



LA SANTÉ MENTALE DES MINEURS

QUELS ENJEUX ETHIQUES ?

LES FICHES DOC'ETHIQUES DE L'EREBFC

Temps de lecture :

Les fiches "Doc'éthique" sont conçues comme un soutien à la réflexion préalable en éthique. L'éthique n'est pas une prise de position, ni un code de bonnes pratiques ou encore un jugement de valeurs. L'éthique est une démarche réflexive mettant en exergue les oppositions entre différentes valeurs et soulignant la nécessité d'y réfléchir afin de prendre ensuite des décisions circonstanciées et éclairées.

Le format court des "Doc'éthique" permettra ainsi aux intéressés d'avoir une première vue d'ensemble des questions qui jaillissent du thème traité, mais également au chercheur désireux de travailler sur cette thématique d'y trouver une première base pour affiner son questionnement et/ou son thème de recherche en éthique.

Une bibliographie pour lecteur curieux est proposée en complément.

Pour aller plus loin, nous vous invitons à vous référer à notre onglet "Documentation" sur : www.erebfc.fr

Pour télécharger ce document en pdf :



« Ce qui prime en santé mentale c'est la singularité de chaque sujet, dans sa propre intimité psychique, dans sa famille et dans son environnement. Les approches par population qui classent les personnes en groupe dits « populations vulnérables », ou « à risque », se heurtent alors inévitablement à la dimension de complexité »

[1]

INTRODUCTION

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé comme un état complet de bien-être physique, mental et social. La bonne santé mentale ne se définit pas seulement en absence de handicap ou de troubles mentaux. *« Comme le fait d'être en bonne santé physique, être en bonne santé mentale permet à chaque individu de se sentir bien dans sa peau, de s'épanouir, d'agir, de s'intégrer dans une communauté familiale, amicale, scolaire, professionnelle et de participer à la vie socio-économique »*[2]. Une personne peut ne souffrir d'aucune maladie psychique sans pour autant se sentir en bonne santé mentale, de même qu'une personne peut bénéficier d'un bien-être mental satisfaisant tout en ayant un trouble psychique bien traité. La santé mentale, tout comme la santé physique, évolue dans le temps en fonction du vécu et des expériences. Les mineurs sont des petits humains en construction. Répondre aux besoins spécifiques à chaque tranche d'âge favorisera une bonne santé mentale et permettra *« de développer une estime de soi, de bénéficier d'un sentiment de sécurité, d'être en relation avec les autres ou encore d'évoluer dans un environnement respectueux des droits des enfants. »*[3]

Les études qui suivent les enfants de la naissance à l'âge adulte indiquent que la plupart des troubles de santé mentale chez l'adulte commencent au cours de la petite enfance et de l'adolescence[4], faisant de la santé mentale des enfants un enjeu de santé publique majeur. Dans le champ de la santé mentale, toutes les études ne classent pas les enfants avec les mêmes tranches d'âge. Afin de contourner cette difficulté, conscients que les enjeux éthiques abordés ci-dessous sont transversaux et que chaque enfant évolue à son rythme, nous avons fait le choix de nous restreindre à trois tranches d'âges, calquées sur la scolarité. Elles correspondent aux trois parties de cette doc'éthique : la petite enfance (incluant la période prénatale), l'enfance (maternelle et primaire) et l'adolescence (collège et lycée). Les jeunes adultes (18-25 ans environ) ne sont pas inclus dans le développement de ce document, bien qu'il soit évident que les problématiques de santé mentale des mineurs ne disparaissent pas subitement en soufflant 18 bougies.

1- LES 1000 PREMIERS JOURS

Bien que la définition de la périnatalité retenue par l'OMS couvre de la 28^{ème} semaine de grossesse (environ 6 mois) jusqu'à 7 jours après l'accouchement, de nombreux scientifiques considèrent que la périnatalité couvre une période plus large, s'étendant de la période pré-conceptionnelle jusqu'aux 2 ans de l'enfant (voir parfois ses 3 ans), que les campagnes de santé publique françaises nomment "les 1 000 premiers jours"[5]. C'est une période sensible et absolument cruciale pour le développement et la sécurisation de l'enfant, puisqu'elle contient les prémisses de la santé et du bien-être de l'individu tout au long de la vie[6].

INFORMER LES PARENTS, AU RISQUE DE STRESSER

Longtemps on a pensé que notre capital santé dépendait essentiellement de notre patrimoine génétique, or on sait désormais qu'un environnement favorable pour le tout petit influera positivement toute sa vie, qu'il s'agisse de sa santé physique mais aussi mentale. Les enjeux de cette dernière chez le tout petit se posent surtout en termes de prévention et de surveillance afin de favoriser son développement en s'assurant de la qualité de la prise en charge de ses besoins par son entourage. Ainsi, la question de la santé mentale du tout petit nécessite de tourner le regard vers ceux qui s'occupent de lui : ses parents.

Parmi les besoins primaires du bébé, tout aussi important que manger et dormir, l'attachement précoce de l'enfant aux adultes qui prennent soin de lui favorisera la stabilité psychique de l'enfant et le développement du langage : un enfant se sentant en sécurité pourra se développer en confiance et aller explorer son univers. Plus l'enfant aura confiance en l'adulte, plus il utilisera sa propre analyse de la situation. A l'inverse, tout manque peut favoriser les troubles neurodéveloppementaux et l'apparition potentielle de maladies non transmissibles, première cause de mortalité chez les enfants[7]. A cet égard, les dépressions parentales, la consommation d'alcool, la violence intrafamiliale, ou un faible niveau d'éducation et de revenu peuvent potentiellement impacter le développement physique et psychique de l'enfant à long terme par l'apparition de troubles psychiatriques dès l'adolescence ou à l'âge adulte[4]. La prévention en santé publique est donc essentielle : promouvoir un mode de vie sain[8] et accompagner les familles en difficultés sont des enjeux majeurs du développement général psychomoteur de l'enfant, et a fortiori de sa santé mentale en construction.

Cependant, on constate que plus le parent est au fait des risques pour son petit, plus il sera soumis à l'anxiété et au stress[9], alors même qu'il faudrait réduire le stress des parents au maximum afin d'éviter un potentiel impact sur l'enfant. On voit alors émerger un dilemme pour les professionnels en charge d'informer les parents. Bien informer les parents de l'importance de leur bonne santé mentale devrait permettre qu'ils ne cachent pas leurs difficultés, mais aussi qu'ils soient en capacité de rechercher de l'aide, pour eux même et pour leur enfant. Mais n'est-ce pas le propre de la parentalité que de s'inquiéter pour son enfant, de le faire passer avant soi-même ? Dans ce contexte, est-il possible de donner aux parents une information juste ? Car si on informe de manière suffisamment ciblée pour améliorer l'environnement d'un enfant en particulier (et ainsi privilégier un développement mental et physique plus sain), on prend le risque de stigmatiser certains parents, ou certains comportements, renforçant ainsi le sentiment d'être jugé et contrôlé. Au contraire si on informe de manière exhaustive les parents d'enfants de moins de 1 000 jours, on prend le risque de stresser à plus grande échelle en laissant penser qu'aucun parent n'est capable d'élever/éduquer un enfant, que tous les parents ont besoin d'aide. A cet égard, le dilemme éthique place les parents et les professionnels entre deux écueils entre bienfaisance et non malfaisance : informer les parents de manière exhaustive au risque que le stress induit par l'information ait des répercussions sur le développement de l'enfant, ou limiter le stress dû à une information exhaustive au risque que les soins dédiés au petit soient de moindre qualité.

PEUT-ON RESPONSABILISER SANS FAIRE CULPABILISER ?

Alors que la femme enceinte était le centre de l'attention médicale pendant la grossesse, tout se reporte sur l'enfant après la naissance afin de s'assurer de son développement. La différence est éloquent entre le nombre de rendez-vous médicaux obligatoires remboursés dans les deux premières années de vie pour le tout-petit et ceux dédiés à sa mère, venant interroger l'importance d'un suivi en santé mentale hors parcours psychiatrique. Pourtant, la période périnatale est une période de grande vulnérabilité psychologique :

- beaucoup de femmes vivent des troubles de l'humeur de la grossesse, généralement non pathologiques, passagers et non envahissants[10] ;
- une femme sur cinq développe lors de la grossesse une pathologie psychiatrique avérée* ;
- une accouchée sur quatre fait une dépression post partum (DPP) pouvant mener parfois jusqu'au suicide, première cause de décès maternel loin devant les morts en couches[11][12].

La naissance d'un enfant est en effet vue comme un heureux événement alors que l'Unicef décrit cette période comme difficile[13], particulièrement pour la mère dont l'assignation d'un rôle social implicite imposé n'est contrebalancée ni dans le milieu professionnel, ni souvent au domicile : "Certains pères justifiaient leur manque de soutien par le fait d'une réassurance excessive de l'entourage disant « que c'était normal » et mettaient alors les difficultés maternelles sur le compte des « hormones »"[14]

- [1] BOURDILLON F., LENOBLE É., GIAMPINO S. & SUESSER P., "Prévention et santé mentale de l'enfant : les questions éthiques soulevées par des approches ciblées", rev. Santé Publique, HS 23, pp. 181-188 +
- [2] ASSURANCE MALADIE, "Bien-être et souffrance psychologique de l'enfant : définition et chiffres-clés", consulté le 12 déc. 2024. +
- [3] PSYCOM, "La santé mentale des enfants", consulté le 7 nov. 2024. +
- [4] LE MANUEL MSD, "Revue générale des troubles psychiatriques chez l'enfant et l'adolescent", juil. 2023, consulté le 15 avril 2025. +
- [5] Pour en savoir PLUS, consultez le site dédié : <https://www.1000-premiers-jours.fr/fr>
- [6] CTSM Yvelines Nord, "Périnatalité, de la naissance à la petite enfance", consulté le 22 mai 2025. +
- [7] INSEE, Causes de décès des jeunes et des enfants Données annuelles de 1990 à 2020, consulté le 11 fév. 2025. +
- [8] THE LANCET, "Advancing Early Childhood Development: from Science to Scale", An Executive Summary for The Lancet's Series, Rapport, oct. 2016. +
- [9] KAMPOUROGLOU G., "Parental anxiety in pediatric surgery consultations: the role of health literacy and need for information", Journal of Pediatric Surgery, vol. 5, n°4, avril 2020, Pages 590-596. +
- [10] DAYAN J., "Le baby blues", col. Que sais-je ?, éd. Presses Universitaires de France, 2016. +
- [11] SANTE MENTALE.FR, "Le suicide première cause de mortalité maternelle jusqu'à un an après la grossesse", 9 avril 2024. +
- [12] SANTE PUBLIQUE FRANCE, "Suicide en période périnatale : données épidémiologiques récentes et stratégies de prévention", mars 2023. +
- [13] UNICEF, "Où'est-ce qui te préoccupe ?", consulté le 24 avril 2025. +
- [14] THOMAS B., GRISI, S., GEORGIEFF N. & THEVENET M., "Les pères face à la dépression du post-partum maternelle : résultats d'une étude qualitative", rev. La psychiatrie de l'enfant, n°67(2), 2024, pp. 167-184. +



*Les troubles chez la femme enceinte sont facilités par des traumatismes de l'enfance et de l'âge adulte, notamment sexuels, un partenaire non soutenant et a fortiori violent, des antécédents psychologiques ou psychiatriques, ou encore l'isolement affectif et la précarité sociale.
Source : MOOC PNS sur la santé mentale périnatale

[15] MAMAN BLUES, "La fameuse dépression du post-partum ou dépression maternelle", consulté le 23 janv. 2025. +

[16] PAULSON JF, BAZEMORE SD, "Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression", rev. JAMA, mai 2010. +

[17] LE MONDE, "Dépression post-partum : les pères aussi en souffrent", 16 mars 2024. +

[18] COURTOIS E. & WENDLAND J., "L'accouchement vécu négativement par les pères est associé à une augmentation du risque de dépression paternelle en post-partum", rev. Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie vol. 51, N°11-12, Nov.-Déc. 2023, pp. 517-523. +

[19] CASTELAIN-MEUNIER C. & al. "Les nouveaux visages de la virilité", rev. Le Journal des psychologues, n° 384, 2021/2, pp.56-61. +

[20] RONCHEWSKI DEGORRE S., "Le partenariat entre l'école et la pédopsychiatrie au service de l'enfant dit « hyperactif » ou comment un élève indiscipliné devient un élève handicapé. Quelques questions éthiques", rev. Psychiatrie de l'enfant, vol. 62, 2019/2, pp.369-393. +

[21] ASSURANCE MALADIE, "Les troubles du neurodéveloppement de l'enfant", 26 fév. 2025. +

Selon Maman Blues*, souvent "la seule prise de conscience de leur problème était et est encore aujourd'hui, d'ordre moral : «Je suis une mauvaise mère »"[15]. Pourquoi une mère en mauvaise santé mentale se sentirait-elle une "mauvaise mère" si ce n'est face à la responsabilité qui est attendue d'elle et des craintes sous-jacentes qu'elle s'occupe mal de son enfant ? Dans quelles mesures les recommandations des professionnels de santé ne participent-elles pas à renforcer les injonctions sociétales de l'image de la "bonne mère" attentive au développement de son petit et ainsi renforcer toutes formes de culpabilité parentale ?

S'il existe désormais un rendez-vous post natal obligatoire dans les huit semaines après l'accouchement, le suivi psychique de la mère dépend de sa décision individuelle à consulter, dans une société où injonctions sociétales et hormones font écran à la prise de conscience de cette période de vulnérabilité psychique. Côté paternel, la DPP maternelle et dépression paternelle sont très liées autant en période prénatale que post-natale : elle est présente chez environ 10 % des hommes, est relativement plus élevée entre 3 et 6 mois après l'accouchement et présente une corrélation positive modérée avec la dépression maternelle[16]. Rien ne semble être prévu dans le parcours de ces pères pour les accompagner dans leur nouvelle identité, pourtant souvent source d'anxiété et de troubles[17][18]. Or on sait toute la différence que peut faire un compagnon en bonne santé et investi, autant pour l'équilibre familial que pour la santé mentale de la mère et le développement physique et mental de l'enfant[19].

Sachant l'intrication de la santé mentale de ses parents à celle de l'enfant, comment responsabiliser les parents à l'importance de leur bonne santé mentale sans tomber dans l'injonction à aller bien ou au contraire favoriser une dévalorisation parentale systématique au profit du bien-être du bébé (pourtant intriqué à celui de ses parents) ? Bien que les femmes soient davantage concernées par la diffusion de modèles maternels valorisant le don de soi au détriment de leurs besoins et de leur équilibre personnel, un suivi psychique régulier des deux parents jusqu'au deux ans de l'enfant semble nécessaire. Cela permettrait de limiter la banalisation ou l'invisibilisation de la difficulté maternelle, tout en rééquilibrant les rôles des deux parents, et cela apporterait peut-être une première réponse pour responsabiliser sans culpabiliser, à outrance, au profit de l'épanouissement du bébé.

2- L'ENFANCE : LE NORMAL OU LE PATHOLOGIQUE

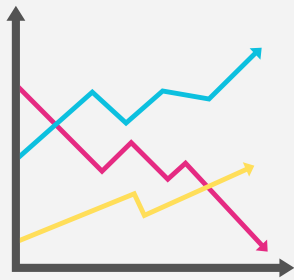
"À l'heure où l'école s'interroge sur son autorité face à l'indiscipline grandissante de ses élèves, la pédopsychiatrie enregistre une hausse des cas diagnostiqués hyperactifs. Entre un élève un peu turbulent et un enfant reconnu porteur du « handicap » nommé par le DSM-V « TDAH » [trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité*], il n'y a pas de confusion possible, mais entre ces deux extrêmes il existe des variations qui interrogent en son cœur le passage du normal au pathologique." [20] En maternelle et en primaire, comment dépister les enfants à risque de mauvaise santé mentale ou pathologiques, sans tout pathologiser et sans en laisser passer à travers les mailles du filet ?

LES TROUBLES DU NEURO-DEVELOPPEMENT

Ce sont des troubles spécifiques qui apparaissent tôt dans l'enfance et qui ont un retentissement sur le bien-être mental, selon 4 critères[21] :

- l'enfant présente un déficit dans l'un des domaines du développement (langage, motricité, habiletés sociales...);
- le trouble retentit dans le contexte familial, scolaire, social...;
- les difficultés ont été précoces dans l'enfance mais elles sont durables dans le temps ;
- l'enfant n'a pas de maladie neurologique (épilepsie par ex.), de déficit sensoriel (surdité par ex.) et ne présente pas un environnement peu stimulant pouvant expliquer ses difficultés.

Ils regroupent le trouble du développement intellectuel, les troubles du spectre de l'autisme, les troubles du langage oral concernant la compréhension et/ou l'expression, le trouble de la coordination avec des difficultés dans l'acquisition et l'exécution des actions motrices (dyspraxie) avec éventuellement un trouble du graphisme (dysgraphie), le trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), les troubles des apprentissages de la lecture et de l'orthographe (dyslexie-dysorthographe) ou des mathématiques (dyscalculie), les tics et le syndrome de Gilles de la Tourette. Ces troubles du neuro-développement peuvent être fréquemment associés entre eux (près de 2/3 des cas).



*Pour en savoir + :

HAS, "Trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) : repérer la souffrance, accompagner l'enfant et la famille - questions / réponses", 22 janv. 2025. +

ASSURANCE MALADIE, "Trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH)", 26 fév. 2025. +

À L'ÉCOLE

L'école, parce qu'elle regroupe dans un même lieu tous les enfants d'une même classe d'âge, est a priori importante dans le repérage des handicaps neuro-développementaux. Grâce à leur expérience de l'enfance en milieu scolaire, les enseignants sont aux premières loges des signes qui caractérisent un développement, disons chaotique, d'un enfant. L'école a également pour but de *"faire réfléchir les enfants sur leur propre santé, à les conduire à l'autonomie et à les rendre responsables vis-à-vis d'eux-mêmes et de la société"*[22], avec notamment l'apprentissage du respect de leur corps et de celui des autres, dans une démarche de renoncement à la violence.

Si le développement "d'une bonne santé" est un sujet de prévention à l'école, qu'en est-il de l'objectif de développer une "bonne santé mentale" - en dehors bien entendu du repérage des troubles du neurodéveloppement qui affectent les apprentissages de l'enfant-, alors même que santé mentale et santé tout court sont étroitement liées ? Cet objectif, louable par ailleurs, ne vient-il pas interroger les limites du normal et du pathologique, en considérant certains comportements d'enfants « anormaux » en comparaison du reste du groupe ? Il convient par ailleurs de s'interroger sur la limite au-delà de laquelle on pourrait considérer que les professionnels ou l'Etat s'immiscent dans des affaires privées au-delà du nécessaire. Comment définir et énoncer les besoins en santé mentale - besoin de cadre, de repères, de limites par exemple - d'un enfant à l'échelle de l'Etat alors que ces besoins ont par essence une définition singulière, voire intime ? Comment, et qui est légitime pour les déterminer ? *"Comment préserver la vie privée de l'enfant si sa prise en charge personnelle est collective ? Comment tenir compte de sa vulnérabilité si tout concourt à réduire son « hyperactivité » ? Quelle conception du « soin » est à l'œuvre face à cet enfant qu'il faut calmer à tout prix ? S'agit-il du souci d'un être fragile, d'une réponse thérapeutique ou d'une normalisation ?"*[23] Ces diverses questions soulignent la fragile ligne de crête entre le dépistage d'enfants véritablement malades en nécessité de soin et la catégorisation d'enfants classés comme malades parce que plus turbulents que la moyenne. Dès lors, comment la psychiatrie devrait-elle accueillir ces enfants "dépistés" par l'école ? Son rôle de diagnostic pourrait-il conduire à catégoriser les comportements entre normal et pathologique, et ce au regard du seul fonctionnement du groupe scolaire ?

Ces recommandations de santé publique en matière scolaire peuvent être en tension avec la mission "scolaire" de l'Education Nationale, qui consiste à amener une grande majorité des élèves vers un niveau éducatif déterminé (le baccalauréat notamment). Ces différents objectifs peuvent engendrer une souffrance éthique chez les enseignants partagés entre leur volonté d'accompagner chaque élève relativement à ses besoins individuels, notamment de santé qui peuvent dépasser parfois le contexte scolaire, et la nécessité d'emmener le groupe classe au niveau suivant. S'amorce toute la problématique éthique de l'inclusion de tous types de handicaps en milieu scolaire ordinaire, laissant les enseignants en grande difficulté d'accompagnement et le groupe classe potentiellement impacté.

Citons à cet égard la dernière étude observatoire de l'EREBFC, menée sur les enjeux de l'inclusion des enfants atteints de handicap en milieu scolaire ordinaire[24], qui illustre combien l'accompagnement des élèves aux besoins spécifiques est lacunaire. La tension éthique justice-care apparaît alors de manière flagrante entre le principe de justice distributive qui cherche à traiter les élèves de manière égalitaire, et le care* (traduction littérale en anglais de "prendre soin"), qui s'attache à concentrer la prise en charge individuelle sur les besoins spécifiques des enfants.

EN PÉDOPSYCHIATRIE

Le vécu de l'enfance peut favoriser ou prévenir le développement de troubles psychiatriques à l'adolescence et à l'âge adulte[22] comme le rappelle Céline Gréco : l'architecture cérébrale des enfants maltraités en est également modifiée avec une régulation difficile des émotions, trente-deux fois plus de troubles de l'apprentissage, et une plus grande tendance à l'addiction et à la mise en danger[25]. C'est à cet égard que les politiques de santé publique cherchent à intervenir auprès des enfants dans une logique préventive[26]. Pour autant, leurs interventions entraînent nécessairement une standardisation des comportements et de l'image que l'on se fait d'un "bon développement". Ces valeurs renforcent les interrogations autour des comportements de l'enfant à travers les notions du normal et du pathologique, notions évolutives à travers les époques et porteuses autant d'injonctions et de jugement que de vérité scientifique. En construisant son identité, l'enfant va développer des compétences qui lui permettront d'apprendre à réguler ses émotions, notamment dans les moments les plus durs de la vie : on appelle plus généralement ces compétences des "compétences psychosociales". L'OMS les définit comme *"la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est l'aptitude d'une personne à maintenir un état de bien-être mental, en adoptant un comportement approprié et positif à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement"*[27]. L'enfant les utilisera dans ses relations aux autres, dans sa capacité à réfléchir, ainsi que dans la gestion de ses émotions. Mais dans quelle mesure par exemple, un enfant devrait-il savoir réguler ses émotions dès l'entrée en primaire ?

[22] TUBIANA M., "Santé mentale de l'enfant : Conclusions du rapport à l'Académie de médecine". rev. VST - Vie sociale et traitements, n°91, 2006/3, pp.116-143. +

[23] RONCHEWSKI DEGORRE S., "Le partenariat entre l'école et la pédopsychiatrie au service de l'enfant dit « hyperactif » ou comment un élève indiscipliné devient un élève handicapé. Quelques questions éthiques", rev. Psychiatrie de l'enfant, LXII, 2, 2019, pp. 369-393.

[24] MALTIS A., "L'inclusion des enfants en situation de handicap en milieu scolaire ordinaire. Regards croisés et analyse des enjeux éthiques", Etude Observatoire, EREBFC, juin 2025. +

[25] WHATS UP DOC, "La Consult' de Céline Gréco : « Vouloir être médecin, ça a été mon étoile du berger. C'est ce qui m'a permis de tenir petite quand je subissais des violences », 12 sept. 2024, consulté le 7 janvier 2025.

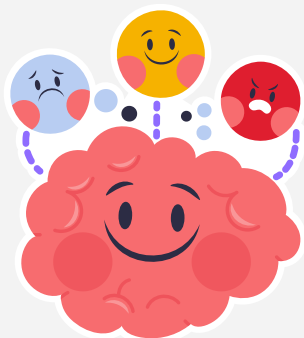
[26] LUTZ A., "De la biopolitique à la discipline du corps. Les dynamiques de savoir-pouvoir dans les politiques de lutte contre l'obésité de l'enfant", rev. Sciences sociales et santé, 2018/3, vol. 36, 2018, pp.69-92. +

[27] PSYCOM, "La santé mentale des enfants", MAJ le 7 oct. 2024, consulté le 11 février 2025. +

*Pour approfondir la notion du Care, nous vous recommandons la lecture de Joan Tronto "Un monde vulnérable. Pour une politique du care", Ed. la découverte.



- [28] FALISSARD B., & al., "Les jeunes ne vont globalement pas plus mal qu'avant", rev. L'école des parents, 2023/HSS N°HS, 2023, pp. 9-12. +
- [29] HAUT CONSEIL DE LA FAMILLE, DE L'ENFANCE ET DE L'ÂGE, "Quand les enfants vont mal, comment les aider ?", rapport, 7 mars 2023. +
- [30] COUR DES COMPTES, "La pédopsychiatrie, Un accès et une offre de soins à réorganiser", rapport, mars 2023. +
- [31] COMITE CONSULTATIF NATIONAL D'ETHIQUE, "Problèmes éthiques posés par des démarches de prédiction fondées sur la détection de troubles comportementaux chez l'enfant", avis n°95, fév. 2007. +



Quand est-on sensé savoir accueillir ses affects avec maturité ? Et pourquoi le faudrait-il, sinon par rapport à une norme comportementale de notre siècle ? Ces questions sont-elles de l'ordre de l'intervention médicale pour répondre à une situation pathologique, ou de l'injonction sociale afin de "bien s'insérer" et se conformer à l'organisation sociale, notamment scolaire ?

En interprétant les écarts de comportements de l'enfant au regard de normes de comportements attendus, l'enseignant prend le risque d'adresser à la pédopsychiatrie "*des enfants en nous disant qu'ils ne vont pas bien alors que c'est l'école qui ne leur est pas adaptée*"[28]. Si de l'extérieur le champ de la discipline médicale est balisé par des critères diagnostiques précis, le domaine particulier des soins pédopsychiatriques est un sujet de discussion régulier. Il est tant demandé à cette spécialité médicale de répondre clairement au normal et au pathologique, que l'élargissement de son champ d'expertise l'expose à une plus grande incertitude diagnostique.

La question est d'autant plus d'actualité que le rapport du Haut Conseil de la Famille, de l'Enfance et de l'Âge (HCFEA) intitulé "Quand les enfants vont mal, comment les aider ?", publié en mars 2023[29], constate une flambée de la consommation des psychotropes chez les 6-17 ans entre 2014 et 2021 : + 48.5 % pour les antipsychotiques, + 62.6 % pour les antidépresseurs, + 78 % pour les psychostimulants, + 155.5 % pour les hypnotiques et sédatifs, pour un niveau de consommation bien supérieur à la moyenne européenne. D'autre part, la diminution du nombre de psychiatres est actuellement alarmante[30] avec une diminution de 34.5 % entre 2010 et 2022, passant de 3 113 à 2 039 médecins psychiatres. La HCFEA alerte de surcroît sur l'âge vieillissant de la profession de psychiatres avec, en 2020, 597 pédopsychiatres d'un âge moyen de 65 ans. Ces chiffres reflètent-ils un manque de moyens et de professionnels pour suivre ces enfants de manière adaptée ou la réponse à un contexte mondial anxiogène et délétère ? Les enfants sont-ils aujourd'hui mieux diagnostiqués, ou bien sont-ils mieux médicamenteusement pour évoluer dans une société toujours plus normative quant à leurs comportements, pour masquer les retards de prise en charge spécialisée du fait de la pénurie de professionnels ? La HCFEA dénonce en tout cas le nombre insuffisant de médecins, infirmiers et psychologues scolaires, bien en deçà des besoins.

Toute la difficulté sera d'équilibrer la prévention d'une "bonne santé mentale", sans que cela ne devienne pour autant un moyen de répression[31], et le repérage des signaux de difficultés vécues par l'enfant pour ne pas passer à côté d'un mal être précoce, sans pour autant tout pathologiser en cas "d'affects négatifs"[27].

3- L'ADOLESCENCE

Les pathologies psychiatriques les plus fréquentes de l'enfance et de l'adolescence

Elles entrent dans les catégories suivantes[4] :

- **Troubles anxieux** : caractérisés par un état de peur, d'inquiétude ou de terreur affectant grandement la capacité de l'enfant à se conduire normalement et qui est totalement disproportionné par rapport aux circonstances. L'anxiété peut entraîner des symptômes physiques.
- **Troubles liés au stress** : Le trouble de stress aigu et le trouble de stress post-traumatique sont des réactions à des événements traumatisants. Les réactions comprennent des pensées ou des rêves intrusifs, l'évitement des rappels de l'événement, et les effets négatifs sur l'humeur, la cognition, l'excitation, et la réactivité. Le trouble de stress aigu commence généralement immédiatement après le traumatisme et dure de 3 jours à 1 mois. Le trouble de stress post-traumatique peut faire suite au trouble de stress aigu ou peut se manifester jusqu'à 6 mois après le traumatisme et dure plus d'1 mois.
- **Troubles de l'humeur** : Ils sont caractérisés par une tristesse ou une irritabilité suffisamment sévères ou persistantes pour perturber le fonctionnement ou entraîner une souffrance considérable.
- **Trouble obsessionnel-compulsif** : Ils sont caractérisés par des obsessions et/ou des compulsions. Les obsessions sont des idées irrésistibles, persistantes, des images ou des impulsions à faire quelque chose. Les compulsions sont des impulsions pathologiques, qui, si elles rencontrent une résistance, entraînent une anxiété et une détresse excessives. Les obsessions et compulsions entraînent un grand désarroi et perturbent la vie scolaire ou sociale.

- **Troubles destructeurs du comportement** : par exemple le déficit de l'attention ou hyperactivité (TDAH), le trouble des conduites et le trouble oppositionnel avec provocation.

- **Troubles du développement neurologique**[32] : Ils regroupent les troubles du développement de la communication et des interactions sociales (autisme), du développement intellectuel (déficience intellectuelle ou retard mental), du développement de l'attention (trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité ou impulsivité) et des fonctions associées (mémoire de travail, contrôle exécutif...) mais aussi les troubles d'acquisition du langage ou des coordinations (dysphasies et dyspraxies) et les troubles spécifiques des apprentissages scolaires (par exemple la dyslexie-dysorthographe). Ils ont la particularité de partager des causes et facteurs de risques communs, d'origine génétique ou environnementale (prématurité ou exposition aux toxiques et agents infectieux avant la naissance par ex.).

Notons que la schizophrénie et les troubles psychotiques apparentés sont beaucoup moins fréquents, car ils se déclarent généralement entre le milieu de l'adolescence et le milieu de la trentaine, avec un pic au début de la vingtaine.

UNE PÉRIODE DE RECHERCHE IDENTITAIRE

L'adolescence est une période de grande vulnérabilité où le mal-être est fréquent, sans nécessairement être pathologique. En transition entre l'enfance et la vie adulte, l'adolescent est en recherche d'identité, cette quête étant souvent source de souffrances. Savoir repérer le mal-être de l'adolescent n'est une évidence pour personne : *"Il n'y a pas nécessairement convergence sur la reconnaissance du mal-être entre les adolescents, leurs parents et leurs éducateurs. Ce qui est mal-être pour les uns ne l'est pas toujours pour les autres. Fréquemment les signes sont sur-interprétés ou sous-estimés. Leur repérage se traduit souvent par un conflit d'interprétation entre le jeune, ses parents et ses proches. Les inquiétudes des parents ont tendance à être proportionnelles aux dénis de l'adolescent. Ces conflits plus ou moins vifs sont une composante même du mal-être. Beaucoup de jeunes s'estiment en bonne santé et ne le sont pas."*[33] De plus, de nouvelles questions d'identité sont apparues ces dernières années, notamment autour de l'orientation sexuelle ou d'identité de genre. *"L'influence des médias et les normes de genre peuvent exacerber le décalage entre la réalité vécue par un adolescent et ses perceptions ou aspirations pour l'avenir."*[34]

A l'adolescence, il est fréquent que le jeune cherche à tester son identité, son appartenance à un groupe d'amis, ou les règles parentales, jusqu'à avoir des comportements à risques[35] présentant des effets à long terme : expérimentation de drogue ou d'alcool, rapports sexuels non protégés, ou encore comportements physiques "imprudents". Sachant ces risques, les parents vont vivre une tension éthique entre le développement de l'autonomie de leur adolescent, nécessaire pour sa vie d'adulte, et la protection qu'ils lui doivent afin d'éviter des comportements à risques préjudiciables à sa santé physique et psychique.

Un adolescent peut éprouver des difficultés passagères, et en cas d'impact important sur sa vie quotidienne, le repérage et la prise en charge précoce permettront de limiter leur retentissement : *"Lorsqu'un mal-être s'installe chez un enfant, plusieurs aspects de sa vie peuvent être perturbés : les relations aux autres, l'estime de soi, le sommeil, l'alimentation, le niveau de stress, les résultats scolaires, l'implication et la motivation dans les activités quotidiennes"*[3]. Chez l'enfant comme chez l'adulte, chacun a son caractère : expansif ou réservé, méthodique ou négligent, prudent ou impulsif. Mais ce qui fera la différence *"entre un enfant qui se comporte normalement et un enfant présentant un trouble psychiatrique est déterminé par la présence d'une déficience et d'une souffrance liées aux symptômes visibles."*[4] Cependant, le Manuel MSD* souligne qu'il existe de nombreux points communs entre les symptômes de nombreuses pathologies d'une part et les comportements provocants ou les émotions des adolescents d'autre part, rendant le repérage moins aisé. Cette complexité exacerbe le dilemme éthique des parents et des professionnels gravitant autour de l'adolescent, en charge d'équilibrer entre l'apprentissage de la liberté et de l'indépendance et la nécessité de cadrer ses agissements afin de préserver sa sécurité.

UNE PÉRIODE DE TROUBLES POUVANT DEVENIR PATHOLOGIQUES À L'ÂGE ADULTE

C'est pendant l'adolescence qu'apparaissent la plupart des troubles psychiques reconnus par le DSM-5. Selon l'OMS[34] :

- À l'échelle mondiale, un jeune âgé de 10 à 19 ans sur sept souffre d'un trouble mental, ce qui représente 15 % de la charge mondiale de morbidité dans cette tranche d'âge.

- La dépression, l'anxiété et les troubles du comportement sont parmi les principales causes de morbidité et de handicap chez les adolescents.

[32] HÔPITAL ROBERT DEBRE AP-HP, "Les troubles du neurodéveloppement de l'enfant", consulté le 4 mars 2025. +

[33] MISSION BIEN ÊTRE ET SANTÉ DES JEUNES, rapport, nov. 2016.

[34] ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, "Santé mentale des adolescents", 10 octobre 2024, consulté le 21 mars 2025

[35] LE BRETON D., "Corps et adolescence", ed. Fabert, 9 fév. 2017.

*Les Manuels MSD constituent une source d'information médicale complète couvrant des milliers de sujets dans tous les domaines de la médecine. Ils sont proposés gratuitement aux professionnels de santé et au grand public.



[36] SANTE PSY JEUNES, "Neurodéveloppement normal et pathologique de l'adolescent", consulté le 21 mars 2025. +

[37] NEZELOF S., MARTIN E., VULLIEZ L., "Enfants et familles en souffrance : tensions éthiques en pédopsychiatrie", rev. L'information psychiatrique, 2011/7, vol. 87, 2011, pp.567-572. +

[38] DANION-GRILLIAT A., NEZELOF S., "Grandes questions éthiques en psychiatrie de l'enfant", rev. Psychiatrie de l'enfant, ed. Lavoisier, 2011, pp.427-437. +

[39] DOMINGUEZ, C. R., "Le secret médical chez les patients mineurs", rev. Journal du droit des jeunes, 2012/3, n°313, 2012, pp.25-29. +

[40] BERLAN E.D., BRAVENDER T., "Confidentiality, consent, and caring for the adolescent patient", rev. Current Opinion in Pediatrics, 21(4), août 2009, pp 450-456. +

[41] LEGIFRANCE, Article L1111-4 du code de la santé publique +

[42] ABDEL-AHAD, P., SCHEUER, M. et RICHA, S., "La relation de soin avec l'adolescent en psychiatrie Réflexions sur le pacte de soins et le consentement éclairé", Laennec, Tome 61(1), 2013, pp.28-39. +

[43] DELASSUS E., "Parler de sa propre voix : être acteur de sa maladie à l'enfance et l'adolescence", rev. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, vol. 66, n° 7-8, nov.-déc. 2018, pp. 432-437. +

*Définition de SOINS USUELS : Il s'agit d'actes de la vie quotidienne sans gravité, prescriptions ou gestes de soin qui n'exposent pas le malade à un danger particulier, tels que les soins obligatoires (vaccinations), les soins courants (blessures superficielles, infections bénignes), les soins habituels (poursuite d'un traitement). Chacun des parents est réputé agir avec l'accord de l'autre à l'égard du tiers de bonne foi : le médecin peut se contenter du consentement d'un seul des deux parents, à moins qu'il n'ait connaissance de l'opposition de l'autre parent sur l'acte en cause.

**DEFINITION de SOINS NON USUELS : Il s'agit d'actes considérés comme lourds, dont les effets peuvent engager le devenir du malade et ayant une probabilité non négligeable de survenir (hospitalisation prolongée, traitement comportant des effets secondaires ou ayant des conséquences invalidantes, actes invasifs tels anesthésie, opération chirurgicale). Ces actes nécessitent l'autorisation des deux titulaires de l'autorité parentale, même en cas de séparation.

Sources des deux définitions : santé.gouv.fr dans "L'admission d'un mineur en établissement de santé" +

Pour la plupart des pathologies, leur origine est multifactorielle, c'est pourquoi le modèle psychiatrique étiologique est dit bio-psycho-social : ni complètement innée, ni complètement acquise, la pathologie psychiatrique résulte de l'interaction entre de nombreux facteurs génétiques et environnementaux dans une période particulière de vulnérabilité du développement cérébral[36]. L'adolescence est une période cruciale pour la santé mentale du jeune qui va apprendre à mettre en place des habitudes sociales et émotionnelles protectrices. A l'opposé, *"plus les facteurs de risque auxquels sont exposés les adolescents sont nombreux, plus l'impact potentiel sur leur santé mentale est important. Parmi les facteurs qui peuvent contribuer au stress à l'adolescence, il y a l'adversité, la pression pour se conformer à ses pairs et l'exploration de l'identité."*[34] L'environnement de l'adolescent, familial, social et scolaire, aura un impact protecteur ou favorable au développement de troubles. Plus le diagnostic et les soins des troubles seront fait précocement, moins il y aura d'effets sur la santé mentale et physique sur le long terme. A cet égard, l'adolescence est une période de grande adaptabilité aux soins psychiques, révélant les enjeux de démographie médicale inégaux et insuffisants pour prévenir un envahissement de la vie de l'adolescent par ses troubles.

LES ENJEUX ÉTHIQUES SPÉCIFIQUES DES SOINS PSYCHIQUES CHEZ L'ADOLESCENT

En pédopsychiatrie, on ne traite jamais seulement la souffrance d'un jeune. Celle-ci s'inscrit forcément dans une dynamique familiale, parfois gravement dysfonctionnelle, parfois révélatrice de grandes souffrances parentales. L'anxiété et l'inquiétude des parents face à leur adolescent en difficulté sont des composantes essentielles à prendre en compte lors des soins. Pour le vulgariser, doit-on soigner un adolescent alors qu'il faudrait soigner ses parents ? Comment garder l'attention médicale sur l'adolescent alors que toute la famille mérite attention ? Pour concilier l'attention à l'adolescent et les soins aux parents, ou littéralement l'inverse, il convient alors en équipe pluridisciplinaire d'initier une démarche de réflexion éthique afin de cibler les enjeux sous-jacents[37]. Car les soins en pédopsychiatrie ont un impact sur le développement de l'adolescent autant que sur le développement de la maladie psychiatrique elle-même. La décision du recours aux soins est d'autant plus délicate pour les professionnels que les intérêts de l'adolescent (prise en compte de l'individualité évolutive, de ses besoins et du développement de son autonomie) peuvent parfois être contraires aux intérêts du groupe familial dans lequel il évolue[38].

Une tension éthique apparaît entre d'un côté l'information que les professionnels de pédopsychiatrie doivent fournir aux parents afin qu'ils consentent aux soins à apporter au mineur, et de l'autre, l'assurance auprès du mineur que le secret médical sera respecté. Cet équilibre précaire est à réinterroger régulièrement car le maintien du secret médical est délicat si on considère le système familiale, d'autant que stricto sensu le secret médical concerne le seul entretien[39]. Le respect du secret médical est d'autant plus un enjeu que la littérature illustre une augmentation des recours aux premiers soins par les adolescents quand ils ont confiance dans leur médecin[40]. Par conséquent, la rupture du secret médical, même dans le but de protéger le mineur ou de favoriser une adhésion parentale aux soins de leur adolescent, peut provoquer la rupture du lien de confiance et le processus thérapeutique.

La possibilité de délivrer des soins dépendra cependant de l'accord des parents. De manière générale, les soins sont divisés entre soins usuels* et non usuels**. Les soins de pédopsychiatrie ne rentrent pas dans les soins usuels car les traitements et les actes peuvent engager le devenir de l'enfant de manière lourde. Lors d'un refus des parents de recours aux soins psychiques, et s'il y a un risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur, le médecin devra se contenter de délivrer les seuls soins indispensables[41]. Ce n'est qu'en cas d'urgence qu'il pourra se dispenser de l'accord du parent. Concernant le mineur, la littérature parle souvent d'assentiment ou d'adhésion, plutôt que de consentement afin de rendre visible le statut de minorité tout en reconnaissant l'autonomie croissante de l'enfant[42][43], mais variable selon les circonstances. Autant que faire se peut, l'assentiment de l'adolescent sera recherché, car cela limite l'incidence négative des soins psychiatriques sur le jeune.

Quelles nuances doit-on prendre en compte dans une capacité à consentir quand on possède un trouble psychiatrique ? Est-ce que la maladie affecte qualitativement et quantitativement la capacité à consentir ? Dans quelle mesure respecter l'autodétermination croissante de l'adolescent peut-il être en opposition avec des soins nécessaires ?

“La littérature fournit plusieurs exemples de personnes qui, atteintes de schizophrénie, conservent leur capacité à donner un consentement éclairé valide. Cela confirme le principe selon lequel, en psychiatrie, un diagnostic clinique donné n’implique pas obligatoirement une incapacité décisionnelle : celle-ci doit être méthodologiquement évaluée. Mais comment traduire une altération cognitive quelconque en incapacité ? Il n’existe à ce jour aucune réponse consensuelle à cette question.”[42] Cependant, l’assentiment de l’adolescent reste relatif car en cas de proposition d’hospitalisation, la loi prévoit que le mineur n’ait pas la possibilité de la refuser et que seuls ses représentants légaux soient en capacité de le faire[44][45]. Selon l’âge de développement de l’adolescent, le dissentiment ne sera pas envisagé de la même manière et il ne peut jamais être décorrélés des liens qu’il entretient avec ses parents, notamment en cas d’opposition. A l’opposé, des conflits de loyautés peuvent également empêcher l’enfant d’accepter des soins que ses parents refusent.

3- CONCLUSION

La santé mentale des mineurs est un sujet sensible au carrefour de diverses problématiques : son développement harmonieux dépendra à la fois de son bon développement physiologique, mais aussi de la qualité de ses relations familiales puis sociales. De nombreuses tensions éthiques émergent face au statut de minorité de l’enfant et de sa dépendance aux adultes : consentement, information, soins spécifiques... Puisque l’enfant est dépendant/vulnérable aux adultes qui l’entourent, on se demande souvent qui est in fine responsable du bon développement psychique d’un enfant. Les parents ? L’Etat ? L’école ? Les figures religieuses ? Tous sont d’accord avec l’idée que laisser cette prérogative à un seul acteur fait prendre un risque pour la sécurité actuelle et future de l’enfant. Tous sont unanimes avec l’idée que préserver sa santé mentale est un pari de “bonne santé” à l’avenir. Tous consentent à l’équilibre imposé par cette responsabilité. Mais les missions des uns et des autres peuvent également ne jamais se recouper véritablement sur les meilleurs intérêts de l’enfant. Comment s’assurer dès lors que les acteurs en présence visent bien les meilleurs intérêts de l’enfant dont ils ont la charge et non l’accomplissement des leurs à travers la figure de l’enfant ?

Les répercussions sur la vie entière future sont telles que la santé mentale des mineurs est un enjeu politique à part entière et qu’elle représente sur le long terme un coût colossal en soins de santé physique et psychique. A cet égard le choix de la cause nationale 2025 de se porter sur la santé mentale devra se concrétiser en actions politiques pour améliorer l’accès aux soins pédopsychiatriques dans un souci de justice sociale, et des actions publiques attentives à équilibrer intervention nécessaire au bien être mental de l’enfant et respect de la vie privée des familles. Prévention n’est pas répression : attention à ne pas faire passer des enfants “victimes” à des statuts de futurs délinquants en en faisant un sujet de méfiance avant même d’avoir pris les moyens pour les accompagner et les soigner.

BIBLIOGRAPHIE PROPOSEE POUR LECTEUR CURIEUX

- DANION-GRILLIAT A. & NEZELOF S., « *Grandes questions éthiques en psychiatrie de l’enfant* », dans “Psychiatrie de l’enfant”, éd. Lavoisier, 2011, pp.427-437.
- DELCOURT T., « *La fabrique des enfants anormaux* », éd. Max Milo, 14 avril 2021.
- DELASSUS E., « Parler de sa propre voix : être acteur de sa maladie à l’enfance et l’adolescence », rev. Neuropsychiatrie de l’enfance et de l’adolescence, n°66, 2018, pp.432-437.
- LEBAILLI T., SAINT-ANDREB S., « *Quelle éthique pour le soin des adolescents violents ?* », rev. Éthique et santé, n°18, 2021, pp. 194-200.
- LEFEVRE-UTILE J. & all, « *Soins sans consentement, mesures d’isolement et de contention en pédopsychiatrie: une analyse des défis éthiques en France* », rev. Neuropsychiatrie de l’enfance et de l’adolescence, n°71, 2023, pp.427-436.
- LE GALUDEC & all., « *Les demandes de consultation en pédopsychiatrie : étude descriptive sur cinq années dans un service universitaire* », rev. Neuropsychiatrie de l’enfance et de l’adolescence, n°59, 2011, pp. 1-7.

[44] SANTE.GOUV, “L’admission d’un mineur en établissement de santé”, version du 15 sept. 2009, consulté le 17 mars 2025 +
 [45] SANTE.GOUV, “L’exercice des actes relevant de l’autorité parentale pour les enfants confiés à l’aide sociale à l’enfance”, Protection de l’enfance, édition 2018. +



**Rédaction,
mise en page & visuels :**

Marie-Elisabeth MAUGAN
Chargée de mission - Documentation
memaugan@chu-besancon.fr

Comité de relecture :

Dr Sandra FRACHE
Pédiatre responsable de l’Equipe
Ressource Régionale Soins Palliatifs
Pédiatriques, Co-directrice de l’EREBFC

Elise BRUCHON
Psychologue, membre du Conseil
d’Orientation de l’EREBFC

Dr Isabelle MARTIN
Gériatre, Présidente du Conseil
d’Orientation de l’EREBFC

Aurélié GENG
Coordinatrice de l’EREBFC

Retrouvez l’ensemble de nos documentations sur la santé mentale
des mineurs et ses enjeux éthiques sur :
www.erebfc.fr/documentation/ressource

> Thématique 04 “Publics précaires et vulnérables”
> Sous-thématique “Santé mentale”

