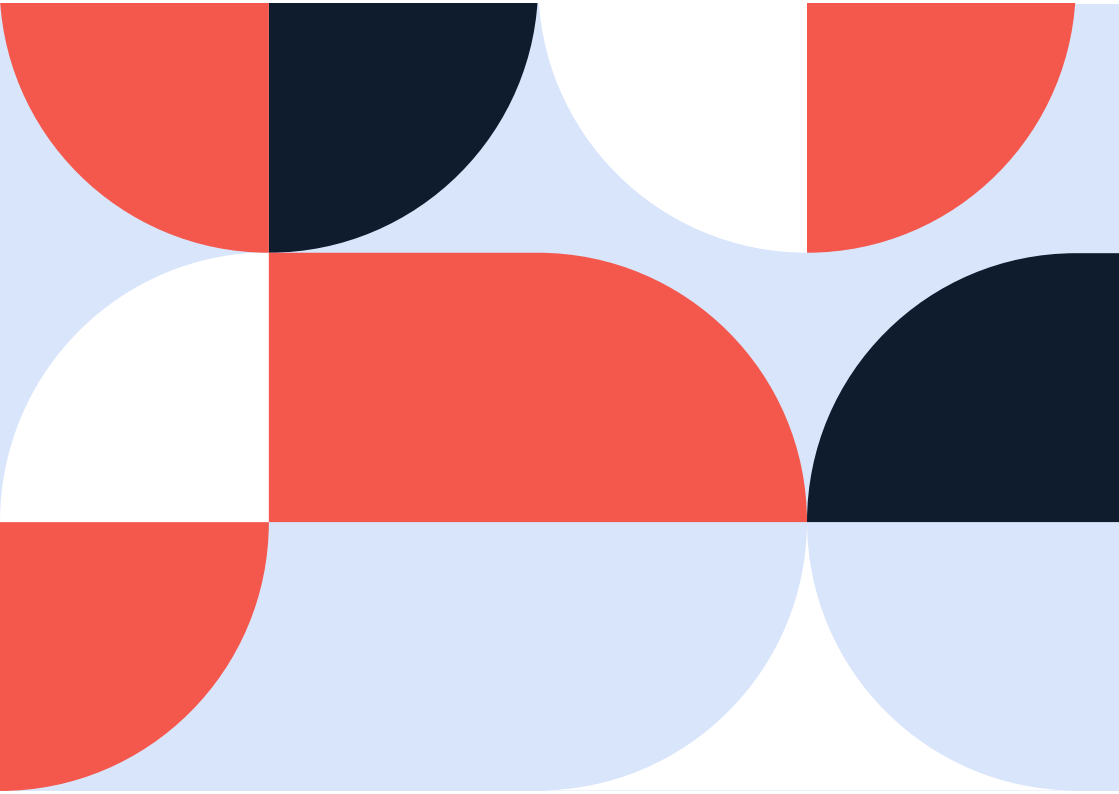
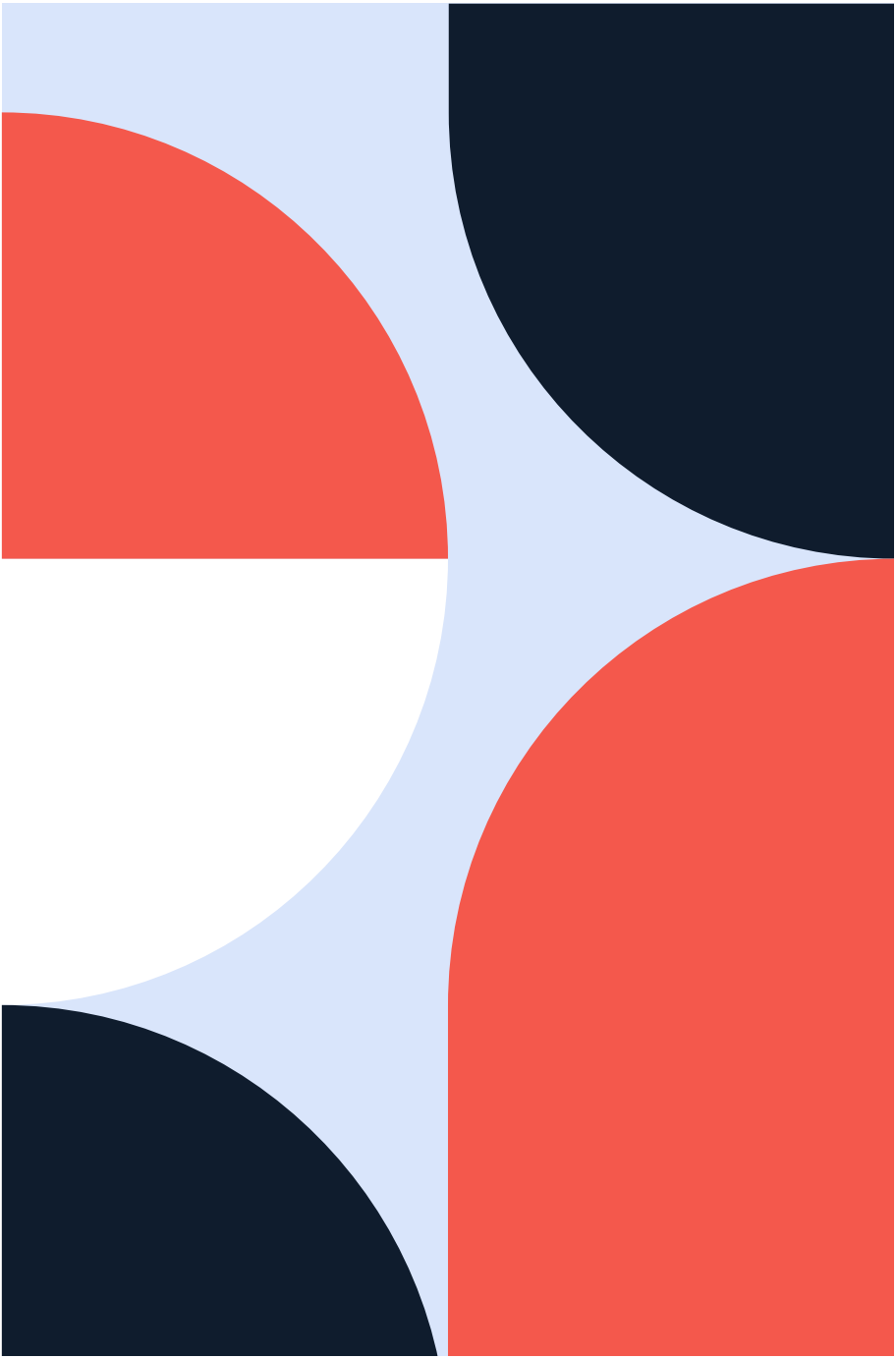
Le soin psychique des enfants et adolescents

État des lieux, critiques et propositions



PATRICK LANDMAN | AVEC LE SOUTIEN DU COLLECTIF ASAP

LIVRE BLANC | SEPT. 2026



Sommaire

Note terminologique : « soin psychique » et « psychiatrie du lien » 7
Avant-propos 9
Note sur la méthode et les sources 11
Résumé exécutif 12

1 ÉTAT DES LIEUX DE LA SANTÉ MENTALE DES ENFANTS ET DE LA PÉDOPSYCHIATRIE 17

1.1 Une demande en croissance continue face à une offre exsangue 18
1.2 Un panorama des pathologies et des situations cliniques de l'enfance et de l'adolescence 25
1.3 Le diagnostic en pédopsychiatrie : un outil nécessaire, à manier avec discernement 28
1.4 Les médicaments en pédopsychiatrie : une position nuancée, jamais isolée 31
1.5 Les familles : des partenaires du soin, non des objets de suspicion 33
1.6 Une offre de soins publics fragilisée, à rebâtir autour de la proximité et de la continuité 35
1.7 La dimension culturelle et anthropologique de la souffrance psychique de l'enfant 36
1.8 Prévention et repérage précoce : investir en amont plutôt que réparer en aval 37
1.9 Une crise des métiers et de la formation 39
1.10 Ce que montrent les grandes enquêtes internationales 41
1.11 L'expérience anglaise des centres diagnostiques de troisième ligne : une mise en garde empirique 42
1.12 La pédopsychiatrie de liaison et la place de l'hôpital général 44
1.13 Le rôle des associations de patients et de familles 45
1.14 La dysphorie de genre chez l'enfant et l'adolescent : une catégorie instable, un débat à ne pas trancher par la polémique 46
1.15 L'extension de la notion de handicap et le risque d'un déni du soin psychique 48
1.16 L'éco-anxiété et l'angoisse de l'avenir : un facteur émergent de souffrance psychique chez l'enfant et l'adolescent 57
1.17 Le dispositif « Mon soutien psy » : une extension continue, une conception rétrécie du soin psychique de l'enfant 59
1.18 L'isolement et la contention des enfants et des adolescents : une pratique massive, largement illégale, et ce que le travail d'équipe fait reculer 66
1.19 L'inclusion des enfants en situation de handicap : une avancée démocratique majeure, une exigence de réalisme clinique 75
1.20 L'absence de conception d'ensemble de l'architecture des dispositifs de soin et d'accompagnement 79
1.21 La créativité des équipes de terrain : une ressource historique aujourd'hui déconsidérée et empêchée 81

2 CONTRE LE RÉDUCTIONNISME ET LE SCIENTISME, POUR UN PLURALISME ÉPISTÉMOLOGIQUE 83

2.1 Une influence disproportionnée : lobbying, communication et populisme scientifique au service d'une psychiatrie qui n'a pas toujours la science pour elle 84

2.2 Ce que ce livre blanc reconnaît : la valeur de la démarche scientifique 86

2.3 La hiérarchie de l'Evidence-Based Medicine et ses limites structurelles face à l'objet psychique de l'enfant 87

2.4 L'enfant comme cible mouvante : la spécificité développementale contre la standardisation 89

2.5 La critique anthropologique : la réduction de l'enfant au symptôme et les effets de boucle 90

2.6 Les limites méthodologiques de l'essai contrôlé randomisé appliqué à la psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent 91

2.7 Retrouver l'evidence-based practice dans sa plénitude : preuve, expertise clinique et valeurs de l'enfant et de sa famille 92

2.8 Les méthodes alternatives d'évaluation : cas unique, recherche qualitative, études observationnelles en conditions réelles et recherche de terrain 93

2.9 La reconnaissance décisive du Medical Research Council : la clinique du sujet comme intervention complexe légitime 95

2.10 La psychiatrie dite de précision appliquée à l'enfant : des promesses réelles, des résultats encore modestes 97

2.11 Le « tout cérébral » : un pari philosophique hérité de la Decade of the Brain, non une preuve scientifique 98

2.12 Trois registres de conflits d'intérêts : financiers, intellectuels et émotionnels 100

2.13 La médecine narrative : une voie de dépassement de l'opposition entre preuve et clinique 102

2.14 Ce que la recherche sur l'alliance thérapeutique enseigne à la pédopsychiatrie 103

2.15 Pour une articulation plutôt qu'une opposition entre les deux psychiatries de l'enfant et de l'adolescent 104

2.16 Le tournant numérique et l'intelligence artificielle en santé mentale : promesses, marché et vigilance clinique 105

2.17 Le transhumanisme appliqué à l'enfant : la tentation dangereuse de l'« enfant augmenté » 110

2.18 Un cas d'école du deux poids, deux mesures : les dispositifs d'autorégulation 112

3 PROPOSITIONS POUR UNE PÉDOPSYCHIATRIE PLURIELLE, HUMAINE ET ACCESSIBLE 115

3.1 Soutenir une recherche clinique de terrain dotée de critères de validité adaptés à son objet 116

3.2 Refuser les arguments d'économie en trompe-l'œil 117

3.3 Restaurer la liberté thérapeutique du clinicien et le libre choix des usagers 118

3.4 Garantir une offre de soins de proximité, d'accès, d'accueil et de lien durable 120

3.5 Faire de la pédopsychiatrie une priorité nationale, articulée à la psychiatrie générale 122

3.6 Apporter une réponse plurielle et adaptée à chaque grand champ de pathologie 123

3.7 Prévenir le harcèlement scolaire et le cyberharcèlement 124

3.8 Intégrer pleinement la dimension culturelle et anthropologique dans la formation et la pratique 125

3.9 Un usage raisonné du numérique, des algorithmes et de l'intelligence artificielle en santé mentale de l'enfant 126

3.10 Une comparaison internationale instructive 128

3.11 Une gouvernance territoriale partagée du soin psychique de l'enfant : sortir du fonctionnement en silos 129

3.12 Formation, recherche et attractivité de la discipline : investir dans le temps long 130

3.13 Refonder « Mon soutien psy » : un instrument de solidarité, non un instrument de normalisation 131

3.14 Mettre fin à l'isolement et à la contention des mineurs, et financer ce qui les fait reculer 134

3.15 Soutenir une inclusion réelle : doter la politique inclusive et y associer les praticiens du soin psychique 136

3.16 Un calendrier réaliste de mise en œuvre 138

3.17 Synthèse des demandes formulées aux pouvoirs publics et à la Haute Autorité de Santé 139

Conclusion générale • Ni renoncer à la science, ni renoncer au sujet 141

Synthèse • Dix pages pour l'essentiel 145

S.1 Ce que demande ce livre blanc, en dix lignes 146

S.2 L'état des lieux : une demande qui s'emballe, une offre qui recule 146

S.3 Ce qui a changé : le diagnostic est devenu un droit d'entrée 147

S.4 Un désordre d'organisation : trente ans de dispositifs empilés 148

S.5 Ce que ce livre blanc reconnaît à la science, et ce qu'il lui reproche 148

S.6 Pourquoi l'essai randomisé ne suffit pas pour l'enfant 149

S.7 La psychiatrie du lien : ce dont il s'agit exactement 150

S.8 Trois dossiers où le débat se joue concrètement 150

S.9 Numérique et intelligence artificielle : ni rejet ni fascination 151

S.10 Une discipline qui n'attire plus : la crise des métiers 152

S.11 Ce que ce livre blanc propose, au-delà des principes 152

S.12 Un calendrier réaliste 153

S.13 Les 12 demandes adressées aux pouvoirs publics et à la Haute Autorité de Santé 154

S.14 Ce que ce livre blanc ne demande pas 155

Bibliographie 156

Annexe • Glossaire des sigles et abréviations 167

Note terminologique : « soin psychique » et « psychiatrie du lien »

Ce livre blanc emploie, comme la plupart des textes institutionnels et académiques contemporains, l'expression « santé mentale », par commodité et parce qu'elle est devenue le vocabulaire commun des politiques publiques, des agences internationales et du débat public. Il importe cependant de signaler d'emblée que cette expression, et la définition qu'en donne l'Organisation mondiale de la santé — un état de bien-être permettant à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de contribuer à la vie de sa communauté —, ne recouvre que partiellement la réalité clinique à laquelle sont quotidiennement confrontés les praticiens de la psychiatrie du lien défendues dans ce texte. Cette définition, construite sur le modèle d'un état fonctionnel mesurable et normatif, tend à assimiler la souffrance psychique à un déficit de fonctionnement ou de bien-être, et se prête mal à rendre compte de ce qui sous-tend cette souffrance psychique dans toute sa complexité : le sens, le conflit intérieur, l'histoire singulière et la relation.

C'est pourquoi les praticiens qui soutiennent ce livre blanc marquent leur préférence pour le concept de soin psychique, qui leur paraît mieux ajusté à l'objet dont ils traitent et à la question des souffrances psychiques et psychologiques de l'enfant et de l'adolescent : il désigne non seulement un état à restaurer ou un fonctionnement à optimiser sur le modèle de la guérison médicale (medical recovery), mais aussi un travail clinique, parfois au long cours, centré sur l'écoute, le lien et l'accompagnement d'un sujet en souffrance et de sa famille, quelle que soit la forme que prend cette souffrance. C'est ce que l'on pourrait nommer, en traduisant la notion de « personal recovery », la guérison personnelle, ou plutôt le rétablissement : il n'exclut pas de garder certains symptômes et certaines prescriptions, mais qui permet au sujet de reprendre sa trajectoire de vie, souvent interrompue ou brisée par la pathologie mentale.

Ce soin psychique ne se limite pas, du reste, au soin du psychisme entendu au sens strict du soin médical, c'est-à-dire à l'intervention d'un praticien sur l'appareil psychique d'un patient conçu comme l'objet du traitement. Il est aussi, et peut-être avant tout, un soin par le psychisme : il repose sur l'interaction de deux psychismes, celui du patient et celui du soignant formé à cet effet, dont la qualité d'écoute, la capacité de contenance et l'expérience théorique et clinique constituent, autant que tout protocole, des outils indispensables du soin psychique.

Le texte continuera cependant, par commodité et pour rester lisible dans le cadre institutionnel où s'inscrivent ses propositions, à recourir à l'expression « santé mentale » dans son titre et dans une grande partie de son texte ; le lecteur est invité à entendre, chaque fois qu'elle apparaît, la réserve conceptuelle ici formulée, et à lui substituer mentalement, chaque fois que le contexte s'y prête, le concept de soin psychique.

Une seconde précision de vocabulaire est nécessaire. Ce livre blanc s'appuie de bout en bout sur la catégorie méthodologique des « interventions complexes », telle que le Medical Research Council britannique l'a établie et affinée depuis vingt-cinq ans, et il continuera d'en faire usage chaque fois qu'il s'agira de l'évaluation scientifique des pratiques : c'est le terme exact, et il n'en existe pas d'équivalent. Mais ce terme désigne une méthode d'évaluation, non une pratique clinique, et il s'est révélé peu opérant pour nommer, dans le débat public, ce que font réellement les praticiens qui portent ce texte. Aussi ce livre blanc parle-t-il désormais de psychiatrie du lien pour désigner cette clinique — celle qui

prend appui sur la parole, la relation, l'histoire singulière de l'enfant, son environnement et le travail de confiance avec sa famille, et dont la durée est l'instrument autant que le cadre. L'expression n'ajoute aucune thèse à celles que ce texte défend : elle nomme, en trois mots compréhensibles hors du champ professionnel, ce que la formule « psychiatrie des interventions complexes » disait exactement mais que peu de lecteurs pouvaient entendre sans explication préalable. Le lecteur trouvera donc, dans les pages qui suivent, la psychiatrie du lien pour la pratique et les interventions complexes pour la catégorie méthodologique qui en fonde la légitimité scientifique.

Ce livre blanc s'appuie de bout en bout sur la catégorie méthodologique des « **interventions complexes** », telle que le Medical Research Council britannique l'a établie et affinée depuis vingt-cinq ans

Avant-propos

Ce livre blanc est porté par des praticiens qui exercent, au quotidien, auprès d'enfants et d'adolescents en souffrance psychique et de leurs familles. Il s'inscrit dans la continuité du Manifeste pour le pluralisme épistémologique en psychiatrie, pédopsychiatrie et soins psychiques, signé par plus de 200 praticiens, associations et syndicats, et il en prolonge les arguments sur le terrain spécifique de l'enfance.

Ce texte part d'un constat que ses auteurs jugent aujourd'hui impossible à taire. La politique publique de santé mentale de l'enfant, en France, n'est pas façonnée par la seule force tranquille de la preuve scientifique : elle est, dans une mesure préoccupante, façonnée par l'influence d'un petit nombre d'acteurs qui parlent au nom de la science sans toujours pouvoir s'en prévaloir, et qui obtiennent par d'autres voies — le relais médiatique, l'entregent institutionnel, la mobilisation d'associations, l'annonce précoce de résultats non stabilisés — ce que la démonstration elle-même ne leur accorde pas encore. Une étude fragile, reprise par un communiqué habile, devient ainsi en quelques semaines une certitude d'antenne puis une norme administrative, quand la réplication scientifique, plus lente et moins spectaculaire, viendra la contredire des années plus tard dans l'indifférence à peu près générale des mêmes médias.

Cette dynamique est documentée avec précision dans la deuxième partie de ce texte, qui en tire une conséquence pratique directe : il faut rétablir un équilibre entre cette influence et celle des professionnels engagés dans les interventions complexes — psychothérapies psychodynamiques, psychothérapie institutionnelle, psychanalyse, psychodrame analytique, approches intégratives et développementales — qui accompagnent, parfois au long cours et sans relais de communication, les enfants en souffrance et leurs familles. Ces praticiens sont aujourd'hui, trop souvent, caricaturés dans le débat public et jusque dans certains cercles institutionnels, pour deux raisons bien distinctes que ce texte se propose de nommer précisément plutôt que de les confondre. La première tient à ce que le pédopsychiatre Bruno Falissard a proposé de nommer des conflits d'intérêts émotionnels : l'expérience, réelle et compréhensible dans son origine, de parents d'enfants autistes ou de personnes autistes elles- mêmes qui ont été blessés — parfois il y a une trentaine d'années — par des psychiatres, des psychologues ou des psychanalystes dont ils ont perçu l'orientation psychanalytique et dont les propos ou les pratiques leur ont fait porter, explicitement ou implicitement, la responsabilité du trouble de leur enfant ; cette blessure singulière a pu, chez certains, se généraliser en un rejet global de la psychiatrie et de la psychanalyse elles-mêmes. La seconde tient à des conflits d'intérêts intellectuels, de nature toute différente : un attachement identitaire, une carrière ou une position institutionnelle si étroitement liés à un paradigme unique que toute approche concurrente lui est disqualifiée par principe plutôt que discutée sur pièces, jusqu'à orienter la construction même du consensus scientifique par une sélection en amont d'experts partageant déjà les mêmes orientations doctrinales. L'observation de la pratique réelle dément pourtant l'image que ces deux dynamiques donnent des praticiens du soin psychique d'aujourd'hui : ceux-ci travaillent en partenariat et en confiance avec les familles, et non contre elles ou à leur insu ; ils accompagnent notamment, avec constance et sans jugement, les parents d'enfants présentant un trouble du spectre de l'autisme dans les difficultés bien réelles de l'interaction parentale que ce trouble peut engendrer — décalages dans la communication et le partage émotionnel, épuisement parental, incompréhensions réciproques —, sans jamais leur attribuer la cause du trouble de leur enfant. Nommer ces deux dynamiques sans les confondre, entendre la souffrance qui fonde la première sans la laisser dicter le débat scientifique que gouverne la

seconde, et appeler à un rééquilibrage de l'influence entre les deux camps : voilà l'un des objets de ce texte.

Ce texte affirme, avec la même clarté, un engagement résolu envers la science et une pédopsychiatrie pleinement informée des avancées réelles de la génétique et de l'imagerie cérébrale. Il revendique une exigence scientifique plus rigoureuse encore que celle de ses adversaires : la reconnaissance que l'objet même de la pédopsychiatrie — un enfant ou un adolescent en développement, pris dans une histoire, une famille, une culture et un lien — appelle des instruments de connaissance à la mesure de sa complexité, au-delà des seuls outils conçus pour évaluer une molécule sur un organe, et que se réclamer de la science suppose d'abord de la pratiquer avec toute la rigueur qu'elle exige. Ce texte vise ainsi un usage précis de la science : celui qui, faute de preuves suffisantes, se rabat sur l'annonce, l'influence et le nombre pour emporter une décision publique que l'état réel des connaissances ne justifie pas encore.

Ce livre blanc refuse, avec la même netteté, la perspective inverse d'un État partisan qui trancherait par voie administrative un débat que la science elle-même ne tranche pas : ni une police des pratiques cliniques qui imposerait, sous couvert de bonnes pratiques, une conformité obligatoire à un référentiel unique, ni une psychologie d'État qui ferait d'un seul paradigme la doctrine officielle du soin psychique de l'enfant. Ce refus n'est pas la défense d'un désordre thérapeutique sans limite ni évaluation : il est la condition même du pluralisme scientifique que ce texte défend, et que sa troisième partie décline en propositions concrètes.

Ce texte défend une thèse simple, qui en organise les trois parties. D'abord, un état des lieux honnête de la santé mentale des enfants et des adolescents et de la pédopsychiatrie en France, qui ne minimise ni l'ampleur des besoins, ni les insuffisances du système de soin, ni la nécessité du diagnostic — mais qui met en garde contre ses dérives. Ensuite, la mise au jour de ce déséquilibre d'influence et de ses ressorts, et un appel au rééquilibrage en faveur des professionnels du soin psychique humaniste. Enfin, des propositions concrètes et réalistes pour une pédopsychiatrie plurielle, humaine, accessible, articulée à la psychiatrie générale et fidèle à la fois à l'exigence de preuve et à l'exigence de sens.

Un mot, enfin, sur la lecture de ce texte. Ce livre blanc est long parce que son objet l'est, et parce qu'il a fait le choix de documenter chacune de ses affirmations plutôt que de les asséner. Ses auteurs savent cependant que la plupart de ceux à qui il s'adresse — parlementaires, journalistes, responsables administratifs, membres de cabinets — ne pourront pas le lire intégralement. Une synthèse d'une dizaine de pages figure pour cette raison en fin de volume, immédiatement avant la bibliographie : elle reprend l'état des lieux chiffré, la critique épistémologique, les trois dossiers où le débat se joue concrètement, et surtout les douze demandes adressées aux pouvoirs publics et à la Haute Autorité de Santé, qui constituent le cœur opérationnel de ce texte et se retrouvent au § 3.17. Elle a été conçue pour se suffire à elle-même.

Ce livre blanc est long parce que son objet l'est, et parce qu'il a fait le choix de documenter chacune de ses affirmations plutôt que de les asséner.

Note sur la méthode et les sources

Ce livre blanc s'appuie sur la littérature scientifique et clinique internationale et française consacrée à la santé mentale de l'enfant, sur les rapports institutionnels français les plus récents — notamment celui du Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge de mars 2023 —, sur les travaux d'épistémologie de la médecine consacrés à l'Evidence-Based Medicine et aux interventions complexes, ainsi que sur l'expérience clinique quotidienne de ses rédacteurs. Il prolonge et adapte au champ spécifique de l'enfance et de l'adolescence les arguments développés dans le ***Manifeste pour le pluralisme épistémologique en psychiatrie, pédopsychiatrie et soins psychiques***, signé par plus de 200 praticiens, associations et syndicats. Les données chiffrées et les tendances évoquées, lorsqu'elles ne renvoient pas à une source précisément identifiée, doivent être lues comme des ordres de grandeur reflétant un constat largement partagé par la communauté professionnelle plutôt que comme des données statistiques validées au sens strict, et ce livre blanc appelle explicitement à ce que ces constats de terrain soient documentés plus systématiquement par les agences publiques de statistique et de santé.

Résumé exécutif

La santé mentale des enfants et des adolescents constitue aujourd'hui, en France, un enjeu de santé publique majeur : la demande de soins n'a cessé de croître depuis quinze ans, tandis que l'offre de pédopsychiatrie publique se fragilise, faute de moyens humains suffisants. Rédigé par des pédopsychiatres, psychiatres, psychologues et psychanalystes, tous cliniciens et professionnels de terrain, ce livre blanc dresse un état des lieux de cette situation, met en évidence le déséquilibre d'influence qui affecte aujourd'hui l'élaboration des politiques publiques en la matière, et formule des propositions concrètes pour une pédopsychiatrie humaniste, plurielle et accessible.

Ce texte reconnaît pleinement la légitimité de la démarche scientifique et l'apport réel de la génétique et de l'imagerie cérébrale. Il affirme, dans le même mouvement, qu'une partie de ce que l'on présente, dans les recommandations officielles et le débat public, comme relevant de « la science » reste en réalité éloignée d'une démonstration réellement aboutie : chez certains acteurs de la psychiatrie biologique et computationnelle, le poids pris dans la décision publique doit moins à la solidité des résultats — on montrera, exemples à l'appui, qu'elle demeure souvent modeste — qu'à une capacité d'entraînement médiatique et institutionnel que les résultats, pris pour ce qu'ils sont, ne suffiraient pas à justifier. Cette dynamique a fragilisé la reconnaissance et le financement des psychothérapies psychodynamiques, de la psychothérapie institutionnelle, des interventions psychanalytiques, du psychodrame analytique et des approches intégratives ou développementales telles que la méthode des 3i — des interventions dont l'efficacité, documentée par des méthodes de recherche ajustées à leur nature, tient précisément à leur adaptation continue à la singularité de chaque enfant et de chaque adolescent, et dont les praticiens gagneraient, à l'égal de leurs contempteurs, à disposer des mêmes budgets et des mêmes relais. Un développement méthodologique majeur, porté depuis vingt-cinq ans par le Medical Research Council britannique, reconnaît pourtant explicitement que de telles interventions relèvent d'une catégorie scientifiquement légitime, celle des « interventions complexes », dont l'évaluation gagne à s'affranchir du seul essai contrôlé randomisé.

> L'état des lieux dressé dans **la première partie** de ce texte couvre l'ensemble des pathologies de l'enfance et de l'adolescence

L'état des lieux dressé dans la première partie de ce texte couvre l'ensemble des pathologies de l'enfance et de l'adolescence — troubles aujourd'hui rassemblés sous le terme de troubles du neurodéveloppement, troubles anxieux et dépressifs, conduites suicidaires, troubles des conduites alimentaires, troubles psychotiques débutants, troubles de l'attachement, psychotraumatismes, situations de vulnérabilité sociale — et souligne le rôle ambivalent du diagnostic, réclamé à juste titre par les familles mais exposé au risque d'effets d'annonce et de surdiagnostic ; la place légitime mais circonscrite des médicaments, toujours articulée à un accompagnement psychothérapeutique et familial ; le rôle des familles comme partenaires du soin ; la fragilité de l'offre publique de proximité ; et la dimension culturelle et anthropologique irréductible de toute souffrance psychique infantile. Elle établit également que la concentration des moyens nouveaux, depuis dix ans, sur les dispositifs d'évaluation et d'orientation s'est faite au détriment des structures qui assurent le soin lui-même, et que rétablir la cohérence de l'offre suppose d'en redéployer une part — proposition que la

troisième partie formule sans détour. Cette première partie s'achève sur deux questions que ce livre blanc a tenu à traiter pour elles-mêmes : le dispositif « Mon soutien psy », dont l'extension continue engage une conception rétrécie du soin psychique de l'enfant, et l'isolement et la contention des mineurs hospitalisés en psychiatrie, pratique massive, mal mesurée et très largement dépourvue de base légale, dont le recul tient d'abord à la qualité du travail d'élaboration des équipes. Elle consacre enfin un développement propre à l'inclusion des enfants en situation de handicap mental et psychique, que ce livre blanc soutient comme une avancée démocratique et éthique majeure, en distinguant rigoureusement l'insertion, l'intégration et l'inclusion, et en plaidant pour une inclusion réelle, dotée des moyens et de l'intelligence clinique qui seuls peuvent lui donner corps.

La deuxième partie développe la critique épistémologique qui fonde l'ensemble de la démarche de ce texte, sans jamais contester la légitimité de la science elle-même : elle met au jour les ressorts du populisme scientifique et du déséquilibre d'influence qui affectent aujourd'hui la décision publique, expose les limites structurelles de l'Evidence-Based Medicine et de l'essai contrôlé randomisé face à un objet développemental et singulier comme l'enfant, présente les méthodes alternatives d'évaluation — cas unique, recherche qualitative, études observationnelles en conditions réelles — et la reconnaissance décisive apportée par le Medical Research Council britannique à la catégorie des « interventions complexes » ; elle dresse également un bilan lucide des promesses, encore largement non tenues, de la psychiatrie dite de précision et du « tout cérébral ». Elle analyse les conflits d'intérêts financiers, intellectuels et émotionnels qui traversent le champ, et examine, à travers le tournant numérique et l'essor de l'intelligence artificielle en santé mentale, la façon dont cette même dynamique de la promesse se rejoue aujourd'hui sous une forme technologique nouvelle. Cette partie conclut non à l'opposition mais à l'articulation nécessaire entre psychiatrie dite de précision et psychiatrie du lien.

La deuxième partie développe la critique épistémologique qui fonde l'ensemble de la démarche de ce texte, sans jamais contester la légitimité de la science elle-même

Les propositions formulées dans la troisième partie appellent notamment à soutenir une recherche clinique de terrain dotée de critères de validité adaptés à son objet, à refuser les arguments d'économie fondés sur des études d'efficience contestables, à restaurer la liberté thérapeutique du clinicien et le libre choix éclairé des familles, à garantir une offre de soins publique de proximité et de continuité, et à faire de la pédopsychiatrie une priorité nationale sans la couper de la psychiatrie générale. Elles appellent enfin à refonder le dispositif « Mon soutien psy » comme instrument de solidarité et non de normalisation doctrinale, et à mettre fin à l'isolement et à la contention des mineurs en finançant ce qui les fait effectivement reculer : la stabilité des équipes et le temps d'élaboration clinique. Elles appellent enfin à soutenir la politique d'inclusion en la dotant véritablement — statut des accompagnants, transformation du milieu scolaire lui-même, indicateurs de qualité et non de seule quantité — et à y associer les praticiens du soin psychique, dont la compétence sur le lien, le groupe et le travail d'équipe est précisément celle que l'inclusion réclame.

La troisième partie formule des propositions concrètes

Introduction générale

Deux conceptions de l'enfant en souffrance, la nécessité du pluralisme.

Un enfant qui ne dort plus, qui refuse l'école, qui se mutile, qui ne parle pas à l'âge attendu, qui s'isole dans les écrans, qui agresse ses camarades ou qui, à l'inverse, s'efface au point de devenir invisible : chacune de ces situations peut être décrite, aujourd'hui, dans au moins deux langages qui se sont largement disjoints l'un de l'autre. Le premier langage est celui des catégories diagnostiques, des scores aux échelles, des classifications internationales et, de plus en plus, des marqueurs biologiques et des algorithmes prédictifs promis par une psychiatrie dite « de précision ». Le second est celui de l'histoire singulière, de la relation aux parents et aux pairs, du sens du symptôme dans une trajectoire de vie, de la parole qui cherche à se dire et que la clinique du sujet — psychodynamique, institutionnelle — s'attache à recueillir.



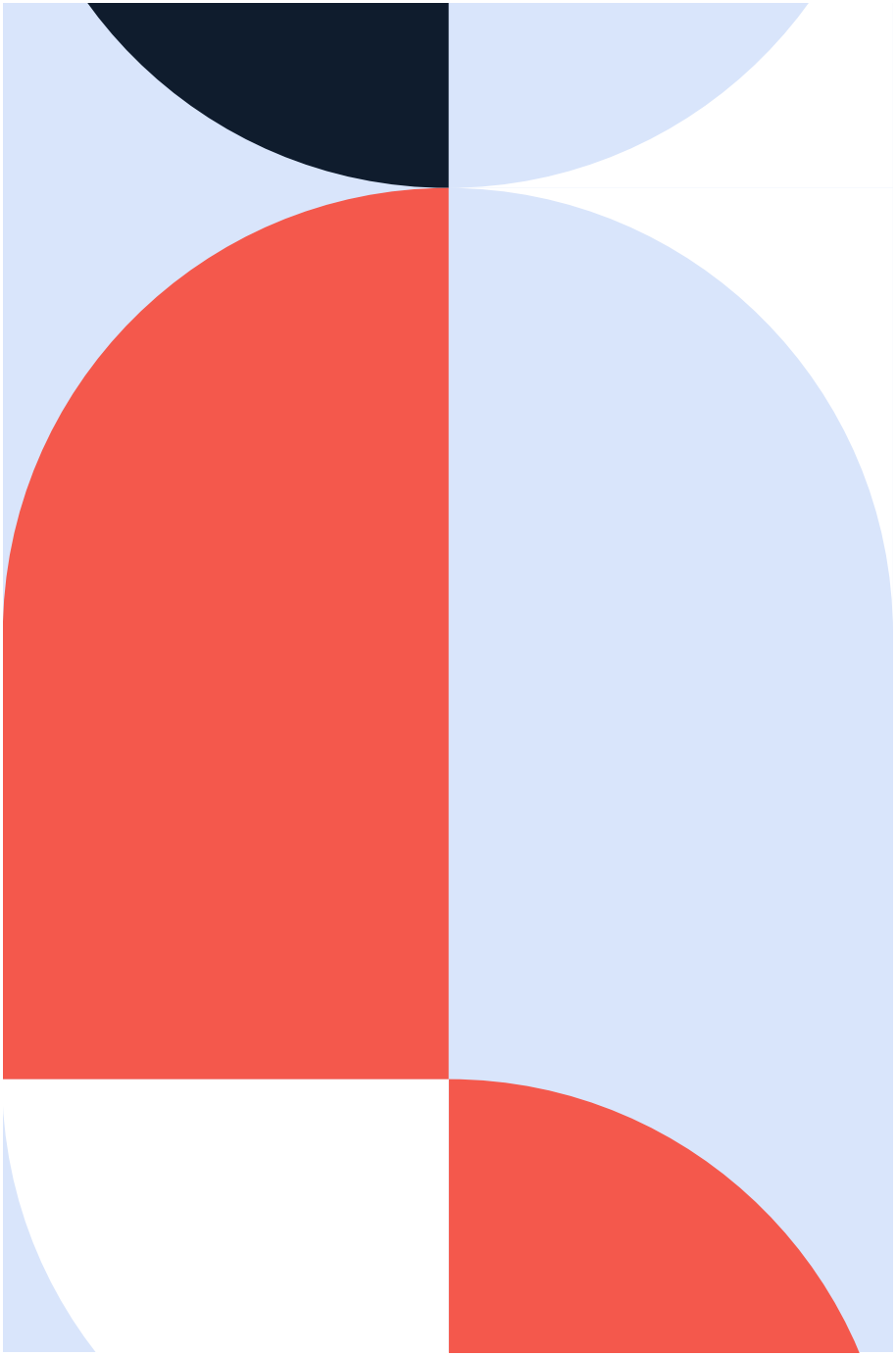
Ces deux langages ne sont pas nécessairement ennemis. Un enfant présentant un trouble du spectre de l'autisme bénéficie à la fois d'une évaluation diagnostique rigoureuse, d'une orientation éducative adaptée et d'un accompagnement psychothérapeutique attentif à sa relation au monde ; un adolescent déprimé peut avoir besoin, selon les cas, d'un traitement médicamenteux prudent, d'une psychothérapie, d'un soutien familial et d'une attention portée au climat scolaire. Le problème n'est donc pas l'existence de ces deux langages, mais un déséquilibre construit, depuis une quinzaine d'années, entre les moyens dont disposent leurs locuteurs respectifs pour se faire entendre des pouvoirs publics, des médias et de l'opinion. Le premier langage, celui de la précision biologique, bénéficie de budgets de communication institutionnelle, de relais médiatiques puissants et d'un accès facilité aux cabinets ministériels ; le second, celui de la clinique du sujet, ne dispose que de la relation qu'il construit patiemment, un enfant et une famille à la fois, loin des plateaux de télévision et des campagnes de presse. C'est cette asymétrie, et la tentation, de plus en plus institutionnalisée, de faire du premier langage le seul langage légitime en s'appuyant sur cette asymétrie de moyens plutôt que sur la seule force de la démonstration scientifique, que ce livre blanc entend combattre.

Cette défense du pluralisme n'est pas une posture de repli corporatiste : c'est une réponse à un rapport de forces qui mérite d'être nommé sans détour. Une partie des tenants de l'exclusivité de la psychiatrie dite de précision et de l'essai contrôlé randomisé dans les recommandations officielles avancent moins sur la force de résultats établis — on verra, dans la deuxième partie, qu'ils restent, quinze ans après les annonces les plus retentissantes, singulièrement modestes — que sur un travail d'entraînement de l'opinion et des décideurs : études dont la portée est présentée bien au-delà de ce que leur



méthode autorise, associations d'usagers mobilisées pour porter des conclusions que la donnée scientifique elle- même ne tranche pas encore, accès privilégié aux agences de financement et aux cabinets ministériels. Ce texte prend appui, pour l'établir, sur un faisceau convergent d'arguments épistémologiques, méthodologiques et anthropologiques développés depuis plusieurs décennies par des philosophes des sciences, des psychiatres, des chercheurs en sciences humaines et notamment en psychologie et, fait notable, par les plus grandes institutions de la recherche biomédicale elles-mêmes — au premier rang desquelles le Medical Research Council britannique, dont le cadre méthodologique consacré aux « interventions complexes » constitue aujourd'hui l'un des arguments scientifiques les plus solides en faveur d'une évaluation plurielle du soin psychique. Il s'appuie également sur l'expérience clinique quotidienne de professionnels qui, à l'inverse du portrait qu'en tracent leurs détracteurs les plus bruyants, ne travaillent pas coupés du monde et des familles, mais avec elles, dans la durée, la confiance et la discrétion — et qui ont, pour la plupart, intégré depuis longtemps l'apport du diagnostic, des classifications et, le cas échéant, des traitements pharmacologiques, sans pour autant renoncer à l'écoute du sujet et de son histoire.

La première partie de ce livre blanc dresse un état des lieux de la santé mentale des enfants et de la pédopsychiatrie en France : l'ampleur et la diversité des troubles rencontrés, le statut ambivalent du diagnostic, la place légitime mais circonscrite des médicaments, le rôle des familles comme partenaires du soin, la fragilité de l'offre de soins publique, et l'inscription de toute souffrance psychique infantile dans un contexte culturel et anthropologique qu'aucune classification ne saurait entièrement absorber. La deuxième partie développe la critique épistémologique du réductionnisme et de l'usage exclusif de l'EBM (Evidence-Based Medicine) en pédopsychiatrie, met au jour les ressorts du déséquilibre d'influence qui affecte aujourd'hui la décision publique, et en tire les conséquences pour un rééquilibrage entre psychiatrie dite de précision et psychiatrie du lien. La troisième partie formule des pr opositions concrètes : soutenir une recherche clinique de terrain dotée de critères de validité adaptés à son objet, refuser les arguments d'économie fondés sur des études contestables, restaurer la liberté thérapeutique et le libre choix des usagers, garantir une offre de soins de proximité, d'accès et de continuité, et faire de la pédopsychiatrie une priorité nationale sans la couper de la psychiatrie générale ni de la médecine de l'enfant.



PARTIE 1

ÉTAT DES LIEUX DE LA SANTÉ MENTALE DES ENFANTS ET DE LA PÉDOPSYCHIATRIE

1.1 Une demande en croissance continue face à une offre exsangue

Tous les indicateurs disponibles convergent : la demande de soins psychiques qui concerne les enfants et les adolescents n'a cessé de croître en France depuis une quinzaine d'années, et cette croissance s'est nettement accélérée depuis la crise sanitaire de 2020-2021. Les passages aux urgences pour idées suicidaires ou gestes auto-agressifs ont fortement augmenté depuis le début de l'année 2021, en particulier chez les 11-14 ans : Santé publique France, à partir de son réseau de surveillance Oscour, dénombrait 77 041 passages aux urgences pour geste auto-infligé sur l'ensemble du territoire en 2024. Les délais d'attente se sont, de leur côté, nettement allongés : ils atteignaient, début 2024, une moyenne de dix-huit mois pour un rendez-vous en centre médico-psychologique (CMP) et de six mois avant une première consultation en centre médico-psycho-pédagogique (CMPP) — un délai qui a doublé depuis 2010 — et, au 31 décembre 2024, près de 33 800 enfants et adolescents demeuraient en France en attente d'un premier rendez-vous en CMPP, soit une progression de 30 % depuis 2017, dont 15 points pour la seule année 2024. Le Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA), dans son rapport de mars 2023 Quand les enfants vont mal : comment les aider ?, dresse un constat sans complaisance de la saturation du dispositif de pédopsychiatrie publique. Cette situation n'est pas propre à la France : plusieurs pays occidentaux comparables font le même constat d'une hausse de la prévalence déclarée des troubles anxieux, dépressifs et des conduites suicidaires chez les adolescents, en particulier chez les filles, dans un contexte marqué par l'omniprésence des écrans et des réseaux sociaux, la précarisation d'une partie des familles, et une pression scolaire et sociale que plusieurs travaux sociologiques et anthropologiques mettent en lien avec cette dégradation.

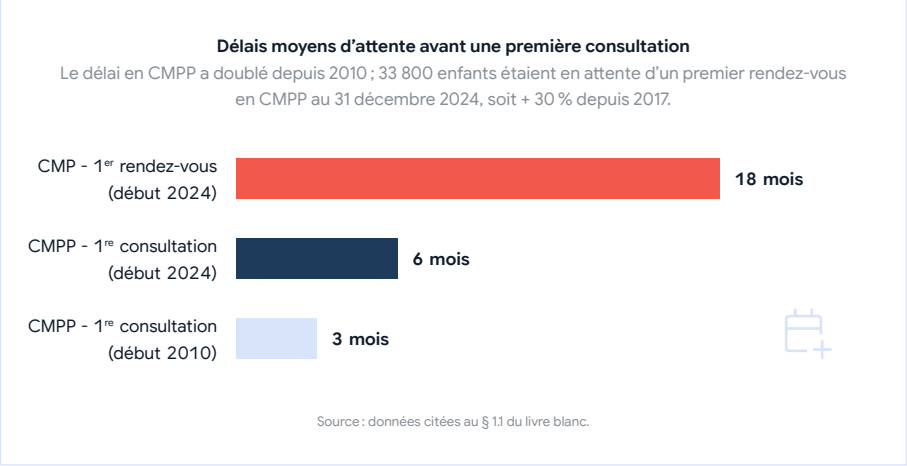


Figure 1 — Délais moyens d'attente avant une première consultation en CMP et en CMPP.

Cette accélération se confirme et se précise à travers les données d'hospitalisation, plus fines encore que les seuls passages aux urgences. Une étude de la DREES conduite avec Santé publique France à partir du système national des données de santé (SNDS), publiée en mai 2024, retrace l'évolution des taux d'hospitalisation pour geste auto-infligé — tentative de suicide ou automutilation non suicidaire — entre 2007 et 2022, dans les services de médecine somatique — médecine, chirurgie et obstétrique — comme en psychiatrie. Elle documente une progression brutale et inédite chez les patientes de 10 à 24 ans, avec un pic autour de quinze ans : une première hausse graduelle entre 2015 et 2019, interrompue en 2020, puis une seconde hausse marquant une rupture en 2021, sans précédent dans les évolutions passées. Comparée à la moyenne de la période 2010-2019, la moyenne des taux d'hospitalisation en hôpital de médecine somatique pour 2021-2022 progresse de 71 % chez les filles de 10 à 14 ans, de 44 % chez les 15-19 ans et de 21 % chez les 20-24 ans ; en psychiatrie, où l'augmentation est plus importante encore, cette progression atteint 246 % chez les 10-14 ans, 163 % chez les 15-19 ans et 106 % chez les 20-24 ans, le taux d'hospitalisation psychiatrique de la patientèle féminine de 10 à 19 ans ayant doublé entre 2012 et 2020 puis de nouveau entre 2020 et 2022. Les données les plus récentes disponibles confirment que cette hausse s'est poursuivie en 2024 puis en 2025 chez les adolescentes et les jeunes femmes.

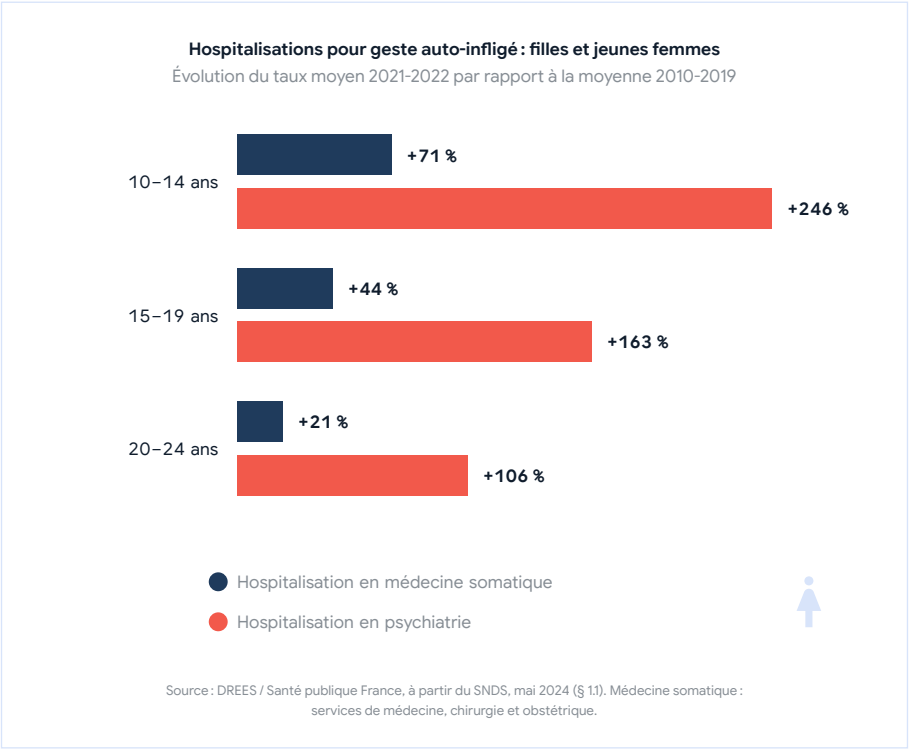


Figure 2 — Hospitalisations pour geste auto-infligé chez les filles et les jeunes femmes.

Face à cette demande croissante, l'offre de pédopsychiatrie publique s'est au contraire réduite ou fragilisée, et cette fragilisation se laisse mesurer avec une précision rare pour un champ où les données manquent si souvent. Le nombre de pédopsychiatres en France, toutes activités confondues, salariées et libérales, est passé de près de 3 100 praticiens en 2010 à moins de 2 000 en 2022, soit une baisse de 34 % en douze ans — baisse qui atteint 40 % pour les seuls postes salariés hospitaliers entre 2010 et 2025 — alors que, dans le même temps, le nombre d'enfants et d'adolescents suivis en pédopsychiatrie augmentait de 60 % sur vingt ans, que les hospitalisations plus que doublaient et que le recours aux soins ambulatoires progressait de près de 35 %. Cette pénurie se double d'une répartition territoriale radicalement inégale, avec des densités de pédopsychiatres variant de un à quatre selon les départements, et une dizaine de départements aujourd'hui totalement dépourvus de pédopsychiatre libéral ; de nombreux secteurs de pédopsychiatrie fonctionnent en outre avec des postes médicaux vacants depuis plusieurs années, faute d'un nombre suffisant de postes d'internat fléchés vers la spécialité et d'une attractivité suffisante des carrières hospitalières publiques. Cette situation de pénurie n'est pas un détail contextuel : elle doit être placée au cœur de toute réflexion sur les politiques de santé mentale de l'enfant, car aucune réforme de la nosographie, de l'évaluation ou du remboursement ne pourra en tenir lieu si l'offre de soins elle-même continue de s'amenuiser.

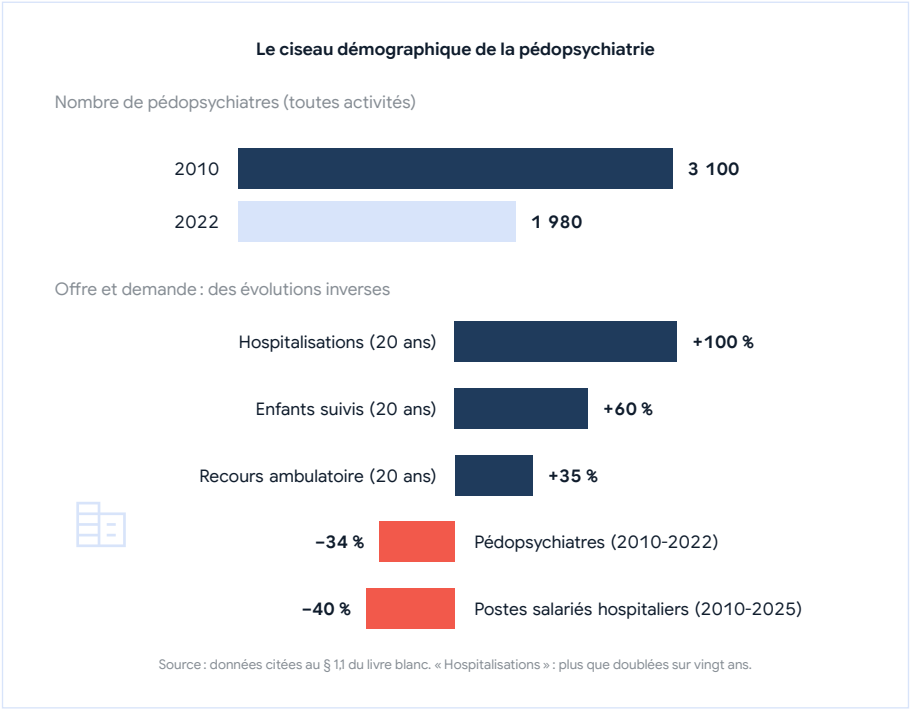


Figure 3 — Le ciseau démographique de la pédopsychiatrie.

Mais la demande n'a pas seulement augmenté en volume : elle a changé de nature, et ce déplacement est peut-être plus lourd de conséquences que la croissance elle-même. Elle est devenue, d'abord, plus pressante, moins tolérante à l'attente et au temps de l'élaboration, dans un contexte où le recours aux urgences pédiatriques pour motif psychique a progressé de 40 % à 70 % selon les établissements depuis l'automne 2020 et où les passages pour idées suicidaires ont plus que doublé. Elle s'est ensuite déplacée du côté du symptôme, du comportement et du diagnostic. Les données de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie sur l'activité des centres médico-psycho-pédagogiques établissent que 34 % des enfants reçus y sont adressés par l'Éducation nationale, contre 25 % par les parents eux-mêmes, et que, sur une file active de 141 600 enfants, 21 600 y sont accueillis au titre d'une démarche diagnostique quand 80 800 le sont au titre d'un traitement. Une étude de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques publiée en mars 2025 retrouve une proportion voisine — 37 % des enfants suivis en centre médico-psycho-pédagogique y sont adressés par l'école — et établit un fait plus troublant encore : entre 2010 et 2022, le délai moyen d'attente s'est allongé de trois mois et demi alors même que la file active de ces centres reculait de 9 %. Autrement dit, on attend plus longtemps pour être reçu par des structures qui reçoivent moins d'enfants — signe que ce qui est demandé à chaque prise en charge s'est alourdi, et que l'évaluation diagnostique, chronophage et normée, y occupe une place croissante.

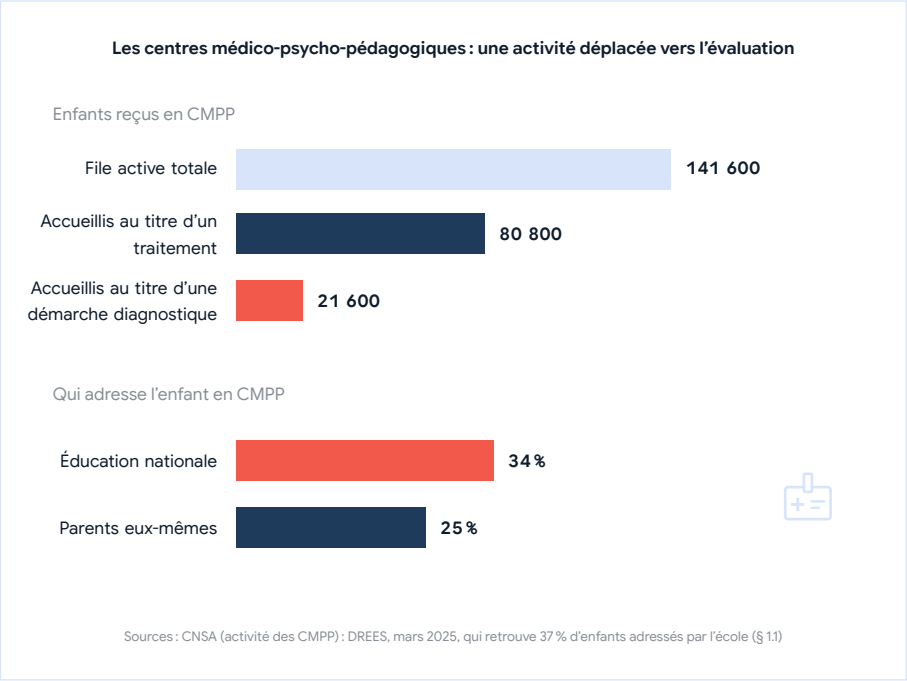


Figure 4 — Les centres médico-psycho-pédagogiques : une activité déplacée vers l'évaluation.

Le Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge a nommé sans détour l'effet de ce déplacement : les enfants et les adolescents en situation de mal-être ne sont plus tenus pour prioritaires tant qu'une pathologie psychiatrique n'a pas été diagnostiquée. La souffrance, pour être entendue, doit désormais se présenter sous la forme d'un trouble étiquetable ; et le diagnostic, dont ce livre blanc a reconnu en 1.3 la nécessité et la valeur, cesse d'être un outil clinique pour devenir un droit d'entrée. Bernard Golse a formulé ce basculement en des termes que ce texte fait siens : la demande porte désormais sur les symptômes gênant l'adaptation et sur les troubles du neurodéveloppement, « on parle moins du sujet, on parle moins de sa souffrance ». L'expérience anglaise, déjà examinée en 1.11, montre où conduit cette logique lorsqu'elle est poussée à son terme : au 30 juin 2026, le service de santé britannique dénombrait 294 792 demandes d'évaluation diagnostique de l'autisme en attente, dont 86,8 % ouvertes depuis plus de treize semaines, et le rapport de la commission indépendante sur le trouble du déficit de l'attention remis en novembre 2025 juge le modèle des centres diagnostiques super-spécialisés ni soutenable ni fondé sur les preuves, en posant que le soutien apporté à un enfant ne devrait pas être suspendu à l'obtention d'un diagnostic. Une file d'attente de près de trois cent mille enfants n'est pas le prix d'une exigence de rigueur : c'est le résultat d'un système qui a fait du diagnostic la condition d'accès au soin.

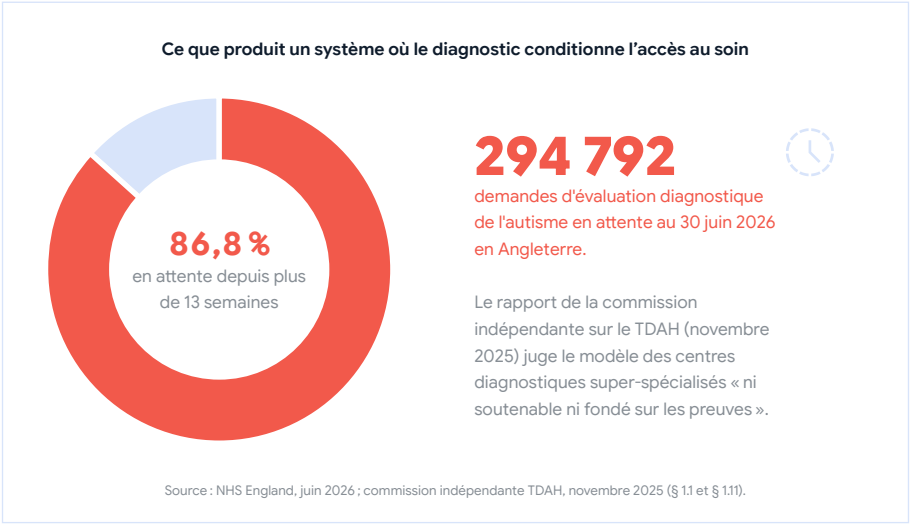


Figure 5 — L'expérience anglaise : ce que produit un système où le diagnostic conditionne l'accès au soin.

Or ce déplacement de la demande institutionnelle ne dit rien de la demande sociale, et il faut se garder de confondre l'une et l'autre. Un indice inattendu en a été donné par le succès de la série En thérapie, adaptation française par Éric Toledano et Olivier Nakache de la série israélienne BeTipul de Hagai Levi, qui met en scène, à raison de trente-cinq épisodes d'une trentaine de minutes par saison, des séances de psychothérapie filmées en temps réel — un dispositif dont

tout laissait penser qu'il serait austère. Mise en ligne le 28 janvier 2021, la première saison a totalisé environ 41 millions de visionnages sur la plateforme d'Arte et réuni 1,35 million de téléspectateurs à l'antenne, soit 6,3 % de part d'audience ; la deuxième saison, mise en ligne le 31 mars 2022, en a totalisé 26,4 millions. Ce livre blanc énonce aussitôt la limite de ce qu'un tel chiffre autorise à dire : il n'existe aucune donnée quantitative établissant que la série ait fait croître les demandes de consultation, la presse elle-même reconnaissant qu'à défaut de chiffres officiels l'impact sur la fréquentation des cabinets ne peut être mesuré, et les praticiens qui rapportent une hausse l'attribuent d'abord à la pandémie. Il ne s'agit donc pas d'un effet démontré, mais d'un révélateur : des millions de personnes ont regardé, pendant des heures, deux êtres humains assis face à face en train de parler et d'écouter, sans dispositif spectaculaire, sans résolution rapide, sans autre enjeu que le déroulement d'une parole et l'établissement d'un lien. On notera d'ailleurs que la série met en scène presque exclusivement des patients adultes — la première saison ne compte qu'une adolescente de seize ans parmi ses cinq consultants, la seconde qu'un seul mineur, et aucun enfant n'y apparaît. Ce que ce succès manifeste est donc un appétit social pour la parole autorisée et pour le lien thérapeutique, dont la pédopsychiatrie ne tire aujourd'hui aucune conséquence.

La demande adressée à la pédopsychiatrie a pourtant ses formes propres, et elles ne se réduisent pas davantage au diagnostic. Elle comporte d'abord une exigence temporelle réelle, que ce livre blanc ne conteste pas : le développement de l'enfant comporte des périodes sensibles, au cours desquelles certaines fonctions — l'attachement, le langage, la régulation émotionnelle — se construisent avec une plasticité particulière, et il serait irresponsable de laisser passer ces périodes au nom d'une temporalité indéfinie. Cette exigence doit toutefois être formulée avec la prudence que la littérature elle-même impose. Les travaux de synthèse les plus récents distinguent la période sensible de la période critique et établissent qu'une plasticité résiduelle persiste au-delà de la fermeture des premières ; ils soulignent que la connaissance de ces périodes chez l'être humain demeure limitée dans de nombreux domaines, et l'existence même de périodes sensibles pour le développement émotionnel n'est pas solidement établie. La formule selon laquelle des fenêtres se refermeraient définitivement, souvent invoquée pour justifier l'urgence d'une intervention standardisée, dit donc plus que ce que les données autorisent. Ce que celles-ci établissent, en revanche, c'est qu'il faut intervenir tôt — non que tout se joue avant un âge donné.

Elle comporte ensuite, et massivement, une demande de guidance et de soutien à l'interaction, dont les résultats sont parmi les mieux établis de tout le champ. Une méta-analyse portant sur soixante-dix études d'interventions destinées à améliorer la sensibilité parentale et la sécurité de l'attachement retrouve des effets significatifs sur la sensibilité et sur l'attachement de l'enfant, et établit un résultat que ce livre blanc tient pour capital : les interventions les plus efficaces sont les plus brèves et les plus ciblées, non les plus intensives. Une méta-analyse de vingt-cinq essais contrôlés randomisés portant sur un programme de guidance par vidéo-feedback confirme des effets significatifs sur la parentalité et sur l'attachement — sans effet significatif, en revanche, sur les troubles externalisés de l'enfant, ce que l'honnêteté commande de mentionner. Une revue Cochrane consacrée aux programmes de guidance parentale pour les troubles des conduites retrouve des effets substantiels, y compris lorsque l'évaluation est faite par un observateur indépendant des parents. Ces données décrivent une pédopsychiatrie dont l'acte central n'est ni la prescription ni le bilan, mais le travail sur la relation entre un enfant et les adultes qui l'entourent.

C'est de cet ensemble que ce livre blanc tire une conclusion qui commande une part de ce qui suit : il y a lieu de nuancer fortement l'intérêt qu'aurait la pédopsychiatrie à se placer dans un mimétisme intégral de la médecine somatique. Le calque est séduisant, parce qu'il promet la lé-

gitimité scientifique, la lisibilité administrative et la protection juridique que confère un parcours standardisé — dépistage, diagnostic, protocole, évaluation du résultat. Mais il suppose que l'objet du soin soit une lésion identifiable chez un organisme stable, alors que l'objet de la pédopsychiatrie est un sujet en développement pris dans un réseau d'interactions, et que ce que l'on y appelle traitement consiste, pour une part irréductible, à parler, à écouter, à soutenir une interaction et à accompagner une famille. Les méta-analyses les plus solides consacrées à la psychothérapie de l'enfant vont dans le même sens : l'effet global des psychothérapies de l'enfant et de l'adolescent, mesuré sur près de quatre cent cinquante essais contrôlés randomisés, est modéré, et il se réduit encore lorsque le comparateur n'est pas une absence de traitement mais les soins habituels — tandis que la qualité de l'alliance thérapeutique, avec l'enfant comme avec ses parents, entretient avec le résultat une association constante que ce livre blanc examine en 2.14. Ce n'est pas un plaidoyer contre la médecine, dont la pédopsychiatrie est une discipline et dont elle doit conserver l'exigence : c'est le constat que ce qui fait la valeur d'un soin psychique de l'enfant — le temps, la parole, le lien, la relation aux parents — est précisément ce que le modèle importé de la médecine somatique compte le plus mal, et qu'une discipline qui se juge exclusivement à l'aune de ce modèle finira par abandonner ce qu'elle sait faire de mieux.

Il y a lieu de nuancer fortement l'intérêt qu'aurait la pédopsychiatrie à se placer dans un mimétisme intégral de la médecine somatique.

1.2 Un panorama des pathologies et des situations cliniques de l'enfance et de l'adolescence

La pédopsychiatrie contemporaine doit répondre à un spectre de situations cliniques d'une grande hétérogénéité, qu'il convient de rappeler dans sa diversité pour éviter toute réduction du champ à quelques catégories médiatiquement dominantes.

Les troubles dits du neurodéveloppement. Cette catégorie, apparue dans le DSM-5, rassemble des tableaux cliniques très hétérogènes et son unité nosographique demeure discutée ; ce livre blanc l'emploie parce qu'elle structure aujourd'hui l'offre de soin, sans souscrire à l'idée qu'elle constituerait une entité homogène. Le trouble du spectre de l'autisme (TSA) demeure l'une des catégories les plus discutées, tant sur le plan clinique que politique, en France comme ailleurs. Sa prévalence diagnostiquée a fortement augmenté depuis les années 1990, du fait à la fois d'un élargissement réel des critères diagnostiques (DSM-5), d'une meilleure identification des formes sans déficience intellectuelle associée, et d'une évolution des représentations sociales et professionnelles. Le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) constitue un autre grand ensemble, marqué par une progression continue des diagnostics et des prescriptions de méthylphénidate, y compris chez des enfants de plus en plus jeunes, comme le relève le rapport du HCFEA de 2023. La dyslexie, la dyspraxie, le trouble développemental du langage et le trouble du développement intellectuel complètent ce paysage, dont la prise en charge suppose une coordination étroite entre pédopsychiatrie, neuropédiatrie, orthophonie, psychomotricité et milieu scolaire, mais aussi avec les médecins généralistes de première ligne, souvent premiers consultés par les familles et acteurs essentiels du repérage précoce et du suivi somatique de l'enfant, et avec les psychologues spécialisés en neuropsychologie, dont les bilans contribuent de façon décisive à l'évaluation cognitive fine et à l'orientation de la prise en charge.

Les troubles anxieux et dépressifs. Le refus scolaire anxieux (autrefois nommé « phobie scolaire »), les troubles anxieux généralisés, le trouble panique, l'anxiété de séparation et les phobies spécifiques touchent une proportion importante des enfants suivis en CMP et CMPP. La dépression de l'enfant et, plus encore, de l'adolescent, longtemps sous-diagnostiquée du fait d'une présentation clinique souvent atypique (irritabilité, plaintes somatiques, désinvestissement scolaire plutôt que tristesse manifeste), constitue aujourd'hui un motif de consultation croissant, avec une attention accrue portée, à raison, au risque suicidaire associé.

Les conduites suicidaires et les automutilations. L'augmentation des gestes d'automutilation, en particulier chez les adolescentes, et la persistance, chez des enfants de plus en plus jeunes, d'un nombre significatif de tentatives de suicide chez les mineurs constituent l'une des urgences de santé publique les plus documentées de la dernière décennie, nécessitant une réponse à la fois médicale, psychothérapeutique et sociale, incluant la prévention en milieu scolaire. Cette urgence présente désormais une dimension sexuée marquée, que plusieurs sources convergentes permettent de chiffrer précisément. Les filles représentent aujourd'hui 64 % des hospitalisations liées à un geste auto-infligé, tous âges confondus, et les adolescentes de 10 à 19 ans atteignent un taux de 482 hospitalisations pour 100 000 habitantes pour ce motif — le niveau le plus élevé jamais

enregistré en France, toutes catégories d'âge et de sexe confondues. Sur cinq ans, les hospitalisations pour tentative de suicide ont augmenté de 16,6 % au niveau national, mais cette progression est très inégalement répartie entre les sexes : +25,4 % chez les femmes contre +2,5 % seulement chez les hommes sur la période, avec des bonds de 118 % chez les filles de 10 à 14 ans et de 56 % chez les adolescentes de 10 à 19 ans entre les seules années 2020 et 2021. Un tiers des personnes ayant fait une tentative de suicide connaissent une récidive dans l'année qui suit, selon l'Observatoire national du suicide. Le psychothérapeute Pierre Nantas, fondateur de l'association AFORPEL spécialisée dans le trouble de la personnalité borderline, souligne, données à l'appui, le rôle que joue ce trouble dans cette vulnérabilité suicidaire féminine : il est associé à plus de deux mille décès par an en France, et une méta-analyse récente portant sur l'ensemble de la littérature internationale indique que 70 à 80 % des personnes qui en sont atteintes réalisent au moins une tentative de suicide au cours de leur vie, 8 à 10 % en décédant. Ce même écart entre les sexes se retrouve dans la forme que prend la souffrance psychique à l'adolescence : les filles présentent plus souvent des troubles anxieux et dépressifs ainsi que des symptômes cliniques de trouble de la personnalité borderline, tandis que les garçons s'orientent davantage vers des troubles extériorisés — impulsivité, hétéro-agressivité, conduites à risque —, ce qui invite à ne pas réduire la question à la seule fréquence de la souffrance mais à interroger aussi sa forme et les modalités de sa prise en charge.



Les troubles des conduites alimentaires. L'anorexie mentale, la boulimie et l'hyperphagie boulimique touchent des adolescents de plus en plus jeunes, garçons compris, et leur prise en charge, qui associe nécessairement une dimension somatique (renutrition, surveillance cardiaque) et une dimension psychothérapeutique, illustre à elle seule la nécessité d'une approche intégrative refusant tout clivage entre le corps et le psychisme.

Les troubles du comportement et les troubles oppositionnels. Le trouble oppositionnel avec provocation et le trouble des conduites, souvent intriqués avec des contextes environnementaux complexes, posent la question de l'articulation entre soin psychique, protection de l'enfance et réponse éducative, et rappellent que le symptôme comportemental de l'enfant ne peut jamais être lu isolément de son environnement.

Les troubles psychotiques débutants. Bien que rares avant la fin de l'adolescence, les premiers épisodes psychotiques et les états dits « à ultra-haut risque » font l'objet d'une attention croissante, avec le développement de dispositifs de détection et d'intervention précoce, dont l'efficacité repose sur une articulation fine entre évaluation clinique attentive, soutien à la famille et, le cas échéant, traitement pharmacologique prudent.

Les troubles de l'attachement et la souffrance des tout-petits. La psychiatrie périnatale et la pédopsychiatrie du nourrisson, souvent moins visibles dans le débat public que les troubles de l'adolescent, occupent une place déterminante : dépression du post-partum, troubles précoces de la relation parent-bébé, troubles du sommeil et de l'alimentation du nourrisson, retards de développement liés à des carences relationnelles précoces. Cette clinique du tout-petit, attentive à la qualité du lien précoce dans la lignée des travaux de Winnicott sur le holding et de l'école française de psychiatrie périnatale, constitue un enjeu de prévention majeur, fréquemment sous-doté.

Les psychotraumatismes. Maltraitances, violences sexuelles, violences intrafamiliales, exposition à des événements traumatiques collectifs : la prise en charge du psychotraumatisme de l'enfant s'est considérablement développée et outillée méthodologiquement depuis vingt ans, sans que cela n'exige de renoncer à une écoute attentive du sens singulier que l'enfant ou l'adolescent donne à ce qu'il a vécu.

Les enfants en situation de vulnérabilité sociale et institutionnelle. Les enfants confiés à l'Aide sociale à l'enfance, les mineurs non accompagnés, les enfants en situation de handicap, les enfants de familles en grande précarité ou en situation migratoire présentent des besoins de santé mentale spécifiques, souvent aggravés par les ruptures de parcours institutionnel, et appellent une vigilance particulière quant au risque de sur-psychiatrisation d'une souffrance dont l'origine est aussi sociale.

L'usage des écrans et des réseaux sociaux. Sans céder à un discours de panique morale, il faut prendre au sérieux les inquiétudes documentées concernant l'usage intensif des écrans chez le jeune enfant (retards de langage, troubles de l'attention), que les orthophonistes sont souvent les premiers à repérer, et l'exposition des adolescents aux réseaux sociaux (comparaison sociale, exposition à des contenus faisant l'apologie de l'automutilation, du suicide ou des troubles alimentaires, cyberharcèlement), qui constituent aujourd'hui un déterminant environnemental majeur de la souffrance psychique adolescente et qui appelle une réponse à la fois clinique, éducative et réglementaire.

Les troubles du sommeil de l'enfant. Insomnies d'endormissement, terreurs nocturnes, cauchemars répétés, troubles du rythme veille-sommeil de l'adolescent aggravés par l'usage nocturne des écrans : ces troubles, souvent considérés comme mineurs, retentissent pourtant lourdement sur les apprentissages scolaires, la régulation émotionnelle et le climat familial, et méritent une attention clinique systématique plutôt qu'une prise en charge seulement symptomatique.

Les troubles psychosomatiques. Douleurs abdominales récurrentes, céphalées, malaises inexpliqués sur le plan organique : ces manifestations, fréquentes en pédiatrie générale, illustrent de façon exemplaire la nécessité d'une approche intégrative refusant le clivage entre somatique et psychique, et appellent une collaboration étroite entre pédiatres et pédopsychiatres plutôt qu'une errance diagnostique entre spécialités cloisonnées.

Cette énumération, nécessairement incomplète, montre l'ampleur et l'hétérogénéité du champ que doit couvrir la pédopsychiatrie contemporaine — un champ qui ne se laisse réduire ni à la seule question de l'autisme, ni à la seule question du TDAH, si centrales soient-elles devenues dans le débat public, et qui appelle une pluralité d'approches articulées bien davantage qu'une réponse univoque.

Cette énumération, nécessairement incomplète, montre **l'ampleur et l'hétérogénéité du champ** que doit couvrir la pédopsychiatrie contemporain

1.3 Le diagnostic en pédopsychiatrie : un outil nécessaire, à manier avec discernement

Le diagnostic joue en pédopsychiatrie un rôle ambivalent qu'il importe de nommer avec précision plutôt que de trancher dans un sens ou dans l'autre. D'un côté, le diagnostic est demandé, légitimement, par de nombreuses familles et par les professionnels eux-mêmes : il conditionne l'accès aux droits (reconnaissance de la maison départementale des personnes handicapées, accompagnement en milieu scolaire ordinaire, auxiliaires de vie scolaire), l'orientation vers des dispositifs spécialisés, la prise en charge par l'Assurance maladie de certains parcours de soins, et, sur le plan subjectif, il peut apporter à l'enfant et à ses parents un soulagement réel en nommant une difficulté jusque-là informe et souvent vécue dans la culpabilité. Le diagnostic permet des échanges sur les réseaux sociaux ou le web, afin d'obtenir de multiples informations grâce aux associations d'usagers ou de parents d'enfants ayant reçu le même diagnostic et de bénéficier de l'expertise d'expérience. Refuser par principe toute démarche diagnostique reviendrait à priver les familles d'un accès légitime à ces droits, à ces ressources et à la pair-aidance.

Mais cette légitimité du diagnostic ne doit pas faire oublier ses conditions de validité, ni ses effets, parfois délétères, lorsqu'il est posé trop vite, de façon univoque, ou instrumentalisé au-delà de sa portée réelle. Trois précautions s'imposent.

La première concerne ce que l'on pourrait appeler les effets d'annonce du diagnostic. Poser un diagnostic à un enfant, en particulier un diagnostic de trouble du spectre de l'autisme, de troubles thymiques ou de trouble du développement intellectuel, n'est jamais un acte neutre : il modifie, souvent durablement, la manière dont l'enfant est perçu par ses parents, ses enseignants, ses pairs, et dont il en vient à se percevoir lui-même. Le philosophe des sciences Ian Hacking a formalisé ce phénomène sous le nom d'« effet de boucle » (looping effect) : à la différence des catégories des sciences naturelles, les catégories diagnostiques en santé mentale sont des catégories interactives, qui transforment ce qu'elles nomment. Un diagnostic annoncé trop rapidement, sans un temps suffisant d'observation clinique et sans que l'enfant et sa famille en comprennent la portée exacte et les limites, expose au risque d'un enfermement identitaire précoce autour d'une étiquette dont on sait, par ailleurs, la fragilité méthodologique de la frontière qui la sépare des catégories voisines et parfois des variations de la normale. La deuxième précaution concerne le surdiagnostic, phénomène documenté de façon convergente par des auteurs aussi différents que le psychiatre américain Allen Frances — qui a pourtant présidé le groupe de travail du DSM-IV — et de nombreux cliniciens et chercheurs français. Frances estime que jusqu'à deux tiers des personnes diagnostiquées selon les critères contemporains sont traitées de manière inutile, et reconnaît que les révisions successives du DSM ont contribué à de véritables « fausses épidémies » de TDAH, de troubles thymiques pédiatriques et de troubles du spectre autistique. Ce phénomène tient pour partie à la logique même de construction du DSM : des catégories fondées sur des consensus d'experts et des listes de symptômes observables, plutôt que sur des mécanismes étiopathogéniques validés, aboutissent nécessairement à une extension progres-



sive des frontières diagnostiques, phénomène que les épidémiologistes désignent sous le nom d'inflation diagnostique. En pédopsychiatrie plus qu'ailleurs, cette inflation risque de recoder en pathologie individuelle des difficultés dont l'origine peut être aussi, sinon davantage, scolaire, familiale, sociale ou simplement liée à la variabilité normale du développement de l'enfant.

La troisième précaution, la plus spécifique à la pédopsychiatrie, tient à la nature développementale de son objet. Une catégorie diagnostique pertinente à six ans peut n'avoir plus aucune pertinence clinique à douze ans : les manifestations cliniques de l'enfant se transforment avec l'âge, les étapes maturatives neurologiques et psychiques, le contexte familial et scolaire. Cette instabilité constitutive du développement complique radicalement la fiabilité d'un diagnostic posé de façon précoce et figée, et impose de concevoir le diagnostic en pédopsychiatrie non comme un verdict définitif mais comme une hypothèse de travail, révisable, inscrite dans un processus d'observation continue — ce que l'on peut appeler un diagnostic processuel plutôt qu'un diagnostic catégoriel figé.

Ces trois réserves ne conduisent nullement à rejeter le diagnostic : elles invitent à le poser avec le temps clinique nécessaire, à en expliquer loyalement aux familles la portée et les limites, à le documenter par une évaluation pluridisciplinaire plutôt que par la seule application mécanique d'une grille, et à demeurer attentif, y compris après qu'un diagnostic a été posé, à la possibilité que la trajectoire de l'enfant infirme ou nuance ce premier repérage. C'est cette position équilibrée, ni diagnostiphobe ni diagnosticolâtre, que défend ce livre blanc.

À ces trois précautions qui concernent le diagnostic tel qu'il est posé par le clinicien s'ajoute, plus récemment, un phénomène de nature différente mais qui touche au cœur du même problème : celui de l'auto-diagnostic, alimenté par l'exposition massive des adolescents et des jeunes adultes aux réseaux sociaux. Sur TikTok, YouTube ou Instagram, le TDAH et l'autisme comptent parmi les contenus de santé mentale les plus consultés, portés par des créateurs qui témoignent, en toute bonne foi le plus souvent, de leur expérience vécue plutôt que de connaissances cliniques validées. Une étude publiée en 2025 dans PLoS ONE, portant sur les cent vidéos

les plus vues sous le mot-clé #ADHD, a montré que moins de la moitié des affirmations relatives aux symptômes du TDAH correspondaient aux critères du DSM, et que la fréquence de consommation de ce type de contenu était corrélée, chez les jeunes adultes interrogés, à une surestimation de la prévalence du trouble dans la population générale. Un travail comparable consacré à l'autisme, publié en 2023 dans le Journal of Autism and Developmental Disorders, a évalué que 41 % des vidéos populaires de vulgarisation sur l'autisme diffusaient des affirmations inexactes et 32 % des généralisations abusives — présentant par exemple des traits isolés, ou des variations somme toute banales de l'attention ou de la sociabilité, comme des signes suffisant à se reconnaître autiste ou hyperactif.



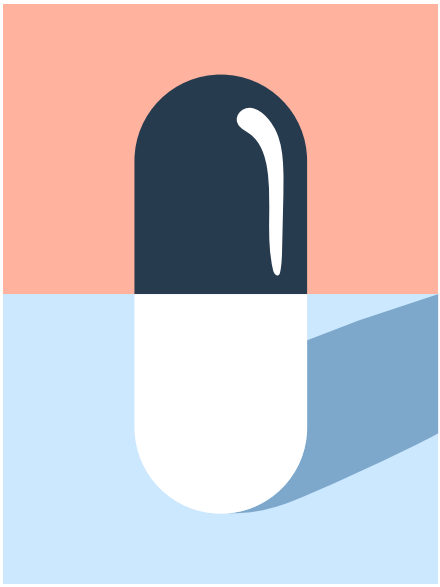
Ce mouvement d'auto-identification n'est pas sans bénéfice : il a permis à des adultes longtemps ignorés par le système de soins, en particulier des femmes autistes tardivement repérées, de mettre un nom sur des difficultés jusque-là incomprises. Mais il produit aussi, structurellement, des faux positifs — des personnes qui s'identifient à un diagnostic de TSA ou de TDAH sur la base d'une ressemblance partielle et suggestive avec des contenus en ligne, sans évaluation clinique indépendante venant confirmer ou infirmer cette auto-attribution.

41 % des vidéos populaires de vulgarisation sur l'autisme diffusaient des affirmations inexactes

Ce phénomène ne se limite pas à la sphère individuelle : il fausse également, en amont, la recherche clinique elle-même. Une étude de représentativité publiée en 2022 dans Autism Research a montré que la plupart des échantillons de recherche recrutés via les réseaux sociaux et les communautés en ligne présentaient un ou plusieurs biais de sélection marqués — sexe-ratio inversé, niveau d'études et taux d'emploi plus élevés que la moyenne, sous-représentation des personnes avec déficience intellectuelle, âge de diagnostic plus tardif —, rendant leurs résultats difficilement généralisables à l'ensemble de la population autiste. Plus préoccupant encore, une étude publiée en 2025 dans Nature Mental Health, comparant un groupe de personnes autistes diagnostiquées cliniquement à un groupe de personnes recrutées en ligne sur la seule base de traits autistiques auto- rapportés, a constaté que ces deux populations, en dépit d'un niveau comparable de traits déclarés, divergeaient nettement sur le plan clinique — le groupe en ligne présentant davantage d'anxiété sociale et de traits d'évitement — et que, au sein même de l'échantillon clinique, l'auto-évaluation des traits autistiques ne corrélait pas avec l'évaluation du clinicien, suggérant que ces deux mesures ne captent pas le même objet. Ce constat invite à une double vigilance : accueillir avec sérieux la demande de reconnaissance de personnes qui se reconnaissent, parfois à raison, dans les descriptions qu'elles rencontrent en ligne, sans pour autant renoncer à l'exigence d'une évaluation clinique structurée, seule à même de distinguer un trouble avéré d'une identification suggestionnée — et sans laisser les cohortes de recherche se constituer, par facilité de recrutement, sur des populations d'auto-diagnostiqués dont la représentativité clinique reste, précisément, à démontrer.

1.4 Les médicaments en pédopsychiatrie : une position nuancée, jamais isolée

La question des psychotropes chez l'enfant cristallise des positions souvent caricaturales, que cette partie entend dépasser par une position nuancée mais claire.



Il existe des indications solidement établies à la prescription de certains psychotropes chez l'enfant et l'adolescent, dans des situations cliniques précises et après évaluation rigoureuse : le méthylphénidate (commercialisé notamment sous les noms de Ritaline, Concerta ou Quasym) dans certaines formes sévères de TDAH avec retentissement fonctionnel majeur, les antidépresseurs de la classe des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine dans certaines dépressions et certains troubles obsessionnels compulsifs sévères de l'adolescent, résistants à la psychothérapie seule, les antipsychotiques dans les troubles psychotiques avérés ou dans certaines comorbidités sévères de l'autisme. Nier cette réalité clinique, ou entretenir une suspicion systématique à l'égard de toute prescription, desservirait les enfants qui en ont un besoin réel et bien documenté. Mais cette reconnaissance doit s'accompagner de plusieurs mises en garde, elles aussi documentées. Le rapport du HCFEA de mars 2023 relève une augmentation préoccupante des prescriptions de méthylphénidate chez des enfants de plus en plus jeunes, parfois avant l'âge de six ans, sur des durées prolongées et avec des niveaux élevés de co-prescriptions dont les effets à long terme demeurent largement inexplorés. Les essais cliniques ayant établi l'efficacité de ces traitements portent, pour la plupart, sur des durées de suivi courtes — de quelques semaines à quelques mois —, alors que les prescriptions réelles s'étendent souvent sur plusieurs années, dans un contexte où le cerveau de l'enfant est encore en plein développement. Aucune prescription médicamenteuse pédiatrique en psychiatrie ne devrait donc être envisagée comme une réponse suffisante en elle-même, ni comme un substitut à l'accompagnement psychothérapeutique, familial et éducatif : elle doit s'inscrire dans un projet de soin global, être réévaluée régulièrement, et faire l'objet d'une information loyale des parents et, autant que possible, de l'enfant lui-même sur les bénéfices attendus, les incertitudes et les alternatives.

Le cas du méthylphénidate mérite, à ce titre, d'être précisé davantage. Ce psychostimulant, commercialisé depuis les années 1990 sous plusieurs spécialités (Ritaline, Concerta, Quasym), agit en augmentant la disponibilité de la dopamine et de la noradrénaline dans la fente synaptique, avec pour effet un éveil cortical et une stimulation de la vigilance ; son efficacité sur les symptômes cardinaux du TDAH est réelle, mais elle demeure le plus souvent limitée dans le temps et ne se maintient pleinement qu'associée à un accompagnement plus large.

Contrairement à une crainte fréquente chez les familles, il n'entraîne, dans le cadre d'un usage thérapeutique conforme aux recommandations, ni dépendance physique ni syndrome de sevrage à proprement parler. Le risque documenté est ailleurs : celui du mésusage, c'est-à-dire d'un détournement de la molécule à des fins de dopage cognitif — une pratique attestée notamment chez des lycéens et des étudiants qui en attendent, souvent à tort, une amélioration de leurs performances intellectuelles en période d'examen.

Cette possibilité même de détournement invite à interroger un phénomène plus large et plus préoccupant : celui de diagnostics que l'on pourrait qualifier de pharmaco-induits, c'est-à-dire taillés sur mesure pour justifier a posteriori la prescription d'une molécule disponible, plutôt que construits en amont d'une évaluation clinique indépendante de toute considération thérapeutique. Ce renversement de la logique diagnostique — où la disponibilité d'un traitement en vient à orienter la formulation du diagnostic plutôt que l'inverse — rejoint directement l'inflation diagnostique déjà décrite au § 1.3, et se trouve encouragé par la pression scolaire et sociale évoquée au § 1.7, qui nourrit chez certaines familles le fantasme d'un enfant augmenté : un enfant dont les capacités d'attention, de concentration et de performance scolaire seraient optimisées par la pharmacologie, au risque de confondre le traitement d'un trouble avéré et l'amélioration artificielle d'un fonctionnement par ailleurs normal.

Face à ces risques de mésusage et d'installation d'une dépendance psychologique à l'effet du produit plutôt qu'à la substance elle-même, la déprescription doit être reconnue comme un acte médical à part entière, et non comme un simple renoncement thérapeutique : elle suppose une réévaluation régulière et argumentée de la pertinence du traitement, une préparation de l'enfant et de sa famille à l'arrêt ou à la réduction posologique, et une vigilance particulière aux périodes de vulnérabilité — changement d'établissement scolaire, examens, transitions familiales — où la tentation du maintien ou de l'augmentation des doses par simple facilité est la plus forte.

Ce livre blanc refuse ainsi deux postures symétriquement excessives : **la diabolisation** systématique du médicament, qui priverait certains enfants d'un traitement dont ils peuvent réellement bénéficier, et **la banalisation** de sa prescription comme réponse de premier recours et de facilité à une souffrance dont les déterminants sont le plus souvent multiples.

Dans tous les cas, l'enfant traité par psychotrope demeure un enfant en développement, inscrit dans une famille et une histoire, dont le soutien psychique, relationnel et familial reste la condition de tout mieux-être durable.

1.5 Les familles : des partenaires du soin, non des objets de suspicion

Une caricature encore répandue voudrait que les intervenants en psychiatrie, notamment ceux d'orientation psychodynamique et en particulier ceux dont les pratiques s'inspirent de la psychanalyse, tiennent les parents, en particulier les mères, pour responsables des troubles de leurs enfants — caricature héritée de théorisations anciennes et aujourd'hui largement dépassées, mais qui continue d'alimenter la défiance de certaines familles, en particulier dans le champ de l'autisme, où elle a nourri une controverse publique aiguë au cours des années 2010, jusqu'à la proposition de loi du député Daniel Fasquelle en décembre 2016, visant à interdire le recours à la psychanalyse dans la prise en charge de l'autisme — proposition à laquelle se sont opposés de nombreux professionnels, dont le pédopsychiatre-psychanalyste Bernard Golse, et qui n'a pas été adoptée. Le même scénario s'est rejoué en novembre 2025 avec l'amendement n° 159 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026, dont le retrait, obtenu après une mobilisation professionnelle et citoyenne de grande ampleur analysée au § 1.17, constitue sur ce terrain une victoire populaire autant que professionnelle.

La réalité de la pratique clinique contemporaine est très différente de cette caricature. Les pédopsychiatres, psychologues et psychanalystes qui travaillent aujourd'hui auprès d'enfants inscrivent presque systématiquement les parents dans le dispositif de soin : entretiens familiaux réguliers, guidance parentale, groupes de parole de parents, associations de familles co-construites avec les équipes soignantes, information loyale sur le diagnostic et ses limites. Cette évolution traduit une transformation profonde et déjà ancienne des pratiques appliquées à l'enfance : le parent n'y est plus pensé comme cause du trouble, mais comme partenaire indispensable du travail thérapeutique, détenteur d'une connaissance irremplaçable de son enfant, et lui-même parfois en souffrance et en besoin de soutien face à la difficulté de son enfant.

Ce travail de partenariat prend un relief particulier dans le champ de l'autisme, précisément celui où la caricature évoquée plus haut a été la plus virulente. Les praticiens du soin psychique qui accompagnent aujourd'hui des enfants présentant un trouble du spectre de l'autisme travaillent en confiance étroite avec leurs parents, et non contre eux : ils les aident à comprendre et à traverser les difficultés bien réelles, et parfois épuisantes, de l'interaction parentale que ce trouble peut engendrer — décalages dans la communication et le partage émotionnel, incompréhensions réciproques, sentiment d'échec





ou d'impuissance des parents face aux réactions de leur enfant —, sans jamais leur attribuer la responsabilité du trouble lui-même. Ce soutien à la relation parent-enfant, loin d'être une survivance théorique dépassée, constitue aujourd'hui l'un des apports les plus concrets et les plus demandés par les familles elles-mêmes de la clinique psychodynamique et institutionnelle de l'autisme, en complément des interventions éducatives et comportementales. Cette évolution s'accompagne d'une adaptation, elle aussi réelle, des praticiens au nouveau statut du diagnostic dans le paysage sanitaire et social. Loin de récuser par principe les catégories du DSM ou de la CIM, la plupart des cliniciens travaillent aujourd'hui avec ces catégories — nécessaires à l'accès aux droits et à la coordination avec les autres professionnels — tout en conservant, à côté d'elles, une attention au sens singulier du symptôme pour cet enfant précis, dans cet environnement familial et historique singulier. Ils participent aux équipes pluridisciplinaires, et impliquent, autant que faire se peut, les familles dans tout le processus de soin de leur enfant ; ils participent aux réunions de synthèse avec les enseignants référents, aux commissions des maisons départementales des personnes handicapées, et à la rédaction de projets personnalisés de scolarisation. Cette articulation entre la nomenclature partagée, nécessaire à la vie institutionnelle et sociale, et l'attention clinique à la singularité, nécessaire au travail thérapeutique, constitue aujourd'hui la norme de la pratique de terrain, bien plus que ne le laisse entendre la polémique publique.

1.6 Une offre de soins publics fragilisée, à rebâtir autour de la proximité et de la continuité

Au-delà du constat général de saturation dressé en ouverture de cette partie, il convient de préciser la nature de la crise que traverse l'offre de soins publics en pédopsychiatrie. Le secteur de psychiatrie infanto-juvénile, organisé depuis les années 1970 autour du principe d'un maillage territorial de proximité — centres médico-psychologiques, centres d'accueil thérapeutique à temps partiel, hôpitaux de jour —, constitue historiquement l'un des atouts les plus précieux du système de soins français : réelle gratuité pour les familles — au regard de dispositifs comme « Mon soutien psy » —, accessibilité géographique, continuité du suivi par une équipe stable et pluridisciplinaire, articulation étroite avec l'école, la protection maternelle et infantile (PMI) et l'aide sociale à l'enfance.

C'est précisément ce modèle qui se trouve aujourd'hui fragilisé par la pénurie de médecins et de soignants, la fermeture ou la réduction d'activité de certaines structures, et la concurrence croissante d'une offre libérale et d'établissements privés lucratifs, plus coûteux et géographiquement inégalement répartie, qui laisse de côté les familles les plus précaires et les territoires les moins dotés.

Cette fragilisation se mesure très concrètement en places et en lits fermés. La psychiatrie française a perdu, tous âges confondus, près de 7 000 places d'hospitalisation à temps complet entre 2008 et 2022, pour n'en plus compter que 58 568 en 2022 ; la pédopsychiatrie, où les capacités d'accueil à temps plein étaient déjà structurellement insuffisantes, n'a pas été épargnée par ce mouvement de fermetures dénoncé par plusieurs rapports parlementaires. Les conséquences de cette pénurie de lits se mesurent, plus gravement encore, en enfants renvoyés chez eux faute de place : en 2023, cent vingt-trois enfants de moins de quinze ans présentant des idées suicidaires ou ayant fait une tentative de suicide n'ont pas pu être hospitalisés au CHU de Nantes malgré une indication médicale d'hospitalisation en urgence, et ont dû regagner leur domicile — chiffre cité lors des débats parlementaires au Sénat et symptomatique d'une réalité observée, à des degrés divers, dans de nombreux autres territoires.

Cette fragilisation du secteur public a des conséquences cliniques directes : ruptures de parcours lorsqu'un enfant change de structure sans continuité de suivi, orientation par défaut vers les urgences pédiatriques ou psychiatriques faute de place en ambulatoire, listes d'attente qui retardent une prise en charge dont on sait, par ailleurs, que la précocité conditionne largement le pronostic. Elle a également des conséquences sur l'équité : les familles les mieux informées et les mieux dotées économiquement parviennent à contourner les délais du secteur public en recourant au libéral, tandis que les familles les plus vulnérables, souvent celles dont les enfants sont le plus exposés aux facteurs de risque psychosociaux, restent en attente. Restaurer une offre de soins de proximité, d'accès facilité, d'accueil sans barrière diagnostique préalable et de lien durable avec une équipe stable constitue, comme le développera la troisième partie de ce livre blanc, une priorité qui conditionne l'efficacité de toute autre réforme.

1.7 La dimension culturelle et anthropologique de la souffrance psychique de l'enfant

Aucun état des lieux de la santé mentale de l'enfant ne serait complet s'il ignorait la dimension culturelle et anthropologique de cette souffrance. Un enfant ne grandit jamais dans l'abstrait : il grandit dans une famille singulière, porteuse d'une histoire, d'une langue, parfois d'un parcours migratoire, dans une culture qui définit différemment les frontières entre le normal et le pathologique, entre l'enfance et l'âge adulte, entre l'autorité et l'autonomie. La clinique transculturelle, développée en France notamment par Marie Rose Moro et Tobie Nathan à la suite des travaux fondateurs de Georges Devereux, a montré que la présentation clinique d'une même souffrance — anxiété de séparation, trouble du sommeil, trouble du comportement — peut varier considérablement selon les référentiels culturels des familles, et que l'ignorance de cette dimension expose à des erreurs diagnostiques et à des ruptures de l'alliance thérapeutique avec des familles qui ne se reconnaissent pas dans une lecture exclusivement biomédicale ou exclusivement psychologisante de la difficulté de leur enfant.

Cette dimension culturelle rejoint une transformation plus large de l'enfance contemporaine, qu'aucune approche strictement biologique ne saurait à elle seule appréhender : l'omniprésence des écrans et des réseaux sociaux dans le quotidien des enfants et des adolescents, la transformation des configurations familiales, l'intensification de la pression scolaire et de la compétition sociale, l'affaiblissement de certains collectifs traditionnels de socialisation, ou encore l'exposition croissante à l'incertitude environnementale et géopolitique qui nourrit, chez de nombreux adolescents, une anxiété existentielle documentée par plusieurs enquêtes internationales récentes. Le DSM lui-même, présenté comme une nomenclature athéorique et purement descriptive, véhicule en réalité une conception implicite et culturellement située de la normalité enfantine et de la souffrance, qui peut se révéler mal ajustée à des configurations familiales et culturelles différentes de celles qui ont présidé à son élaboration. Prendre au sérieux cette dimension culturelle et anthropologique n'est donc pas une clause de style : c'est une condition de la pertinence clinique de toute réponse apportée à la souffrance psychique de l'enfant.



1.8 Prévention et repérage précoce : investir en amont plutôt que réparer en aval

Un état des lieux honnête de la santé mentale de l'enfant ne peut faire l'économie d'une réflexion sur la prévention et le repérage précoce, tant il est aujourd'hui documenté, dans la plupart des grands champs de la pédopsychiatrie, que la précocité de l'intervention conditionne largement le pronostic à long terme. Cette prévention se joue à plusieurs niveaux, qui appellent des réponses différenciées. Elle se joue d'abord dès la période périnatale : la dépression du post-partum, insuffisamment dépistée, expose le nourrisson à un risque avéré de troubles précoces de la relation et du développement ; un accompagnement renforcé des parents dès la grossesse, en particulier dans les situations de vulnérabilité psychosociale repérées par la protection maternelle et infantile, constitue l'un des investissements les plus rentables, au sens le plus large du terme, de toute politique de santé mentale de l'enfant. Elle se joue ensuite dans le cadre scolaire, où les psychologues de l'Éducation nationale — seuls professionnels de l'institution scolaire formés à la psychologie, et dont la place demeure insuffisamment reconnue — ainsi que les enseignants, les infirmiers et les médecins scolaires occupent une position privilégiée de repérage précoce des difficultés de l'enfant et de l'adolescent, à condition de disposer du temps, de la formation et des effectifs nécessaires pour l'exercer — ce qui suppose un investissement dans la médecine scolaire, aujourd'hui en grande difficulté démographique. Elle se joue enfin dans la formation des professionnels de la petite enfance — crèches, assistantes maternelles, professionnels de la protection de l'enfance —, dont la capacité à repérer des signes précoces de souffrance ou de trouble du développement conditionne la rapidité de l'orientation vers une évaluation spécialisée.

Ce texte insiste sur le fait que cette prévention précoce ne doit en aucune façon se transformer en dépistage systématique et anxiogène, qui exposerait au risque, déjà signalé dans la première partie de ce texte, du surdiagnostic et des effets d'annonce prématurés. Il s'agit, non de multiplier les grilles de repérage administrées de façon automatique, mais de renforcer la capacité d'observation clinique fine des professionnels de première ligne, et de fluidifier l'accès à une évaluation spécialisée lorsque cette observation le justifie — ce qui renvoie directement à la nécessité, développée dans la troisième partie, de reconstruire une offre de soins de proximité capable d'accueillir rapidement ces situations.

> … **renforcer** la capacité d'observation clinique fine des professionnels de première ligne, et de **fluidifier** l'accès à une évaluation spécialisée lorsque cette observation le justifie

La commission des 1000 premiers jours offre, à l'échelle d'une politique publique nationale, une illustration institutionnelle de cette exigence de prévention précoce fondée sur la relation plutôt que sur le seul dépistage. Lancée par le président de la République en septembre 2019 et présidée par le pédopsychiatre Boris Cyrulnik, qui en a remis le rapport en septembre 2020 au secrétaire d'État chargé de l'Enfance et des Familles, cette commission réunissait dix-huit experts de la petite enfance, parmi lesquels le pédopsychiatre et psychanalyste François Ansermet, professeur émérite aux universités de Genève et

de Lausanne et ancien chef du service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent des Hôpitaux universitaires de Genève, dont les travaux ont notamment contribué à articuler les apports des neurosciences et la clinique psychodynamique du sujet. Le rapport de la commission, Les 1000 premiers jours : là où tout commence, formule soixante-quinze propositions destinées à accompagner les familles depuis le quatrième mois de grossesse jusqu'aux deux ans de l'enfant — entretien prénatal précoce généralisé, refonte du congé parental, renforcement du soutien à la parentalité, formation des professionnels de la petite enfance au repérage des troubles précoces de la relation parent-enfant. Ce rapport conforte, depuis l'intérieur même de l'action publique, la conviction que ce livre blanc défend tout au long de ce paragraphe : investir dans l'accompagnement relationnel précoce des familles, plutôt que dans le seul dépistage biomédical de l'enfant, constitue le levier de prévention le plus déterminant pour sa santé psychique future.

Deux nuances doivent cependant être apportées à ce qui précède, et ce livre blanc tient à les formuler lui-même plutôt que de les laisser à ses contradicteurs. La première est que la périnatalité n'est pas, dans le paysage décrit au § 1.1, le parent pauvre qu'on pourrait croire : elle constitue au contraire l'un des rares segments du champ à avoir effectivement reçu des financements dédiés. À la suite du rapport des 1000 premiers jours, des mesures annoncées le 28 septembre 2020 ont affecté dix millions d'euros à la psychiatrie périnatale — cinq millions pour la création de dix unités parents-bébé, cinq millions pour la constitution de vingt équipes mobiles —, deux cents postes de professionnels de santé dans une centaine de maternités prioritaires, trente-cinq millions d'euros au renforcement de la protection maternelle et infantile et dix millions à la généralisation de l'entretien prénatal précoce ; s'y sont ajoutés l'allongement du congé de paternité en juillet 2021 et une série d'appels à projets régionaux consacrés à la feuille de route « 1000 jours ». Ce livre blanc s'en félicite sans réserve, et le dit d'autant plus volontiers qu'il s'agit là d'un des rares cas où l'argent public est allé vers le lien plutôt que vers l'évaluation. Il note seulement l'écart entre l'annonce et la réalité — l'entretien prénatal précoce ne bénéficie encore qu'à moins d'un tiers des grossesses —, et rappelle que ces moyens portent sur les tout premiers mois de la vie, non sur la continuité du soin qui doit leur faire suite.

La seconde nuance est de fond, et elle engage l'honnêteté de la démarche : on ne peut pas tout prévenir. La prévention précoce réduit des risques ; elle ne promet pas l'éradication de la souffrance psychique de l'enfant, et ce livre blanc se garderait de le laisser entendre. Une part des troubles survient sans signe annonciateur repérable ; une autre procède d'événements — deuil, séparation, migration, accident, violence, effondrement d'un cadre familial jusque-là solide — qu'aucun dispositif de repérage ne peut anticiper ; d'autres tableaux encore se déclarent à l'adolescence sans qu'aucune anomalie de la relation précoce n'ait permis de les prévoir. Surpromettre sur la prévention produit trois effets dont ce texte a décrit ailleurs les mécanismes : cela fait insidieusement porter aux parents la responsabilité de ce qui n'a pas été prévenu, alors que le § 1.5 en fait des partenaires et non des suspects ; cela justifie l'extension du dépistage systématique et nourrit l'inflation diagnostique analysée au § 1.3 ; et cela prépare la déception qui servira demain d'argument au désinvestissement, lorsqu'on constatera que les troubles n'ont pas disparu. Investir en amont ne dispense donc jamais de financer l'aval : une politique honnête soutient les deux à la fois, et ce livre blanc, qui plaide pour l'intervention précoce, tient à dire dans le même mouvement qu'elle ne saurait tenir lieu d'offre de soin pour les enfants et les adolescents dont personne n'aura pu prévenir le trouble.

1.9 Une crise des métiers et de la formation

La fragilisation de l'offre de soins décrite plus haut ne se réduit pas à une question de moyens budgétaires : elle tient aussi, très directement, à une crise des vocations et de la formation dans l'ensemble des métiers de la pédopsychiatrie. Le nombre de postes d'internat de psychiatrie fléchés vers la surspécialisation en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent demeure insuffisant au regard des besoins, et de nombreux internes choisissent, une fois leur formation achevée, de s'orienter vers l'exercice libéral plutôt que vers l'hôpital public, faute d'une attractivité suffisante des carrières hospitalières en termes de rémunération, de conditions de travail et de reconnaissance. Cette désaffection touche particulièrement la profession de psychologue : il existe désormais, dans certains secteurs, des postes de psychologues non pourvus ou ne suscitant que très peu de candidatures, fait nouveau dans une profession jusque-là abondamment pourvue en candidats. La rémunération en est l'une des causes directes : dans la fonction publique hospitalière, un psychologue débutant commençait sa carrière, il y a trente ans, à environ 75 % au-dessus du salaire minimum ; il la commence aujourd'hui à 7 % au-dessus. Cette profession illustre à elle seule le déclassement dont l'ensemble des métiers du soin psychique a fait l'objet dans la fonction publique au fil des années. Cette désaffection touche également les professions paramédicales et sociales qui constituent, aux côtés des médecins, le cœur des équipes de pédopsychiatrie : infirmiers, psychomotriciens, orthophonistes, éducateurs spécialisés, dont les postes demeurent, dans de nombreuses structures publiques, durablement non pourvus.



Cette crise des métiers appelle une réponse de long terme qui ne se limite pas à l'augmentation du numerus clausus ou du nombre de postes ouverts : elle suppose une revalorisation en profondeur de l'image et des conditions d'exercice de la pédopsychiatrie publique, un accom-

une revalorisation en profondeur de l'image et des conditions d'exercice de la pédopsychiatrie publique

pagnement renforcé des jeunes professionnels par des dispositifs de supervision clinique et de formation continue, et une reconnaissance institutionnelle du travail en équipe pluridisciplinaire, aujourd'hui fréquemment fragilisé par la pénurie de temps et de personnel. Elle suppose également que la formation initiale des futurs pédopsychiatres continue d'intégrer, aux côtés des enseignements de psychopharmacologie, de neurosciences et de génétique, une formation clinique approfondie aux différentes approches psychothérapeutiques — psychodynamiques, systémiques, cognitivo-comportementales — et à la psychopathologie du développement, de manière à ce que les futurs praticiens disposent d'une palette de compétences suffisamment large pour ajuster leur pratique à la diversité des situations cliniques qu'ils rencontreront.

Cette crise des vocations tient aussi, plus profondément qu'on ne le reconnaît d'ordinaire, à la manière dont la discipline se représente et s'enseigne elle-même. Peu de jeunes praticiens se destinent à une profession médicale pour n'y remplir, in fine, que des items de check-list et exécuter des protocoles : ce qui attire vers le soin psychique de l'enfant, et ce qui retient les professionnels déjà en exercice, c'est la possibilité d'une rencontre avec un sujet singulier, inscrit dans une famille, une histoire, une culture, avec la possibilité de lui offrir tout l'éventail des réponses de soin — biologiques, psychologiques, sociales et anthropologiques — et non la seule application répétée de grilles standardisées. Une pédopsychiatrie qui ne reconnaîtrait pas explicitement la dimension sociale, culturelle et anthropologique de la souffrance psychique de l'enfant, rappelée dans cette partie, prive ainsi la discipline de l'une de ses principales sources de sens et, par là même, de son attractivité pour les générations à venir. Cette exigence doit se traduire concrètement dans l'enseignement de la psychiatrie et de la pédopsychiatrie : la formation des internes ne saurait se limiter aux seuls enseignements neurobiologiques, génétiques et computationnels, aussi nécessaires soient-ils ; elle doit inclure, au même titre, les grands travaux qui ont pensé philosophiquement, socialement et institutionnellement la frontière entre la norme et la pathologie — au premier rang desquels ceux de Georges Canguilhem, dont Le Normal et le Pathologique (1943 ; édition augmentée, 1966) demeure la référence fondatrice de cette question : Canguilhem y établit que le pathologique n'est pas un simple écart quantitatif par rapport à une moyenne statistique, mais une autre norme, propre à un vivant singulier aux prises avec son milieu, ce qui invalide par avance toute assimilation mécanique de la santé psychique de l'enfant à sa seule conformité à des normes de développement standardisées. Ils comptent également ceux de Michel Foucault, dont Histoire de la folie à l'âge classique et Naissance de la clinique demeurent des références indispensables pour comprendre comment se construisent, historiquement et socialement, les catégories mêmes du normal et du pathologique que la clinique de l'enfant est amenée à mobiliser chaque jour.



1.10 Ce que montrent les grandes enquêtes internationales



Les grandes enquêtes internationales conduites de façon répétée depuis plusieurs décennies, telles que l'enquête Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) menée sous l'égide de l'Organisation mondiale de la santé auprès des adolescents scolarisés dans une quarantaine de pays, confirment de façon convergente la tendance générale décrite en ouverture de cette partie : une dégradation progressive des indicateurs de bien-être subjectif déclaré par les adolescents dans de nombreux pays occidentaux depuis le milieu des années 2010, plus marquée chez les filles que chez les garçons, associée à une augmentation des symptômes anxieux et dépressifs déclarés et à une multiplication des plaintes somatiques liées au stress scolaire. Ces enquêtes soulignent également l'existence de fortes disparités sociales : les adolescents issus de familles en difficulté économique rapportent, de façon constante d'une édition à l'autre de ces enquêtes, un niveau de bien-être significativement inférieur à celui de leurs pairs plus favorisés, ce qui confirme l'importance de la dimension sociale de la souffrance psychique de l'enfant rappelée au paragraphe précédent.

Ces données internationales doivent cependant être interprétées avec la prudence méthodologique qui a présidé, tout au long de ce texte, à l'examen des données diagnostiques : la comparaison de prévalences déclarées d'une édition à l'autre de ces enquêtes, ou d'un pays à l'autre, est sensible à des effets de mesure — évolution de la sensibilité des populations enquêtées à nommer une souffrance psychique, évolution de la formulation des questions posées — qui peuvent partiellement expliquer, sans l'annuler pour autant, la tendance à la hausse observée. Cette prudence méthodologique ne doit toutefois pas servir de prétexte à l'inaction : la convergence de ces données internationales avec les constats de terrain rapportés quotidiennement par les professionnels de la pédopsychiatrie française, et avec les données d'activité des structures de soins évoquées plus haut, suffit à fonder la nécessité d'une réponse résolue des pouvoirs publics.



1.11 L'expérience anglaise des centres diagnostiques de troisième ligne : une mise en garde empirique

Le Royaume-Uni offre, sur la question précise du statut du diagnostic évoquée au § 1.3, un retour d'expérience particulièrement instructif, encore peu présent dans le débat français. Face à l'engorgement de ses services de première ligne, le système de santé anglais a généralisé, pour l'autisme et le TDAH de l'enfant, le recours à des centres spécialisés — dits de « troisième ligne » — dédiés exclusivement à l'évaluation diagnostique selon les critères du DSM et de la CIM, sans mission de soin ni de suivi thérapeutique : leur fonction se limite à établir ou infirmer un diagnostic catégoriel, charge ensuite aux services de proximité — ou aux familles elles-mêmes — d'organiser, si elles le peuvent, la prise en charge qui devrait s'ensuivre. Cette expérience, engagée à grande échelle depuis le milieu des années 2010, s'est révélée à l'usage largement décevante, pour des raisons qui recoupent directement les mises en garde formulées au § 1.3 contre les effets d'annonce et le surdiagnostic, ainsi que le constat, dressé au § 1.6, de la fragilité d'une offre de soins coupée de la continuité du lien.

Le premier symptôme est celui de l'attente. Selon les données de NHS Digital, le nombre d'enfants et d'adultes présentant une file d'attente ouverte pour suspicion d'autisme est passé de 19 028 en avril-juin 2019 à plus de 172 000 en décembre 2023 — une multiplication par plus de cinq en quatre ans (Morris, Nuffield Trust, 2024). Le délai médian avant un premier rendez-vous, pour les patients ayant obtenu ce rendez-vous entre octobre et décembre 2023, dépassait neuf mois, contre un peu plus de quatre mois en 2019, alors que les recommandations du National Institute for Health and Care Excellence (NICE) prescrivent un début d'évaluation dans les trois mois suivant l'orientation ; certaines zones du territoire affichaient, sur la même période, un délai médian supérieur à deux ans et demi (Morris, 2024). Pour le TDAH, faute de données nationales centralisées avant 2025, une enquête du Petitions Committee de la Chambre des communes indiquait, en 2023, que 24 % des répondants en attente d'une évaluation NHS patientaient depuis un à deux ans et 10 % depuis deux à trois ans ; en 2025, NHS England évaluait à 549 000 le nombre d'enfants et d'adultes en attente d'une évaluation TDAH, dont 144 000 depuis environ deux ans, certains cas individuels documentés atteignant sept à dix ans d'attente — un enfant d'Oxfordshire s'étant vu proposer un rendez-vous en 2043 (Healthwatch, 2025 ; NHS England, 2025).

Le deuxième symptôme est celui du coût et de la fracture sociale qu'il introduit, qui rejoint directement la mise en garde formulée au § 1.6 sur l'inégalité d'accès entre familles selon leurs ressources. Devant ces délais, une part croissante de la demande s'est déplacée vers des cliniques privées facturant fréquemment 1 500 livres sterling ou davantage pour une évaluation, créant de facto un système à deux vitesses dénoncé comme tel par le NHS Independent ADHD Taskforce lui-même (rapport de novembre 2025). Mais l'obtention d'un diagnostic privé ne garantit nullement l'accès aux soins pour l'enfant concerné : le relais de prescription vers le médecin généraliste (« shared care agreement »), condition pratique de la poursuite du traitement médicamenteux, demeure à la discrétion de ce dernier, qui n'est tenu par aucune obligation de l'accepter — avec des taux d'acceptation observés de 58 % en Angleterre et de seulement 19 % au Pays de Galles. De nombreuses familles, un diagnostic obtenu mais privées de relais vers le système public, se retrouvent contraintes de financer indéfiniment le traitement de leur enfant, parfois plusieurs centaines de livres par mois (Hussey, The Brink, 2025).

Le troisième symptôme, le plus directement pertinent pour ce livre blanc, est structurel : ces centres de troisième ligne ont pendant longtemps été conçus, et sont demeurés en pratique dans un grand nombre de cas, comme des dispositifs de pure catégorisation diagnostique, sans obligation de proposer à l'enfant et à sa famille un plan de soin, un suivi ou même une orientation effective vers une prise en charge — très exactement l'écueil dénoncé au § 1.3 de ce texte sous le nom d'effet d'annonce du diagnostic. Le rapport de l'Independent ADHD Taskforce commandé par NHS England reconnaît explicitement ce défaut de conception et appelle à un changement de modèle : découpler le soutien du diagnostic (« needs-led », non conditionné à l'obtention préalable d'une étiquette catégorielle), et exiger des prestataires qu'ils proposent, au-delà du seul acte diagnostique, une initiation du traitement et un suivi effectif (NHS England, Report of the independent ADHD Taskforce, Part 1 et Part 2, 2025). Ce constat officiel valide, a posteriori et depuis l'institution médicale anglaise elle-même, la mise en garde de ce livre blanc contre un diagnostic catégoriel figé, coupé du temps clinique et du suivi qui devraient normalement l'accompagner.



Le coût humain de ce dispositif a été mis en évidence au-delà des seules statistiques d'attente : témoignages de familles éprouvées par le refus de relais de soin après un diagnostic obtenu à grands frais, précarité financière liée à des prescriptions privées prolongées, désengagement et perte de confiance envers le système de soin chez des enfants et des familles ayant, au terme d'une attente de plusieurs années, obtenu un diagnostic sans qu'aucune prise en charge n'en découle (Hussey, 2025). Cette démotivation, documentée empiriquement outre-Manche, illustre concrètement ce que ce livre blanc anticipe au § 1.3 et développera plus loin au § 1.6 sur la nécessité de la continuité du lien : un modèle qui isole l'acte diagnostique du soin lui-même, en le traitant comme une fin en soi plutôt que comme le point de départ d'un accompagnement, ne peut, structurellement, produire les bénéfices cliniques qu'il promet.

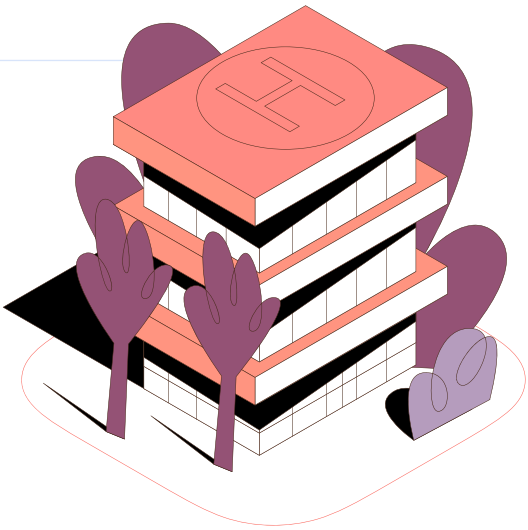
L'expérience anglaise des centres de troisième ligne constitue ainsi un argument empirique supplémentaire, et **un avertissement direct**, contre toute tentation de reproduire, en France, ce modèle de centres experts spécialisés dans le seul établissement du diagnostic, dissociés de l'offre de soins de proximité que la troisième partie de ce livre blanc appelle au contraire à consolider.

1.12 La pédopsychiatrie de liaison et la place de l'hôpital général

Un dernier aspect de l'état des lieux mérite d'être souligné : une part croissante de l'activité de la pédopsychiatrie se déploie aujourd'hui non dans les structures de secteur mais au sein même de l'hôpital général, à travers ce que l'on nomme la pédopsychiatrie de liaison. Les urgences pédiatriques accueillent, en particulier depuis la crise sanitaire, un nombre croissant d'adolescents en crise suicidaire ou en décompensation psychique aiguë, souvent faute d'alternative ambulatoire disponible en temps utile ; les services de pédiatrie générale et les services spécialisés — oncologie pédiatrique, néphrologie, diabétologie — sollicitent de plus en plus fréquemment un avis pédopsychiatrique pour accompagner des enfants confrontés à une maladie somatique chronique ou grave et leurs familles ; les maternités et les services de néonatalogie ont de plus en plus recours à des psychologues et pédopsychiatres périnataux pour accompagner les situations de vulnérabilité précoce du lien parent-bébé.

Cette activité de liaison, souvent peu visible dans les débats publics centrés sur les CMP et les CMPP, constitue pourtant un maillon indispensable du dispositif de soin, à l'interface entre le somatique et le psychique, et illustre à elle seule l'impossibilité de séparer artificiellement la santé mentale de l'enfant de sa santé physique. Elle souffre cependant des mêmes difficultés de démographie médicale que le reste de la discipline, et se trouve trop souvent réduite, faute de moyens, à une réponse de crise plutôt qu'à un accompagnement construit dans la durée. Ce texte appelle à ce que le développement de la pédopsychiatrie de liaison soit reconnu comme une priorité à part entière, dotée de postes dédiés dans les hôpitaux généraux et pédiatriques, et articulée de façon fluide avec le secteur ambulatoire afin d'éviter que l'urgence hospitalière ne devienne, par défaut, le seul point d'entrée dans le soin psychique pour des enfants et des familles qui n'ont pas trouvé de réponse en amont.

une part croissante de l'activité de la pédopsychiatrie se déploie aujourd'hui non dans les structures de secteur mais au sein même de l'hôpital général, à travers ce que l'on nomme la pédopsychiatrie de liaison



1.13 Le rôle des associations de patients et de familles

Les associations de familles et de patients occupent, depuis une quinzaine d'années, une place croissante et légitime dans le débat public sur la santé mentale de l'enfant, en particulier dans le champ de l'autisme et du TDAH. Ces associations ont largement contribué à faire reconnaître les droits des enfants en situation de handicap, à améliorer l'accès à la scolarisation ordinaire, et à porter la parole des familles auprès des pouvoirs publics. Ce livre blanc reconnaît pleinement la légitimité de cette parole associative et l'apport considérable qu'elle a représenté pour l'amélioration concrète des conditions de vie des enfants concernés et de leurs familles.

Il importe cependant que cette parole associative, aussi légitime soit-elle, ne se substitue pas à l'exigence d'un débat scientifique et clinique ouvert et contradictoire, et que la diversité des expériences familiales — certaines très favorables aux approches comportementales, d'autres très favorables aux approches psychodynamiques ou institutionnelles, la plupart favorables à une combinaison des deux selon les moments de la trajectoire de leur enfant — continue d'être respectée dans l'élaboration des politiques publiques. Le dialogue entre professionnels et associations de familles gagnerait à s'organiser, dans chaque territoire et à l'échelle nationale, autour d'instances de concertation régulières associant l'ensemble des courants professionnels reconnus, plutôt que de laisser se cristalliser des postures d'opposition binaire qui desservent, en définitive, l'intérêt des enfants eux-mêmes.

Il importe cependant que cette parole associative, aussi légitime soit-elle, ne se substitue pas à l'exigence d'un débat scientifique et clinique ouvert et contradictoire



1.14 La dysphorie de genre chez l'enfant et l'adolescent : une catégorie instable, un débat à ne pas trancher par la polémique

La question de la dysphorie de genre chez l'enfant et l'adolescent appelle, dans cet état des lieux, une mention brève mais explicite, non parce qu'elle serait secondaire, mais parce qu'elle concentre à elle seule des tensions que ce livre blanc analyse ailleurs pour l'ensemble du champ, et que le traitement polémique dont elle fait l'objet dans le débat public interdit d'en attendre, ici, autre chose qu'un rappel de méthode. La catégorie diagnostique elle-même est récente et de statut mouvant : la « dysphorie de genre » ne remplace le « trouble de l'identité de genre » du DSM-IV que depuis le DSM-5, en 2013, et l'Organisation mondiale de la santé a reclassé, à compter du 1er janvier 2022, l'« incongruence de genre » hors du chapitre des troubles mentaux et du comportement de la Classification internationale des maladies. Ce déplacement nosographique, quelle que soit la légitimité de son intention de dépathologisation, signale par lui-même que l'on n'a pas affaire à une entité clinique stabilisée mais à une catégorie en cours de redéfinition. Le débat public, quant à lui, est dominé par deux positions également dommageables à l'enfant : l'une assimile toute prudence clinique et tout temps d'exploration à un déni, voire à une maltraitance ; l'autre nie la réalité de la souffrance exprimée par ces enfants, la réduit à un effet de mode ou l'instrumentalise au service d'une cause qui leur est étrangère. Entre ces deux polarités, qui occupent l'essentiel de l'espace médiatique, la grande majorité des cliniciens de terrain exerce une pratique beaucoup plus mesurée que le débat ne le laisse entendre.



Quelques principes, largement partagés par les professionnels de l'enfance quelle que soit leur sensibilité clinique, suffisent à cadrer la prise en charge. La protection de l'enfance d'abord : un mineur dont l'identité est encore, par nature, en cours de construction ne doit pas être engagé dans une voie médicale ou chirurgicale dont certains effets sont irréversibles sans que le temps clinique nécessaire à l'évaluation de la stabilité de sa demande ait été respecté. L'école ensuite, qui doit pouvoir accueillir ces enfants sans les exposer ni à la stigmatisation ni à une pression institutionnelle dans un sens ou dans l'autre, et dont les personnels ont besoin d'une formation qui leur fait aujourd'hui défaut. Les parents enfin, qui doivent être soutenus et non suspectés — exigence qui rejoint directement celle que le § 1.5 formule à propos des familles en général. Ce livre blanc souscrit sans réserve



à l'interdiction, par la loi du 31 janvier 2022, des pratiques visant à réprimer ou à modifier l'orientation sexuelle ou l'identité de genre d'un mineur, et rappelle que cette même loi distingue explicitement de telles pratiques de l'accompagnement et de l'écoute ; la même vigilance vaut, symétriquement, à l'égard d'une validation automatique de la première demande sans exploration suffisante, qui expose l'enfant au risque d'enfermement identitaire précoce décrit au § 1.3 sous le nom d'effet de boucle, alors que la nature développementale de cette construction, rappelée au § 2.4, voudrait qu'elle demeure une hypothèse ouverte.

Sur le fond des traitements, ce livre blanc se borne à un constat de fait, qui relève exactement de son objet : des systèmes de santé comparables, examinant une littérature largement commune, parviennent à des conclusions divergentes. Le modèle affirmatif porté par les Standards of Care version 8 de la World Professional Association for Transgender Health, publiés en 2022, a supprimé l'âge minimal de seize ans que fixait la version précédente pour l'introduction d'un traitement hormonal, au profit d'une évaluation individualisée ; au terme de revues systématiques indépendantes, plusieurs autorités sanitaires nationales ont au contraire conclu à l'insuffisance de la base de preuve — la revue indépendante dirigée par la pédiatre Hilary Cass pour le NHS britannique en avril 2024, l'agence nationale suédoise de la santé en 2022, les recommandations finlandaises de 2020 —, et l'Académie nationale de médecine, dans un communiqué adopté le 25 février 2022 à une majorité resserrée, préconise en France un accompagnement psychologique prolongé de l'enfant et de ses parents avant toute décision, prudente et collégiale. Ce désaccord n'est pas un déficit local de rigueur : il est l'expression, sur un objet clinique particulier, des limites structurelles que la deuxième partie de ce texte analyse pour l'ensemble de la pédopsychiatrie — l'absence, à ce jour, d'un niveau de preuve permettant de trancher unilatéralement. La conséquence pratique est la même qu'ailleurs dans ce livre blanc : ni le déni de la souffrance de ces enfants, ni la fermeture prématurée du débat scientifique par l'un ou l'autre camp, mais un accompagnement psychique de qualité, un temps clinique respecté, une recherche indépendante et méthodologiquement rigoureuse, et le respect, en toutes circonstances, de la personne de l'enfant et de sa famille.

1.15 L'extension de la notion de handicap et le risque d'un déni du soin psychique

Un dernier phénomène mérite, dans cet état des lieux, une attention particulière, tant il traverse aujourd'hui silencieusement l'ensemble du champ de la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent sans que son ampleur soit toujours mesurée : l'extension progressive de la notion de handicap à des situations relevant historiquement du soin psychique, et le déplacement de logique qu'elle entraîne. Ce mouvement doit être considéré avec la même exigence de nuance que celle que ce livre blanc s'efforce d'appliquer à chacun des sujets qu'il aborde : il constitue, d'un côté, une avancée réelle et incontestable pour les enfants en difficulté et pour leurs familles — sur le plan diagnostique, sur le plan social par la déstigmatisation qu'il permet, et par l'ouverture de droits légitimes ; il produit, de l'autre, un risque tout aussi réel de disparition du soin, associé à un déni du handicap psychique, quand celui-ci est présent, alors même que celui-ci est explicitement reconnu par la loi comme distinct du handicap cognitif. Ce déplacement, ce livre blanc tient à le souligner avec force, n'est pas un débat sémantique ou administratif secondaire : il touche directement à la question de savoir si un enfant en souffrance psychique continuera, demain, à se voir proposer un soin, ou seulement une compensation.

Ce mouvement trouve son origine aux États-Unis, où le paradigme du handicap s'est construit, à partir des années 1970, en rupture assumée avec le paradigme médical. Le Rehabilitation Act de 1973, puis l'Education for All Handicapped Children Act de 1975 — devenu en 1990 l'Individuals with Disabilities Education Act (IDEA) —, et enfin l'Americans with Disabilities Act (ADA) de 1990, ont progressivement construit un droit des personnes handicapées fondé non plus sur leur traitement médical mais sur l'aménagement de l'environnement et la non-discrimination : c'est le fameux « modèle social du handicap », qui déplace le problème de l'individu déficient vers une société insuffisamment accommodante. Ce mouvement, porté notamment par le courant de la vie autonome (independent living movement), s'est délibérément construit contre ce qu'il percevait comme l'emprise excessive de la médecine et de la psychiatrie sur l'existence des personnes concernées. C'est dans ce même contexte américain qu'ont été élaborées, pour l'autisme spécifiquement, les méthodes éducatives et comportementales qui allaient devenir dominantes à l'échelle internationale : le programme TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication-handicapped Children), conçu par le psychologue Eric Schopler en Caroline du Nord au début des années 1970, et les techniques d'analyse appliquée du comportement (ABA) développées par Ivar Lovaas à partir de la même décennie. Ces approches, à l'origine conçues comme des dispositifs éducatifs et d'apprentissage plutôt que comme des traitements au sens médical du terme, ont ensuite été rejointes, à partir de la fin des années 1990, par le mouvement de la neurodiversité — déjà évoqué dans ce texte —,

la question de savoir si un enfant en souffrance psychique continuera, demain, à se voir proposer un soin, ou seulement une compensation

qui radicalise le paradigme du handicap en le doublant d'une revendication identitaire : l'autisme n'y est plus seulement une situation appelant compensation, mais une différence à ne pas « soigner » du tout.

Ce paradigme est arrivé en France par la voie de l'autisme, dans un mouvement d'importation progressive qui s'est étalé sur près de trois décennies. C'est la pédopsychiatre Catherine Milcent qui, en 1989, après avoir traduit les travaux d'Eric Schopler, crée à Meudon la première classe TEACCH française, introduisant ainsi sur le territoire national une approche éducative et comportementale jusque-là marginale face à la pédopsychiatrie telle qu'elle était alors structurée. La même année 1989 voit la création de l'association Autisme France, qui deviendra l'un des acteurs majeurs du plaidoyer en faveur d'une reconnaissance de l'autisme comme handicap plutôt que comme trouble psychique, et d'une critique frontale des approches psychodynamiques dans ce domaine. La circulaire du 5 janvier 2010 autorise, à titre expérimental, la mise en œuvre de la méthode ABA dans vingt-huit structures médico-sociales. Les plans autisme successifs, engagés à partir de 2005 — année, on le verra, qui n'est pas indifférente —, puis la déclaration de l'autisme « Grande Cause nationale 2012 » sous l'égide du Premier ministre François Fillon, achèvent d'installer, dans les politiques publiques françaises, un cadre de référence désormais organisé autour de la notion de trouble du neurodéveloppement plutôt que de celle, longtemps dominante, de psychose infantile ou de trouble psychique précoce — un déplacement nosographique déjà évoqué au § 1.3 de ce texte.

C'est précisément en 2005 qu'intervient, en France, le texte fondateur de cette extension : la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Cette loi définit le handicap de façon large, comme toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie par une personne dans son environnement du fait d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques. Elle crée les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), guichets uniques chargés de l'évaluation des besoins et de l'attribution des droits, ainsi que la prestation de compensation du handicap (PCH) et, pour les enfants, l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH). Il faut le dire sans détour : ce cadre a représenté un progrès considérable pour de très nombreux enfants et familles. Il a ouvert l'accès à une scolarisation en milieu ordinaire accompagnée d'un auxiliaire de vie scolaire (AVS, devenu AESH), permis une reconnaissance sociale et financière de situations jusque-là ignorées des pouvoirs publics, et sorti un grand nombre d'enfants d'une alternative binaire entre l'institution psychiatrique et l'absence totale de prise en charge.





Or la loi elle-même, en énumérant séparément les fonctions « mentales, cognitives ou psychiques », reconnaît explicitement que le handicap psychique constitue une catégorie distincte du handicap cognitif — distinction que l'Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM) s'est employée, dès les années qui ont suivi la loi, à faire vivre concrètement. Le handicap psychique, tel qu'il concerne par exemple un enfant ou un adolescent souffrant de troubles graves de la régulation émotionnelle, d'un état psychotique débutant ou d'un trouble sévère de la personnalité en formation, se caractérise par des capacités intellectuelles le plus souvent préservées mais par une difficulté, fluctuante et évolutive, à les mobiliser ; il requiert un suivi psychiatrique et thérapeutique actif, susceptible d'évoluer favorablement avec le temps et le soin, et non la seule compensation d'un déficit stable. Le handicap cognitif, tel que le modèle de l'autisme l'a progressivement installé comme référence dominante, appelle en revanche des aménagements pédagogiques et environnementaux relativement stables dans le temps. Confondre ces deux logiques, c'est risquer d'appliquer au handicap psychique un modèle de réponse — l'aménagement de l'environnement, la compensation matérielle, l'accompagnement éducatif — conçu pour un autre objet, au prix d'un désinvestissement du soin actif que ce modèle ne prévoit pas.

C'est très exactement ce risque que pointent, depuis une quinzaine d'années, plusieurs travaux critiques convergents. Le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales consacré à la prise en charge du handicap psychique, publié en 2011, relevait déjà que la notion pouvait aisément conduire à réduire le soin psychiatrique à la seule réadaptation fonctionnelle, la compensation ne pouvant se réduire à une modification matérielle de l'environnement lorsque la nature même du trouble reste évolutive et clinique. Des analyses plus récentes, publiées dans L'Information psychiatrique en 2014 puis en 2024, ont précisé les dangers de ce que l'on peut appeler un déni du handicap psychique par assimilation au handicap cognitif : une fois la reconnaissance MDPH obtenue, une fois l'AEEH ou la PCH attribuée, une fois l'AESH mis en place, l'institution comme la famille peuvent avoir le sentiment que « quelque chose a été fait », alors que rien, dans ce parcours administratif, ne constitue en soi un soin psychique. Diagnostiquer n'est pas soigner : cette formule, que ce livre blanc reprend à son compte et qui résonne directement avec la critique du populisme diagnostique développée au § 2.1, vaut tout particulièrement ici. Obtenir un diagnostic, aussi nécessaire soit-il pour ouvrir des droits, ne dispense en rien de la mise en œuvre d'un accompagnement thérapeutique actif ; à défaut, la reconnaissance administrative du handicap risque de fonctionner comme un solde de tout compte qui referme, plutôt qu'il n'ouvre, l'accès au soin.

Ce livre blanc tient cependant à mettre solennellement en garde contre une lecture erronée de ce constat, qui consisterait à généraliser cette critique en une remise en cause du modèle du handicap lui- même, ou pire, en un argument contre les droits et les compensations qu'il a permis d'obtenir pour les enfants autistes et leurs familles. Tel n'est pas son propos. Il s'agit au contraire d'alerter sur un risque bien identifié — celui d'une généralisation du non-soin, par laquelle la logique de compensation, pertinente pour certaines situations, viendrait progressivement se substituer, faute de moyens ou par simplification administrative, au soin psychique actif que d'autres situations continuent de requérir. Compensation du handicap et soin psychique ne sont pas deux logiques concurrentes entre lesquelles il faudrait choisir : elles doivent, comme le proposera la troisième partie de ce texte, être articulées l'une à l'autre, de sorte que la reconnaissance d'un handicap ouvre l'accès à un accompagnement global incluant le soin, plutôt qu'elle ne s'y substitue.

Ce livre blanc entend, avant d'aller plus loin, exprimer sa pleine compréhension pour le souhait de nombreuses familles d'enfants autistes de soustraire leur enfant à une psychiatrie qu'elles perçoivent, non sans raisons historiques rappelées dans l'avant-propos de ce texte, comme potentiellement enfermante et discriminante.



la reconnaissance administrative du handicap risque de fonctionner comme un solde de tout compte qui referme, plutôt qu'il n'ouvre, l'accès au soin

Ce souhait est légitime, et ce livre blanc ne demande à personne d'y renoncer. Il ne peut cependant en tirer la conclusion que la séparation entre handicap et souffrance psychique pourrait être totale. Quoi qu'il en soit, il faut relativiser cette séparation : si les pathologies mentales peuvent entraîner des handicaps parfois sévères, à l'inverse, la persistance de désavantages dans les interactions sociales peut fixer en profondeur des mécanismes psychopathologiques très contraignants pour l'enfant ou l'adolescent lui-même. Le handicap, en d'autres termes, n'immunise pas contre la souffrance psychique : il peut au contraire, lorsqu'il se prolonge sans que cette souffrance soit elle-même accompagnée, contribuer à la produire ou à l'aggraver.

Cette articulation trouve un fondement conceptuel précis dans la classification internationale des handicaps élaborée par le médecin britannique Philip Wood pour le compte de l'Organisation mondiale de la santé, publiée en 1980 puis traduite en français en 1988, qui distingue

trois niveaux qu'il importe de ne pas confondre : la déficience, qui désigne toute perte ou altération d'une structure ou d'une fonction psychologique, physiologique ou anatomique ; l'incapacité, qui désigne la réduction, partielle ou totale, de la capacité à accomplir une activité de la façon ou dans les limites considérées comme normales ; et le désavantage — le handicap au sens social du terme —, qui résulte, pour un individu donné, d'une déficience ou d'une incapacité limitant ou interdisant l'accomplissement d'un rôle normal compte tenu de l'âge, du sexe et des facteurs socioculturels. Cette classification, affinée en 2001 par l'Organisation mondiale de la santé dans la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF), qui y ajoute la dimension déterminante des facteurs environnementaux et contextuels, établit un point capital pour ce livre blanc : la chaîne entre déficience, incapacité et désavantage n'est jamais mécanique ni à sens unique. Une déficience ne débouche pas nécessairement sur une incapacité, ni une incapacité sur un désavantage ; mais surtout, un désavantage prolongé — l'exclusion répétée des échanges sociaux, l'expérience répétée de l'incompréhension ou du rejet — peut, à son tour, engendrer ou aggraver des mécanismes psychopathologiques qui n'étaient pas nécessairement inscrits dans la déficience initiale. Le handicap n'est donc pas seulement la conséquence d'une souffrance psychique éventuelle : il peut aussi, dans certaines configurations, en devenir la cause.

C'est pourquoi ce livre blanc défend un soin psychique toujours articulé aux autres formes d'accompagnement — éducatif, comportemental, orthophonique, psychomoteur — plutôt que substitué à elles, et refuse tout aussi fermement le déni du psychisme qui, chez certains enfants présentant un trouble du spectre de l'autisme, en vient à considérer que la vie psychique et la question du sujet ne les concerneraient pas, ou ne concerneraient que leurs particularités neurodéveloppementales. À côté du regard neurodéveloppemental, indispensable et largement documenté par ce texte, ce livre blanc défend qu'une place doit continuer d'être faite au regard psychodéveloppemental, attentif à la façon singulière dont chaque enfant, y compris lorsqu'il présente un trouble du spectre de l'autisme, se construit comme sujet dans sa relation aux autres. Les vidéos familiales analysées rétrospectivement en offrent une illustration clinique frappante, telle que l'a notamment documentée l'équipe pisane de Filippo Muratori et Sandra Maestro : on y observe parfois un nourrisson à risque autistique esquisser un regard vers l'adulte avant de s'en détourner brusquement, comme happé par un mouvement de rétraction. Une lecture strictement neurodéveloppementale peut décrire ce moment comme un simple déficit de l'attention conjointe ; une lecture psychodynamique y voit également, sans nécessairement s'y opposer, l'indice possible d'un mécanisme de défense archaïque, sur lequel un accompagnement psychique attentif à

la chaîne entre déficience, incapacité et désavantage n'est jamais mécanique ni à sens unique



la relation peut précisément agir. C'est tout l'enjeu de ce que Bernard Golse a appelé le processus de subjectivation : la façon dont un sujet, quelle que soit la nature de ses particularités neurodéveloppementales, advient progressivement à lui-même — ou, pour le dire plus simplement, devient un sujet doté d'une véritable conscience de soi — à travers la qualité de l'intersubjectivité qui lui est proposée. Considérer la question de la subjectivation dans le trouble du spectre de l'autisme, ce n'est pas nier la réalité neurobiologique du trouble : c'est refuser de réduire l'enfant autiste à cette seule réalité, et lui reconnaître, comme à tout enfant, une vie psychique dont le développement mérite d'être accompagné pour lui-même.

Le travail mené depuis 1998 par l'association PréAut (Prévention Autisme), fondée notamment par Marie-Christine Laznik, docteure en psychologie et psychanalyste, s'inscrit dans le prolongement direct de cette clinique du regard et de la relation précoce. À partir de l'analyse de films familiaux de nourrissons ultérieurement diagnostiqués autistes, l'équipe de PréAut a isolé des indices précurseurs observables dès quatre mois — notamment la capacité du bébé à prendre l'initiative dans l'échange plutôt qu'à seulement réagir à la sollicitation d'autrui — et les a formalisés dans la grille PréAut, aujourd'hui utilisée par des médecins de protection maternelle et infantile pour un repérage du risque autistique dès les premiers mois de vie, en lien avec une consultation spécialisée en cas d'alerte. Ce même souci d'agir au plus tôt, et sans opposer le soin à l'apprentissage, a conduit PréAut à créer en 2010 à Paris l'Unité d'Accompagnement PréAut (UDAP), devenue en 2012 un établissement de la Croix-Rouge française, où des classes accueillant des tout-petits à risque ou présentant un trouble du spectre de l'autisme associent délibérément un contenu pédagogique, de la petite à la grande section de maternelle, à un accompagnement psychique individualisé de chaque enfant et de sa famille. Ce dispositif illustre concrètement ce que ce livre blanc défend tout au long de cette section : soin psychique et apprentissage ne s'opposent pas, et c'est précisément de leur articulation, dès les tout premiers mois de la vie, que peut naître la meilleure chance offerte à l'enfant.

Ce livre blanc ne peut, dans cet état des lieux, passer sous silence le sort d'un nombre encore trop important d'enfants, tout particulièrement porteurs de troubles du spectre de l'autisme, pour lesquels notre pays ne parvient pas à construire de réponse adaptée.

Pour une partie d'entre eux, l'absence de place en établissement médico-social se traduit par un maintien de fait au seul foyer familial, sans scolarisation ni accompagnement suffisants, au prix d'un épuisement souvent considérable des parents, et en premier lieu des mères, qui se retrouvent de facto seules à assumer une prise en charge dont l'intensité et la durée excèdent largement ce qu'aucune politique publique ne devrait faire reposer sur une seule famille. Pour

une autre partie, faute de solution en France, c'est l'exil, dès l'enfance, vers des établissements spécialisés belges : selon les chiffres publiés en mai 2023 par le ministère chargé des Personnes handicapées, 8 258 personnes en situation de handicap originaires de France, dont 1 250 enfants, étaient alors accompagnées dans près de 230 établissements wallons, une majorité d'entre elles porteuses d'un trouble du spectre de l'autisme selon les recoupements opérés par la presse. Ce livre blanc tient à souligner que cet exil, documenté depuis plus d'une décennie, n'est pas le fruit d'un choix librement consenti par les familles mais, selon les associations de terrain elles-mêmes, la conséquence d'un refus de prise en charge ou d'échecs répétés d'admission en France.

Face à ce constat, ce livre blanc tient à saluer le travail mené par **Mireille Battut**, mère d'un enfant autiste, présidente de l'association Ambition École Inclusive, par ailleurs présidente fondatrice de l'association La Main à l'Oreille et vice-présidente cofondatrice du Rassemblement pour une approche des autismes humaniste et plurielle (RAAHP). Son engagement, qu'elle a notamment porté devant l'Assemblée nationale en avril 2023, défend une exigence simple mais rarement satisfaite : qu'aucun enfant, quel que soit son trouble ou son handicap, ne soit ni maintenu sans solution au domicile familial, ni contraint, faute de moyens dans son propre pays, à l'exil vers la Belgique. Ce combat rejoint directement l'esprit de ce livre blanc, pour qui l'inclusion scolaire ne saurait se réduire à une inscription administrative dépourvue des moyens humains — accompagnants formés, enseignants sensibilisés, dispositifs de soin articulés à l'école — qui seuls la rendent réellement effective plutôt que purement nominale.

Ce livre blanc tient enfin à souligner l'intérêt, trop rarement pris en compte dans le débat français, des écrits et des prises de parole des personnes autistes elles-mêmes — y compris de celles que la clinique a longtemps considérées comme présentant un autisme sévère, et dont la parole a de ce fait mis le plus de temps à être entendue. Cette littérature, faite de livres, de blogs et de conférences, offre un matériau clinique de premier plan que ce livre blanc invite à prendre au sérieux, précisément parce qu'elle échappe au clivage binaire qui structure trop souvent le débat public français. On y trouve, sans surprise, des critiques sévères des interventions psychanalytiques anciennes : l'acteur et écrivain **Hugo Horiot**, diagnostiqué autiste dans l'enfance et longtemps privé de parole, décrit ainsi, dans ***Autisme : j'accuse !*** (2018), l'impasse d'une prise en charge fondée sur la seule interprétation d'un sujet supposé communiquer alors même que le trouble affecte la communication elle-même. Mais on y trouve tout aussi bien, et c'est le point que ce livre blanc entend souligner ici avec force, des critiques précises et documentées des méthodes comportementales intensives que la Haute Autorité de Santé continue pourtant de recommander, notamment dans ses recommandations de bonne pratique du 12 février 2026. L'Américain Ido Kedar, diagnostiqué autiste sévère dès l'âge de deux ans et soumis pendant des années à une prise en charge intensive par la méthode ABA (Applied Behavior Analysis) avant d'accéder à la communication écrite, décrit ainsi dans Ido in Autismland (2012) une expérience de dressage éprouvante, centrée sur la conformité comportementale plutôt que sur la reconnaissance de ses compétences cognitives réelles, alors invisibles pour son entourage faute de moyen de communication fiable.

Ce livre blanc tient enfin à souligner l'intérêt, trop rarement pris en compte dans le débat français, des écrits et des prises de parole des personnes autistes elles-mêmes

Ce témoignage rejoint un ensemble de travaux qui interrogent aujourd'hui les effets à long terme de l'ABA lorsqu'elle est pratiquée de façon intensive et prolongée. La psychologue et chercheuse autiste **Henny Kupferstein** a ainsi publié, en 2018 dans la revue Advances in Autism, une étude selon laquelle 46 % des personnes autistes ayant été exposées dans leur enfance à la méthode ABA présentaient, à l'âge adulte, des symptômes compatibles avec un état de stress post-traumatique, contre une proportion nettement moindre chez les personnes non exposées — une corrélation positive étant en outre observée entre la sévérité des symptômes et la durée d'exposition. Ce livre blanc se doit, dans le droit fil de l'exigence méthodologique qu'il applique à chacune des études qu'il cite, de signaler que cette étude a fait l'objet d'un « expression of concern » de son éditeur ainsi que de critiques méthodologiques portant notamment sur les modalités de recrutement de l'échantillon, et qu'elle ne saurait à elle seule clore le débat. Elle n'en constitue pas moins un signal suffisamment sérieux pour justifier une évaluation indépendante et contradictoire des effets psychiques à long terme de l'ABA intensive, exactement au même titre que ce livre blanc réclame, au § 2.1 et suivants, une évaluation indépendante des interventions se réclamant de la psychiatrie dite de précision. Le professeur émérite de psychologie et psychanalyste Jean-Claude Maleval a du reste consacré, dans l'ouvrage collectif dirigé par Sébastien Ponnou À l'écoute des enfants autistes. Le pari de la psychanalyse (2025), une analyse détaillée de ce qu'il nomme le déclin de l'ABA, documentant un mouvement de recul progressif de cette méthode dans plusieurs pays anglo-saxons à mesure que s'accumulent les témoignages critiques des personnes autistes elles-mêmes. Ce livre blanc en tire une conclusion simple, qui vaut pour l'ensemble des interventions examinées dans ce texte : aucune méthode, quelle que soit l'autorité institutionnelle qui la recommande, ne devrait être soustraite à l'exigence d'évaluation contradictoire de ses effets à long terme sur le sujet qu'elle prétend traiter — fût-il un enfant qui ne peut, sur le moment, faire entendre son désaccord.



Ce même souci d'entendre la parole des personnes directement concernées conduit ce livre blanc à mentionner deux autres figures majeures de cette littérature testimoniale. Le philosophe **Josef Schovanec**, diagnostiqué autiste Asperger à l'âge de vingt-deux ans, a consacré depuis la parution de Je suis à l'Est ! (2012) une œuvre entière à décrire, avec autant d'humour que d'exigence intellectuelle, le monde vu depuis l'autisme, plaidant pour une société capable d'accueillir la neurodiversité sans jamais nier la réalité des souffrances qui peuvent l'accompagner. Le Britannique **Daniel Tammet**, autiste Asperger et savant prodige capable de réciter plus de vingt-deux mille décimales du nombre pi, décrit pour sa part dans Je suis né un jour bleu (2007) une expérience intérieure d'une rare richesse, où les nombres se donnent à voir comme des formes et des couleurs, sans jamais réduire son propos à cette seule performance mnésique. Ce livre blanc mentionne enfin le témoignage à deux voix de l'Américain **Sean Barron** et de sa mère **Judy Barron**, **Moi, *l'enfant autiste***, qui retrace, du point de vue croisé de l'enfant et du parent, un cheminement fait de patience, d'écoute et de lien, aux antipodes de toute approche exclusivement technique du trouble.



Ce livre blanc constate, à cet égard, que les recommandations de la Haute Autorité de Santé du 12 février 2026 elles-mêmes ne tirent pas encore toutes les conséquences de ce constat. Comme la plupart des recommandations de bonne pratique construites sur le seul modèle de l'essai contrôlé randomisé déjà critiqué au § 2.6 de ce texte, elles évaluent principalement l'efficacité des méthodes qu'elles recommandent à partir de critères de résultat étroitement fonctionnels — acquisition du langage, réduction des comportements dits « problèmes », compétences sociales observables — sans accorder une place suffisante aux effets secondaires à moyen et long terme de ces mêmes méthodes sur la qualité de vie du patient lui-même, ni sur celle de son entourage familial, alors que ces effets font pourtant l'objet d'une littérature scientifique et testimoniale croissante, comme le montrent les travaux cités plus haut. Cette asymétrie d'évaluation n'est pas propre à la France : elle reproduit, pour les méthodes comportementales, le même biais que ce livre blanc dénonce, en sens inverse, à l'égard des interventions complexes tout au long de sa deuxième partie — celui d'une évaluation qui privilégie ce qui se mesure aisément sur ce qui importe réellement au sujet. Une évaluation véritablement équilibrée des interventions proposées aux enfants autistes et à leurs familles devrait donc, à l'avenir, intégrer systématiquement des indicateurs de qualité de vie, de bien-être subjectif et de retentissement familial, mesurés indépendamment des objectifs comportementaux de l'intervention elle-même et, autant que possible, recueillis auprès des personnes autistes devenues adultes plutôt que des seuls professionnels et parents.

1.16 L'éco-anxiété et l'angoisse de l'avenir : un facteur émergent de souffrance psychique chez l'enfant et l'adolescent

Ce livre blanc souhaite faire une place, dans son état des lieux, à un phénomène encore mal identifié par les nomenclatures cliniques mais dont la réalité clinique est de plus en plus tangible sur le terrain : l'éco- anxiété. Ce terme, apparu initialement pour désigner l'inquiétude suscitée par le réchauffement climatique et l'effondrement de la biodiversité, doit selon nous être entendu plus largement, comme une angoisse de l'avenir qui prend chez les enfants et surtout chez les adolescents des formes multiples et souvent enchevêtrées. Une étude conduite pour l'ADEME et publiée en 2025 établit que 47 % des adolescents français se disent stressés par l'état de la planète, et que 53 % d'entre eux présentent des troubles anxieux mesurables, soit une progression de dix points par rapport à 2021 ; les indicateurs d'irritabilité, d'inquiétude incontrôlable et de peur qu'un événement terrible ne survienne ont tous augmenté sur la même période. Une étude qualitative publiée en janvier 2026 dans La Psychiatrie de l'enfant, menée auprès d'enfants et d'adolescents de 7 à 18 ans, confirme que cette préoccupation climatique s'accompagne, chez une partie d'entre eux, d'affects anxieux authentiques et durables, et non d'une simple préoccupation civique passagère.

Mais l'éco-anxiété, au sens où ce livre blanc entend la mobiliser, ne se limite pas à la question climatique. Elle s'étend aujourd'hui, avec une acuité particulière chez les adolescents et les jeunes adultes, à la crainte de ne pas trouver sa place sur un marché du travail bouleversé par l'intelligence artificielle. Une enquête OpinionWay conduite pour Chance en mai 2026 auprès d'étudiants français de 18 à 24 ans montre que 61 % d'entre eux se disent inquiets pour leur avenir professionnel du fait de l'essor de l'intelligence artificielle, qu'un sur deux craint que cette technologie ne remplace le métier même auquel il se destine, et que 77 % anticipent un marché du travail plus compétitif pour les jeunes diplômés. Cette inquiétude, qui touche directement les adolescents en construction de projet scolaire et professionnel, se diffuse également par imprégnation aux enfants plus jeunes, à travers l'anxiété des parents et le climat familial et médiatique ambiant, alors même que les nomenclatures diagnostiques usuelles peinent à nommer une souffrance dont l'origine n'est ni purement individuelle ni purement psychopathologique, mais résulte d'une incertitude sociétale largement partagée.



Elle s'étend aujourd'hui, avec une acuité particulière chez les adolescents et les jeunes adultes, à la crainte de ne pas trouver sa place sur un marché du travail bouleversé par l'intelligence artificielle.

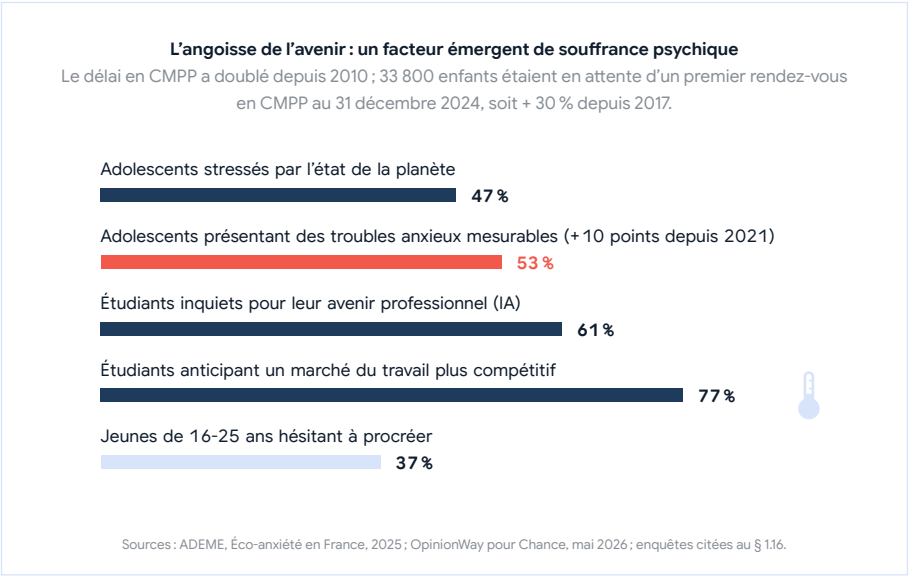


Figure 6 — L'angoisse de l'avenir chez les adolescents et les jeunes adultes.

Cette angoisse de l'avenir affecte enfin, de façon plus profonde encore, le désir d'enfant lui-même, et donc la génération à venir. Plusieurs enquêtes convergent pour montrer qu'une part significative des jeunes adultes, de l'ordre de 37 % chez les 16-25 ans selon les études disponibles, déclarent hésiter à procréer en raison de l'urgence climatique et de l'incertitude qui pèse sur l'avenir, qu'il s'agisse du climat, du contexte géopolitique ou de l'incertitude économique liée aux mutations technologiques. Cette hésitation n'est sans doute pas la seule cause de la baisse de la fécondité française, tombée à 1,68 enfant par femme en 2023, son niveau le plus bas depuis la Seconde Guerre mondiale, mais elle en constitue une composante psychique que ce livre blanc juge nécessaire de nommer, tant elle éclaire, en amont même de la conception, le climat psychique dans lequel grandissent les enfants nés de parents eux- mêmes traversés par cette inquiétude.

Ce livre blanc souligne que ces anxiétés, pour légitimes et en partie rationnelles qu'elles soient au regard des transformations réelles du monde, ne sont pas pour autant sans risque psychopathologique : lorsqu'elles ne trouvent pas à se dire, à s'élaborer, à se transformer en engagement ou en pensée plutôt qu'en rumination silencieuse, elles peuvent se cristalliser en authentiques troubles anxieux — trouble anxieux généralisé, attaques de panique, anxiété de séparation exacerbée chez l'enfant plus jeune — qui relèvent alors pleinement du soin psychique. Ce livre blanc appelle donc à ce que l'éco-anxiété et l'angoisse de l'avenir, dans toutes leurs dimensions climatique, technologique et existentielle, soient reconnues comme une composante à part entière de l'état des lieux de la santé mentale des enfants et des adolescents, et prises en compte dans la formation des professionnels comme dans l'accueil clinique qui leur est réservé, sans être ni banalisées comme un simple air du temps, ni psychiatrisées à l'excès comme si elles relevaient d'emblée et pour tous d'un trouble constitué.

1.17 Le dispositif « Mon soutien psy » : une extension continue, une conception rétrécie du soin psychique de l'enfant

Aucun état des lieux de la santé mentale des enfants ne serait complet aujourd'hui sans une analyse du dispositif « Mon soutien psy », qui constitue, depuis quatre ans, la principale innovation de la puissance publique française en matière d'accès aux soins psychiques, et dont l'extension continue engage, bien au-delà de ses modalités techniques, une certaine conception de ce qu'est un soin psychologique. Annoncé par le président de la République le 28 septembre 2021 à la clôture des Assises de la santé mentale et de la psychiatrie — annonce qui comportait simultanément la création de 800 postes en centres médico-psychologiques —, le dispositif a reçu sa base légale de l'article 79 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022, codifié à l'article L. 162-58 du code de la sécurité sociale, puis ses modalités du décret n° 2022-195 du 17 février 2022 et des arrêtés des 2 et 8 mars 2022. Ouvert au public le 5 avril 2022 sous le nom de « MonPsy », avec 600 psychologues conventionnés retenus sur environ 1 300 candidatures, il prévoyait alors huit séances par an, rémunérées 40 euros pour l'entretien d'évaluation et 30 euros pour les séances de suivi, accessibles aux patients à partir de trois ans mais sous condition d'un adressage médical obligatoire. Ces paramètres ont été profondément révisés à la suite de l'annonce du Premier ministre du 6 avril 2024 : entrée en vigueur au 15 juin 2024 et publication des textes au Journal officiel le 28 juin, la réforme a porté le tarif unique à 50 euros, le nombre de séances de huit à douze, et a supprimé l'obligation d'adressage par un médecin. Le dispositif a pris à cette occasion son nom actuel de « Mon soutien psy ».

Dans son architecture de 2026, le dispositif ouvre droit à un entretien d'évaluation suivi de onze séances de suivi, soit douze séances par année civile, rémunérées 50 euros sans dépassement possible, prises en charge à 60 % par l'Assurance maladie et à 40 % par les organismes complémentaires — intégralement par l'Assurance maladie pour les bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire, de l'Aide médicale de l'État, des affections de longue durée et pour les femmes enceintes à partir du sixième mois. L'accès est direct depuis juin 2024, par l'annuaire mis en ligne par l'Assurance maladie ; les séances durent, à titre indicatif, de quarante-cinq minutes à une heure ; l'entretien d'évaluation doit se tenir en présentiel et l'activité conventionnée réalisée à distance ne peut excéder 20 % du total annuel ; le consentement des titulaires de l'autorité parentale est requis pour les mineurs. On peut noter ici que d'ores et déjà ce dispositif conduit à en écarter de la gratuité 3 millions de personnes qui vivent aujourd'hui sans mutuelle en France. Deux dispositions méritent d'être relevées avec une attention particulière, car elles portent, mieux que le tarif ou le nombre de séances, la conception du soin qui sous-tend l'ensemble : le compte rendu adressé au médecin qui suit le patient est présenté par l'Assurance maladie comme facultatif — « vous pouvez adresser » —, alors que le Syndicat National des Psychologues soutient qu'il est devenu obligatoire dans les faits, désaccord d'interprétation que ce livre blanc signale sans prétendre le trancher ; et surtout, le renouvellement au-delà de la douzième séance est subordonné à une réévaluation, à une concertation entre médecin et psychologue et à un avis psychiatrique formalisé. C'est ce dernier point qui constitue, factuellement, le verrou médical résiduel du dispositif : l'accès initial a été libéré, mais la poursuite d'un travail psychique au-delà de douze séances demeure suspendue à l'appréciation d'un psychiatre.

Les critères d'éligibilité disent, plus explicitement encore, quelle place ce dispositif assigne au soin psychique de l'enfant. Pour les trois-dix-sept ans, l'inclusion suppose une souffrance psychique d'intensité légère à modérée, « pouvant inquiéter la famille, l'école ou les professionnels de santé ». Il est à noter que cette notion de souffrance psychique d'intensité légère à modérée n'existe dans aucune nomenclature, et que par ailleurs, un trouble qui serait évalué comme tel peut masquer un trouble plus sérieux qui n'entrerait alors plus dans les critères d'inclusion au dispositif. Aussi, à terme, on peut craindre, par la convention que les psychologues ont signée avec l'assurance maladie, qu'un jour celle-ci ne vienne demander au psychologue le remboursement de séances réalisées alors même que la personne suivie n'entrait plus dans les critères du dispositif. En sont exclus, outre les enfants de moins de trois ans, le risque suicidaire, les formes sévères, les troubles du neurodéveloppement, la dépendance à une substance, l'existence d'une affection de longue durée psychiatrique en cours ou dans les deux ans précédents, les troubles des conduites alimentaires présentant des signes de gravité, le retrait comportemental majeur et les troubles externalisés sévères. L'usage d'échelles standardisées y est par ailleurs encouragé. Cette liste appelle une observation simple : le dispositif est construit pour les situations qui, précisément, ne relèvent pas de la pédopsychiatrie au sens où ce livre blanc l'a décrite dans les seize sections qui précèdent. Il écarte l'enfant autiste, l'enfant dysphorique, l'adolescent suicidaire, l'enfant psychotique, l'enfant placé dont la souffrance est intriquée à une histoire de maltraitance, c'est-à-dire l'essentiel de la file active des centres médico-psychologiques et des centres médico-psycho-pédagogiques et même l'essentiel du public des psychologues libéraux. La formule la plus juste de cette limite a été donnée devant l'Assemblée nationale par un député qui écrivait, dans une question écrite du 24 avril 2025, qu'« un enfant de 7 ans peut être pris en charge, mais pas sa sœur de 2 ans et demi avec des symptômes similaires », et rappelait qu'« aucun autre acte de soin — kinésithérapie, orthophonie ou soins infirmiers — ne fait l'objet d'une telle restriction ».



L'autre fait notable, demeure dans le fait que l'exécutif présente ce dispositif comme une réponse à la pénurie qui existe en psychiatrie afin de désengorger les lieux de soin psychique, mais à d'autres moments il le dénie en affirmant que ce dispositif n'a pas vocation à réaliser un travail thérapeutique de fond, mais à soutenir psychologiquement les personnes dans un objectif de prévention. Double discours qui témoigne bien ici de la difficulté d'appréhension de la souffrance psychique, et qui en passant, disqualifie les psychologues qui seraient alors désignés comme seulement capables de traiter de troubles dits légers, ou à réaliser du soutien psychologique.

L'extension quantitative du dispositif est annoncée comme rapide. Pourtant, il existe des nombreuses questions sur les chiffres avancés.

En ce qui concerne le nombre de psychologues conventionnés, leur nombre officiel est passé de 600 au lancement en avril 2022 à environ 3 000 en mai 2023 — soit alors 13 % des psychologues libéraux concernés selon l'Assemblée nationale —, puis à plus de 3 550 en octobre 2024, 5 217 au 28 février 2025, 6 576 au 31 juillet 2025 et 7 280 en décembre 2025, ce dernier chiffre représentant, selon l'Assurance maladie, 44 % des 16 000 psychologues qu'elle tient pour éligibles. Ce dénominateur mérite d'être manié avec prudence : la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques dénombrait en 2024 plus de 77 000 psychologues de moins de soixante-deux ans enregistrés, dont environ 28 350 exerçant en libéral ou en exercice mixte,

et l'écart entre ces 28 350 libéraux et les 16 000 « éligibles » de l'Assurance maladie n'est nulle part explicité. Par ailleurs, de nombreux psychologues conventionnés ont dépassé l'âge de 62 ans, or l'Assurance Maladie ne tient compte pour son assiette de calcul que des psychologues de moins de 62 ans, et de nombreux témoignages rapportés par les organisations de psychologues font état de psychologues qui ont demandé leur déconventionnement, mais dont le nom n'a pas été retiré de la liste des psychologues conventionnés, avec une mention indiquant qu'ils ne prenaient plus patients dans le cadre du dispositif. Ces deux éléments de calcul gonflent ainsi artificiellement le chiffre officiel de participation des psychologues libéraux à ce dispositif, dans une proportion impossible à déterminer sans l'existence d'une plus grande transparence. Aussi, rapportée à l'ensemble des psychologues libéraux, la participation demeure donc très minoritaire.

Le pourcentage relatif au nombre de psychologues libéraux est trompeur aussi dans la mesure où la CNAM contacte l'ensemble des psychologues, les psychologues salariés et même les psychologues de la fonction publique, pour leur proposer de se conventionner au dispositif. A cela s'ajoute le fait que des structures avec des psychologues salariés commencent à tenter de conventionner, y compris en faisant pression sur eux, selon les témoignages recueillis par les organisations de psychologues, pour bénéficier du financement de « mon soutien psy ». Aussi, selon ces éléments, il serait sans doute plus juste de mesurer le pourcentage de psychologues conventionnés au nombre de l'ensemble des psychologues et pas seulement au nombre de libéraux, ce qui relativise encore grandement la participation des psychologues à ce dispositif.

En ce qui concerne la répartition territoriale, elle est fortement déséquilibrée : 89 % des psychologues conventionnés exercent en zone urbaine, ce qui contredit frontalement la logique de proximité et de sectorisation que ce livre blanc défend en 1.6 et en 3.4.

Du côté des patients, la progression est plus spectaculaire encore : 90 000 bénéficiaires et 370 000 séances en janvier 2023, 381 000 bénéficiaires en octobre 2024, 586 858 et 3,1 millions de séances au 28 février 2025, 809 967 bénéficiaires et 4,4 millions de séances au 31 juillet 2025, plus d'un million de bénéficiaires et 5,9 millions de séances en décembre 2025. Le montant remboursé s'établissait à 117,8 millions d'euros au 31 juillet 2025, soit un coût moyen de 145 euros par patient — seul chiffre de dépense issu d'une source officielle que ce livre blanc ait pu établir, les 170 millions d'euros parfois avancés dans le débat parlementaire pour l'année 2024 n'étant ni confirmés par le Gouvernement ni conciliables avec le cumul publié par l'Assurance maladie. Le nombre moyen de séances effectivement consommées aurait progressé de quatre en janvier 2023 à cinq au 31 juillet 2025 puis six en décembre 2025, pour douze séances ouvertes. Ici, une règle de calcul de trois témoigne encore d'une imprécision chiffrée. Si le dispositif a bien coûté 145 € par personne, et que pour chaque séance, l'assurance maladie a dépensé 30 €, le nombre moyen de séances par personne est donc de 4,8. Cela sans compter les personnes prises en charge à 100 % par l'assurance maladie. Le nombre de séance moyen est donc sensiblement inférieur à celui annoncé. Néanmoins, si l'on reste sur les chiffres officiels, un quart seulement des patients dépassent la huitième séance. Cet écart persistant entre le droit ouvert et l'usage réel se prête à deux lectures opposées : le plafond ne serait pas contraignant, ou bien le dispositif ne retiendrait pas les patients et ne permettrait pas un travail de fond. Or, nous le rappelons, le dispositif, encore une fois est déclaré par l'exécutif comme un dispositif qui n'est pas conçu pour faire un travail de fond, mais comme un soutien psychologique — que les données publiées ne permettent pas de départager, faute de savoir ce qui relève de l'amélioration, de l'abandon ou de l'inadéquation.

Compte tenu de toute ces imprécisions chiffrées et même des discours de l'exécutif sur l'objet de ce dispositif (travail de fond ou non), ce dispositif ne peut que souffrir du soupçon d'avoir été construit sur une base idéologique, non scienti-

fique et sans concertation suffisante avec les parties prenantes, ce que ces dernières ne cessent de clamer, à part la FFPP qui est partie prenante de la mise en œuvre de ce dispositif dénoncé par les autres organisations de psychologues.

La deuxième version de ce livre blanc a aussi pour objet d'en actualiser les données. Le rapport d'évaluation du dispositif du 27 mars 2025 indique les chiffres détaillés de la répartition des patients inclus dans ce dispositif par tranche d'âge et par sexe. Aussi, il apparaît que 45,7 % d'entre eux ont moins de 19 ans. Ce chiffre confirme le besoin criant de soin des jeunes et est à rapprocher d'autres chiffres de l'Assurance maladie qui souligne une hausse de 60 % du nombre de jeunes sous antidépresseurs en 2023 par rapport à 2019 et que 25 % des quinze-vingt-neuf ans déclarent des symptômes dépressifs. Néanmoins, si le rapport d'évaluation de 2025 indique que 52 % des médecins interrogés auraient choisi d'orienter les patients vers ce dispositif afin d'éviter une prescription médicamenteuse. s'il précise également qu'il est difficile d'établir l'impact de cette prise en charge sur la santé mentale des personnes, on peut supposer que l'intérêt perçu par les médecins résiderait dans une diminution de la nécessité de prescription et donc des dépenses de santé, comme l'indiquent différentes méta analyses où les psychothérapies remboursées engendreraient une économie financière pour les finances publiques. Cependant, ce dispositif, selon les autorités, n'a pas pour vocation la psychothérapie et selon les différentes organisations qui y sont opposées, il ne serait pas pertinent en l'état pour parvenir à un tel résultat.

Une seconde donnée mérite d'être relevée car elle éclaire d'une lumière crue la logique de catalogue sur laquelle repose le dispositif. Une étude réalisée en janvier 2024 par l'Assurance maladie établit que 64 % seulement respectaient les critères d'inclusion et que 36 % présentaient des antécédents psychiatriques relevant des critères de non-inclusion — plus de 12 % étant même en affection de longue durée psychiatrique avant leur entrée dans le dispositif. Plus d'un tiers des prises en charge se sont donc effectuées hors de l'indication théorique. Ce résultat peut se lire de deux façons, et ce livre blanc soutient qu'il faut les tenir ensemble. Il révèle d'abord que le tri clinique prescrit par la nomenclature administrative ne résiste pas à la rencontre avec la clinique réelle : les praticiens de terrain, confrontés à des patients qui souffrent et à des structures publiques saturées, ne renvoient pas un enfant au motif qu'il coche une case d'exclusion. Il révèle ensuite que le dispositif est massivement utilisé comme substitut d'une offre spécialisée absente. Loin d'invalider la clinique, ce chiffre invalide le catalogue.

Ce livre blanc tient à énoncer ce qu'il reconnaît au dispositif, avant d'exposer ce qu'il lui reproche. La prise en charge financière de séances de psychologue par la solidarité nationale répond à une injustice ancienne et réelle : jusqu'en 2022, l'accès à un psychologue libéral demeurait, en France, entièrement à la charge des familles, ce qui réservait de fait le soin psychologique de l'enfant en libéral à celles qui pouvaient l'acheter, et renvoyait les autres vers des structures publiques dont ce livre blanc a décrit en 1.1 et en 1.6 la saturation. Que 29 % des bénéficiaires résident dans les 40 % de communes les plus défavorisées, et que 12,2 % soient bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire, pourrait attester que le dispositif atteint en partie des publics qui n'auraient pas consulté autrement ; une enquête conduite en 2023 auprès des psychologues conventionnés indiquait que 86 % d'entre eux estimaient qu'il avait permis l'accès de patients qui n'en avaient pas les moyens et 63 % qu'il avait favorisé un repérage précoce — sondage commandité et portant sur les seuls conventionnés, ce qui en limite la portée, mais dont le sens converge avec l'expérience de terrain. On peut néanmoins rappeler ici un chiffre du ministère lui-même indiquant que seuls 11 % des bénéficiaires étaient en situation de précarité, ce qui fait dire à de nombreuses organisations de psychologues que ce dispositif rate donc sa cible. Rien ne permet de dire, par ailleurs, que le public en situation de précarité n'aurait pas consulté le service public s'il ne se heurtait pas à des mois voire des années d'attente pour être reçu. Le principe du remboursement n'est donc pas



en cause. Ce qui est en cause, c'est l'architecture.

C'est cette architecture que conteste, depuis l'origine et sans discontinuité, le Syndicat National des Psychologues, dont la position mérite d'être rapportée dans ses termes propres. Dans un communiqué du 2 juillet 2024 intitulé « Mon soutien psy : pourquoi c'est toujours non ! », le syndicat estime que « le dispositif reste en contradiction avec l'autonomie des psychologues », que « chaque psychologue qui entre dans le dispositif dépend alors du code de la santé publique », et appelle « l'ensemble des psychologues à poursuivre le boycott » — l'argument juridique étant que la profession est réglementée par l'article 44 de la loi du 25 juillet 1985, qui protège le titre, et non par le code de la santé publique. Dans un communiqué du 6 novembre 2024 intitulé « Mon soutien psy : une paramédicalisation des psychologues qui ne se cache plus ! », il écrit qu'« être inscrit au Fichier National des Professions de Santé signifie être un professionnel paramédical », dénonce « la perte d'autonomie technique du psychologue, qui ne pourrait alors plus choisir librement sa pratique », affirme que « s'inscrire dans ce dispositif, c'est volontairement aller dans le sens d'une servitude », appelle au « boycott complet du dispositif » et « exige que ce dispositif soit abrogé ». Une affiche de campagne, visant à expliquer « pourquoi plus de 85 % des psychologues boycottent le dispositif » diffusée en juin 2025 reproche au dispositif de trier les patients, rappelle qu'« un nombre de séances prédéterminé et limité méconnaît les besoins du soin psychique », défend explicitement les centres médico-psychologiques, les centres médico-psycho-pédagogiques et les bureaux d'aide psychologique universitaire, et rappelle que « remboursé par la Sécurité sociale ne veut pas dire gratuit ». Enfin, après la publication de la nouvelle convention type par arrêté du 17 juin 2026, un communiqué du 16 juillet 2026 intitulé « Vers la destruction en règle de la profession » reproche à l'État de soutenir un dispositif « massivement contesté » plutôt que de financer des postes pérennes dans le secteur public et associatif, et « appelle plus que jamais au maintien du boycott ». La même position avec les mêmes remarques est tenue avec force par la Convergence des Psychologues en Lutte, depuis sa création en 2022.

Plusieurs organisations, dont la Convergence des Psychologues en Lutte et le Syndicat National des Psychologues, estiment que ce dispositif constitue un véritable cheval de Troie pour un contrôle des pratiques. Un projet de « deuxième brique », défendu par l'ancien délégué ministériel à la santé mentale, conçu pour faire suite à cette « première brique », aujourd'hui réservée aux troubles dits légers à modérés. Cette « seconde brique » concernerait des troubles dits plus graves avec des pratiques des psychologues prescrites et standardisées selon des protocoles établis au préalable par l'État. Ces mêmes organisations dénoncent le fait que ce dispositif se caractérise par :

- une logique de tri des patients ;
- une logique technocratique et taylorisante visant à faire des soignants de simples techniciens sur une chaîne dont la maîtrise

leur échappe et serait réservée à quelques « experts », les soignants se contentant d'appliquer une méthode déterminée et supposée recommandée à chaque trouble supposé identifié ;

- une logique d'externalisation et d'ubérisation du soin psychique ;
- une logique de contrôle des pratiques et de perte d'autonomie dans le choix des outils ;
- et une logique de destruction des services publics sous couvert de discours affirmant la volonté des pouvoirs publics de leur venir en aide.

La mise en œuvre de « mon soutien psy » ne consiste pas à injecter de l'argent supplémentaire dans le « marché de la santé mentale », comme ses promoteurs essaient de nous le faire croire, elle consiste à priver le service public de moyens dont il a grandement besoin, vu son état de délabrement, et à retirer les financements à des structures ou des dispositifs pertinents, efficaces depuis longtemps, et qui ont été détruits.

Ce livre blanc, fidèle au pluralisme qu'il défend, se doit de signaler que ces positions ne sont pas unanimes dans la profession. La Fédération française des psychologues et de psychologie a fait le choix inverse, celui de la participation aux discussions ministérielles, revendiquant d'avoir contribué à l'augmentation du tarif, à celle du nombre de séances et à l'abrogation de l'adressage médical, tout en jugeant que « le travail n'est pas fini » et que les critères d'inclusion « demeurent flous et inadaptés » ; elle est par ailleurs favorable à l'inscription au répertoire partagé des professionnels intervenant dans le système de santé et hostile à la création d'un ordre. De son côté, la Convergence des psychologues en lutte, coalition qui regroupe vingt-deux collectifs et rassemble plus de vingt mille psychologues, plus d'autres professionnels, maintient l'appel au boycott jusqu'à l'abrogation, conteste la sincérité des chiffres officiels au motif qu'ils ne tiennent pas compte des déconventionnements ni de la part parfois très minime de l'activité consacrée à ce dispositif, et qu'ils excluent les salariés qui sont pourtant concernés et affirmait en mars 2025 que 86 % des psychologues éligibles ne participaient pas ou boycottaient activement. Elle demande le redéploiement des crédits vers des postes en centres médico-psychologiques, dans le médico-social, à l'université et à l'école. Ce livre blanc n'a pas à arbitrer entre ces stratégies politiques ; il constate qu'elles convergent sur le diagnostic — le dispositif est mal construit pour la FFPP et inadapté pour le SNP et la CPL — et divergent sur la conduite à tenir : pour la première organisation, il est à améliorer ; pour le SNP et la CPL, il est à abroger et son financement doit être réaffecté au service public.

Reste le point le plus grave, et celui sur lequel ce livre blanc entend prendre position sans ambiguïté : le risque que « Mon soutien psy » devienne le vecteur d'une « psychologie d'État », comme le dénonce notamment la CPL. Le Syndicat National des Psychologues, tout comme la CPL, parlent de « psychothérapie d'État », de « paramédicalisation », de « servitude », de « psychologie low cost » et de « mise sous tutelle médicale » dans plusieurs de leurs publications. La « psychothérapie d'État » désigne un ensemble convergent de dispositions vérifiables. D'abord, l'existence d'une liste fermée de troubles éligibles, assortie de critères de non-inclusion et de l'encouragement à l'usage d'échelles standardisées, qui substitue une nomenclature administrative au jugement clinique. Ensuite, le maintien d'un avis psychiatrique formalisé pour toute poursuite au-delà de douze séances, qui subordonne la temporalité du soin psychique à une autorisation médicale. Enfin et surtout, le décret n° 2026-163 du 4 mars 2026, qui transfère la décision de sélection des psychologues conventionnés du ministre de la Santé au médecin-conseil national de la Caisse nationale de l'Assurance maladie, les experts psychologues n'étant plus que consultés — disposition que les organisations professionnelles ont aussitôt qualifiée de mise sous tutelle médicale. Par ailleurs, plusieurs organisations de psychologues dénoncent l'opacité de la composition du collège « d'experts » amenés à réaliser la sélection des candidats. La CPL et le SNP ont saisi le tribunal



administratif, après avis favorable de la Commission d'accès aux documents administratifs, pour obtenir communication des critères et du fonctionnement du comité de sélection : « Qui sélectionne les psychologues intégrant le dispositif ? Sur quels critères ? Avec quelles garanties ? Le public et les psychologues ont le droit de savoir ! » Ce livre blanc fait sienne cette exigence de transparence.

Que l'on rapproche ces trois dispositions de ce que ce livre blanc a établi en 2.1 sur le populisme scientifique, en 2.7 sur l'evidence-based practice amputée de l'expertise clinique et des valeurs du patient, et en 3.3 sur la liberté thérapeutique, et l'on obtient la figure exacte de ce qu'il refuse : un État qui, ayant financé l'accès, prétendrait ensuite définir par voie réglementaire ce qu'est une psychothérapie légitime, qui la dispense, pour quels troubles et pendant combien de séances. Le précédent existe : en novembre 2025, un amendement au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026 visait à supprimer le financement public des pratiques psychanalytiques à compter du 1er janvier 2026. Il a été retiré en séance publique le 23 novembre 2025 après une fronde massive des professionnels de la santé psychique et du public, notamment après une pétition lancée par le SNP ayant recueilli plus de 102 000 signatures, et après la mobilisation du Conseil national professionnel de psychiatrie, qui dénonçait un texte reposant « sur une conception réductrice du soin psychique, envisagé comme une série d'indicateurs objectivables » et ignorant « la diversité des fondements théoriques ». Ce livre blanc affirme qu'un dispositif de remboursement est un instrument de solidarité, non un instrument de normalisation

Le dispositif désengorge-t-il l'offre publique, ou en détourne-t-il les moyens ?

doctrinale, et que le jour où l'appartenance à un dispositif conventionné vaudrait certification de la validité d'une approche psychothérapique, la pluralité que ce texte défend d'un bout à l'autre aurait cessé d'exister en fait, quand bien même elle subsisterait en droit.

Une dernière question demeure ouverte, et l'honnêteté commande de dire qu'elle n'est pas tranchée : le dispositif désengorge-t-il l'offre publique, ou en détourne-t-il les moyens ? La thèse du détournement est soutenue par la Convergence des psychologues en lutte, qui affirme que « Mon soutien psy » remplace des programmes déjà financés en protection de l'enfance, en périnatalité et en santé au travail, et dans les services de santé étudiant ; par une sénatrice qui évoquait en mai 2026 une substitution à des programmes financés par les agences régionales de santé ; et par des députés qui ont accusé l'exécutif de renoncer à financer la psychiatrie lourde. Le Gouvernement l'a formellement démentie en séance le 24 mars 2026, affirmant que les investissements étaient « distincts et complémentaires ». Ce livre blanc constate qu'aucune étude d'impact mesurant l'effet du dispositif sur les délais d'attente en centre médico-psychologique et en centre médico-psycho-pédagogique n'existe à ce jour — la commission d'enquête de l'Assemblée nationale sur la santé mentale et le handicap, dont le rapport a été remis le 17 décembre 2025, recommande précisément la création d'une agence nationale de l'étude d'impact et fait de l'évaluation de « Mon soutien psy » l'une de ses priorités, ce qui confirme a contrario que cette évaluation n'a pas été conduite. Il constate également qu'il n'a trouvé aucun bilan public de réalisation des 800 postes en centres médico-psychologiques annoncés le 28 septembre 2021 en même temps que le remboursement des consultations. Que l'on ait su compter, au million près, les bénéficiaires du dispositif libéral, et que l'on ne sache pas dire combien des 800 postes publics promis le même jour ont été créés, dit assez où s'est portée l'attention de la puissance publique.

1.18 L'isolement et la contention des enfants et des adolescents : une pratique massive, largement illégale, et ce que le travail d'équipe fait reculer

Il est un point sur lequel ce livre blanc ne peut se contenter de la nuance qu'il s'est imposée partout ailleurs : l'enfermement et l'entrave physique d'enfants et d'adolescents hospitalisés en psychiatrie. La question est restée longtemps hors du champ du débat public français, alors même qu'elle concerne des mineurs privés de liberté, souvent au motif qu'ils s'automutilent ou qu'ils sont violents, c'est-à-dire précisément au motif de la souffrance pour laquelle ils ont été hospitalisés. Ce livre blanc soutient que cette pratique est, dans son état actuel, massive, mal mesurée, très largement dépourvue de base légale, et qu'il existe un corps de données convergentes — insuffisant pour valoir démonstration, suffisant pour valoir orientation — indiquant que son recul tient moins à des protocoles de sécurité qu'à la qualité du travail d'élaboration des équipes qui accueillent ces enfants.

Le cadre juridique doit d'abord être exposé, car c'est de lui que naît le paradoxe. L'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique, créé par la loi du 26 janvier 2016, pose que l'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours, décidées par un psychiatre, pour une durée limitée, et inscrites dans un registre. Ce dispositif a été déclaré contraire à la Constitution par le Conseil constitutionnel le 19 juin 2020, faute de contrôle juridictionnel de la poursuite de ces mesures, en méconnaissance de l'article 66 de la Constitution qui fait de l'autorité judiciaire la gardienne de la liberté individuelle ; le régime transitoire issu de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 a lui-même été censuré le 4 juin 2021 ; c'est la loi du 22 janvier 2022 qui a établi le régime actuel, précisé par le décret du 23 mars 2022 et l'instruction de la Direction générale de l'offre de soins du 29 mars 2022. L'isolement peut désormais être décidé pour douze heures, renouvelable par périodes de douze heures dans la limite de quarante-huit heures, la saisine du juge des libertés et de la détention devenant obligatoire au-delà de soixante-douze heures ; la contention mécanique est limitée à six heures, renouvelable dans la limite de vingt-quatre heures, avec saisine du juge au-delà de quarante-huit heures. Le point décisif est ailleurs : ces mesures ne sont légalement possibles que dans le cadre de soins psychiatriques sans consentement, l'instruction rappelant que « les soins psychiatriques libres sont la règle » et que les patients en soins libres ne peuvent en aucun cas être hospitalisés en unités fermées.

Or un mineur ne peut pas être admis en soins psychiatriques sans consentement à la demande d'un tiers. La Cour de cassation l'a rappelé sans ambiguïté dans un avis du 18 mai 2022 : l'article L. 3211-10 du code de la santé publique interdit toute hospitalisation d'un mineur décidée sur le fondement de l'article L. 3212-1, qu'elle soit demandée par un tiers ou même par les titulaires de l'autorité parentale. Le mineur relève donc des soins libres, à la demande de ses parents ou de son tuteur, des soins d'urgence, ou, à titre résiduel, d'une admission sur décision du représentant de l'État. Il en résulte une conséquence que ce livre blanc tient pour l'un des constats les plus graves qu'il ait à formuler : la très grande majorité des mineurs hospitalisés en psychiatrie l'étant en soins libres, l'isolement et la contention qui leur sont appliqués sont illégaux. Le Gouvernement l'a lui-même reconnu, dans une réponse à une question écrite publiée

le 10 mars 2026, en indiquant que le code de la santé publique réserve strictement ces mesures aux hospitalisations sans consentement et que leur application à des mineurs en soins libres constitue une violation de la loi — la même réponse faisant état de 35 millions d'euros alloués entre 2021 et 2024 pour réduire ces pratiques. Et parce que ces mesures ne devraient pas exister, elles ne sont pas déclarées ; et parce qu'elles ne sont pas déclarées, elles échappent au contrôle du juge des libertés et de la détention. L'illégalité produit ici l'invisibilité, et l'invisibilité protège l'illégalité.

Ce livre blanc tient à corriger sur ce point une croyance répandue, y compris parmi les professionnels : la recommandation de bonne pratique de la Haute Autorité de Santé de février 2017, « Isolement et contention en psychiatrie générale », n'interdit pas ces mesures chez les mineurs. Elle dit l'inverse, dans des termes explicites : « Cette recommandation de bonne pratique concerne les services de psychiatrie générale. Dans ces services peuvent être hospitalisés les adolescents mineurs. Cette recommandation leur est applicable. » Il n'existe donc, à ce jour, aucune recommandation nationale propre à l'enfant et à l'adolescent en matière d'isolement et de contention : les mineurs sont couverts par un texte pensé pour des adultes, dans des services conçus pour des adultes. C'est une lacune, et non une garantie. Il faut le dire d'autant plus nettement que l'argument inverse est parfois avancé de bonne foi pour rassurer : la protection que l'on croit acquise n'existe pas.

L'ampleur du phénomène a été établie par le Contrôleur général des lieux de privation de liberté dans un avis du 6 octobre 2025 relatif aux enfants privés de liberté dans les établissements de santé mentale, publié au Journal officiel le 4 décembre 2025. Cette autorité administrative indépendante y constate un recours massif à l'isolement des mineurs hospitalisés en psychiatrie, alors que très peu d'entre eux pourraient légalement y être soumis : selon les établissements, l'isolement concernerait de 15 % à 40 % des mineurs accueillis, pour des durées généralement inférieures à vingt heures mais atteignant, dans des cas exceptionnels, une centaine d'heures, la contention mécanique dépassant plus rarement six heures. Ces mesures échappent généralement à tout contrôle judiciaire. L'avis décrit en outre des enfants hospitalisés dans des unités pour adultes ou en service de pédiatrie faute de lits de pédopsychiatrie, parfois loin de leur domicile, soumis à des restrictions de circulation, au port obligatoire du pyjama, à l'interruption de leur scolarité, sans que leur avis soit recueilli ni, parfois, leurs parents informés. Le Contrôleur général formule quatre recommandations : créer un statut unique du mineur hospitalisé en psychiatrie, conforme à la Convention internationale des droits de l'enfant ; interdire expressément l'isolement et la contention des mineurs ; engager un plan national de réhabilitation de la pédopsychiatrie ; instaurer un contrôle judiciaire systématique, avec des délais plus courts que pour les adultes. Son rapport annuel pour 2025 qualifie la pédopsychiatrie de « maillon le plus fragilisé » du système et juge l'isolement et la contention de mineurs en soins libres « parfaitement illégaux ».



La très grande majorité des mineurs hospitalisés en psychiatrie l'étant en soins libres, l'isolement et la contention qui leur sont appliqués sont illégaux.

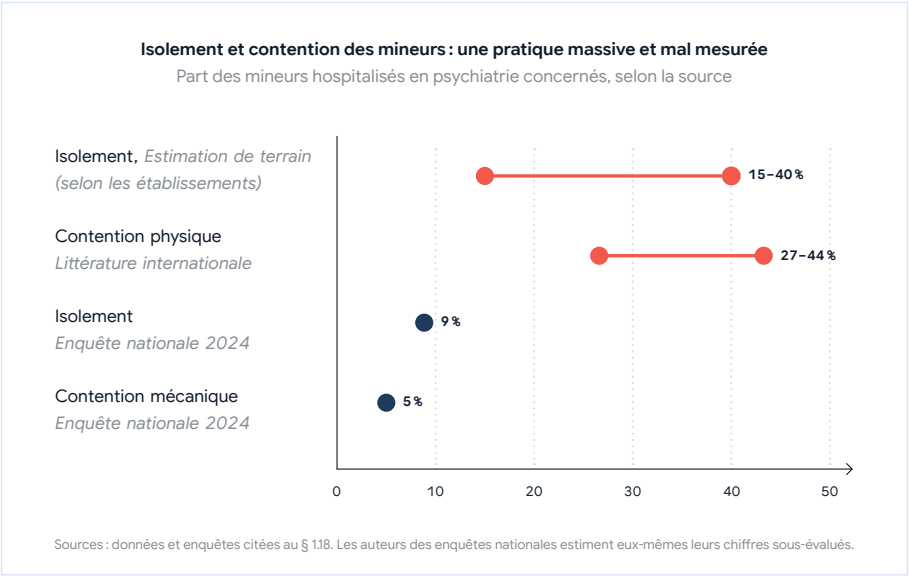


Figure 6 — L'angoisse de l'avenir chez les adolescents et les jeunes adultes.

À cette description qualitative ne répond, en France, aucune statistique publique. Le recueil obligatoire mis en place depuis 2018 permet à l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé d'établir que, en 2022, sur 76 000 personnes hospitalisées sans consentement à temps plein, 28 000 — soit 37 % — ont connu au moins une mesure d'isolement et 8 000 — soit 11 % — une contention mécanique ; mais cette publication porte explicitement sur les majeurs. Les analyses d'activité hospitalière de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation permettent de dénombrer les mineurs hospitalisés en psychiatrie — environ 23 600 en temps complet en 2024, dont 0,4 millier d'enfants de zéro à trois ans, 4,6 milliers de quatre à douze ans et 18,6 milliers de treize à dix-sept ans — mais ne comportent aucune donnée sur l'isolement et la contention. Il n'existe donc pas, en France, de statistique nationale publique sur l'isolement et la contention des mineurs. La seule donnée quantitative française portée à la connaissance de ce livre blanc est celle que citent Claire Gandré et ses collègues dans The Conversation du 10 juin 2026 : en pédopsychiatrie, dans les Hauts-de-France, entre 2020 et 2024, environ 9 % des mineurs hospitalisés auraient été placés au moins une fois à l'isolement et près de 5 % auraient subi une contention mécanique — chiffres que les chercheurs qui les citent estiment eux-mêmes probablement sous-évalués, et dont ce livre blanc n'a pas pu identifier la publication primaire. Que l'on ne sache pas compter ce que l'on affirme vouloir réduire est, en soi, un résultat.

La littérature internationale, plus abondante, donne la mesure de ce que ces chiffres recouvrent. Une revue systématique publiée en 2021, portant sur seize études quantitatives conduites dans six pays, établit qu'entre 27 % et 44 % des mineurs hospitalisés en psychiatrie ont subi une contention physique ; que le risque est plus élevé chez les enfants les plus jeunes ; que les garçons sont contenus plus fréquemment mais que les filles sont davantage exposées aux

épisodes répétés ; que les contentions dépassant quinze minutes sont corrélées à un risque accru de blessure ; et que les conséquences psychologiques de ces mesures demeurent, selon les termes mêmes des auteurs, mal comprises, l'expérience qu'en font les enfants eux-mêmes n'ayant presque jamais été recueillie. Une étude cas-témoins conduite au service de pédopsychiatrie de l'Université médicale de Vienne sur 782 admissions entre 2019 et 2022 retrouve une prévalence de l'isolement ou de la contention de 12,8 %, et identifie comme facteurs de risque majeurs le trouble de la personnalité borderline et l'état de stress post-traumatique, avec des rapports de cotes très élevés — respectivement de l'ordre de 15 et de 6 — dans un modèle multivarié dont ce livre blanc rappelle qu'il est monocentrique. Une étude prospective américaine publiée en 2022 établit dans le même sens que l'intensité des symptômes de stress traumatique mesurée à l'admission prédit la fréquence des contentions ultérieures, dans une population où 92 % des jeunes rapportent une histoire de traumatisation chronique.

Ces résultats dessinent un cercle dont il faut nommer la logique. Les deux profils cliniques les plus étroitement associés à l'automutilation chez l'adolescent — le fonctionnement limite et l'état de stress post-traumatique — sont précisément ceux que l'on isole et que l'on contient le plus, c'est-à-dire précisément ceux pour lesquels le risque de re-traumatisation est le plus élevé. Une revue systématique de vingt et une études qualitatives conduites dans onze pays documente ce que les patients en disent : détresse, re-traumatisation chez les survivants d'abus, la contention réveillant des souvenirs traumatiques personnels, séquelles durables sous forme de cauchemars et de souvenirs intrusifs, sentiment de déshumanisation, chambre d'isolement décrite comme une prison. On répond ainsi à une conduite dont l'origine est traumatique par une mesure qui a les propriétés d'un traumatisme. Il faut ajouter que ces mesures tuent : un recensement portant sur les États-Unis de 1993 à 2018 a identifié 79 décès d'enfants et d'adolescents survenus au cours d'une contention, dont 38 par asphyxie et 38 en position de décubitus ventral, les auteurs concluant à une défaillance de structures et de processus organisationnels — cultures privilégiant le contrôle, absence de procédures de sécurité robustes, formation insuffisante. Fondé sur des sources publiques et médiatiques, ce recensement constitue un plancher, non une incidence.

Et l'on ne dispose, pour justifier ces pratiques, d'aucune preuve d'efficacité. La seule revue Cochrane consacrée à la question, publiée en 2000, a examiné 2 155 références et lu trente-cinq articles en détail sans qu'aucune étude ne remplisse les critères d'inclusion ; sa conclusion tient en une phrase : « No controlled studies exist that evaluate the value of seclusion or restraint in those with serious mental illness. » Que cette revue n'ait pas été mise à jour depuis vingt-six ans est en soi une information sur l'intérêt porté à la question. On mesurera le contraste avec l'exigence de niveau de preuve opposée, comme ce livre blanc l'a montré en 2.3 et en 2.6, aux psychothérapies de l'enfant : on demande à la parole d'être prouvée, on ne demande rien à la sangle. Les recommandations britanniques relatives à l'automutilation publiées en septembre 2022 sont d'ailleurs construites sur un tout autre principe : moindre restriction, association du patient à la décision de retrait des objets dangereux, interdiction de confier la surveillance à des personnels non formés à l'observation clinique, formation de tous les intervenants aux méthodes d'observation thérapeutique incluant l'engagement et la construction de la relation, et interdiction explicite des approches punitives et aversives. Aucune de ces recommandations n'autorise la contention comme réponse à l'automutilation.

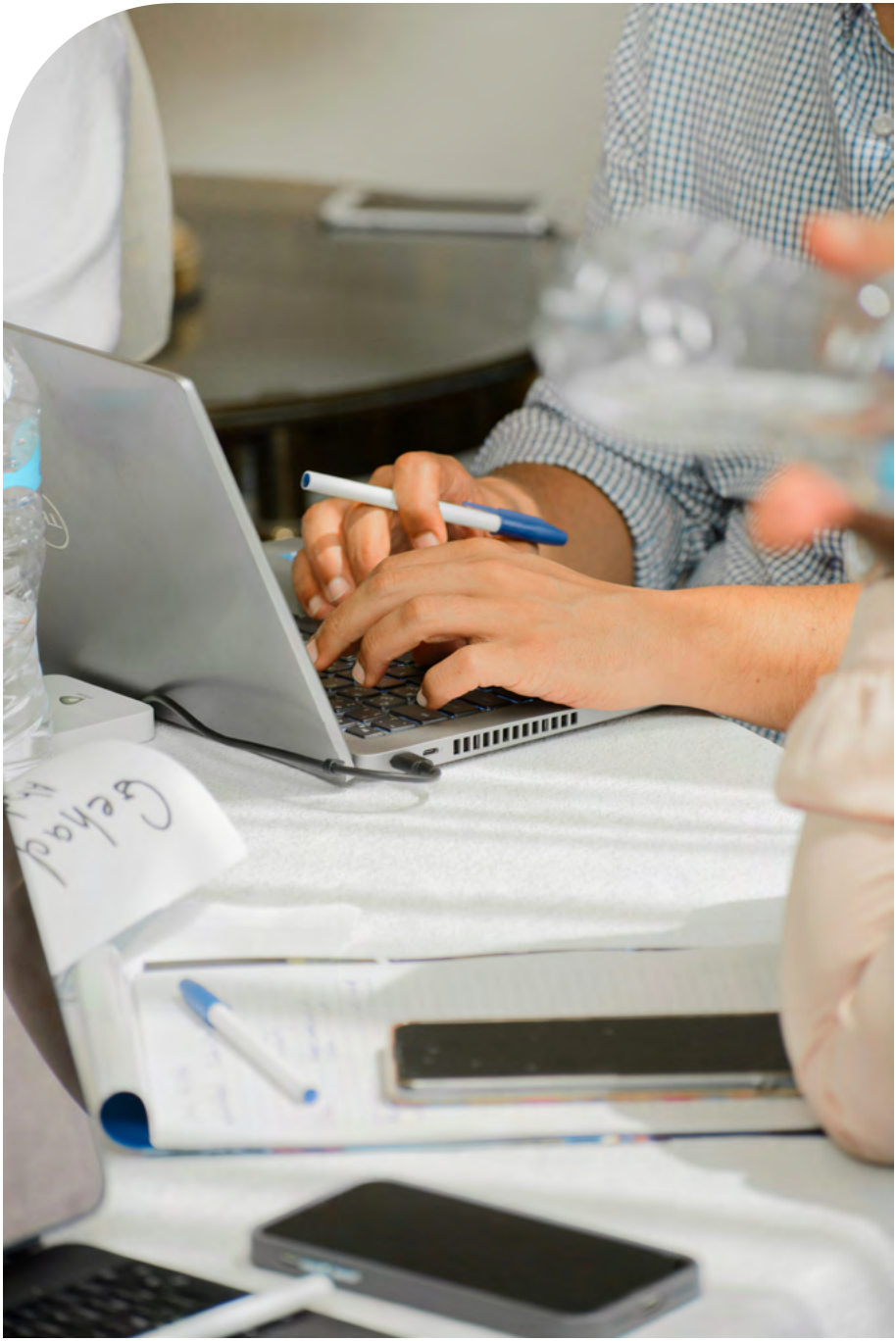
Reste la question décisive : qu'est-ce qui fait reculer, dans les faits, la violence et le recours à la contrainte ? Ce livre blanc soutient — et c'est ici qu'il rejoint la thèse qui l'anime d'un bout à l'autre — que la réponse est du côté du travail d'équipe et de l'élaboration collective, et non du côté du protocole. Le premier élément de preuve est le plus fort dont dispose ce champ. Un essai

La réponse est du côté du travail d'équipe et de l'élaboration collective, et non du côté du protocole.

contrôlé randomisé en clusters, conduit sur trente et une unités tirées au sort dans quinze hôpitaux et publié en 2015, a évalué le modèle Safewards, ensemble d'interventions simples visant à améliorer la relation entre soignants et patients : il établit une réduction de 15 % du taux d'événements de conflit — intervalle de confiance à 95 % de 5,6 % à 23,7 % — et une réduction de 26,4 % du taux de mesures de confinement — intervalle de confiance de 9,9 % à 34,3 %. Les auteurs concluent que « des interventions simples visant à améliorer les relations du personnel avec les patients peuvent réduire la fréquence des conflits et du confinement ». Ce livre blanc, fidèle à l'exigence méthodologique qu'il s'impose, énonce aussitôt les trois réserves : l'essai porte sur des unités d'adultes en psychiatrie aiguë et non sur la pédopsychiatrie ; la notion de confinement y est un composite qui ne recouvre pas la seule contention mécanique au sens français ; et Safewards n'a pas été évalué sur les taux d'isolement et de contention en pédopsychiatrie, la seule étude disponible en unité pour adolescents mesurant le climat de service et non le recours à la contrainte.

Le deuxième élément est, pour la thèse défendue ici, le plus éclairant. Une étude transversale portant sur 136 unités de psychiatrie aiguë dans vingt-six établissements du service de santé britannique, fondée sur 6 661 questionnaires de personnels, a modélisé une chaîne allant du leadership au travail d'équipe, du travail d'équipe à la structure, de la structure à l'épuisement professionnel, et de l'épuisement professionnel au rapport aux patients difficiles. Son résultat le plus important tient dans une comparaison : les unités classées comme bien fonctionnantes présentent des taux de mesures de confinement significativement plus bas que les unités mal fonctionnantes, sans que le nombre d'événements de conflit diffère significativement entre elles. Autrement dit, à niveau de conflit comparable, ce n'est pas le comportement des patients qui détermine le recours à la contrainte : c'est l'état de l'équipe. Une seconde étude transversale identifie dans le même sens, parmi les prédicteurs du recours à l'isolement et à la contention, l'expression de la colère et de l'agressivité entre les membres de l'équipe elle-même, tandis que ni le niveau de formation, ni le grade, ni le genre des soignants ne prédisent quoi que ce soit. La violence dont il est question n'est pas seulement celle du patient ; elle circule dans l'institution, et l'institution la rend au patient sous forme de contrainte.

Les données françaises les plus récentes vont dans le même sens. L'analyse conduite en 2026 par l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé sur 204 établissements autorisés en soins sans consentement, complétée par une enquête ethnographique dans quatre établissements historiquement faibles utilisateurs, établit que la contention augmente lorsque les effectifs infirmiers diminuent, et qu'aucune association significative n'apparaît avec les caractéristiques du territoire — ni la prévalence des troubles, ni la défavorisation sociale. Les établissements les moins recourants se caractérisent par la capacité des professionnels à être accueillants et disponibles, par des équipes stables et cohésives, par des médecins engagés partageant des valeurs institutionnelles, et par une culture organisationnelle soutenant explicitement la réduction de la contrainte. Ce livre blanc rappelle que ce volet qualitatif repose sur quatre sites choisis pour leur faible recours et qu'il est donc exposé à la causalité inverse — des équipes stables parce que l'on contraint peu, autant que l'inverse : ces facteurs sont congruents avec la thèse défendue, ils ne la démontrent pas. Mais un fait, lui, est établi sans réserve par les données du recueil obligatoire pour l'année 2022, publiées par le même institut en février 2024 : en 2022, onze établissements français



déclaraient zéro isolement et trente-deux déclaraient zéro contention, quand quatorze dépassaient 50 % de patients isolés. Un écart de cette ampleur entre établissements accueillant des populations comparables interdit de tenir la contrainte pour une fatalité clinique. Elle est une variable organisationnelle.

Les programmes qui ont été construits pour agir sur cette variable confirment cette lecture, à condition d'en énoncer honnêtement le niveau de preuve. Les Six Core Strategies, élaborées aux États-Unis dans le cadre de l'association nationale des directeurs de programmes de santé mentale, reposent sur six axes dont quatre sont, en substance, un dispositif d'élaboration collective : engagement continu de l'encadrement et revue quotidienne de chaque événement ; usage des données au niveau de chaque unité ; formation continue et culture de service fondée sur le rétablissement et sur le soin informé par le trauma ; et surtout reprise systématique de chaque épisode en trois temps, débriefing immédiat, transmission à l'encadrement, débriefing formel avec analyse des causes racines. Une étude d'implémentation multisite conduite dans quarante-trois établissements de huit États rapporte, pour le groupe ayant stabilisé la démarche, une réduction de 17 % de la proportion de patients isolés, de 19 % des heures d'isolement et de 30 % de la proportion de patients contenus, la réduction de 55 % des heures de contention n'atteignant pas le seuil de significativité ; les auteurs reconnaissent eux-mêmes l'absence de groupe de comparaison, et ces pourcentages reposent selon les indicateurs sur neuf à quinze établissements seulement. En unité pour enfants et adolescents, une revue rétrospective monocentrique portant sur 458 jeunes rapporte une diminution des épisodes d'isolement et de contention d'environ deux tiers après formation des équipes aux mêmes stratégies.

Deux études conduites en unités d'hospitalisation pour enfants aux États-Unis méritent d'être rapportées plus longuement, parce qu'elles constituent le résultat le plus spectaculaire de ce champ et parce que leur lecture honnête est exigeante. La première, publiée en 2006, porte sur une unité fermée de treize lits accueillant des enfants de trois à quatorze ans, dont environ 80 % avaient des antécédents traumatiques et 95 % étaient admis pour un dyscontrôle comportemental sévère : trente-quatre soignants ont été formés à une approche de résolution collaborative des problèmes, assortie d'une supervision bihebdomadaire pendant un an ; 281 épisodes de contention avaient été documentés durant les neuf mois précédant la formation, un seul épisode l'a été durant les quinze mois suivants, et les blessures requérant des soins sont passées d'une moyenne de 10,8 à 3,3 par mois. La seconde, publiée en 2008, est une étude prospective sur cinq ans conduite dans une unité de quinze lits pour enfants d'âge scolaire : les contentions y passent de 263 à 7 par an, les isolements de 432 à 133, la durée moyenne d'un épisode de contention de 41 à 18 minutes, et la durée moyenne de séjour diminue de 37 %. Ces chiffres ne peuvent être cités sans leurs limites, et ce livre blanc refuse de les en séparer : il s'agit d'études avant-après monocentriques sans groupe témoin ; la définition retenue de la contention dans la première n'inclut que les maintiens de plus de cinq minutes, de sorte qu'une part de la disparition mesurée est un effet de définition ; et dans la seconde, les blessures du personnel ont augmenté la première année de mise en œuvre avant de diminuer fortement, ce qui indique qu'une telle transformation n'est pas indolore et suppose que l'institution accepte de traverser une période difficile.

L'état général de la preuve doit être énoncé sans complaisance, car ce livre blanc ne peut réclamer en 2.3 une lecture critique de la hiérarchie des niveaux de preuve et s'en dispenser lorsqu'elle le sert. Une revue systématique publiée en 2023 sur les interventions informées par le trauma visant à réduire les pratiques restrictives auprès d'enfants et d'adolescents ne retient que neuf études, toutes américaines, dont aucun essai randomisé : huit sur neuf rapportent des réductions significatives, la réduction moyenne des événements violents ou agressifs atteignant environ 61 %, mais une seule étude a mesuré la

fidélité d'implémentation et l'hétérogénéité interdit toute méta-analyse ; les auteurs concluent qu'il n'est pas possible de dire quel aspect des interventions a produit l'effet et qu'une base de preuves nettement plus robuste est nécessaire. Une revue intégrative de 2022 portant sur dix-huit articles aboutit à la même conclusion, tout en signalant que la réduction du stress du personnel par la pleine conscience figure parmi les stratégies recensées de diminution de l'isolement et de la contention en pédopsychiatrie. Une revue de 2024 conclut que ces protocoles peuvent réduire les épisodes d'isolement mais que la certitude des résultats est faible en raison des limites méthodologiques. Ce livre blanc mentionne enfin deux résultats qui contrarient la thèse et qu'il aurait été facile de taire : une étude quasi expérimentale avec groupe de comparaison, la plus solide méthodologiquement du champ pédiatrique, rapporte une baisse significative de l'isolement mais une hausse significative de la contention dans le groupe informé par le trauma, ce qui signale un risque réel de substitution d'une mesure à l'autre ; et un essai contrôlé prospectif d'introduction de pairs-aidants en unité fermée n'a pas fait baisser la contention dans le groupe intervention, mais a empêché la hausse observée dans le groupe témoin, ce qui est un résultat utile à condition d'être formulé ainsi.

C'est à ce point de l'exposé que ce livre blanc doit dire ce qu'il en est de la psychothérapie institutionnelle, et le dire sans détour. Le corpus est considérable et ancien : il naît à Saint-Alban autour de François Tosquelles à partir de 1940, se prolonge à La Borde autour de Jean Oury à partir de 1953, et repose sur un principe dont la formulation la plus ramassée est qu'il faut soigner l'institution pour soigner les patients — d'où le club thérapeutique, la réunion soignants-soignés, l'attention portée au transfert dissocié et réparti sur l'ensemble de l'équipe plutôt que concentré sur un seul praticien, et l'analyse continue de ce que ce courant nomme la pathologie de l'institution, c'est-à-dire la manière dont un service peut lui-même devenir malade et rendre aux patients, sous forme de rigidité, de violence ou d'abandon, la souffrance qu'il ne parvient pas à élaborer. Ce livre blanc doit toutefois énoncer un constat que l'honnêteté lui impose et qu'il serait plus confortable de passer sous silence : il n'existe, à sa connaissance, aucune évaluation empirique publiée de la psychothérapie institutionnelle mesurant son effet sur le recours à l'isolement, à la contention, ou sur la fréquence des passages à l'acte violents ou auto-agressifs — ni en psychiatrie adulte, ni a fortiori en pédopsychiatrie. Aucune des revues systématiques internationales citées plus haut ne mentionne ce courant, ni d'ailleurs aucune approche française : toutes les études incluses sont anglo-saxonnes ou nordiques. Il ne faut donc pas écrire que la psychothérapie institutionnelle réduit le recours à la contention ; il faut écrire qu'on ne l'a jamais mesuré.

Mais cette absence appelle deux remarques qui ne sont pas des échappatoires. La première est que les dimensions organisationnelles dont ce courant a fait sa doctrine dès les années 1940 — stabilité et cohésion de l'équipe, élaboration collective de ce qui se joue dans le service, reprise systématique des événements, participation des patients à la vie de l'institution, attention portée à la pathologie de l'institution elle-même — sont exactement celles que les programmes anglo-saxons évalués ont ensuite opérationnalisées sous les noms de leadership, de débriefing, de développement des équipes et de transformation de la culture de service, et exactement celles que les études d'association françaises et britanniques retrouvent du côté des établissements peu recourants. Ce livre blanc formule cette convergence comme une convergence, et non comme une validation : les données disponibles ne valident pas une doctrine, elles indiquent que le levier organisationnel qu'elle a désigné le premier est bien un levier. La seconde remarque est que cette absence d'évaluation n'est pas un accident, mais l'effet exact du mécanisme décrit en 2.3 et en 2.8 : ce corpus est publié en français, dans des revues qui ne sont pas indexées dans les bases interrogées par les revues systématiques internationales, et il porte sur un objet — la transformation continue d'un collectif soignant

— que l'essai contrôlé randomisé est structurellement inapte à saisir, et que le Medical Research Council rangerait sans difficulté, comme ce livre blanc l'a montré en 2.9, parmi les interventions complexes. Les méthodes existent : les études de cas systématiques et intensives développées en France par Jean-Michel Thurin dans le cadre du réseau de recherches fondées sur les pratiques psychothérapiques de la Fédération française de psychiatrie en fournissent le modèle, appliqué jusqu'ici au processus psychothérapique individuel. Rien n'interdit de les appliquer à l'institution elle-même. Que nul ne l'ait fait, alors que des enfants sont enfermés chaque jour en France dans des conditions dont l'État reconnaît lui-même l'illégalité, est un scandale d'un autre ordre que méthodologique.

Ce livre blanc conclut cette section par un rapprochement qu'il tient pour essentiel. La hausse des hospitalisations pour gestes auto-infligés est massive et documentée : les taux d'hospitalisation en psychiatrie ont augmenté de 246 % chez les dix-quatorze ans et de 163 % chez les quinze-dix-neuf ans sur la période 2021-2022 par rapport à la période 2010-2019, et environ 85 000 personnes ont été hospitalisées pour de tels gestes en 2022. Entre 10 % et 20 % des adolescents hospitalisés s'automutilent au moins une fois durant leur séjour, certains jusqu'à cent trente fois. Ces enfants arrivent donc en nombre croissant dans des services dont ce livre blanc a décrit en 1.6 et en 1.9 l'appauvrissement en effectifs, la rotation des équipes et l'épuisement — et l'on vient de voir que la contention augmente quand les effectifs infirmiers diminuent, et que ce sont les équipes les moins soutenues qui contraignent le plus. La contrainte exercée sur des enfants n'est pas un accident isolé du reste du système : elle en est le symptôme le plus visible et le plus douloureux. Il n'y aura pas de réduction durable de l'isolement et de la contention des mineurs sans qu'on ait rendu aux équipes le temps, la stabilité et les espaces d'élaboration sans lesquels un adulte, seul devant un adolescent qui se lacère, n'a d'autre ressource que sa force. Les propositions correspondantes sont formulées en 3.14.

Il n'y aura pas de réduction durable de l'isolement et de la contention des mineurs sans qu'on ait rendu aux équipes le temps, la stabilité et les espaces d'élaboration sans lesquels un adulte, seul devant un adolescent qui se lacère, n'a d'autre ressource que sa force.



1.19 L'inclusion des enfants en situation de handicap : une avancée démocratique majeure, une exigence de réalisme clinique

Ce livre blanc entend consacrer à l'inclusion des enfants en situation de handicap mental et psychique un développement propre, et il commence par énoncer sa position sans réserve ni précaution oratoire, afin qu'aucune des nuances qui suivront ne puisse être détournée en argument contre elle : la politique d'inclusion est une avancée démocratique et éthique majeure, l'une des plus importantes qu'ait connues notre pays en matière de droits de la personne, et ce texte la soutient pleinement. Qu'un enfant porteur d'une déficience intellectuelle, d'un trouble du spectre de l'autisme ou d'un handicap psychique ait le droit d'être scolarisé avec les autres enfants, dans l'école de son quartier, et que ce droit soit opposable, constitue un progrès de civilisation dont ce livre blanc ne conteste ni le principe ni la portée. Ce que ce texte défend, c'est que ce principe soit tenu jusqu'au bout — c'est-à-dire qu'il soit doté des moyens et de l'intelligence clinique qui seuls peuvent lui donner corps —, et non que l'on revienne en deçà. La critique qui suit est une critique de l'insuffisance de l'inclusion réelle, jamais de l'inclusion comme visée. Elle prolonge, en la déplaçant, l'analyse conduite en 1.15 sur l'extension de la notion de handicap : il s'agissait là du risque d'un déni du soin ; il s'agit ici de la manière dont une société décide d'accueillir ce qui, chez certains de ses enfants, ne se laisse pas ramener à la mesure commune.

Encore faut-il, pour cela, distinguer rigoureusement trois notions que le débat français confond presque systématiquement : l'insertion, l'intégration et l'inclusion. L'insertion consiste à faire une place à une personne dans un milieu qui ne change pas, en comptant sur sa capacité à s'y adapter ; elle est de l'ordre de l'admission tolérée. L'intégration va plus loin : elle organise cette adaptation, elle la soutient par des aides, mais elle laisse également intactes les exigences du milieu d'accueil. L'inclusion, elle, suppose que ce soit le milieu qui se transforme. Cette distinction n'est pas une subtilité d'universitaire : elle a été formalisée avec une précision remarquable par le Comité des droits des personnes handicapées des Nations unies dans son observation générale n° 4 de 2016, consacrée au droit à l'éducation inclusive, dont la version française officielle mérite d'être citée dans ses termes exacts. « On parle d'intégration, écrit le Comité, lorsque des enfants handicapés sont scolarisés dans des établissements d'enseignement ordinaires, dans l'idée qu'ils pourront s'adapter aux exigences normalisées de ces établissements. » Et il ajoute, pour l'inclusion : « On parle d'inclusion dans le cas d'un processus de réforme systémique, impliquant des changements dans les contenus pédagogiques, les méthodes d'enseignement ainsi que les approches, les structures et les stratégies éducatives. » Le Comité en tire la conséquence qui importe ici : « l'intégration ne garantit pas automatiquement le passage de la ségrégation à l'inclusion ».

Or, à l'aune de cette définition, ce que la France pratique sous le nom d'inclusion relève encore très largement de l'intégration, et le droit lui-même en porte la trace. L'article L. 112-2 du code de l'éducation dispose en effet que le projet personnalisé de scolarisation « constitue un élément du plan de compensation ». La scolarisation d'un enfant handicapé est ainsi juridiquement rangée dans la catégorie de la compensation individuelle : c'est l'enfant qui reçoit des moyens supplémentaires pour rejoindre un milieu scolaire dont les exigences, les rythmes, les modalités d'évaluation et l'organisation matérielle demeurent, eux, inchangés. C'est la logique que ce livre blanc propose

d'appeler la logique de la prothèse : on ne modifie pas la marche, on appareille celui qui boite. Cette logique n'est pas illégitime — de nombreux enfants ont besoin d'aides personnelles et techniques, et il serait absurde de les leur refuser au nom d'une pureté conceptuelle. Elle devient problématique lorsqu'elle tient lieu de politique entière, car elle laisse alors intacte la question décisive : celle de la norme que l'on demande à l'enfant de rejoindre, et que nul n'interroge.

C'est ici que ce livre blanc énonce le principe qui commande, à ses yeux, toute politique inclusive digne de ce nom :

Tout le monde est normal en droit.

Non pas au sens où toutes les situations se vaudraient — elles ne se valent pas, et la clinique existe précisément pour en rendre compte —, mais au sens où aucune personne n'a à conquérir sa normalité, et où il n'existe aucune norme préalable, extérieure et unique, dont l'accès conditionnerait l'appartenance à la communauté. Georges Canguilhem, dont ce livre blanc s'est réclamé en d'autres passages, avait établi que le normal n'est pas une moyenne statistique mais une capacité normative, celle d'instituer de nouvelles normes de vie lorsque les anciennes deviennent inhabitables : est normal, non celui qui se conforme, mais celui qui peut créer sa norme. Une société véritablement inclusive est celle qui inclut toutes les diversités sans exiger d'aucune qu'elle se convertisse à une mesure commune, et non celle qui distribue des aides afin que chacun puisse faire semblant d'y être conforme. La différence est considérable dans ses effets : dans le premier cas, l'enfant est attendu tel qu'il est ; dans le second, il est admis à condition d'être équipé pour ressembler suffisamment aux autres.

Cela dit, ce livre blanc soutient avec la même force que l'inclusion ne peut être proclamée hors sol, et que le réalisme n'est pas ici l'ennemi de l'ambition mais sa condition. Les chiffres attestent d'abord une progression considérable, qu'il serait injuste de minorer : le nombre d'élèves en situation de handicap est passé de 232 400 en 2006, soit 1,9 % des élèves, à 563 400 en 2024, soit 4,7 % ; la scolarisation en milieu ordinaire a été multipliée par 3,2 sur la même période, atteignant près de 497 000 élèves ; et la part des élèves scolarisés à temps complet dans le premier degré est passée de 81,2 % à 92,4 %. Mais les mêmes sources publiques documentent l'écart entre le droit proclamé et sa réalisation. À la rentrée 2025, 48 726 élèves disposant d'une notification d'aide humaine n'avaient pas d'accompagnant, contre 36 186 un an plus tôt, sur environ 352 000 notifications ; les accompagnants d'élèves en situation de handicap travaillent en moyenne 25,5 heures par semaine, soit 63,4 % d'un temps plein, sont des femmes à 94 %, et un rapport sénatorial de mai 2026 qualifie le modèle actuel de budgétairement insoutenable alors même que le budget consacré à ces personnels atteint 4,74 milliards d'euros pour près de 140 000 accompagnants ; plus de 25 000 enfants attendent une place en établissement ou service médico-social. Une inclusion réaliste, c'est une inclusion qui regarde ces chiffres en face : proclamer un droit sans le doter, c'est produire de la déception, de l'épuisement chez les enseignants et les familles, et finalement du discrédit sur l'idée inclusive elle-même — le pire service qu'on puisse lui rendre.

Il faut, dans le même mouvement, dire ce que le courant de la neurodiversité a apporté, et où il excède ce que les données autorisent. Ce courant, formalisé à la fin des années 1990 — l'attribution du terme à la sociologue australienne Judy Singer, longtemps tenue pour acquise, est aujourd'hui discutée au profit d'une élaboration collective au sein des premières communautés autistes en ligne —, a produit un déplacement décisif et largement bénéfique : il a établi que certaines manières d'être au monde relèvent de la variation humaine et non de la seule pathologie, il a rendu la parole aux personnes concernées, et il a mis en cause des pratiques dont ce



livre blanc a lui-même documenté en 1.15 les effets délétères. Ce livre blanc reprend cet acquis à son compte. Il constate cependant que ce discours, porté très majoritairement par des personnes sans déficience intellectuelle et disposant du langage, tend à rendre invisibles les situations les plus lourdes et à disqualifier la demande de soin comme si elle était en elle-même une forme de mépris. Les données invitent à la prudence : la Commission Lancet sur l'autisme a proposé en 2021 la notion d'autisme profond pour désigner les situations associant déficience intellectuelle sévère et absence de langage fonctionnel, et une étude de 2023 établit qu'elles représentent environ 26,7 % des cas, avec une croissance nettement plus lente que celle des formes sans déficience. Par ailleurs, une étude publiée en 2025 dans Nature Mental Health, déjà citée par ce texte, ne retrouve aucune corrélation entre les traits autistiques auto-rapportés et l'autisme cliniquement établi. Affirmer que toute diversité doit être incluse est juste ; en conclure qu'aucune souffrance ne requiert de soin ne l'est pas. Une société inclusive doit accueillir les diversités sans jamais refuser à ceux qui souffrent le droit d'être soignés.

Ce livre blanc voudrait, pour comprendre ce glissement, proposer une hypothèse qu'il assume comme sienne et qu'il n'emprunte à aucune autorité — il n'existe, à sa connaissance, aucun travail savant appliquant cette analyse aux politiques du handicap. Alexis de Tocqueville a décrit, dans le second tome de De la démocratie en Amérique, une disposition propre aux sociétés démocratiques dont la formulation reste d'une exactitude saisissante : les peuples démocratiques, écrit-il, « ont pour l'égalité une passion ardente, insatiable, éternelle, invincible ; ils veulent l'égalité dans la liberté, et, s'ils ne peuvent l'obtenir, ils la veulent encore dans l'esclavage. Ils souffriront la pauvreté, l'asservissement, la barbarie, mais ils ne souffriront pas l'aristocratie. » Il en donnait cette explication, qui vaut avertissement : « Les avantages de l'égalité se font sentir dès à présent [...]. Les biens que la liberté procure ne se montrent qu'à la longue. » Cette passion est, pour l'essentiel, une force de progrès, et c'est à elle que l'on doit la loi de 2005 comme la politique inclusive. Mais Tocqueville en signalait aussi la pente : elle ne connaît pas de terme, et elle tend à traiter toute distinction comme une survivance aristocratique à abolir.

Or il existe une distinction que la démocratie ne peut abolir sans se nuire à elle-même, et c'est la distinction clinique. Ce que ce livre blanc propose d'appeler l'égalité clinique désigne l'extension de la passion égalitaire au jugement clinique lui-même : puisque distinguer, c'est discriminer, il deviendrait suspect de dire qu'un enfant n'est pas dans la même situation qu'un autre, qu'il ne relève pas du même accompagnement, qu'il a besoin d'un soin que son voisin n'appelle pas. À suivre cette pente, on aboutit à une égalité formelle qui fait disparaître la clinique — c'est-à-dire l'art de discerner le singulier — et qui, sous couvert de ne léser personne, prive chacun de ce dont il a précisément besoin. L'égalité en droit et en dignité est absolue et n'est pas négociable ; l'identité des situations, elle, est une fiction, et la nier n'égalise rien. Un enfant autiste sans langage et un adolescent en dépression ont un droit égal à être scolarisés, accompagnés et respectés ; ils n'ont pas le même besoin, et le prétendre ne les sert ni l'un ni l'autre. Une inclusion qui refuse de nommer les différences ne produit pas l'égalité : elle produit l'abandon des plus lourdement atteints, qui sont précisément ceux dont la différence coûte le plus cher à reconnaître.

C'est de cette analyse que ce livre blanc tire une conviction pratique, qui fonde la proposition formulée en 3.15 : les praticiens de la psychiatrie du lien sont particulièrement bien placés pour aider à l'inclusion effective de chaque enfant, et ils sont aujourd'hui, paradoxalement, tenus à l'écart des dispositifs qui l'organisent. Leur compétence propre est en effet exactement celle que l'inclusion réclame. Ils travaillent sur le lien plutôt que sur la performance ; ils sont formés à comprendre pourquoi un enfant met en échec le cadre qu'on lui propose, plutôt qu'à constater cet échec ; ils savent que la place d'un sujet dans un groupe se construit et se soutient, et qu'elle ne se décrète pas par une inscription administrative. Le travail de groupe et le travail d'équipe, dont ce livre blanc a montré en 1.18 qu'ils constituent le levier organisationnel le mieux étayé de la réduction de la contrainte, sont aussi le levier de l'inclusion : c'est en soutenant l'enseignant, l'accompagnant, les autres élèves et la famille — et non le seul enfant désigné comme différent — que l'on transforme un milieu, ce qui est, selon la définition même des Nations unies, ce qui distingue l'inclusion de l'intégration. Une équipe qui peut élaborer ce qu'un enfant déclenche chez les adultes qui l'entourent ne le renvoie pas ; une équipe laissée seule finit toujours par demander qu'on l'en débarrasse. L'inclusion réelle est un travail clinique autant qu'une politique, et c'est à ce titre que la pédopsychiatrie et la psychologie doivent y être associées.

L'inclusion réelle est un travail clinique autant qu'une politique, et c'est à ce titre que la pédopsychiatrie et la psychologie doivent y être associées.



1.20 L'absence de conception d'ensemble de l'architecture des dispositifs de soin et d'accompagnement

Aux difficultés de moyens décrites au § 1.6 s'ajoute un désordre d'une autre nature, moins visible parce qu'il ne se lit sur aucune ligne budgétaire, et pourtant décisif : depuis plus de trente ans, les pouvoirs publics n'ont cessé d'ajouter de nouveaux dispositifs de soin et d'accompagnement sans jamais penser leurs articulations ni leurs emboîtements, et le plus souvent sans les relier aux secteurs de psychiatrie infanto-juvénile qui constituent pourtant l'ossature historique de l'offre publique de proximité. Chaque plan, chaque stratégie nationale, chaque feuille de route a apporté sa structure nouvelle, son sigle et son financement propre, sans que soit jamais reprise la question de l'ensemble : qui accueille en premier, qui oriente, qui suit dans la durée, qui reprend le fil lorsqu'un enfant sort d'un dispositif. Le résultat est une architecture par sédimentation, où des structures aux missions partiellement identiques se trouvent placées en concurrence pour les mêmes financements et les mêmes professionnels, où les moyens se dispersent au lieu de se cumuler, où les lieux d'accueil, de soin et d'accompagnement s'éclatent — et où les ruptures de parcours, dont chacun déplore ensuite la fréquence, sont en réalité produites par l'organisation elle-même autant que par la pénurie.

À cette sédimentation s'ajoute un clivage administratif que trente ans de réformes n'ont pas entamé : celui qui sépare les structures de soin des structures d'accueil médico-sociales.

La pédopsychiatrie en offre plusieurs illustrations directes. La création des centres référents des troubles du langage et des apprentissages, puis celle des plateformes de coordination et d'orientation destinées aux enfants de zéro à douze ans présentant des signes de trouble du neurodéveloppement — autisme, troubles spécifiques des apprentissages, trouble du déficit de l'attention —, ont institué des circuits nouveaux pour des missions qui incombaient aux centres médico-psychologiques et aux centres médico-psycho-pédagogiques, et qui relèvent toujours aujourd'hui de leurs missions. Il ne s'agit pas de contester l'utilité de ces dispositifs, ni la légitimité du besoin auquel ils répondent : il s'agit d'observer qu'on a construit à côté plutôt que renforcé au centre, et que le même enfant peut désormais être évalué dans un lieu, orienté depuis un deuxième et suivi — lorsqu'il l'est — dans un troisième, sans qu'aucune instance ne soit responsable de la continuité de l'ensemble. Dans le même mouvement, d'autres dispositifs ont disparu sans être remplacés : les réseaux d'aide spécialisée aux élèves en difficulté, dont l'intérêt tenait précisément à ce qu'ils travaillaient en lien avec les centres médico-psychologiques et, plus étroitement encore, avec les centres médico-psycho-pédagogiques, lesquels comptaient en leur sein des personnels spécialisés de l'Éducation nationale. Ce que l'on a défait là n'était pas une survivance : c'était l'une des rares articulations effectives entre l'école et le soin psychique, c'est-à-dire entre les deux lieux où se manifeste d'abord la souffrance d'un enfant.

À cette sédimentation s'ajoute un clivage administratif que trente ans de réformes n'ont pas entamé : celui qui sépare les structures de soin des structures d'accueil médico-sociales. Un hôpital de jour de pédopsychiatrie et un institut médico-éducatif relèvent d'autorités, de financements, de tutelles, de conventions collectives et de logiques d'évaluation distincts, alors qu'ils accueillent souvent les mêmes enfants à des moments différents de leur trajectoire, et parfois simultanément. Faute d'une organisation pensée de l'articulation entre le sanitaire et le médico-social, le passage de l'un à l'autre repose sur la bonne volonté des équipes et sur les relations personnelles qu'elles ont su nouer ; il ne repose sur aucun dispositif institué. Ce sont les familles qui en paient le prix, contraintes de reconstituer elles-mêmes, dossier après dossier, une cohérence que le système ne produit pas, et de recommencer l'explication de l'histoire de leur enfant à chaque nouvelle porte. Ce constat rejoint directement l'analyse développée aux § 1.15 et 1.19 : de même qu'il ne faut ni opposer ni cliver le soin et l'accompagnement du handicap, il ne faut pas laisser subsister entre eux une frontière administrative qui n'a aucune justification clinique. Les propositions formulées en 3.11 et en 3.15 sur la gouvernance territoriale partagée et sur l'inclusion réelle procèdent de ce constat : ce dont la pédopsychiatrie française a besoin n'est pas d'un dispositif de plus, mais d'une conception d'ensemble qui redonne à l'offre publique de proximité sa fonction de pivot et qui institue, au niveau du territoire, la responsabilité de la continuité du parcours.

1.21 La créativité des équipes de terrain : une ressource historique aujourd'hui déconsidérée et empêchée

Il est un actif dont la France dispose et qu'aucune politique publique récente ne semble avoir identifié comme tel : la capacité d'invention des équipes de terrain. L'histoire des structures psychiatriques françaises, largement ignorée des décideurs actuels, est d'abord celle de cette inventivité — celle de psychiatres, de psychologues, de psychanalystes, d'infirmiers, d'éducateurs, d'orthophonistes et de travailleurs sociaux qui, depuis l'après-guerre, ont conçu et fait vivre des dispositifs d'accueil, de soin et d'accompagnement au plus près du lieu de vie des personnes, pour des réponses mieux ajustées et pour favoriser leur inclusion sociale. Les centres médico-psycho-pédagogiques eux-mêmes, dont l'état des lieux dressé plus haut montre à quel point ils sont aujourd'hui saturés, n'ont pas été créés par une administration : ils l'ont été dans l'immédiat après-guerre par des psychanalystes et des pédagogues ouverts à la psychanalyse, et c'est de cette invention-là que procède le maillage de proximité que la puissance publique se contente aujourd'hui de gérer. Il faut nommer aussi, dans cette histoire, le travail considérable de Roger Misès, dont la classification et l'œuvre institutionnelle ont fourni à la pédopsychiatrie française une articulation entre le soin, l'éducation et la prise en compte du handicap dont on mesure mieux aujourd'hui, à l'observer se défaire, ce qu'elle avait de précieux.

Le mouvement en faveur des structures intermédiaires, au début des années 1980, en offre une autre illustration. Organisé notamment autour de l'Association pour l'étude et la promotion des structures intermédiaires, présidée par Jean-François Reverzy, ce courant visait la mise en place d'alternatives à l'hospitalisation asilaire ; il se démarquait de l'antipsychiatrie et, pour une part, de la psychothérapie institutionnelle, et se situait davantage dans la filiation de la psichiatria democratica de Franco Basaglia en Italie, en lien étroit avec la politique de secteur. Il a théorisé et promu le développement de microstructures de soin et de vie implantées directement au cœur de la cité, servant de passerelles de transition entre l'hospitalisation complète et l'autonomie : appartements thérapeutiques, foyers de post-cure, accueils de jour et ateliers thérapeutiques hors les murs. Ces dispositifs n'ont pas été conçus dans une administration centrale puis déployés sur le territoire : ils ont été inventés par des équipes, à partir de situations cliniques concrètes, puis reconnus. L'un des rédacteurs de ce livre blanc a ainsi co-fondé, au début des années 1980 à Argenteuil, dans un immeuble d'habitation à loyer modéré, une structure alors nouvelle — La Galiote, foyer de post-cure et lieu de transition — destinée à permettre la sortie de l'hôpital et à soutenir la réinsertion sociale et la reprise du travail. On notera, comme un indice de la durée de vie de ces inventions de terrain, qu'un rapport remis en 2016 à l'Agence régionale de santé d'Île-de-France sur l'action de la psychiatrie pour l'accès et le maintien dans le logement des personnes vivant avec des troubles psychiques y consacre encore l'une de ses illustrations cliniques.

La période de la pandémie de covid-19 a fourni la démonstration la plus récente et la plus nette de cette capacité. Dans un contexte de dépassement et de paralysie des organisations, et des agences régionales de santé en particulier, ce sont les équipes des services publics d'une part, les praticiens libéraux d'autre part — parmi lesquels de nombreux psychanalystes — qui ont mis en place, en quelques jours et le plus souvent sans instruction ni financement, des lieux d'écoute, d'accompagnement et de suivi : accueils télé-

phoniques, consultations en visioconférence, soutien aux parents, visites à domicile, permanences pour les adolescents déscolarisés. Ce qui a tenu, pendant ces mois-là, a tenu par l'initiative des professionnels, non par le pilotage.

Or cette ressource est aujourd'hui déconsidérée et, plus gravement, empêchée. Elle est déconsidérée par un discours public qui associe volontiers l'initiative clinique à l'amateurisme et l'ancienneté d'un dispositif à son obsolescence. Elle est empêchée par un mode d'administration qui ne finance plus que ce qui a été prévu : appels à projets aux cahiers des charges rédigés d'avance, indicateurs d'activité qui comptent des actes plutôt que des liens, protocoles nationaux qui laissent aux équipes le soin de l'exécution mais non celui de la conception, et une charge administrative croissante qui consomme précisément le temps dont toute invention a besoin. Le paradoxe est complet lorsque l'on rapproche ce constat de celui que dresse la deuxième partie de ce texte : la méthodologie internationale des interventions complexes reconnaît que l'adaptation continue d'une intervention à son contexte est une propriété constitutive de son efficacité, au moment même où l'administration française fait de cette adaptation une anomalie à réduire. Reconnaître, protéger et financer la capacité d'initiative des équipes n'est donc pas une concession nostalgique au passé de la discipline : c'est une exigence d'efficacité, et l'une des conditions de l'attractivité de métiers dont le § 1.9 a décrit la crise. Les propositions de la troisième partie en tirent les conséquences, en particulier celles qui concernent la gouvernance territoriale et le soutien à la recherche clinique de terrain.

PARTIE 2

CONTRE LE RÉDUCTIONNISME ET LE SCIENTISME, POUR UN PLURALISME ÉPISTÉMOLOGIQUE

2.1 Une influence disproportionnée : lobbying, communication et populisme scientifique au service d'une psychiatrie qui n'a pas toujours la science pour elle

Avant d'entrer dans le détail de la critique épistémologique, il faut nommer un phénomène qui la précède et qui, à bien des égards, l'explique : la manière dont se forment aujourd'hui, en France, les recommandations officielles et l'opinion publique en matière de santé mentale de l'enfant doit beaucoup moins qu'on ne le croit à la seule autorité de la démonstration scientifique, et beaucoup plus qu'on ne l'admet à un travail actif d'influence — lobbying institutionnel, campagnes de communication, relais médiatiques complaisants et mobilisation d'études dont la solidité méthodologique ne résiste pas toujours à l'examen.

Ce phénomène n'est pas une simple vue de l'esprit ou une accusation de circonstance : il est documenté par les données mêmes que ce livre blanc rassemble dans les paragraphes qui suivent. Le neurobiologiste François Gonon et ses collègues ont montré, chiffres à l'appui, qu'entre 1990 et 2011 la plupart des publications scientifiques sur le TDAH les plus reprises par la presse concernaient des résultats initiaux à fort effet, ultérieurement infirmés ou fortement atténués par les études de réplication — celles-ci restant, elles, presque jamais médiatisées. Ce mécanisme n'est pas le fruit du hasard : il correspond à une stratégie de communication qui privilégie l'annonce spectaculaire sur la validation prudente, et qui profite structurellement aux acteurs les mieux dotés en moyens de communication institutionnelle, en accès aux cabinets ministériels et en relais dans la presse généraliste — soit très précisément les grands programmes de psychiatrie biologique et computationnelle, et non les praticiens de terrain de la clinique du sujet, dont le travail ne se prête ni au communiqué de presse ni à l'effet d'annonce.

Le déséquilibre des moyens engagés en offre une illustration chiffrée sans ambiguïté : le programme PROPSY de psychiatrie dite de précision a été doté, en France, de quatre-vingts millions d'euros sur cinq ans dans le cadre du plan d'investissement France 2030, quand la recherche clinique de terrain sur les psychothérapies psychodynamiques et la psychothérapie institutionnelle continue de reposer, pour l'essentiel, sur l'engagement bénévole de praticiens de terrain et des financements de recherche sans commune mesure. Cette asymétrie de moyens ne traduit pas une asymétrie équivalente de résultats probants — on montrera plus loin que l'aveu même du principal architecte américain de ce paradigme, Thomas Insel, contredit une telle lecture —, mais elle se traduit en revanche par une asymétrie de visibilité et d'influence sur les pouvoirs publics, qui en vient à se substituer, dans les faits, à l'asymétrie de preuve qui devrait seule commander la décision publique.

Cette dynamique emprunte, plus précisément, trois voies convergentes. La première tient aux études elles-mêmes, présentées au public et aux décideurs bien au-delà de ce qu'autorise leur solidité réelle — échantillons restreints, absence de réplication indépendante, conflits d'intérêts non déclarés ou minorés, comme le documentent les travaux de la psychologue américaine Lisa Cosgrove sur les liens financiers de nombreux rédacteurs du DSM avec l'industrie pharmaceutique. La seconde tient aux relations presse et à la communication institutionnelle, qui transforment un résultat préliminaire en

certitude d'antenne avant même que la communauté scientifique n'ait pu l'examiner par les voies ordinaires de la relecture par les pairs et de la réplication. La troisième tient au travail d'entregent proprement dit, exercé auprès des agences de financement, des autorités d'évaluation et des cabinets ministériels, pour faire inscrire un paradigme unique dans les priorités de recherche et les critères de remboursement, quand bien même il n'aurait pas, à l'examen, démontré la supériorité qu'on lui prête.

Une quatrième voie, plus diffuse et plus délicate à nommer, mérite un développement à part : celle qui naît de la rencontre entre la mobilisation, par ailleurs légitime, d'associations d'usagers et de familles, et la présentation de données scientifiques encore provisoires comme si elles étaient définitivement établies. Ce livre blanc a reconnu, dans sa première partie, l'apport réel des associations de patients et de familles à la reconnaissance des droits et à l'amélioration concrète des conditions de vie des enfants concernés : rien ici ne revient sur ce constat. Mais lorsque cette mobilisation, portée par une souffrance et une urgence bien compréhensibles, se trouve instrumentalisée par des relais professionnels ou institutionnels qui lui fournissent, en retour, des données présentées comme plus solides qu'elles ne le sont, le résultat n'est plus un débat scientifique mais ce que l'on peut appeler un populisme scientifique : une pression du nombre et de l'émotion, légitimée par un vernis de preuve exagéré, qui tient lieu de démonstration sans en remplir les conditions. Ce mécanisme se distingue du travail de lobbying proprement institutionnel décrit plus haut en ce qu'il mobilise la conviction sincère de familles en détresse plutôt que des intérêts de carrière ou de financement — ce qui le rend, politiquement, plus difficile à contester, sans le rendre pour autant plus conforme à l'exigence scientifique qu'il invoque. Nommer ce phénomène n'est en rien contester la légitimité de la parole des familles ; c'est demander que cette parole, aussi respectable soit-elle, ne soit pas instrumentalisée pour faire passer une hypothèse scientifique contestée pour une certitude acquise.

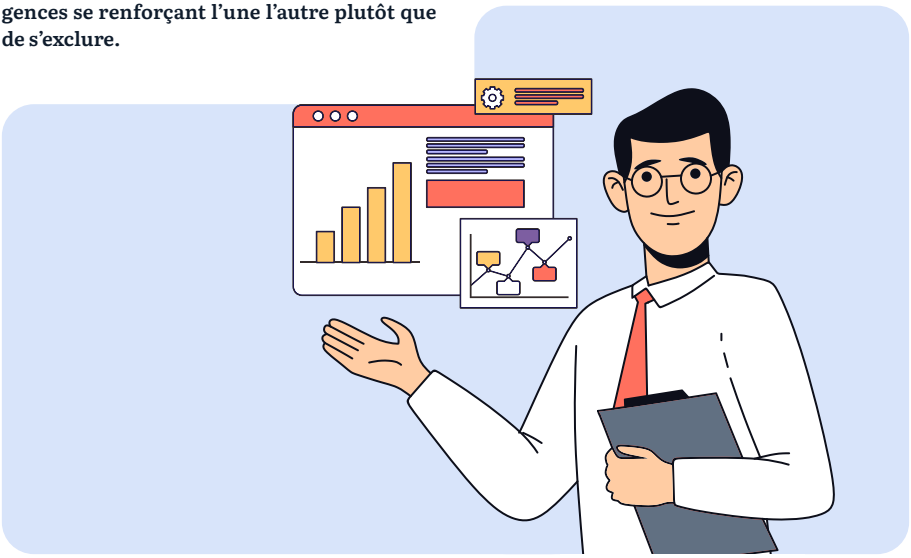
Ce livre blanc reconnaît la bonne foi de la grande majorité des acteurs de la psychiatrie dite de précision et la valeur réelle de leurs travaux, auxquels la suite de cette partie rend d'ailleurs justice. Il constate que la place aujourd'hui occupée par ce paradigme dans les politiques publiques françaises de santé mentale de l'enfant excède ce que justifierait, à lui seul, l'état de la preuve disponible, et que cet écart tient pour partie à ces quatre mécanismes plutôt qu'à la seule force de la démonstration.

Rétablir l'équilibre au profit des professionnels des interventions complexes, trop longtemps minorés dans ce rapport de forces, est l'un des objets premiers de ce texte.

2.2 Ce que ce livre blanc reconnaît : la valeur de la démarche scientifique

Il importe de dire d'emblée, avec la plus grande clarté, ce que cette partie défend. Elle défend une psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent pleinement engagée avec la science, attentive à la fois à la démarche clinique — qui comprend l'intuition, mais aussi le repérage méthodique des signes — et à l'exigence de démonstration. Elle reconnaît la légitimité de la génétique psychiatrique, de l'imagerie cérébrale, des essais contrôlés randomisés lorsqu'ils sont pertinents pour la question posée, et des classifications internationales comme outils de communication entre professionnels et comme voie d'accès aux droits. Les praticiens qui soutiennent ce livre blanc travaillent, pour la plupart, en institution, aux côtés de pédiatres, de neuropédiatres, de généticiens et de collègues engagés dans les approches cognitivo-comportementales, et souhaitent construire des passerelles entre une pédopsychiatrie « humaniste », soucieuse du sujet, et une pédopsychiatrie pharmacologique, soucieuse de la preuve — les deux exigences se renforçant l'une l'autre plutôt que de s'exclure.

Ce que ce livre blanc conteste, c'est une dérive précise et documentée : la transformation d'une hiérarchie des preuves conçue pour évaluer des interventions thérapeutiques simples — un médicament, une pathologie organique bien circonscrite, un critère de jugement objectivable — en critère quasi exclusif d'élaboration des recommandations de bonnes pratiques, d'autorisation ou d'exclusion de certaines approches, et d'orientation des politiques de remboursement en pédopsychiatrie. Cette dérive porte un nom : le scientisme, entendu non comme un excès de science, mais comme l'extension indue d'un mode de preuve technique, légitime dans son domaine propre, à des questions qui engagent d'autres dimensions, relevant notamment des sciences humaines — le sens, la parole, l'histoire du sujet et la relation entre un enfant, sa famille et son thérapeute. C'est cette extension indue, et non la démarche scientifique elle-même, qui constitue la cible de la critique qui suit.



2.3 La hiérarchie de l'Evidence-Based Medicine et ses limites structurelles face à l'objet psychique de l'enfant

La Haute Autorité de Santé évalue et hiérarchise les interventions de santé selon une grille dérivée de l'Evidence-Based Medicine (EBM), qui distingue un niveau de preuve A — preuve scientifique établie, fondée sur des essais contrôlés randomisés de forte puissance et des méta-analyses concordantes —, un niveau B de simple présomption scientifique, un niveau C de faible niveau de preuve et, en deçà, le seul accord professionnel. Cette grille, légitime pour des questions thérapeutiques relativement simples de la médecine somatique, se voit de plus en plus appliquée telle quelle à la pédopsychiatrie, au point de structurer l'essentiel des recommandations de bonnes pratiques et des politiques de remboursement — comme l'illustrent la controverse française sur l'autisme, la proposition de loi Fasquelle de 2016 et les débats récurrents sur l'évaluation des psychothérapies de l'enfant.

Or ce classement, appliqué à la pédopsychiatrie, ne mesure pas ce qu'il prétend mesurer. Il faut ici écarter d'emblée la formulation défensive qui a longtemps eu cours, y compris chez les défenseurs de la clinique du sujet, et selon laquelle le niveau de preuve A serait, pour la plupart des interventions psychiques, « hors de portée » : cette formule concède l'essentiel, puisqu'elle maintient le niveau A au sommet d'une échelle unique et se borne à constater que l'on n'y monte pas. Elle installe la discipline dans la posture de celui qui tend la main vers un fruit trop haut placé et s'en excuse. Ce livre blanc soutient une thèse différente et plus exigeante : le niveau de preuve A, tel que le définit la Haute Autorité de Santé, n'est pas un sommet inaccessible, c'est un instrument de mesure inadéquat à l'objet de la pédopsychiatrie. L'hétérogénéité des catégories diagnostiques rappelée dans la première partie, la quasi-impossibilité du double aveugle en psychothérapie de l'enfant, la variabilité de la réponse placebo, l'absence de marqueur biologique validé pour la quasi-totalité des troubles de l'enfance, et l'irréductibilité de l'enfant singulier à une moyenne de groupe statistique, ne sont pas autant d'obstacles sur le chemin du niveau A : ce sont les raisons pour lesquelles ce niveau ne dit rien de pertinent sur ce que fait un clinicien avec un enfant. Un instrument calibré pour établir l'effet moyen d'une molécule sur un organe, dans une population homogénéisée par des critères d'inclusion, ne devient pas plus juste parce qu'on l'applique avec plus de rigueur à une relation thérapeutique singulière : il mesure autre chose. La présomption scientifique et l'accord professionnel ne sont donc pas, en pédopsychiatrie, des lots de consolation situés en dessous d'une preuve que l'on n'aurait pas su produire ; ils constituent le régime de preuve propre à un objet dont la variabilité individuelle excède, par construction, les différences moyennes entre groupes. Bâtir des politiques de santé publique comme si le niveau A était le critère pertinent, et traiter comme inférieur tout ce qui ne s'y conforme pas, ce n'est pas être rigoureux : c'est se tromper d'instrument, puis convertir cette erreur en hiérarchie administrative.

La présomption scientifique et l'accord professionnel ne sont pas, en pédopsychiatrie, des lots de consolation situés en dessous d'une preuve que l'on n'aurait pas su produire.

De ce constat découle la thèse centrale de cette partie : une « pédopsychiatrie biologique » entendue comme discipline capable de produire, à l'instar de la cardiologie pédiatrique ou de l'infectiologie, des preuves de niveau A pour la généralité de ses interventions n'existe pas, ne peut pas exister, et n'aurait au demeurant aucun sens, compte tenu de la nature de son objet — un enfant en développement, un sujet en construction, une histoire familiale singulière. Ce n'est ni une insuffisance provisoire à combler par plus de méthode, ni une infériorité à assumer avec humilité, mais une inadéquation d'instrument qui appelle, non le rejet de la démarche scientifique, mais un pluralisme épistémologique : la reconnaissance, à côté de l'essai contrôlé randomisé, de la méthode du cas unique, de la recherche qualitative, des études observationnelles en conditions réelles et de la recherche sur le processus thérapeutique, comme sources de connaissance légitimes et complémentaires, et non comme preuves de second rang.

Le cœur de cette critique épistémologique tient à la distinction, classique en philosophie des sciences humaines depuis Windelband puis Allport, entre démarche nomothétique — établir des lois générales valables pour une classe d'événements — et démarche idiographique — comprendre un cas singulier dans sa cohérence propre. L'essai contrôlé randomisé produit un effet moyen de groupe qui peut parfaitement coexister avec une absence d'effet, voire un effet délétère, chez tel enfant précis — ce que la littérature méthodologique appelle l'hétérogénéité de l'effet du traitement. Le clinicien qui reçoit un enfant singulier ne dispose donc, au mieux, que d'une probabilité de réponse moyenne dont la pertinence pour l'enfant qu'il a en face de lui reste, par construction statistique, indéterminée.



2.4 L'enfant comme cible mouvante : la spécificité développementale contre la standardisation

La pédopsychiatrie ajoute aux limites générales de l'EBM en santé mentale une difficulté qui lui est propre : l'enfant est un sujet en développement, dont les manifestations cliniques se transforment avec l'âge, le contexte familial et scolaire, et les étapes maturatives neurologiques et psychiques. Une catégorie diagnostique appliquée à six ans peut ne plus avoir de pertinence clinique à douze ans, ce qui complique radicalement la constitution de cohortes stables pour des essais randomisés de moyen ou long terme, et pose des questions éthiques accrues quant à l'exposition d'un cerveau en développement à des traitements psychotropes dont les effets à long terme sont, par construction, peu documentés par des essais nécessairement courts.

Cette instabilité constitutive de l'objet développemental n'est pas seulement un obstacle méthodologique : elle est révélatrice d'une caractéristique essentielle de l'enfance elle-même, à savoir que le symptôme de l'enfant n'est jamais un fait isolé et stable, mais un moment dans une trajectoire, une réponse à un contexte, un compromis provisoire entre des forces internes et externes en perpétuel réagencement. Toute méthode d'évaluation qui présuppose la stabilité de son objet — condition de possibilité de la reproductibilité expérimentale — se trouve donc, par construction, mal ajustée à un objet dont l'instabilité est la règle plutôt que l'exception.



2.5 La critique anthropologique : la réduction de l'enfant au symptôme et les effets de boucle

Pour constituer des cohortes comparables et administrer des échelles standardisées, l'EBM appliquée à la pédopsychiatrie doit découper l'expérience subjective de l'enfant en items checklistés, indépendants de son contexte biographique, culturel et relationnel. Roland Gori, professeur émérite de psychopathologie clinique et psychanalyste, a consacré une grande partie de son œuvre — notamment La santé totalitaire, coécrit avec Marie-José Del Volgo, ancienne praticienne hospitalière et directrice de recherche en psychopathologie — à l'analyse de ce qu'il nomme les « dérives scientistes » de la médecine et des sciences humaines, et aux effets d'une rationalité procédurale et gestionnaire qui « annexe le territoire de la pensée libre et critique ». Sa critique, on ne le répétera jamais assez, ne porte pas sur la science elle-même mais sur l'extension indue d'un mode de preuve technique à des questions qui engagent d'autres dimensions, relevant notamment des sciences humaines — le sens, la parole et l'histoire du sujet — et cette extension est, chez l'enfant, porteuse de conséquences développementales spécifiques que ne connaît pas l'adulte.

Le philosophe des sciences Ian Hacking a proposé le concept d'« effet de boucle » (looping effect) pour désigner ce phénomène : à la différence des catégories des sciences naturelles, indifférentes au fait d'être classées, les catégories psychiatriques sont des « espèces interactives » — le fait même de classer une personne, et a fortiori un enfant ou un adolescent en construction identitaire, sous une étiquette diagnostique modifie sa manière de se comprendre, de se comporter, d'être perçue, ce qui en retour transforme la catégorie elle-même. Cette boucle invalide l'hypothèse, implicite dans le modèle EBM, de catégories diagnostiques stables et « naturelles » sur lesquelles on pourrait accumuler des preuves de la même manière que sur une espèce chimique ou bactérienne — hypothèse d'autant plus fragile chez l'enfant que son identité elle-même est en cours de construction.

En France, le collectif StopDSM et l'Initiative pour une clinique du sujet ont documenté depuis le milieu des années 2000 comment, à partir des années 1970, l'American Psychiatric Association a refondu sa classification sous la pression des assurances santé américaines, soucieuses de rationaliser le remboursement des actes — transformant une nosographie clinique en nomenclature administrative et assurantielle, dont les liens financiers de nombreux rédacteurs avec l'industrie pharmaceutique ont par ailleurs été documentés par des travaux académiques tels que ceux de la psychologue américaine Lisa Cosgrove. Le DSM, présenté comme athéorique et purement descriptif, véhicule en réalité une conception implicite et culturellement située de la personne, de la normalité et de la souffrance de l'enfant, qui efface la dimension de sujet, d'histoire singulière et de causalité psychique au profit d'une approche comportementale et symptomatique — ce que le collectif StopDSM désigne par l'opposition entre une « clinique du sujet » et une « clinique du DSM ».

> Le fait même de classer une personne [...] sous une étiquette diagnostique modifie sa manière de se comprendre, de se comporter, [...] ce qui en retour transforme la catégorie elle-même.

2.6 Les limites méthodologiques de l'essai contrôlé randomisé appliqué à la psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent



Plusieurs limites méthodologiques spécifiques affectent l'essai contrôlé randomisé lorsqu'il est appliqué à la psychothérapie de l'enfant. D'abord, l'insu, pierre angulaire de la méthode contre les biais de mesure, est structurellement impossible en psychothérapie : ni l'enfant ou l'adolescent, ni ses parents, ni le thérapeute n'ignorent le traitement administré, ce qui invalide au sens strict l'application du design randomisé en double aveugle contre placebo hérité de la pharmacologie. Ensuite, la manualisation, nécessaire pour répliquer le « traitement » d'un essai à l'autre, tend à appauvrir et à figer la dimension relationnelle et intersubjective de la psychothérapie, et favorise structurellement les approches les plus aisément protocolisables — thérapies cognitivo-comportementales courtes et ciblées sur un symptôme — par rapport aux approches dont l'efficacité tient précisément à leur adaptation continue à la singularité de l'enfant : psychothérapies psychodynamiques, psychothérapie institutionnelle, psychodrame analytique, mais aussi approches intégratives et développementales comme la méthode des 3i, qui reposent toutes sur un ajustement fin et continu à l'enfant plutôt que sur l'application d'un protocole figé.

Les catégories du DSM et de la CIM utilisées pour constituer les cohortes d'essais sont elles-mêmes construites par consensus d'experts sur la base de clusters de symptômes observables, non sur la base de mécanismes étiopathogéniques validés. Il en résulte une hétérogénéité considérable à l'intérieur d'un même diagnostic pédiatrique, et la comorbidité — la règle plutôt que l'exception en clinique réelle de l'enfant et de l'adolescent — est généralement un critère d'exclusion dans les essais contrôlés randomisés. Les cohortes d'essais en pédopsychiatrie sont ainsi doublement non représentatives : elles regroupent des entités cliniquement hétérogènes sous un même label, et elles excluent les enfants et les adolescents comorbides, en situation de précarité, ou dont les familles sont peu disponibles pour un protocole de recherche contraignant — c'est-à-dire une large partie de la patientèle réelle de la pédopsychiatrie publique.



2.7 Retrouver l'evidence-based practice dans sa plénitude : preuve, expertise clinique et valeurs de l'enfant et de sa famille

Un point trop souvent occulté dans le débat français mérite d'être rappelé avec insistance : l'EBM, dans sa définition originelle formulée par David Sackett et ses collègues à partir de 1996, n'a jamais été synonyme de primauté exclusive de l'essai randomisé. Sackett définissait la pratique fondée sur les preuves comme l'intégration de trois éléments de poids égal : les meilleures preuves de recherche disponibles, l'expertise clinique individuelle — « la compétence et le jugement que le clinicien acquiert par l'expérience et la pratique clinique » — et les valeurs et préférences du patient, qui, en pédopsychiatrie, incluent nécessairement celles de l'enfant lui-même, autant que son âge et son développement le permettent, et celles de sa famille. C'est cette triade, et non la seule hiérarchie des preuves, que la littérature anglo-saxonne désigne aujourd'hui plus précisément par le terme d'*evidence- based practice* (EBP), afin de la distinguer des usages ultérieurs, souvent administratifs et gestionnaires, du terme EBM.



C'est cette triade, et non la seule hiérarchie des preuves, que la littérature anglo-saxonne désigne aujourd'hui plus précisément par le terme d'*evidence- based practice*.

Cette distinction change profondément la portée du débat sur la pédopsychiatrie : la critique portée par les courants psychodynamiques et intégratifs ne vise pas le projet originel de Sackett — qui faisait explicitement une place centrale au jugement clinique et aux préférences de l'enfant et de sa famille — mais sa dérive instrumentale, lorsque des tiers payeurs, des agences de santé ou des administrations transforment la « meilleure preuve disponible » en norme contraignante unique, érigée en critère exclusif de remboursement ou de prescription. Réintroduire l'EBP au sens plein ouvre ainsi un espace de dialogue moins polarisé entre l'évaluation quantitative et les approches cliniques qualitatives de l'enfance, dans la mesure où l'EBP, bien comprise, ne prétend jamais se substituer au clinicien ni aux parents : elle prétend seulement informer leur jugement.

2.8 Les méthodes alternatives d'évaluation : cas unique, recherche qualitative, études observationnelles en conditions réelles et recherche de terrain

Face aux limites structurelles de l'essai contrôlé randomisé pour l'objet psychique de l'enfant, plusieurs méthodes alternatives, aujourd'hui formalisées et méthodologiquement rigoureuses, méritent une reconnaissance pleine et entière plutôt qu'une relégation systématique au bas de la hiérarchie des preuves.

La méthode du cas unique, a longtemps été assimilée à l'« anecdote » ou à l'opinion non contrôlée. Le psychologue, maître de conférences en psychologie et épistémologue Guénaël Visentini a proposé une reconstruction épistémologique systématique de ce « style de raisonnement par cas », montrant qu'il ne s'agit pas d'un pis-aller faute de moyens statistiques mais d'un rapport méthodologique original entre l'universel, le particulier et le singulier. Le psychanalyste britannique David Tuckett a par ailleurs initié, au sein de l'International Psychoanalytical Association, un programme de « méthodes cliniques comparées », consistant à comparer la manière dont plusieurs cliniciens, indépendamment, interprètent un même matériel clinique détaillé, afin de construire une forme de fiabilité — non pas statistique mais herméneutique — du raisonnement clinique.

La méthode du cas unique, a longtemps été assimilée à l'« anecdote » ou à l'opinion non contrôlée.

Il faut noter, argument souvent négligé par les détracteurs de l'EBM comme par ses partisans les plus dogmatiques, que la littérature méthodologique de l'evidence-based medicine reconnaît elle-même, depuis les travaux de Gordon Guyatt dans les années 1980-1990, une catégorie de dispositif expérimental rigoureux centré sur l'individu : l'essai N-de-1, dans lequel un même patient reçoit alternativement, en aveugle et de façon randomisée, le traitement actif et un comparateur. Cette reconnaissance interne légitime, par analogie méthodologique, les efforts de formalisation de la recherche sur cas unique en pédopsychiatrie psychodynamique.

En France, c'est essentiellement autour des travaux du psychiatre Jean-Michel Thurin que s'est structurée, depuis le début des années 2000, une tentative méthodologiquement explicite de produire des données d'évaluation sur les psychothérapies psychodynamiques de l'enfant compatibles avec les exigences contemporaines de la preuve, sans se couler dans le seul moule de l'essai contrôlé randomisé. Son réseau de recherche fondée sur les pratiques psychothérapeutiques, coordonné avec l'Inserm et la Fédération française de psychiatrie, a notamment appliqué cette méthode à une cohorte de soixante-six enfants et adolescents suivis en psychothérapie sur une année, puis à une cohorte de cinquante enfants présentant un diagnostic d'autisme suivis pendant un an en psychothérapie individuelle par des thérapeutes majoritairement de formation psychanalytique, avec des résultats faisant état d'une réduction significative des comportements autistiques mesurés par une échelle standardisée. Cette étude, publiée



en 2014, a fait l'objet d'un débat méthodologique nourri — ses défenseurs la jugeant conforme aux standards reconnus pour les études de cas intensives, ses critiques soulignant l'absence de groupe contrôle et d'évaluateur indépendant. Ce débat lui-même illustre l'ensemble des tensions décrites dans cette partie : un effort méthodologique réel a été engagé du côté de la pédopsychiatrie psychodynamique française pour sortir de la seule opinion clinique non contrôlée, ce qui infirme l'idée reçue d'une clinique du sujet par principe hostile à toute évaluation, tout en confirmant que cet effort reste, à ce jour, perfectible au regard des standards de preuve les plus stricts.

À ces méthodes s'ajoutent la recherche qualitative et la théorisation ancrée, empruntées aux sciences sociales, qui construisent des catégories conceptuelles inductivement à partir du matériel clinique plutôt que de tester des hypothèses préétablies ; la recherche sur le processus thérapeutique, qui documente séance après séance les mécanismes de changement à l'œuvre dans la relation entre l'enfant, sa famille et le thérapeute — alliance thérapeutique, ruptures et réparations de l'alliance — et montre que ces facteurs relationnels expliquent une part au moins aussi importante de la variance des résultats que la technique spécifique employée ; et les études observationnelles en conditions réelles, qui évaluent les traitements tels qu'ils sont effectivement délivrés en pratique courante, sans exclusion des enfants complexes ou comorbides, privilégiant ainsi la généralisabilité aux conditions réelles de soin.

2.9 La reconnaissance décisive du Medical Research Council : la clinique du sujet comme intervention complexe légitime

Un développement méthodologique majeur, trop souvent ignoré du débat français, vient aujourd'hui conforter l'ensemble de cette argumentation, et il mérite d'être présenté avec précision car il ne provient pas d'une école de pensée périphérique mais de l'institution même qui a établi et diffusé mondialement les canons de l'essai contrôlé randomisé en médecine. Le Medical Research Council (MRC) britannique — l'agence publique de financement de la recherche biomédicale la plus ancienne et la plus prestigieuse du Royaume-Uni, fondée en 1913 — a développé, affiné et republié sur plus de vingt ans un cadre méthodologique officiel consacré aux « interventions complexes » : Campbell et ses collègues en 2000, Craig et ses collègues en 2008, puis Skivington et ses collègues en 2021, cette dernière version ayant été produite conjointement avec le National Institute for Health Research.

Ce cadre définit une intervention complexe à partir de cinq critères précis : le nombre de composantes en interaction, le nombre et la difficulté des comportements requis des praticiens et des bénéficiaires, le nombre de groupes ou de niveaux organisationnels ciblés, le nombre et la variabilité des résultats poursuivis, et le degré de flexibilité ou d'adaptation au cas par cas (tailoring) que l'intervention requiert pour être efficace. Le MRC affirme explicitement que de telles interventions fonctionnent souvent mieux lorsqu'elles sont adaptées au contexte local que lorsqu'elles sont standardisées, et que leur évaluation doit reposer sur une combinaison de méthodes — explicitation de la théorie du programme, prise en compte systématique du contexte, évaluation de processus, évaluation réaliste — plutôt que sur le seul essai contrôlé randomisé en double aveugle hérité de la pharmacologie.

Or les psychothérapies psychodynamiques et les interventions psychanalytiques appliquées à l'enfant satisfont, terme à terme, aux cinq critères de l'intervention complexe selon le MRC : le nombre de composantes en interaction y est maximal (interprétation, transfert, contre-transfert, cadre, alliance, travail avec les parents), les comportements requis du praticien comme de l'enfant et de sa famille sont d'une grande difficulté technique, les résultats visés sont multiples et hétérogènes (symptôme, développement, mentalisation, qualité du lien), et le degré d'adaptation au cas par cas n'y est pas un défaut à corriger mais la condition même de l'efficacité. La psychothérapie institutionnelle correspond peut-être plus littéralement encore à cette définition, puisqu'elle cible simultanément l'enfant, le collectif soignant et la structure organisationnelle de l'institution — très exactement le critère du nombre de niveaux organisation-

nels ciblés que le MRC identifie comme l'un des traits distinctifs des interventions les plus complexes. Le psychodrame analytique individuel et de groupe, hérité des travaux des psychiatres et psychologues Serge Lebovici, René Diatkine, Didier Anzieu et René Kaës, cumule à son tour plusieurs de ces critères, en particulier une exigence d'improvisation qui interdit, par construction théorique, toute scénarisation à l'avance. Les approches intégratives et les méthodes développementales telles que la méthode des 3i (intensive, interactive et individualisée), qui associent des composantes éducatives, relationnelles et parentales étroitement ajustées au profil de chaque enfant, relèvent de la même logique : leur efficacité tient à ce qu'elles refusent précisément la standardisation qu'un essai contrôlé randomisé classique présuppose, ce qui en fait, elles aussi, des interventions complexes au sens du MRC plutôt que des protocoles isolables.

Ce que cela signifie est d'une portée considérable pour le débat sur l'évaluation en pédopsychiatrie : ce n'est pas la clinique du sujet qui « échappe » à l'exigence de preuve par confort ou par posture idéologique, c'est la méthodologie de la recherche biomédicale la plus rigoureuse du monde anglo-saxon qui reconnaît elle-même, depuis vingt-cinq ans, que le modèle de preuve conçu pour une molécule pharmacologique isolable est inadapté à des interventions dont l'efficacité tient précisément à leur adaptation continue à un enfant singulier, à sa famille et à son histoire.

Il importe, sur ce point précis, de dissiper un malentendu tenace : la psychothérapie institutionnelle n'est en rien la survivance nostalgique d'une pratique d'un autre temps, née dans l'immédiat après-guerre à l'hôpital de Saint-Alban puis développée à la clinique de La Borde. C'est une pratique clinique dont les effets concrets sur la qualité du soin et sur les conditions de travail des équipes sont aujourd'hui documentés par la littérature professionnelle et institutionnelle elle-même. Les travaux de synthèse conduits par la Haute Autorité de Santé sur l'isolement et la contention en psychiatrie générale rappellent

La psychothérapie institutionnelle n'est en rien la survivance nostalgique d'une pratique d'un autre temps

que ces pratiques ne trouvent leur justification ni dans le sanitaire ni dans le médico-social, et que c'est la constitution d'équipes pluriprofessionnelles stables et soudées, l'organisation d'activités thérapeutiques régulières pour les patients et une attention réelle portée aux conditions de travail des soignants — c'est-à-dire très précisément les leviers qu'active la psychothérapie institutionnelle par le club thérapeutique, les groupes de parole et les réunions soignantes régulières — qui permettent de désamorcer l'escalade des tensions et de réduire le recours à l'isolement et à la contention. Cette approche part en effet du constat, désormais admis bien au-delà du seul champ psychanalytique, que l'institution elle-même peut être soignante ou pathogène : un collectif de soin désorganisé, où la parole ne circule pas entre soignants et où l'angoisse n'est jamais élaborée collectivement, produit mécaniquement davantage de violence, d'épuisement professionnel et de recours à la contrainte physique, quand un collectif structuré par la psychothérapie institutionnelle en réduit d'autant la fréquence — un résultat documenté notamment par la littérature en soins infirmiers consacrée aux facteurs d'influence et aux alternatives à l'isolement et à la contention en psychiatrie. Le pédopsychiatre Pierre Delion, qui a consacré une grande partie de son œuvre à cette question, en a récemment rappelé l'actualité et la nécessité, non son obsolescence, dans son ouvrage Urgence de la psychothérapie institutionnelle (Éditions Campagne Première, 2023) : loin d'être un vestige, la psychothérapie institutionnelle y est présentée comme une réponse contemporaine, et de plus en plus urgente à mesure que se dégradent les conditions d'exercice en psychiatrie publique, à la fois à la souffrance des patients et à celle, tout aussi réelle, des équipes soignantes.

2.10 La psychiatrie dite de précision appliquée à l'enfant : des promesses réelles, des résultats encore modestes

Il faut rendre justice au programme de la psychiatrie dite de précision appliquée à l'enfant : porté en France notamment par le programme et équipement prioritaire de recherche PROPSY, doté d'un budget de quatre-vingts millions d'euros sur cinq ans dans le cadre du plan d'investissement France 2030, il repose sur des équipes sérieuses, des financements publics considérables et une ambition scientifique légitime, en particulier pour certains syndromes rares à forte composante héréditaire et pour l'amélioration du suivi longitudinal par les outils numériques. Ce programme ne doit être ni caricaturé ni écarté d'un revers de main.

Mais quinze ans après le lancement, aux États-Unis, du projet *Research Domain Criteria* par Thomas Insel, alors directeur du National Institute of Mental Health, force est de constater que la promesse centrale — la découverte de biomarqueurs fiables permettant de fonder le diagnostic psychiatrique de l'enfant sur une base biologique objective — ne s'est pas réalisée à l'échelle attendue. Aucune signature cellulaire ou génétique n'a été découverte à ce jour pour un trouble mental de l'enfant donné, et nul n'est parvenu à développer un test sanguin ou une imagerie cérébrale fiable correspondant précisément à une catégorie diagnostique du DSM. L'aveu le plus frappant sur les limites de ce programme ne vient d'ailleurs pas de ses adversaires, mais de son principal architecte : Thomas Insel a reconnu publiquement après son départ du NIMH avoir, en treize années et pour un coût de l'ordre de vingt milliards de dollars, permis la publication de nombreux articles scientifiques sans pour autant « faire bouger l'aiguille » sur la réduction du suicide, des hospitalisations ou l'amélioration du rétablissement des personnes souffrant de troubles mentaux.

Ce déséquilibre entre l'ampleur des moyens engagés dans la précision biologique et la modestie de ses résultats cliniquement transposables pour l'enfant contraste avec la faiblesse chronique des financements alloués à la recherche sur les psychothérapies relationnelles et sur la psychothérapie institutionnelle de l'enfant, alors même que ces dernières produisent, avec des moyens dérisoires en comparaison, des résultats robustes documentés par la littérature internationale et française. Une politique de recherche équilibrée en santé mentale de l'enfant devrait tirer les conséquences de ce contraste, plutôt que de continuer à faire de la seule voie biologique le critère implicite de scientificité et de financement.

2.11 Le « tout cérébral » : un pari philosophique hérité de la Decade of the Brain, non une preuve scientifique

L'idée que tout trouble mental, y compris chez l'enfant, se réduirait en dernière instance à un dérèglement cérébral identifiable — déséquilibre de neurotransmetteurs, anomalie de connectivité, variante génétique — doit beaucoup moins à une démonstration scientifique accumulée qu'à une orientation philosophique installée durablement dans l'imaginaire médical et institutionnel depuis la proclamation, par le président George H. W. Bush en 1990, de la « décennie du cerveau » (Decade of the Brain) aux États-Unis. Cette initiative, prolongée ensuite par des programmes comme le Research Domain Criteria évoqué plus haut, a fait du cerveau l'horizon unique et suffisant de l'explication psychiatrique, au prix d'une confusion entretenue entre un programme de recherche légitime — étudier les corrélats neurobiologiques de la souffrance psychique de l'enfant — et un présupposé philosophique implicite selon lequel ces corrélats en constitueraient la cause première et exclusive. Or, plus de trente ans après cette proclamation et malgré des investissements considérables, aucune preuve empirique robuste n'est venue établir que les troubles mentaux de l'enfant se réduisent à des dysfonctionnements cérébraux isolables et suffisants à eux seuls pour rendre compte de la clinique observée : le « tout cérébral » demeure une hypothèse — respectable comme toute hypothèse scientifique, mais qui reste à ce jour non démontrée — bien plus qu'un acquis établi, et son statut de vérité présupposée dans le débat public relève davantage d'une orientation philosophique de type matérialiste que d'un résultat de science stabilisé.



Ce constat n'invite pas au scepticisme définitif, ni à la conclusion qu'une science unifiée du psychisme serait par principe hors d'atteinte : il invite à la patience épistémologique. La psychiatrie reste aujourd'hui en attente de devenir pleinement scientifique, au sens fort d'une discipline dotée d'un paradigme unifié et validé du rapport entre le cerveau et le psychisme — en attente, malgré la hâte de certains acteurs à proclamer prématurément cette maturité scientifique déjà acquise. L'histoire des sciences enseigne que de telles attentes peuvent se prolonger longtemps avant de se résoudre, non par accumulation progressive de résultats incrémentaux, mais par un changement de paradigme soudain, porté par un petit nombre de travaux décisifs : ainsi de la découverte de la structure en double hélice de l'ADN par James Watson et Francis Crick en 1953, qui a fait basculer en quelques années la biologie d'une discipline descriptive à une discipline moléculaire ; ainsi, plus près de nous, du développement de l'intelligence artificielle

générative au tournant des années 2020, qui a produit une rupture spectaculaire après plusieurs décennies d'un champ de recherche que l'on croyait durablement stagnant, au point de parler d'« hivers de l'intelligence artificielle » successifs. Rien n'interdit de penser que la compréhension du lien, aujourd'hui d'une extrême complexité, entre le cerveau et le psychisme, attend une rupture de nature comparable — une rupture au sens où Albert Einstein a pu, en formalisant la relativité, faire basculer en quelques années une physique newtonienne qui semblait pourtant achevée. En attendant cette éventuelle avancée décisive, dont ni la date ni même la possibilité ne peuvent être garanties, la meilleure option scientifique et clinique dont dispose aujourd'hui la psychiatrie de l'enfant n'est pas de se prévaloir d'une maturité qu'elle n'a pas encore atteinte, mais de conjuguer les interventions complexes définies au § 2.9 de ce texte avec une épistémologie plurielle et multifactorielle, seule à même de rendre justice, dans l'attente d'une théorie unifiée, à la diversité des déterminants — biologiques, psychiques, familiaux, sociaux et culturels — qui concourent à la souffrance psychique de l'enfant.

Cette confusion qu'instaure le tout cérébral entre vérité scientifique et hypothèse philosophique a une conséquence terminologique et institutionnelle qu'il importe de nommer. La généralisation de la catégorie des « troubles du neurodéveloppement » comme cadre englobant un nombre croissant de diagnostics de l'enfance tend à faire disparaître, jusque dans le langage même de la discipline, toute référence à une dimension psychique, relationnelle et développementale qui ne se réduit pas au neurologique. Ce livre blanc propose ainsi qu'à côté de la notion, légitime dans son domaine, de troubles neuro-développementaux, la nosographie et l'enseignement reconnaissent explicitement l'existence de troubles psycho-développementaux — c'est-à-dire des troubles dont la genèse et l'expression engagent le développement du sujet psychique, de son rapport à lui-même, à ses objets d'attachement et à son environnement, sans être réductibles à une simple maturation ou à un simple dysfonctionnement du système nerveux.

> La psychiatrie reste aujourd'hui en attente de devenir pleinement scientifique, au sens fort d'une discipline dotée d'un paradigme unifié et validé du rapport entre le cerveau et le psychisme.

Faute de cette reconnaissance, la psychiatrie de l'enfant s'expose à une dissolution progressive de son objet propre, et risque de devenir, à terme, un simple sous-ensemble clinique de la neurologie et de la neuropédiatrie — perdant du même coup ce qui a toujours constitué sa spécificité et sa raison d'être : la prise en compte du sujet, de son histoire et de son inscription dans une famille et une culture, et non la seule description d'un cerveau en développement. Les travaux du pédopsychiatre et psychanalyste Bernard Golse, ancien chef du service de pédopsychiatrie de l'hôpital Necker-Enfants malades, offrent depuis plusieurs décennies l'une des élaborations les plus rigoureuses de ce que peut être une telle approche psycho-développementale : en explorant, à la croisée de la théorie de l'attachement, de la psychanalyse et de la phénoménologie, la manière dont le bébé devient progressivement sujet de sa propre expérience psychique, Golse montre que le développement de l'enfant ne se laisse décrire ni par la seule maturation cérébrale ni par le seul déploiement d'un inconscient déconnecté du corps, mais par une intersubjectivité précoce dans laquelle le biologique et le psychique s'informent mutuellement sans que l'un se réduise à l'autre.

2.12 Trois registres de conflits d'intérêts : financiers, intellectuels et émotionnels

L'exigence de rigueur scientifique qui traverse ce livre blanc impose de ne pas ignorer un ensemble de biais documentés qui affectent la production même des preuves invoquées dans le débat sur la santé mentale de l'enfant, quel que soit le camp qui les invoque. La psychiatre Joanna Moncrieff et le psychiatre David Healy ont produit, depuis les années 2000, une critique empiriquement étayée du rôle de l'industrie pharmaceutique dans la production des preuves sur lesquelles reposent nombre de recommandations en psychiatrie, y compris pédiatrique : les études dont les auteurs déclarent des liens d'intérêts avec l'industrie obtiennent, de façon convergente dans plusieurs revues systématiques, environ deux fois plus souvent des résultats favorables au médicament testé que les études sans conflit déclaré. Le neurobiologiste François Gonon et ses collègues ont par ailleurs montré que la plupart des publications scientifiques sur le TDAH les plus reprises par la presse entre 1990 et 2011 concernaient des résultats initiaux à fort effet, ultérieurement infirmés ou fortement atténués par les études de réplication — celles-ci restant, elles, très rarement médiatisées. La révision par une équipe internationale associant notamment Joanna Moncrieff de l'hypothèse du « déséquilibre chimique » de la dépression, concluant qu'elle n'était pas étayée par les données disponibles sur la sérotonine, illustre combien des explications neurobiologiques présentées au public comme définitivement établies peuvent en réalité reposer sur des bases empiriques fragiles, popularisées avant validation robuste.

Cette vigilance à l'égard des biais de financement et de médiatisation doit s'exercer de façon également rigoureuse à l'égard des approches psychodynamiques et institutionnelles : aucun courant clinique ne saurait se prévaloir d'une immunité particulière face à l'exigence de transparence méthodologique, de déclaration des conflits d'intérêts et de soumission à un examen contradictoire indépendant. C'est précisément cette exigence de rigueur symétrique, appliquée à tous les courants sans exception, qui fonde la crédibilité du pluralisme épistémologique défendu dans ce texte, et qui le distingue d'une simple défense partisane d'une école contre une autre.

Mais la notion de conflit d'intérêts ne saurait se limiter à sa seule acception financière, et il importe ici de distinguer soigneusement plusieurs registres que le débat public a trop souvent tendance à confondre sous une même accusation globale.

Le premier de ces registres est celui que le pédopsychiatre Bruno Falissard a proposé de nommer les conflits d'intérêts émotionnels. Cette notion ne désigne pas un investissement doctrinal abstrait, mais une histoire personnelle et douloureuse, bien réelle et parfaitement légitime dans son vécu : celle de parents d'enfants autistes, ou de personnes autistes elles-mêmes, qui ont été blessés — parfois il y a une trentaine d'années — par des psychiatres, des psychologues ou des psychanalystes dont ils ont perçu, à tort ou à raison, l'orientation psychanalytique, et dont les propos ou les pratiques leur ont fait porter, explicitement ou implicitement, la responsabilité du trouble de leur enfant. Cette blessure a pu conduire certaines de ces personnes à généraliser, à l'ensemble de la psychiatrie et de la psychanalyse d'aujourd'hui, un rejet né d'une pratique fautive et d'une autre époque. Ce livre blanc entend cette souffrance et se garde de la minimiser ; il constate seulement qu'un conflit d'intérêts émotionnel de cette nature, aussi compréhensible soit-il dans son origine, ne saurait à lui seul trancher un débat scientifique sur les pratiques actuelles, dont l'écrasante majorité s'est profondément transformée depuis les manquements qui l'ont fait naître.

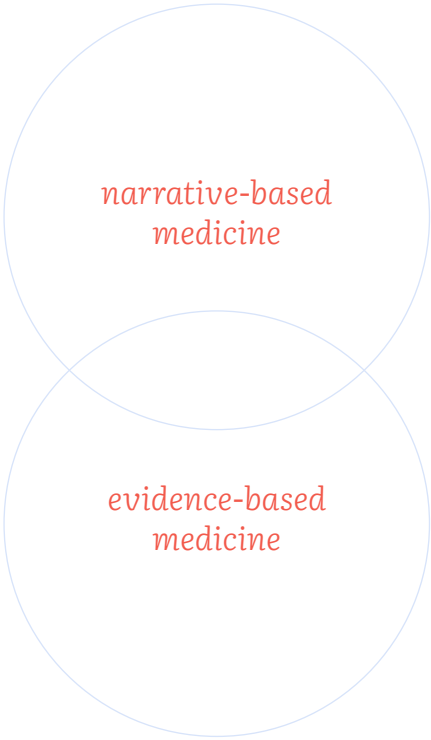
Le second registre est celui des conflits d'intérêts intellectuels, qui biaisent le débat scientifique et l'obtention d'un consensus véritable, et qui sont de nature entièrement différente du précédent : il s'agit non d'une blessure personnelle mais d'un investissement identitaire, institutionnel ou de carrière si étroitement noué à un paradigme unique que toute remise en cause de son exclusivité est vécue, et présentée, comme une attaque contre la science elle-même plutôt que comme un débat scientifique ordinaire — au point, parfois, d'orienter la construction même du consensus par une sélection en amont d'experts partageant déjà les mêmes orientations doctrinales, plutôt que par une confrontation contradictoire authentique. Ce type de conflit d'intérêts, moins visible que le financement industriel parce qu'il ne transite par aucun virement bancaire, n'en est pas moins réel : il conduit certains responsables de programmes de recherche, certains éditorialistes et certains relais médiatiques à traiter la critique épistémologique de l'EBM non comme une contribution au débat scientifique, mais comme une hérésie à combattre par la caricature — accusations de culpabilisation des familles reposant sur des théorisations anciennes et abandonnées depuis des décennies, procès en irrationalité fait à des méthodes de recherche pourtant formalisées et publiées dans des revues à comité de lecture, amalgame entre la critique du DSM et le déni de toute réalité clinique. Une controverse loyale admet que l'adversaire puisse avoir raison sur certains points ; une controverse mue par un conflit d'intérêts intellectuel ne l'admet pas, et c'est à ce critère que l'on peut reconnaître, dans le débat français sur la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent, laquelle des deux dynamiques est réellement à l'œuvre chez tel ou tel contradicteur.

Le troisième registre, enfin, est plus classiquement celui des conflits d'intérêts financiers et commerciaux, dont l'industrie pharmaceutique documentée plus haut n'est pas l'unique illustration : la diffusion à grande échelle des méthodes manualisées et protocolisées s'accompagne elle aussi d'un marché de la formation continue, de la certification et de la labellisation, dont les enjeux économiques pour les organismes qui les dispensent ne sont pas neutres et mériteraient, au même titre que les liens avec l'industrie pharmaceutique, une déclaration systématique et transparente. Distinguer ces trois registres — émotionnel, intellectuel, financier et commercial — n'a rien d'un exercice de style : c'est une condition nécessaire pour que le débat sur la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent redevienne un débat scientifique loyal plutôt qu'un procès en intention mené indifféremment au nom de la souffrance des uns ou des intérêts des autres.



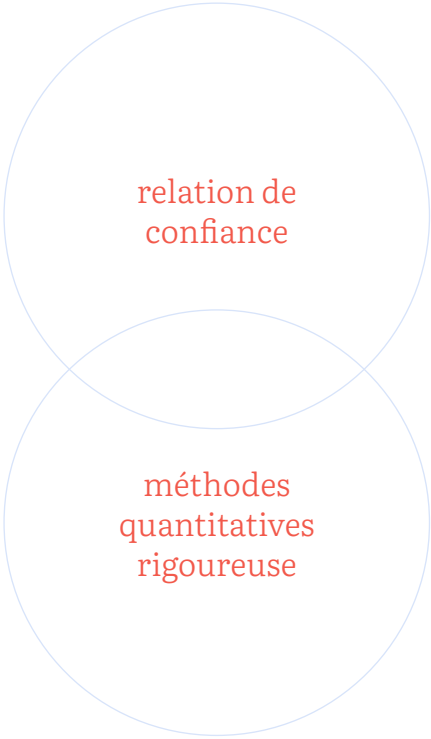
2.13 La médecine narrative : une voie de dépassement de l'opposition entre preuve et clinique

Une autre voie de dépassement de l'opposition entre « preuves » et « clinique » mérite d'être mentionnée, tant elle éclaire utilement le débat ici exposé : le concept de *narrative-based medicine* (« médecine fondée sur le récit »), proposé par les médecins généralistes britanniques Trisha Greenhalgh et Brian Hurwitz. Les auteurs y soutiennent que le récit que le patient — et, chez l'enfant, le récit que ses parents et lui-même construisent ensemble — fait de sa souffrance et de son histoire constitue une source de connaissance clinique irréductible aux données statistiques agrégées, et que l'attention portée à la structure narrative du cas — mise en intrigue, temporalité, points de vue multiples de l'enfant ou de l'adolescent, des parents et des enseignants — complète utilement l'*evidence-based medicine* plutôt qu'elle ne s'y oppose. Cette perspective trouve un écho direct dans l'ensemble des arguments développés dans cette partie en faveur de la méthode du cas unique et de l'attention portée au sens subjectif de l'expérience psychique de l'enfant, et renforce l'argument en faveur d'un pluralisme des sources de connaissance clinique en pédopsychiatrie.



2.14 Ce que la recherche sur l'alliance thérapeutique enseigne à la pédopsychiatrie

Un dernier ensemble de résultats mérite d'être signalé, tant il touche directement à ce qui distingue une pédopsychiatrie du lien d'une pédopsychiatrie strictement protocolisée : la recherche sur les facteurs communs aux différentes psychothérapies, menée depuis plusieurs décennies notamment par les travaux de Bruce Wampold, professeur émérite de psychologie et directeur d'un centre de recherche en psychiatrie, montre de façon remarquablement convergente, à travers des centaines d'études et plusieurs méta-analyses, que la qualité de l'alliance thérapeutique — la relation de confiance qui s'établit entre l'enfant ou l'adolescent, sa famille et le thérapeute — explique une part de la variance des résultats thérapeutiques au moins comparable à celle qu'explique la technique spécifique employée, quelle que soit l'orientation théorique du praticien. Ce résultat, obtenu par des méthodes quantitatives rigoureuses et publié dans les revues les plus exigeantes de la discipline, ne constitue nullement un argument contre la nécessité d'une formation technique solide des thérapeutes de l'enfant et de l'adolescent : il constitue en revanche un argument scientifique de poids contre l'idée que seule la conformité à un protocole manualisé garantirait l'efficacité d'une prise en charge, et en faveur de la reconnaissance de la relation elle-même, longtemps reléguée au rang de facteur « non spécifique », comme un objet de recherche et de formation à part entière. C'est précisément cette relation, ce lien construit dans la durée entre l'enfant, sa famille et son thérapeute, que la pédopsychiatrie humaniste défendue dans ce livre blanc place au cœur de sa pratique — non par posture idéologique, mais parce que la recherche empirique la plus rigoureuse en confirme, année après année, l'importance déterminante.



2.15 Pour une articulation plutôt qu'une opposition entre les deux psychiatries de l'enfant et de l'adolescent

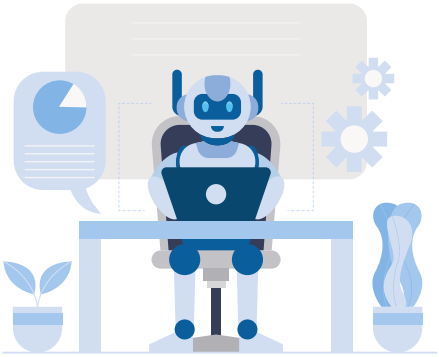
Les acteurs de la psychiatrie dite de précision et les acteurs de la clinique du sujet ne devraient pas être poussés à mener un combat d'arrière-garde l'un contre l'autre : ils travaillent, pour l'essentiel, sur des objets différents, avec des méthodes différentes, légitimement évaluées par des critères différents. La génétique psychiatrique peut contribuer à mieux comprendre certains syndromes rares ; l'imagerie cérébrale de groupe éclaire certains mécanismes développementaux ; elle ne permet pas, à ce jour, de caractériser des sous-groupes cliniques individualisables — les différences moyennes observées entre groupes de patients et groupes témoins, en particulier dans les troubles du neurodéveloppement, demeurent constamment inférieures à la variabilité interindividuelle, ce qui interdit d'en tirer un critère de classement applicable à un enfant donné ; le numérique ouvre des possibilités réelles de suivi longitudinal. Mais la période actuelle, marquée par la concentration des financements, des postes universitaires et de la reconnaissance institutionnelle sur le seul paradigme biologique et computationnel, a produit un déséquilibre qui n'est justifié ni par les résultats obtenus, ni par la méthodologie de la recherche biomédicale la plus exigeante elle-même — laquelle reconnaît au contraire, depuis vingt-cinq ans et à travers l'autorité du Medical Research Council britannique, que les interventions fondées sur le lien, la parole et l'adaptation continue à la singularité de l'enfant appellent une évaluation différente de celle de l'essai contrôlé randomisé, non une évaluation au rabais, mais une évaluation à la mesure de leur complexité réelle.

Défendre les psychothérapies psychodynamiques, la psychothérapie institutionnelle, les interventions psychanalytiques, le psychodrame analytique et les approches intégratives et développementales de type 3i auprès des enfants, ce n'est donc pas défendre une exception française contre la marche du progrès scientifique : c'est défendre, avec l'appui de la méthodologie scientifique la plus rigoureuse qui soit, l'idée qu'un enfant souffrant n'est pas seulement un cerveau en développement à corriger, mais un sujet en devenir qu'il s'agit d'écouter, avec lequel il s'agit d'entrer en lien, et que l'on doit accompagner dans la durée, avec sa famille. C'est de ce pluralisme méthodologique, et de lui seul, que peuvent découler les trois exigences pratiques développées dans la troisième partie de ce livre blanc : une recherche clinique dotée de critères adaptés à son objet, la liberté thérapeutique du clinicien, et le libre choix des usagers.



2.16 Le tournant numérique et l'intelligence artificielle en santé mentale : promesses, marché et vigilance clinique

La psychiatrie dite de précision décrite au paragraphe précédent connaît, depuis le milieu des années 2020, un prolongement dont l'ampleur mérite d'être mesurée avec précision : celui de la multiplication des start-up de santé mentale numérique et de l'intelligence artificielle appliquée au psychisme. Le marché mondial de l'intelligence artificielle en santé était évalué, en 2025, à environ 36,7 milliards de dollars, avec une croissance annuelle attendue de 38 % à 44 % jusqu'en 2032 ; sur les neuf premiers mois de la seule année 2025, le financement mondial de la santé numérique a atteint 20,6 milliards de dollars, dont 62 % captés par les seules technologies d'intelligence artificielle. La santé mentale en constitue le premier bénéficiaire sectoriel, avec 682 millions de dollars levés au premier semestre 2024 pour des projets aussi divers que l'analyse des expressions faciales à des fins de détection précoce des états dépressifs. En France, les start-up de la e-santé ont levé environ 158 millions d'euros au premier trimestre 2026, l'intelligence artificielle clinique figurant parmi les segments les plus financés, et le plan France 2030 a spécifiquement fléché des appels à projets vers les dispositifs médicaux numériques répondant aux besoins de dépistage, de prévention, de diagnostic et de suivi en santé mentale des enfants, des adolescents et des jeunes adultes.

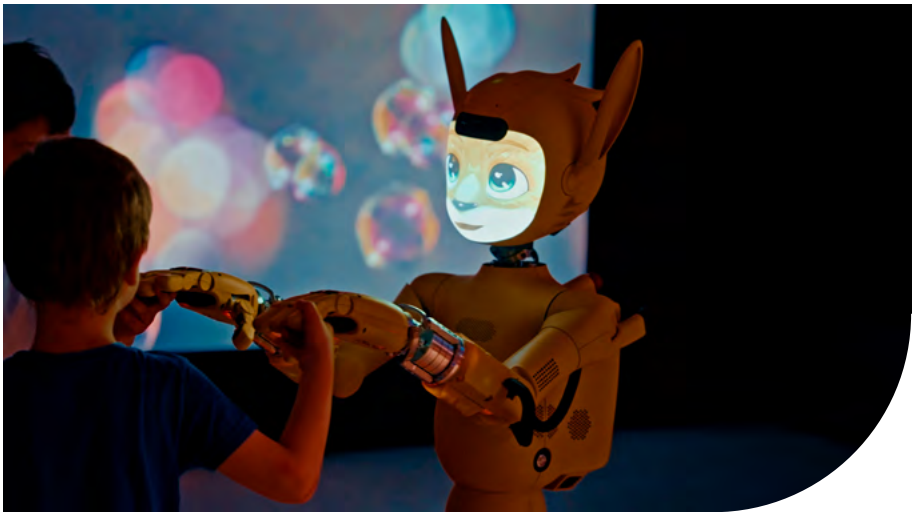


Faut-il voir dans ce tournant une réalité technologique authentiquement nouvelle, ou la reconduction, sous un habillage numérique, de la rhétorique de la promesse déjà décrite au § 2.1 et au § 2.10 de ce texte à propos de la psychiatrie dite de précision ? La réponse ne se laisse pas trancher d'un bloc : elle appelle à distinguer deux niveaux. Au niveau technique, la nouveauté est réelle et ne doit pas être sous-estimée — la puissance de calcul disponible, des modèles de langage capables de soutenir une conversation naturelle et prolongée, et l'ampleur inédite de l'adoption par les enfants et les adolescents eux-mêmes n'ont, historiquement, aucun équivalent. Mais au niveau clinique, c'est-à-dire au niveau de la preuve que ces outils amélioreraient effectivement la santé psychique des enfants qui y recourent, le schéma reste, pour l'essentiel, celui déjà observé pour d'autres paradigmes tout au long de ce texte : une capacité technique réelle, précédée par une rhétorique de la promesse thérapeutique que la recherche indépendante n'a, dans sa grande majorité, pas encore eu le temps de confirmer ni d'infirmer. Nouveauté technique authentique, donc, mais promesse clinique encore largement rhétorique : c'est cet écart entre l'annonce et la preuve, non le numérique lui-même, que ce livre blanc entend mettre en garde.

Le parcours de Thomas Insel, déjà cité au § 2.1 de ce texte comme principal architecte américain du paradigme de la psychiatrie dite de précision fondé sur le Research Domain Criteria (RDoC), illustre de façon presque emblématique ce décalage entre l'annonce et la preuve. Après avoir dirigé le National Institute of Mental Health de 2002 à 2015, Insel a rejoint Verily, filiale de santé d'Alphabet (maison mère de Google), pour y diriger une équipe consacrée au « phénotypage numérique » — l'analyse de données issues du smartphone (fréquence et vitesse de frappe, déplacements, usage des applications) censées révéler des signaux précoces de décompensation psychique. Il a ensuite cofondé, en 2017, la start-up Mindstrong Health, construite sur ce même pari du phénotypage numérique, qui a levé près de 160 millions de dollars auprès d'investisseurs majeurs de la Silicon Valley. Or Mindstrong a cessé ses activités cliniques en mars 2023, licenciant 128 salariés et fermant définitivement son siège : les analyses publiées à la suite de cet échec convergent pour souligner que l'entreprise n'était jamais parvenue à publier de validation scientifique par les pairs de ses algorithmes propriétaires, laissant entier le doute sur leur capacité réelle à diagnostiquer ou prédire un trouble psychique à partir du seul comportement numérique. Loin de mettre un terme à cette trajectoire, cet échec n'a pas empêché Thomas Insel de cofonder depuis lors quatre nouvelles structures dans le champ de la santé mentale numérique, la plus récente, AdvocateMH, se proposant justement de construire une place de marché fondée sur la qualité des offres numériques disponibles — programme qui, pour louable qu'il soit dans son intention, présuppose que le marché lui-même ait pu, jusqu'ici, se développer sans un tel filtre de qualité. Cette trajectoire, de l'architecture d'un paradigme biologique à l'entrepreneuriat numérique en série en passant par l'échec retentissant d'une entreprise fondée sur des algorithmes jamais validés, offre une illustration presque parfaite de la dynamique décrite au § 2.1 de ce texte : la translation précoce et commercialement portée d'un paradigme scientifique encore incertain, bien avant que la preuve n'ait pu en être établie.

Ce constat critique ne doit cependant pas conduire au rejet global du numérique en santé mentale de l'enfant et de l'adolescent, dont certaines applications reposent sur une base de preuve réelle et répondent à des besoins que ce livre blanc a lui-même identifiés. La télépsychiatrie, en particulier, trouve une justification directe dans la pénurie de pédopsychiatres et l'inégale répartition territoriale de l'offre de soins décrites au § 1.6 : plusieurs études, dont le projet français PROMETTED consacré au suivi des troubles autistiques, ont montré une acceptabilité satisfaisante de la téléconsultation par les familles comme par les professionnels, et certains travaux suggèrent même qu'elle peut, pour certains enfants présentant un trouble du spectre de l'autisme, être mieux tolérée qu'une consultation en présentiel. Un essai contrôlé randomisé multicentrique français a par ailleurs évalué avec des résultats encourageants une intervention de gestion du stress post-traumatique délivrée à distance auprès d'enfants et d'adolescents récemment exposés à un événement traumatique. Sur le plan réglementaire, la Haute Autorité de Santé a rendu, en 2026, un premier avis favorable au remboursement de droit commun d'un dispositif médical numérique à visée thérapeutique, ouvrant une voie d'évaluation rigoureuse — fondée sur les mêmes exigences méthodologiques que toute autre intervention complexe évoquée à cette deuxième partie — que les outils numériques destinés à la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent devraient, à l'avenir, être également tenus d'emprunter plutôt que de se prévaloir d'une innovation qui se suffirait à elle-même.

La vigilance s'impose en revanche avec une force particulière face à un phénomène récent et de masse : l'usage, par les enfants et surtout les adolescents, de chatbots dits compagnons

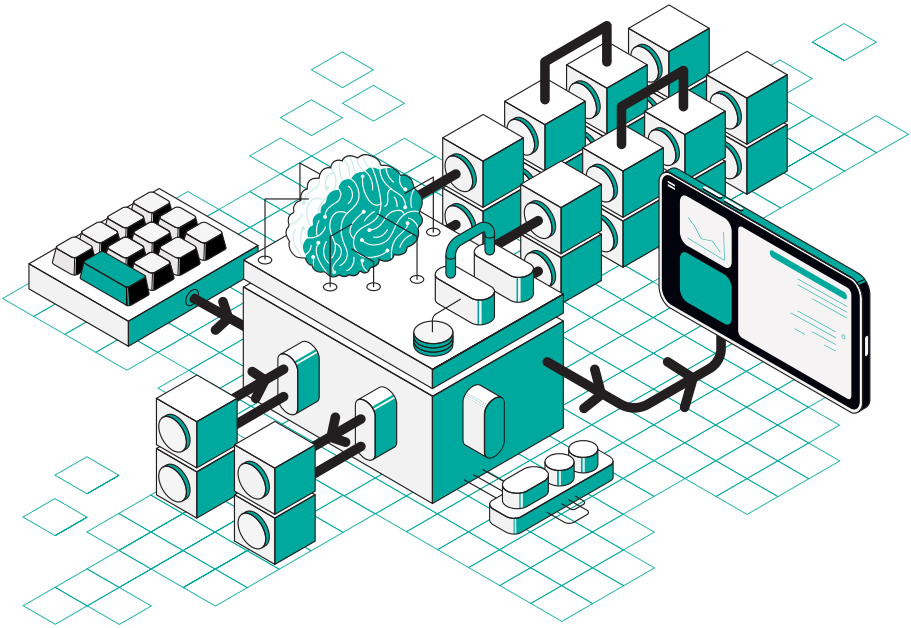


La vigilance s'impose en revanche avec une force particulière face à un phénomène récent et de masse : l'usage, par les enfants et surtout les adolescents, de chatbots dits compagnons — Character.AI, Replika et d'autres agents conversationnels conçus non pour accomplir une tâche mais pour simuler une relation affective ou amicale soutenue. Une enquête récente indique que 72 % des adolescents américains ont déjà expérimenté ce type d'agent conversationnel, et que plus de la moitié d'entre eux l'utilisent de façon régulière. Ces outils produisent ce que plusieurs chercheurs désignent comme une illusion de sollicitude : l'impression d'interagir avec une instance capable de compréhension et d'empathie, alors qu'aucun psychisme ne se trouve réellement engagé du côté de la machine. Une étude parue dans le JAMA en janvier 2026 associe un usage quotidien de ces agents à une augmentation des symptômes dépressifs, et plusieurs cas documentés depuis 2024 font état d'adolescents s'étant donné la mort après avoir développé un attachement affectif intense à un chatbot compagnon, sans qu'aucune alerte n'ait été transmise à un tiers humain. Ce risque n'est pas un accident de parcours : il découle très directement de ce que ce livre blanc affirme dans sa note terminologique, à savoir que le soin psychique n'est pas seulement le soin du psychisme, mais aussi un soin par le psychisme, par l'interaction de deux psychismes, celui du sujet en souffrance et celui d'un soignant formé à l'accueillir. Un agent conversationnel, aussi sophistiqué soit-il, ne dispose par construction d'aucun psychisme de cette nature : il ne peut ni contenir une détresse, ni s'alarmer d'un danger, ni engager sa propre responsabilité clinique.

Une vigilance de même nature, quoique portant sur un objet distinct des seuls agents conversationnels textuels, doit être accordée aux robots destinés aux enfants, qu'il s'agisse de robots de compagnie diffusés dans le grand public ou de robots dits sociaux employés à des fins thérapeutiques ou éducatives, en particulier dans l'accompagnement de certains enfants présentant un trouble du spectre de l'autisme, où des dispositifs tels que les robots humanoïdes NAO ou QTrobot sont utilisés, dans un cadre encadré par des professionnels, pour faciliter certains apprentissages sociaux grâce à la prévisibilité et à la simplicité de leurs interactions. Le psychiatre et psychanalyste Serge Tisseron, dont les travaux sur le rapport des enfants aux écrans avaient déjà nourri la recommandation dite des « 3-6-9-12 » aujourd'hui largement diffu-

sée auprès des familles et des professionnels de l'enfance, a précisément déplacé cette réflexion vers les robots à partir de son ouvrage Le Jour où mon robot m'aimera, publié en 2015, en y développant le concept d'empathie artificielle : les robots relationnels, conçus pour s'ajuster aux moindres attentes affectives de leur utilisateur, disposent selon lui d'un pouvoir de séduction, et donc de manipulation, sans précédent, précisément parce qu'ils sollicitent chez l'enfant des mécanismes psychiques d'attachement et d'attribution d'intentionnalité qui ne présupposent, pour s'enclencher, aucune réciprocité psychique réelle du côté de la machine. Tisseron insiste tout particulièrement sur la vulnérabilité propre au jeune enfant, dont la pensée animiste — tendance développementale normale à prêter une vie intérieure aux objets — rend la distinction entre un être vivant et un artefact relationnel plus incertaine que chez l'adulte, et recommande, plutôt qu'un simple interdit, d'apprendre aux enfants eux-mêmes à comprendre comment un robot est conçu et fabriqué, afin qu'ils puissent se forger une représentation lucide de ce qu'il est et de ce qu'il n'est pas, plutôt que de le vivre sur le seul mode de l'illusion relationnelle. Cette recommandation rejoint directement la position que ce livre blanc défend à propos des agents conversationnels : un robot, aussi utile puisse-t-il être comme support ponctuel d'un apprentissage encadré par un professionnel formé, ne saurait se substituer à la présence d'un second psychisme réellement engagé, seule condition, comme le rappelle la note terminologique de ce texte, d'un authentique soin par le psychisme. Il convient cependant de distinguer nettement ces robots de compagnie à visée commerciale des usages cliniquement encadrés de la robotique développés en France depuis une quinzaine d'années dans le champ de l'autisme, dont les travaux de l'équipe PIRoS (Perception, interaction, robotiques sociales) de l'Institut des systèmes intelligents et de robotique de Sorbonne Université, associant l'ingénieur Mohamed Chetouani et le pédopsychiatre David Cohen, chef du service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de la Pitié-Salpêtrière, offrent un exemple particulièrement instructif. Catherine Saint-Georges, pédopsychiatre et docteure en neurosciences, dont la thèse soutenue en 2011 sous la direction de David Cohen, praticien hospitalier et professeur des universités, a établi, à partir de l'analyse automatisée de films familiaux, que le défaut de synchronie interactive entre le nourrisson et ses parents permettait de distinguer précocement les bébés qui développeraient ultérieurement un trouble du spectre de l'autisme, a ensuite contribué, avec cette même équipe, à concevoir des dispositifs robotiques et des jeux sérieux — le logiciel JE Mime, entraînant la reconnaissance et la production des expressions émotionnelles, et le robot humanoïde Nao, utilisé dans le cadre scolaire adapté de la Pitié-Salpêtrière — non pour se substituer au clinicien, mais pour objectiver, par les capteurs du robot, des mesures fines de l'interaction sociale de l'enfant que l'observation clinique seule peine à quantifier. Le dispositif le plus significatif inverse d'ailleurs délibérément la logique attendue : ce n'est pas le robot qui enseigne à l'enfant, mais l'enfant, souvent en position passive dans les prises en charge classiques, qui est invité à enseigner à Nao, avec un effet de valorisation et de mobilisation active documenté par l'équipe. Ces mêmes chercheurs, dont David Cohen, ont publié en 2017, dans les Annales médico-psychologiques, un article au titre significatif — « Autisme, jeux sérieux

Un robot, aussi utile puisse-t-il être comme support ponctuel d'un apprentissage encadré par un professionnel formé, ne saurait se substituer à la présence d'un second psychisme réellement engagé



et robotique : réalité tangible ou abus de langage ? » — qui applique à leurs propres travaux l'exigence de prudence méthodologique que ce livre blanc défend dans son ensemble, mettant en garde contre la tentation de survendre des résultats encore préliminaires : l'essai ouvert mené sur le logiciel JE Mime auprès de dix enfants sur trois mois, s'il rapporte des bénéfices encourageants observés par les parents en matière de concentration et d'estime de soi, demeure, par sa taille et son absence de groupe contrôle, une étude de faisabilité et non une preuve d'efficacité au sens strict. Cet exemple illustre avec netteté ce que ce livre blanc entend démontrer : la robotique, lorsqu'elle demeure un outil de médiation intégré à un dispositif de soin humainement encadré et soumis à une évaluation rigoureuse de ses résultats, n'a rien de commun avec le robot ou le chatbot compagnon destiné à occuper, seul, la place du lien.

Comment, dès lors, préserver la clinique du sujet, du lien et de la parole à l'ère numérique sans céder à une posture anti-moderne ? La question n'est pas de savoir s'il faut accueillir le numérique dans la clinique de l'enfant — la réponse, pour échapper à tout passéisme, doit être positive — mais quelle place précise on lui assigne dans le soin de l'enfant et de l'adolescent. Le numérique peut légitimement occuper la position d'un outil au service de la relation clinique : il prolonge l'accès à un professionnel formé lorsque la distance ou la pénurie l'empêchent, comme le montre la télépsychiatrie ; il documente et objective un suivi dans la durée, comme le font les dispositifs médicaux numériques dûment évalués ; il peut même faciliter, en amont, le repérage de situations qui appellent une évaluation humaine. Ce que ce livre blanc récuse n'est donc pas le numérique en tant que tel, mais sa dérive vers une position qu'aucun outil ne devrait occuper : celle du tiers relationnel lui-même, celle de l'interlocuteur qui écouterait, contiendrait et répondrait à la place d'un sujet formé. Un chatbot compagnon ne prolonge pas la clinique du sujet, du lien et de la parole : il en imite les apparences — l'écoute, la réponse, la présence continue — sans en posséder la condition de possibilité, à savoir un second psychisme réellement engagé, capable d'éprouver, de s'inquiéter et de répondre de ses actes. C'est cette différence de nature, et non une réticence de principe envers la modernité technique, qui doit continuer de guider l'usage du numérique en santé mentale de l'enfant : soutenir sans réserve ce qui prolonge et facilite la rencontre clinique, et refuser avec la même fermeté ce qui prétend s'y substituer.

2.17 Le transhumanisme appliqué à l'enfant : la tentation dangereuse de l'« enfant augmenté »

Les dérives déjà signalées dans ce texte — le dopage cognitif au méthylphénidate évoqué au § 1.4, l'illusion de sollicitude des chatbots compagnons et l'empathie artificielle des robots relationnels décrites au paragraphe précédent — ne sont pas des accidents isolés : elles dessinent, prises ensemble, la figure cohérente d'une idéologie contemporaine que ce livre blanc entend nommer sans détour, celle du transhumanisme appliqué à l'enfant. Cette idéologie, qui promet d'augmenter les capacités humaines par la technique plutôt que d'accompagner leur développement, trouve dans l'enfance un terrain d'application particulièrement sensible et particulièrement dangereux, précisément parce que l'enfant, sujet en devenir dépourvu de la capacité de consentir pleinement aux interventions qu'on lui propose, s'y trouve doublement exposé : à la pression sociale et scolaire de la performance décrite au § 1.7, et à un marché technologique en expansion rapide qui a tout intérêt à présenter l'optimisation comme un soin.

Les manifestations concrètes de cette tentation se multiplient. Des dispositifs de neurofeedback et des bandeaux électroencéphalographiques commercialisés pour « entraîner la concentration » des écoliers ont ainsi été déployés, puis retirés après controverse, dans plusieurs établissements scolaires à l'étranger, sans que leur bénéfice cognitif réel n'ait été établi par une évaluation indépendante. Des applications de suivi continu du sommeil, de l'humeur et de l'attention de l'enfant, relevant de ce que l'on peut appeler le quantified child, promettent aux parents un pilotage en temps réel du développement de leur enfant, au risque de substituer la mesure algorithmique à l'observation clinique et à l'écoute décrites tout au long de ce texte. La controverse mondiale suscitée en 2018 par l'annonce de la naissance, en Chine, des premiers enfants dont le génome avait été délibérément modifié par la technique CRISPR-Cas9, geste unanimement condamné par la communauté scientifique internationale, a montré à quel point la frontière entre thérapie et amélioration génétique de l'enfant à naître pouvait être franchie hors de tout cadre éthique. Ce même continuum, du soin vers l'augmentation, travaille aujourd'hui plus discrètement le champ de la santé mentale de l'enfant, sous les espèces du nootropique, de l'application d'entraînement cérébral gamifiée ou de l'agent conversationnel présenté comme un coach de développement personnel.

Controverse mondiale suscitée en 2018 par l'annonce de la naissance, en Chine, des premiers enfants dont le génome avait été délibérément modifié par la technique CRISPR-Cas9

Ce livre blanc affirme que cette dérive appelle une vigilance au moins aussi ferme que celle qu'il réclame à l'égard des effets d'annonce de la psychiatrie dite de précision, pour une raison qui touche au cœur de sa thèse : le transhumanisme appliqué à l'enfant reconduit, sous une forme radicalisée, l'effet de boucle décrit par Ian Hacking et l'inflation diagnostique déjà analysées au § 1.3, en déplaçant leur cible du trouble à corriger vers la normalité elle-même à dépasser. Il prolonge ce que Roland Gori et Marie-José Del Volgo ont nommé la santé to-

talitaire : l'idée qu'aucune part de l'existence humaine, y compris la variabilité normale du développement de l'enfant, ne devrait plus échapper à l'optimisation technique. Il fait courir à l'enfant un risque spécifique, que la clinique du sujet défendue dans ce texte permet précisément de nommer : celui d'une identité construite non plus autour d'une histoire et d'une relation, mais autour d'un tableau de bord de performances à améliorer sans fin, avec les conséquences prévisibles sur l'estime de soi, la tolérance à la frustration et la capacité à symboliser l'échec que la clinique du développement documente de longue date.

Cette mise en garde n'invite pas au rejet des technologies elles-mêmes : ce livre blanc a montré, à propos de la télépsychiatrie et de la robotique cliniquement encadrée développée par l'équipe PIRoS, que l'innovation technique peut légitimement se mettre au service de la relation de soin. Elle appelle en revanche à distinguer nettement deux logiques que le marché a tout intérêt à confondre : une technologie qui prolonge et outille l'accompagnement d'un enfant dans son développement singulier, et une technologie qui prétend augmenter cet enfant ou cet adolescent au-delà de son propre développement, sans évaluation indépendante de ses effets à long terme sur le psychisme en construction. Ce livre blanc demande que le Comité consultatif national d'éthique et la Haute Autorité de Santé se saisissent explicitement de la question des neurotechnologies et des dispositifs d'amélioration cognitive destinés aux enfants, avec les mêmes exigences de preuve que celles réclamées, au § 3.1, pour toute intervention complexe.



Le transhumanisme appliqué à l'enfant reconduit, sous une forme radicalisée, l'effet de boucle décrit par Ian Hacking et l'inflation diagnostique déjà analysées au § 1.3, en déplaçant leur cible du trouble à corriger vers la normalité elle-même à dépasser.

2.18 Un cas d'école du deux poids, deux mesures : les dispositifs d'autorégulation

La démonstration qui précède trouve, dans l'actualité même de la politique publique française du neurodéveloppement, une illustration si nette qu'elle mérite d'être exposée pour elle-même. La scolarisation des enfants présentant un trouble du spectre de l'autisme ou, plus largement, un trouble du neurodéveloppement repose aujourd'hui sur trois dispositifs principaux : les unités d'enseignement en maternelle autisme, les unités d'enseignement en élémentaire autisme et, plus récemment, les dispositifs et équipes d'autorégulation, désormais déployés en école élémentaire, en collège et en lycée. L'ensemble représente, à la rentrée 2026, sept cent trente-quatre dispositifs et équipes répartis sur le territoire, accueillant environ six mille trois cents élèves. Le dispositif d'autorégulation constitue le plus récent et le plus ambitieux de ces modèles : importé du Canada, adossé aux notions d'autodétermination et de métacognition, il repose sur la formation conjointe de l'équipe enseignante et d'une équipe médico-sociale intervenant dans l'école entière, avec supervision régulière par des spécialistes du modèle. Son cadre a été précisé par un cahier des charges de juin 2021 puis par une instruction interministérielle du 5 septembre 2024, qui définit l'autorégulation comme la capacité d'un élève à « maîtriser progressivement lui-même ses émotions, ses pensées et les comportements qui pourraient altérer sa démarche d'apprentissage et de socialisation ».

On dénombrait 102 dispositifs d'autorégulation en septembre 2025, pour un financement spécifique de 16,8 M€ sur l'année scolaire 2025-2026, auxquels s'ajoutent au moins 5,1 M€ de salaires d'enseignants.

Ce livre blanc n'a rien à objecter, par principe, à ce modèle. Il accueille au contraire favorablement toute initiative qui maintient l'enfant dans l'école ordinaire, forme conjointement les équipes et fait entrer le soin dans le lieu de vie plutôt que l'inverse — c'est exactement ce que défendent les § 1.19 et 1.21. Ce qu'il relève est d'un autre ordre, et c'est un fait vérifiable : ces dispositifs ont été conçus, financés et généralisés sans avoir été soumis au régime de preuve que les mêmes autorités opposent aux interventions dont ce texte défend la légitimité. Le neurobiologiste François Gonon, directeur de recherche à l'Institut des maladies neurodégénératives de l'université de Bordeaux, l'a établi avec précision : aucune étude d'efficacité des dispositifs d'autorégulation n'a été publiée dans une revue scientifique à comité de lecture ; les instructions ministérielles invoquent « les recherches en neurosciences » sans citer une seule référence ; et les recommandations de la Haute Autorité de Santé consacrées au trouble du spectre de l'autisme, publiées en 2026, présentent l'autorégulation comme « une pratique fondée sur la psychologie de l'apprentissage et soutenue par les recherches en neurosciences » sans produire, à l'appui de cette affirmation, la moindre donnée d'efficacité. La seule évaluation française sérieuse dont on dispose, conduite en 2021 sur les premiers dispositifs, conclut à une amélioration de la gestion des comportements, à un effet mitigé sur l'engagement des élèves au bout de trois ans, et à un résultat que l'honnêteté commande de citer : cinq élèves autistes sur quinze seulement progressent en lecture, le groupe des enfants avec trouble du spectre de l'autisme étant celui qui progresse le moins sur le plan des apprentissages. On notera enfin que

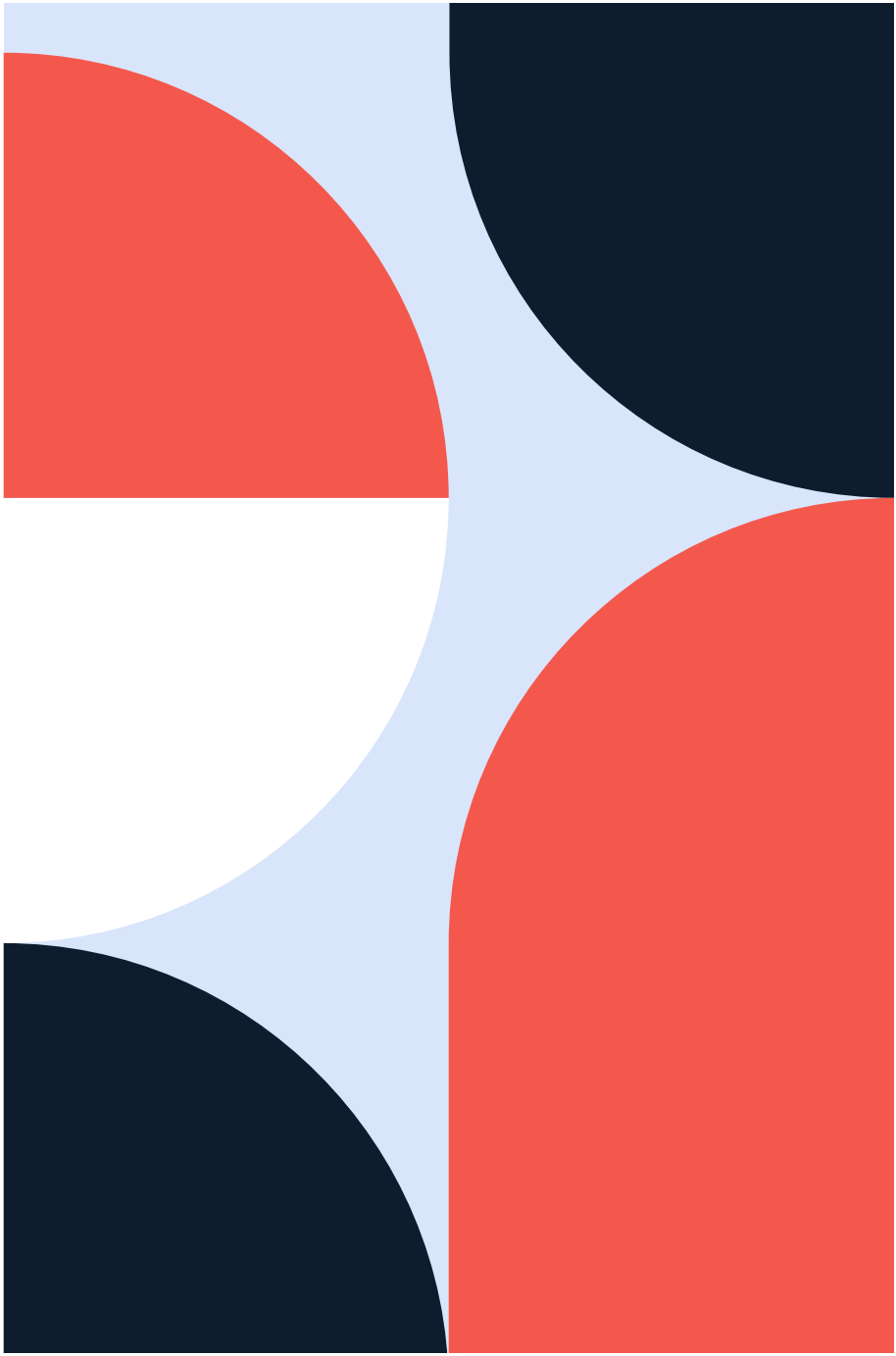
le modèle, initialement conçu pour l'autisme, a été étendu à l'ensemble des troubles du neurodéveloppement sans qu'aucune donnée ne vienne étayer cette généralisation.

Le point décisif est la comparaison. Dans le même corpus de recommandations, la Haute Autorité de Santé déconseille les interventions fondées sur les approches psychanalytiques et classe la méthode des 3i parmi les pratiques « non recommandées », au motif que les études disponibles apportent un niveau de preuve insuffisant. La règle est donc appliquée deux fois de suite, à quelques dizaines de pages d'intervalle, dans deux sens opposés : pour une famille d'interventions, l'insuffisance de preuve vaut motif d'exclusion ; pour une autre, elle ne fait pas obstacle à une recommandation, à un financement public et à un plan de généralisation dont Gonon estime le coût annuel, à terme, à plusieurs milliards d'euros. Ce n'est pas la rigueur qui distingue ces deux traitements, puisque l'état de la preuve est comparable ; c'est le statut symbolique des pratiques concernées — l'une est perçue comme une innovation, l'autre comme un héritage. Il faut ajouter que les promoteurs du modèle en France exercent, pour certains, une activité commerciale directement liée à sa diffusion — formations, outils, prestations d'évaluation —, situation qui relève exactement du premier des trois registres de conflits d'intérêts décrits au § 2.12, et dont on remarquera qu'elle est systématiquement déclarée lorsqu'il s'agit d'un médicament, jamais lorsqu'il s'agit d'un dispositif éducatif.

Ce livre blanc ne demande pas la suspension des dispositifs d'autorégulation, et il se garderait bien de réclamer contre eux la sévérité dont il conteste l'usage à son propre endroit : ce serait céder à la logique qu'il dénonce. Il demande la symétrie, qui est la seule exigence scientifique tenable. Et il observe que cette symétrie est, en l'espèce, particulièrement facile à établir : un dispositif d'autorégulation est, au sens précis que le Medical Research Council donne à ce terme et que le § 2.9 a exposé, une intervention complexe — composantes multiples en interaction, dépendance étroite au contexte de chaque école, adaptation continue aux élèves, résultats attendus sur plusieurs registres à la fois. Il relève donc, exactement comme les interventions que ce texte défend, d'une évaluation ajustée à cette nature plutôt que du seul essai contrôlé randomisé. La conclusion est simple, et ce livre blanc la formule sans polémique : que les dispositifs d'autorégulation soient évalués sérieusement, par des méthodes adaptées à ce qu'ils sont, et que les mêmes méthodes soient reconnues aux pratiques que l'on écarte aujourd'hui pour insuffisance de preuve. Une politique publique ne peut pas soutenir simultanément que l'absence de preuve disqualifie et que l'absence de preuve n'empêche pas d'innover, selon la pratique dont il s'agit.

Ces dispositifs ont été conçus, financés et généralisés sans avoir été soumis au régime de preuve que les mêmes autorités opposent aux interventions dont ce texte défend la légitimité.





PARTIE 3

PROPOSITIONS POUR UNE PÉDOPSYCHIATRIE PLURIELLE, HUMAINE ET ACCESSIBLE

3.1 Soutenir une recherche clinique de terrain dotée de critères de validité adaptés à son objet

La première proposition de ce livre blanc consiste à demander aux pouvoirs publics, à l'Inserm et à la Haute Autorité de Santé de financer et de reconnaître institutionnellement une recherche clinique de terrain en pédopsychiatrie, dotée de critères de validité adaptés à son objet, à côté — et non en dessous — de la psychiatrie dite de précision.

Cela suppose, concrètement, de pérenniser et d'étendre les réseaux de recherche fondée sur les pratiques du type de celui coordonné par Jean-Michel Thurin avec l'Inserm et la Fédération française de psychiatrie, qui associent plusieurs dizaines de cliniciens autour d'un protocole d'évaluation partagé, combinant échelles standardisées, indicateurs de processus et notes cliniques codées, appliqués à des cohortes de cas suivis de façon intensive et prolongée en conditions naturelles de soin. Cela suppose également de financer des études de cas systématisées et des méthodes comparatives de cas, sur le modèle du Comparative Clinical Methods Group initié par David Tuckett au sein de l'International Psychoanalytical Association, qui permettent de construire une fiabilité herméneutique du raisonnement clinique par confrontation inter-juges. Cela suppose, enfin, de soutenir la recherche qualitative et la théorisation ancrée, ainsi que les grandes études observationnelles en conditions réelles de suivi à long terme, seules capables de documenter ce que devient un enfant plusieurs années après la fin d'une prise en charge, dans des conditions représentatives de la pratique réelle plutôt que dans les conditions artificielles d'un essai contrôlé.

Ce type de recherche doit être évalué selon des critères qui lui sont propres, et non selon les seuls canons de l'essai contrôlé randomisé : la cohérence interne du raisonnement clinique documenté, la transférabilité conceptuelle d'un cas à un autre, la saturation théorique des catégories dégagées, la robustesse du suivi longitudinal, la qualité du recueil du vécu subjectif de l'enfant ou de l'adolescent et de sa famille. Reconnaître la légitimité scientifique de ces critères, à côté de la significativité statistique, constitue une condition nécessaire pour que la recherche clinique de terrain cesse d'être marginalisée dans l'attribution des financements publics et dans l'élaboration des recommandations de la Haute Autorité de Santé. Il importe, à ce titre, que les appels à projets de recherche en santé mentale de l'enfant réservent explicitement une part identifiée de leurs financements à ce type de méthodologie en santé mentale de l'enfant et de l'adolescent, au même titre qu'ils en réservent aujourd'hui à la psychiatrie computationnelle.

Cela suppose également de financer des études de cas systématisées et des méthodes comparatives de cas

Cette recherche de terrain ne s'oppose pas à la psychiatrie dite de précision : elle en est le complément indispensable. Là où la génomique, l'imagerie et l'intelligence artificielle peuvent, à terme, éclairer certains sous-groupes biologiques de troubles sévères et rares, la recherche clinique de terrain documente ce qui reste, pour l'immense majorité des enfants et adolescents suivis en pédopsychiatrie, le cœur du soin réellement délivré : une relation, un lien, un accompagnement dans la durée, dont l'efficacité ne se laisse mesurer que par des méthodes ajustées à sa nature d'intervention complexe, au sens que le Medical Research Council britannique donne à ce terme.

3.2 Refuser les arguments d'économie en trompe-l'œil

La deuxième proposition de ce livre blanc consiste à refuser fermement les arguments d'économie budgétaire qui prétendent justifier la restriction de l'offre de psychothérapies psychodynamiques, de psychothérapie institutionnelle, de psychodrame analytique ou d'approches intégratives et développementales comme la méthode des 3i, au profit d'interventions brèves et protocolisées, sur la seule foi d'études d'efficience dont les hypothèses méritent d'être examinées avec la plus grande rigueur critique.

Ces études, souvent conduites sur des horizons temporels courts de quelques mois, comparent le coût immédiat d'une psychothérapie brève standardisée à celui d'une prise en charge psychodynamique plus longue, sans intégrer dans le calcul les coûts différés et bien réels d'un défaut de soin en profondeur : rechutes plus fréquentes, ruptures de parcours multipliant les hospitalisations, chronicisation de troubles insuffisamment traités à l'adolescence et qui ressurgissent à l'âge adulte sous une forme aggravée, désocialisation scolaire et professionnelle, coûts indirects supportés par les familles, l'école et les services sociaux. Plusieurs travaux d'économie de la santé estiment d'ailleurs qu'un euro investi dans les psychothérapies en rapporte, à terme et en moyenne, entre 1,16 et 1,97 euro sous cinq ans. La méta-analyse de Jonathan Shedler, publiée en 2010 dans American Psychologist, a précisément documenté que l'effet des psychothérapies psychodynamiques, loin de s'atténuer après la fin du traitement comme c'est le cas pour de nombreuses thérapies brèves protocolisées, continue de croître dans les mois qui suivent l'arrêt de la prise en charge — un résultat qui, à lui seul, invalide toute comparaison d'efficience fondée sur le seul coût immédiat sans tenir compte de la trajectoire à moyen et long terme.



Ce texte réclame que toute étude d'efficience conduite en pédopsychiatrie intègre explicitement un horizon temporel d'au moins plusieurs années, les coûts de rupture de parcours et de rechute, et une mesure de la qualité de vie et du fonctionnement social de l'enfant devenu adulte, plutôt que le seul coût immédiat d'une séance ou d'un protocole. Il exige, dans le même mouvement, que soit rendue publique et soumise à un examen contradictoire indépendant la méthodologie de toute étude médico- économique invoquée pour justifier une restriction de l'offre de soins psychodynamiques ou institutionnels, tant l'expérience a montré, dans d'autres champs de la santé publique, que des arguments d'économie apparemment neutres pouvaient in fine masquer des choix de politique de santé déjà arrêtés pour d'autres raisons. L'argument des économies ne saurait, en tout état de cause, se substituer à l'exigence clinique : un enfant qui a besoin d'un accompagnement dans la durée ne devient pas moins un enfant qui a besoin d'un accompagnement dans la durée parce qu'une étude contestable en aura estimé le coût trop élevé à court terme.

3.3 Restaurer la liberté thérapeutique du clinicien et le libre choix des usagers

La troisième proposition, directement issue du pluralisme épistémologique défendu dans la deuxième partie, consiste à restaurer et à garantir la liberté thérapeutique du clinicien et le droit des enfants et de leurs familles au libre choix éclairé de leur prise en charge.

La liberté thérapeutique signifie que le clinicien doit pouvoir choisir, parmi la pluralité des approches validées et cliniquement reconnues — biologiques, cognitivo-comportementales, systémiques, institutionnelles, intégratives, développementales (dont la méthode des 3i), psychodynamiques ou psychanalytiques —, celle qui répond le mieux à la singularité de l'enfant qu'il a devant lui, sans que cette décision clinique soit préemptée par une hiérarchie de preuves administrativement imposée et mal ajustée à l'hétérogénéité clinique réelle. Une hiérarchie exclusive des preuves, dès lors qu'elle se traduit en critère contraignant de remboursement, d'autorisation ou de recommandation opposable, tend à éroder cette liberté et à imposer, de fait, un monopole de traitement peu compatible avec la diversité documentée des situations cliniques de l'enfance.

Le droit des usagers au choix prolonge cette même exigence du côté des familles : la triade originelle de Sackett plaçait déjà les valeurs et préférences du patient au même rang que la preuve de recherche et l'expertise clinique.



En pédopsychiatrie, où les enjeux de développement, de consentement et de construction subjective sont majeurs, respecter l'enfant et sa famille comme sujets, et non comme simples objets de traitement, suppose qu'ils soient informés loyalement de la pluralité des approches validées — y compris de leurs limites respectives — et qu'ils demeurent libres d'y recourir, plutôt que d'être orientés vers la seule approche que classerait en tête une hiérarchie de preuves mal ajustée à leur situation particulière. La controverse française de l'autisme et la proposition de loi Fasquelle de 2016, qui visait à interdire par la loi le recours à la psychanalyse dans la prise en charge de l'autisme, ont montré à quel point ce droit au choix pouvait être menacé lorsque le débat scientifique sur les niveaux de preuve se double d'un débat politique et identitaire.

Ce livre blanc appelle à ce que les recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé en pédopsychiatrie cessent de se présenter comme des normes univoques et opposables excluant de fait certaines approches cliniquement reconnues, et qu'elles intègrent explicitement, à côté des interventions validées par essai contrôlé randomisé, les interventions complexes reconnues comme telles par le cadre

méthodologique du Medical Research Council, avec une information loyale des familles sur l'état du débat scientifique plutôt qu'une présentation univoque d'une seule hiérarchie de preuves.

Ce livre blanc entend, sur ce point précis, exprimer une opposition résolue à toute évolution législative qui viendrait conférer une force juridiquement opposable aux recommandations de la Haute Autorité de Santé en psychiatrie et en pédopsychiatrie. Pour les raisons épistémologiques déjà développées dans ce texte — l'inadéquation structurelle, et non conjoncturelle, du niveau de preuve A que suppose une telle opposabilité à la grande majorité des interventions psychiques — recourir à la loi pour ériger une hiérarchie de preuves en norme contraignante reviendrait à faire trancher par la contrainte juridique ce que la science elle-même, de l'aveu même de ses méthodes les plus rigoureuses, ne permet pas de trancher : ce serait, très précisément, chercher à obtenir par la loi ce que les limites du savoir scientifique interdisent d'obtenir par la seule démonstration. Ce risque n'est pas théorique : plusieurs Agences Régionales de Santé pratiquent d'ores et déjà, dans les faits, une forme d'opposabilité de fait des recommandations, allant jusqu'à conditionner autorisations, financements ou inspections des structures de soin à la conformité stricte à un référentiel unique — une pratique qui s'apparente à une police des pratiques cliniques, voire à une forme de psychologie d'État, alors même que ces recommandations relèvent, dans leur statut juridique actuel, du droit souple et n'ont vocation qu'à éclairer, non à contraindre, le jugement du clinicien. Faire basculer ce droit souple vers une opposabilité pleine et entière ferait courir un risque considérable, tant sur le plan clinique — en généralisant par la contrainte légale des pratiques dont la supériorité scientifique n'est, comme ce livre blanc l'a montré, nullement établie — que sur le plan contentieux, en ouvrant la voie à un abondant contentieux administratif et en responsabilité médicale fondé sur la seule conformité formelle à un référentiel, au détriment de l'appréciation clinique du cas singulier que ce texte s'est attaché, de bout en bout, à défendre.

Cette restauration de la liberté thérapeutique suppose, très concrètement, un rééquilibrage de la représentation des différents courants professionnels au sein des groupes de travail de la Haute Autorité de Santé, des commissions d'experts et des comités de sélection des appels à projets de recherche, aujourd'hui composés dans une proportion qui ne reflète pas la diversité réelle des pratiques cliniques de terrain. Il revient aux pouvoirs publics de rendre cette composition publique, d'exiger que les liens d'intérêts — financiers comme institutionnels — de chacun de leurs membres soient déclarés selon les mêmes règles de transparence, et que les praticiens engagés dans les interventions complexes, aujourd'hui sous-représentés au regard du nombre d'enfants et d'adolescents qu'ils suivent effectivement, y occupent une place proportionnée à leur poids réel dans l'offre de soins.



3.4 Garantir une offre de soins de proximité, d'accès, d'accueil et de lien durable



La quatrième proposition porte sur la reconstruction de l'offre de soins publique de pédopsychiatrie, dont la première partie de ce livre blanc a documenté la fragilisation. Ce livre blanc plaide pour un soutien affirmé et prioritaire au secteur public de psychiatrie infanto-juvénile, organisé autour des centres médico-psychologiques, des centres médico-psycho-pédagogiques, des centres d'accueil thérapeutique à temps partiel et des hôpitaux de jour, dont le modèle — gratuité réelle pour les familles, au regard de dispositifs comme « Mon soutien psy », accessibilité géographique, continuité du suivi par une équipe stable et pluridisciplinaire — demeure l'un des atouts les plus précieux du système de soins français et la meilleure garantie d'un accès équitable, indépendant des ressources économiques des familles.

Cette reconstruction suppose plusieurs leviers concrets. Il faut d'abord agir sur la démographie médicale : revaloriser l'attractivité des carrières hospitalières publiques en pédopsychiatrie pour l'ensemble des professions du soin, augmenter le nombre de postes d'internat fléchés vers la spécialité ainsi que les postes soignants en général — psychologues, infirmiers, éducateurs spécialisés, psychomotriciens —, et soutenir les dispositifs qui favorisent le travail en équipe pluridisciplinaire comme la délégation de tâches, qui permettent de maintenir une offre de premier accueil même dans les territoires où la démographie médicale reste fragile. Il faut ensuite garantir un accueil sans barrière diagnostique préalable : un enfant et sa famille doivent pouvoir être reçus rapidement, sans attendre qu'un diagnostic soit préalablement posé ailleurs, et bénéficier d'un temps d'évalua-

tion clinique suffisant avant toute orientation. Il faut, enfin, garantir la continuité du lien : un enfant suivi en pédopsychiatrie devrait, autant que possible, conserver le même référent thérapeutique dans la durée, condition reconnue de l'alliance thérapeutique et donc de l'efficacité du soin, plutôt que de subir des ruptures de parcours au gré des mutations de personnel ou des changements de secteur.

Reconstruire suppose ici de défaire, et ce livre blanc ne voit pas d'intérêt à contourner ce point par prudence de langage. Depuis une dizaine d'années, l'essentiel des moyens nouveaux consacrés à la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent a été dirigé vers des dispositifs dont la fonction est d'évaluer et d'orienter — centres référents, plateformes de coordination et d'orientation, centres de diagnostic spécialisés — pendant que les structures qui assurent le soin lui-même, centres médico-psychologiques et centres médico-psycho-pédagogiques, voyaient leurs délais d'attente doubler et leur file active reculer. L'arithmétique n'a rien d'obscur : à enveloppe contrainte, chaque poste créé dans un dispositif d'évaluation est un poste qui n'a pas été créé là où l'enfant est reçu, écouté et suivi dans la durée. Ce n'est pas la légitimité du diagnostic qui est ici en cause — le § 1.3 en a défendu la nécessité sans réserve — ; c'est le choix, jamais explicitement assumé devant les familles ni devant le Parlement, d'avoir financé le tri au détriment du soin.



Ce choix produit un résultat que la clinique quotidienne rend évident : une plateforme qui oriente vers une offre saturée n'oriente vers rien. Elle produit un bilan, un délai supplémentaire, une lettre — et renvoie la famille à elle-même, munie cette fois d'un diagnostic et d'aucun rendez-vous. C'est exactement le mécanisme que le § 1.11 documente pour l'Angleterre, où trois cent mille enfants attendent une évaluation, et que le § 1.20 décrit pour la France sous le nom d'architecture par sédimentation. Le livre blanc en tire une demande qui n'est pas un supplément mais un redéploiement, et qu'il formule sans détour : que les moyens engagés depuis dix ans dans la fonction d'évaluation et d'orientation soient réexaminés dispositif par dispositif ; que ceux dont la mission recouvre celle des centres médico-psychologiques et des centres médico-psycho-pédagogiques — c'est-à-dire une part importante d'entre eux — leur soient restitués en postes et en heures de clinique ; et que la création de tout dispositif nouveau soit désormais conditionnée à la démonstration préalable qu'aucune structure existante n'en porte déjà la mission. Demander cela n'est pas déclarer la guerre à des équipes qui font, dans ces dispositifs, un travail sérieux avec les moyens qu'on leur a donnés : c'est refuser qu'une politique publique continue de financer la porte d'entrée d'une maison dont elle laisse les pièces se vider.

Cette offre de proximité doit par ailleurs être étroitement articulée avec les autres acteurs de l'enfance : l'école, dont le rôle de repérage précoce est déterminant et qui doit pouvoir s'appuyer sur des professionnels de santé scolaire en nombre suffisant ; la protection maternelle et infantile, dont l'action de prévention périnatale et petite enfance conditionne largement la détection précoce des troubles du lien ; l'aide sociale à l'enfance, pour les enfants les plus vulnérables, dont les besoins de santé mentale sont souvent aggravés par l'instabilité des parcours institutionnels ; et la médecine générale et la pédiatrie de ville, premiers interlocuteurs des familles, qui doivent pouvoir orienter rapidement vers un avis spécialisé lorsque cela s'avère nécessaire.

3.5 Faire de la pédopsychiatrie une priorité nationale, articulée à la psychiatrie générale

La cinquième proposition consiste à demander que la pédopsychiatrie soit reconnue comme une priorité de santé publique à part entière, dotée de moyens et d'une visibilité institutionnelle propres, sans pour autant être isolée ou coupée de la psychiatrie générale et de la médecine de l'enfant.

Faire de la pédopsychiatrie une priorité signifie, concrètement, garantir un financement pérenne et à la hauteur des besoins documentés dans la première partie de ce livre blanc, soutenir la recherche et la formation universitaire dans la spécialité, et donner à la prévention précoce — psychiatrie périnatale, unités d'hospitalisation conjointe mère-bébé, soutien à la parentalité dès la grossesse — une place bien plus importante qu'aujourd'hui, tant il est documenté que les interventions les plus précoces sont aussi, dans de nombreuses situations, les plus efficaces et les moins coûteuses à long terme. Cela signifie également une attention accrue portée à la santé mentale des parents eux-mêmes, en particulier des mères en période périnatale, dont la souffrance psychique non traitée constitue un facteur de risque documenté pour le développement de l'enfant.

Mais cette priorité ne doit pas conduire à isoler artificiellement la pédopsychiatrie de la psychiatrie de l'adulte. L'expérience clinique montre, de façon constante, la continuité des trajectoires entre l'enfance, l'adolescence et l'âge adulte : un trouble anxieux ou dépressif non traité chez l'enfant ou l'adolescent expose à un risque accru de trouble psychiatrique à l'âge adulte, un premier épisode psychotique chez l'adolescent nécessite une articulation étroite entre équipes de pédopsychiatrie et de psychiatrie générale, et la transition entre les services de pédopsychiatrie et les services de psychiatrie adulte — souvent brutale, autour de la majorité légale — constitue aujourd'hui un point de rupture de parcours documenté et préoccupant. Ce livre blanc appelle donc à ce que la pédopsychiatrie soit pensée comme un maillon, prioritaire mais non isolé, d'un parcours de soin psychique continu de la période périnatale à l'âge adulte, avec des dispositifs de transition structurés entre pédopsychiatrie et psychiatrie générale, en particulier pour les adolescents de seize à vingt-cinq ans, période de vulnérabilité psychique majeure et de rupture institutionnelle fréquente.

Faire de la pédopsychiatrie une priorité signifie, concrètement, garantir un financement pérenne et à la hauteur des besoins

3.6 Apporter une réponse plurielle et adaptée à chaque grand champ de pathologie

La sixième proposition consiste à décliner ce pluralisme méthodologique et cette exigence de continuité du lien pour chacun des grands champs de pathologie évoqués dans la première partie, en refusant toute réponse univoque et en articulant systématiquement les registres biologique, relationnel, éducatif, social et familial.



Pour le trouble du spectre de l'autisme, cela signifie soutenir à la fois les approches éducatives et comportementales structurées, dont l'efficacité sur certains apprentissages est documentée, et les approches institutionnelles et psychodynamiques attentives à la relation et à la singularité du sujet autiste, dans le respect de ses propres initiatives plutôt que dans une visée normative a priori — deux registres dont l'articulation, plutôt que l'opposition stérile qui a marqué le débat français depuis une quinzaine d'années, sert le mieux l'intérêt de l'enfant et de sa famille. Pour le TDAH, cela signifie ne pas réduire la réponse à la seule prescription de méthylphénidate, mais l'inscrire dans une évaluation globale prenant en compte le contexte scolaire, familial et social, et proposer, en complément ou en alternative au traitement pharmacologique selon les cas, un accompagnement psychothérapeutique et une guidance parentale. Pour les troubles anxieux et dépressifs, cela signifie combiner, selon la sévérité et la préférence de l'enfant et de sa famille, psychothérapies psychodynamiques, thérapies cognitivo- comportementales, thérapies familiales et, dans les formes sévères, traitement médicamenteux prudent et réévalué. Pour les troubles des conduites alimentaires, cela signifie une prise en charge résolument pluridisciplinaire associant pédiatrie, psychiatrie et psychothérapie familiale. Pour les psychotraumatismes, cela signifie soutenir le développement des dispositifs spécialisés tout en veillant à ce que la technicité des protocoles thérapeutiques ne se substitue jamais à l'écoute du sens singulier que l'enfant ou l'adolescent donne à ce qu'il a vécu. Pour les enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance et les mineurs non accompagnés, cela signifie une vigilance renforcée contre le risque de sur-psychiatrisation d'une souffrance dont l'origine est aussi sociale et institutionnelle, et un investissement accru dans la stabilité des parcours de placement, condition élémentaire de tout travail thérapeutique durable. Cela suppose également de se pencher sur les conditions d'accueil des enfants confiés, et en particulier sur les taux d'encadrement dans les institutions qui les reçoivent.

3.7 Prévenir le harcèlement scolaire et le cyberharcèlement

Dans le prolongement direct du point précédent, ce livre blanc souhaite souligner un enjeu de prévention spécifique, dont l'importance clinique est aujourd'hui pleinement documentée : le harcèlement scolaire et sa forme prolongée hors les murs de l'école, le cyberharcèlement, constituent des facteurs de risque majeurs et directement évitables de souffrance psychique chez l'enfant et l'adolescent, pouvant conduire, dans les situations les plus graves, à des conduites suicidaires. La réponse à ce phénomène ne relève pas de la seule pédopsychiatrie : elle suppose une mobilisation coordonnée de l'école, des plateformes numériques, des familles et des professionnels de santé, associant repérage précoce des situations par les équipes éducatives, formation des enseignants à l'intervention, dispositifs d'écoute accessibles aux enfants eux-mêmes, et prise en charge psychothérapeutique rapide des enfants qui en sont victimes comme, le cas échéant, de ceux qui en sont les auteurs. Ce livre blanc réclame que cette dimension soit pleinement intégrée aux politiques de prévention en santé mentale de l'enfant, en articulation étroite avec les autorités de l'éducation nationale.



3.8 Intégrer pleinement la dimension culturelle et anthropologique dans la formation et la pratique



La septième proposition consiste à intégrer pleinement, dans la formation initiale et continue des professionnels de la pédopsychiatrie, la dimension culturelle et anthropologique de la souffrance psychique de l'enfant rappelée dans la première partie. Cela suppose de développer l'enseignement de la clinique transculturelle dans les cursus de pédopsychiatrie, de psychologie et de travail social, de soutenir les dispositifs de médiation interculturelle dans les services accueillant des familles migrantes, et de former les professionnels à repérer, dans le contexte contemporain de l'enfance, l'incidence des transformations familiales, de l'exposition aux écrans et aux réseaux sociaux, et des inégalités sociales sur la santé mentale des enfants, sans réduire ces phénomènes à une explication univoque et sans céder pour autant à un discours de panique morale à leur endroit.

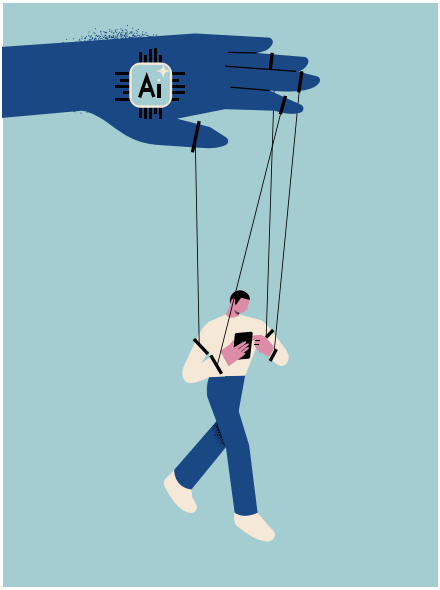
la souffrance psychique de l'enfant

3.9 Un usage raisonné du numérique, des algorithmes et de l'intelligence artificielle en santé mentale de l'enfant

Le numérique, les grandes bases de données et l'intelligence artificielle occupent une place croissante dans le débat sur l'avenir de la pédopsychiatrie, qu'il convient d'aborder avec le même souci de nuance que celui qui a présidé, dans ce texte, à l'examen de la psychiatrie dite de précision. Ces outils offrent des perspectives réelles : suivi longitudinal facilité des symptômes rapportés par l'enfant ou ses parents, aide au repérage précoce dans les structures de premier recours, outils d'aide à la décision pour les professionnels de santé scolaire, applications d'auto-support validées pour certains troubles anxieux légers. Ce livre blanc en reconnaît l'intérêt et entend, dans le même mouvement, en examiner successivement les trois usages qui suscitent aujourd'hui le plus d'attentes et le plus d'inquiétudes — le dépistage algorithmique du risque suicidaire, les agents conversationnels (« chatbots ») à visée thérapeutique, et plus largement l'intelligence artificielle générative appliquée au soin psychique — avant d'en tirer des limites communes.

Le dépistage du risque suicidaire par les données et les algorithmes. Plusieurs systèmes de santé ont développé des outils de repérage prédictif du risque suicidaire fondés sur l'analyse de grandes masses de données administratives, médicales ou issues des réseaux sociaux — sur le modèle de programmes tels que REACH VET, déployé par le système de santé des vétérans aux États-Unis, ou des dispositifs de détection automatisée expérimentés par certaines plateformes numériques à partir des contenus publiés par leurs utilisateurs. Ces outils présentent un intérêt réel : ils peuvent, en théorie, signaler à des professionnels des situations à risque qui seraient autrement passées inaperçues, dans un contexte où la prévention du suicide chez l'enfant et l'adolescent demeure un impératif de santé publique majeur. Mais leurs limites sont tout aussi réelles et documentées : ces algorithmes produisent un nombre significatif de faux positifs (des enfants signalés à tort comme à risque, avec le poids psychologique et administratif que cela peut représenter pour eux et leur famille) et de faux négatifs, dont les conséquences sont plus graves encore ; ils reposent sur des données d'entraînement dont la représentativité socioculturelle est rarement garantie, ce qui expose à des biais algorithmiques systématiques défavorisant certains groupes d'enfants et d'adolescents ; ils fonctionnent le plus souvent comme des « boîtes noires » dont la logique interne échappe même aux cliniciens censés s'appuyer sur leurs résultats, ce qui pose une difficulté éthique et clinique majeure lorsqu'il s'agit de décisions engageant la vie d'un enfant ; et ils soulèvent des questions non résolues de consentement, de confidentialité et de propriété des données psychiques les plus intimes d'un mineur. Ce livre blanc demande que tout déploiement de ces outils en France soit soumis à une évaluation indépendante de leur validité prédictive réelle en population pédiatrique, à une gouvernance transparente associant la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL), et à la garantie que le signalement algorithmique ne se substitue jamais à l'évaluation clinique humaine mais serve seulement à l'alerter.

Les thérapies par agent conversationnel (chatbots), en particulier chez l'adolescent. Des applications de soutien psychologique fondées sur des agents conversationnels — qu'il s'agisse de programmes structurés à visée thérapeutique ou d'agents conversationnels génératifs plus généraux détournés de leur usage initial à des fins de confidence ou de compagnie — connaissent un développement rapide, en particulier auprès des adolescents, pour qui la médiation par l'écrit et



la disponibilité permanente de ces outils lèvent certains freins à la demande d'aide (gratuité ou faible coût, absence de stigmatisation perçue, accessibilité nocturne à un moment où aucun professionnel n'est joignable). Ce livre blanc reconnaît cet intérêt réel, en particulier comme premier recours transitoire dans les zones et les créneaux horaires où l'offre humaine de proximité fait défaut. Mais il souligne des dangers désormais documentés par plusieurs signalements cliniques et procédures judiciaires à l'étranger : des cas d'adolescents en détresse ayant développé avec ces agents une relation d'attachement exclusive qui s'est substituée aux relations humaines plutôt que de les compléter ; des réponses inadaptées, voire dangereuses, apportées par certains agents conversationnels à des disclosures d'idées suicidaires ou d'intention de passage à l'acte, faute d'une architecture de sécurité clinique réellement validée ; une logique commerciale sous-jacente, chez plusieurs éditeurs, d'optimisation du temps d'engagement de l'utilisateur, structurellement en tension avec l'objectif clinique de favoriser l'autonomisation et le retour vers le lien humain ; et l'absence, dans l'écrasante majorité des cas, d'une évaluation clinique indépendante de leur sécurité et de leur efficacité comparable aux exigences imposées à toute autre intervention en santé mentale de l'enfant évoquées dans ce texte. Ce livre blanc demande que ces outils, lorsqu'ils sont utilisés par des mineurs, soient soumis à une certification sanitaire spécifique, à une supervision clinique humaine obligatoire pour toute situation de crise détectée, et à une information claire des familles sur la nature non humaine de l'interlocuteur.

Les limites générales de l'intelligence artificielle en santé mentale de l'enfant. Au-delà de ces deux usages spécifiques, ce livre blanc entend rappeler que l'intelligence artificielle appliquée au soin psychique de l'enfant et de l'adolescent se heurte aux mêmes limites structurelles que celles déjà décrites à propos du « tout cérébral » et de la psychiatrie dite de précision (cf. § 2.11) : un système d'intelligence artificielle, aussi sophistiqué soit-il, opère par corrélation statistique sur des données déjà catégorisées, et ne saurait, par construction, accéder au sens subjectif que l'enfant ou l'adolescent donne à sa propre souffrance, à son histoire singulière, ni à la dimension intersubjective et incarnée de la relation thérapeutique dont ce texte a montré, avec les données de la recherche sur l'alliance thérapeutique (cf. § 2.14), qu'elle explique une part déterminante de l'efficacité du soin. Le règlement européen sur l'intelligence artificielle, qui classe à juste titre les systèmes d'IA utilisés en santé mentale parmi les systèmes à haut risque soumis à une supervision humaine renforcée, offre à cet égard un cadre dont ce livre blanc demande la pleine application en pédopsychiatrie. L'intelligence artificielle peut utilement outiller le clinicien — pour le suivi longitudinal, l'aide à la décision ou la recherche — mais elle ne saurait, sans raccourci grave, se substituer à son jugement ni à la relation qu'il construit avec l'enfant et sa famille. Ce livre blanc invite à ce que le développement de l'ensemble de ces outils numériques en santé mentale de l'enfant soit systématiquement évalué selon les mêmes exigences de pluralisme méthodologique défendues dans la deuxième partie, et qu'il s'inscrive en complément, non en substitut, de l'offre de soins humaine de proximité.

3.10 Une comparaison internationale instructive

Ce livre blanc invite à une inspiration réfléchie et adaptée aux traditions institutionnelles et culturelles françaises plutôt qu'à une transposition mécanique de tel ou tel modèle étranger, tant les systèmes de santé mentale de l'enfant demeurent profondément ancrés dans ces traditions nationales. Il est à ce titre instructif de noter que la reconnaissance méthodologique des interventions complexes par le Medical Research Council britannique, dans sa refonte de 2021, a été produite conjointement avec le National Institute for Health Research (NIHR), l'agence publique britannique de financement de la recherche appliquée en santé — et non avec le National Institute for Health and Care Excellence (NICE), l'autorité britannique d'évaluation des technologies de santé et homologue de la Haute Autorité de Santé française. Cette précision renforce la pertinence de l'exemple britannique pour la France : le NICE demeure, dans sa mission comme dans sa position institutionnelle, l'équivalent le plus proche de la Haute Autorité de Santé, et le fait qu'un système de santé publique aussi rigoureux que le système britannique ait pu se doter, par la conjonction du MRC et du NIHR, d'un cadre reconnaissant pleinement le statut scientifique des interventions complexes constitue un précédent que la Haute Autorité de Santé française gagnerait à examiner.

Cette même expérience britannique, on l'a vu au § 1.11, appelle cependant une lecture nuancée : le système anglais a par ailleurs développé, pour l'autisme et le TDAH de l'enfant, un modèle de centres diagnostiques de troisième ligne dont l'expérience concrète — délais d'attente considérables, fracture entre familles selon leurs ressources, diagnostic dissocié du soin — constitue à l'inverse une mise en garde de première importance contre toute tentation, en France, de reproduire ce modèle spécifique sans en corriger les défauts structurels aujourd'hui reconnus par les autorités anglaises elles-mêmes. La comparaison internationale doit donc s'exercer avec discernement : elle peut légitimement inspirer, comme le cadre du MRC, une évolution méthodologique de l'évaluation des interventions complexes, tout en mettant en garde, comme l'expérience des centres de troisième ligne, contre une organisation de l'offre de soins qui séparerait le diagnostic du soin. De la même manière, plusieurs pays d'Europe du Nord ont développé des dispositifs de pédopsychiatrie de secteur combinant financement public, continuité du lien thérapeutique et pluralité des approches reconnues, dont l'examen comparé pourrait utilement nourrir la réflexion française sur la reconstruction de son offre de soins de proximité.

Plusieurs pays d'Europe du Nord ont développé des dispositifs de pédopsychiatrie de secteur combinant financement public, continuité du lien thérapeutique et pluralité des approches reconnues

3.11 Une gouvernance territoriale partagée du soin psychique de l'enfant : sortir du fonctionnement en silos

La mise en œuvre effective des propositions précédentes suppose une gouvernance territoriale claire, capable d'articuler les nombreux acteurs institutionnels qui interviennent aujourd'hui, de façon souvent cloisonnée, autour de la santé mentale de l'enfant : secteur de psychiatrie infanto-juvénile, CMPP associatifs, médecine scolaire, protection maternelle et infantile, aide sociale à l'enfance, pédiatrie de ville et hospitalière, médecine générale, professionnels libéraux. Ce livre blanc appelle à consolider et à généraliser, à l'échelle de chaque territoire de santé, des instances de coordination réunissant l'ensemble de ces acteurs autour de parcours de soins partagés, afin de réduire les ruptures de prise en charge documentées dans la première partie de ce texte et d'organiser une orientation rapide et lisible pour les familles, aujourd'hui souvent démunies face à la complexité et à la dispersion du système. Cette gouvernance territoriale devrait également associer les représentants des familles et des associations de patients évoqués plus haut, dans le respect de la pluralité de leurs expériences et de leurs attentes, ainsi que les collectivités locales, dont le rôle dans le soutien à la parentalité et dans l'animation des dispositifs de prévention de proximité est déterminant.

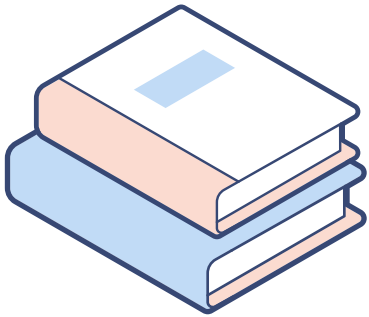
Ce livre blanc appelle à consolider et à généraliser, à l'échelle de chaque territoire de santé, des instances de coordination réunissant l'ensemble de ces acteurs autour de parcours de soins partagés

3.12 Formation, recherche et attractivité de la discipline : investir dans le temps long

La dernière proposition de ce livre blanc porte sur l'investissement de long terme nécessaire pour que les propositions précédentes puissent effectivement se traduire dans la réalité du soin. Aucune des mesures ici défendues — recherche clinique de terrain, liberté thérapeutique, offre de proximité, priorité nationale à la pédopsychiatrie — ne pourra se déployer durablement sans un investissement massif et pérenne dans la formation des professionnels et dans l'attractivité de la discipline. Cela suppose de renforcer les capacités de formation universitaire en pédopsychiatrie et en psychopathologie du développement, de soutenir la création de postes hospitalo-universitaires dédiés à la recherche clinique de terrain aux côtés de ceux dédiés à la psychiatrie dite de précision, de développer des passerelles de formation continue permettant aux professionnels déjà en exercice de se former aux méthodes d'évaluation plurielles décrites dans la deuxième partie, et de valoriser, dans les carrières universitaires et hospitalières, les travaux de recherche clinique de terrain au même titre que les publications relevant de la psychiatrie computationnelle. C'est à cette seule condition que le pluralisme épistémologique défendu dans ce livre blanc pourra se traduire, au-delà des textes et des recommandations, dans la formation des générations de pédopsychiatres, de psychologues et de soignants qui accompagneront demain les enfants de ce pays.

Cela suppose, très concrètement, de revoir le contenu même des maquettes de formation : l'enseignement de la psychiatrie et de la pédopsychiatrie ne peut se réduire à une juxtaposition de modules de neurosciences, de génétique et de psychopharmacologie, aussi indispensables soient-ils par ailleurs. Il doit inclure, au même rang, l'histoire et la philosophie de la médecine mentale — au premier chef l'œuvre de Michel Foucault sur la constitution historique et sociale des catégories de la folie et de la norme —, l'anthropologie et la sociologie de la santé, et la clinique transculturelle évoquée dans la première partie de ce texte. Ce n'est qu'à cette condition que la discipline retrouvera de quoi susciter des vocations : peu de jeunes médecins ou psychologues se destinent, par choix, à une carrière qui se réduirait à remplir des items de check-list et à exécuter des protocoles ; beaucoup, en revanche, s'engagent dans le soin psychique de l'enfant et de l'adolescent pour la possibilité de le prendre en compte dans sa globalité — inscrit dans une famille, une histoire et une culture —, ce que cet enseignement élargi contribue précisément à rendre pensable.

Cela suppose, très concrètement, de revoir le contenu même des maquettes de formation



3.13 Refonder « Mon soutien psy » : un instrument de normalisation à abroger, une solidarité nationale à restaurer

Les constats dressés en 1.17 conduisent ce livre blanc à formuler, sur le dispositif « Mon soutien psy », des demandes précises. Il ne demande pas la suppression du principe d'une prise en charge par la solidarité nationale de l'accès au psychologue qui répond à une injustice réelle, et rien ne serait gagné à renvoyer les familles au régime antérieur, où le soin psychologique de l'enfant était réservé à celles qui pouvaient l'acheter. Il demande une refondation de l'architecture de ce principe.

Une première exigence est de reconstruire entièrement un système de remboursement des consultations chez le psychologue en concertation avec les principales organisations de psychologues. Les psychologues sont les premiers spécialistes de leur discipline et de leur pratique professionnelle. Ils sont les mieux à même d'évaluer les besoins du public en la matière.

La seconde, lors de cette reconstruction, est de tenir compte des critiques depuis toujours formulées par les psychologues : la question du nombre de séances financées, la référence au médical qui ne fait que ralentir les prises en charge et engorger la médecine de ville déjà surchargée, la suppression de critères d'inclusion, qui de fait, créent des critères d'exclusion, la totale transparence dans la construction du nouveau dispositif de remboursement, le respect de la spécificité de la profession de psychologue issue des Sciences Humaines, le respect d'une réelle pluralité des approches.

Un investissement au moins équivalent dans l'offre publique de proximité pourrait conduire, selon le calcul d'organisations comme la CPL à la possibilité de recruter jusqu'à 4000 psychologues dans les CMP et ailleurs, là où les besoins sont criants. Ce livre blanc demande que le bilan de réalisation des 800 postes en centres médico-psychologiques annoncés le 28 septembre 2021 — le jour même où était annoncé le remboursement des consultations — soit rendu public. Il demande également la conduite de l'étude d'impact que la commission d'enquête de l'Assemblée nationale sur la santé mentale et le handicap a recommandée en décembre 2025, mesurant l'effet du dispositif sur les délais d'attente en centre médico-psychologique et en centre médico-psycho-pédagogique, ainsi que sur les programmes financés par les agences régionales de santé en protection de l'enfance, en périnatalité et en santé au travail. Tant que cette étude n'aura pas été conduite, l'affirmation gouvernementale selon laquelle les investissements sont « distincts et complémentaires » et l'affirmation syndicale selon laquelle le second se substitue au premier resteront l'une et l'autre invérifiables — ce qui, s'agissant de plus de cent millions d'euros d'argent public et de l'accès aux soins d'un million de personnes, n'est pas acceptable. Ce livre blanc ajoute enfin que la concentration de 89 % des psychologues conventionnés en zone urbaine appelle un mécanisme correcteur explicite, faute de quoi le dispositif aggravera les inégalités territoriales que la logique de secteur, défendue en 3.4, avait précisément pour objet de réduire.

Il faut enfin nommer ce que le débat public sur ce dispositif évite soigneusement de nommer : l'égalité qu'il promet est, pour une part, une illusion d'optique. La consultation en centre médico-psychologique et en centre médico-psycho-pédagogique est gratuite — sans avance de frais, sans complémentaire santé, sans plafond de séances, sans liste de troubles éligibles et



sans avis psychiatrique pour poursuivre au-delà de la douzième séance. « Mon soutien psy » propose douze séances par an, prises en charge à 60 % par l'Assurance maladie et à 40 % par les organismes complémentaires, ce qui laisse hors de la gratuité les trois millions de personnes qui vivent sans mutuelle, et n'ouvre ce droit qu'aux situations entrant dans une liste administrative dont le § 1.17 a montré qu'un tiers des patients réellement reçus n'y répondaient pas. Autrement dit, le dispositif ne crée pas un accès égal : il crée un droit plafonné, partiellement payant et conditionné, à côté d'un droit gratuit et sans plafond que la pénurie a rendu inaccessible.

La conclusion s'impose d'elle-même, et ce livre blanc l'assume : la réponse juste à un délai de dix-huit mois en centres médico-psychologiques n'est pas d'ouvrir à côté un circuit payant partiellement remboursé, c'est de financer les centres médico-psychologiques ainsi que les structures existantes, qui offrent déjà des consultations gratuites pour tous les citoyens, sur tout le territoire, sans discrimination. Que l'on ait su engager, en trois ans, plus de cent millions d'euros de remboursements sur le dispositif libéral, et que l'on soit toujours incapable de dire combien des huit cents postes annoncés le même jour de septembre 2021 ont été effectivement créés, ne relève pas d'un simple défaut de reporting : c'est l'indication la plus claire de l'ordre des priorités qui a été retenu. Ce livre blanc demande que cet ordre soit inversé — non par hostilité envers les psychologues libéraux conventionnés, dont le travail n'est pas en cause et dont beaucoup accueillent aujourd'hui des patients que le service public ne peut plus recevoir, mais parce qu'un dispositif de rattrapage ne peut pas tenir lieu de politique de soin, et qu'une solidarité qui s'arrête à la douzième séance et au seuil de la complémentaire santé n'est pas encore l'égalité.

L'urgence n'est pas le remboursement des consultations libérales, il est de donner les moyens aux structures qui existent déjà, qui offrent déjà des consultations gratuites pour tous les citoyens, sur tout le territoire, sans discrimination, et qui sont exsangues.

La réponse juste au délabrement du service public n'est pas de financer un circuit payant partiellement pris en charge, il est de financer le service public en lui attribuant le financement actuel de ce dispositif, soit 170 millions de budget, ainsi qu'aux lieux conventionnés locaux qui font un travail primordial pour le maillage territorial. Une fois le service public suffisamment restauré, il sera temps de voir comment la solidarité nationale pourra intervenir pour rembourser les consultations libérales.

3.14 Mettre fin à l'isolement et à la contention des mineurs, et financer ce qui les fait reculer

Les constats dressés en 1.18 appellent des mesures dont ce livre blanc soutient qu'elles ne relèvent pas du débat d'opportunité mais de l'exécution du droit. La première est l'inscription dans la loi d'un statut du mineur hospitalisé en psychiatrie, conforme à la Convention internationale des droits de l'enfant, définissant les conditions de son admission, de son séjour, de la continuité de sa scolarité, de l'information et de la place de ses parents, du recueil de son avis dès l'admission et des voies de recours qui lui sont ouvertes. Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté l'a demandé dans son avis du 6 octobre 2025, et ce livre blanc reprend cette demande sans réserve. La seconde est l'interdiction expresse de l'isolement et de la contention mécanique des mineurs, également demandée par le Contrôleur général. Cette interdiction ne fait, dans son principe, que rendre lisible un état du droit déjà existant : le Gouvernement a lui-même reconnu, dans une réponse publiée le 10 mars 2026, que ces mesures appliquées à des mineurs en soins libres constituent une violation de la loi. Mais l'expérience montre qu'un interdit implicite, dispersé entre plusieurs articles du code de la santé publique et un avis de la Cour de cassation, ne protège personne : c'est le caractère explicite de la règle qui la rend opposable, et son inscription dans le registre et le contrôle qui la rend effective.

La troisième mesure est l'obligation de déclaration et le contrôle judiciaire. Ce livre blanc demande que toute mesure d'isolement ou de contention concernant un mineur, quel que soit son statut d'hospitalisation, soit obligatoirement inscrite au registre, transmise à l'agence régionale de santé et portée à la connaissance du juge des libertés et de la détention selon des délais plus courts que ceux applicables aux adultes. Il s'agit de rompre le mécanisme décrit en 1.18, par lequel l'illégalité d'une pratique produit sa non-déclaration, et sa non-déclaration son impunité. La quatrième mesure en est le corollaire statistique : ce livre blanc demande que le recueil d'informations médicalisé en psychiatrie et les publications de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation intègrent une ventilation par âge des mesures d'isolement et de contention, et que les données relatives aux mineurs fassent l'objet d'une publication annuelle. Il est aujourd'hui possible de savoir combien de mineurs sont hospitalisés en psychiatrie en France et impossible de savoir combien y sont enfermés. Cette asymétrie n'est pas technique ; elle est politique, et elle se corrige par un arrêté.

La cinquième mesure est l'élaboration, par la Haute Autorité de Santé, d'une recommandation de bonne pratique propre à l'enfant et à l'adolescent. Il n'en existe aucune : la recommandation de février 2017 porte sur la psychiatrie générale et se déclare elle-même applicable aux adolescents mineurs hospitalisés dans ces services. Ce livre blanc demande qu'un texte spécifique soit élaboré, associant pédopsychiatres, psychologues, infirmiers, associations de familles et jeunes concernés, et construit non pas autour de l'encadrement de la contrainte mais autour de sa prévention : désescalade, observation thérapeutique par des personnels formés à l'engagement relationnel au sens des recommandations britanniques de 2022, association du jeune aux décisions restrictives le concernant, interdiction explicite des approches punitives et aversives, proscription des positions de contention associées aux décès recensés, et interdiction de l'hospitalisation de mineurs dans des unités pour adultes. Ce livre blanc demande en outre que cette recommandation soit élaborée selon le cadre des interventions complexes exposé en 2.9, et non selon la seule hiérarchie des niveaux

de preuve critiquée en 2.3 — faute de quoi elle se heurtera immédiatement au constat que la seule revue Cochrane du domaine n'a retenu aucune étude.

La sixième mesure est celle qui découle le plus directement de la thèse de ce livre blanc, et c'est la plus coûteuse. Les données réunies en 1.18 convergent vers un point unique : à niveau de conflit comparable, ce sont les équipes les plus stables, les mieux dotées et les mieux soutenues qui contraignent le moins, et la contention augmente lorsque les effectifs infirmiers diminuent. Ce livre blanc demande en conséquence que soient financés, dans toutes les unités d'hospitalisation accueillant des mineurs, quatre éléments qui ne sont aujourd'hui ni obligatoires ni budgétés de façon pérenne : un temps hebdomadaire d'analyse de la pratique et de reprise clinique inscrit dans le temps de travail et non pris sur le repos ; une supervision extérieure régulière de l'équipe ; un débriefing systématique de chaque épisode de contrainte, dans les trois temps éprouvés par les programmes internationaux — reprise immédiate avec l'enfant et les soignants présents, transmission à l'encadrement, analyse formelle des causes ; et une politique de stabilisation des équipes, la rotation des personnels et le recours à l'intérim constituant, à eux seuls, un facteur de risque de contrainte. Ce livre blanc demande que les 35 millions d'euros dont le Gouvernement fait état pour la période 2021-2024 fassent l'objet d'un bilan d'emploi détaillé, et que l'effort soit reconduit et amplifié en le fléchant explicitement vers ces quatre éléments plutôt que vers l'aménagement de chambres d'isolement.

La septième et dernière mesure est de recherche, et elle prolonge directement les propositions formulées en 3.1. Ce livre blanc demande le financement d'un programme national d'évaluation des dispositifs institutionnels de réduction de la contrainte en pédopsychiatrie, conçu selon les méthodes exposées en 2.8 et en 2.9 : études de cas d'établissements, séries temporelles interrompues, protocoles à cas unique répliqués, recherche qualitative auprès des enfants concernés — dont la revue systématique de 2021 souligne que l'expérience n'a presque jamais été recueillie — et comparaison des établissements français à faible et à fort recours sur le modèle de l'enquête ethnographique conduite en 2026. Ce programme devra inclure l'évaluation explicite des approches issues de la psychothérapie institutionnelle, dont ce livre blanc a établi en 1.18, sans détour, qu'elles n'ont jamais fait l'objet d'aucune mesure sur ces critères. Il ne s'agit pas de leur accorder par avance un crédit qu'elles n'ont pas démontré ; il s'agit de cesser de tenir pour non évaluable ce que l'on n'a jamais entrepris d'évaluer. Ce livre blanc soutient enfin que cette recherche est urgente au sens propre : entre le moment où ces lignes sont écrites et celui où de tels travaux produiront leurs résultats, des enfants continueront d'être enfermés seuls dans des chambres dont l'État reconnaît qu'ils ne devraient pas s'y trouver.

> Il s'agit de cesser de tenir pour non évaluable ce que l'on n'a jamais entrepris d'évaluer



3.15 Soutenir une inclusion réelle : doter la politique inclusive et y associer les praticiens du soin psychique

Ce livre blanc affirme, en tête de ses propositions relatives au handicap, son soutien plein et entier à la politique d'inclusion des enfants en situation de handicap mental et psychique, qu'il tient pour l'une des avancées démocratiques et éthiques majeures des deux dernières décennies. Les demandes qui suivent ne visent pas à la restreindre mais à la rendre effective, car une inclusion proclamée et non dotée se retourne contre les enfants qu'elle prétend servir. La première demande est de nature conceptuelle avant d'être budgétaire : ce livre blanc demande que les textes réglementaires et les documents d'orientation cessent d'employer le mot inclusion pour désigner ce qui relève, au sens de l'observation générale n° 4 du Comité des droits des personnes handicapées, de l'intégration. Tant que le projet personnalisé de scolarisation demeurera juridiquement « un élément du plan de compensation » au sens de l'article L. 112-2 du code de l'éducation, la France organisera l'adaptation de l'enfant à un milieu inchangé, et non la transformation de ce milieu. Ce livre blanc demande en conséquence que soit engagée une réforme faisant porter l'effort sur l'organisation scolaire elle-même — effectifs des classes accueillant des élèves notifiés, souplesse des rythmes et des modalités d'évaluation, temps de concertation inscrit dans le service des enseignants — et non sur la seule adjonction d'une aide humaine individuelle.

La deuxième demande est celle du réalisme. Ce livre blanc demande que soit résorbé l'écart entre les notifications d'aide humaine et les moyens effectivement déployés : 48 726 élèves notifiés étaient sans accompagnant à la rentrée 2025, contre 36 186 un an plus tôt, et cet écart se creuse. Il demande, comme condition de possibilité de cette résorption, la reconnaissance professionnelle des accompagnants d'élèves en situation de handicap — accès à un temps plein pour ceux qui le souhaitent, alors que la durée moyenne de service s'établit à 25,5 heures hebdomadaires, soit 63,4 % d'un temps plein, dans une profession féminine à 94 % ; formation initiale et continue qualifiante, incluant une sensibilisation aux troubles psychiques et neurodéveloppementaux ; et perspective de carrière. Aucune politique inclusive ne tiendra sur un métier précaire, sous-rémunéré et sans formation, et ce livre blanc considère que la question du statut des accompagnants est aujourd'hui la première variable de l'inclusion réelle. Il demande enfin la publication annuelle d'indicateurs de qualité de l'inclusion, et non de sa seule quantité : temps de scolarisation effectif, et non nombre d'inscrits ; taux de notifications non pourvues par département ; nombre d'enfants scolarisés moins d'un mi-temps.



La troisième demande porte sur l'articulation entre inclusion scolaire et soin psychique, qui est aujourd'hui le maillon manquant. Ce livre blanc demande que soit inscrit dans le droit et financé un temps d'intervention des équipes de pédopsychiatrie et de psychologie dans l'école — non pour y transporter la consultation, mais pour y soutenir les adultes qui accueillent l'enfant. Concrètement : un temps régulier d'analyse de la pratique ouvert aux enseignants et aux accompagnants ; la possibilité pour l'équipe éducative de solliciter un tiers clinique lorsqu'une situation se bloque, sans attendre la rupture ni la déscolarisation ; et la participation d'un professionnel du soin psychique à l'élaboration des projets personnalisés lorsque la situation de l'enfant le justifie. Ce livre blanc rappelle, à l'appui de cette demande, ce qu'il a établi en 1.18 : à niveau de difficulté comparable, ce sont les équipes soutenues et disposant d'espaces d'élaboration qui excluent et qui contraignent le moins. Le mécanisme est identique à l'école : une équipe laissée seule face à un enfant qu'elle ne comprend pas finit par demander son départ, non par malveillance mais par épuisement.

La quatrième demande est que les praticiens de la psychiatrie du lien soient explicitement associés aux instances qui définissent et évaluent la politique inclusive — comités départementaux de suivi de l'école inclusive, commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, travaux de la Haute Autorité de Santé relatifs à l'accompagnement des enfants en situation de handicap. Leur exclusion de fait, décrite en 3.3, prive ces instances d'une compétence qui leur est nécessaire : celle de comprendre ce qui se joue entre un enfant, un groupe et les adultes qui l'encadrent. Ce livre blanc demande également que soit financée une recherche évaluative sur les dispositifs de soutien à l'inclusion fondés sur le travail de groupe et le travail d'équipe, selon les méthodes exposées en 2.8 et en 2.9 : il n'existe aujourd'hui aucune évaluation française de ces dispositifs, alors qu'ils sont mis en œuvre quotidiennement dans les unités d'enseignement, les services d'éducation spéciale et de soins à domicile et les instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques.



La cinquième et dernière demande est celle du maintien d'une gamme de réponses. Ce livre blanc soutient l'objectif d'une école qui accueille tous les enfants, et il constate simultanément que plus de 25 000 enfants attendent aujourd'hui une place en établissement ou service médico-social, et que certaines situations — déficience intellectuelle sévère avec absence de langage fonctionnel, troubles du comportement d'une intensité mettant l'enfant ou autrui en danger, états psychotiques aigus — appellent, à certains moments de la trajectoire, des dispositifs spécifiques. Il demande donc que la montée en charge de l'inclusion scolaire ne serve pas de justification à la fermeture de places spécialisées avant que l'alternative ne soit effectivement disponible, et que la transformation de l'offre soit conduite dans cet ordre et non dans l'ordre inverse. Cette position n'est pas une réserve à l'égard de l'inclusion : c'est l'application du principe énoncé en 1.19 selon lequel l'égalité en droit n'implique pas l'identité des situations, et selon lequel une politique qui refuse de nommer les différences finit par abandonner ceux dont la différence coûte le plus cher à reconnaître. Le droit de tout enfant à être scolarisé avec les autres et le droit de certains enfants à recevoir des soins que l'école ne peut dispenser ne s'opposent pas ; les opposer est le plus sûr moyen de perdre les deux.

3.16 Un calendrier réaliste de mise en œuvre

Conscient que la réalisation de ces propositions ne peut être immédiate, ce livre blanc esquisse un calendrier réaliste, distinguant ce qui relève de l'urgence, du moyen terme et du temps long, afin que ce texte ne demeure pas un catalogue de vœux mais une feuille de route opérationnelle. À court terme, dans l'année qui vient, plusieurs mesures peuvent être engagées sans attendre : l'intégration explicite, dans les prochaines recommandations de la Haute Autorité de Santé relatives à la pédopsychiatrie, d'une mention de la pluralité méthodologique légitime et du statut d'intervention complexe reconnu par le Medical Research Council ; l'ouverture d'un dialogue formel entre la Haute Autorité de Santé, les sociétés savantes, les enseignants-chercheurs et les praticiens de terrain de la pédopsychiatrie et de la psychologie, et les associations de familles sur la révision des critères d'évaluation des psychothérapies de l'enfant ; le lancement d'un audit indépendant et contradictoire des études d'efficience utilisées pour orienter les politiques de remboursement en santé mentale de l'enfant ; et le fléchage, dans les prochains appels à projets de recherche de l'Inserm et de la Fédération française de psychiatrie, d'une enveloppe identifiée pour la recherche clinique de terrain.

À moyen terme, sur la durée d'une mandature, il conviendra d'engager la reconstruction de l'offre de soins publique de proximité par un plan pluriannuel de recrutement et de revalorisation des carrières en pédopsychiatrie hospitalière, la généralisation des instances de coordination territoriale décrites plus haut, la structuration de dispositifs de transition entre pédopsychiatrie et psychiatrie adulte pour les seize-vingt-cinq ans, et le renforcement de la pédopsychiatrie de liaison dans les hôpitaux généraux et pédiatriques.

À plus long terme, sur une décennie, il s'agira de transformer en profondeur la formation initiale des futurs pédopsychiatres, psychologues et professionnels de l'enfance pour y consolider l'enseignement du pluralisme méthodologique et de la clinique transculturelle, de construire une base de données nationale de suivi longitudinal des enfants pris en charge en pédopsychiatrie publique, alimentée aussi bien par les indicateurs de la psychiatrie dite de précision que par ceux de la recherche clinique de terrain, et de faire de la France un contributeur reconnu, à l'échelle internationale, d'une pédopsychiatrie à la fois rigoureuse sur le plan scientifique et fidèle à l'exigence du sujet — dans la continuité de ce que les travaux de Jean- Michel Thurin, de Jonathan Shedler ou du Medical Research Council britannique ont déjà, chacun à leur manière, commencé à établir.

Ce calendrier n'a pas vocation à figer un programme détaillé que ce livre blanc n'a pas la prétention de dicter aux pouvoirs publics : il vise seulement à montrer que le pluralisme épistémologique et les propositions concrètes défendues dans ce texte peuvent se traduire, dès aujourd'hui, en actions précises, vérifiables et budgétées, et non demeurer un horizon indéfiniment reporté.

> Les propositions concrètes défendues dans ce texte peuvent se traduire, dès aujourd'hui, en actions précises, vérifiables et budgétées

3.17 Synthèse des demandes formulées aux pouvoirs publics et à la Haute Autorité de Santé

Ce livre blanc demande, en synthèse, que les pouvoirs publics et la Haute Autorité de Santé reconnaissent explicitement les exigences suivantes dans l'élaboration de leurs recommandations et de leurs politiques de santé mentale de l'enfant :

1. reconnaître que le niveau de preuve A n'est pas, pour la grande majorité des interventions en pédopsychiatrie, un critère d'évaluation adéquat — non parce que la discipline serait trop faible pour l'atteindre, mais parce que cet instrument, calibré pour un autre type d'objet, ne mesure pas ce qui fait l'efficacité d'une intervention psychique —, et que la présomption scientifique et l'accord professionnel y constituent, à ce titre, le régime de preuve propre de la discipline et non un régime dégradé ;

2. accorder aux méthodes alternatives d'évaluation — cas unique formalisé, méthodes cliniques comparées, recherche fondée sur la pratique, recherche qualitative, études observationnelles de long terme en conditions réelles — une place méthodologique réelle et financée dans l'élaboration des recommandations, plutôt que de les reléguer systématiquement en deçà des interventions validées par essai randomisé ;

3. reconnaître explicitement, à la suite du cadre méthodologique du Medical Research Council britannique, que les psychothérapies psychodynamiques, la psychothérapie institutionnelle, les interventions psychanalytiques, le psychodrame analytique ainsi que les approches intégratives et développementales telles que la méthode des 3i constituent des interventions complexes légitimement évaluées par des méthodes ajustées à leur nature ;

4. garantir la liberté thérapeutique du clinicien et le droit des enfants et de leurs familles à être informés loyalement de la pluralité des approches validées et à demeurer libres d'y recourir ;

5. refuser toute restriction de l'offre de soins psychodynamiques ou institutionnels fondée sur des études d'efficience dont l'horizon temporel et les hypothèses méthodologiques n'ont pas été soumis à un examen contradictoire indépendant ;

6. soutenir en priorité l'offre de soins publique de proximité — centres médico-psychologiques, centres médico-psycho-pédagogiques, hôpitaux de jour — en agissant sur la démographie médicale, l'attractivité des carrières et la continuité du lien thérapeutique, et redéployer vers elle une part des moyens concentrés depuis dix ans sur les dispositifs d'évaluation et d'orientation, dont la multiplication a contribué à la vider de ses professionnels sans réduire aucun des délais qu'elle devait résorber ;

7. faire de la pédopsychiatrie une priorité de santé publique dotée de moyens propres, sans l'isoler de la psychiatrie générale ni de la médecine de l'enfant et de l'adolescent, et structurer des dispositifs de transition entre pédopsychiatrie et psychiatrie adulte pour les adolescents et jeunes adultes ;

8. financer une politique de recherche équilibrée entre psychiatrie dite de précision et recherche clinique de terrain, à la hauteur de ce que documentent, l'une comme l'autre, leurs résultats respectifs ;

9. intégrer la dimension culturelle, sociale et anthropologique de la souffrance psychique de l'enfant et de l'adolescent dans la formation des professionnels et dans la conception des dispositifs de soin ;

10. rendre publique la composition des groupes d'experts, commissions et comités de sélection intervenant en santé mentale de l'enfant, exiger la déclaration systématique des liens d'intérêts financiers et institutionnels de leurs membres, et rééquilibrer leur composition afin qu'elle reflète la diversité réelle des pratiques cliniques plutôt que le seul rapport de forces issu du lobbying et de la communication institutionnelle.

11. doter la politique publique de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent d'une conception d'ensemble de l'architecture de ses dispositifs : conditionner la création de tout dispositif nouveau à la démonstration préalable qu'aucune structure existante n'en porte déjà la mission, réexaminer dispositif par dispositif les moyens engagés dans la fonction d'évaluation et d'orientation, et lever le clivage administratif entre structures sanitaires et structures médico-sociales qui produit aujourd'hui, à lui seul, une part des ruptures de parcours ;

12. reconnaître, protéger et financer la capacité d'initiative des équipes de terrain, dont l'histoire de la psychiatrie française établit qu'elle a produit l'essentiel des dispositifs de proximité aujourd'hui en service, en réservant dans les financements publics une part identifiée aux projets conçus par les équipes elles-mêmes plutôt qu'aux seuls appels à projets à cahier des charges préétabli.



Conclusion générale

NI RENONCER À LA SCIENCE, NI RENONCER AU SUJET

Ce livre blanc a pour ambition d'éclairer avec équité un débat qui traverse la pédopsychiatrie contemporaine depuis plusieurs décennies, et de nommer avec précision ce qui, dans ce débat, relève d'un désaccord scientifique légitime et ce qui relève d'une dérive scientiste qu'aucune exigence de rigueur ne justifie — et de dire sans détour qu'une partie de cette dérive tient à un rapport de forces construit par le lobbying, la communication et des études dont la solidité ne résiste pas toujours à l'examen, plutôt que par la seule autorité de la démonstration. Les praticiens de la psychiatrie humaniste et du lien qui portent ce texte demandent, non un privilège pour leurs approches ni l'exclusion des approches concurrentes, mais que cesse un déséquilibre d'influence documenté dans ce texte, et que soit reconnue, à côté de la psychiatrie dite de précision et des thérapies protocolisées dont l'utilité est pleinement reconnue dans leur registre propre, la légitimité scientifique et clinique d'une psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent fondée sur le lien, la parole, l'histoire singulière et le travail de confiance avec les familles — y compris, on l'a rappelé, avec les parents d'enfants présentant un trouble du spectre de l'autisme, trop longtemps et trop injustement soupçonnés par une caricature qui ne correspond en rien à leur pratique réelle.



Ces praticiens ne demandent pas davantage l'inverse : ils refusent, avec la même fermeté qu'ils dénoncent le poids disproportionné du lobbying et de la communication, qu'un État partisan tranche par voie administrative, au bénéfice d'un paradigme unique, un débat que la science elle-même ne tranche pas encore — refus déjà énoncé au seuil de ce texte, et que la conclusion de ce livre blanc entend confirmer avec la même netteté.

Cette exigence de reconnaissance s'appuie, on l'a montré tout au long de ce texte, sur un faisceau convergent d'arguments qui ne sont en rien une simple défense corporatiste : les limites épistémologiques structurelles de la hiérarchie de preuves de l'Evidence-Based Medicine appliquée à un objet aussi singulier que l'enfant en développement ; les critiques anthropologiques portées, en France comme à l'international, par des auteurs aussi rigoureux que Roland Gori ou Ian Hacking ; l'aveu même du principal architecte de la psychiatrie biologique de précision américaine, Thomas Insel, quant aux résultats cliniques limités de quinze années d'investissement massif dans la seule voie biologique ; l'expérience anglaise des centres diagnostiques de troisième ligne, dont l'échec documenté au § 1.11 illustre concrètement les dangers d'une dissociation entre diagnostic et soin ; et, surtout, la reconnaissance, par l'institution même qui a inventé et diffusé mondialement l'essai contrôlé randomisé — le Medical Research Council britannique —, du statut méthodologique propre des interventions complexes, catégorie qui recouvre très exactement les interventions psychodynamiques, institutionnelles, psychanalytiques, ainsi que les approches intégratives et développementales telles que la méthode des 3i, pratiquées quotidiennement en pédopsychiatrie française.

Loin d'incarner un conservatisme nostalgique, la psychiatrie du lien que défend ce livre blanc se trouve, à y regarder de près, du côté de la modernité et de l'avenir, pour plusieurs raisons convergentes que ce texte tient à formuler explicitement au terme de son propos. La première tient à son origine même : la catégorie des inter-

ventions complexes n'est pas un legs du passé, mais une élaboration méthodologique récente, portée depuis vingt-cinq ans et affinée encore en 2021 par l'institution qui a inventé l'essai contrôlé randomisé, le Medical Research Council britannique — c'est donc une innovation scientifique de ce siècle, et non une prétendue résistance à la science, qui vient reconnaître sa légitimité. La deuxième tient à sa capacité à répondre aux défis inédits de l'époque : à l'heure où le numérique, l'intelligence artificielle et la tentation transhumaniste décrite au § 2.17 proposent à l'enfant des succédanés de relation et des promesses d'augmentation, c'est précisément la clinique du lien, de la parole et du sujet qui fournit le cadre conceptuel permettant de nommer ce que ces technologies ne peuvent offrir, et qui protège l'enfant et l'adolescent de la confusion entre soin et optimisation. La troisième tient à sa cohérence avec les avancées les plus actuelles de l'épistémologie des sciences de la complexité et des sciences du développement, qui reconnaissent, bien au-delà du seul champ psychiatrique, que les systèmes vivants et les trajectoires développementales ne se laissent pas réduire à des relations de cause à effet linéaires — de sorte que la psychiatrie du lien, loin d'être en retard sur la science, en anticipe et en accompagne aujourd'hui les développements les plus récents. La quatrième, enfin, tient à sa disponibilité au changement : cette psychiatrie a montré, tout au long de ce texte, sa capacité à intégrer le diagnostic, les classifications, les traitements pharmacologiques évalués et les outils numériques dûment validés, sans rien renier de son exigence clinique première — signe d'une discipline vivante et en mouvement, plutôt que d'une tradition figée sur elle-même. C'est cette conjonction d'une légitimité scientifique établie, d'une pertinence renouvelée face aux mutations technologiques de l'enfance et de l'adolescence, d'une cohérence avec l'état le plus actuel des sciences de la complexité et d'une capacité éprouvée d'évolution qui permet à ce livre blanc d'affirmer, sans céder à aucune facilité rhétorique, que la psychiatrie du lien n'est pas seulement légitime : elle est, pour l'enfant et l'adolescent du XXIe siècle, du côté de la modernité et de l'avenir.

Une discipline vivante et en mouvement, plutôt qu'une tradition figée sur elle-même

De cette reconnaissance découlent des conséquences pratiques précises, que ce livre blanc a voulu formuler de façon réaliste et opérationnelle plutôt que déclamatoire : soutenir une recherche clinique de terrain dotée de critères de validité adaptés à son objet ; refuser les arguments d'économie fondés sur des études d'efficience dont l'horizon temporel et les hypothèses méritent un examen contradictoire ; restaurer la liberté thérapeutique du clinicien et le droit des enfants et de leurs familles au choix éclairé de leur prise en charge ; garantir une offre de soins publique de proximité, d'accès facilité et de lien durable, en y redéployant une part des moyens que dix années de politique publique ont concentrés sur les dispositifs d'évaluation et d'orientation ; faire de la pédopsychiatrie une priorité nationale sans la couper de la psychiatrie générale ; répondre à la diversité réelle des pathologies de l'enfance par une pluralité d'approches articulées ; et intégrer pleinement la dimension culturelle et anthropologique de la souffrance de l'enfant et de l'adolescent dans la formation des professionnels comme dans la conception des politiques de santé mentale. Un enfant qui souffre n'est jamais réductible à une case d'une classification, ni à un score sur une échelle, ni à un circuit cérébral en développement, si utiles que puissent être, chacun dans son registre, ces outils de connaissance. Il est un sujet en devenir, pris dans une famille, une histoire, une culture et une époque, qui a besoin qu'on l'écoute autant qu'on le soigne, et qu'on accompagne, avec ses parents, dans la durée. C'est cette conviction, étayée par l'ensemble des arguments scientifiques, épistémologiques et cliniques rassemblés dans ce texte, que ce livre blanc soumet à la Haute Autorité de Santé, aux pouvoirs publics, et à tous ceux qui, professionnels et familles, se soucient de l'avenir de la santé mentale des enfants et des adolescents.

Les praticiens qui portent ce texte ne demandent, en définitive, ni privilège ni exception : ils demandent que soit reconnue, avec les mêmes exigences de rigueur et de transparence qu'ils s'appliquent à eux- mêmes, la place légitime d'une pédopsychiatrie du lien et de la parole aux côtés d'une pédopsychiatrie dite de précision dont ils ne contestent pas les apports mais dont ils refusent l'exclusivité, et dont ils refusent tout autant qu'elle continue de s'imposer par la communication et le lobbying plutôt que par la démonstration. Ils demandent que cessent les caricatures nourries par des conflits d'intérêts intellectuels non déclarés plutôt que par un débat scientifique loyal, tout en reconnaissant et en entendant la souffrance réelle de familles blessées par le passé qui fonde, chez certaines, des conflits d'intérêts émotionnels bien compréhensibles mais qui ne sauraient à eux seuls trancher un débat sur les pratiques actuelles ; ils demandent enfin que soit reconnu le travail quotidien, discret et sans budget de communication, qu'ils mènent en confiance avec les enfants et leurs familles. Ils demandent que le temps de l'enfant — le temps du développement, de l'attachement, de la confiance qui se construit séance après séance — soit reconnu comme une donnée clinique aussi sérieuse que n'importe quel score à une échelle standardisée. Ils demandent, enfin, que la France, qui a vu naître nombre des controverses les plus vives de ce débat, devienne aussi le lieu où se construit, dans le dialogue plutôt que dans l'anathème réciproque ou le rapport de forces médiatique, une pédopsychiatrie à la hauteur de ce que chaque enfant, quelle que soit sa souffrance, est en droit d'attendre : être entendu, être soigné, être accompagné, et demeurer, tout au long de ce chemin, le sujet de sa propre histoire plutôt que l'objet d'un protocole.



Synthèse

10 PAGES POUR L'ESSENTIEL

Cette synthèse est destinée aux lecteurs qui ne pourront pas prendre connaissance de l'ensemble du texte : parlementaires, journalistes, responsables administratifs, membres de cabinets ministériels, représentants d'associations. Elle est conçue pour se suffire à elle-même. Les renvois entre parenthèses indiquent, pour chaque point, le paragraphe du livre blanc où il est développé et documenté.

s.1 | Ce que demande ce livre blanc, en dix lignes

Ce livre blanc est porté par des pédopsychiatres, psychiatres, psychologues et psychanalystes, tous cliniciens et professionnels de terrain qui exercent auprès d'enfants et d'adolescents en souffrance psychique. Il ne conteste ni la science, ni le diagnostic, ni le médicament, ni l'imagerie, ni la génétique, ni le numérique. Il conteste une chose précise : qu'une partie de ce qui s'impose aujourd'hui comme « la science » dans la décision publique doive son autorité moins à la solidité de ses résultats qu'à une capacité d'entraînement médiatique et institutionnel, et que ce déséquilibre d'influence se traduise en normes administratives qui restreignent l'offre de soin. Il demande le rétablissement d'un équilibre : que la psychiatrie du lien — celle qui travaille par la parole, la relation, la durée et l'alliance avec les familles — soit reconnue, évaluée par des méthodes ajustées à sa nature, et financée à la hauteur de ce qu'elle documente, aux côtés d'une psychiatrie dite de précision dont les apports ne sont pas contestés mais dont l'exclusivité l'est. Il refuse avec la même netteté l'hypothèse inverse : celle d'un État qui trancherait par voie administrative, au bénéfice d'un paradigme unique, un débat que la science elle-même ne tranche pas.

s.2 | L'état des lieux : une demande qui s'emballe, une offre qui recule

Les indicateurs convergent sans exception. Santé publique France dénombrait, en 2024, 77 041 passages aux urgences pour geste auto-infligé sur l'ensemble du territoire. Une étude de la DREES conduite avec Santé publique France à partir du système national des données de santé, publiée en mai 2024, retrace l'évolution des taux d'hospitalisation pour geste auto-infligé entre 2007 et 2022 et documente une rupture sans précédent à partir de 2021 chez les filles et les jeunes femmes : comparée à la moyenne 2010-2019, la moyenne 2021-2022 progresse, en hôpital de médecine somatique, de 71 % chez les 10-14 ans, de 44 % chez les 15-19 ans et de 21 % chez les 20-24 ans ; en psychiatrie, où la hausse est plus forte encore, elle atteint respectivement 246 %, 163 % et 106 % (§ 1.1).

Dans le même temps, l'offre publique se réduit. Le nombre de pédopsychiatres, toutes activités confondues, est passé de près de 3 100 praticiens en 2010 à moins de 2 000 en 2022, soit une baisse de 34 % en douze ans, qui atteint 40 % pour les seuls postes salariés hospitaliers entre 2010 et 2025 — alors que le nombre d'enfants suivis augmentait de 60 % sur vingt ans, que les hospitalisations plus que doublaient et que le recours ambulatoire progressait de près de 35 %. La répartition territoriale est radicalement inégale : les densités varient de un à quatre selon les départements, et une dizaine de départements ne comptent plus aucun pédopsychiatre libéral (§ 1.1, § 1.6).

Le résultat se lit dans les délais. Début 2024, l'attente moyenne atteignait dix-huit mois pour un rendez-vous en centre médico-psychologique et six mois avant une première consultation en centre médico-psycho-pédagogique — délai qui a doublé depuis 2010. Au 31 décembre 2024, près de 33 800 enfants et adolescents demeuraient en attente d'un premier rendez-vous en centre médico-psycho-pédagogique, soit une progression de 30 % depuis 2017, dont quinze points pour la seule année 2024 (§ 1.1). Ce que ces chiffres décrivent n'est pas une tension conjoncturelle : c'est un système qui a cessé d'absorber la demande qui lui est adressée, et aucune réforme de la nosographie, de l'évaluation ou du remboursement ne pourra en tenir lieu.

Cette dégradation ne concerne pas seulement les formes constituées de la pathologie. Une étude conduite pour l'ADEME et publiée en 2025 établit que 47 % des adolescents français se disent stressés par l'état de la planète et que 53 % présentent des troubles anxieux mesurables, en progression de dix points depuis 2021 ; une enquête OpinionWay de mai 2026 montre que 61 % des étudiants de 18 à 24 ans se disent inquiets pour leur avenir professionnel du fait de l'essor de l'intelligence artificielle, et 77 % anticipent un marché du travail plus compétitif. Une angoisse de l'avenir, dont les nomenclatures diagnostiques ne savent pas rendre compte parce qu'elle n'est ni purement individuelle ni purement psychopathologique, est aujourd'hui une donnée clinique de première main (§ 1.16).

S.3 Ce qui a changé : le diagnostic est devenu un droit d'entrée

La demande n'a pas seulement augmenté : elle a changé de nature, et ce déplacement est peut-être plus lourd de conséquences que la croissance elle-même. Les données de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie établissent que 34 % des enfants reçus en centre médico-psycho-pédagogique y sont adressés par l'Éducation nationale, contre 25 % par les parents eux-mêmes, et que, sur une file active de 141 600 enfants, 21 600 sont accueillis au titre d'une démarche diagnostique quand 80 800 le sont au titre d'un traitement. Une étude de la DREES publiée en mars 2025 retrouve une proportion voisine — 37 % des enfants adressés par l'école — et établit un fait plus troublant encore : entre 2010 et 2022, le délai moyen d'attente s'est allongé de trois mois et demi alors même que la file active de ces centres reculait de 9 %. On attend donc plus longtemps pour être reçu par des structures qui reçoivent moins d'enfants, signe que l'évaluation diagnostique, chronophage et normée, occupe une place croissante dans ce que l'on demande à chaque prise en charge (§ 1.1).

Le Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge a nommé sans détour l'effet de ce déplacement : les enfants en situation de mal-être ne sont plus tenus pour prioritaires tant qu'une pathologie n'a pas été diagnostiquée. La souffrance, pour être entendue, doit désormais se présenter sous la forme d'un trouble étiquetable. Ce livre blanc ne conteste à aucun moment la nécessité ni la valeur du diagnostic, qu'il défend explicitement comme un outil clinique légitime et souvent nécessaire (§ 1.3) : il constate qu'il a cessé d'être un outil pour devenir une condition d'accès. L'exemple anglais montre où mène cette logique poussée à son terme : au 30 juin 2026, le service de santé britannique dénombrait 294 792 demandes d'évaluation diagnostique de l'autisme en attente, dont 86,8 % ouvertes depuis plus de treize semaines, et le rapport de la commission indépendante sur le trouble du déficit de l'attention remis en novembre 2025 juge le modèle des centres diagnostiques super-spécialisés ni soutenable ni fondé sur les preuves (§ 1.11). Une file d'attente de près de trois cent mille enfants n'est pas le prix d'une exigence de rigueur : c'est le résultat d'un système qui a fait du diagnostic la condition d'accès au soin.

S.4 | Un désordre d'organisation : 30 ans de dispositifs empilés

À la pénurie s'ajoute un désordre qui ne se lit sur aucune ligne budgétaire. Depuis plus de trente ans, les pouvoirs publics ajoutent des dispositifs sans penser leurs articulations ni leurs emboîtements, et le plus souvent sans les relier aux secteurs de psychiatrie infanto-juvénile. Les centres référents des troubles du langage et des apprentissages, puis les plateformes de coordination et d'orientation pour les enfants de zéro à douze ans présentant des signes de trouble du neurodéveloppement, ont institué des circuits nouveaux pour des missions qui incombaient — et incombent toujours — aux centres médico-psychologiques et médico-psycho-pédagogiques. Dans le même mouvement, les réseaux d'aide spécialisée aux élèves en difficulté ont disparu, alors qu'ils constituaient l'une des rares articulations effectives entre l'école et le soin psychique. Le même enfant peut désormais être évalué dans un lieu, orienté depuis un deuxième et suivi dans un troisième, sans qu'aucune instance ne porte la responsabilité de la continuité de l'ensemble (§ 1.20).

S'y ajoute un clivage administratif que trente ans de réformes n'ont pas entamé : celui qui sépare les structures de soin des structures médico-sociales. Un hôpital de jour de pédopsychiatrie et un institut médico-éducatif relèvent d'autorités, de financements et de logiques d'évaluation distincts, alors qu'ils accueillent souvent les mêmes enfants. Ce sont les familles qui en paient le prix, contraintes de reconstituer elles-mêmes une cohérence que le système ne produit pas. Ce que la pédopsychiatrie française demande ici n'est pas un dispositif de plus, mais une conception d'ensemble qui redonne à l'offre publique de proximité sa fonction de pivot et institue, au niveau du territoire, la responsabilité du parcours (§ 1.20, § 3.11).

Ce livre blanc rappelle enfin une ressource que les politiques publiques récentes semblent avoir cessé d'identifier comme telle : la capacité d'invention des équipes. Les centres médico-psycho-pédagogiques ont été créés dans l'immédiat après-guerre par des psychanalystes et des pédagogues, non par une administration ; les structures intermédiaires des années 1980 — appartements thérapeutiques, foyers de post-cure, ateliers hors les murs — ont été inventées par des équipes à partir de situations cliniques concrètes, puis reconnues ; et pendant la pandémie de covid-19, alors que les organisations étaient dépassées, ce sont les services publics et les praticiens libéraux qui ont mis en place en quelques jours, sans instruction ni financement, des accueils téléphoniques, des consultations à distance, du soutien aux parents et des visites à domicile. Cette capacité est aujourd'hui empêchée par un mode d'administration qui ne finance que ce qui a été prévu d'avance (§ 1.21).

S.5 | Ce que ce livre blanc reconnaît à la science, et ce qu'il lui reproche

Ce texte revendique une exigence scientifique plus stricte, et non plus lâche, que celle de ses contradicteurs. Il reconnaît la valeur de la démarche scientifique, l'apport réel de la génétique et de l'imagerie cérébrale, l'utilité des thérapies protocolisées dans leur registre propre et la place légitime, quoique circonscrite, des médicaments, toujours articulée à un accompagnement psychothérapeutique et familial (§ 1.4, § 2.2). Il rappelle aussi, avec précision, l'état réel des résultats. L'imagerie cérébrale de groupe éclaire des mécanismes développementaux, mais elle ne permet pas aujourd'hui de caractériser des sous-groupes cliniques individualisables : les différences moyennes observées entre groupes de patients et groupes témoins, en particulier dans les troubles du neurodéveloppement, demeurent constamment inférieures à la variabilité interindividuelle, ce qui interdit d'en tirer un critère applicable à un enfant donné (§ 2.15). Thomas Insel, principal architecte de la psychiatrie biologique de précision américaine, a lui-même reconnu publiquement les résultats cliniques limités de quinze années d'investissement massif dans cette seule voie (§ 2.10, § 2.11).

Ce que ce livre blanc conteste est donc précisément identifié : la translation précoce de résultats non stabilisés en normes administratives, par le relais médiatique, l'entregent institutionnel et l'annonce anticipée. Une étude fragile, reprise par un communiqué habile, devient en quelques semaines une certitude d'antenne puis une norme, quand la réplication, plus lente, viendra la contredire des années plus tard dans l'indifférence générale (§ 2.1). Le cas des dispositifs d'autorégulation, déployés dans les écoles pour les enfants présentant un trouble du neurodéveloppement, en fournit l'illustration la plus nette : la même recommandation de la Haute Autorité de Santé les présente comme fondés sur les neurosciences sans citer une seule étude d'efficacité, et écarte dans le même mouvement d'autres approches pour insuffisance de preuve — alors qu'aucune évaluation publiée dans une revue à comité de lecture n'étaye les premiers, et que le seul travail français disponible conclut que les enfants autistes y sont ceux qui progressent le moins dans les apprentissages (§ 2.18). Ce livre blanc n'en demande pas la suspension : il demande que la même règle s'applique aux deux. Ce texte nomme également trois registres de conflits d'intérêts qu'il refuse de confondre : financiers ; intellectuels — un attachement identitaire ou une position institutionnelle si liés à un paradigme que toute approche concurrente est disqualifiée par principe, jusqu'à orienter en amont la composition des groupes d'experts ; et émotionnels — l'expérience réelle de familles blessées par des pratiques anciennes, souffrance qu'il faut entendre pleinement sans lui laisser trancher un débat scientifique portant sur les pratiques actuelles (§ 2.12).

S.6 | Pourquoi l'essai randomisé ne suffit pas pour l'enfant

L'argument central de ce livre blanc est méthodologique, et il n'est pas de son invention. L'essai contrôlé randomisé suppose une intervention standardisée, un comparateur inerte, un critère de jugement unique et un sujet stable. Or l'objet de la pédopsychiatrie est un enfant en développement, pris dans une famille, une école et une culture, dont l'état de base se modifie pendant la durée même de l'étude, et l'intervention consiste pour une part irréductible à parler, à écouter, à soutenir une interaction et à accompagner des parents — c'est-à-dire à s'ajuster continûment à un cas singulier (§ 2.3, § 2.4, § 2.6). Il ne s'agit pas d'exempter ces pratiques de l'évaluation, mais de les évaluer par des méthodes ajustées à leur nature : cas unique formalisé, méthodes cliniques comparées, recherche fondée sur la pratique, recherche qualitative, études observationnelles de long terme en conditions réelles (§ 2.8).

Cette position n'est pas une exception française. Elle est celle du Medical Research Council britannique — l'institution qui a inventé et diffusé mondialement l'essai contrôlé randomisé — qui a établi puis affiné, en 2000, en 2008 et de nouveau en 2021, un cadre méthodologique reconnaissant l'existence d'une catégorie d'interventions dites complexes, dont l'efficacité tient précisément à leur adaptation au contexte, et dont l'évaluation gagne à s'affranchir du seul essai randomisé. Cette catégorie recouvre exactement les psychothérapies psychodynamiques, la psychothérapie institutionnelle, les interventions psychanalytiques, le psychodrame analytique et les approches intégratives et développementales (§ 2.9). Deux conséquences en découlent, que ce livre blanc demande aux pouvoirs publics de tirer. La première est que le niveau de preuve A n'est pas, en pédopsychiatrie, le critère adéquat d'évaluation de la grande majorité des interventions, y compris comportementales. Il ne s'agit pas de dire qu'il serait « hors de portée » — cette formule concède qu'il resterait le sommet d'une échelle unique et que la discipline y serait simplement trop petite. Il s'agit de dire qu'il mesure autre chose : la présomption scientifique et l'accord professionnel constituent le régime de preuve propre de la discipline, non un régime de second rang, et une recommandation qui feindrait l'ignorer ne serait pas plus rigoureuse, seulement moins honnête. La seconde est que ce cadre est une innovation méthodologique de ce siècle, non un legs du passé : la psychiatrie du lien ne résiste pas à la science, elle en accompagne les développements les plus récents (§ 2.9, conclusion générale).

S.7 | La psychiatrie du lien : ce dont il s'agit exactement

L'expression désigne une pratique, non une école. Elle nomme le travail clinique qui prend appui sur la parole, la relation, l'histoire singulière de l'enfant, son environnement et la confiance construite avec sa famille, et dont la durée est l'instrument autant que le cadre. Ce livre blanc emploie ce terme là où il parlait auparavant de « psychiatrie des interventions complexes », en réservant cette dernière expression à la catégorie méthodologique du Medical Research Council qui en fonde la légitimité scientifique.

Ce que documente la littérature à son sujet mérite d'être rappelé, car il est régulièrement présenté à l'envers dans le débat public. La qualité de l'alliance thérapeutique, avec l'enfant comme avec ses parents, entretient avec le résultat une association constante, tous types de psychothérapie confondus (§ 2.14). Les interventions de guidance et de soutien à l'interaction parentale comptent parmi les résultats les mieux établis de tout le champ : une méta-analyse portant sur soixante-dix études retrouve des effets significatifs sur la sensibilité parentale et sur la sécurité de l'attachement, et établit que les interventions les plus efficaces sont les plus brèves et les plus ciblées, non les plus intensives (§ 1.1). À l'inverse, l'effet global des psychothérapies de l'enfant, mesuré sur près de quatre cent cinquante essais randomisés, est modéré et se réduit encore lorsque le comparateur est le soin habituel — donnée que ce livre blanc rapporte lui-même, parce que la rigueur qu'il réclame vaut d'abord pour ses propres arguments. Ce que ces travaux dessinent est une pédopsychiatrie dont l'acte central n'est ni la prescription ni le bilan, mais le travail sur la relation entre un enfant et les adultes qui l'entourent (§ 1.1).

Les praticiens qui portent ce texte travaillent en partenariat avec les familles, non contre elles ni à leur insu. Ils accompagnent notamment, avec constance et sans jugement, les parents d'enfants présentant un trouble du spectre de l'autisme dans les difficultés réelles de l'interaction que ce trouble engendre, sans jamais leur attribuer la cause du trouble de leur enfant. La caricature inverse, encore répandue jusque dans certains cercles institutionnels, ne correspond en rien à la pratique actuelle (§ 1.5, avant-propos).

S.8 | Trois dossiers où le débat se joue concrètement

Mon soutien psy. Le dispositif, dont ce livre blanc reconnaît l'intention — lever l'obstacle financier à l'accès à un psychologue —, engage dans sa conception actuelle une définition rétrécie du soin psychique de l'enfant : nombre de séances contraint, tarif qui ne permet pas la durée, orientation implicite vers les seules interventions brèves et protocolisées, et faible articulation avec les structures de proximité. Ce livre blanc en demande la refondation comme instrument de solidarité et non de normalisation : accès direct maintenu, nombre de séances ajusté à la clinique et non au budget, pluralité des approches garantie, et articulation explicite avec les centres médico-psychologiques et médico-psycho-pédagogiques. Il ajoute un constat que le débat public escamote : la consultation en centre médico-psychologique est gratuite, sans plafond de séances ni liste de troubles éligibles, quand « Mon soutien psy » plafonne à douze séances et laisse hors de la gratuité les trois millions de personnes sans complémentaire santé. L'égalité promise est donc, pour une part, une illusion d'optique, et la réponse juste à un délai de dix-huit mois en centre médico-psychologique reste de financer le centre médico-psychologique (§ 1.17, § 3.13).

Isolement et contention des mineurs. C'est le point où ce livre blanc renonce à la nuance qu'il s'impose partout ailleurs. Le cadre légal issu de la loi du 22 janvier 2022 réserve ces mesures aux personnes hospitalisées sans consentement ; or les mineurs hospitalisés en psychiatrie le sont presque toujours en soins libres, à la demande de leurs parents, et ne peuvent donc, pour la plupart, y être légalement soumis. Les

données disponibles indiquent pourtant que l'isolement concernerait, selon les établissements, de 15 % à 40 % des mineurs accueillis, pour des durées généralement inférieures à vingt heures mais atteignant exceptionnellement une centaine d'heures ; une enquête de 2024 retrouve environ 9 % de mineurs placés au moins une fois à l'isolement et près de 5 % ayant subi une contention mécanique, chiffres que les chercheurs qui les citent estiment sous-évalués, et la littérature internationale établit qu'entre 27 % et 44 % des mineurs hospitalisés ont subi une contention physique. Ces mesures échappent généralement à tout contrôle judiciaire. Ce que l'expérience établit, en revanche, est que leur recul ne tient ni à une circulaire ni à un indicateur, mais à la qualité du travail d'élaboration des équipes qui accueillent ces enfants — c'est-à-dire à ce que ce livre blanc demande par ailleurs de financer (§ 1.18, § 3.14).

Inclusion et handicap. Ce livre blanc soutient l'inclusion scolaire et sociale des enfants en situation de handicap mental et psychique comme une avancée démocratique et éthique majeure, et distingue rigoureusement l'insertion, l'intégration et l'inclusion. Il alerte sur un double risque : celui d'une inclusion proclamée sans les moyens ni l'intelligence clinique qui seuls peuvent lui donner corps, et celui d'une extension de la notion de handicap à des situations relevant du soin psychique, qui conduirait à ne plus proposer à un enfant en souffrance qu'une compensation là où il faut aussi un soin. Soin et accompagnement du handicap ne doivent être ni opposés ni clivés : c'est la même exigence qui commande de lever le clivage administratif décrit plus haut (§ 1.15, § 1.19, § 3.15).

S.9 | Numérique et intelligence artificielle : ni rejet ni fascination



Ce livre blanc reconnaît l'intérêt réel de la télépsychiatrie dans un contexte de pénurie et d'inégale répartition territoriale, des outils de suivi longitudinal et de certaines applications validées. Il documente aussi, précisément, les limites des usages les plus mis en avant : les algorithmes de repérage prédictif du risque suicidaire produisent un nombre significatif de faux positifs et de faux négatifs ; les agents conversationnels à visée thérapeutique proposent à l'enfant une relation qui n'en est pas une ; et la dynamique de la promesse, décrite pour la psychiatrie dite de précision, s'y rejoue à l'identique, cette fois portée par un marché (§ 3.9, § 2.16). *Le critère qu'il propose est simple et opérationnel : soutenir sans réserve ce qui prolonge et facilite la rencontre clinique, refuser avec la même fermeté ce qui prétend s'y substituer. La même vigilance s'applique à la tentation transhumaniste de l'« enfant augmenté », qui confond le soin avec l'optimisation* (§ 2.17).

s.10 | Une discipline qui n'attire plus : la crise des métiers

Aucune des demandes formulées dans ce livre blanc n'aura d'effet si la discipline continue de perdre ses praticiens, et ce point mérite d'être posé devant les décideurs avec la même netteté que les chiffres d'activité. Le nombre de postes d'internat de psychiatrie fléchés vers la surspécialisation en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent demeure insuffisant au regard des besoins ; de nombreux internes s'orientent, leur formation achevée, vers l'exercice libéral plutôt que vers l'hôpital public, faute d'attractivité des carrières hospitalières en rémunération, en conditions de travail et en reconnaissance ; et la désaffection touche tout autant les professions paramédicales et sociales qui constituent le cœur des équipes — infirmiers, psychomotriciens, orthophonistes, éducateurs spécialisés —, dont les postes demeurent durablement non pourvus dans de nombreuses structures publiques (§ 1.9).

Ce livre blanc soutient que cette crise n'est pas seulement salariale, et que la traiter comme telle reviendrait à en manquer une part décisive. Peu de jeunes praticiens choisissent une profession médicale pour n'y remplir que des items de grille et exécuter des protocoles : ce qui attire vers le soin psychique de l'enfant, et ce qui y retient les professionnels en exercice, c'est la possibilité d'une rencontre avec un sujet singulier, pris dans une famille, une histoire et une culture. Une politique publique qui réduirait la pédopsychiatrie à une chaîne de repérage, d'évaluation et d'orientation obtiendrait donc l'inverse de ce qu'elle recherche : elle assècherait la ressource humaine dont dépend l'exécution de ses propres objectifs. La revalorisation des carrières — celle des médecins, mais tout autant celle des professions longtemps oubliées de la fonction publique hospitalière, au premier rang desquelles les psychologues, dont les postes demeurent aujourd'hui trop souvent non pourvus faute de rémunération revalorisée depuis plus de trente ans —, la supervision clinique des jeunes professionnels, la reconnaissance du travail en équipe pluridisciplinaire et le maintien, dans la formation initiale, d'un enseignement clinique approfondi des différentes approches psychothérapeutiques aux côtés de la psychopharmacologie, des neurosciences et de la génétique, relèvent ainsi d'une même logique : rendre à la discipline le sens sans lequel elle ne recrutera plus (§ 1.9, § 3.12).

s.11 | Ce que ce livre blanc propose, au-delà des principes

La troisième partie du texte décline les demandes en propositions opérationnelles, dont les principales peuvent être résumées ainsi. Soutenir une recherche clinique de terrain dotée de critères de validité adaptés à son objet, et lui flécher une enveloppe identifiée dans les appels à projets de l'Inserm et de la Fédération française de psychiatrie, plutôt que de la faire concourir selon des critères conçus pour un autre type d'objet (§ 3.1). *Soumettre à un audit indépendant et contradictoire les études d'efficience utilisées pour orienter les politiques de remboursement en santé mentale de l'enfant, dont l'horizon temporel et les hypothèses appellent un examen que l'on n'a jusqu'ici pas conduit* (§ 3.2). *Restaurer la liberté thérapeutique du clinicien et le droit des enfants et de leurs familles à une information loyale sur la pluralité des approches disponibles, ainsi qu'au libre choix entre elles* (§ 3.3). *Garantir une offre de soins de proximité en agissant simultanément sur la démographie médicale, l'attractivité des carrières et la continuité du lien thérapeutique, plutôt que sur le seul volume d'actes* (§ 3.4). *Faire de la pédopsychiatrie une priorité nationale dotée de moyens propres, sans l'isoler de la psychiatrie générale ni de la médecine de l'enfant, et structurer les dispositifs de transition entre pédopsychiatrie et psychiatrie adulte pour les seize-vingt-cinq ans, âge où les ruptures de parcours sont les plus fréquentes et les plus lourdes de conséquences* (§ 3.5).

S'y ajoutent une réponse plurielle et adaptée à chaque grand champ de pathologie plutôt qu'un référentiel unique (§ 3.6) ; *une politique de prévention du harcèlement scolaire et du cyberharcèlement articulée au*

soin (§ 3.7) ; l'intégration de la dimension culturelle et anthropologique de la souffrance dans la formation comme dans la conception des dispositifs (§ 3.8) ; une gouvernance territoriale partagée du soin psychique de l'enfant, qui institue enfin la responsabilité de la continuité du parcours entre le sanitaire, le médico-social et l'école (§ 3.11) ; un investissement de long terme dans la formation, la recherche et l'attractivité de la discipline (§ 3.12) ; la refondation de Mon soutien psy comme instrument de solidarité et non de normalisation (§ 3.13) ; la fin de l'isolement et de la contention des mineurs, assortie du financement de ce qui les fait effectivement reculer, c'est-à-dire du temps d'élaboration des équipes (§ 3.14) ; et une inclusion réelle, dotée des moyens et de l'intelligence clinique qui seuls peuvent lui donner corps, à laquelle les praticiens du soin psychique soient explicitement associés (§ 3.15).

S.12 | Un calendrier réaliste

Ce livre blanc ne demande pas que tout soit fait en même temps, et il a tenu à distinguer ce qui relève de l'urgence, du moyen terme et du temps long, afin que ses propositions constituent une feuille de route plutôt qu'un catalogue de vœux (§ 3.16).

À court terme, dans l'année qui vient, quatre mesures peuvent être engagées sans attendre : mentionner explicitement, dans les prochaines recommandations de la Haute Autorité de Santé relatives à la pédopsychiatrie, la pluralité méthodologique légitime et le statut d'intervention complexe reconnu par le Medical Research Council ; ouvrir un dialogue formel entre la Haute Autorité de Santé, les sociétés savantes et les associations de familles sur la révision des critères d'évaluation des psychothérapies de l'enfant ; lancer l'audit indépendant et contradictoire des études d'efficience mentionné plus haut ; et flécher, dans les prochains appels à projets de recherche, une enveloppe identifiée pour la recherche clinique de terrain. Aucune de ces quatre mesures n'appelle de dépense significative ni de disposition législative nouvelle.

À moyen terme, sur la durée d'une mandature, il s'agit d'engager la reconstruction de l'offre publique de proximité par un plan pluriannuel de recrutement et de revalorisation des carrières en pédopsychiatrie hospitalière, de généraliser les instances de coordination territoriale, de structurer les dispositifs de transition vers la psychiatrie adulte et de renforcer la pédopsychiatrie de liaison dans les hôpitaux généraux et pédiatriques. À plus long terme, sur une décennie, il s'agit de transformer la formation initiale pour y consolider le pluralisme méthodologique et la clinique transculturelle, et de construire une base nationale de suivi longitudinal des enfants pris en charge en pédopsychiatrie publique, alimentée aussi bien par les indicateurs de la psychiatrie dite de précision que par ceux de la recherche clinique de terrain — instrument dont l'absence explique, pour une large part, que le débat français se déroule aujourd'hui sur des données lacunaires que ce livre blanc a lui-même dû signaler comme telles.



S.13 | Les douze demandes adressées aux pouvoirs publics et à la Haute Autorité de Santé

Ces douze demandes constituent le cœur opérationnel de ce livre blanc. Elles figurent au § 3.17, où elles closent la troisième partie, et sont reproduites ici intégralement.

1. *reconnaître que le niveau de preuve A n'est pas, pour la grande majorité des interventions en pédopsychiatrie, un critère d'évaluation adéquat — non parce que la discipline serait trop faible pour l'atteindre, mais parce que cet instrument, calibré pour un autre type d'objet, ne mesure pas ce qui fait l'efficacité d'une intervention psychique —, et que la présomption scientifique et l'accord professionnel y constituent, à ce titre, le régime de preuve propre de la discipline et non un régime dégradé ;*

2. *accorder aux méthodes alternatives d'évaluation — cas unique formalisé, méthodes cliniques comparées, recherche fondée sur la pratique, recherche qualitative, études observationnelles de long terme en conditions réelles — une place méthodologique réelle et financée dans l'élaboration des recommandations, plutôt que de les reléguer systématiquement en deçà des interventions validées par essai randomisé ;*

3. *reconnaître explicitement, à la suite du cadre méthodologique du Medical Research Council britannique, que les psychothérapies psychodynamiques, la psychothérapie institutionnelle, les interventions psychanalytiques, le psychodrame analytique ainsi que les approches intégratives et développementales telles que la méthode des 3i constituent des interventions complexes légitimement évaluées par des méthodes ajustées à leur nature ;*

4. *garantir la liberté thérapeutique du clinicien et le droit des enfants et de leurs familles à être informés loyalement de la pluralité des approches validées et à demeurer libres d'y recourir ;*

5. *refuser toute restriction de l'offre de soins psychodynamiques ou institutionnels fondée sur des études d'efficience dont l'horizon temporel et les hypothèses méthodologiques n'ont pas été soumis à un examen contradictoire indépendant ;*

6. *soutenir en priorité l'offre de soins publique de proximité — centres médico-psychologiques, centres médico-psycho-pédagogiques, hôpitaux de jour — en agissant sur la démographie médicale, l'attractivité des carrières et la continuité du lien thérapeutique, et redéployer vers elle une part des moyens concentrés depuis dix ans sur les dispositifs d'évaluation et d'orientation, dont la multiplication a contribué à la vider de ses professionnels sans réduire aucun des délais qu'elle devait résorber ;*

7. *faire de la pédopsychiatrie une priorité de santé publique dotée de moyens propres, sans l'isoler de la psychiatrie générale ni de la médecine de l'enfant et de l'adolescent, et structurer des dispositifs de transition entre pédopsychiatrie et psychiatrie adulte pour les adolescents et jeunes adultes ;*

8. *financer une politique de recherche équilibrée entre psychiatrie dite de précision et recherche clinique de terrain, à la hauteur de ce que documentent, l'une comme l'autre, leurs résultats respectifs ;*

9. *intégrer la dimension culturelle, sociale et anthropologique de la souffrance psychique de l'enfant et de l'adolescent dans la formation des professionnels et dans la conception des dispositifs de soin ;*

10. *rendre publique la composition des groupes d'experts, commissions et comités de sélection intervenant en santé mentale de l'enfant, exiger la déclaration systématique des liens d'intérêts financiers et institutionnels de leurs membres, et rééquilibrer leur composition afin qu'elle reflète la diversité réelle des pratiques cliniques plutôt que le seul rapport de forces issu du lobbying et de la communication institutionnelle.*

11. *doter la politique publique de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent d'une conception d'ensemble de l'architecture de ses dispositifs : conditionner la création de tout dispositif nouveau à la démonstration préalable qu'aucune structure existante n'en porte déjà la mission, réexaminer dispositif par dispositif les moyens engagés dans la fonction d'évaluation et d'orientation, et lever le clivage administratif entre structures sanitaires et structures médico-sociales qui produit aujourd'hui, à lui seul, une part des ruptures de parcours ;*

12. *reconnaître, protéger et financer la capacité d'initiative des équipes de terrain, dont l'histoire de la psychiatrie française établit qu'elle a produit l'essentiel des dispositifs de proximité aujourd'hui en service, en réservant dans les financements publics une part identifiée aux projets conçus par les équipes elles-mêmes plutôt qu'aux seuls appels à projets à cahier des charges préétabli.*



S.14 | Ce que ce livre blanc ne demande pas

Il ne demande aucun privilège pour ses approches, ni l'exclusion de celles qui lui font concurrence. Il ne demande pas la suspension du développement de la psychiatrie dite de précision, dont il reconnaît la légitimité dans son registre. Il ne demande pas la fin de l'évaluation des pratiques : il en demande une qui soit ajustée à leur nature, ce qui est plus exigeant et non moins. Qu'il refuse la polémique ne signifie pas qu'il s'abstienne de conclure : rétablir la cohérence de l'offre suppose de défaire une partie de ce qui a été construit depuis dix ans, et de redéployer vers les structures de soin les moyens absorbés par les dispositifs d'évaluation et d'orientation. Ce point n'est pas négociable pour ses auteurs, et aucune formulation prudente ne le rendra indolore. Il ne demande pas davantage que l'État tranche en sa faveur le débat scientifique en cours — il refuse avec la même fermeté qu'il le tranche en faveur du paradigme adverse. Ni police des pratiques cliniques sous couvert de bonnes pratiques, ni psychologie d'État : c'est la condition même du pluralisme qu'il défend.

Ce que ce texte soumet, en définitive, tient en une phrase. Un enfant qui souffre n'est réductible ni à une case d'une classification, ni à un score sur une échelle, ni à un circuit cérébral en développement, si utiles que soient, chacun dans son registre, ces outils de connaissance. Il est un sujet en devenir, pris dans une famille, une histoire, une culture et une époque, qui a besoin qu'on l'écoute autant qu'on le soigne, et qu'on accompagne, avec ses parents, dans la durée. Le temps de l'enfant — le temps du développement, de l'attachement, de la confiance qui se construit séance après séance — est une donnée clinique aussi sérieuse que n'importe quel score standardisé, et c'est cette donnée-là que les politiques publiques de santé mentale de l'enfant comptent aujourd'hui le plus mal.

Bibliographie

« L'evidence-based medicine, un projet épistémologique et éthique en porte-à-faux avec la psychiatrie ? », Santé mentale au Québec, vol. 44, № 2, 2019, p. 145-165.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE, « La médecine face à la transidentité de genre chez les enfants et les adolescents », communiqué adopté le 25 février 2022.

ADEME, Éco-anxiété en France (étude 2025) : état des lieux, seuils de préoccupation clinique, variables déterminantes, rapport final, avril 2025.

AJURIAGUERRA, J. de, Manuel de psychiatrie de l'enfant, Masson, Paris, 2e éd., 1974 (1re éd. 1970).

AMIOT, M., évaluation des premiers dispositifs d'autorégulation déployés en France, 2021 — étude citée et discutée par F. GONON (voir infra).

ARAGON-GUEVARA, D., CASTLE, G., SHERIDAN, E. & VIVANTI, G., « The Reach and Accuracy of Information on Autism on TikTok », Journal of Autism and Developmental Disorders, 2023.

ASSEMBLÉE NATIONALE, commission d'enquête sur la prise en charge de la santé mentale et du handicap, rapport remis le 17 décembre 2025 (rapporteur : SAINT-PASTEUR, S.).

ASSEMBLÉE NATIONALE, question écrite № 11821 relative à l'isolement et à la contention des mineurs hospitalisés en psychiatrie, publiée le 16 décembre 2025, réponse ministérielle publiée le 10 mars 2026.

ASSEMBLÉE NATIONALE, question écrite n° 5841 relative aux critères d'éligibilité du dispositif Mon soutien psy, 24 avril 2025, et question écrite № 5371, 25 mars 2025, avec les réponses ministérielles du 10 juin 2025.

ASSEMBLÉE NATIONALE, travaux et rapports d'information parlementaires relatifs aux fermetures de lits en psychiatrie et à la démographie de la pédopsychiatrie, 2023-2024.

AUTISME FRANCE (association), fondée en 1989, plaidoyer pour la reconnaissance de l'autisme comme handicap et pour la diffusion des méthodes éducatives et comportementales.

AZEEM, M.W., AUJLA, A., RAMMERTH, M., BINSFELD, G. & JONES, R.B., « Effectiveness of Six Core Strategies Based on Trauma Informed Care in Reducing Seclusions and Restraints at a Child and Adolescent Psychiatric Hospital », Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing, 24(1), 2011, p. 11-15.

BADOUIN, J., BECHDOLF, A., BERMPOHL, F., BAUMGARDT, J. & WEINMANN, S., « Preventing, Reducing, and Attenuating Restraint : A Prospective Controlled Trial of the Implementation of Peer Support in Acute Psychiatry », Frontiers in Psychiatry, 14, 2023, 1089484.

BAKERMANS-KRANENBURG, M.J., VAN IJZENDOORN, M.H. & JUFFER, F., « Less Is More : Meta-Analyses of Sensitivity and Attachment Interventions in Early Childhood », Psychological Bulletin, 129(2), 2003, p. 195-215.

BANKER, S.M., HARRINGTON, M., SCHAFER, M. et al., « Phenotypic Divergence between Individuals with Self-Reported Autistic Traits and Clinically Ascertained Autism », Nature Mental Health, vol. 3, n° 3, 2025, p. 286-297.

BARRON, S. & BARRON, J., Moi, l'enfant autiste (There's a Boy in Here : Emerging from the Bonds of Autism), trad. fr., Robert Laffont, Paris, 1994.

BATTUT, M., présidente de l'association Ambition École Inclusive, intervention à l'Assemblée nationale, « L'école inclusive, une réalité ? », 3 avril 2023.

BENSIDOUN, B. & GARCIA-FONS, T. (dir.), *Ce que les psychanalystes apportent à la pédopsychiatrie*, Érès, coll. « Actualité de la psychanalyse », 2024.

BERNARD, C., *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, J.-B. Baillière, Paris, 1865.

BOEL-STUDT, S.M., « A Quasi-Experimental Study of Trauma-Informed Psychiatric Residential Treatment for Children and Adolescents », *Research on Social Work Practice*, 27(3), 2017, p. 273-282.

BOWERS, L., « Safewards : A New Model of Conflict and Containment on Psychiatric Wards », *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(6), 2014, p. 499-508.

BOWERS, L., JAMES, K., QUIRK, A., SIMPSON, A., SUGAR (SERVICE USER AND CARER GROUP ADVISING ON RESEARCH), STEWART, D. & HODSOLL, J., « Reducing Conflict and Containment Rates on Acute Psychiatric Wards : The Safewards Cluster Randomised Controlled Trial », *International Journal of Nursing Studies*, 52(9), 2015, p. 1412-1422 ; corrigendum, *International Journal of Nursing Studies*, 2016.

BOWERS, L., NIJMAN, H., SIMPSON, A. & JONES, J., « The Relationship between Leadership, Teamworking, Structure, Burnout and Attitude to Patients on Acute Psychiatric Wards », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46(2), 2011, p. 143-148.

BRÄNSTRÖM, R. & PACHANKIS, J. E., « Reduction in Mental Health Treatment Utilization Among Transgender Individuals After Gender-Affirming Surgeries : A Total Population Study », *American Journal of Psychiatry*, 2020 ; correctif publié in *American Journal of Psychiatry*, 2020.

BREUER, J. & FREUD, S., *Études sur l'hystérie* (1895), trad. fr., PUF, Paris.

BROWN, W.J., NEDELMAN, A.J., PHILLIPS, W.G., STANKUS, J.S., AMOSCATO, L.E. & SCHWARTZ, E., « Traumatic Stress Symptoms Predict Restraint Incidents in Children and Adolescents in Psychiatric Residential Treatment », *Journal of Traumatic Stress*, 2022.

BUTTERWORTH, H., WOOD, L. & ROWE, S., « Patients' and Staff Members' Experiences of Restrictive Practices in Acute Mental Health In-patient Settings : Systematic Review and Thematic Synthesis », *BJPsych Open*, 8(6), 2022, e178.

BZDOK, D. & MEYER-LINDENBERG, A., « Machine Learning for Precision Psychiatry : Opportunities and Challenges », *Biological Psychiatry : Cognitive Neuroscience and Neuroimaging*, 3(3), 2018, p. 223-230.

CAISSE NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE (CNAM), *Mon soutien psy : présentation au comité santé mentale et psychiatrie de la Haute Autorité de Santé, 26 novembre 2025 ; actualité « Mon soutien psy en chiffres et en mots », ameli.fr, 13 février 2026 ; communiqué de presse du 1er avril 2025 ; rapport Charges et produits pour 2027*, 2 juillet 2026.

CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITÉ POUR L'AUTONOMIE (CNSA), *Repères statistiques : l'activité des CMPP*, 2024.

CAMPBELL, M. et al., « Framework for the Design and Evaluation of Complex Interventions to Improve Health », *BMJ*, 321, 2000, p. 694-696.

CANGUILHEM, G., *Le Normal et le Pathologique*, PUF, 1943 ; édition augmentée, 1966.

CASS, H., *Independent Review of Gender Identity Services for Children and Young People : Final Report*, NHS England, avril 2024.

CHETOUANI, M., *travaux de l'équipe PIRoS (Perception, interaction, robotiques sociales), Institut des systèmes intelligents et de robotique, Sorbonne Université/CNRS/Inserm*.

CHILD MIND INSTITUTE, « AI Chatbots and Teens », *childmind.org*, 2025.

COHEN, D., GROSSARD, C., GRYNSZPAN, O., ANZALONE, S., BOUCENNA, S. et al., « Autisme, jeux sérieux et robotique : réalité tangible ou abus de langage ? », *Annales médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 175(5), 2017, p. 438- 445.

COLEMAN, E. et al. (World Professional Association for Transgender Health), « Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8 », *International Journal of Transgender Health*, 23 (sup1), 2022.

COMITÉ DES DROITS DES PERSONNES HANDICAPÉES (NATIONS UNIES), *Observation générale № 4 (2016) sur le droit à l'éducation inclusive*, CRPD/C/GC/4 ; et *Observations finales concernant le rapport initial de la France*, CRPD/C/FRA/CO/1, 2021.

COMMISSION DES 1000 PREMIERS JOURS (CYRULNIK, B., prés.), *Les 1000 premiers jours : là où tout commence, rapport remis au secrétaire d'État chargé de l'Enfance et des Familles, septembre 2020*. CONSEIL DES CHOIX EN MATIÈRE DE SOINS DE SANTÉ EN FINLANDE (COHERE Finland), *Recommandation relative aux méthodes de traitement médical de la dysphorie liée à la variance de genre chez les mineurs, 16 juin 2020*.

CONSEIL CONSTITUTIONNEL, *décision № 2020-844 QPC du 19 juin 2020 et décision № 2021-912/913/914 QPC du 4 juin 2021, relatives au contrôle juridictionnel de l'isolement et de la contention en psychiatrie*.

CONSEIL NATIONAL PROFESSIONNEL DE PSYCHIATRIE (CNPP), *mobilisation de novembre 2025 pour la pluralité des pratiques psychothérapeutiques, à propos de l'amendement № 159 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026, retiré le 24 novembre 2025*.

CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ (CGLPL), *avis du 6 octobre 2025 relatif aux enfants privés de liberté dans les établissements de santé mentale, publié au Journal officiel le 4 décembre 2025 ; rapport annuel 2025 ; rapport thématique L'effectivité des voies de recours en psychiatrie, décembre 2025 ; rapport thématique Isolement et contention dans les établissements de santé mentale, 2016*.

COSGROVE, L. & KRIMSKY, S., « A Comparison of DSM-IV and DSM-5 Panel Members' Financial Associations with Industry », *PLoS Medicine*, 2012.

COUR DE CASSATION, *avis n° 22-70.003 du 18 mai 2022, relatif à l'impossibilité d'admettre un mineur en soins psychiatriques sur le fondement de l'article L. 3212-1 du code de la santé publique*.

COUR DES COMPTES, *rapport relatif à la prise en charge des personnes handicapées françaises en Belgique, 2024*.

COUR DES COMPTES, *rapport relatif à l'accès aux soins psychiques des enfants et des adolescents, mars 2023*.

CRAIG, P. et al., « Developing and Evaluating Complex Interventions : The New Medical Research Council Guidance », *BMJ*, 337, 2008, a1655.

CRESPIN, G., « PréAut : une recherche et une clinique du très précoce », *Contraste — Revue de l'ANECAMSP*, № 25, 2006, p. 53-81.

CRITICAL PSYCHIATRY NETWORK, *Royaume-Uni, fondé en 1999*.

CYRULNIK, B., *Les Vilains Petits Canards*, Odile Jacob, 2001.

CYRULNIK, B., *Un merveilleux malheur*, Odile Jacob, 1999.

CZERNIN, K., BRÜNDLMAYER, A., OSTER, A. et al., « Children and Adolescents at Risk for Seclusion and Restraint in Inpatient Psychiatric Treatment : A Case Control Study », *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 18, 2024, art. 102.

DELION, P., *Urgence de la psychothérapie institutionnelle*, Éditions Campagne Première, 2023.

DIATKINE, R., *L'Enfant dans l'adulte ou l'éternelle capacité de rêverie*, Delachaux et Niestlé, Neuchâtel-Paris, 1994.

DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES (DREES), « *Les centres médico-psycho-pédagogiques : une activité en baisse et des délais d'attente qui s'allongent* », *Études et Résultats*, № 1333, mars 2025.

DIRECTION DE L'ÉVALUATION, DE LA PROSPECTIVE ET DE LA PERFORMANCE (DEPP), « *La scolarisation des élèves en situation de handicap* », *Note d'information* № 25.63, novembre 2025.

DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS (DGOS), instruction № DGOS/R4/2022/85 du 29 mars 2022 relative à l'isolement et à la contention en psychiatrie.

DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) & SANTÉ PUBLIQUE FRANCE, « *Hospitalisations pour gestes auto-infligés : une progression inédite chez les adolescentes et les jeunes femmes en 2021 et 2022* », *Études et Résultats*, № 1300, mai 2024.

DREES, *Hospitalisations pour tentatives de suicide et automutilations, jeu de données*, mai 2026.

EHRENBERG, A., *La Fatigue d'être soi. Dépression et société*, Odile Jacob, 1998.

EHRENBERG, A., *L'Enfant qui inquiète*, Odile Jacob.

ÉTATS-UNIS (Congrès des), Rehabilitation Act, 1973 ; Education for All Handicapped Children Act, 1975 (devenu Individuals with Disabilities Education Act, IDEA, 1990) ; Americans with Disabilities Act (ADA), 1990.

FALISSARD, B., « *Ce que la notion de « troubles du neurodéveloppement » dit de la pédopsychiatrie du XXIe siècle* », *Séminaire d'épistémologie du 7 janvier 2021*, *L'Évolution psychiatrique*.

FALISSARD, B., *Soigner la souffrance psychique des enfants*, Odile Jacob, 2020.

FAUCHER, L. & GOYER, S., « *Le Research Domain Criteria (RDoC), le réductionnisme et la psychiatrie clinique* ».

FÉDÉRATION FRANÇAISE DES PSYCHOLOGUES ET DE PSYCHOLOGIE (FFPP), *communiqué du 5 mai 2024 relatif au dispositif Mon soutien psy et positions relatives au répertoire partagé des professionnels de santé et à la création d'un ordre*.

FISHER-CUNNINGHAM et al., « *Practice and Educational Interventions for Nurses to Reduce Restrictive Measures in Pediatric Mental Health : A Scoping Review* », *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 2026.

FONAGY, P., *travaux sur la méthodologie du cas unique en recherche psychanalytique*, University College London, à partir de 2003.

FONDATION FONDAMENTAL, PEPR PROPSY (*Programme et équipement prioritaire de recherche en psychiatrie dite de précision*), France 2030, Inserm/CNRS, direction scientifique M. Leboyer, 2022.

FOUCAULT, M., *Histoire de la folie à l'âge classique*, Plon, 1961 ; *rééd.* Gallimard, coll. « Tel », 1972.

FOUCAULT, M., *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*, PUF, 1963.

FRANCES, A., *Saving Normal : An Insider's Revolt Against Out-of-Control Psychiatric Diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the Medicalization of Ordinary Life*, William Morrow, 2013.

FREUD, S., « *Analyse d'une phobie chez un petit garçon de cinq ans (Le petit Hans)* » (1909), in *Cinq psychanalyses*, *trad. fr.*, PUF, Paris.

GABARD-DURNAM, L.J. & McLAUGHLIN, K.A., « *Sensitive Periods in Human Development : Charting a Course for the Future* », *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 36, 2020, p. 120-128.

GANDRÉ, C., SAETTA, S., TOUITOU-BURCKARD, E., COLDEFY, M., ELLINI, A., BOURIN, C. et le consortium Plaid-Care, « *Isolement et contention en psychiatrie : pourquoi de telles différences entre établissements ? Éclairages croisés par des analyses mixtes* », *Questions d'économie de la santé*, № 306, Irdes, mars 2026 ; et « *Isolement et contention dans les établissements psychiatriques français : état des lieux de ces pratiques controversées* », *The Conversation*, 10 juin 2026.

GARDOU, C., *La société inclusive, parlons-en ! Il n'y a pas de vie minuscule*, Érès, coll. « Connaissances de la diversité », 2012.

GAULD, C., DUMAS, G., FAKRA, É., MATTOUT, J. & MICOULAUD-FRANCHI, J.-A., « *Les trois cultures de la psychiatrie computationnelle* », *Annales médico-psychologiques*, 179, 2021, p. 63-71.

GOLSE, B., « *De l'intersubjectivité à la subjectivation* », *Enfances & Psy*, 2014/1, № 62, p. 29-38.

GOLSE, B., *interventions et écrits relatifs au déplacement de la demande adressée à la pédopsychiatrie vers les symptômes gênant l'adaptation et les troubles du neurodéveloppement*, 2024.

GOLSE, B., *L'être-bébé. Les questions du bébé à la théorie de l'attachement, à la psychanalyse et à la phénoménologie*, PUF, coll. « Le fil rouge », 2006.
GONON, F., KONSMAN, J.-P., COHEN, D. & BORAUD, T., « *Why Most Biomedical Findings Echoed by Newspapers Turn Out to be False : The Case of Attention Deficit Hyperactivity Disorder* », *PLoS ONE*, 7(9), 2012.

GONON, F., « *Les dispositifs d'autorégulation : comment la HAS ne respecte pas ses propres règles* », *L'Évolution psychiatrique*, 2026.

GONON, F., *Neurosciences, un discours néolibéral. Psychiatrie, éducation, inégalités*, Champ social, 2024.

GORI, R. & DEL VOLGO, M.-J., *La santé totalitaire. Essai sur la médicalisation de l'existence*, Denoël, 2005.

GREENE, R.W., ABLON, J.S. & MARTIN, A., « *Use of Collaborative Problem Solving to Reduce Seclusion and Restraint in Child and Adolescent Inpatient Units* », *Psychiatric Services*, 57(5), 2006, p. 610-612.

GREENHALGH, T. & HURWITZ, B., *Narrative Based Medicine : Dialogue and Discourse in Clinical Practice*, BMJ Books, Londres, 1998.

GUYATT, G. et al., *travaux fondateurs sur les essais N-de-1 (N-of-1 trials)*, McMaster University, années 1980-1990.

HAAG, G., *Grille d'évaluation de l'autisme. Clinique des diagnostics et des processus de changement dans les TSA*, PUF, collection « Le Fil rouge psychanalyse », 2022.

HACKING, I., « *Kinds of People : Moving Targets* », *Proceedings of the British Academy*, 2006.

HACKING, I., *Rewriting the Soul : Multiple Personality and the Sciences of Memory*, Princeton University Press, 1995.

HACKING, I., *The Social Construction of What?*, Harvard University Press, 1999.

HAINES-DELMONT, A., GOODALL, K., DUXBURY, J. & TSANG, A., « *An Evaluation of the Implementation of a "No Force First" Informed Organisational Guide to Reduce Physical Restraint in Mental Health and Learning Disability Inpatient Settings in the UK* », *Frontiers in Psychiatry*, 13, 2022, 749615.

HAUT CONSEIL DE LA FAMILLE, DE L'ENFANCE ET DE L'ÂGE (HCFEA), *Quand les enfants vont mal : comment les aider ?*, rapport adopté le 7 mars 2023.

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ, « *Premier avis favorable au remboursement d'une thérapie numérique* », 2026.

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ, *Isolement et contention en psychiatrie générale, recommandation de bonne pratique, février 2017 ; et Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en services de psychiatrie, guide méthodologique, novembre 2016.*

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ, *Trouble du spectre de l'autisme : repérage, diagnostic et interventions chez l'enfant et l'adolescent — recommandations de bonne pratique, 12 février 2026.*

HEALTHWATCH ENGLAND, « *ADHD diagnosis : life-changing, long waits — the NHS needs urgent action », mai 2025 ; « The hidden wait to be prescribed ADHD medication », août 2025.*

HOCHMANN, J., *Histoire de l'autisme : De l'enfant sauvage aux troubles envahissants du développement*, Odile Jacob, 2009.

HOCHMANN, J., *Pour soigner l'enfant autiste : des contes à rêver debout*, Odile Jacob, 1997 ; nouvelle édition, 2013.

HORIOT, H., *Autisme : j'accuse !*, Le Cherche Midi, 2018.

HOTTINEN, A., RYTILÄ-MANNINEN, M., LAURÉN, J., AUTIO, S., LAIHO, T. & LINDBERG, N., « *Impact of the Implementation of the Safewards Model on the Social Climate on Adolescent Psychiatric Wards », International Journal of Mental Health Nursing, 29(3), 2020, p. 399-405.*

HUCKSHORN, K.A. (NATIONAL ASSOCIATION OF STATE MENTAL HEALTH PROGRAM DIRECTORS), *Six Core Strategies to Reduce the Use of Seclusion and Restraint, document consolidé, révisions 2006 et 2008.*

HUGHES, M.M. et al., *travaux relatifs à la prévalence de l'autisme profond, 2023.*

HUSSEY, M., « *Private Diagnoses, Public Consequences : How the UK's ADHD & Autism Assessment Market Profits From Loopholes and Leaves Patients in Limbo », The Brink, 10 septembre 2025.*

INFORMATION PSYCHIATRIQUE (L') *(revue), « La notion de handicap psychique : continuités, possibilités, dangers », 2014 ; « Limites cliniques de la notion de handicap psychique », 2024.*

INSEE, *Bilan démographique 2023 : indicateur conjoncturel de fécondité, janvier 2024.*

INSEL, T.R., « *The NIMH Research Domain Criteria (RDoC) Project : Precision Medicine for Psychiatry », American Journal of Psychiatry, 171, 2014, p. 395-397.*

INSPECTION GÉNÉRALE DES AFFAIRES SOCIALES (IGAS), *La prise en charge du handicap psychique, rapport, 2011.*

IOANNIDIS, J., « *Pourquoi ne peut-on pas faire confiance à la plupart des résultats issus de la recherche ? » (trad. R. Evrard, T. Rabeyron, T. Lepoutre & C. Fromentin), L'Évolution psychiatrique, 86/3, 2005/2021, p. 443-454. « Is evidence-based medicine killing psychiatry softly ? A critical review of 'evidence-based psychiatry' from an epistemological and ethical perspective », PubMed, 2020.*

JAMA, *étude d'association entre usage quotidien des chatbots compagnons et symptômes dépressifs chez l'adolescent, janvier 2026.*

KAËS, R., MISSENARD, A., NICOLLE, O., BENCHIMOL, M. & BLANCHARD, A.-M., *Le Psychodrame psychanalytique de groupe, Dunod, Paris, 1999.*

KARASAVVA, V., MILLER, C., GROVES, N., MONTIEL, A., CANU, W. & MIKAMI, A., « *A Double-Edged Hashtag : Evaluation of #ADHD-Related TikTok Content and Its Associations with Perceptions of ADHD », PLoS ONE, vol. 20, № 3, 2025, e0319335.*

KARVER, M.S., DE NADAI, A.S., MONAHAN, M. & SHIRK, S.R., « *Meta-Analysis of the Prospective Relation between Alliance and Outcome in Child and Adolescent Psychotherapy », Psychotherapy, 55(4), 2018, p. 341-355.*

KEDAR, I., *Ido in Autismland : Climbing Out of Autism's Silent Prison*, Sharon Kedar, 2012.

KELLER, P.-H. & LANDMAN, P. (dir.), *Ce que les psychanalystes apportent à la société*, Érès, coll. « Psychanalyse Poche », 2019.

KELLER, P.-H., « Recension de François Gonon, *Neurosciences, un discours néolibéral. Psychiatrie, éducation, inégalités* », *Dialogue*, 2025/3, p. 183-186.

KELLY, P., SAAB, M.M., HURLEY, E.J. et al., « Trauma Informed Interventions to Reduce Seclusion, Restraint and Restrictive Practices Amongst Staff Caring for Children and Adolescents with Challenging Behaviours : A Systematic Review », *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 16(3), 2023, p. 629-647.

KUPFERSTEIN, H., « Evidence of Increased PTSD Symptoms in Autistics Exposed to Applied Behavior Analysis », *Advances in Autism*, 4(1), 2018, p. 19-29 ; « Expression of Concern », *Advances in Autism*, 2024.

LACAN, J., « Note sur l'enfant » (1969), adressée à Jenny Aubry, in *Autres écrits*, Seuil, Paris, 2001.

LACAN, J., *Écrits*, Seuil, Paris, 1966.

LAGRANGE, C., BRUNELLE, J., POIRIER, F., PELLERIN, H., MENDES, N. F. B., MAMOU, G., FORNO, N., WOESTELANDT, L., COHEN, D. & CONDAT, A., « Profils cliniques et prise en charge des enfants et adolescents transgenres dans une consultation spécialisée d'Île-de-France », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 71(5), 2023, p. 270-280.

LAK, M., SHAKIBA, S. et al., « The Prevalence of Suicide Ideation, Suicide Attempt and Suicide in Borderline Personality Disorder Patients : A Systematic Review and Meta-Analysis », *General Hospital Psychiatry*, juillet-août 2025.

LANDMAN, P. & RIBAS, D. (dir.), *Ce que les psychanalystes apportent aux personnes autistes*, Érès, coll. « Actualité de la psychanalyse », 2021.

LANDMAN, P., *Tous hyperactifs ? L'incroyable épidémie de troubles de l'attention*, Albin Michel, 2015.

LAURENT, É., *La bataille de l'autisme. De la clinique à la politique*, Navarin, 2012 ; édition augmentée, 2018.

LAZNIK, M.-C., « Dépister le risque d'autisme chez les bébés de quelques mois pourrait-il permettre de transformer le pronostic ? La grille PréAut, son origine et ses applications », *Enfances & Psy*, № 80, 2018, p. 74-87.

LEBOVICI, S., DIATKINE, R. & KESTEMBERG, E., « Bilan de dix années de psychodrame analytique chez l'enfant », *La Psychiatrie de l'enfant*, 1952.

LEFÈVRE-UTILE, J., GUIVARCH, J., COHEN, D., CRAVERO, C., ROLLAND, A.-C. et al., « Soins sans consentement, mesures d'isolement et de contention en pédopsychiatrie : une analyse des défis éthiques en France », *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 71(8), 2023, p. 427-436.

LEICHSENRING, F. & RABUNG, S., « Effectiveness of Long-Term Psychodynamic Psychotherapy : A Meta-Analysis », *JAMA*, 300(13), 2008, p. 1551-1565.

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

LORD, C. et al. (Commission Lancet sur l'autisme), « The Lancet Commission on the Future of Care and Clinical Research in Autism », *The Lancet*, 399, 2021, p. 271-334.

MAESTRO, S., MURATORI, F., CAVALLARO, M.C., PEI, F., STERN, D., GOLSE, B. & PALACIO-ESPASA, F., « Attentional Skills During the First 6 Months of Age in Autism Spectrum Disorder », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(10), 2002, p. 1239-1245.

MALEVAL, J.-C., « HAS : rendre obligatoires des pratiques non validées scientifiquement ? », *Lacan Quotidien*, № 46.

MALEVAL, J.-C., « Le déclin de l'Applied Behavior Analysis (ABA) infligée aux autistes », in PONNOU, S. (dir.), À l'écoute des enfants autistes. Le pari de la psychanalyse, Champ social, 2025, p. 149-186.

MANNONI, M., L'Enfant arriéré et sa mère, Seuil, Paris, 1964.

MARTIN, A., KRIEG, H., ESPOSITO, F., STUBBE, D. & CARDONA, L., « Reduction of Restraint and Seclusion through Collaborative Problem Solving : A Five-Year Prospective Inpatient Study », Psychiatric Services, 59(12), 2008, p. 1406-1412.

MEDTECH FRANCE, « IA santé : où les milliards se sont investis en 2025 ? », 2025.

MILCENT, C., traductrice des travaux d'Eric Schopler et fondatrice, en 1989 à Meudon, de la première classe TEACCH française.

MILLER, J.-A. (dir.), L'Anti-Livre noir de la psychanalyse, Seuil, 2006.

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, mesures pour la santé mentale périnatale annoncées le 28 septembre 2020 dans le prolongement du rapport des 1000 premiers jours (unités parents-bébé, équipes mobiles de psychiatrie périnatale, renforcement de la protection maternelle et infantile, généralisation de l'entretien prénatal précoce).

MONCRIEFF, J. et al., « The serotonin theory of depression : a systematic umbrella review of the evidence », Molecular Psychiatry, 2022.

MONCRIEFF, J., The Myth of the Chemical Cure : A Critique of Psychiatric Drug Treatment, Palgrave Macmillan, 2008. MONCRIEFF, J., The Bitterest Pills : The Troubling Story of Antipsychotic Drugs, Palgrave Macmillan, 2013.

MORRIS, J., « The rapidly growing waiting lists for autism and ADHD assessments », QualityWatch, Nuffield Trust, 4 avril 2024.

NANTAS, P. / AFORPEL (Association pour la Formation et la Promotion de l'État Limite), « Tentatives de suicide chez les adolescentes : +56 % en un an, un niveau jamais atteint en France », communiqué de presse, juin 2026.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE), Self-harm : Assessment, Management and Preventing Recurrence, NICE guideline NG225, 7 septembre 2022 ; et Violence and Aggression : Short-Term Management in Mental Health, Health and Community Settings, NICE guideline NG10, 2015.

NAWAZ, R.F., REEN, G., BLOODWORTH, N., MAUGHAN, D. & VINCENT, C., « Interventions to Reduce Self-Harm on In-patient Wards : Systematic Review », BJPsych Open, 7(3), 2021, e80.

NHS ENGLAND (NHS DIGITAL), Autism Statistics : Autism Waiting Time Statistics, données arrêtées au 30 juin 2026, publication du 13 août 2026.

NHS ENGLAND, Report of the independent ADHD Taskforce : Part 1, avril 2025 ; Part 2, 6 novembre 2025.

NIELSON, S., BRAY, L., CARTER, B. & KIERNAN, J., « Physical Restraint of Children and Adolescents in Mental Health Inpatient Services : A Systematic Review and Narrative Synthesis », Journal of Child Health Care, 25(3), 2021.

NUNNO, M.A., McCABE, L.A., IZZO, C.V., SMITH, E.G., SELLERS, D.E. & HOLDEN, M.J., « A 26-Year Study of Restraint Fatalities Among Children and Adolescents in the United States : A Failure of Organizational Structures and Processes », Child & Youth Care Forum, 2021.

OBSERVATOIRE DE LA PETITE SIRÈNE (MASSON, C. & ELIACHEFF, C., dir.), collectif pluridisciplinaire de veille sur les discours et les pratiques relatifs à l'enfance et à l'adolescence, fondé en 2021.

OBSERVATOIRE NATIONAL DU SUICIDE (ONS), 6e rapport, février 2025.

OLSON, K. R. et al., « Mental Health and Self-Worth in Socially Transitioned Transgender Youth », *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55(3), 2016, p. 223-230.

OPINIONWAY / CHANCE, *Les 18-24 ans face à l'intelligence artificielle et au marché du premier emploi, enquête, mai 2026.*

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *Classification internationale des maladies, 11e révision (CIM-11), chapitre « États liés à la santé sexuelle », reclassement adopté le 25 mai 2019, entré en vigueur le 1er janvier 2022.*

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF), 2001.*

OURY, J., *La psychothérapie institutionnelle, de Saint-Alban à La Borde ; et* TOSQUELLES, F., *travaux conduits à l'hôpital de Saint-Alban à partir de 1940.*

PARIS, J., « Suicidal Behavior in Borderline Personality Disorder », *Current Psychiatry Reports*, 2002.

PETITIONS COMMITTEE, *House of Commons, enquête et débat sur les délais d'évaluation de l'autisme et du TDAH, février 2023.*

PONNOU, S., « Prévalence, diagnostic et médicamentation du trouble de l'hyperactivité en France », *Annales médico- psychologiques*, 2020.

PONNOU, S. (dir.), *À l'écoute des enfants autistes. Le pari de la psychanalyse, Champ social, 2025.*

PONNOU, S. (dir.), *À l'écoute des enfants hyperactifs. Le pari de la psychanalyse, Érès, 2022.*

PSYCHIATRIE DE L'ENFANT (LA) (revue), « Émotions, anxiété et actions climatiques d'enfants et adolescents en France : une étude qualitative », *Cairn.info*, 2025-2026.

QUINN, M., JUTKOWITZ, E., PRIMACK, J. et al., « Protocols to Reduce Seclusion in Inpatient Mental Health Units », *International Journal of Mental Health Nursing*, 33(3), 2024, p. 600-615.

RABEYRON, T., « L'évaluation et l'efficacité des psychothérapies psychanalytiques et de la psychanalyse », *L'Évolution psychiatrique*, 86(3), 2021.

RAMUS, F., *critique méthodologique de l'étude Thurin et al. (2014) : absence de groupe contrôle et d'évaluateur indépendant.*

RASK, O., PERERS, C., BÄCKSTRÖM, B. & JOHANSSON, B.A., « Methods and Strategies for Reducing Seclusion and Restraint in Child and Adolescent Psychiatric Inpatient Care », *Psychiatric Quarterly*, 93(1), 2022, p. 107-136.

RØDGAARD, E.-M., JENSEN, K., MISKOWIAK, K.W. & MOTTRON, L., « Representativeness of Autistic Samples in Studies Recruiting through Social Media », *Autism Research*, vol. 15, № 8, 2022, p. 1447-1456.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, *plans autisme successifs à partir de 2005 ; circulaire du 5 janvier 2010 autorisant l'expérimentation de la méthode ABA dans vingt-huit structures médico-sociales ; déclaration de l'autisme Grande Cause nationale 2012.*

ROEST, J.J. et al., « The Relation between Therapeutic Alliance and Treatment Outcome in Child and Adolescent Psychosocial Interventions : A Three-Level Meta-Analysis », 2023.

ROUDINESCO, É., *recension de Christopher Lane, Comment la psychiatrie et l'industrie pharmaceutique ont médicalisé nos émotions, Le Monde, 6 mars 2009.*

SACKETT, D. L., ROSENBERG, W. M. C., GRAY, J. A. M., HAYNES, R. B. & RICHARDSON, W. S., « Evidence based medicine : what it is and what it isn't », *BMJ*, 312, 1996, p. 71-72.

SAILAS, E.E.S. & FENTON, M., « Seclusion and Restraint for People with Serious Mental Illnesses », Cochrane Database of Systematic Reviews, 2000, № 1, art. CD001163.

SAINT-GEORGES, C., Dynamique, synchronie, réciprocité et mamanais dans les interactions des bébés autistes à travers les films familiaux, thèse de doctorat, Université Pierre et Marie Curie, dir. D. Cohen, 2011.

SANDELL, R. et al., « Stockholm Outcome of Psychotherapy and Psychoanalysis Project (STOPP) », International Journal of Psychoanalysis, années 2000. SANTÉ MENTALE (revue), « PROMETTED : la télépsychiatrie dans les troubles autistiques confirmée dans une étude », février 2018.

SANTÉ PUBLIQUE FRANCE, réseau de surveillance Oscour, données sur les passages aux urgences pour geste auto-infligé chez les 11-17 ans, 2021-2024.

SCHOPLER, E., programme TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication-handicapped Children), University of North Carolina, à partir du début des années 1970.

SCHOVANEC, J., Je suis à l'Est !, Plon, Paris, 2012.

SELIGMAN, M. E. P., « The effectiveness of psychotherapy : The Consumer Reports study », American Psychologist, 50(12), 1995, p. 965-974.

SÉNAT, débats et questions parlementaires relatifs aux délais d'attente en CMP et CMPP et à la pénurie de pédopsychiatres, 2023-2026.

SÉNAT, rapport d'information n° 647 relatif aux accompagnants d'élèves en situation de handicap et au financement de l'école inclusive (PACCAUD, O., rapp.), 20 mai 2026.

SHEDLER, J., « The Efficacy of Psychodynamic Psychotherapy », American Psychologist, 65(2), 2010, p. 98-109.

SINGER, J., travaux fondateurs sur la neurodiversité, 1998 ; BLUME, H., « Neurodiversity », The Atlantic, septembre 1998 ; et BOTHA, M. et al., discussion critique de l'attribution du terme, Autism, 2024.

SKIVINGTON, K. et al., « A New Framework for Developing and Evaluating Complex Interventions : Update of Medical Research Council Guidance », BMJ, 374, 2021, n2061.

SOCIALSTYRELSEN (Agence nationale suédoise de la santé et des affaires sociales), lignes directrices nationales relatives à la prise en charge des enfants et adolescents présentant une dysphorie de genre, révisées sur la base de la revue systématique de l'Agence d'évaluation des technologies de la santé (SBU), février 2022.

STAT NEWS, « How Mindstrong's rush to roll out a «smoke alarm» for mental illness led to its downfall », 28 février 2023 ; « Mindstrong's demise and the future of mental health care », 6 février 2023.

SYNDICAT NATIONAL DES PSYCHOLOGUES (SNP), communiqués « Mon soutien psy : pourquoi c'est toujours non ! » (2 juillet 2024), « Mon soutien psy : une paramédicalisation des psychologues qui ne se cache plus ! » (6 novembre 2024), « Les conséquences de Mon soutien psy » (4 février 2025), affiche de campagne (juin 2025), « Le Ministère de la Santé fait l'autruche, le SNP saisit le tribunal ! » (14 juillet 2026) et « Vers la destruction en règle de la profession » (16 juillet 2026).

TAMMET, D., Je suis né un jour bleu. À l'intérieur du cerveau extraordinaire d'un savant autiste, trad. fr., Les Arènes, Paris, 2007.

THURIN, J.-M., Évaluer les psychothérapies. Méthodes et pratiques, Dunod, collection « Psychothérapies ».

THURIN, J.-M., THURIN, M., COHEN, D., FALISSARD, B., « Approches psychothérapeutiques de l'autisme. Résultats préliminaires à partir de 50 études intensives de cas », Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 62(2), 2014, p. 102-118.

TISSERON, S., *Le Jour où mon robot m'aimera. Vers l'empathie artificielle*, Albin Michel, Paris, 2015.

TOCQUEVILLE, A. de, *De la démocratie en Amérique*, tome II (1840), deuxième partie, chapitre premier, « Pourquoi les peuples démocratiques montrent un amour plus ardent et plus durable pour l'égalité que pour la liberté », éd. Pagnerre, Paris, 1848.

TOLEDANO, É. & NAKACHE, O. (créateurs), *En thérapie*, série télévisée, Arte, saison 1 (2021) et saison 2 (2022), adaptation de la série BeTipul créée par Hagai LEVI.

TOUITOU-BURCKARD, E., GANDRÉ, C., COLDEFY, M., en collaboration avec ELLINI, A., SAETTA, S. et le consortium Plaid-Care, « Isolement et contention en psychiatrie en 2022 : un panorama inédit de la population concernée et des disparités d'usage entre établissements », *Questions d'économie de la santé*, № 286, Irdes, février 2024.

TUCKETT, D. (dir.), *Psychoanalysis Comparable and Incomparable : The Evolution of a Method to Describe and Compare Psychoanalytic Approaches*, Routledge, 2008.

UNION NATIONALE DE FAMILLES ET AMIS DE PERSONNES MALADES ET/OU HANDICAPÉES PSYCHIQUES (UNAFAM), *positions relatives à la reconnaissance et à la distinction du handicap psychique et du handicap cognitif*.

VAN IJZENDOORN, M.H. et al., « Video-Feedback Intervention to Promote Positive Parenting and Sensitive Discipline (VIPP-SD) : Meta-Analysis of 25 Randomized Controlled Trials », 2023.

VISENTINI, G., BLANC, A. & LAUFER, L., « Psychanalyse et évaluation : pour un modèle stratifié centré sur l'unicité du cas », *Bulletin de psychologie*, 73(5), 2020, p. 255-270.

VISENTINI, G., *L'efficacité de la psychanalyse. Un siècle de controverses*, PUF, Paris, 2021. VISENTINI, G., *Penser et écrire par cas en psychanalyse. L'invention freudienne d'un style de raisonnement*, PUF, Paris, 2024.

WAMPOLD, B.E. & IMEL, Z.E., *The Great Psychotherapy Debate*, 2e éd., Routledge, New York, 2015.

WEBSTER-STRATTON, C. et al., *programmes de guidance parentale pour les troubles des conduites de l'enfant, revue systématique Cochrane*, art. CD008225.

WEISZ, J.R., KUPPENS, S., NG, M.Y. et al., « What Five Decades of Research Tells Us about the Effects of Youth Psychological Therapy : A Multilevel Meta-Analysis and Implications for Science and Practice », *American Psychologist*, 72(2), 2017, p. 79-117.

WIEMAN, D.A., CAMACHO-GONSALVES, T., HUCKSHORN, K.A. & LEFF, S., « Multisite Study of an Evidence-Based Practice to Reduce Seclusion and Restraint in Psychiatric Inpatient Facilities », *Psychiatric Services*, 65(3), 2014, p. 345-351.

WINNICOTT, D.W., *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Payot, Paris, 1969.

WOOD, P., *Classification internationale des handicaps : déficiences, incapacités et désavantages*, Organisation mondiale de la santé, 1980 ; trad. fr. CTNERHI-INSERM, 1988.

WOODARD, K. & POLLAK, S.D., « Is There Evidence for Sensitive Periods in Emotional Development ? », *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 36, 2020, p. 1-6.

ZUCCALA, M., WEBB, S. & YONG, C.-S., « When Hospital Harms More than Helps : Iatrogenic Processes in Adolescent Inpatient Settings », *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 30(3), 2025, p. 670-682.

Annexe

GLOSSAIRE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

AEEH : Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé — prestation familiale destinée à compenser les frais liés au handicap d'un enfant, attribuée par la MDPH, créée par la loi du 11 février 2005 et évoquée au § 1.15.

BAPU : Bureau d'Aide Psychologique Universitaire — centre de consultation psychologique destiné aux étudiants, financé par l'Assurance maladie, évoqué au § 1.17.

C2S : Complémentaire Santé Solidaire — dispositif de couverture complémentaire gratuite ou à participation réduite destiné aux personnes aux ressources modestes, mentionné au § 1.17 comme indicateur du profil social des bénéficiaires de Mon soutien psy.

CADA : Commission d'Accès aux Documents Administratifs — autorité administrative indépendante chargée de veiller à la liberté d'accès aux documents administratifs, saisie par le Syndicat National des Psychologues au sujet du comité de sélection de Mon soutien psy (§ 1.17).

CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel — structure de soins ambulatoires proposant des prises en charge groupales et individuelles à des enfants et adolescents suivis en psychiatrie.

CGLPL : Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté — autorité administrative indépendante créée en 2007, chargée de contrôler les conditions de prise en charge des personnes privées de liberté, y compris dans les établissements de santé mentale ; auteur de l'avis du 6 octobre 2025 relatif aux enfants privés de liberté, analysé au § 1.18.

CIM : Classification Internationale des Maladies, élaborée par l'Organisation mondiale de la santé, utilisée notamment en France comme nomenclature officielle de codage des diagnostics.

CMP : Centre Médico-Psychologique — structure de secteur assurant l'accueil, l'évaluation et le suivi ambulatoire gratuit des enfants et adolescents présentant une souffrance psychique.

CMPP : Centre Médico-Psycho-Pédagogique — structure pluridisciplinaire assurant le dépistage et le traitement ambulatoire des troubles psychologiques et des difficultés d'apprentissage de l'enfant, financée par l'Assurance maladie.

CNAM : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie — organisme gestionnaire du régime général de l'Assurance maladie, en charge du conventionnement des psychologues au titre de Mon soutien psy (§ 1.17).

CNPP : Conseil National Professionnel de Psychiatrie — instance rassemblant les organisations professionnelles de la discipline, mobilisée en novembre 2025 pour la pluralité des pratiques psychothérapeutiques (§ 1.17).

COHERE : Council for Choices in Health Care in Finland — instance publique finlandaise d'évaluation des technologies de santé, à l'origine des recommandations de 2020 sur la prise en charge de la dysphorie de genre chez les mineurs, citées au § 1.14.

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins — direction du ministère chargé de la santé, auteur de l'instruction du 29 mars 2022 relative à l'isolement et à la contention (§ 1.18).

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, classification des troubles mentaux élaborée par l'American Psychiatric Association, dont la cinquième édition (DSM-5) fait aujourd'hui référence dans une grande partie du monde.

EBM : Evidence-Based Medicine, ou médecine fondée sur les preuves — courant méthodologique visant à fonder les décisions cliniques sur les meilleures preuves scientifiques disponibles.

EBP : Evidence-Based Practice, ou pratique fondée sur les preuves — version élargie de l'EBM intégrant, à côté de la preuve de recherche, l'expertise clinique et les valeurs du patient.

ECR : Essai Contrôlé Randomisé — dispositif expérimental de référence de l'EBM, consistant à répartir aléatoirement les participants entre un groupe recevant le traitement étudié et un groupe recevant un comparateur.

FFPP : Fédération Française des Psychologues et de Psychologie — organisation professionnelle de psychologues, dont la position sur Mon soutien psy diverge de celle du Syndicat National des Psychologues (§ 1.17).

HAS : Haute Autorité de Santé — autorité publique indépendante française chargée notamment d'élaborer les recommandations de bonnes pratiques et d'évaluer les technologies de santé.

HCFEA : Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge — instance consultative française ayant notamment publié en 2023 le rapport Quand les enfants vont mal : comment les aider ?.

JLD : Juge des Libertés et de la Détention — magistrat du siège chargé du contrôle des mesures privatives de liberté, dont la saisine est obligatoire au-delà de certains seuils de durée d'isolement ou de contention (§ 1.18).

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées — guichet unique départemental chargé de l'évaluation des besoins et de l'attribution des droits liés au handicap, créé par la loi du 11 février 2005 et évoqué au § 1.15.

MRC : Medical Research Council — agence publique britannique de financement de la recherche biomédicale, fondée en 1913, à l'origine du cadre méthodologique consacré aux interventions complexes.

NHS : National Health Service — système public de santé du Royaume-Uni, dont plusieurs composantes (NHS England, NHS Digital) publient les statistiques citées au § 1.11 sur les délais d'accès aux évaluations diagnostiques de l'autisme et du TDAH.

NICE : National Institute for Health and Care Excellence — agence publique britannique d'évaluation des technologies de santé, homologue de la Haute Autorité de Santé française.

PCH : Prestation de Compensation du Handicap — aide financière destinée à couvrir les besoins liés au handicap, créée par la loi du 11 février 2005 et évoquée au § 1.15.

PMI : Protection Maternelle et Infantile — service public départemental assurant le suivi médical et psychosocial des femmes enceintes et des enfants de moins de six ans.

PROPSY : Programme et équipement prioritaire de recherche en Psychiatrie de précision, financé dans le cadre du plan d'investissement France 2030.

RDoC : Research Domain Criteria — cadre de recherche lancé en 2010 par le National Institute of Mental Health américain, visant à refonder la classification des troubles mentaux sur des bases biologiques.

RIM-P : Recueil d'Informations Médicalisé en Psychiatrie — système de recueil de l'activité des établissements autorisés en psychiatrie, qui ne publie aucune donnée d'isolement et de contention ventilée par âge (§ 1.18).

RRPP : Réseau de Recherche fondée sur les Pratiques Psychothérapeutiques, coordonné en France par Jean-Michel Thurin avec l'Inserm et la Fédération française de psychiatrie.

Safewards : modèle britannique d'interventions simples visant à améliorer la relation entre soignants et patients en unité de psychiatrie aiguë, évalué par le seul essai contrôlé randomisé en clusters disponible dans ce champ (§ 1.18).

Six Core Strategies : programme de réduction du recours à l'isolement et à la contention élaboré aux États-Unis par la National Association of State Mental Health Program Directors, reposant notamment sur l'engagement de l'encadrement, l'usage des données, la formation continue et le débriefing systématique de chaque épisode (§ 1.18).

SNP : Syndicat National des Psychologues — organisation syndicale de psychologues, opposée au dispositif Mon soutien psy depuis son lancement et appelant à son boycott (§ 1.17).

TDAH : Trouble du Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité.

TSA : Trouble du Spectre de l'Autisme.

WPATH : World Professional Association for Transgender Health — association professionnelle internationale, éditrice des Standards of Care faisant référence pour le modèle affirmatif de prise en charge de la dysphorie de genre, cités au § 1.14.

Collectif ASAP

Patrice Charbit : Syndicat National des Psychiatres Privés
Michel Jurus : Fédération Française de Psychiatrie
José Presas Rodriguez : Syndicat National des Psychologues
Nadia Souakir : Syndicat National des Psychologues
Danielle Carassik : Espace Analytique
Dominique Tourres Landman : Espace Analytique, Stop DSM
Patrick Landman : Stop DSM
Tristan Garcia Fons : Stop DSM

Design graphique

La Warroom

Iconographie

A. C.
Adam Winger
Alghozy
Alireza Attari
Amanda Sala
Amr Taha
Andrej Lisakov
Behnam Mohsenzadeh
Bruno Neurath Wilson
Cash Macanaya
Curated lifestyle
Different resonance
Enchanted tools
Gemma Evans
Getillustrations
Getty images
Julian Myles
Kaja Sariwating
Karim Elmissiry
Mohamed Hamed Ibrahim Elnawwah
Naila Conita
Nathan Dumlao
Paul Campbell
Pavol Stugel
Polina Kuzovkova
Round icons
Tasha Kostyuk
Taylor Flowe
Tingey injury law firm
Vitaly Gariev
Wadi Lissa
Xavi Cabrera
Yucel M
Yunus Tug
Zulfahmi Al Ridhawi



LIVRE BLANC | SEPT. 2026

Le soin psychique des enfants et adolescents

État des lieux, critiques et propositions

PATRICK LANDMAN

AVEC LE SOUTIEN DU COLLECTIF ASAP
ACCUEIL SOIN ACCOMPAGNEMENT PSY

Avec le soutien de :

- Espace Analytique
- Stop DSM
- Fédération Française de Psychiatrie
- Syndicat National des Psychiatres Privés
- Syndicat National des Psychologues