

ENOC

European Network of Ombudspersons for Children

RAPPORT DE SYNTHÈSE

La santé mentale des enfants et des adolescents en Europe

SEPTEMBRE 2018

ENOC

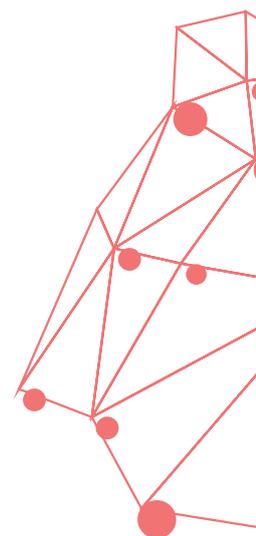
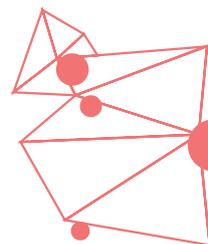
European Network of Ombudspersons for Children

La santé mentale des enfants et des adolescents en Europe



Table des matières

1. Éléments introductifs	05
1.1 Présentation du réseau européen des ombudsmans des enfants (ENOC)	05
1.2 Méthodologie	06
2. Analyse comparée de la situation en Europe	07
2.1 Une approche large de la santé mentale	07
2.2 Une absence de données homogènes	08
2.3 La prise en compte de la santé mentale dans le cadre des politiques publiques	11
2.4 Des membres confrontés à des difficultés similaires	13
• L'insuffisance de coordination des acteurs concernés malgré des moyens parfois renforcés au niveau de l'école	13
• Des inégalités territoriales et sociales qui tendent à s'aggraver	14
• Une organisation en santé mentale parfois complexe et peu adaptée au repérage précoce	14
• Des services saturés face à une demande qui évolue	15
3. Droits et participation des enfants et des adolescents	17
3.1 La faible prise en compte du consentement des patients mineurs	17
3.2 Un droit à l'information limité	19
3.3 La présence de mineurs dans des services pour adultes	20
4. Stigmatisation et maladie mentale	23
4.1 Les campagnes de sensibilisation pour lutter contre la stigmatisation	23
4.2 Des enfants et des adolescents particulièrement exposés à la stigmatisation	25
• Les enfants et les adolescents en situation de handicap	25
• Les enfants et les adolescents relevant de la protection de l'enfance	26
• Les mineurs non accompagnés	28
4.3 Des bonnes pratiques de sensibilisation et d'inclusion dans la société	29







1. Éléments introductifs

1.1 Présentation du réseau européen des ombudsmans des enfants (ENOC)

Ce rapport s'inscrit dans le cadre de la **programmation annuelle du réseau européen des défenseurs des enfants (ENOC)** qui est une organisation sans but lucratif réunissant des institutions indépendantes des droits de l'enfant en charge de **la promotion et protection des droits de l'enfant tels qu'ils sont formulés dans la Convention relative aux droits de l'enfant (CIDE)**.

Fondé en 1997, le réseau ENOC est chargé de :

- **développer des stratégies** pour la mise en œuvre des recommandations issues de la CIDE ;
- **faciliter le partage et l'échange d'informations** entre ses membres ;
- **promouvoir au niveau international** l'établissement d'institutions indépendantes des droits de l'enfant (ICRIs) dans les pays où elles n'existent pas encore et d'assister à leur mise en place ;
- **favoriser** les contacts et l'entraide des ICRIs et de leurs membres.

Partenaire reconnu de l'Union européenne et du Conseil de l'Europe, le réseau est constitué d'une Assemblée générale, d'un bureau et d'un secrétariat. L'adhésion doit respecter plusieurs critères relatifs au statut et fonctionnement de l'institution indépendante rattachée à un Etat membre du Conseil de l'Europe. En outre, l'indépendance de l'institution doit être consacrée par la loi et ses missions s'attacher à promouvoir et protéger les droits de l'enfant. Les institutions peuvent être constituées séparément ou être rattachées à une institution indépendante des droits de l'Homme au niveau régional ou national. Celles qui ne peuvent donner des garanties d'indépendance suffisantes ou ne remplissent pas tous les critères d'adhésion peuvent sous certaines conditions se voir attribuer le statut de membre associé et ainsi participer aux travaux d'ENOC.

Le réseau compte actuellement **42 membres dans 34 Etats**, sur le territoire du Conseil de l'Europe, 23 de ces Etats font partie de l'Union européenne.

Les membres du réseau ENOC

Albanie, Arménie, Azerbaïdjan, Belgique flamand, Belgique-communauté française, Bosnie et Herzégovine, Bulgarie, Croatie, Chypre, Danemark, Estonie, Finlande, France, Géorgie, Grèce, Hongrie, Islande, Italie, Irlande, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Malte, Moldavie, Monténégro, Norvège, Pologne, Bosnie et Herzégovine République Srpska, Serbie, Slovaquie x 2, Slovénie, Andalousie (Espagne), Catalogne (Espagne), Pays Basque (Espagne), Suède, Pays-Bas, Angleterre (UK), Ecosse (UK), Irlande du Nord (UK), Pays de Galle (UK), Ukraine.

Tous les ans une conférence annuelle est organisée pour permettre aux membres **d'échanger sur leurs pratiques relatives à l'amélioration des droits des enfants en Europe** au regard de la CIDE et ses principes fondamentaux

A cette occasion, le réseau adopte **une déclaration commune qui formule des recommandations** visant à améliorer les droits fondamentaux des enfants et des adolescents. Des déclarations ont pu porter sur les mineurs migrants, l'évolution des politiques publiques sur les droits de l'enfant, la pauvreté, ou encore l'éducation à la sexualité, etc.

Pour l'année 2018, la thématique de travail commune est **la santé mentale des enfants et des adolescents**. Les enjeux sont multiples : améliorer l'accès aux services de soins en santé mentale, promouvoir une meilleure information en matière de respect des droits des jeunes pris en charge, participer à changer le regard sur les troubles psychiques et lutter contre leur stigmatisation, attacher une attention particulière aux publics en situation de vulnérabilité particulière (jeunes migrants, en situation de handicap, LGBTI, etc.) et réduire les inégalités territoriales et sociales en vue d'affirmer la possibilité d'un bien-être égal pour tous.

1.2 Méthodologie

Le présent rapport vise à apporter un premier aperçu européen de la situation relative à la santé mentale des enfants et des adolescents.

Afin de dresser un constat de la situation, un questionnaire a été adressé à l'ensemble des membres du réseau ENOC en février 2018. Les objectifs du questionnaire sont les suivants :

- appréhender la définition de la santé mentale retenue dans les différents pays ou régions ;
- documenter l'organisation des politiques publiques et stratégies nationales engagées ;
- dresser un constat de la situation propre à chaque Etat membre quant à l'accès aux services de santé mentale et au respect des droits des enfants et des adolescents pris en charge ;
- recenser les bonnes pratiques en la matière ;
- et enfin, recueillir des éléments de connaissance sur l'accès à la santé mentale des enfants et adolescents en situation de vulnérabilité particulière.

La rareté des travaux ne permet pas, en effet, d'appréhender le sujet au niveau européen, les données sont le plus souvent partielles et rendent difficile l'observation de nouvelles tendances en santé mentale susceptibles d'apparaître, notamment face à l'évolution de nos sociétés.

Les réponses étudiées ne sauraient prétendre à l'exhaustivité de la situation de la santé mentale des enfants et des adolescents en Europe.

Les 25 réponses reçues ont fait l'objet d'un travail d'analyse pour constituer une base essentielle de comparaison et disposer d'un premier aperçu de la situation à l'échelle européenne de la prise en charge de la santé mentale des enfants et adolescents.

Les membres du réseau ENOC ayant répondu au questionnaire sont désignés dans le présent rapport comme « les répondants ».

Le présent rapport propose d'abord une analyse transversale de la situation européenne par une présentation de la définition relative à la santé mentale retenue chez les répondants, des politiques publiques adoptées en faveur de la santé mentale, et les principales difficultés observées dans les pays (chapitre 2). Il permet ensuite de disposer d'une cartographie des dispositions mises en place en faveur des droits et de la participation des enfants et adolescents hospitalisés (chapitre 3). Enfin, il s'intéresse aux questions relatives à l'exclusion et la stigmatisation des jeunes ayant des troubles psychiques (chapitre 4).

2.

Analyse comparée de la situation en Europe

2.1

Une approche large de la santé mentale

En l'absence de définition précise du terme de santé mentale, la grande majorité des répondants retient une **définition proche de celle posée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS)**, à savoir « un état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté. ».

La Convention internationale relative aux droits de l'enfant (CIDE) reconnaît un droit à la santé. L'article 24 de la CIDE dispose que « les Etats parties reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation. Ils s'efforcent de garantir qu'aucun enfant ne soit privé du droit d'avoir accès à ces services ». Le droit de l'enfant et de l'adolescent à la santé est subordonné à la réalisation de tous les autres droits consacrés par la Convention.

Pour les répondants, **la santé mentale constitue un enjeu majeur de santé publique** regroupant l'ensemble des modalités de prises en charge de la souffrance psychique. Si le rapprochement est fait avec la souffrance psychique, l'approche retenue ne limite pas la santé mentale à la seule prise en charge de la psychopathologie. A la différence de la psychiatrie, la santé mentale subordonne la psychopathologie comme un de ses domaines de compétences parmi d'autres (vie de famille, éducation, etc.) pour retenir l'articulation entre le sanitaire et le social.

En Norvège, l'expression « santé mentale » sert également de terme global décrivant les services assurés en faveur des personnes souffrant de troubles mentaux et vient remplacer le terme « psychiatrie » employé auparavant.

L'approche de la santé mentale telle que retenue par les répondants regroupe les troubles psychiatriques graves et sévères, la détresse psychologique qui correspond aux situations éprouvantes et aux difficultés existentielles et le registre plus récent de la « santé mentale positive » qui attache une attention particulière à l'affirmation de l'épanouissement personnel avec la dimension du bien-être qui doit être égal pour tous.

Dans une majorité des cas, les répondants indiquent que la définition est précisée dans le cadre législatif sans que toutefois ne soit distingué d'âge, les textes relatifs à la santé mentale s'appliquant aussi bien aux adultes qu'aux mineurs.

Parfois qualifiée par le terme « trouble mental », il s'agit alors de considérer, à l'instar de l'Ecosse, la santé mentale comme regroupant : les troubles de la personnalité, la santé mentale, et les troubles de l'apprentissage.

En Irlande, selon la loi sur la santé mentale qui constitue le principal cadre législatif relatif au domaine¹, le trouble mental désigne une maladie mentale, une démence grave ou une déficience intellectuelle importante causée en raison de :

- la maladie, de l'invalidité ou de la démence, lorsqu'il existe une probabilité sérieuse que la personne concernée cause un préjudice immédiat et grave à elle-même ou à d'autres personnes ;

¹ Article 328 de la loi de 2003 sur la santé mentale.

- la gravité de la maladie, de l'invalidité ou de la démence, lorsque le jugement de la personne concernée est tellement altéré qu'un refus d'admission de la personne dans un centre agréé entraînerait probablement une détérioration grave de son état ou empêcherait l'administration d'un traitement approprié qui ne pourrait être administré que par une telle admission ;
- lorsque la réception, la détention et le traitement de la personne concernée dans un centre agréé seraient susceptibles de favoriser ou d'atténuer sensiblement la situation de cette personne.

Selon les répondants, **la définition de l'OMS permet de considérer des aspects positifs comme la notion de bien-être** et de prendre en compte l'influence de facteurs environnementaux et sociaux.

Dans le cadre de la stratégie du gouvernement écossais 2017-2027, elle s'applique ainsi à un continuum, du bien-être émotionnel comme le bonheur et la tristesse, au désordre mental comme la réaction aiguë qui peut entraîner du stress, à la maladie mentale comme la schizophrénie.

En Estonie qui définit la notion dans la loi relative à la protection des enfants², le bien-être de l'enfant est perçu comme « la condition qui favorise un développement de l'enfant au sein duquel ses besoins physiques, médicaux, psychologiques, émotionnels, sociaux, cognitifs, éducatifs et économiques sont comblés ».

En Géorgie, la loi sur la santé mentale de 2013 définit la santé mentale comme la capacité des individus, des groupes et de l'environnement à interagir entre eux de manière à promouvoir le bien-être subjectif, un développement optimal et la sollicitation d'aptitudes mentales (cognitives, affectives et relationnelles), l'atteinte d'objectifs personnels et collectifs qui sont justes et permettent l'atteinte et la préservation de conditions d'égalité fondamentale.

En regroupant la notion de bien être ainsi que les troubles psychiatriques les plus graves, l'approche retenue est très large **ce qui rend problématique le champ couvert** : qu'entend-t-on par la santé mentale ? Qu'est-ce que la santé mentale ? Fréquemment, en première approche, les répondants relèvent cette difficulté, néanmoins, elle véhicule avec elle dans le même temps un registre d'évidence tel qu'il n'est pratiquement jamais proposé de la définir avec plus de rigueur.

Le terme santé mentale qui peut donc paraître à certains égards un peu « fourre-tout » selon les répondants s'explique en raison de la particularité du sujet. De plus, le registre du bien-être qui est apparu plus récemment vient **réaffirmer le droit pour tous à une bonne santé mentale**. Si ce registre vient élargir considérablement son champ d'action, il permet toutefois d'attacher une attention particulière aux questions liées aux disparités d'accès aux soins.

2.2

Une absence de données homogènes

Pour précision : les répondants étaient parfois dans l'impossibilité de renseigner cet aspect ne disposant pas de données et certaines réponses n'étaient pas nécessairement sourcées.

La santé mentale étant une notion large qui recouvre de multiples domaines qui peuvent aller de la notion de bien-être et de mal-être jusqu'aux diagnostics sévères de troubles psychiatriques, **les données disponibles sont mal couvertes**. Pour les répondants, la dimension très large de la notion entraîne des difficultés dans la mise à disposition d'indicateurs sur le sujet.

Paradoxalement à l'importance accordée à ce sujet, la santé mentale paraît peu considérée dans les enquêtes ou programmes nationaux des pays des institutions répondantes, en particulier s'agissant des enfants et adolescents. Certains indiquent, par ailleurs, que les indicateurs utilisés par les systèmes de soins notamment sur la consommation d'alcool, l'automutilation, etc. sont inadaptés aux enfants de moins de seize ans.

Les répondants renseignent le plus souvent des données relatives aux suicides, aux automutilations, à la consommation de médicaments, aux addictions, à la prise en charge au sein des établissements de soins ou encore sur la notion de bien-être. Les données sont parcellaires et ne permettent pas par conséquent de disposer d'une vision globale sur la santé mentale des enfants et des adolescents en Europe.

² Article 4 de la loi estonienne relative à la protection des enfants.



A titre d'exemple, **sur les addictions**, selon une enquête serbe réalisée en 2013 auprès de 1 000 élèves de 3^e année du niveau secondaire (16-17 ans en moyenne) : **la consommation d'alcool est significative chez cette population**, un jeune sur dix consomme du tabac, 14 % des jeunes ont essayé des substances psychotropes ; 49 % des jeunes ont indiqué avoir été au moins une fois en état d'ivresse.

S'agissant du **suicide**, en Irlande du Nord, **les taux de suicide chez les jeunes sont plus élevés que partout ailleurs dans le Royaume-Uni**. En 2012, le taux de suicide chez les 15-19 ans était 4 fois plus élevé en Irlande du Nord qu'en Angleterre et au Pays de Galle. Selon le troisième rapport de l'Observatoire national du suicide (ONS) en France, le suicide est la deuxième cause de mortalité chez les 15-24 ans, après les accidents de circulation, et représente 16 % des décès de cette tranche d'âge en 2014.

Sur le **nombre d'enfants pris en charge en santé mentale**, les données issues des systèmes d'information du système de santé fournissent des informations précises sur le nombre d'enfants et d'adolescents hospitalisés ou suivis en ambulatoire, le nombre de diagnostics recensés pour des troubles mentaux, etc....

Le Monténégro relève, d'après les données de 2016, que le nombre de nouveaux patients enregistrés concernant la catégorie de diagnostics des troubles mentaux et troubles du comportement était de **778 pour les enfants de 0 à 14 ans, et de 1 016 pour les 0-19 ans**. 786 enfants ont consulté leur médecin traitant pour des motifs relevant de la catégorie de diagnostics des troubles mentaux et troubles du comportement, soit 0,24 % du total des consultations d'enfants.

En Pologne, selon un rapport de 2016, environ 9% d'enfants souffraient de troubles mentaux nécessitant un suivi professionnel, soit environ 630 000 mineurs suivant un traitement psychologique ou psychiatrique.

Au Pays Basque, en 2015, 9 964 enfants et adolescents âgés de 0 à 17 ans (2,9% de cette tranche d'âge) se sont rendus dans des services de santé mentale.

Au Danemark, des études montrent que 10 à 15 % des jeunes sont touchés par des difficultés au niveau de leur santé mentale pendant leur enfance et que ce nombre est en augmentation.

Plus de 7 000 enfants en 2016 ont ainsi été diagnostiqués pour des troubles de l'anxiété ou dépression contre 2 354 jeunes en 2006.

Les données sont parfois difficiles à comparer en raison du fonctionnement des systèmes de soins qui diffèrent substantiellement. Des soins équivalents peuvent être pris en charge en ambulatoire chez certains répondants quand pour d'autres ils sont réalisés en hospitalisation complète. Ainsi se pose la question de l'harmonisation des méthodes de recueil pour réaliser des comparaisons à l'échelle européenne.

S'agissant du bien-être, une enquête française montre que 10 à 15 % des jeunes ont des moments très difficiles qui peuvent être exacerbés par des conditions de vie personnelle ou une scolarité compliquée. Entre 15 et 17 % de jeunes connaît un épisode dépressif caractérisé entre 16 et 25 ans (et selon les études avec une prédominance féminine)³. Moins de 10 % des adolescents déclarent avoir consulté un psychologue ou un psychiatre en France.

Des travaux suédois montrent qu'environ 25 % des enfants et adolescents se sentent souvent nerveux et tendus, et plus de 35 % des jeunes filles de 15 ans se sont déjà senties déprimées plus d'une fois par semaine au cours des six mois précédents.

En Islande, des enquêtes réalisées par la Direction de la santé indiquent que **le bien-être mental des jeunes en général diminue**. En 2007, 16,8 % des Islandais âgés de 18 à 24 ans ont déclaré que leur santé mentale était moyenne à médiocre. Le pourcentage était de 22,3 % en 2012 contre 15,8 % en 2009.

Les enquêtes nationales en santé et/ou les travaux de recherches mentionnés par certains répondants permettent d'identifier de nouvelles tendances en matière de santé mentale des enfants et des adolescents.

Sur les automutilations, plusieurs répondants constatent une augmentation de ce trouble. A titre d'exemple, depuis 5 ans, l'Ecosse relève une hausse du nombre d'admissions dans certaines parties de l'Ecosse pour des situations d'automutilations. En Irlande du Nord, entre 2012 et 2014, une hausse de 14 % du nombre de jeunes de moins de 16 ans se présentant aux urgences pour automutilation a été constatée.

Une hausse de la consommation de médicaments est également relevée, ce sujet est désormais source de préoccupation pour certains répondants.

En Islande, des enquêtes réalisées par la Direction de la Santé montrent que les enfants et les adolescents consomment environ 20 fois plus de tranquillisants que les pays nordiques voisins. Les prescriptions et l'utilisation de médicaments pour le Trouble du déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH) sont également beaucoup plus élevées que dans les pays voisins avec environ 13 % des garçons âgés de 10 à 14 ans qui prennent ce type de traitement.

Des répondants renseignent des **données relatives à la situation de précarité des jeunes permettant de rendre compte de la prévalence des troubles psychiques parmi ce public**.

A titre d'exemple, en Irlande du Nord, une étude longitudinale en cours de réalisation dans l'ensemble du Royaume-Uni a révélé que les enfants et les jeunes ayant vécu en situation de pauvreté persistante ont 3 fois plus de chances de souffrir de problèmes de santé mentale à l'âge de 11 ans que ceux qui n'ont jamais fait face à la pauvreté.

Les données ne couvrent pas les différentes tranches d'âge, alors même que les répondants insistent sur la différence des troubles selon le degré de développement de l'enfant. Comment disposer d'indicateurs sur les trajectoires des enfants et des adolescents ainsi que sur l'évolution des troubles ? De plus, **elles ne rendent pas compte de l'ensemble des domaines couverts par la santé mentale** : prise en charge psychiatrique, santé mentale positive, etc.

Cependant, la mise à disposition de données épidémiologiques dans différents domaines de la santé mentale peut se révéler onéreuse, c'est pourquoi, faut-il obliger les Etats membres à s'organiser pour recueillir des données standardisées avec une méthode similaire ou s'attacher à encourager le lancement de travaux de recherches dont les résultats participeraient à une meilleure connaissance ?

³ Rapport de mission « bien-être et santé des jeunes », Marie Rose MORO, Jean Louis BRISON, novembre 2016.

2.3

La prise en compte de la santé mentale dans le cadre des politiques publiques

La grande majorité des répondants mentionne l'existence de politiques publiques en faveur de la santé mentale. Le plus souvent inscrites dans des stratégies relatives à la santé, elles peuvent prendre la forme de programmes nationaux, de lignes directrices, etc. et constituent le cadre de la politique publique en matière de santé mentale. Réaffirmant le principe porté par l'OMS, selon lequel la santé doit être un objectif de toutes les politiques publiques, **elles visent le plus souvent à la promotion, la prévention, la prise en charge et l'intégration en faveur de la santé mentale sans toutefois opérer une distinction d'âge.**

En décembre 2013, le Parlement géorgien a adopté le « **Concept national relatif à la santé mentale** » en vue de décloisonner les services de santé mentale afin que les patients souffrant de troubles mentaux bénéficient, d'une part, de soins dans un environnement le moins restrictif possible, si possible chez eux ou à proximité de leur domicile, en fonction de leurs besoins fondamentaux et d'autre part, à garantir le respect des droits des patients, ainsi que leur participation entière et effective à la société au même titre que les autres citoyens.

La nouvelle loi entrée en vigueur en 2016 sur la santé mentale intitulée ***Mental Capacity (NI) Act*** sur la capacité mentale a pour objectif de fusionner les lois sur la santé mentale et la capacité mentale en Irlande du Nord. Cette législation ne concerne toutefois pas les mineurs de moins de 16 ans, étant ainsi exclus des nouveaux dispositifs de protection qui seront mis en place pour les 16-18 ans et les adultes.

Certains pays ont toutefois mis en place des stratégies mentales spécifiquement dédiées aux mineurs comme le Luxembourg, qui a mis en place en 2010 « une stratégie nationale en faveur de la santé mentale des enfants et des jeunes » dont l'un des principaux objectifs visé est l'établissement de politiques fondées sur des stratégies pluridisciplinaires pour améliorer la coordination entre les acteurs. Reconnaisant la nécessité de considérer l'enfant dans sa globalité, la stratégie attache une attention particulière à la participation des enfants et des jeunes : « une place active doit leur être proposée afin de les considérer comme des partenaires à part entière sans oublier de tenir compte de leur âge et compétences ».

En Irlande, des recommandations issues **d'un groupe de travail national sur la santé mentale des jeunes intitulé « The National Youth Mental Health Taskforce »** ont notamment porté dans les domaines de la consultation et du plaidoyer, de la sensibilisation et de la formation, du soutien en ligne et des questions de consentement. Le gouvernement s'est engagé à améliorer l'accès précoce aux services de santé mentale des jeunes et la coordination des services de soutien, en mettant l'accent sur l'amélioration des connaissances en santé mentale et la réduction des incidents d'automutilation et de suicide⁴. Les travaux sur le sujet se poursuivent avec des préconisations en faveur du lancement d'une nouvelle stratégie gouvernementale qui ciblerait spécifiquement les besoins en santé mentale des enfants et des adolescents qui a fait l'objet d'une consultation auprès du grand public⁵.

Les objectifs poursuivis tendent parfois à favoriser l'accès aux soins avec une attention particulière aux situations d'inégalités territoriales et sociales en santé mentale.

En 2016, le plan d'action interministériel « bien-être et santé des jeunes » en France a poursuivi plusieurs objectifs dont permettre aux professionnels de mieux identifier les signes de mal-être chez les adolescents et les orienter sans délais vers les professionnels. Le plan qui s'est appuyé sur les conclusions d'un rapport a permis la mise en œuvre d'une expérimentation intitulée « le Pass Santé Jeune », pour faciliter l'accès des jeunes vers des psychologues du secteur libéral. Dix séances sont prises en charge par l'Assurance maladie dont 2 séances avec les parents. Le plan « psychiatrie et santé mentale » 2011-2015 rappelle **la priorité donnée à la lutte contre les inégalités d'accès aux soins** pour améliorer la prise en charge des personnes. Des mesures destinées à encourager un égal accès à des soins de qualité, quel que soit le lieu de vie de la personne et sa situation sociale sont proposées dans ce cadre. Enfin, en 2017, la Défenseure des enfants a invité les pouvoirs publics à prendre les dispositions pour recueillir l'opinion des enfants et des adolescents dans le cadre des travaux relatifs à l'élaboration de la stratégie nationale de santé 2017-2022.

⁴ Inscrit dans la politique nationale pour les enfants et les jeunes 2014-2020.

⁵ Intitulée « Children and Young People's Vision for Change ».



Parfois définie dans le cadre de politiques jeunesse, la santé mentale apparaît alors comme l'une des principales priorités. Son inscription dans une politique dédiée aux jeunes présente l'avantage de favoriser l'adoption de mesures spécifiques susceptibles d'être plus adaptées au bien-être des enfants, des jeunes et de leur famille.

La Politique nationale de la jeunesse (2015) et la Politique nationale de l'enfance (2017) maltaise mentionnent respectivement la santé mentale des jeunes et des enfants. Dans le cadre de la politique de santé, Malte a ainsi établi **une stratégie interministérielle pour favoriser la participation de l'ensemble des ministères et entités gouvernementales**. Elle comprend des actions visant à promouvoir la santé mentale et le bien-être émotionnel des jeunes, la lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie, etc.

Si la santé mentale est une préoccupation majeure dans les différentes stratégies nationales, **une faible mise en œuvre des mesures adoptées est parfois relevée** avec un décalage entre la volonté affichée et les moyens qui y sont alloués.

En Irlande, aucune hausse des budgets dans ce domaine n'a été observée. Selon un rapport de 2017 sur les services de santé mentale pour enfants irlandais : « Le pourcentage du budget total de santé pour la santé mentale est passé de 13 % en 1984 à 7,3 % en 2004, à 6,1 % du budget opérationnel total du HSE. Cette allocation de financement contraste fortement avec de nombreux autres systèmes de santé en Europe occidentale, comme en France, en Allemagne et au Royaume-Uni, où les dépenses en services de santé mentale représentent environ 10 % à 12 % de leur budget global de santé mentale »⁶.

S'agissant de la Serbie, malgré plusieurs stratégies sur la santé mentale (stratégie pour le développement de la protection de la santé mentale ; stratégie pour la santé mentale chez les jeunes ; stratégie nationale pour la jeunesse), celles-ci n'ont pas été suffisamment suivies.

En Géorgie, la mise en œuvre des mesures législatives se révèle problématique et les pratiques n'ont pas évolué.

Au Monténégro, un plan d'action pour la promotion de la santé mentale 2011-2018 prévoyait le lancement d'activités liées à la prévention et à la promotion de la santé mentale, cependant, les ressources n'ont pas été allouées aux organisateurs pour l'élaboration de programmes annuels.

⁶ <http://www.oireachtas.ie/parliament/media/committees/seanadpublicconsultationcommittee/reports/2017-10-18-Children-Mental-Health-Services-Report.pdf>.

2.4

Des membres confrontés à des difficultés similaires

Le constat de la situation qui tend à se dégrader est récurrent avec une grande similitude qui apparaît dans les difficultés observées de la part des répondants qui font alors ressortir : l'absence de coordination des acteurs avec un cloisonnement marqué entre le secteur social et sanitaire, des inégalités territoriales et sociales qui tendent à s'aggraver, un accès difficile aux spécialistes en raison du nombre insuffisant ou de la mauvaise répartition de ces derniers, ou encore des délais d'attente trop longs pour accéder aux services de soins spécialisés.

L'insuffisance de coordination des acteurs concernés malgré des moyens parfois renforcés au niveau de l'école

Les répondants observent qu'outre un cadre légal capable de générer du cloisonnement, la prise en charge qui concerne une multitude d'acteurs s'effectue dans des dispositifs divers avec des pratiques professionnelles ainsi que des logiques institutionnelles très variées.

L'Ombudsman irlandais relève par exemple **le manque de collaboration des acteurs intervenant dans les centres d'accueil de jour et de services communautaires de santé mentale (CAMHS) avec les autres services de santé**. Dans son rapport de 2015 remis au Comité des droits de l'enfant de l'ONU, il avait ainsi mis en évidence un manque d'articulation entre les services de protection de l'enfance, de santé mentale et de handicap se traduisant parfois par des prises en charge inadéquates.

Au Luxembourg, les différents secteurs se sont développés selon des modèles de fonctionnement individuels relativement cloisonnés. **Les services sont créés, indépendamment les uns des autres, sans concertation nationale, sans base épidémiologique, ni critères et procédures clairs de création de structure**.

Pour certains répondants, le manque de coordination entre le secteur sanitaire et le secteur de l'éducation se révèle particulièrement problématique alors même que la communauté éducative est souvent citée comme un acteur clé du repérage précoce des troubles mentaux chez les enfants et les adolescents et de la promotion de la santé mentale.

Certains pays des institutions répondantes tentent de mobiliser les moyens disponibles à l'école pour garantir la coordination entre les différents acteurs dont ceux de la communauté éducative et du secteur sanitaire.

Ainsi en Irlande du Nord, le « **programme i-Matter** » actuellement en cours vise à promouvoir la résilience et le bien être des élèves. Il met à disposition des enseignants une série de dépliants et d'affiches sur des sujets de préoccupation qui touchent les jeunes, tels que l'estime de soi, la consommation de drogues et la gestion du stress et de l'anxiété. **Des cours sont aussi prévus en « éducation personnelle, sociale et en matière de santé » ou « vie courante et affective »**. Un [partenariat stratégique pour les enfants et les jeunes](#) a également été mis en place pour favoriser la coordination des services qui s'adressent aux enfants et à leurs familles⁷. L'objectif principal est d'améliorer le travail interdisciplinaire pour tendre vers un meilleur suivi des résultats des prises en charge d'enfants et de jeunes, ainsi que de l'impact des services.

A Malte, des campagnes de sensibilisation sont menées par la Direction de la promotion de la santé et de la prévention des maladies, les services de santé scolaire et la Division de l'éducation. Des actions de sensibilisation autour de séances sur le développement social et professionnel sont organisées dans toutes les classes du secondaire. Dans chaque école, un conseiller est chargé d'aider les enseignants et d'orienter l'enfant et/ou l'adolescent vers les services appropriés.

En Italie, afin d'assurer l'intégration scolaire, la loi n. 104/1992, prévoit une programmation coordonnée des établissements d'enseignement avec les services de santé, sociaux, culturels, récréatifs et sportifs et avec d'autres activités territoriales. Le plan d'action italien sur la santé mentale accorde une attention particulière aux troubles neuropsychiatriques chez les enfants et les adolescents et préconise une approche garantissant des soins personnalisés et la continuité des soins.

⁷ Intitulé « Children and Young People's Strategic Partnership » (CYPSP).

Parmi les actions proposées dans la politique de santé mentale d'Islande, approuvée par le Parlement en 2016, figure la mise en place d'équipes intersectorielles locales regroupant les soins de santé locaux, les services sociaux municipaux et les écoles, responsables de l'éducation, de la formation, du conseil et du soutien aux parents.

Afin d'améliorer la coopération entre les services de santé locaux, les services sociaux municipaux et les écoles, **des d'équipes intersectorielles chargées de l'éducation**, de la formation et du soutien aux parents et aux familles ont été mises en place en Islande.

L'Institut Croate a lancé **un programme de promotion de la santé « Vivre en santé »**, officiellement adopté par le gouvernement en juillet 2015. Il vise à renforcer l'information et la sensibilisation des enseignants afin de les aider à détecter d'éventuels troubles chez les élèves et garantir l'orientation vers les services de soins.

Des inégalités territoriales et sociales qui tendent à s'aggraver

Les principales inégalités territoriales observées sont : **l'inégale répartition des spécialistes, le nombre insuffisant de professionnels de santé en particulier dans le secteur de la pédopsychiatrie, des services avec de longs délais d'attente. S'y ajoutent les inégalités liées à la situation financière des familles.** Là où l'offre existe, certaines familles n'ont pas de ressources financières suffisantes pour bénéficier d'une consultation auprès de psychologues, de médecins spécialistes ou encore de thérapeutes. En l'absence de prises en charge par l'Assurance maladie, les consultations restent à la charge des familles avec un décalage entre celles qui n'ont d'autre choix que « d'attendre leur tour » et celles qui disposent des moyens et connaissances pour accéder à une prise en charge auprès de spécialistes.

Les difficultés d'accès aux spécialistes du secteur de la psychiatrie, plus particulièrement de la pédopsychiatrie, sont une source d'inquiétude majeure pour les répondants. L'offre de soins hospitalo-universitaire en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent est insuffisante et souffre d'une absence de moyens et les services spécialisés ne sont plus en mesure de répondre aux demandes.

La Croatie est confrontée à une concentration des services de pédopsychiatrie dans les plus grandes villes. Pour améliorer l'offre des services de soins et pallier au manque de spécialistes particulièrement marqué dans ce pays, le gouvernement croate a créé une formation en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent⁸.

En Estonie, une pénurie de professionnels dans le secteur de la santé mentale, en particulier de pédopsychiatres, est aussi observée. L'accès aux services est difficile dans certaines régions (Est de l'Estonie, îles et zones rurales).

Au Monténégro, aucun établissement ne prend en charge les troubles psychiatriques chez les enfants et aucun professionnel spécialisé n'est accessible dans ce domaine. La prise en charge des troubles psychiatriques chez les enfants et les adolescents est réalisée dans les pays de la région.

Une organisation en santé mentale parfois complexe et peu adaptée au repérage précoce

L'organisation des soins en santé mentale est parfois citée comme étant complexe et peu lisible pour les jeunes et leur famille, cette complexité est susceptible d'entraver davantage l'accès aux droits et aux services de soins.

Selon les répondants, l'organisation de l'offre de soins en santé mentale ne paraît pas toujours adaptée à la prise en charge des enfants et des adolescents : les professionnels sont multiples, les structures variées avec des missions parfois difficiles à appréhender, les démarches pour accéder aux services de soins sont parfois complexes particulièrement pour les familles en situation de précarité qui dépendent le plus souvent du secteur public qui est largement saturé.

⁸ Introduite en 2012.

L'organisation des soins n'est pas toujours adaptée au repérage et la détection précoce alors même que c'est une priorité unanimement partagée par l'ensemble des répondants. Pour les répondants, la prise en charge doit être la plus précoce possible pour garantir un meilleur développement de l'enfant, réduire l'aggravation des troubles mentaux et offrir un soutien aux familles. Outre l'absence d'orientations vers des structures spécialisées, les réponses étudiées relèvent parfois le manque de formation de certains professionnels au repérage des signes de souffrance comme les médecins généralistes malgré leur statut d'acteur pivot en matière de santé, les enseignants, les médecins scolaires, ou encore les travailleurs sociaux.

En France, une expérimentation conduite par un centre d'action médico-social précoce (CAMSP – centre recevant des enfants présentant ou susceptibles de présenter des retards psychomoteurs, des troubles sensoriels, neuromoteurs ou intellectuels, etc.) a permis le lancement d'une formation qui réunit des pédiatres, des éducateurs, etc. durant des modules de 3 jours pour encourager le partage des pratiques professionnelles et améliorer le repérage précoce. A l'issue de cette formation, des effets positifs ont été observés puisque la Protection maternelle infantile (PMI)⁹ a adressé des enfants plus jeunes aux CAMSP.

Au Pays Basque, les services d'Early Action garantissent des soins visant les troubles du développement (développement moteur, cognitif, sensoriel et du langage, comportement émotionnel, et retard dans le développement) chez les enfants âgés de 0 à 6 ans. Ces services visent à l'intervention coordonnée des services sanitaires, éducatifs et sociaux à travers des équipes multidisciplinaires, ce qui permet une détection précoce des difficultés et une intervention au moment où la plasticité du cerveau est à son niveau le plus élevé.

Au Luxembourg, l'organisation du système de repérage précoce repose sur l'idée que les parents sont les principaux « alerteurs » et les professionnels de première ligne leurs principaux interlocuteurs, représentant la pierre angulaire d'un système de repérage précoce.

● Des services saturés face à une demande qui évolue

La grande majorité des répondants font état d'un engorgement des services qui se traduit par des délais d'attente particulièrement longs pour une première consultation et l'impossibilité d'offrir une prise en charge qui s'inscrive dans le temps.

Si des difficultés sont observées pour accéder au secteur de psychiatrie générale, elles sont d'autant plus criantes s'agissant du secteur de la pédopsychiatrie. Les services d'hospitalisation complète sont saturés avec des lits d'hospitalisation dans des services spécialisés en nombre insuffisant.

A titre d'exemple, en France, les capacités d'hospitalisation en psychiatrie infanto-juvénile ne représentent que 5 % des capacités d'hospitalisations complètes alors que les enfants et adolescents suivis par ce secteur représentent 26 % de l'ensemble des patients suivis par ce secteur¹⁰.

Selon la Commission de la santé mentale irlandaise, 509 admissions d'enfants dans des unités de soins psychiatriques pour patients hospitalisés ont été enregistrés avec des durées moyennes de séjour de 60 jours.

En Lettonie, 3,4 % des enfants âgés de 0-14 ans ont fait l'objet d'une hospitalisation pour des troubles mentaux et du comportement pour une capacité de 157 lits dans un service spécialisé.

Dans la réponse étudiée pour l'Estonie, sur les 1 921 sorties d'hôpital relevant de la catégorie de diagnostics liés aux troubles mentaux et du comportement, 198 (10,31 %) étaient des sorties concernant des enfants âgés de moins de 14 ans, et 277 (14,42 %) étaient des jeunes de 14 à 19 ans. Sur le total des prises en charge d'enfants de moins de 14 ans à l'hôpital, les maladies mentales représentent 1,62 %, et 1,95 % chez les enfants de 14 à 19 ans.

Des délais d'attentes qui peuvent aller jusqu'à 18 mois pour une prise en charge dans une unité de soins ambulatoire sont relevés en Islande.

⁹ La PMI est un service départemental, placé sous l'autorité du président du conseil départemental et chargé d'assurer la protection sanitaire de la mère et de l'enfant.

¹⁰ <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dt129.pdf>



Pour une grande majorité des répondants, cette situation est également due à **une évolution de la demande sociale à l'égard de la psychiatrie**, en particulier de la pédopsychiatrie. Certains troubles comme celui de l'hyperactivité ont acquis des statuts cliniques particulier suscitant une prise de conscience de la part du grand public. Or, face à ces troubles, une prise en charge médicamenteuse est souvent proposée. Des répondants signalent ainsi une forte augmentation de la consommation de médicaments chez les enfants et les adolescents. L'Islande indique, à ce titre, que les prescriptions pour des médicaments pour le trouble du déficit de l'attention (TDAH, ADHD en anglais) **sont beaucoup plus élevées que dans les pays européens voisins** et environ 13 % des garçons âgés de 10 à 14 ans prennent ce type de traitement.

S'agissant de la **phobie scolaire** qui se manifeste sous des formes variées et peut se révéler très invalidante car elle est susceptible d'avoir des conséquences sociales avec la sortie du cursus scolaire, sa plus grande diffusion auprès du grand public a entraîné une hausse des demandes de prise en charge. La phobie scolaire souffre d'un manque de développement de services, même si des programmes sont lancés pour garantir une prise en charge plus précoce. Selon les données épidémiologiques, 65 % des adolescents touchés sont des garçons⁴¹. En France par exemple, ces jeunes peuvent bénéficier d'un service d'accompagnement pédagogique à domicile ou d'aménagements : le projet d'accueil individualisé (PAI). Il permet de préciser les adaptations à apporter à la vie de l'enfant ou de l'adolescent en collectivité (crèche, école, collège, lycée, centre de loisirs).

⁴¹ Rapport « bien-être et santé des jeunes », Marie-Rose MORO, novembre 2016.

3. Droits et participation des enfants et des adolescents

Les réponses étudiées ont apporté des éléments de connaissance sur les droits des enfants et adolescents hospitalisés au sein d'un établissement de santé pour des troubles mentaux et/ou du comportement. Malgré les principes établis par la CIDE et la charte européenne des droits de l'enfant hospitalisé¹² qui énoncent le droit à la présence parentale ou le respect de l'intimité de l'enfant, de nombreuses difficultés sont relevées par les Défenseurs des enfants européens.

Les législations en vigueur reconnaissent rarement des droits spécifiques aux mineurs et les dispositions mises en œuvre ne sont pas en mesure de garantir les droits fondamentaux des enfants et des adolescents pris en charge. L'absence de référence à l'enfant hospitalisé et à ses droits conduits à s'interroger sur la réelle volonté des différents législateurs de doter les pays d'une loi susceptible de modifier les pratiques des hôpitaux qui ne respectent pas les principes de la CIDE et de la charte européenne des droits de l'enfant hospitalisé.

Les difficultés rapportées par les répondants concernent principalement le droit au consentement du jeune, le droit à l'information, le droit au maintien des liens familiaux, etc. Les situations d'admission pour des soins hospitaliers sont variables et la présence de mineurs dans des services pour adultes fréquemment relevée.

3.1 La faible prise en compte du consentement des patients mineurs

Si l'admission dans le cadre d'une hospitalisation est encadrée juridiquement pour les adultes, les dispositions sont insuffisantes s'agissant des mineurs. La notion de consentement des mineurs est ainsi particulièrement délicate lors d'une admission en psychiatrie.

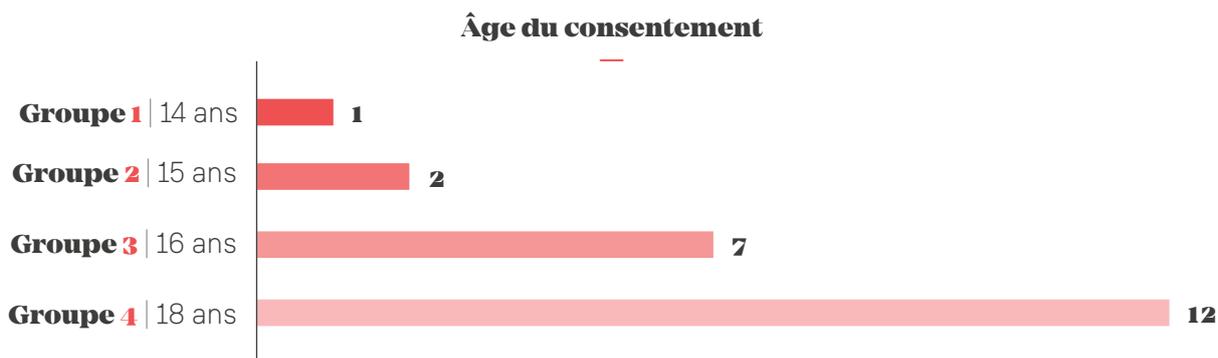
La plupart des pays des institutions répondantes n'ont pas de dispositions spécifiques en matière de consentement pour les mineurs hospitalisés. En revanche, certains soumettent la décision d'hospitalisation à l'accord du patient mineur, à partir d'un certain âge, considérant qu'une implication est une condition importante dans le respect de ses droits ainsi que la réussite du projet de soin. Si solliciter l'avis de l'enfant sur les soins proposés est parfois délicat dans le champ de la psychiatrie, l'absence de dispositions permettant de le consulter paraît néanmoins peu respectueuse de ses droits et ne garantit pas l'effectivité des principes énoncés par la CIDE notamment l'article 12 qui prévoit que tout enfant capable de discernement a le droit d'exprimer son opinion sur toute question l'intéressant¹³.

S'agissant de la définition d'un âge seuil en matière de consentement des patients mineurs, les pratiques varient comme le montre le graphique suivant.

¹² Adoptée par le Parlement européen le 13 mai 1986, ce qui a mené à l'adoption de la Charte de l'Association européenne des enfants hospitalisés (EACH) : <https://www.each-for-sick-children.org/each-charter/each-charter-annotations>.

¹³ 1. Les Etats parties garantissent à l'enfant qui est capable de discernement le droit d'exprimer librement son opinion sur toute question l'intéressant, les opinions de l'enfant étant dûment prises en considération eu égard à son âge et à son degré de maturité.

2. A cette fin, on donnera notamment à l'enfant la possibilité d'être entendu dans toute procédure judiciaire ou administrative l'intéressant, soit directement, soit par l'intermédiaire d'un représentant ou d'une organisation approprié, de façon compatible avec les règles de procédure de la législation nationale.



Groupe 1 | Lettonie

Groupe 2 | Danemark, Serbie

Groupe 3 | Catalogne, Irlande du Nord, Islande, Lituanie, Norvège, Pays Basque, Pologne

Groupe 4 | Belgique, Chypre, Ecosse, Estonie, France, Hongrie, Irlande, Italie, Luxembourg, Malte, Monténégro, Suède

Les pays membres des institutions répondantes qui n'ont pas renseigné l'âge du consentement : Croatie, Finlande, Géorgie.

Dans certains pays, un consentement peut être requis dès l'âge de 14 ans. C'est le cas en Lettonie, qui prévoit que le jeune donne son consentement à partir de 14 ans. Toutefois, en cas de désaccord, son parent peut donner son consentement à l'hospitalisation et il n'a pas de recours possible si le médecin et le parent sont d'accord avec l'hospitalisation.

D'autres institutions répondantes indiquent que si **l'âge du consentement est de 16 ans, les enfants doivent être obligatoirement consultés dès l'âge de 12 ans** (Islande). A partir de 16 ans, le mineur peut contester toute décision prise ou se plaindre des services fournis auprès de l'hôpital ou du centre où il est suivi. Si les représentants légaux ne consentent pas au traitement nécessaire, le prestataire de services de santé peut demander l'assistance des autorités de protection de l'enfance afin de fournir à l'enfant les soins nécessaires.

L'Écosse reconnaît au mineur âgé de 16 ans une capacité juridique de consentir en son nom à toute procédure ou traitement chirurgical, médical ou dentaire¹⁴. Lorsqu'un enfant de moins de 16 ans n'est pas en mesure de comprendre la nature et les conséquences possibles de la procédure ou du traitement, le représentant légal peut prendre des décisions quant aux soins. Si un enfant ne veut pas accepter son traitement, une ordonnance en vertu de la loi de 2003 sur la santé mentale peut être prononcée afin de l'enjoindre à accepter les soins proposés.

Les réponses étudiées montrent que **la décision d'hospitalisation appartient le plus souvent en premier lieu aux représentants légaux**, elle intervient parfois à la demande de la direction d'un établissement ou d'une autorité judiciaire en matière de protection de l'enfance. Toutefois, les modalités d'admission n'offrent pas toujours de garanties suffisantes. La décision d'hospitalisation peut être prononcée sans que ne soit clairement démontrée la nécessité d'une hospitalisation au regard de la gravité des troubles.

En Irlande, aucun consentement du mineur n'est requis dans la loi sur la santé mentale de 2001. Ce sujet a fait l'objet de recommandations de la Commission de réforme du droit en Irlande (The Law Reform Commission in Ireland). La commission a considéré que la pratique consistant à admettre un enfant « en soin volontaire » (ou en soins libres), uniquement sur la base du consentement des représentants légaux, est contraire aux droits des enfants et notamment aux principes énoncés dans le cadre de la CIDE. De plus, les dispositions prévues dans l'article 25 de la loi de 2001 qui prévoit l'admission sous contrainte ne sont pas adaptées aux enfants et aux adolescents détenus judiciairement.

[Le Défenseur des enfants suédois a critiqué la situation des enfants et des adolescents hospitalisés.](#)

Conformément au chapitre 6 du code suédois des enfants et des parents (Children and Parents Code), le représentant légal a le droit et l'obligation de prendre des décisions notamment sur les soins médicaux qui doivent être administrés au mineur, **sans tenir compte du degré de maturité des enfants**, en particulier s'agissant des adolescents.

¹⁴ Article 2 de la loi sur l'âge légal des personnes.

Ce type de difficulté est également relevé en Géorgie. Conformément à la loi géorgienne sur les soins de santé mentale, **les patients de moins de 16 ans sont placés en soins hospitaliers volontaires à la demande des représentants légaux**. La signature du formulaire de consentement suffit pour que l'établissement psychiatrique considère le traitement de l'enfant comme volontaire, même si le patient de moins de 16 ans s'oppose à son hospitalisation. Cette réglementation est largement critiquée notamment par les professionnels de santé.

En Pologne, le consentement écrit du représentant légal d'un mineur est requis même si le mineur a plus de 16 ans. Si les déclarations se contredisent, une décision de justice est demandée.

En France, **aucune disposition ne concerne de manière spécifique le consentement du mineur en psychiatrie**, la loi ne fixant pas d'âge et utilise des notions floues comme la « maturité », « l'aptitude à exprimer son opinion », etc.¹⁵. Ainsi, le consentement doit être recherché mais il n'est pas une obligation requise pour l'admission du mineur¹⁶.

En Belgique, la « loi sur les droits des patients » dispose que le mineur considéré comme capable de porter un jugement raisonnable sur ses intérêts a le droit à l'information et le droit de décider d'un traitement, même si la loi n'a pas fixé d'âge minimum.

3.2 Un droit à l'information limité

L'obligation d'information des professionnels de santé a pour objectif de permettre au patient d'exercer des choix libres et éclairés. Il s'agit d'accorder une plus grande place à l'autonomie des patients et au consentement éclairé. Pour mémoire, l'article 12 de la CIDE rappelle le droit de tout enfant et adolescent d'exprimer son opinion sur les sujets qui les concernent, qu'il s'agisse de questions d'ordre collectif ou individuel. L'information et la consultation des enfants et des adolescents sur les sujets qui les touchent directement permet d'encourager leur implication quant à leur propre santé.

Selon la charte européenne de l'enfant hospitalisé, le droit à l'information doit « *favoriser la participation des mineurs et des majeurs sous tutelle à la prise de décision les concernant, ils sont informés des actes et examens nécessaires à la prise en charge de leur état de santé, en fonction de leur âge et de leurs capacités de compréhension, indépendamment de l'indispensable information donnée à leurs représentants légaux.* ». Toutefois, le texte ne précise pas la manière dont les professionnels doivent informer les enfants et les adolescents afin que cette information soit la plus adaptée possible.

Dans la pratique, le droit à l'information des mineurs est insuffisamment mis en œuvre en particulier dans le champ de la santé puisqu'il s'adresse le plus souvent aux représentants légaux. Malgré des approches qui varient selon les pays, les réponses étudiées montrent la consécration d'un droit à l'information sans que ne soient attachées de **dispositions spécifiques sur la délivrance d'une information à destination des mineurs eux-mêmes dans le champ de la psychiatrie**, qui est la seule discipline médicale où l'on peut soigner une personne contre son gré.

Certains répondants indiquent clairement que **les patients mineurs ne disposent d'aucun droit à l'information et ne sont pas, par conséquent, impliqués dans les soins**, ce qui limite considérablement leurs droits. A ce titre, des répondants ont pu relever des pratiques qui tendent à nier la parole des patients mineurs, certaines équipes soignantes considérant même que « les jeunes sont incapables de donner une vérité objective ». L'information est alors délivrée aux seuls représentants légaux.

Des pays des institutions répondantes ont mis en œuvre des dispositions qui visent à garantir un droit à l'information sans opérer de distinction d'âge. Les termes sont variés, en Belgique, l'information doit être communiquée aux patients « en termes clairs et compréhensibles » et « fournie à temps », en France, elle doit être « claire et loyale », etc... Au Danemark, à l'occasion d'une étude de 2013 réalisée par le Conseil national pour les enfants, les enfants usagers des services psychiatriques ont indiqué ne pas se sentir suffisamment informés sur leurs droits en tant que patients.

¹⁵ « [Les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mentale](#) », Contrôleur général des lieux de privation et de libertés (CGLPL), novembre 2017.

¹⁶ Article L 1111-4 du code de la santé publique.

Les dispositions restent floues sur le contenu de l'information dans le champ de la psychiatrie, et dans la pratique, l'information dépend de la bonne volonté des équipes soignantes.

En Finlande, les patients mineurs sont avisés dans une certaine mesure mais il n'existe pas à ce jour d'obligation légale. Un travail est en cours afin de formuler des recommandations pour une amélioration du droit à l'information des enfants et des adolescents. L'objectif est de mettre à leur disposition une information médicale clairement délivrée et adaptée au degré de maturité des enfants et des adolescents pour une meilleure adhésion aux soins.

En Suède, les enfants et les jeunes rencontrés par le Défenseur des enfants ont décrit **un défaut d'information dans la planification et l'exécution des soins** psychiatriques proposés. **Les informations sur leurs droits ne sont pas apparues suffisantes aux jeunes.** Le Défenseur des droits suédois a alerté le gouvernement afin que des mesures soient adoptées pour clarifier la législation.

Les informations sont délivrées aux représentants légaux et aux mineurs par le biais des équipes soignantes dont principalement les infirmières, toutefois comme le relève Malte, les patients mineurs ne sont pas nécessairement informés de la totalité de leurs droits en l'absence d'obligation réelle.

Au début de l'hospitalisation, des équipes soignantes islandaises organisent des entretiens avec les représentants et le mineur pour renforcer la confiance et s'assurer que les proches soient informés des modalités de l'hospitalisation et jouent un rôle actif dans les soins.

En France, des équipes ont mis en place des « guidances parentales » qui réunissent les représentants légaux et les soignants, elles permettent de délivrer des informations sur les modalités de la prise en charge de l'enfant en vue de rassurer les proches. Toutefois, ces équipes ne sont pas suffisamment déployées sur l'ensemble du territoire.

A Chypre, une brochure concernant les règles d'hospitalisation est remise aux patients mineurs atteints de troubles mentaux sévères lors de leur admission, toutefois cette brochure ne semble pas être un outil de communication suffisant.

3.3

La présence de mineurs dans des services pour adultes

La présence de mineurs, le plus souvent des adolescents, dans des services pour adultes n'est pas rare. **Cette situation est inhérente à l'absence de structures appropriées et à la pénurie de lits en pédopsychiatrie** avec des territoires qui en sont totalement dépourvus. Les jeunes sont hospitalisés dans des conditions qui ne permettent pas toujours de garantir leur intérêt supérieur et d'offrir une prise en charge dans des services adaptés à leur âge avec des professionnels formés à la pédopsychiatrie.

Le plus souvent placés dans des chambres individuelles pour garantir leur sécurité et éviter qu'ils ne soient confrontés à des patients adultes en crise, les jeunes peuvent parfois se trouver en chambre isolée. La présence de mineurs et d'adultes dans les mêmes chambres est parfois observée par des répondants ce qui va à l'encontre de l'intérêt supérieur des patients mineurs dont la protection se révélera problématique dans de telles conditions.

D'autres raisons viennent expliquer la présence de mineurs dans des services pour adultes. Chez la plupart des répondants, la situation des jeunes qui approchent la majorité est parfois problématique car ils se situent à la croisée de deux dispositifs mineurs/majeurs. Cela peut se traduire par des hospitalisations en secteur adulte inappropriées. Enfin, il peut arriver que des patients mineurs soient hospitalisés dans un service pour adulte en attendant qu'une place se libère dans le service de pédopsychiatrie.

Selon les répondants, dans la pratique, les jeunes à partir de 16 ans peuvent être pris en charge dans des unités pour adultes. Rappelons à ce titre que dans le cadre de la CIDE, un enfant est une personne âgée de moins de 18 ans. La durée moyenne des admissions dans les unités pour adultes est plus courte que dans le cadre d'une admission dans les unités pour enfants, elle excède rarement 15 jours.

Le ministère de la Santé en Irlande du Nord a rappelé que **les enfants et les adolescents devraient bénéficier de soins et de prises en charge au sein d'un cadre adapté à leur âge** afin de répondre à leurs besoins physiques, émotionnels, sociaux, spirituels, éducatifs et psychologiques¹⁷.

En 2011, à la suite de visites effectuées dans des hôpitaux psychiatriques, **le Défenseur des enfants estonien a formulé des préconisations** pour garantir le traitement des mineurs séparés des adultes, limiter la pratique de la contention, encourager le maintien des contacts avec l'extérieur (représentants légaux, fratrie, amis, etc..).

Une enquête publique du Défenseur des enfants suédois a donné lieu à un **projet de loi établissant notamment l'interdiction d'admettre des enfants au sein d'établissements psychiatriques pour adultes** sauf dans les cas où l'on estime que ceci serait dans l'intérêt de l'enfant.

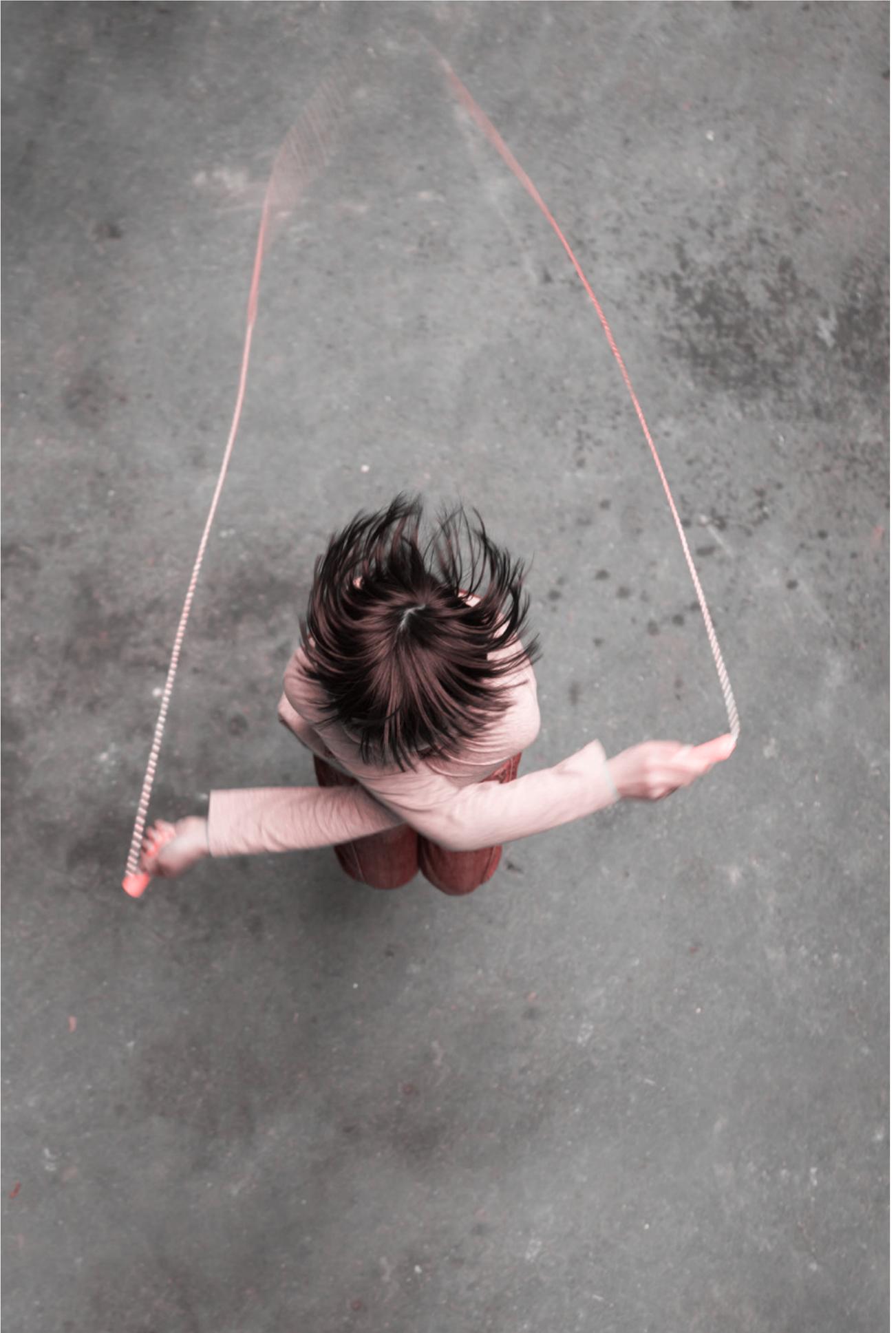
En France, les textes qui préconisent l'accueil des enfants et adolescents dans les hôpitaux prennent en compte des « âges limites » variables. Toutefois, l'usage hospitalier assure **l'accueil des enfants en psychiatrie infanto-juvénile et en pédiatrie, jusqu'à 15 ans et trois mois et jusqu'à 18 ans** selon les pathologies. Dans son rapport annuel relatif aux droits de l'enfant de 2017, la Défenseure des enfants a recommandé « à la ministre de la Santé de définir dans le cadre d'une disposition législative l'âge seuil de 18 ans pour l'accueil en unité d'adulte quel que soit le service concerné, sauf demande contraire d'un adolescent ». **Le rapport insiste sur la nécessité d'éviter l'hospitalisation de mineurs au sein d'unités pour adultes dans les services psychiatriques** et préconise de structurer des secteurs pour les adolescents au sein des services hospitaliers pour la mise en place d'un réseau de prise en charge spécifique des jeunes.

En Belgique, l'hospitalisation d'un jeune en service pour adulte est possible à partir de 16 ans selon les besoins et la disponibilité de l'offre. Pour garantir un accueil adapté à ces grands adolescents, des hôpitaux proposent parfois des unités de soins à l'intention des adolescents considérant que l'accueil de cette population nécessite une prise en charge spécifique.

En Italie, face à la pénurie de lits (seulement 325 lits au niveau national), il a été admis dans certaines régions, que les plus de 16 ans puissent accéder à des services pour adultes, mais cela est parfois le cas également pour des moins de 16 ans quand aucune autre solution n'a été trouvée. Ainsi, en fonction des régions, entre 10 et 30 % des admissions des mineurs sont faites au sein d'un service pour adulte.

Face à ces situations, les recours des patients mineurs et des représentants légaux sont toutefois limités et parfois méconnus des personnes qui pourraient en bénéficier. Plusieurs types de recours sont possibles : des recours administratifs devant les autorités chargées de contrôler les établissements de santé ; des recours juridictionnels (comme le juge des enfants). Enfin, le plus souvent, les personnes entament un recours auprès des autorités administratives indépendantes de Défense des droits de l'enfant. En effet, ces dernières sont compétentes pour traiter toute situation où il existe une éventuelle atteinte aux droits de l'enfant ou à son intérêt supérieur ce qui inclut les plaintes en matière de santé mentale.

¹⁷ A Strategy for Paediatric Healthcare Services Provided in Hospitals and in the Community (Stratégie pour les services de soins pédiatriques assurés dans les hôpitaux et au niveau local) (2016 – 2026).



4. Stigmatisation et maladie mentale

Les personnes qui ont des troubles mentaux sont encore trop souvent victimes de stigmatisation et les enfants n'échappent pas au tabou de la maladie mentale. **Les enfants et les adolescents doivent faire face à de nombreux préjugés qui alimentent la stigmatisation, voire la discrimination.** De plus, les préjugés qui entourent la maladie mentale peuvent inciter des personnes à ne pas demander l'aide dont elles ont pourtant besoin. Des familles risquent alors de renoncer à toute prise en charge de peur que leur enfant soit « catalogué » et se voit attribuer les stigmates associés aux troubles mentaux. La stigmatisation en matière de santé mentale est un **sujet de préoccupation commune pour les répondants.** Les enfants et les adolescents placés dans des situations de vulnérabilité (handicapés, migrants, etc.) qui sont davantage exposés à ces difficultés doivent faire l'objet d'une attention particulière. Selon les répondants, **l'école a un rôle pivot en matière de promotion de la santé mentale** afin de sensibiliser les jeunes et changer le regard sur les troubles mentaux. En vue de garantir l'inclusion des enfants et des adolescents dans la société, **un large éventail d'initiatives a été lancé** au niveau politique et associatif au sein des pays des institutions répondantes.

4.1 Les campagnes de sensibilisation pour lutter contre la stigmatisation

Malgré des avancées qui ont permis une meilleure appréhension de la santé mentale, **la stigmatisation à l'égard des personnes atteintes de troubles mentaux persiste.** Depuis quelques années, la lutte contre la discrimination constitue un important défi et fait désormais l'objet de travaux de recherches au sein des pays des institutions répondantes.

De nombreuses initiatives au niveau international et européen ont été lancées pour lutter contre la stigmatisation et améliorer le bien-être. A titre d'exemple, la [Conférence ministérielle européenne de l'OMS¹⁸](#) a mis l'accent sur la lutte contre la stigmatisation des personnes atteintes de troubles psychiques qu'elle qualifie de problème majeure. Elle reconnaît la nécessité « de répondre aux besoins de la population, des groupes à risque (dont les enfants et les adolescents), et les individus souffrant de problème de santé mentale particulièrement divers ». Le [plan d'action européen sur la santé mentale 2013-2020](#) vient réaffirmer le principe d'un bien-être égal pour tous et encourage le lancement de mesures pour changer le regard sur les personnes ayant des troubles mentaux.

Des programmes ont ainsi été développés sous des formes variées en fonction des pays : campagnes généralistes pour changer le regard sur les troubles mentaux, actions de promotion de la santé mentale, sites Internet avec des informations grand public, proclamation d'une journée des droits des personnes atteintes d'une maladie mentale, consultation grand public, etc. Les objectifs visés sont de garantir une meilleure inclusion dans la cité, de changer les pratiques de soins et de diffuser une information auprès des usagers.

En Croatie, **la journée du 6 juin a ainsi été proclamée « Journée des droits des personnes atteintes de troubles mentaux en République de Croatie ».** Dans le cadre du projet « Assurer des soins de santé aux personnes atteintes de troubles mentaux » (Ensuring optimal health care for people with mental disorders), des ateliers ont formé plus de 275 professionnels de la santé mentale.

¹⁸ Helsinki (2005).

Dans le cadre du **programme directeur sur la santé mentale et les addictions en Catalogne**, une enquête a permis de recueillir le ressenti des personnes à l'égard des personnes souffrant de problèmes de santé. Les politiques publiques soutiennent ce type d'initiatives le plus souvent lancées par des ONG et/ou des associations spécialisées dans le champ de la santé mentale.

En France, le plan psychiatrie/santé mentale pour la période 2011-2015 visait à réduire la stigmatisation alors considérée comme susceptible d'entraver la demande d'aide et de prise en charge des personnes concernées¹⁹. Des établissements publics comme « *Psycom* » conduisent des actions d'information auprès des usagers et des professionnels. Cela se traduit par la **publication d'outils ainsi que des modules de formations de professionnels intervenants auprès des jeunes** (éducateurs, enseignants, infirmières, etc.) autour d'un guide qui s'intitule « *la tête dans les nuages* ». En 2005, le **Centre collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS)** a lancé, en partenariat avec des acteurs associatifs²⁰, une campagne de sensibilisation « *Accepter les différences, ça vaut aussi pour les troubles psychiques* ». Il s'agissait d'encourager un changement de perception des troubles mentaux par le grand public (affiches, spots TV, dépliants d'information, etc.).

En 2016, **un projet de promotion de la santé mentale a été lancé en Islande par des étudiants en médecine et en psychologie**, l'objectif est d'aider les jeunes à être acteur de leur santé et favoriser leur bien-être²¹. Une campagne de sensibilisation financée par le ministère de la Santé et des Affaires sociales est en cours d'élaboration.

Une campagne nationale « ONE OF US : no more doubt, silence and taboo about mental illness ! »²² a été lancée au Danemark par l'Autorité de santé afin d'améliorer la vie de tous en promouvant l'inclusion et en combattant les discriminations liées à la santé mentale.

Financé par le gouvernement écossais et une fondation britannique **Comic Relief**²³, le programme « See Me » **est axé sur trois domaines particuliers** : l'éducation et les jeunes, l'accès aux soins de santé et l'accès à l'emploi. Un sondage réalisé à cette occasion a mis en évidence que les deux tiers des personnes en Écosse estiment n'avoir personne à qui parler lorsqu'il s'agit de problèmes personnels tels que la santé mentale²⁴.

En 2017, à Malte, une campagne publique intitulée « **Stopstigma** » a été lancée pour sensibiliser et **diffuser des informations sur la santé mentale et les problèmes de santé**. Les ONG locales très actives dans ce domaine travaillent pour réduire la stigmatisation par la sensibilisation du public.

En 2016, le programme irlandais « **Time to change** » a élaboré un kit de formation pour aider à réduire la discrimination à l'égard des personnes qui recourent aux services de santé mentale. « Time to Change » a été réalisé en partenariat avec des acteurs de la santé mentale ainsi que des patients pour une évolution des pratiques professionnelles. Un site Internet fournit des informations avec des documents à l'appui qui peuvent être utilisés dans le cadre des supervisions des équipes soignantes.

Selon les répondants, si les initiatives sont nombreuses et permettent d'aller au-delà des déclarations de principe, **elles manquent de coordination et se heurtent à l'absence de moyens dédiés ce qui limite leur impact**. Toutefois, elles permettent de participer à une prise de conscience et de réaffirmer le principe de non-discrimination dans le champ de la santé.

¹⁹ Plan psychiatrie et santé mentale, 2011-2015.

²⁰ Fédération nationale des patients en psychiatrie (FNAPSY), l'Union Nationale des amis et familles de malades psychiques (UNAFAM) et l'Association des Maires de France (AMF).

²¹ <http://gedfraedsia.is/>.

²² « Un de nous : stop au doute, silence ou taboo sur la santé mentale ».

²³ Ce programme est géré par la Scottish Association for Mental Health and The Mental Health Foundation

²⁴ <https://www.seemescotland.org/about-see-me/>.

4.2

Des enfants et des adolescents particulièrement exposés à la stigmatisation

L'Observation générale n°15 du Comité des droits de l'enfant de l'ONU indique que « les efforts déployés pour garantir l'exercice du droit de l'enfant à la santé devraient porter en particulier sur les enfants se trouvant dans des situations défavorisées et vivant dans des régions mal desservies. Les États devraient identifier les facteurs qui, aux niveaux national et régional, rendent les enfants vulnérables ou désavantagent certains groupes d'enfants. Ces facteurs devraient être pris en compte dans l'élaboration des lois, règlements, politiques, programmes et services relatifs à la santé de l'enfant et dans les activités visant à garantir l'équité ». Cette déclaration rappelle l'attention particulière que doivent attacher les différents États membres aux enfants et adolescents en situation de vulnérabilité particulière qui cumulent les difficultés et sont surexposés à la stigmatisation, voire à la discrimination.

La situation des enfants et des adolescents en situation de vulnérabilité particulière est source d'inquiétude pour les répondants, ce public étant davantage exposé aux troubles de santé mentale. Les enfants en situation de handicap rencontrent de nombreuses difficultés avec des services qui ne sont pas en mesure de répondre à leurs besoins spécifiques. S'agissant des enfants migrants et des enfants en situation de précarité, les travaux des répondants mettent en exergue une prévalence plus forte des troubles mentaux en raison notamment de leur situation économique et sociale. Sans oublier la situation des jeunes LGBTI ou encore celles des jeunes en situation de précarité pour lesquels nous ne disposons pas de suffisamment d'éléments de réponse pour en faire une analyse dans le présent rapport. Ces enfants et adolescents sont ainsi surexposés à la stigmatisation et cumulent situation de vulnérabilité particulière, exclusion, difficultés d'accès aux droits.

Les enfants et les adolescents en situation de handicap

Le manque de professionnels exerçant au sein des établissements spécialisés chargés de recevoir des enfants et des jeunes en situation de handicap est particulièrement prégnant dans ce domaine. Le manque de services spécialisés se traduit par une tension sur les capacités d'accueil des établissements médico-sociaux. L'absence de formation des professionnels de santé est relevée ce qui ne permet pas une détection précoce d'éventuels troubles. Parfois, en raison des délais d'attente trop longs ou de l'absence de place dans des structures dédiées, les enfants et les adolescents sont pris en charge dans le secteur de la psychiatrie. Ces difficultés renforcent les inégalités d'accès aux soins de ce public.

Selon le répondant Croate, les principales difficultés sont : le manque de professionnels formés en pédopsychiatrie, l'insuffisance des ressources financières, les comportements discriminatoires, le manque de lits d'hospitalisations pour les traitements aigus et chroniques, les délais d'attente pour des prises en charge dans le secteur médico-social, etc. Ainsi, au centre hospitalier clinique de Split, **des enfants handicapés ont été pris en charge dans des unités psychiatriques en raison de l'absence de services spécialisés.**

Parfois, **le cloisonnement marqué entre le secteur sanitaire et médico-social ne permet pas d'inscrire la prise en charge dans le cadre d'une approche globale et adaptée** à la situation de handicap.

A ce titre, la réponse étudiée pour l'Irlande du Nord relève **le manque de coordination des acteurs intervenants dans le cadre des mesures d'accompagnement** lors de la transition des services pour mineurs aux services pour adultes. Les pratiques professionnelles paraissent parfois inadaptées et ne garantissent aucune prise de décision éclairée pour les enfants en situation de handicap. Plus généralement, de nombreux enfants handicapés estiment que leur **point de vue n'est pas légitimement pris en compte**, notamment dans le domaine de leur santé. Selon le répondant d'Irlande du Nord, il a été estimé que 20 % des enfants et des jeunes souffrant d'un handicap physique, sensoriel ou lié à l'apprentissage souffrent de problèmes de santé mentale à l'âge de 18 ans et sont plus susceptibles d'être en proie à l'anxiété, à la dépression, à l'automutilation et aux idées suicidaires que les autres

jeunes. Des recherches menées sur les enfants pris en charge ont indiqué que ceux qui souffraient d'un handicap physique ou intellectuel ont un accès restreint aux services spécialisés de santé mentale et thérapeutiques.

En France, sur les enfants atteints de troubles spécifiques du langage et des apprentissages, également appelés troubles « DYS », la Haute autorité de santé (HAS) a publié des recommandations pour améliorer leur parcours de santé. Elle souligne que la prise en charge de ces troubles doit reposer sur la coopération entre divers professionnels : psychologue, orthophoniste, psychomotricien, ergothérapeute. Des réseaux de santé « DYS » ont été créés pour améliorer la prise en charge des enfants et adolescents de 0 à 20 ans qui présentent des troubles du langage et des apprentissages comme les dysphasies, dyslexies-dysorthographies, dyspraxies, trouble du raisonnement, etc. Cependant, ces réseaux qui doivent garantir la cohérence des interventions auprès de ce public ne sont pas présents sur l'ensemble du territoire français.

S'agissant des troubles du spectre de l'autisme (TSA), de nombreuses difficultés sont relevées en France. Des rapports ont souligné des capacités d'accueil des établissements médico-sociaux limités, qu'il s'agisse du nombre d'enfants avec TSA accueillis en Belgique ou des listes d'attente. Les structures de soins dispensés dans les hôpitaux de jour, les centres médicaux-psychologiques (CMP) ou encore les professionnels libéraux sont en nombre insuffisant et leurs pratiques sont hétérogènes. La formation continue proposée aux professionnels du secteur sanitaire et aux travailleurs sociaux n'est pas toujours en adéquation avec l'état actuel des connaissances en matière d'autisme. Une [stratégie nationale pour l'autisme 2018-2022](#) a été présentée par le gouvernement français en avril 2018, elle s'articule autour de plusieurs axes : remettre la science au cœur de la politique publique de l'autisme en dotant la France d'une recherche d'excellence ; intervenir le plus précocement possible auprès des enfants ; rattraper le retard de la France en matière de scolarisation ; soutenir la pleine citoyenneté des adultes et enfin, soutenir les familles et reconnaître leur expertise.



Les enfants et les adolescents relevant de la protection de l'enfance

Selon les réponses étudiées, la santé est insuffisamment prise en compte durant les différentes phases du parcours de l'enfant relevant de la protection de l'enfance. Le plus souvent, ces enfants sont pris en charge en raison de conditions de vie qui ne sont pas propices à leur bon développement et avec des parcours de vie marqués par de nombreuses situations de ruptures. **Malgré leurs besoins renforcés en matière de santé, ce public n'accède pas toujours aux services de santé mentale.** Une prévalence des troubles mentaux est toutefois observée chez les enfants et les adolescents pris en charge au titre de la protection de l'enfance. Or, la démographie des professionnels de la pédopsychiatrie entraîne des délais d'attente importants, peu compatibles avec la précocité de la prise en charge dont devrait bénéficier ce public.

Selon les réponses étudiées, **l'organisation des soins en santé mentale n'est pas adaptée à ces enfants et adolescents.** Leurs besoins en santé mentale sont complexes, or les professionnels de la protection de l'enfance sont peu, voire pas, formés à la dimension de la santé estimant que cela ne relève pas de leur mission. De plus, la population est très mobile en raison des changements de placement et les lieux de vie qui sont transitoires, rendant difficile une prise en charge continue.

En Irlande du Nord, **les problèmes de santé mentale et de comportementaux sont considérés comme étant les problèmes de santé les plus courants chez les enfants et les adolescents pris en charge par la protection de l'enfance**, 40 % d'entre eux ayant été diagnostiqués comme souffrant de troubles du comportement, 35 % de problèmes d'ordre émotionnel, et 21 % de dépression et d'anxiété. La réponse relève, par ailleurs, que **la formation en matière de santé mentale est insuffisante chez les acteurs de la protection de l'enfance. Ces derniers ne bénéficient pas d'une formation initiale qui leur permettrait pourtant de mieux connaître la nature des problèmes de santé mentale**, de détecter des signes de souffrance psychique et d'orienter les enfants et les adolescents vers les structures adéquates.



Au Luxembourg, les formations en matière de santé mentale ne sont dispensées qu'aux professionnels du secteur, les familles d'accueil ne peuvent pas en bénéficier à ce jour. L'absence de ressources ne permet pas aux établissements en charge de l'accueil de ces enfants de recruter un psychologue interne malgré des besoins réaffirmés par les professionnels du secteur.

Le gouvernement catalan a mis en place **un programme spécial de coordination pour améliorer les outils des éducateurs et des familles** impliqués dans le système de protection de l'enfance. Un axe de travail spécifique est prévu pour aider les centres de protection via les services de santé mentale de la région par un partage des pratiques professionnelles et une meilleure coordination entre les différents secteurs. Les soins médicaux et psychiatriques sont généralement assurés par le centre de soins primaires du territoire.

En Suède, 3 à 4 % des enfants sont placés en famille d'accueil ou en structure de soins collectifs au moins une fois dans leur enfance. Les recherches ont révélé que ces enfants étaient plus vulnérables face aux risques de suicide, de problèmes de santé mentale, de dépendance, etc. La souffrance psychique, de même que les autres problèmes de santé mentale, sont souvent sans demande de soins de la part de ces jeunes.

En France, **des travaux de la Défenseure des enfants²⁵ ont mis en évidence que le recueil d'informations sur les antécédents relatifs à la santé tels que des troubles du développement, une souffrance psychologique ou un handicap ne sont pas systématiques** alors même que le mineur nécessiterait une prise en charge spécifique dès le début de la mesure de placement. Les outils mis à la disposition des professionnels de la protection de l'enfance ne sont pas utilisés par faute de temps ou parce qu'ils ne sont pas adaptés aux pratiques professionnelles. Les éducateurs éprouvent des difficultés à prendre en compte le sujet de la santé et plus particulièrement de la santé mentale comme un élément à considérer. Pour une grande majorité, c'est un domaine réservé avant tout aux professionnels de la santé. Ainsi, peu de projets sont initiés dans les établissements qui permettraient d'aborder la notion de bien-être et du « *prendre soin* » des jeunes. La désignation d'un médecin référent « protection de l'enfance » prévue dans la loi du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfance devrait permettre d'attacher une attention particulière à la santé mentale des enfants et des adolescents pris en charge.

²⁵ [Décision n°2017-235 ; rapport annuel 2017 consacré aux droits de l'enfant.](#)

En Islande, les familles d'accueil ne bénéficient pas de **formation** en matière de santé mentale. Les cours se concentrent **sur la maturité des enfants et les moyens de s'assurer que l'enfant forme un lien de confiance** avec la famille. Les services spécialisés de santé mentale ne sont pas fournis dans des foyers d'accueil ou dans les centres de protection de l'enfance. Les comités locaux de protection de l'enfance doivent souvent recourir au secteur privé pour offrir une prise en charge adaptée.



Les mineurs non accompagnés

Le volet santé mentale est très rarement pris en compte dans le cadre du parcours des mineurs non accompagnés (MNA) alors même que les différentes étapes du trajet migratoire peuvent être traumatisantes. Une grande majorité des jeunes viennent d'Afrique et ont subi, au cours de leur trajet de graves violences, tant physiques que sexuelles. La symptomatologie des mineurs non accompagnés est ainsi marquée par de nombreux épisodes traumatiques : violence dans le pays d'origine, durant le parcours migratoire, plus particulièrement lors du passage en Lybie, arrivée en Europe, etc. Le trouble psychique le plus fréquent chez ces mineurs est l'état de stress post-traumatique (ESPT). Ce trouble associe des perturbations affectives sévères, des symptômes dissociatifs, des manifestations somatiques, des altérations de la perception de soi (culpabilité, honte, etc), de la relation aux autres (méfiance, re-victimisation, hétéro-agressivité), etc. À ce dernier s'ajoute souvent un degré élevé d'anxiété et de dépression. Le risque de chronicisation de ces troubles en l'absence de prise en charge adaptée est donc important.

Les mineurs non accompagnés sont avant tout considérés sous l'angle de leur situation administrative au détriment de toute considération liée à leur minorité. Le droit à la santé est mis à mal, la principale préoccupation étant le contrôle de la situation administrative.

A titre d'exemple, en France, de nombreux jeunes migrants se disant mineurs mais étant évalués majeurs par le dispositif d'accueil et d'évaluation, ne peuvent bénéficier du **régime de protection de l'enfance** et se trouvent dans des situations précaires, sans domicile fixe ou moyens de s'alimenter correctement. Cela a un impact conséquent sur leur santé et augmente considérablement leur anxiété.

Les données disponibles au Royaume-Uni ainsi que les observations cliniques provenant de l'Irlande du Nord mettent en lumière l'absence de recours aux dispositifs des mineurs en matière de santé mentale²⁶. Ces mineurs font face à des problèmes pour accéder aux services universels de santé tels que les services de médecins généralistes ou des services spécialisés en matière de santé mentale.

En Islande, tout enfant non-accompagné faisant une demande de protection internationale est reçu par un **expert qui s'entretient avec l'enfant afin d'évaluer sa situation et ses besoins en matière de protection et de soutien**. Selon la loi islandaise sur les étrangers, le professionnel du comité de protection de l'enfance impliqué dans le travail avec un enfant non accompagné doit tenir compte de la nationalité, du sexe, de la langue et des antécédents religieux et culturels de l'enfant. Si le demandeur se trouve dans une position de vulnérabilité, il doit s'assurer qu'un professionnel possédant les compétences et l'expérience adéquates s'occupe de l'affaire. Toutefois, ces différents aspects ne sont pas toujours considérés et ne sont pas en mesure de garantir l'intérêt supérieur des enfants.

A Malte, les centres d'accueil proposent des actions de soutien dans les domaines de la santé avec notamment la désignation d'un travailleur social chargé du suivi des mineurs non accompagnés. **En cas de problème médical urgent et/ou grave, le conseil consultatif pour les enfants et les jeunes maltais finance des consultations et des dépistages dans des cliniques du secteur privé auprès de psychologues et de psychiatres.**

²⁶ Voir publication du réseau des services de traumatisme d'Irlande du Nord de février 2018.

4.3 Des bonnes pratiques de sensibilisation et d'inclusion dans la société

Le plus souvent portées par des associations, les initiatives (ou bonnes pratiques) **témoignent d'une volonté d'attacher une attention particulière aux droits fondamentaux des personnes ayant des troubles mentaux**. Elles visent à mettre en place des mesures de prévention en distinguant les trois niveaux de prévention définis par l'OMS²⁷ ou à mettre en place des réseaux pour des prises en charge adaptées aux mineurs ainsi qu'aux représentants légaux pour un soutien à la parentalité. Elles peuvent parfois se traduire par des mesures en faveur d'une meilleure inclusion des personnes dans la cité dans les différents domaines de la vie quotidienne comme l'école, le logement, l'emploi, la citoyenneté, etc.

Néanmoins, **ces actions ne font pas toujours l'objet d'une évaluation en vue de mesurer leur impact**. Elles ont une portée qui peut paraître faible et par conséquent elles ne peuvent pas engendrer de changements à grande échelle sur la base d'objectifs ciblés. Souvent ponctuelles, elles peinent à s'inscrire dans le temps malgré toute la bonne volonté des professionnels qui sont confrontés au non-renouvellement des ressources financières pour la poursuite des projets.

Une ONG maltaise dans le secteur de la santé mentale dispense des formations de promotion en santé mentale. **Ces formations qui s'appuient sur des directives internationales visent à informer le grand public** sur l'aide à apporter à une personne qui développe un problème de santé mentale. Une antenne a été ouverte par l'ONG pour améliorer les pratiques professionnelles des équipes intervenantes dans les services de protection de l'enfance à Malte. Elle met à la disposition des outils d'information en faveur de la promotion de la santé mentale des enfants et des adolescents.

Parfois destinés à **lutter contre les inégalités territoriales en matière d'accès aux soins de santé mentale**, des programmes innovants ont été lancés en Finlande qui mettent à la disposition des personnes une aide psychologique via des vidéos pour aider les médecins généralistes qui exercent dans les zones reculées dans la détection des signes de souffrance psychologique.

Sur les actions de soutien à la parentalité, le gouvernement estonien a financé le [programme de parentalité « Imelised aastad »](#) (« Des années formidables ») pour la période 2014-2017. Les municipalités locales sont encouragées à proposer des actions de soutien à la parentalité aux représentants légaux en difficulté dans leur quotidien. Une plateforme qui délivre des informations sur la parentalité [« tarkvanem.ee »](#) (« des parents avisés ») donne des conseils dans tous les domaines de l'éducation des enfants, y compris celui de la santé mentale (harcèlement, comportements à risques, etc.). Les actions de soutien à la parentalité sont diverses, elles sont créées le plus souvent avec les représentants et ont pour objectif de favoriser une implication des représentants légaux et d'offrir des espaces d'entraide.

Introduits dans le cadre de la loi française de 2005 relative aux personnes en situation de handicap²⁸, [les groupes d'entraide mutuelle \(GEM\)](#) **sont des dispositifs de soutien aux pairs dont l'objectif est de favoriser l'insertion dans la cité, de lutter contre l'isolement et de prévenir l'exclusion sociale de personnes en grande fragilité** en raison de leur handicap dont psychique. Organisés sous forme associative et constitués de personnes ayant des troubles de santé similaires, les GEM offrent un espace d'échange pour un soutien mutuel dans les difficultés rencontrées, notamment en termes d'insertion sociale, professionnelle et citoyenne. Atypiques et non médicalisés, ces groupes ont pour objectif de lutter les ruptures de liens à la sortie de l'hôpital et réduire les ré-hospitalisation en facilitant la réinsertion sociale.

En Irlande du Nord, le programme **« Express Yourself »** pour les jeunes âgés de 14 à 18 ans permet à des professionnels de la santé mentale et du bien-être de dispenser des formations dans les établissements scolaires. Les participants reçoivent une certification de premiers secours en santé mentale. Cette approche vise à permettre aux enseignants et également aux élèves de **devenir des Défenseurs de la santé** mentale dans leur école en mettant en pratique ce qu'ils ont appris à l'école.

²⁷ Les trois types de prévention distingués par l'OMS sont : la prévention primaire qui vise à minimiser les risques d'apparition de la maladie, la prévention secondaire dont l'objectif est de diminuer la prévalence d'une maladie dans la population et la prévention tertiaire qui agit une fois la maladie déclarée.

²⁸ Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Des campagnes de **lutte contre le harcèlement à l'école** ont, par ailleurs, été mises en place notamment en Finlande ([programme Kiva](#)) et en Croatie où la campagne « *ce n'est pas cool d'être un intimidateur* » (It's not cool to be a bully) sensibilise aux facteurs de risque et de protection dans la prévention de la violence entre pairs.

L'Islande est, par ailleurs, un des rares pays ayant **rapporté la mise en place d'un suivi du jeune en matière éducative à sa sortie de l'hôpital**. Le programme « *Advisory Division* » effectue des suivis auprès des jeunes et fournit l'aide et l'information aux employés des écoles locales en cas de besoin.

Enfin, le Pays Basque (Espagne) a mis en place des **centres thérapeutiques éducatifs** issus de collaborations entre les services éducatifs et les services de santé. Les centres thérapeutiques s'adressent aux enfants et aux adolescents en âge d'être scolarisés qui présentent de graves problèmes psychopathologiques susceptible d'entraver leur participation aux activités scolaires et leur intégration sociale et familiale. Ils permettent de dispenser des soins thérapeutiques et éducatifs pour une durée déterminée avec l'objectif d'une réintégration dans l'école d'origine. Chaque processus d'intégration est individualisé. L'avantage de cette scolarisation est de permettre une triangulation bénéfique pour l'enfant.



—
ENOC | Défenseur des droits • septembre 2018
—

—
© ENOC | Défenseur des droits • 09 | 2018
—

ENOC

European Network of Ombudspersons for Children