7,1 ans en durée médiane pour les enfants de 6 ans hospitalisés avec un diagnostic de TDAH en 2011 ;

> Prescriptions hors diagnostic ou dans le cadre de diagnostics psychiatriques pour lesquels le médicament ne dispose pas d'AMM chez l'enfant en France ;

> Co-prescriptions nombreuses d'autres médicaments psychotropes, souvent réservés à l'adulte et très éloignées de leur zone d'AMM ;

> Non-respect des conditions réglementaires de prescription et de renouvellement par des médecins spécialistes ou des services spécialisés...

• Plus embarrassant encore : la médication n'est pas toujours associée au suivi de l'enfant et au soutien des familles : 84,2% à 87,1 % des enfants traités par méthylphénidate n'ont pas bénéficié d'un suivi médical par le service hospitalier ayant initié le traitement. De même, tandis que la consommation de méthylphénidate a considérablement augmenté au cours de la période 2010-2019, le nombre de visites dans les Centres Médico-Psycho-Pédagogiques - qui font référence en termes de soutien et d'accompagnement de l'enfant et de sa famille - a été divisé par quatre, soutenant l'hypothèse d'une substitution des pratiques psychothérapeutiques, éducatives et sociales de première intention par la seule médicamenteuse.

Enfin, les études suggèrent une détermination scolaire et sociale de la médication : les enfants les plus jeunes de leur classe, ou issus des milieux défavorisés, présentent des risques accrus de diagnostic et de médication.

SÉBASTIEN PONNOU

est psychanalyste, membre de l'École de la Cause Freudienne (ECF) et de l'Association Mondiale de Psychanalyse (AMP). Il est également professeur en sciences de l'éducation à l'université Paris 8. Il dirige plusieurs recherches portant sur les enjeux diagnostiques et thérapeutiques en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Il est personnalité qualifiée auprès du Conseil de l'Enfance et de l'Adolescence du HCFEA.

BIBLIOGRAPHIE INDICATIVE

La plupart des références et données présentées au fil de cet article sont disponibles dans les ouvrages suivants :

Ponnou, S. (Dir.) (2025). *À l'écoute des enfants autistes : le pari de la psychanalyse*. Nîmes : Champ Social Éditions.

Ponnou, S., Briffault, X., et Chave, F. (Dir.) (2023). *Le silence des symptômes : enquête sur la santé mentale et le soin des enfants*. Nîmes : Champ social Éditions.

Ponnou, S. (Dir.) (2022). *À l'écoute des enfants hyperactifs : le pari de la psychanalyse*. Nîmes : Champ Social Éditions.

Ponnou, S., & Niewiadomski, C. (2020). *Pratiques d'orientation clinique en travail social : Sous la direction de Sébastien Ponnou & Christophe Niewiadomski*. Editions L'Harmattan.



BIAIS SCIENTIFIQUES, BIAIS MÉDIATIQUES ET CONFLITS D'INTÉRÊTS

Dans le numéro 2022-2023 d'Enfance Majuscule, les biais scientifiques, les biais médiatiques et les conflits d'intérêt présidant aux représentations du grand-public, des professionnels voire des pouvoirs publics dans le cas du TDAH, ont été largement développés. Le rapport 2024 de la HAS n'échappe pas à la règle puisque, en plus de présenter un état des lieux partiel et partial de la littérature scientifique, le Président du groupe de travail sollicité par l'agence de santé - le professeur Olivier Bonnot - présente au moins quatre niveaux de conflits d'intérêts avec l'industrie du médicament :

- À titre personnel, sous forme de rémunérations ou d'invitations - informations vérifiables sur le site France Transparence Santé (<https://www.transparence.sante.gouv.fr/pages/accueil/>) ;
- Au titre des publications qu'il a cosignées, dont plusieurs présentent des conflits d'intérêts avec l'industrie du médicament - informations disponibles sur chaque publication, accessibles via le site Google scholar ou d'autres moteurs de recherches spécialisés ;
- Au titre de certains services hospitaliers publics qu'il a dirigé, qui ont bénéficié d'un sponsoring de laboratoires pharmaceutiques - <https://u2peanantes.files.wordpress.com/2018/05/v5-maquette-tdah-3-nantes.pdf>.
- Au titre de membre du comité scientifique de l'association HyperSuper TDAH France, qui a reçu plusieurs financements de l'industrie pharmaceutique.

En termes de probité, de neutralité et d'indépendance de la Haute Autorité de Santé, l'on aurait pu espérer mieux...

POUR CONCLURE ET PRENDRE SOIN

Il existe une grande diversité de pratiques psychothérapeutiques, éducatives et sociales qui font leur preuve dans la clinique et constituent une spécificité de la culture des soins psychiques en France : psychanalyse, thérapies psychodynamiques et cliniques, psychothérapie institutionnelle, ethnopsychiatrie, méditations thérapeutiques, art-thérapie, psychodrame, pratiques d'atelier, thérapies familiales et groupales, groupes de parole... Sans oublier les formes mixtes susceptibles de contribuer au soin des enfants et au soutien des familles.

Ces différentes approches bénéficient d'une solidité théorique, d'un ancrage clinique, de dispositifs de formation spécifiques, ainsi que de structures institutionnelles et associatives susceptibles d'en favoriser l'essor au bénéfice des soins de l'enfant et des familles. Ces approches disposent également d'une reconnaissance scientifique à même de soutenir leur déploiement par les pouvoirs publics...

[...] se fonder sur des pratiques de parole, d'apprentissage et de médiation qui favorisent l'inscription de l'enfant dans la culture, les savoirs et le lien social

Il convient d'ajouter à ces pratiques psychothérapeutiques les savoir-faire éducatifs inspirés des grandes figures de la pédagogie, de l'éducation populaire, des pédagogies nouvelles et alternatives, de l'éducation spécialisée et de l'intervention sociale... Au-delà de leurs orientations spécifiques, ces approches reposent sur des fondements et des perspectives communes :

- Une conception de l'enfant sujet - sujet de parole et de droit, qui ne saurait se réduire à aucun déterminisme biologique, psychologique ou social ;
- Ces pratiques se fondent sur la prise en compte de la relation thérapeutique ou éducative comme socle de leur intervention et du travail déployé auprès de l'enfant ;
- Ces approches ont en commun de se fonder sur des pratiques de parole, d'apprentissage et de médiation qui favorisent l'inscription de l'enfant dans la culture, les savoirs et le lien social ;
- Les approches psychothérapeutiques, éducatives et sociales se fondent sur une éthique de la singularité - que l'enfant soit accueilli de manière individuelle ou collective - du cas par cas et du « sans commune mesure ».
- Les pratiques psychothérapeutiques, éducatives et sociales sont sensibles aux détails, elles se fondent sur l'accueil de l'enfant, de sa parole, de ses objets, de ses énigmes et de ses symptômes entendus au-delà de leur caractère dérangeant ou pathologique - comme un mode de dire ;
- Ces approches sont la garantie d'un travail qui tienne compte de la parole des parents, de la situation familiale et sociale - les parents sont de fait dans l'équation qui fait énigme pour l'enfant - pas du côté du problème - mais de la solution !
- Ces différentes pratiques reposent sur les trouvailles et les inventions qui se font jour dans la rencontre. Ce que nous nommons invention, c'est ce que la langue commune désigne sous les termes de soin et d'éducation, sauf qu'on ne part pas des exigences, des prédicats ou des normes sociales - mais du travail de composition de l'enfant, ce qui bien sûr, engage une façon radicalement différente de concevoir les choses.

Bref... Faire de la santé mentale une grande cause nationale - en particulier chez l'enfant et l'adolescent - c'est préserver et cultiver les lieux et les liens susceptibles de contribuer au soin et à l'éducation de l'enfant, et au soutien et à l'accompagnement des familles !



Faire de la santé
mentale une grande
cause nationale