Etude sur la santé mentale des enfants et des jeunes haut-alpins

Juin 2025

Hautes-Alpes le département

Agir pour le développement humain
FONDATION PIERRE BELLON

DGCS
DIRECTION GÉNÉRALE DE LA COHÉSION SOCIALE

ACTION TANK

Sommaire

Contexte, objectifs et démarche d'étude ..... **p 3**

Partie 1 : Santé mentale des jeunes : une urgence croissante aux répercussions durables ..... **p 16**

- Définitions et acteurs clés ..... p 17
- Des besoins en santé mentale en augmentation en France et dans le monde, en particulier chez les jeunes p 21
- Les déterminants de la santé mentale et son impact sur les trajectoires socio-économiques des jeunes ..... p 24

Partie 2 : Appréhender les besoins des enfants et jeunes haut-alpins en matière de santé mentale ..... **p 29**

- La prévention en santé mentale sur le territoire ..... p 30
- Les principaux dispositifs de prise en charge sur le département ..... p 32
- L'adéquation besoins-offre en matière de prise en charge ..... p 35

Recommandations ..... **p 63**

Annexes ..... **p 65**

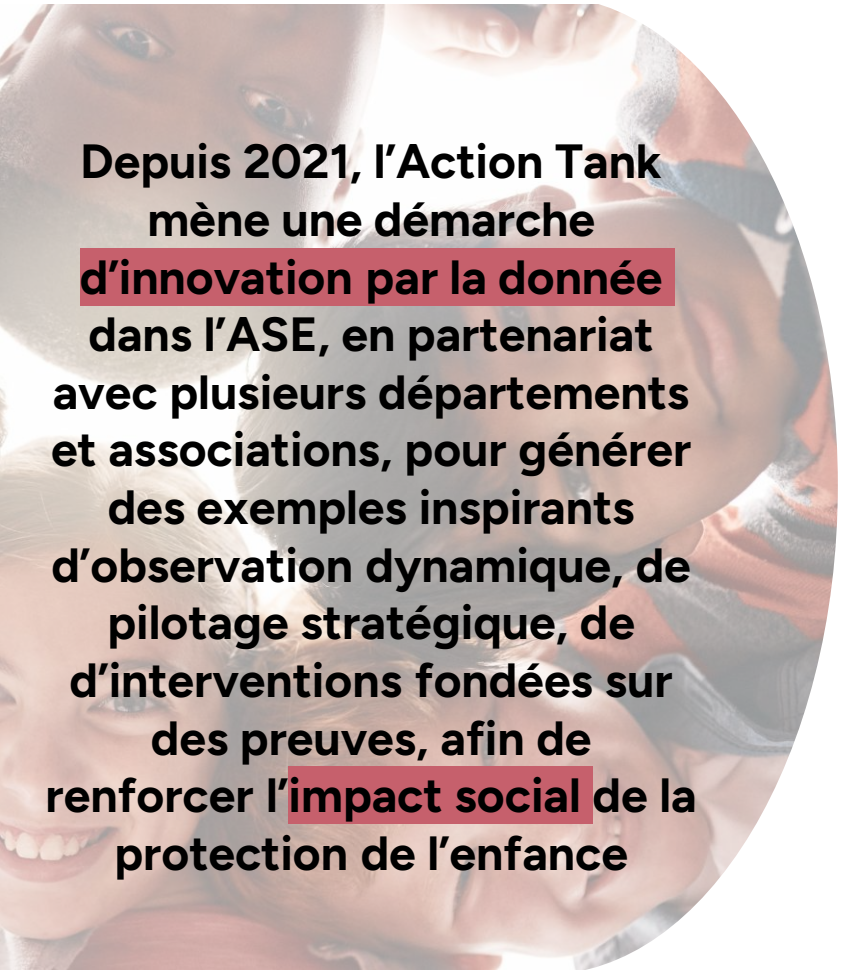
Contexte, objectifs et démarche d'étude

L'Action Tank est un laboratoire d'innovation sociale

- **Association reconnue d'intérêt général** co-fondée en 2010 par Martin Hirsch et Emmanuel Faber

- Nos projets : **imaginer, tester et incuber des expérimentations innovantes**

Cette étude s'inscrit dans le cadre du programme de l'Action Tank « Innover dans l'Aide Sociale à l'Enfance » (IDASE)



Depuis 2021, l'Action Tank mène une démarche d'innovation par la donnée dans l'ASE, en partenariat avec plusieurs départements et associations, pour générer des exemples inspirants d'observation dynamique, de pilotage stratégique, de d'interventions fondées sur des preuves, afin de renforcer l'impact social de la protection de l'enfance

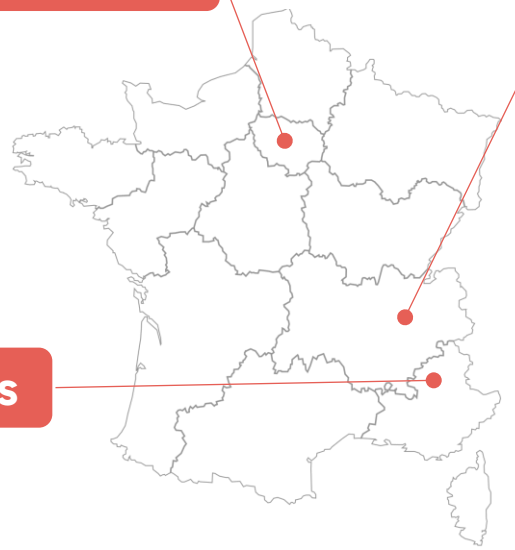
Seine-Saint-Denis

Parcours d'insertion post-ASE (projet « PIPASE ») jeunes anciennement accompagnés par l'ASE

Hautes-Alpes

Pilotage dynamique des profils et trajectoires des enfants accompagnés sur le territoire

Diagnostic de la **santé mentale des enfants haut-alpins**



Lyon

Expérience de prise en charge de jeunes accompagnés par l'ASE, focus « **jeunes majeurs** » et **ruptures de parcours**

Etude disponible en libre accès sur le site : www.actiontank.org

Avec le soutien de :

La santé mentale des jeunes, un enjeu majeur de société

La santé mentale des enfants et des jeunes est aujourd'hui reconnue comme un enjeu prioritaire de santé publique, en France comme à l'international. De nombreuses études, tant nationales qu'internationales, font état d'une **augmentation préoccupante des troubles psychiques chez les jeunes** - anxiété, dépression, troubles du comportement ou encore troubles du neurodéveloppement, une aggravation constatée des symptômes psychiques précoces et un recul de l'âge de première apparition des troubles. En France, la prévalence des troubles de santé mentale chez les jeunes a connu une nette augmentation ces dernières années, en particulier depuis la crise sanitaire, et les retours du terrain indiquent que les besoins demeurent durablement élevés.

Face à ce constat, la santé mentale a été déclarée **Grande Cause nationale 2025**, traduisant une mobilisation croissante des pouvoirs publics, des professionnels de santé, mais aussi de nombreux acteurs de terrain. En effet, les troubles psychiques ne relèvent pas uniquement du champ médical : ils impactent directement l'école, l'insertion professionnelle, la protection de l'enfance, la justice des mineurs ou encore les dispositifs d'inclusion sociale. Pour beaucoup d'acteurs, la santé mentale conditionne l'efficacité même de leurs interventions, qu'il s'agisse d'éduquer, de protéger, d'insérer ou d'accompagner.

L'enjeu est d'autant plus critique que les troubles non détectés ou non pris en charge à temps tendent à s'aggraver, avec des conséquences durables sur les trajectoires individuelles. Ils compromettent la réussite scolaire, les relations sociales, la formation, l'accès à l'emploi et à l'autonomie. La précocité du repérage, la fluidité des parcours de soins, l'accessibilité des dispositifs de soutien et la coordination entre acteurs sont donc des leviers essentiels pour prévenir les ruptures de parcours et favoriser l'émancipation des jeunes. Mais pour agir collectivement et de façon systémique, il est indispensable de mieux comprendre les besoins des jeunes et les conditions réelles de leur prise en charge. Cette connaissance partagée permet de dépasser les logiques en silos, de consolider les complémentarités entre professionnels, et de construire des réponses durables, cohérentes et adaptées aux réalités de terrain.

Un manque de données fiables et récentes sur la prévalence et la prise en charge des troubles de santé mentale

En France, la connaissance de la santé mentale des enfants et des adolescents reste largement insuffisante. **Aucune étude épidémiologique récente ne permet aujourd'hui de mesurer précisément la prévalence de l'ensemble des troubles psychiques dans cette population.** Les dernières données disponibles sont anciennes et partielles (1987, 2004)[1].

Santé publique France a lancé en 2022 une étude nationale sur la santé mentale des 3-11 ans (ENABEE), qui a produit ses premiers résultats très instructifs[2], mais celle-ci ne concerne pas les adolescents, alors même que ces derniers sont les plus exposés aux troubles psychiques. Dans un rapport récent dédié à la pédopsychiatrie, la Cour des comptes[1] souligne ainsi l'urgence d'élargir cette étude aux 12-18 ans et de mettre en place un état des lieux épidémiologique régulier, à renouveler au moins tous les dix ans qui pourrait être conduit notamment par Santé Publique France et le Ministère de la Santé et de la Prévention.

L'exploitation des bases de données médico-administratives est également limitée, pour appréhender de façon fiable le taux de prévalence des prises en charge. En effet, elles ne permettent pas de connaître la nature précise des troubles pris en charge par la médecine de ville, et les données hospitalières (notamment issues du RIM-P) souffrent d'une grande variabilité dans le codage des diagnostics selon les établissements, rendant toute comparaison délicate. Malgré ces limites, la Caisse nationale d'assurance maladie a développé une cartographie territorialisée[3] qui permet d'identifier une augmentation préoccupante de 13% du nombre de patients de moins de 18 ans présentant une pathologie psychiatrique entre 2015 et 2019.

Enfin, l'absence de données fiables empêche de porter un jugement éclairé sur l'organisation des soins en pédopsychiatrie. Il est pourtant essentiel d'articuler l'analyse de la santé mentale des enfants avec celle de l'offre de soins : la démographie médicale, les disparités territoriales et les ressources disponibles doivent être prises en compte pour piloter efficacement les politiques de prévention et de prise en charge.

Face à ces constats à l'échelle nationale, cette étude vise à apporter des premiers éléments de diagnostic, à la fois sur les besoins et la prise en charge territoriaux, et à étudier différents scénarii de production de données permettant une meilleure connaissance à des fins de pilotage.

1. La pédopsychiatrie, Un accès et une offre de soins à réorganiser, Cour des Comptes, 2023
2. Santé Publique France. (2023). *Premiers résultats de l'étude Enabee sur le bien être et la santé mentale des enfants de 6 à 11 ans en France métropolitaine*.
3. Ameli. (2022). *Prévalence de la prise en charge des troubles psychiatriques*.

Face à des défis structurels, un territoire engagé dans la poursuite d'une dynamique en faveur de la santé mentale des jeunes

Cette étude s'inscrit dans la continuité de plusieurs travaux engagés ces dernières années dans les Hautes-Alpes autour de la santé mentale des enfants et des adolescents. Un premier état des lieux spécifique à la santé mentale des enfants relevant de l'Aide sociale à l'enfance (ASE) a été réalisé par le département en 2020, puis le Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM) 2021-2025 a été finalisé en décembre 2020, en initiant une dynamique collective. Plus récemment, en janvier 2024, un dossier a été établi par le conseil départemental recensant les dispositifs de santé mentale présents sur le territoire, témoignant d'un engagement durable et structuré des acteurs locaux.

Le contexte géographique et démographique des Hautes-Alpes impose des contraintes fortes en matière d'accès aux soins. Territoire rural, à faible densité de population, il nécessite une organisation particulièrement efficiente pour garantir une couverture équitable des besoins. Dans ce contexte, l'absence de coordination ou le manque de moyens peut conduire à des arbitrages implicites pénalisant les publics les plus isolés, notamment des renoncements ou des retards de prise en charge liés à la distance géographique. Pour faire face à ces enjeux, le territoire s'est doté de nombreuses équipes mobiles afin d'apporter des réponses au plus près des familles et des enfants.

Le Conseil Départemental joue un rôle moteur, notamment à travers la Protection Maternelle et Infantile (PMI), historiquement investie dans la détection précoce et l'orientation des enfants présentant des troubles du développement ou de la santé mentale. En lien étroit avec l'ARS et les structures médicales, médico-sociales, et sociales du territoire, la PMI participe activement au repérage, à l'orientation et à la coordination des parcours de soins. S'agissant plus spécifiquement des enfants confiés à l'ASE, plusieurs actions ont été initiées ces dernières années pour renforcer les compétences des professionnels : formations destinées aux équipes éducatives et aux assistants familiaux, développement de ressources locales, etc. Le département a également acté, plus récemment, le recrutement de référents santé au sein des établissements (MECS), afin de mieux identifier les besoins, garantir un suivi médical adapté et favoriser l'accès aux soins.

C'est dans ce contexte que la présente étude a été lancée, avec l'ambition de documenter les besoins non couverts, d'éclairer les écarts d'accès aux soins selon les profils ou les situations, et d'identifier des axes d'amélioration des réponses existantes, adaptées à la réalité du territoire.

Objectifs et résultats attendus de l'étude

Objectifs

Appréhender **les besoins des enfants et jeunes haut-alpins** en matière de santé mentale

Identifier les solutions locales disponibles en termes de prévention et de prise en charge

Identifier les données mobilisables sur la santé mentale des jeunes

Résultats attendus de l'étude

Une **évaluation de l'adéquation entre offre et besoins** de prévention et de prise en charge

La **détermination de pistes d'amélioration** des pratiques ou d'interventions futures en termes notamment de prise en charge

La préfiguration d'une méthode de suivi dynamique des besoins et offres de prise en charge de la santé mentale des jeunes

La sensibilisation à la culture « données » des acteurs locaux du secteur de la santé mentale

Une démarche pro-active du Conseil Départemental des Hautes-Alpes pour mieux comprendre et les besoins et agir collectivement

Conscient de l'impact de la santé sur le développement des enfants, le Département des Hautes-Alpes est heureux d'avoir co-financé ce diagnostic sur l'état de santé mentale des enfants et jeunes hauts-alpins.

En 2025, la santé mentale a été érigée en Grande cause nationale en France. Cette initiative vise à déstigmatiser les troubles psychiques, à améliorer la prévention et le repérage précoce, et à faciliter l'accès aux soins pour tous, partout sur le territoire. La santé mentale est donc un pilier fondamental du bien-être de nos jeunes générations, et il est de notre devoir de comprendre et d'améliorer leur situation. Le Département des Hautes Alpes n'est pas épargné par ce phénomène et le comprendre est la première phase de la construction d'une réponse territoriale adaptée, partagée et efficace.

Ce diagnostic représente une étape cruciale pour identifier les besoins spécifiques et les défis auxquels nos enfants et jeunes sont confrontés. Elle nous permettra de mettre en place des actions concrètes et adaptées pour soutenir leur développement et leur épanouissement.

Cependant, nous ne pouvons réussir seuls. La collaboration avec l'ensemble des partenaires est indispensable. Le partage de données et la gestion de l'offre de soins sont des éléments clés pour une approche cohérente et efficace. Ensemble, nous pouvons bâtir un socle de connaissances commun afin de répondre aux besoins de chaque enfant et jeune de notre département".

Marie Lauze

Directrice Générale Adjointe Pole Cohésion Sociale et Solidarités

Conseil Départemental des Hautes-Alpes

Méthodologie et ressources mobilisées

Revue de littérature
et **collecte de données** nationales

Nous avons réalisé une **revue de la littérature française et internationale** afin de comprendre et connaitre les **principales problématiques en santé mentale** des jeunes, **les déterminants** (en particulier sociaux) **et les impacts des troubles de santé mentale**, et les **interventions** ayant fait l'objet d'évaluation robustes.

Entretiens semi-directifs
avec des professionnels
de santé mentale
dans les Hautes-Alpes

Afin d'avoir une vision terrain des problématiques et de l'offre, nous avons interrogé une **vingtaine de professionnels de santé et santé mentale** issus des organisations suivantes.

Maison des adolescents, CMPP, CAMSP, PCO, CHBD, DAC05, ARS, Education Nationale, le CHICAS et les services départementaux (action sociale, MDPH, MDA, MDS, centre de santé sexuelle et observatoire), pédopsychiatre[1].

Collecte de données sur la prise en charge des jeunes haut-alpins
auprès d'acteurs de
la santé mentale du territoire

Nous avons **collecté des données d'activité des acteurs de la santé mentale du territoire** afin de pouvoir les mettre en correspondance avec les besoins recensés, et d'identifier des axes d'amélioration dans la collecte et la production de données.

Données intégrées : CAMSP, CMPP, PCO, CHBD, Maison des adolescents, IME, ITEP, SESSAD[2]
Données non intégrées : PMI, secteur libéral

1. Voir liste détaillée des personnes rencontrées en annexe.
2. Données utilisées pour calculer les taux de prise en charge en santé mentale sur le territoire. Voir méthode de calculs utilisée en annexe.

Le public cible

L'étude a porté sur l'ensemble des enfants et jeunes haut-alpins de moins de 18 ans, soit environ 26 000 personnes en 2022.

Des analyses par tranches d'âge ont été réalisés (moins de 3 ans, 4 à 6 ans, 7 à 12 ans, 13 à 18 ans). Des zooms sur deux publics spécifiques, les jeunes accompagnés par l'aide sociale à l'enfance et les mineurs non-accompagnés : ils représentaient respectivement 754 et 70 mineurs au 31/12/2024[2]. Ensemble, ils représentent environ 3% des mineurs du département.

Nous avons cherché à recenser le nombre d'enfants pris en charge sur le département pour des problèmes de santé mentale sur la base des données les plus récentes. Ainsi, les données collectées auprès des acteurs du territoire ont porté sur les enfants pris en charge au cours de l'année 2024, ou par défaut, sur l'année 2023. Aucune analyse historique n'a été réalisée, faute de données fiables.

1. Action Tank. (2024). *Calculs sur la base de données du recensement de 2022,* INSEE.
2. Conseil Départemental des Hautes-Alpes (2024). Données internes.

Les partenaires de l'étude

Nous remercions tous les partenaires de l'étude ayant participé à la conception, au financement, aux entretiens, à la mise à disposition des données, et tout particulièrement l'équipe du Conseil Départemental des Hautes-Alpes ayant participé au pilotage de l'étude : Marie Lauze, Pauline Dorier et Hélène Samson.

Co-construite

par l'association reconnue d'intérêt général Action Tank
et le Conseil Départemental des Hautes-Alpes

Co-financée

par la Fondation Pierre Bellon, la Direction générale de la cohésion sociale, et le Conseil Départemental des Hautes-Alpes

Avec la participation

des directions du Conseil Départemental des Hautes-Alpes, de la délégation départementale des Hautes-Alpes de l'Agence Régionale de Santé (ARS), du Dispositif d'Appui à la coordination des Hautes Alpes (DAC05), de la Maison des Adolescents, des Pep, du Centre Hospitalier Buëch Durance (CHBD), du Centre Hospitalier Intercommunal des Alpes du Sud (CHICAS), et des services départementaux de l'éducation nationale des Hautes-Alpes.

Synthèse

Erigée en grande cause nationale 2025, la santé mentale est devenue une priorité majeure. Et pour cause, la crise Covid a entraîné une augmentation très forte de la prévalence des troubles psychiques en France. Les jeunes sont la tranche d'âge la plus touchée par ce phénomène et le département des Hautes-Alpes ne fait pas exception.

Si la prévalence rapportée par l'OMS atteint 28% pour les jeunes femmes de 15-19 ans, des études et enquêtes plus récentes indiquent des chiffres bien plus élevés, atteignant 50% pour l'ensemble des adolescents. Les professionnels du territoire attribuent le phénomène de dégradation depuis la crise Covid à plusieurs facteurs : un contexte mondial anxiogène, les confinements sanitaires successifs traumatisants, l'usage accru du numérique, l'augmentation des violences entre jeunes et des difficultés croissantes en matière de parentalité.

Traiter la problématique de la santé mentale des jeunes est primordial puisque ce sont leurs trajectoires socio-professionnelles à long terme qui sont en jeu. Les troubles psychiques peuvent avoir des conséquences multiples et causer des trajectoires de précarité.

L'analyse de l'adéquation entre les besoins estimés et la prise en charge effective des troubles de santé mentale sur le département a permis de mettre en exergue : un besoin de places dans les structures médico-sociales (IME, ITEP et SESSAD) pour les 4 – 6 ans et les 7 – 12 ans, la nécessité de resserrer le maillage territorial de la prise en charge des troubles psychiques des adolescents, et celle d'améliorer les efforts de prévention en accompagnant les parents et en formant les professionnels au plus proche des enfants au repérage des troubles. Les jeunes de l'Aide sociale à l'enfance (ASE), dont font partie les Mineurs non-accompagnés (MNA), sont particulièrement vulnérables aux troubles psychiques en raison de leurs parcours, souvent marqué par des traumatismes sévères, et nécessitent des soins adaptés. La prise en charge de leur santé mentale, insuffisante sur le territoire, doit, de fait, faire l'objet d'une attention particulière de la part de l'ensemble des acteurs.

Enfin, une meilleure connaissance des besoins et des taux de prise en charge en santé mentale sur le département est indispensable pour adapter l'offre de soins et répondre efficacement aux besoins croissants.

Plan détaillé de l'étude

Après avoir présenté les constats et les dynamiques nationales et territoriales à l'origine de l'étude, ses objectifs, sa méthodologie et les données mobilisées, cette étude se structure en trois grandes parties.

La première partie propose d'abord une clarification des concepts mobilisés, qu'il s'agisse des troubles psychiques, des âges concernés ou des niveaux de sévérité. Elle revient ensuite sur la progression préoccupante des besoins en santé mentale, tant en France qu'au niveau international, en mettant l'accent sur les enfants et les adolescents, particulièrement exposés. Enfin, cette section explore les déterminants de la santé mentale des jeunes (facteurs familiaux, sociaux, scolaires, économiques…) et souligne les impacts profonds que les troubles non pris en charge peuvent avoir sur leurs trajectoires éducatives, sociales et professionnelles à court et long terme.

La deuxième partie est consacrée à une analyse approfondie qualitative et quantitative des besoins et de l'offre de soins en santé mentale dans le département des Hautes-Alpes. Elle commence par une revue des dispositifs existants de prévention, de détection et de repérage précoce, puis propose une analyse de l'adéquation entre les besoins identifiés et l'offre disponible, en mettant en évidence les tensions, les points de fragilité et les leviers d'action pour améliorer la réponse apportée sur le territoire.

La troisième et dernière partie aborde la question transversale, mais essentielle, des données sur la santé mentale des jeunes. Elle dresse un état des lieux des sources d'information existantes, de leur contenu, de leur couverture et de leurs limites, qu'il s'agisse de données médico-administratives, ou d'enquêtes de terrain. Cette partie propose ensuite une réflexion sur les conditions de mise en place d'une stratégie territoriale de connaissance et de pilotage fondée sur les données. Elle identifie les priorités en matière de collecte, de partage et d'exploitation, et esquisse une gouvernance possible.

Enfin, des annexes viennent compléter le document en fournissant les sources, outils méthodologiques, tableaux de données et définitions utiles à la compréhension des analyses développées dans le corps du rapport.

Santé mentale des jeunes : une urgence croissante aux répercussions durables

Définitions et acteurs clés

Des besoins en santé mentale en augmentation en France et dans le monde, en particulier chez les jeunes

Les déterminants de la santé mentale et son impact sur les trajectoires socio-économiques des jeunes

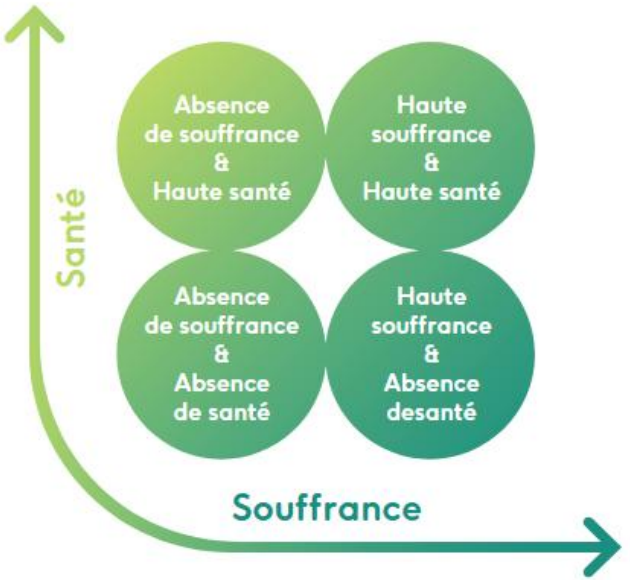
Les concepts décrivant les besoins en santé mentale

La **santé mentale**[1], composante essentielle de la **santé**, correspond à un état permettant de réaliser son potentiel, de surmonter les défis de la vie et de contribuer à la communauté. Elle ne se réduit pas à l'absence de troubles mentaux, d'où l'usage du terme « santé mentale positive » pour s'en distinguer.

Les **troubles psychiques**[2], eux, sont caractérisés par une altération de la pensée, de l'humeur ou du comportement, entraînant une détresse importante ou des dysfonctionnements dans la vie quotidienne. La Cour des Comptes[3] distingue les **troubles « légers » ou « modérés »**, fréquents qui concernent presque un tiers de la population en termes de prévalence sur la vie entière (et un quart environ pour l'année en cours), des **troubles « sévères »,** plus rares (7 à 8% sur la vie entière), nécessitant des soins complexes et parfois une réinsertion prolongée.

La santé mentale ne se réduit pas à l'absence de troubles mentaux, et les deux notions peuvent coexister : une personne avec un trouble mental peut ressentir un certain bien-être, tandis qu'une personne sans trouble peut avoir une santé mentale sous-optimale.

Par ailleurs, **la santé mentale** et **la santé somatique** sont étroitement liées. Les troubles psychiques ou leurs traitements peuvent affecter la santé physique, et des pathologies somatiques non diagnostiquées sont fréquentes chez les personnes avec des troubles mentaux, soulignant leur indissociabilité.



Le modèle des deux continuums : santé mentale et troubles mentaux[4]

1. Organisation mondiale de la Santé. *Définition de la santé mentale*. Consulté sur www.who.int, 2025
2. Organisation mondiale de la Santé. *Définition des troubles mentaux*. Consulté sur www.who.int, 2025
3. Cour des comptes, *Les parcours dans l'organisation des soins de psychiatrie*, Rapport public thématique, Février 2021
4. Modèle inspiré de Keyes CL. *The next steps in the promotion and protection of positive mental health. Canadian Journal of Nursing Research*, 2010; 42(3):17-28

Les concepts décrivant la prise en charge en santé mentale des enfants et des jeunes

La **psychiatrie** se consacre au diagnostic, à la prévention et aux traitements des troubles mentaux. Quelques-uns des troubles mentaux les plus fréquents sont la dépression majeure, les troubles anxieux, le trouble déficitaire de l'attention et la schizophrénie. La **pédopsychiatrie** est la branche de la psychiatrie consacrée aux enfants, de la naissance jusqu'à l'entrée dans la vie adulte (0 – 16/18 ans).

Les situations de mal-être ou de détresse psychique peuvent être prises en charge par des professionnels non spécialisés, comme les médecins généralistes, ou non-médicaux, comme les **psychologues**. Contrairement aux psychiatres, les psychologues ne prescrivent pas de médicaments, mais interviennent dans l'évaluation, l'accompagnement psychothérapeutique et la prévention. D'autres professionnels contribuent également à la prise en charge de la santé mentale des jeunes : infirmiers spécialisés en psychiatrie, psychomotriciens, éducateurs spécialisés, assistants sociaux, ou encore intervenants associatifs. Cette diversité reflète la dimension pluridisciplinaire de l'accompagnement, qui mobilise des compétences médicales, psychologiques, éducatives et sociales.

La promotion de la santé mentale chez les jeunes ne se limite pas à la prise en charge des troubles : elle passe aussi par des actions de **prévention**, visant à renforcer les compétences psychosociales, la résilience, et le bien-être global des enfants et adolescents. Ces approches peuvent s'inscrire dans les établissements scolaires, les structures de loisirs, les lieux d'accueil ou les environnements familiaux.

De nombreux jeunes en souffrance sont en situation de « **non-recours** » : ils ne sollicitent pas d'aide, en raison de la stigmatisation encore associée aux problèmes de santé mentale. Cette stigmatisation peut entraîner un sentiment de honte, de culpabilité ou de peur du jugement, freinant l'accès aux soins et retardant la mise en place d'un accompagnement adapté.

Principaux troubles de la santé mentale des jeunes

Bien que les **troubles du neurodéveloppement (TND)** ne soient qu'une des catégories des troubles mentaux, ils se distinguent des **autres troubles psychiques**, au regard de leurs spécificités en termes d'origine, d'âge de début et de durée, d'impacts, et de modalités de prise en charge.

Les troubles du neurodéveloppement (TND) sont des troubles présents **dès la naissance**, même s'ils sont parfois diagnostiqués beaucoup plus tard, qui ont un retentissement sur le bien-être mental **et affectent les capacités cognitives, sociales, émotionnelles ou motrices**. Souvent liés à des **anomalies génétiques, des facteurs prénataux, ou des problèmes dans le développement cérébral**, ces troubles sont souvent **chroniques**, bien qu'ils puissent être gérés ou atténués par des interventions précoces. Ces troubles du neurodéveloppement peuvent être fréquemment associés entre eux (près de 2/3 des cas)[1]. Ils entrainent une prise en charge spécifique.

Exemples : Troubles du développement intellectuel, troubles du spectre de l'autisme (TSA), troubles dys, troubles de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH)…

Les **autres troubles psychiques** peuvent apparaître **à tout âge**, mais ils se manifestent souvent à l'adolescence ou à l'âge adulte. Ils trouvent leur origine dans **un mix de facteurs biologiques, psychologiques et environnementaux** (traumatismes, stress, vulnérabilité génétique) et peuvent **affecter les pensées, les émotions, et les comportements**. Certains troubles peuvent être **transitoires**, tandis que d'autres sont **chroniques**.

Exemples : Dépression, troubles anxieux, addictions et comportements à risque, psycho-traumatismes, les troubles du comportement alimentaire…

1. Ameli. (2025). Les troubles du neurodéveloppement de l'enfant.
2. Ameli. (2025). Quels sont les principaux troubles psychiques chez les jeunes ?.

La santé mentale, un secteur avec un fort besoin de coordination entre acteurs de multiples secteurs

Les problématiques de santé mentale sont l'affaire de tous les acteurs du territoire et nécessitent une coordination importante pour répondre aux différents enjeux :

Information et sensibilisation

Lutter contre les idées reçues et informer sur la santé mentale est essentiel pour favoriser un environnement bienveillant. Une approche coordonnée est nécessaire pour toucher un large public, notamment les personnes souffrant de troubles et les personnes à leur contact, et harmoniser les messages pour une sensibilisation efficace et non stigmatisante.

Tous les acteurs en contact avec les enfants sur le territoire

Détection et orientation

La détection des troubles est clé pour une prise en charge anticipée et adaptée. Une coordination entre acteurs (école, santé, social) et une bonne interconnaissance garantit une orientation rapide vers la structure adaptée aux troubles identifiés, ce qui permet de gagner du temps sur la prise en charge.

Tous les acteurs en contact avec les enfants sur le territoire

Prise en charge santé

Un accès fluide aux soins est indispensable pour éviter l'aggravation des troubles, et nécessite une collaboration entre professionnels de santé et structures médico-sociales. Les besoins pouvant évoluer, une coordination efficace assure des passages de relais fluides pour adapter la prise en charge.

Acteurs du médical et médico-social

Accompagnement social

La santé mentale est aussi liée à des facteurs sociaux (logement, emploi, isolement). Une action conjointe entre acteurs sociaux et médicaux permet d'assurer un soutien global et durable aux personnes concernées.

Acteurs du médical, du médico-social et du social

Santé mentale des jeunes : une urgence croissante aux répercussions durables

Définitions et acteurs clés

Des besoins en santé mentale en augmentation en France et dans le monde, en particulier chez les jeunes

Les déterminants de la santé mentale et son impact sur les trajectoires socio-économiques des jeunes

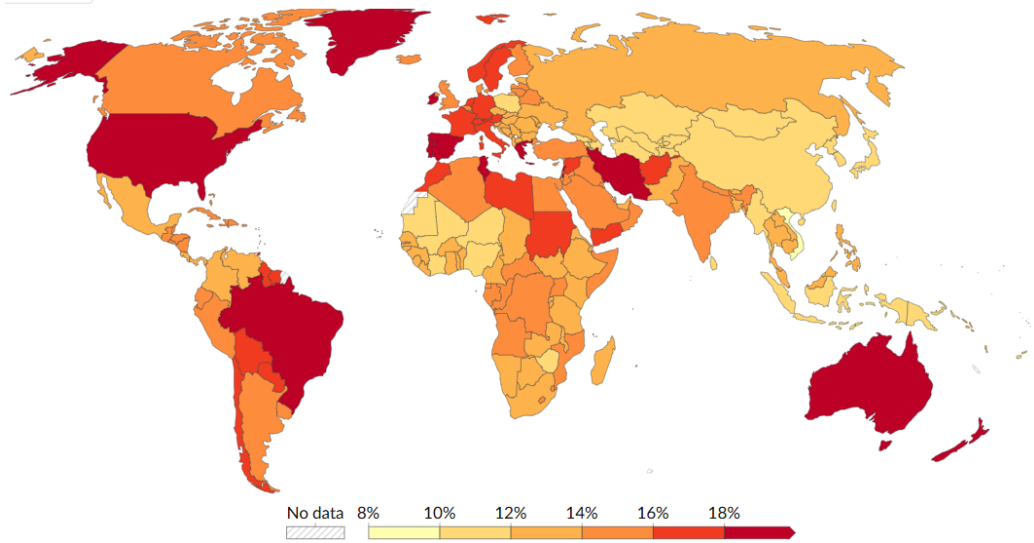
Une prévalence de troubles mentaux en population générale en hausse en France

D'après les dernières données de l'OMS, environ 12 millions de Français souffraient de la santé mentale en 2021, soit **18,9% de la population française**[1]. Santé Publique France estime **qu'environ 3 millions de personnes souffrent de troubles psychiques sévères**, soit environ 25% des personnes touchées par des troubles mentaux. **Les troubles anxieux et dépressifs** sont les problèmes les plus répandus, représentant environ 70% des troubles mentaux.

La prévalence des troubles de santé mentale a globalement augmenté dans tous les pays au cours des 20 dernières années (2001-2021), à la fois pour les troubles du neurodéveloppement qui touche désormais un enfant sur 6[2] et les autres troubles psychiques. L'OMS considère qu'**un quart** de la population européenne est touchée par un trouble psychique au cours de sa vie.

Selon le baromètre santé 2021 de Santé publique France[2], la prévalence des épisodes dépressifs a fortement augmenté entre 2017 et 2021.

Distribution du taux de prévalence des maladies mentales selon les pays[1]



1. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), University of Washington School of Medicine, OMS. Ce taux correspond au taux de prévalence en 2021 des "troubles mentaux" (comprenant schizophrénie, troubles dépressifs, trouble bipolaire, troubles anxieux, troubles de l'alimentation, troubles du spectre autistique, trouble du déficit de l'attention / hyperactivité, troubles des conduites, déficiences intellectuelles du développement idiopathique et les autres troubles mentaux).
2. Dernière version disponible du baromètre.

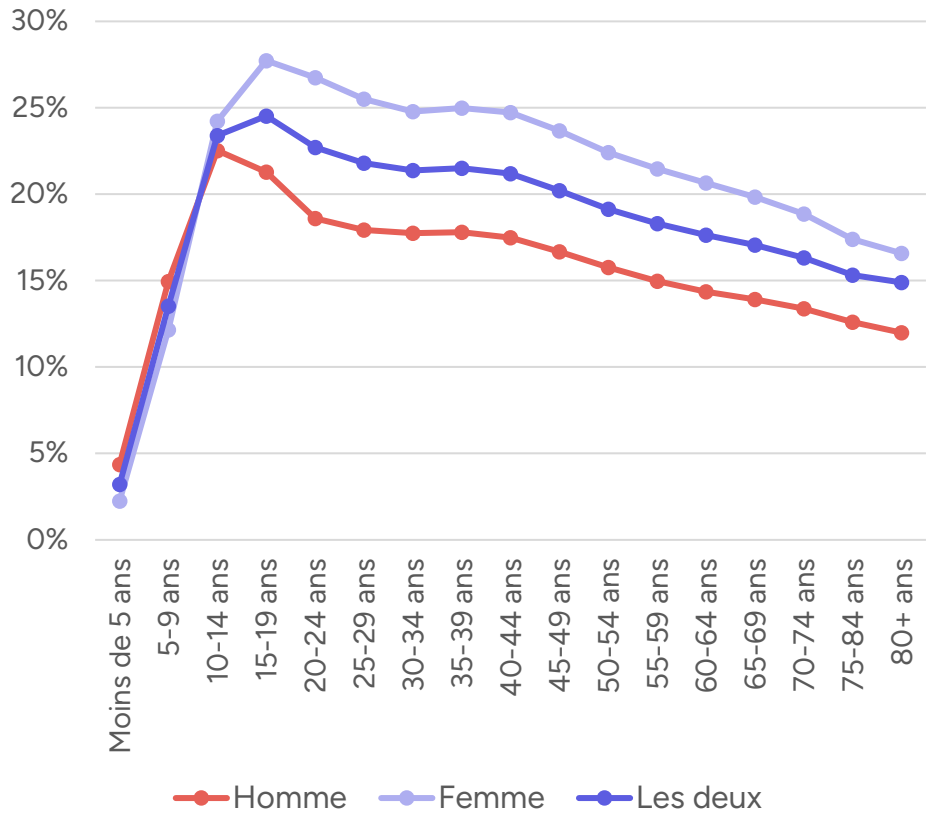
Un pic de prévalence des troubles psychiques chez les adolescents

Les jeunes de 10 et 25 ans sont surreprésentés parmi les personnes touchées les problèmes de santé mentale : en France, on estime que 23 à 24% des jeunes sont concernés, contre 18,9% en moyenne, avec une prévalence plus forte chez les jeunes femmes[1]. Les troubles se déclenchent plus fréquemment chez les jeunes (35 % des pathologies psychiatriques adultes débuteraient avant 14 ans, 48 % avant 18 ans et 62,5 % avant 25 ans)[2].

La prévalence des troubles mentaux est en **forte augmentation depuis la crise sanitaire de la COVID**. La part des grands adolescents et jeunes adultes présentant un syndrome dépressif a doublé entre 2019 et mai 2020, passant de 10,1 % à 22%. Selon les professionnels, les besoins en santé mentale sont restés sur un plateau haut et ne se sont pas réduits depuis la fin de la crise de la COVID.

Chez l'enfant et l'adolescent, les troubles mentaux ne sont pas stabilisés et se manifestent de façon hétérogène[3]. Les troubles anxieux sont largement représentés parmi les maladies mentales chez les moins de 20 ans, autant que dans la population générale. On note en revanche une surreprésentation des TND pour les 0-20 ans.

Prévalence des troubles mentaux en France selon l'âge et le sexe[1]



1. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), University of Washington School of Medicine. Ce taux correspond au taux de prévalence des "troubles mentaux" (comprenant la schizophrénie, les troubles dépressifs, le trouble bipolaire, les troubles anxieux, les troubles de l'alimentation, les troubles du spectre autistique, le trouble du déficit de l'attention / hyperactivité, les troubles des conduits, les déficiences intellectuelles du développement idiopathique et les autres troubles mentaux), en 2021.
2. Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale metaanalysis of 192 epidemiological studies, Molecular Psychiatry (2022).
3. La pédopsychiatrie, Un accès et une offre de soins à réorganiser, Cour des Comptes, 2023

Santé mentale des jeunes : une urgence croissante aux répercussions durables

Définitions clés et acteurs concernés

Des besoins en santé mentale en augmentation en France et dans le monde, en particulier chez les jeunes

Les déterminants de la santé mentale et son impact sur les trajectoires socio-économiques des jeunes

Les problèmes de santé mentale affectent durablement les trajectoires d'insertion socio-économique des jeunes et génèrent de la précarité

La santé mentale des jeunes influence directement leur parcours éducatif et leur insertion professionnelle puisque les troubles psychiques entrainent une baisse des performances scolaires et un risque accru de décrochage. S'ils ne sont pas traités, les troubles comme l'anxiété ou la dépression affectent les capacités professionnelles, engendrant de difficultés pour s'insérer sur le marché du travail[1]. Quelques études internationales ont documenté l'impact d'une santé mentale dégradée chez les jeunes :

Scolarité

Les enfants ayant eu des problématiques de santé mentale ont de moins bonnes performances scolaires, sont plus souvent absents ou en retard en classe, et ont les taux de diplôme les plus faibles et les taux d'abandon les plus élevés, par rapport aux autres catégories d'handicap[2].

Employabilité

Les adolescents confrontés à des Troubles de Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDAH) connaissent taux d'emploi réduits de 10 à 14 points[3]. Les enfants ayant eu des problématiques de santé mentale deviennent beaucoup plus souvent NEETs, sur la base d'une revue systématique internationale.[4]

Niveau de revenus

Les adolescents confrontés à des TDAH ont des revenus inférieurs de 33% aux autres ménages et sont 15 points plus nombreux à bénéficier de prestations sociales[3].

Famille

Les adolescents ayant vécu des dépressions sont beaucoup plus nombreux à devenir parents jeunes, soit +38% par rapport à la population générale du même âge[3].

1. « Pourquoi la santé mentale des jeunes est-elle est priorité nationale ? », ADICE, mars 2025.
2. Adolescent Depression and Adult Labor Market Outcomes, Jason Fletcher, 2012.
3. The effects of childhood ADHD on adult labor market outcomes, Jason Fletcher, 2013.
4. The mental health of young people who are not in education, employment, or training: a systematic review and meta-analysis, G. Gariepy, 2022 ;

L'impact des troubles de santé mentale sur les trajectoires des jeunes pris en charge par l'aide sociale à l'enfance

Les problèmes de santé mentale non traités chez les adolescents peuvent avoir des conséquences multiples pour la suite de leur parcours de vie : consommation de stupéfiants, comportements à risque, criminalité, automutilation, mauvaise hygiène personnelle, instabilité résidentielle et risque de sans-abrisme – autant de facteurs qui accroissent le risque de morbidité et de mortalité prématurée tout au long de la vie[1].

Focus ASE

Différents travaux de littérature internationale ont permis de démontrer que les enfants pris en charge par l'ASE ayant des troubles mentaux :

- Accèdent moins souvent à des logements pérennes[2] ;
- Font plus souvent l'objet de placements[3][4] ;
- Sont plus souvent placés dans des centres de détention infanto-juvéniles[4] ;
- Font l'objet plus régulièrement d'hébergement d'urgence[4].

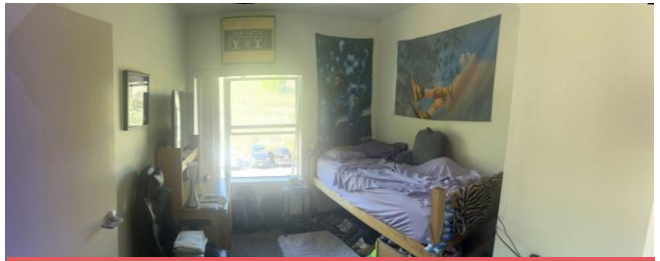
1. Département de Santé Publique du CHU de Nice (2020), *PTSM des Hautes-Alpes 2021-2025*, ARS-DD05.
2. Smithgall, C., Gladden, R. M., Yang, D. H., & George, R. (2005). Behavioral problems and educational disruptions among children in out-of-home care in Chicago
3. Hurlburt, M. S., Leslie, L. K., Landsverk, J., Barth, R. P., Burns, B. J., Gibbons, R. D., et al. (2004). Contextual predictors of mental health service use among children open to child welfare. Archives Of General Psychiatry
4. Kempker, S. M., Schmidt, A. T., & Espinosa, E. M. (2017). Understanding the influence of mental health diagnosis and gender on placement decisions for justice-involved youth. Journal of Youth and Adolescence

Les problèmes de santé mentale apparaissent plus fréquemment chez des jeunes ayant été confrontés à des situations de précarité

Si les premières études étudiant la corrélation entre précarité et santé mentale remontent aux années 50[1], des études plus récentes ont apporté de plus en plus de données probantes démontrent **l'incidence de la précarité au cours de l'enfance sur l'apparition de troubles mentaux** durant l'enfance, l'adolescence, voire à l'âge adulte. De telles études sont particulièrement complexes à mener car elles nécessitent des données longitudinales sur de longues périodes, à la fois sur les enfants, mais aussi leurs parents, leurs environnements scolaires. On peut signaler les études suivantes :

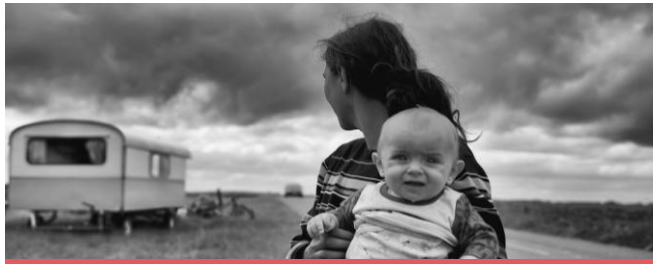
Niveau de revenus

En France, les principales ALD psychiatriques de l'enfant sont environ deux fois plus fréquentes chez les enfants issus d'un milieu social défavorisé[2]. Selon une étude finlandaise, le fait d'avoir vécu plus longtemps dans une famille à faibles revenus est associé à un risque plus élevé de développer des troubles mentaux[3].



Logement

Vivre dans des conditions de surpeuplement à la naissance est un risque accru de dépression chez des adultes âgés de 32 à 34 ans. De même, vivre dans des conditions de logement insalubres pendant 42 mois lors de l'enfance est associé à des niveaux de cortisol plus élevés, ce qui est associé à un stress prolongé[4].



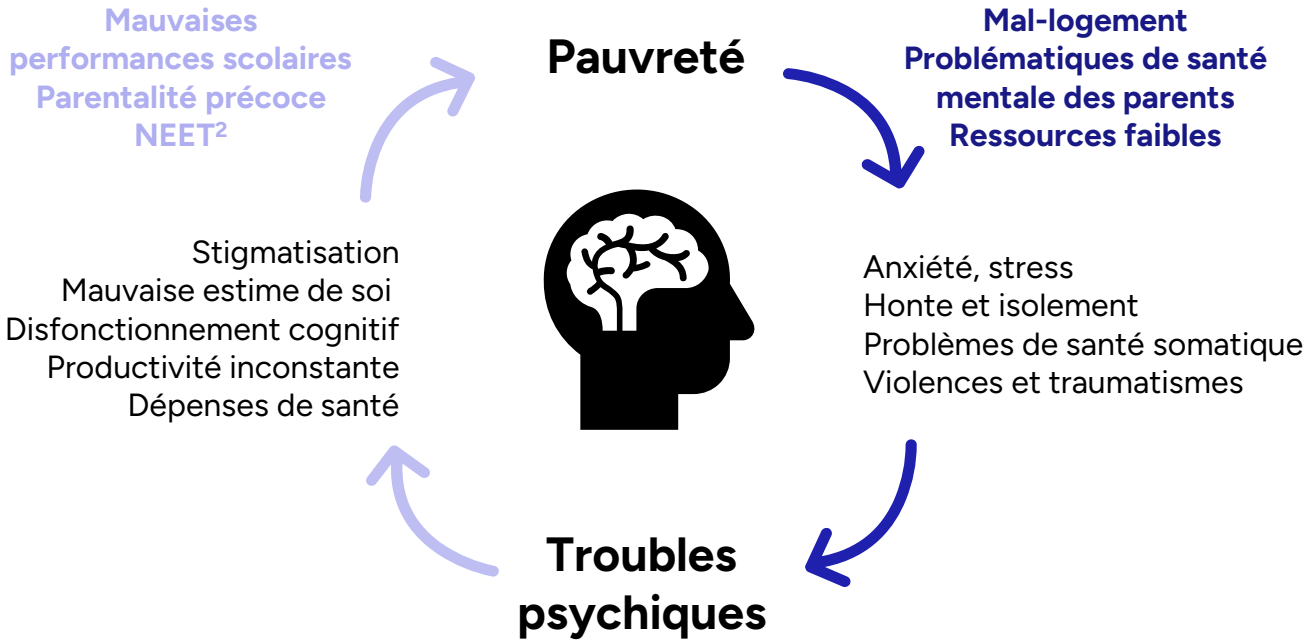
Famille

Des conflits familiaux peuvent causer des épisodes dépressifs chez l'enfant, alimentant à leur tour un impact négatif sur le fonctionnement familial[5]. Il existe des relations bidirectionnelles entre les symptômes dépressifs et anxieux de la mère et la fréquence des tics des adolescents, à l'âge de 10 et 12 ans[5].

1. Social Class and Mental Illness (1964). A. Hollingshead et F.C. Redlich. Les individus issus de classes sociales précaires connaissent une plus grande prévalence de troubles mentaux sévères et persistants et reçoivent moins de traitements.
2. Santé Publique France (2023). Pathologies et désavantage social des moins de 18 ans en France métropolitaine, en 2018
3. Hakulinen C, et al. (2020). Parental income as a marker for socioeconomic position during childhood and later risk of developing a secondary care-diagnosed mental disorder examined across the full diagnostic spectrum:
4. Blair C, et al. (2011). Allostasis and allostatic load in the context of poverty in early childhood. Dev Psychopathol.
5. T.Hirota, E. McElroy, T. Fujiwara, J. Boden. (2022). Longitudinal data analysis in child and adolescent mental health.

Un cercle vicieux entre santé mentale et précarité

Il existe un cercle vicieux entre pauvreté et santé mentale : être issu d'un milieu défavorisé cause chez les jeunes un risque plus élevé de mauvaise santé mentale, car ceux-ci sont plus susceptibles d'avoir été confrontés à des situations familiales, financières, résidentielles difficiles, et d'avoir été moins bien en charge et moins rapidement (risque d'aggravation des troubles), alors qu'avoir une mauvaise santé mentale chez un jeune génère des difficultés d'insertion socio-économique et des troubles de santé mentale à moyen et long terme.



« La souffrance mentale et la précarité sont deux notions qui sont éminemment synergiques. Tel un cercle vicieux, la précarité peut générer des problèmes de santé mentale, qui eux-mêmes génèrent de la précarité »[1]

Docteur François Lair, psychiatre au sein de l'équipe mobile psychiatrie précarité (EMPP) du Nord-Est de Paris

1. Jeannot, G. (2022). Santé mentale et précarité, "un cercle vicieux" : des soignants vont à la rencontre de personnes marginalisées souffrant de troubles psychologiques, France Info..
2. Ni en études, ni en emploi, ni en formation.

Les besoins et l'offre de prise en charge des enfants et jeunes haut-alpins en matière de santé mentale

La prévention en santé mentale sur le territoire

Les principaux dispositifs de prise en charge sur le département

L'adéquation besoins-offre en matière de prise en charge

Une offre de prévention en santé mentale diversifiée

Dans un territoire comme les Hautes-Alpes, où l'accès aux soins spécialisés peut être limité, la prévention joue un rôle clé pour détecter les premiers signes de mal-être. Elle permet d'éviter une montée en intensité des troubles et de proposer des réponses adaptées, au plus près des jeunes et de leur environnement.

Prévention à destination des enfants et des jeunes

De nombreuses structures mènent des actions de prévention en santé mentale à destination des enfants et jeunes. D'après les professionnels, les actions de prévention fonctionnent bien, et les structures d'accompagnement sont bien identifiées.

Voici une liste non exhaustive des actions de prévention :

- **CAMSP :** accompagnement TND
- **CDIFF** : égalité, prostitution
- **Conseil départemental - Centre de santé sexuelle :** contraception, grossesse, sexualité, prévention des IST
- **Conseil départemental – PMI :** développement
- **CoDES** : numérique, addictions, compétences psychosociales
- **CSAPA** : Addictions
- **Enfants en danger :** égalité, maltraitances
- **Maison des Adolescents** : permanence d'écoute et de conseil

Prévention à destination des parents et des professionnels

Certaines structures accompagnent, sensibilisent et forment les parents et professionnels aux problématiques de santé mentale des enfants afin d'accompagner les parents en difficulté psychique, faciliter de repérage et améliorer la prise en charge en cas de crise.

Voici une liste non exhaustive des actions de prévention :

- **CAMSP** : interventions dans les lieux parents-enfants et maternités
- **CoDES** : Formation PSSM
- **Centre hospitalier de Briançon - Equipe mobile psychiatrie périnatale :** Accompagnement périnatal
- **Conseil départemental - PMI** : Accompagnement post et pré-natal, accompagnement à la parentalité

Présente sur tout le territoire, une offre de prévention en santé mentale qui pourrait être renforcée

La prévention en santé mentale semble globalement bien organisée sur le territoire, avec un maillage territorial jugé satisfaisant par le DAC05, y compris dans les zones reculées. L'ARS soutient financièrement de nombreuses actions de prévention.

Si l'évaluation du nombre et profils d'enfants pris en charge peut s'avérer difficile, faute de données consolidées, structurées de façon harmonisée, et sans doublons, la tâche s'annonce encore plus complexe concernant les actions de prévention, dont les bénéficiaires ne sont pas forcément répertoriés. Nous n'avons donc pas mené d'évaluation de l'adéquation quantitative de l'offre de prévention avec les besoins.

Semaine d'information sur la santé mentale (octobre 2023 , Hautes-Alpes)

Certains manques qualitatifs ont cependant été identifiés dans le cadre des entretiens avec les professionnels du territoire :

- La prévention est souvent sacrifiée en cas de manque de temps ou de moyens, comme au CHBD ou à la PMI.
- Les efforts de prévention sont surtout concentrés sur la petite enfance, avec un déficit notable pour les adolescents.
- Les enseignants, qui pourraient jouer un rôle clé dans le repérage des troubles, manquent de formation sur la santé mentale.
- Les médecins généralistes, également en position stratégique, ne sont pas suffisamment sensibilisés aux problématiques de santé mentale et pourraient mieux contribuer au repérage et à l'orientation des enfants concernés.

Ces limites réduisent l'efficacité globale des actions de prévention et leur portée auprès de certains publics.

Les besoins et l'offre de prise en charge des enfants et jeunes haut-alpins en matière de santé mentale

La prévention en santé mentale sur le territoire

Les principaux dispositifs de prise en charge sur le département

L'adéquation besoins-offre en matière de prise en charge

Les principaux dispositifs de prise en charge des troubles du neurodéveloppement

Sur le département, mis à part quelques acteurs accompagnant tous les types de besoins légers en santé mentale, les parcours de prise en charge se distinguent selon la nature des troubles : **troubles du neurodéveloppement (TND)** ou **autres troubles psychiques.**

Les principaux dispositifs de prise en charge des **TND** sont :

- **La plateforme de coordination et d'orientation (PCO)** réalise un diagnostic et l'orientation des moins de 7 ans avec suspicion de TND et prend en charge et coordonne les problématiques légères.
- **Le centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP)** prend en charge les enfants de moins de 6 ans ayant des difficultés dans leur développement.
- **Le centre médico-psycho-pédagogique (CMPP)** propose un accompagnement des 6 à 18 ans ayant des troubles psychiques (apprentissage, langage, comportement, psycho-moteurs).
- **Le pôle Dys Les Lavandes** réalise le diagnostic et la prise en charge des troubles du langage et des apprentissages de l'enfant entre 8 et 12 ans.
- **Les instituts médico-éducatifs (IME)** accueillent les jeunes de 3 à 20 ans atteints de déficiences intellectuelles.
- **Les instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques (ITEP)** accueillent des jeunes de 6 à 18 ans avec des troubles de la conduite et du comportement.
- **Les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD)** apportent un soutien aux jeunes dans leurs différents lieux de vie et activités (domicile, crèche, école) et/ ou dans les locaux du service.

Les principaux dispositifs de prise en charge des autres troubles psychiques et des jeunes de l'aide sociale à l'enfance

Les principaux dispositifs de prise en charge des **autres troubles psychiques** sont :

- **Le centre médico-psychologique (CMP)** prend en charge en ambulatoire des enfants entre 3 et 18 ans pour des légers troubles psychiatriques, en petits groupes sur de petits volumes d'heures.
- **L'hôpital de jour et le centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP)** prennent en charge en ambulatoire des enfants entre 3 et 18 ans pour des troubles psychiatriques plus importants, avec des ateliers plus longs (demi-journées)
- **L'hôpital de semaine** prend en charge des hospitalisations complètes des enfants entre 3 et 18 ans pour troubles psychiatriques généralisés.
- **L'équipe mobile pédo-psy** assure le suivi psychiatrique des enfants hospitalisés pour d'autres pathologies somatiques, dans des hôpitaux non spécialisés en psychiatrie.
- **La Maison des Adolescents** est un espace d'échange dans lequel les jeunes peuvent rencontrer des professionnels spécialisés (médecins, psychologues infirmiers) en mesure de répondre à leurs questions, les aider et les orienter vers les structures de prise en charge adaptées.

Concernant la prise en charge des **jeunes de l'aide sociale à l'enfance**, on peut d'identifier les dispositifs suivants :

- **Les Maisons d'Enfants à Caractère Social (MECS), assistées d'une équipe mobile d'appui (EMA)** : Des psychologues sont présents en MECS pour accompagner les jeunes de l'ASE placés. L'EMA assure le suivi psychologique de certains enfants placés.
- **Les Maisons des Solidarités** : Des psychologues des Maisons des Solidarités peuvent prendre en charge ponctuellement les jeunes précaires, en particulier ceux de l'ASE. .
- **La Protection maternelle et infantile (PMI)** : Des pédiatres ou infirmières peuvent repérer et orienter les jeunes en cas de troubles.
- **Les professionnels de santé libéraux** : des psychologues ou pédopsychiatres proposent des consultations.
- **Le médecin référent protection de l'enfance (MRPE) :** suit le parcours de santé des enfants à partir de 6 ans,
- **Le psychologue de l'aide sociale à l'enfance :** accompagne les enfants confiés chez les assistants familiaux

Les besoins et l'offre de prise en charge des enfants et jeunes haut-alpins en matière de santé mentale

La prévention en santé mentale sur le territoire

Les principaux dispositifs de prise en charge sur le département

L'adéquation besoins-offre en matière de prise en charge

Méthode d'analyse de l'adéquation offre - besoins en santé mentale pour les jeunes haut-alpins et limites

Nous avons défini 6 sous-publics :

Selon l'âge

- 0 à 3 ans
- 4 à 6 ans
- 7 à 12 ans
- 13 à 18 ans

Selon la prise en charge

- Jeunes ASE
- Jeunes MNA

Pour chaque public étudié, nous avons mené une analyse en plusieurs étapes :

Besoins

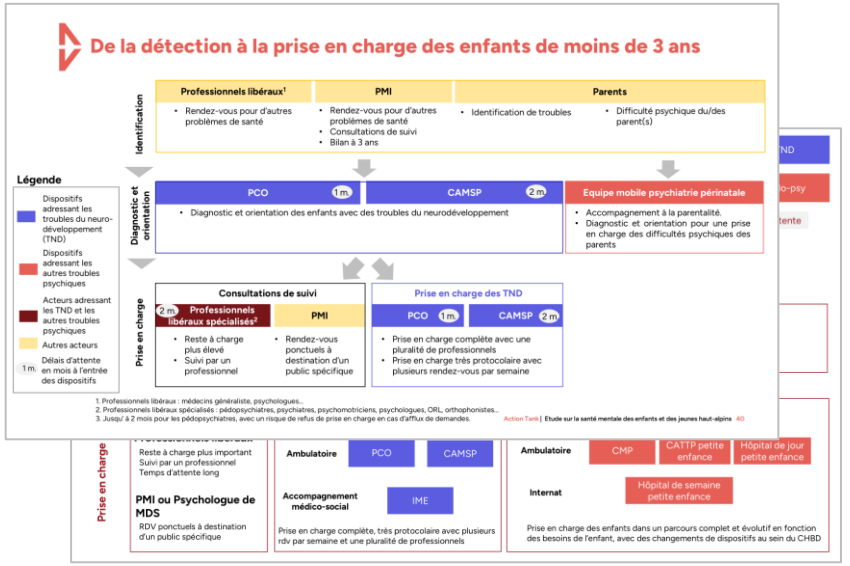
- Estimation du nombre d'enfants avec des besoins de prise en charge sur la base de données épidémiologiques nationales, avec une distinction entre les TND et les autres troubles psychiques
- Evaluation de l'état de santé des jeunes sur la base d'entretiens qualitatifs de professionnels du territoire

Offre

- Cartographie quantitative et qualitative de l'offre existante et des parcours de prise en charge grâce à des entretiens avec des professionnels locaux.
- Estimation du nombre d'enfants pris en charge sur le département en fonction des troubles de santé mentale.

Adéquation

- Analyse des différences entre besoins et offre de prise en charge



Exemples de cartographie de prise en charge selon l'âge

Parti-pris méthodologiques et limites de l'analyse

L'analyse de l'adéquation entre offre et besoins de prise en charge en santé mentale comporte plusieurs limites méthodologiques, dû au **manque d'études épidémiologiques robustes** pour mesurer la prévalence des troubles psychiques des jeunes en France.

Afin de documenter la prévalence des troubles de santé mentale, nous nous sommes appuyés sur les travaux de l'Institute of health metrics evaluation[1] (IHME, université de Washington) qui applique des modèles épidémiologiques rigoureux, à partir de données issues d'enquêtes et publications internationales. Les données de l'IHME ont l'inconvénient de sous-estimer les troubles du neurodéveloppement : ils estiment le taux de prévalence des TND à 5,1% chez les jeunes de 13 à 17 ans alors que les dernières études l'estiment à 17%[2]. Les données sont plus fiables pour les autres troubles psychiques (dépression, anxiété…) qui reposent sur des corpus épidémiologiques plus robustes, limitant les biais de sous-estimation.

Concernant la prévalence des TND, nous nous sommes donc basés sur d'autres littératures scientifiques que l'IHME et avons défini des hypothèses d'hausse de la prévalence par tranche d'âge (voir méthodologie de calcul en annexe). Concernant les autres troubles psychiques, nous avons utilisé les données de l'IHME, ainsi que d'autres données épidémiologiques disponibles en France. Parfois, il peut y avoir des doubles prise en charge du secteur médico-social et de la pédopsychiatrie.

Les données sur la prise en charge en pédopsychiatrie ne prennent pas en compte les données de la PMI et le secteur libéral. N'ayant pu accéder aux données d'occupation de certains dispositifs notamment IME, ITEP, SESSAD, nous nous sommes appuyés sur des données nationales pour estimer la répartition des usagers de chacun de ces dispositifs par tranche d'âge[3].

Ces estimations sont donc à appréhender avec beaucoup de prudence, mais représentent notre meilleure estimation, compte tenu des études épidémiologiques disponibles et des données de prise en charge dont nous avons disposé.

Enfin, nos recommandations issues de l'analyse de l'adéquation offre-besoins ne prennent pas en compte la faisabilité financière de ces propositions (coût total et financement par acteur), bien que cela soit indispensable afin d'envisager leur mise en œuvre.

1. Étude internationale Global Burden of Disease, données françaises disponibles par tranche d'âge et par genre. La Cour des Comptes a également utilisé ces données dans son rapport La pédopsychiatrie (2023).
2. Prévalence des troubles du neurodéveloppement Document préparatoire à la stratégie nationale pour les troubles du neurodéveloppement 2023-27, CEAND (2023). Aux USA, la prévalence atteint 17,8%.
3. DREES. (2022). Près de 170 000 enfants et adolescents handicapés accompagnés dans des structures dédiées fin 2018

Synthèse des causes de la dégradation de la santé mentale des jeunes hauts-alpins d'après les professionnels du territoire

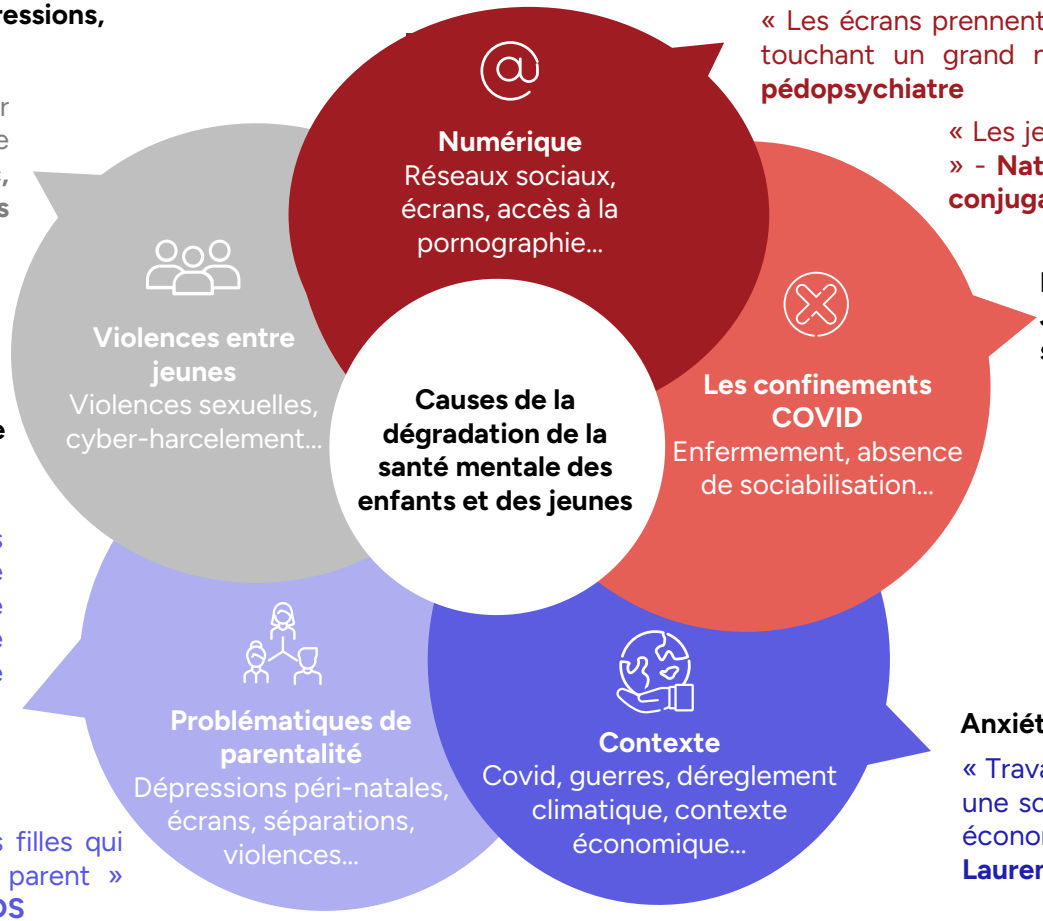
Anxiété (refus scolaires anxieux), depressions, troubles de l'attachement

« On a reçu aussi des adolescents pour des violences sexuelles entre adolescents » - **Carole Leblanc, directrice de la Maison des adolescents**

Troubles de l'attachement, troubles de l'attention…

« Le fait que les parents soient sur les écrans entrave les relations entre bébé et parents : les processus est coupé lorsque l'attention est tournée vers le portable, certaines choses ne se mettent pas en place correctement »
Pr Jousselme, pédopsychiatre

« Beaucoup de scarifications chez les filles qui sont liées à la question du lien au parent »
Laurent Bonneton, psychologue en MDS



Anxiété, dépressions, TND, troubles de l'attention…

« Les écrans prennent une place importante, et des messages inquiétants touchant un grand nombre d'enfants sont diffusés» - **Pr Jousselme, pédopsychiatre**

« Les jeunes ont accès à la pornographie de plus en plus tôt » - **Nathalie Karé et Anne-Pascale Salomone, conseillères conjugales**

Enfants : TND
Jeunes : Troubles de l'attention, anxiété (refus scolaires anxieux…)

« Les enfants nés pendant le covid traitent les informations visuelles différemment. Des choses ont changé : la place de l'image, renfermement sur l'entité familiale, limites plus difficiles à faire tenir » - **Pr Jousselme, pédopsychiatre**

Anxiété (question sur l'avenir…), dépressions, …

« Travail autour des gestions des angoisses de l'avenir dans une société anxiogène : les attentats, la guerre, a situation économique, cela impacte les jeunes aujourd'hui » - **Laurent Bonneton, psychologue en MDS**

Les enfants de moins de 3 ans

La santé mentale des tout petits : un enjeu clé pour leur bon développement

Besoins spécifiques

La période de 0 à 3 ans correspond aux premières étapes du développement cérébral et émotionnel, avec un **impact sur le bien-être psychologique et émotionnel à court et long terme**. Le développement du cerveau commençant durant la grossesse; la période prénatale doit donc être considérée comme partie intégrale de la santé mentale des jeunes enfants[1].

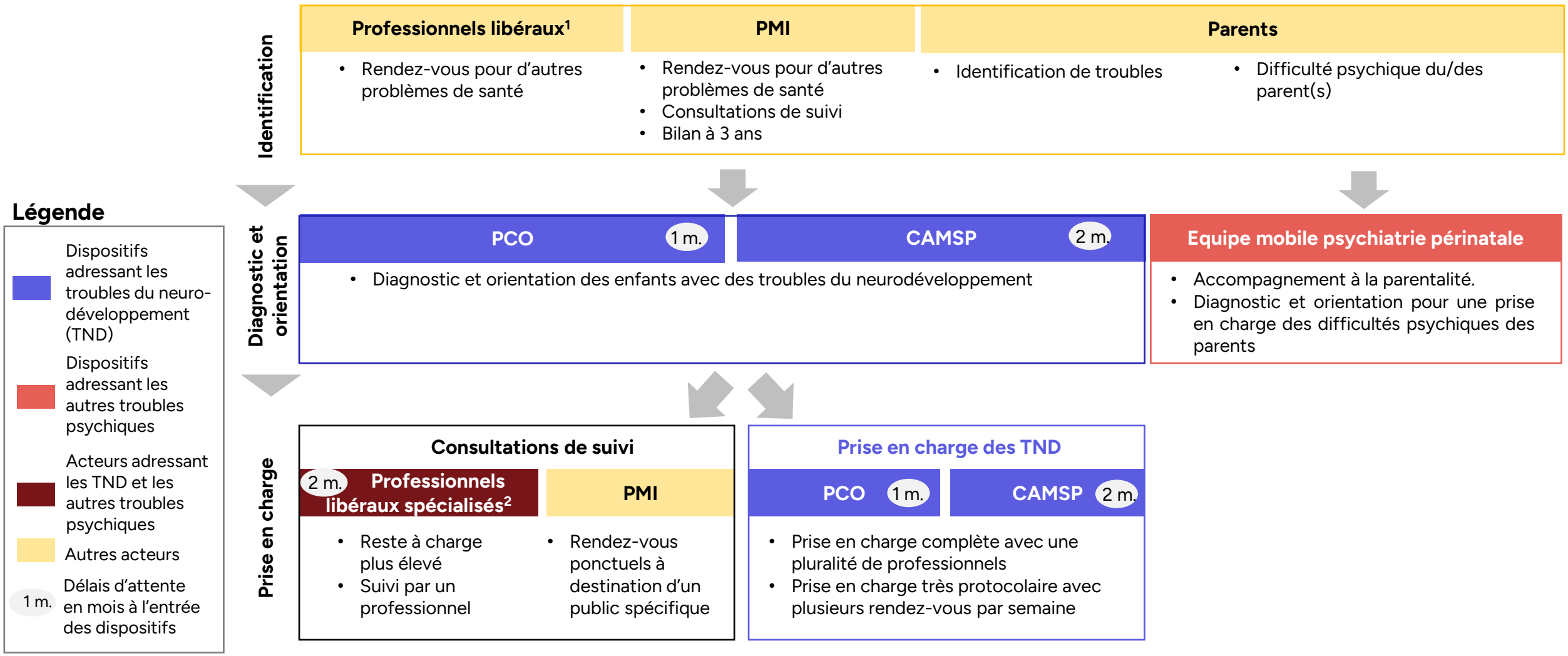
A court terme, un bébé souffrant de négligences ou de maltraitances peut présenter **des troubles psychiques, somatiques et relationnels plus ou moins graves,** indépendamment du fait qu'il soit porteur ou non d'un handicap. A long terme, ces bébés auront du mal à établir des relations confiantes avec d'autres enfants ou adultes. Les abus physiques, émotionnels ou sexuels, ainsi que la négligence, auront des conséquences graves. La plasticité du cerveau humain est suffisamment importante pour autoriser des rattrapages futurs, mais dans certaines limites seulement[2].

La périnatalité peut avoir un rôle important dans la santé psychique des enfants. La dépression maternelle peut affecter la qualité de l'attachement et le développement émotionnel de l'enfant. Plus la dépression est sévère et dure longtemps, plus le risque de répercussion sur l'enfant augmente (troubles du comportement, des apprentissages, dépression)[3]. Or, seules 24% des femmes déprimées accèderaient à un traitement quel qu'il soit, pas forcément adapté[3].

Avant l'âge de 3 ou 4 ans, poser un diagnostic sur un trouble de santé mentale est complexe. Les professionnels préfèrent être prudents et attendent souvent de voir l'évolution de la situation[4]. Un enjeu essentiel sur cette tranche d'âge (encore plus que les autres) est le dépistage des situations, le plus tôt possible, en particulier chez les enfants prématurés (environ 10% des naissances) qui connaissant une surreprésentation de troubles du neurodéveloppement.

1. Ottawa Infant and Early Childhood Mental Health Initiative. (2019). La santé mentale des nourrissons et des jeunes enfants (SMNJE).
2. Tubiana, M. (2006). Santé mentale de l'enfant, Conclusions du rapport à l'Académie de médecine.
3. Cyrulnik, B. (2020). *Les 1000 premiers jours, là où tout commence*. Ministère de la santé.
4. Haute Autorité de Santé. (2024). « Trouble du neurodéveloppement/TDAH : Diagnostic et interventions thérapeutiques auprès des enfants et adolescents ».

De la détection à la prise en charge des enfants de moins de 3 ans



1. Professionnels libéraux : médecins généraliste, psychologues…
2. Professionnels libéraux spécialisés : pédopsychiatres, psychiatres, psychomotriciens, psychologues, ORL, orthophonistes…
3. Jusqu' à 2 mois pour les pédopsychiatres, avec un risque de refus de prise en charge en cas d'afflux de demandes.

Les enfants de moins de 3 ans

Une bonne couverture des besoins de prise en charge sur le département

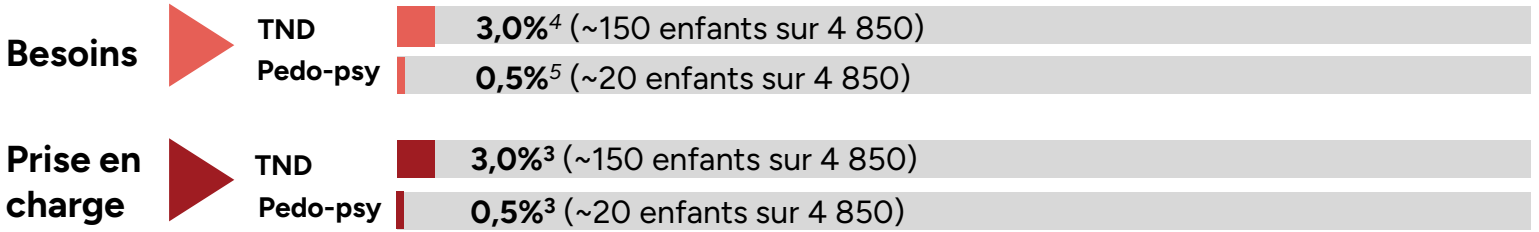
Données nationales

Compte tenu de la difficulté de poser un diagnostic sur les enfants de cette tranche d'âge, on dispose de très peu de données concernant la prévalence des troubles du neurodéveloppement et troubles psychiques.

En France, en 2021, les troubles de la santé psychique concerneraient environ 3% des enfants de moins de 5 ans[1], alors que le taux de prise en charge effective des moins de 4 ans[2] n'est que de 0,75%. Ce taux parait sous-estimé, dû probablement à l'absence d'encodage des pathologies à cet âge.

Adéquation offre - besoins

Pour cette tranche d'âge, il n'y a pas de prise en charge en hospitalisation en pédopsychiatrique (CHBD), la prise en charge des TND est réalisée par le CAMSP exclusivement. D'autres types d'accompagnement ciblant les parents contribuent également à la prévention de certaines problématiques concernant cette tranche d'âge. Ainsi, une équipe mobile psychiatrie périnatalité réalise des diagnostics et oriente pour une prise en charge des difficultés psychiques des parents.



1. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). (2021). *Global Burden of Disease Study 2021 (GBD 2021) Data Resources*. Ce taux correspond au taux de prévalence des "troubles mentaux", en 2021.
2. Ameli. (2022). *Prévalence de la prise en charge des troubles psychiatriques sur le département des Hautes Alpes en 2022*.
3. Action Tank. (2024). *Calculs sur la base d'échanges avec des acteurs locaux des Hautes-Alpes.*
4. Action Tank. (2024). Le taux de prise en charge effectif étant de 3% et l'estimation de la prévalence provenant de l'IHME étant de 2,7%, nous avons préféré indiqué ici comme niveau de besoin le taux de prise en charge effectif de 3%.
5. IHME 2021, moyenne sur les 0-3 ans pour les TND.

Les enfants de moins de 3 ans

Recommandations

- **Améliorer la connaissance des besoins** et des problématiques de prise en charge (NB : très peu d'études épidémiologiques nationales portent sur cette tranche d'âge).

- Evaluer la capacité du système de prise en charge actuel à **identifier les parents vulnérables psychologiquement et / ou financièrement.**

- **Renforcer l'accompagnement des parents** dans le développement de leurs compétences de parentalité grâce de nouveaux lieux parents-enfants.

ZOOM sur des programmes visant à réduire la transmission intergénérationnelle de troubles mentaux et de la pauvreté

- **Accompagnement psychologique des jeunes mamans :** l'identification et l'accompagnement de jeunes mamans avec des troubles dépressifs permettent une réduction de la dépression et de la pauvreté familiale, une amélioration de la scolarisation et de la santé mentale des enfants.

- **Accompagnement budgétaire de parents pauvres de jeunes enfants** (programme écossais *Healthier, Wealthier Children)* **:** l'orientation par des sage-femmes et la participation des familles permet une hausse des ressources (accès aux droits), de meilleures connaissances et compétences financières, et un meilleur bien-être mental des familles.

Les enfants de 4 à 6 ans

Un âge clé pour détecter et prévenir les troubles du neurodéveloppement

Besoins spécifiques

Entre 3 et 6 ans, l'enfant se développe émotionnellement, socialement, cognitivement et comportementalement. De fait, les éléments qui vont avoir le plus d'impact sur la santé mentale des jeunes enfants sont : **les relations d'attachement et l'environnement social et scolaire.**

A cet âge, les enfants sont plus souvent atteints de **troubles du neurodéveloppement** que de troubles psychiques. Ces troubles apparaissent le plus souvent dans la petite enfance, les premiers signes étant visibles avant la fin de l'école maternelle, et se modifient jusque dans l'adolescence[1]. Néanmoins des troubles anxieux peuvent également apparaitre, notamment de l'anxiété de séparation et des phobies spécifiques. Ces troubles se manifestent à par des problèmes de concentration, des troubles de l'apprentissage, des difficultés d'attachement, des crises de colère[2].

Une étude menée par l'Université de Sherbrooke a révélé q**u'un usage excessif des écrans chez les enfants d'âge préscolaire a un impact négatif sur leur santé mentale : l**a consommation de contenus sur écran par les enfants d'âge préscolaire peut nuire à leur capacité à réguler avec succès les effets négatifs des émotions. Chaque heure supplémentaire passée devant un écran à 3,5 ans augmente significativement les manifestations de colère et de frustration à 4,5 ans[3].

Tous les enfants sont vus à 3 ans par un médecin de la PMI, puis à 6 ans par un médecin scolaire, lors de bilans de santé réalisés à l'école. Selon M. Tubiana, « ce bilan médical à 3 ans est très important et devrait permettre le dépistage, à leur début, des troubles du comportement et des apprentissages, en particulier celui du langage »[4].

Les enfants nés pendant la COVID (entre 3 et 6 ans en 2024) connaissent une surreprésentation de problématiques spécifiques de neurodéveloppement (traitement de l'information, perceptions visuelles, acceptation des limites…). Ces retours d'expérience empiriques[2] ont été confirmés dans des études épidémiologiques internationales[5].

1. Hôpital Robert-Debré. (2025). *Les troubles du neuro-développement de l'enfant*, AP-HP.
2. Action Tank (2024). Echanges avec des acteurs locaux des Hautes-Alpes.
3. Université de Sherbreeke. (2023), *Les écrans peuvent nuire à la gestion des émotions des tout-petits*.
4. Tubiana, M. (2006). Santé mentale de l'enfant, Conclusions du rapport à l'Académie de médecine.
5. Hardie, I et al. (2025). *Early childhood developmental concerns following SARS-CoV-2 infection and COVID-19 vaccination during pregnancy: a Scottish population-level retrospective cohort study*, Lancet Child & Adolescent Health.

De la détection à la prise en charge des enfants de 4 à 6 ans

Identification

Professionnels libéraux	PMI	Médecins et infirmier.es scolaires	Parents
• Rendez-vous pour d'autres problèmes de santé	• Rendez-vous pour d'autres problèmes de santé • Consultations de suivi • Bilan à 3 ans	• Bilan à 6 ans • Suivi de problèmes survenus à l'école maternelle	• Identification de troubles

Diagnostic et orientation

2 m. Professionnels libéraux spécialisés

- Réorientation si nécessaire vers une structure adaptée

PCO 1 m.

- Diagnostic et orientation des enfants avec des troubles du neurodéveloppement

CAMSP 2 m.

- Diagnostic et orientation des enfants avec des troubles du neurodéveloppement

CMP 3 m.

- Diagnostic et orientation des jeunes en difficulté psychique

Prise en charge

Consultations de suivi

2 m. Professionnels libéraux spécialisés[2]

- Reste à charge plus élevé
- Suivi par un professionnel

PMI ou MDS

- Rendez-vous ponctuels à destination d'un public spécifique

Prise en charge pour des TND

Ambulatoire	Médico-social
PCO 1 m. CAMSP 2 m.	IME

- Prise en charge globale pluridisciplinaire
- Prise en charge très protocolaire avec plusieurs rendez-vous par semaine

Prise en charge en pédopsychiatrie

Ambulatoire	Hospitalisation complète
PCO CATTP petite enfance Hôpital de jour petite enfance	Hôpital de semaine petite enfance

- Prise en charge des enfants dans un parcours complet et évolutif selon les besoins au sein du CHBD

Légende

- Dispositifs adressant les troubles du neuro-développement (TND)
- Dispositifs adressant les autres troubles psychiques
- Acteurs adressant les TND et les autres troubles psychiques
- Autres acteurs
- 1 m. Délais d'attente en mois à l'entrée des dispositifs

1. Professionnels libéraux : médecins généraliste, psychologues…
2. Professionnels libéraux spécialisés : pédopsychiatres, psychiatres, psychomotriciens, psychologues, ORL, orthophonistes…
3. Jusqu'à 2 mois pour les pédopsychiatres, avec un risque de refus de prise en charge en cas d'afflux de demandes.

Les enfants de 4 à 6 ans

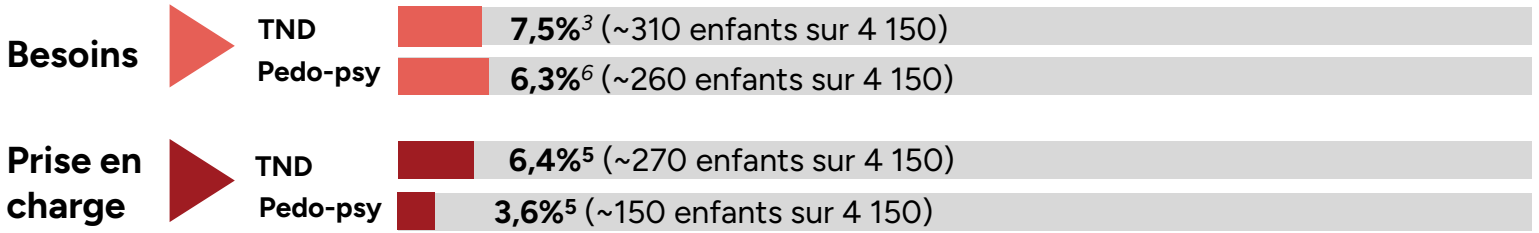
Un besoin d'améliorer les actions de repérage précoce nécessaires à la bonne prise en charge des TND

Données nationales

En France, en 2021, **10% des garçons et 11% des filles âgés de 3 à 5 ans présentent un score anormalement élevé de difficultés émotionnelles.** 19% des garçons et 13% des filles âgés de 3 à 5 ans présentent des difficultés comportementales[1]. L'enquête ENABEE établit que **8,3 % des enfants de 3 à 6 ans présentent au moins un type de difficultés probables de santé mentale** ayant un retentissement sur leur vie quotidienne. 1,8% présentent des difficultés émotionnelles; 5,9% des difficultés oppositionnelles et 1,9% d'inattention ou d'hyperactivité[2]. Si les études internationales récentes estiment la prévalence des troubles neurodéveloppementaux (TND) à 17%, la tranche des 4-6 ans est le moment des **premiers repérages en école maternelle des troubles du langage, TSA, déficience intellectuelle, début des suspicions de TDAH.** De nombreux troubles seront détectés beaucoup plus tardivement. Nous estimons donc que le taux de besoins de prise en charge est de l'ordre de 7,5%[3].

Adéquation offre - besoins

Les besoins de prise en charge des enfants avec TND sont globalement bien couverts, très majoritairement par le CAMSP, où les délais d'attente de 2 à 3 mois (soit 12 à 19 enfants en attente[5]) restent acceptables mais pourraient être réduits. Pour les troubles relevant de la pédopsychiatrie, nos calculs de taux de prise en charge des besoins (57%) diffèrent des retours de terrain indiquant un bon taux de couverture des besoins, qui doit s''expliquer par un recours important à des professionnels libéraux et/ou à un non-recours.



1. Hazo, J-B et Boulch, A. (2022), *Santé mentale : une amélioration chez les jeunes en juillet 2021 par rapport à 2020 mais des inégalités sociales persistantes*, DREES.
2. Santé Publique France. (2023). *Premiers résultats de l'étude Enabee sur le bien être et la santé mentale des enfants de 6 à 11 ans en France métropolitaine*.
3. Action Tank. (2024). Hypothèses de prévalence des troubles du neurodéveloppement par tranche d'âge en annexe.
4. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). (2021). *Global Burden of Disease Study 2021 (GBD 2021) Data Resources*. Ce taux correspond au taux de prévalence des "troubles mentaux", en 2021.
5. Action Tank. (2024). *Calculs sur la base d'échanges avec des acteurs locaux des Hautes-Alpes.*
6. Moyenne entre 6,2% (IHME 2021, moyenne sur les 4-6 ans pour les troubles mentaux hors TND) et 6,4% d'après Enabee 2023 (en supposant aucun recoupement entre les troubles TDAH avec les troubles émotionnel et oppositionnel).

Les enfants de 4 à 6 ans

Recommandations

- **Améliorer la connaissance** des besoins et des prises en charge par le médico-social (IME et SESSAD).

- **Favoriser le repérage précoce,** notamment des troubles du neurodéveloppement :
  - En formant les professionnels au contact des enfants ;
  - En sensibilisant les médecins généralistes.

- **Augmenter légèrement le nombre de places pour la prise en charge des TND** (sous réserve des informations complémentaires de prise en charge par les SESSAD et les IME sur cette tranche d'âge).

Les enfants de 7 à 12 ans

L'école et le numérique, sources de difficultés pour la santé mentale des enfants

Besoins spécifiques

A partir de 6 ans, si l'environnement familiale reste un élément central**, l'école joue également un rôle crucial dans le développement de l'enfant**. Bien souvent, l'école devient le lieu d'expression des difficultés : apparition des troubles du neurodéveloppement mais également de l'anxiété (refus scolaire anxieux)[1]. De plus la prime adolescence désigne un âge mal connu, lourd de changements physiologiques et psychiques et constitue une période sensible, plaque tournante entre vulnérabilisation et fenêtre d'opportunité pour la prévention globale pour le long terme[2].

Sur le territoire, les professionnels notent que les familles sont plutôt bien informées sur les thématiques de la santé mentale grâce aux actions de sensibilisation et de prévention. Ils précisent néanmoins que des **marges d'amélioration portent sur les délais de repérage**, enjeu important pour cette tranche d'âge[1].

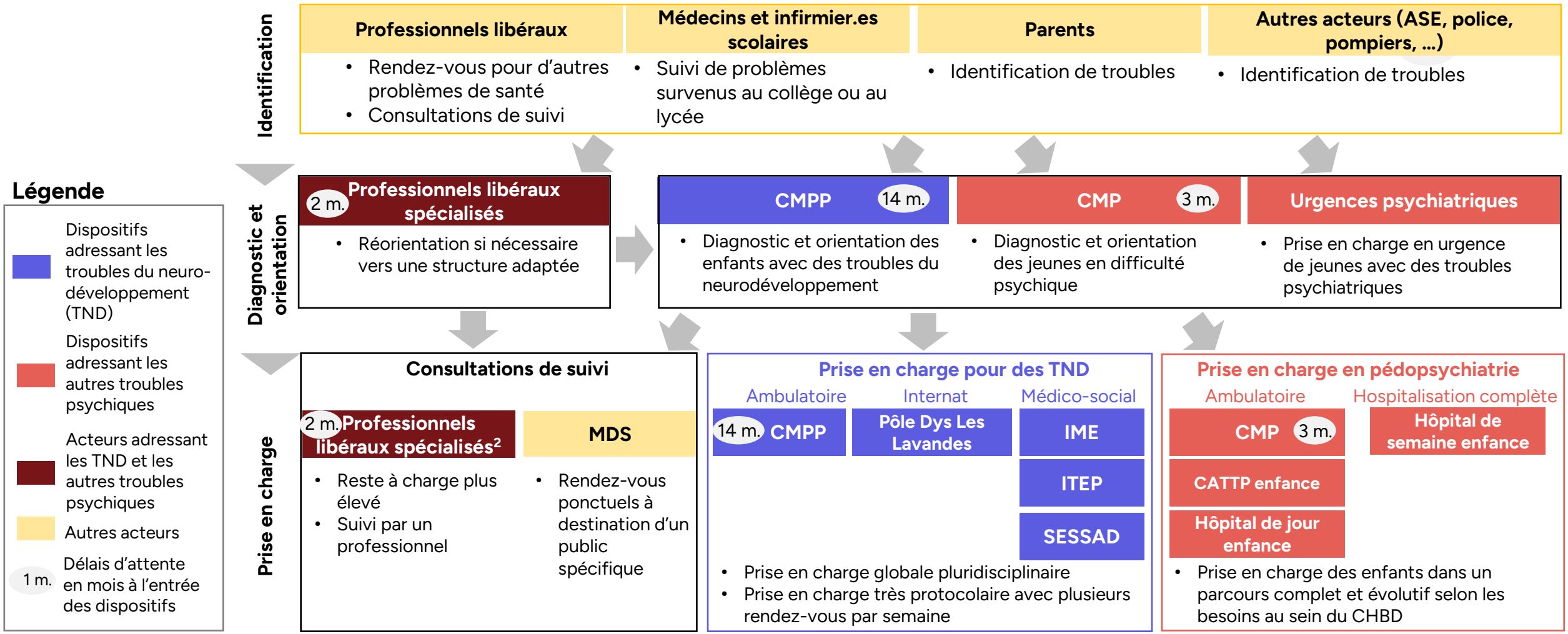
Plusieurs facteurs susceptibles de dégrader la santé mentale pendant l'enfance ont été identifiés sur le territoire : les problèmes familiaux, l'école et les classes surchargées, l'harcèlement scolaire, la précarité, le sur-handicap les cyberaddictions[3].

Sur le territoire, **le Corto Maltese constate une augmentation de la crise suicidaire**, avec des tentatives de suicide par des enfants parfois de moins de 10 ans »[3]. A partir de janvier 2021, au niveau national, on constate une forte hausse du nombre de passage aux urgences pour idées suicidaires faisant suite à la crise sanitaire (+52% chez les 11-14 ans). Sur la même période, on constate également une intensification de la hausse des passages aux urgences pour trouble de l'humeur (+79% chez les 11-14 ans)[2].

Une autre source de problème de santé mentale est liée à la surexposition aux contenus numériques avec pas ou peu de filtre de la part des parents[1]. Par exemple, l'accès à la pornographie en ligne est de plus en plus précoce : en 2023, plus d'un jeune garçon sur trois (35%) a été exposé avant l'âge de 12 ans, c'est trois fois plus qu'il y a dix ans[4]. Cette exposition sans filtre à des contenus violents ou sexuels déforme le rapport des enfants au monde et aux autres, entrainant des violences physiques, sexuelles, du harcèlement et autres comportements générateurs de problématiques psychiques pour les victimes[1].

1. Action Tank (2024). *Echanges avec des acteurs locaux des Hautes-Alpes.*
2. Conseil de l'enfance et de l'adolescence (2023). *Quand les enfants vont mal : comment les aider ?,* HCFEA.
3. Département de Santé Publique du CHU de Nice (2020), *PTSM des Hautes-Alpes 2021-2025*, ARS-DD05.
4. IFOP. (2023). *Les français(es) et la pornographie à l'heure de la restriction des conditions d'accès aux sites X*.

De la détection à la prise en charge des enfants de 7 à 12 ans



1. Professionnels libéraux : médecins généraliste, psychologues…
2. Professionnels libéraux spécialisés : pédopsychiatres, psychiatres, psychomotriciens, psychologues, ORL, orthophonistes…
3. Jusqu' à 2 mois pour les pédopsychiatres, avec un risque de refus de prise en charge en cas d'afflux de demandes.

Les enfants de 7 à 12 ans

Des délais d'attente qui reflètent le manque de moyens de prise en charge des TND pour cette tranche d'âge

Données nationales

Pour les enfants de 6 à 11 ans, **13% présentent un trouble probable de santé mentale**, 5,6% présentent un trouble émotionnel probable, 6,6% présentent un trouble oppositionnel probable, 3,2% présentent un trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) probable[1].

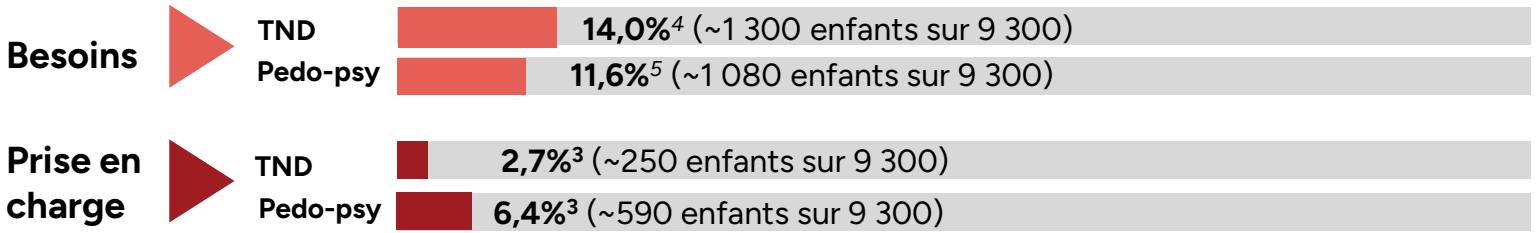
En France, en 2019, 4% des 5-9 ans sont atteints par des troubles anxieux et 0,3% sont atteints par les troubles dépressifs[2].

La tranche d'âge des 7 à 12 ans est une période de détection massive des TND (TDAH, troubles des apprentissages, troubles moteurs, TSA modérés, troubles de la communication). Nous estimons donc que le taux de besoins de prise en charge est de l'ordre de 14%[3].

Adéquation offre - besoins

Le taux de prise en charge des TND est faible et les **délais de prise en charge sont importants au CMPP** (14 à 15 mois, soit 130 à 145 enfants en attente[3]). Les professionnels indiquent que de nombreux cas de TND sont **détectés après 7 ans, impliquant une prise en charge complexe.**

En comparaison, les besoins en pédopsychiatrie pour cette tranche d'âge semblent globalement couverts grâce à de nombreuses structures dédiées du CBHD, le reste des besoins étant pris en charge par les libéraux et correspondant à des situations de non-recours.



1. Santé Publique France. (2023). *Premiers résultats de l'étude Enabee sur le bien être et la santé mentale des enfants de 6 à 11 ans en France métropolitaine*.
2. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). (2021). *Global Burden of Disease Study 2021 (GBD 2021) Data Resources*. Ce taux correspond au taux de prévalence des "troubles mentaux", en 2021.
3. Action Tank. (2024). Calculs sur la base d'échanges avec des acteurs locaux des Hautes-Alpes.
4. Action Tank. (2024). Hypothèses de prévalence des troubles du neurodéveloppement par tranche d'âge en annexe.
5. Action Tank. (2024). Moyenne entre 9,8% (Enabee, 2024, en supposant aucun recoupement entre les troubles TDAH avec les troubles émotionnel et oppositionnel) et 13,5% (IHME, 2021, moyenne sur les 7-12 ans pour les troubles mentaux hors TND)

Les enfants de 7 à 12 ans

Recommandations

- **Améliorer la connaissance** des besoins et des types de prise en charge sur le territoire.

- **Continuer le repérage** notamment des troubles du neurodéveloppement **pour les cas non diagnostiqués :**
  - En formant les professionnels encadrant les enfants ;
  - En sensibilisant les médecins généralistes.

- **Augmenter le nombre de places** pour la prise en charge des TND notamment en ITEP, IME, et / ou SESSAD, afin de désengorger le CAMSP (pour les 6-8 ans) et le CMPP (pour les plus de 8 ans).

Les adolescents de 13 à 18 ans

Une augmentation conséquente des troubles psychiques depuis la crise Covid

Besoins spécifiques

A partir de 10 – 12 ans, **les problématiques de santé mentales qui apparaissent relèvent plus fréquemment des troubles psychiques que des troubles du neurodéveloppement**[1]. Cette tranche d'âge est plus fortement touchée que les précédentes par les **troubles anxieux et dépressifs** ainsi que par les troubles du comportement alimentaire.

Pour cette tranche d'âge, **les professionnels du département observent que les problématiques les plus récurrentes sont la dépression et le refus scolaire anxieux**[2]. La MDA des Hautes-Alpes remarque que les situations des jeunes suivis sont de plus en plus compliquées depuis la crise sanitaire, avec des idées suicidaires en hausse. « On note plus de comportements d'automutilation et d'idées suicidaires, une augmentation également des violences intra-familiales, des violences sexuelles… »[3].

Cela est également vrai au niveau national : depuis 2021, le **nombre de passages à l'hôpital pour geste suicidaire et idées suicidaires, ainsi que le nombre d'actes pour angoisse sont en hausse** chez les 11-17 ans (+35%)[4].

Concernant les troubles du neurodéveloppement, **le CMPP souligne l'augmentation du nombre de jeunes adolescents arrivant au centre avec des troubles du spectre autistique qui n'ont pas été diagnostiqués auparavant**, et qui arrivent avec des dépressions du fait de l'absence de prise en charge[3].

Plusieurs problématiques susceptibles de détériorer la santé mentale des adolescents ont été identifiées sur le territoire : les addictions, la sédentarité, de mauvaises conditions familiales entrainant une précarité socio-psychologique et le harcèlement scolaire pouvant pousser à la déscolarisation voire au suicide[3].

1. OMS (2024). *Santé Mentale des adolescents*.
2. Département de Santé Publique du CHU de Nice (2020), *PTSM des Hautes-Alpes 2021-2025*, ARS-DD05.
3. Action Tank (2024). *Echanges avec des acteurs locaux des Hautes-Alpes.*
4. Conseil de l'enfance et de l'adolescence (2023). *Quand les enfants vont mal : comment les aider ?,* HCFEA,

De la détection à la prise en charge des enfants de 13 à 18 ans

Identification

Professionnels libéraux	Médecins et infirmier.es scolaires	Parents ou jeunes	Autres acteurs (ASE, police, pompiers, …)
• Rendez-vous pour d'autres problèmes de santé • Consultations de suivi	• Suivi de problèmes survenus au collège ou au lycée	• Identification de troubles	• Identification de troubles

Diagnostic et orientation

2 m. Professionnels libéraux spécialisés[2]	Maison des Ados	CMPP 14 m.	CMP 3 m.	Urgences psychiatriques
• Réorientation si nécessaire vers une structure adaptée	• Premier lieu d'accueil • Accompagnement • Orientation • Suivi psychologique	• Diagnostic et orientation des enfants avec des TND	• Diagnostic et orientation des jeunes en difficulté psychique	• Prise en charge en urgence de jeunes avec des troubles psychiatriques

Prise en charge

Consultations de suivi

2 m. Professionnels libéraux spécialisés[2]	MDS
• Reste à charge plus élevé • Suivi par un professionnel	• Rendez-vous ponctuels à destination d'un public spécifique

Prise en charge pour des TND

Ambulatoire	Médico-social
CMPP 14 m.	IME
	ITEP
	SESSAD

- Prise en charge globale pluridisciplinaire
- Prise en charge très protocolaire avec plusieurs rendez-vous par semaine

Prise en charge en pédopsychiatrie

Ambulatoire	Hospitalisation complète
CMP 3 m.	Hôpital de semaine enfance
CATTP ado	
Hôpital de jour ado	

- Sur cette tranche d''âge, l'hospitalisation de jour et de semaine n'est possible qu'à Gap

Légende

- Dispositifs adressant les troubles du neuro-développement (TND)
- Dispositifs adressant les autres troubles psychiques
- Acteurs adressant les TND et les autres troubles psychiques
- Autres acteurs
- 1 m. Délais d'attente en mois à l'entrée des dispositifs

1. Professionnels libéraux : médecins généraliste, psychologues…
2. Professionnels libéraux spécialisés : pédopsychiatres, psychiatres, psychomotriciens, psychologues, ORL, orthophonistes…
3. Jusqu' à 2 mois pour les pédopsychiatres, avec un risque de refus de prise en charge en cas d'afflux de demandes.

Les adolescents de 13 à 18 ans

Une prise en charge des troubles psychiques en deçà des besoins élevés et croissants

Données nationales

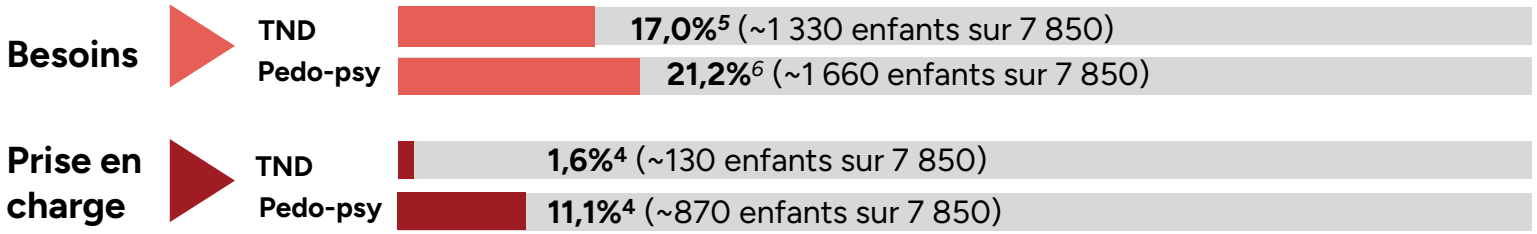
En France, en 2019, **9% des 10-14 ans et 9% des 15-19 ans sont atteints par des troubles anxieux**; 2% des 10-14 ans et 4% des 15-19 ans sont atteints par les troubles dépressifs[1]. Certaines études donnent des chiffres bien plus élevés : en 2022, **53% des adolescents (11 – 15 ans) en France seraient touchés par des troubles de l'anxiété et 31% feraient même l'objet d'une suspicion de trouble anxieux généralisé[2]. Les données retenues par l'IHME (21,2%) sont donc conservatrices, privilégiant les troubles nécessitant une prise en charge.** La part des grands adolescents (plus de 15 ans) et jeunes adultes présentant un syndrome dépressif a quasiment doublé entre 2019 et novembre 2020, passant de 10,1 % à 18,9%. La prévalence des troubles dépressifs majeurs a particulièrement augmenté dans cette classe d'âge passant de 3,2 % à 9,3 %[3].

La tranche d'âge des 13 à 18 ans est une période de détection plus fine de troubles compensés ou tardifs (TSA sans déficience, TDAH inattentif, dyslexies légères, troubles associés à l'anxiété scolaire). Nous estimons donc que le besoin de prise en charge atteint le taux de prévalence de 17%[3].

Adéquation offre - besoins

Le taux de prise en charge des TND semble très faible et les **délais de prise en charge sont importants au CMPP** (14 à 15 mois[3]).

Nous estimons qu'au maximum 55 % des jeunes avec un trouble psychique sont pris en charge par le CHBD (35%) ou la Maison des Adolescents (20%) - ne propose pas une prise en charge médicale, les autres étant suivis par des libéraux ou non pris en charge. **Le département ne dispose que d'un seul hôpital de jour pour les adolescents**, obligeant le CHBD à évaluer le bénéfice des prises en charge selon le temps de trajet pour les jeunes éloignés.



1. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). (2021). *Global Burden of Disease Study 2021 (GBD 2021) Data Resources*. Ce taux correspond au taux de prévalence des "troubles mentaux", en 2021.
2. Mercier, E (2022), *Un adolescent français sur deux souffre de symptômes d'anxiété ou dépressifs*. IPSOS.
3. Hazo, J-B. et et Costemalle, V. (2021), Une dégradation de la santé mentale chez les jeunes en 2020, DREES.
4. Action Tank. (2024). *Calculs sur la base d'échanges avec des acteurs locaux des Hautes-Alpes.*
5. IHME, 2021, moyenne sur les 13-18 ans pour les troubles mentaux hors TND.

Les adolescents de 13 à 18 ans

Recommandations

- **Améliorer la connaissance** des types de besoins selon leur intensité (trouble ou détresse psychologique) et des types de prise en charge notamment par le médico-social.

- **Renforcer les efforts de prévention des troubles psychiques** pour cette tranche d'âge.

- **Favoriser le repérage précoce**, notamment des troubles psychiques :
  - En formant les professionnels encadrant les enfants ;
  - En sensibilisant les médecins généralistes.

- **Augmenter le nombre de places** pour la prise en charge des TND notamment en ITEP, IME, et / ou SESSAD, afin de désengorger le CMPP.

- **Améliorer la prise en charge des troubles psychiques** et resserrer le maillage territorial, pour cette tranche d'âge.

Les jeunes accompagnés par l'aide sociale à l'enfance (ASE)

Un public particulièrement confronté à des troubles psychiques

Besoins spécifiques

Les jeunes placés à l'ASE ont souvent été exposés à des violences (physiques, psychologiques ou sexuelles) ou à des négligences, de l'instabilité familiale (conflits, addictions parentales, pauvreté ou maladie mentale chez les parents), potentiellement des changements de structures, ce qui limite la création de liens stables, ou encore génère des ruptures affectives (séparation d'avec les figures parentales ou d'attachement**). Ces expériences sont autant de facteurs augmentant le risque de développer des troubles de santé mentale tels que l'anxiété, la dépression ou des troubles de l'attachement.** Du fait de ces expériences, les enfants de l'ASE sont cinq fois plus à risque de développer des troubles mentaux que le reste de la population[1].

Les professionnels constatent que **les situations des enfants de l'ASE en termes de santé mentale sont compliquées, la prise en charge non adaptée et inférieure à elle des autres.** Les professionnels observent de nombreux signaux d'insécurité affective, de passages à l'acte envers les autres ou envers eux-mêmes[2].

La prise en charge des problématiques psychiques est insuffisante dans les structures d'accueil des enfants placés, où les troubles psychiques peuvent concerner jusqu'à 75% des enfants pris en charge[3]. Aussi, les jeunes de l'ASE ne sont souvent pas pris en charge à temps en ambulatoire, ce qui les conduit à un recours aux services psychiatriques en urgence plus important. Au CHU de Brest, la moitié des adolescents hospitalisés à temps complet en psychiatrie sont issus de l'ASE[4]. **Il y a aussi une difficulté à gérer les dossiers MDPH des enfants de l'ASE.** Le montage des dossiers MDPH est long et compliqué : les dossiers arrivent tardivement et incomplets ce qui entrave l'ouverture des aides et retarde la prise en charge[3].

Les professionnels du territoire identifient qu'un certain nombre d'enfants pris en charge à l'ASE le sont du fait de troubles du neurodéveloppement insuffisamment pris en charge et qui mettent les parents en difficultés. Ces enfants arrivent à l'ASE généralement dans un état déjà fortement dégradé et ayant subi des violences ou négligences de la part de leurs parents, incapables de gérer ces troubles. Ces enfants auraient dû être pris en charge plus tôt en structure médico-sociale plutôt qu'à l'ASE.

1. Severino, E. (2024). *La santé mentale des jeunes placés de l'Aide sociale à l'enfance*. Terra Nova.
2. Observatoire national de la protection de l'enfance (ONPE). (2022). *La santé des enfants protégés : Seizième rapport au Gouvernement et au Parlement, au titre de l'année 2021.*.
3. Action Tank (2024). *Echanges avec des acteurs locaux des Hautes-Alpes.*
4. Guéguen, E. (2024). *La santé fragile des enfants de l'aide sociale à l'enfance*. Radio France.

Les jeunes accompagnés par l'aide sociale à l'enfance (ASE)

La prise en charge des enfants de l'ASE très insuffisante face aux besoins importants de ce public fragile

Données nationales

La santé mentale de ces jeunes a été très peu étudiée. Sur la base d'études parcellaires et de la littérature, on estime que **plus de 50% des enfants pris en charge par l'ASE auraient au moins un trouble psychique**[1], sans possibilité de distinguer la prévalence des TND et des autres troubles psychiques.

Le stress post-traumatique est entre 2 et 11 fois plus fréquent chez les enfants placés qu'en population générale[2]. Il est aussi 5 fois plus fréquent chez les filles que chez les garçons[1]. Les troubles internalisés (dépression et anxiété) ont été étudiés par deux études françaises, qui ont mesuré l'ampleur du phénomène : **un tiers des enfants placés souffre d'un trouble internalisé[3][4]. Le risque d'avoir un trouble psychiatrique était plus de 3 fois supérieur chez les enfants en institution par rapport à ceux en famille d'accueil[5].** Plus généralement, les enfants victimes de violence connaissent une espérance de vie réduite de 20 ans, 11 fois plus de démences, 37 fois plus de syndromes dépressifs et de tentatives de suicide[6].

Adéquation offre - besoins

La prise en charge de la santé mentale des enfants de l'ASE reste largement insuffisante, malgré un besoin jugé très important par les professionnels. Les enfants de l'ASE connaissent plus de freins à la prise en charge de leurs problèmes de santé mentale que la population générale : **difficultés administratives, manque de personnel spécialisé, problématiques de santé accrues, rendez-vous médicaux non-honorés.** L'équipe mobile d'appui (EMA), composée de deux infirmiers, intervient auprès d'une cinquantaine d'enfants des MECS du département. La maison des adolescents prend un charge une vingtaine d'enfants de l'ASE.

1. Severino, E. (2024). *La santé mentale des jeunes placés de l'Aide sociale à l'enfance*. Terra Nova.
2. Ford T, et al. (2007). *Psychiatric disorder among British children looked after by local authorities: comparison with children living in private households.* British Journal of Psychiatry.
3. Bronsard G, et al. (2011). *Prevalence rate of DSM mental disorders among adolescents living in residential group homes of the French Child Welfare System.* Children and Youth Services Review.
4. Szilagyi MA, et al (2015). *Health care issues for children and adolescents in foster care and kinship care.* Pediatrics.
5. Meltzer H, et al. (2003). *The mental health of young people looked after by local authorities in England.* Health Department.
6. Felitti V et al. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study, CDC- Kaiser.

Zoom sur des initiatives inspirantes pour mieux appréhender et prendre en charge les besoins en santé mentale des jeunes de l'ASE

Améliorer la connaissance de la santé mentale des jeunes de l'ASE

- **Etude longitudinale Evol-ASE PEA** de 300 jeunes normands de l'ASE pendant 2 ans pour comprendre leur état de santé physique et psychique et identifier leurs besoins spécifiques (FHU-PEA, CH Havre, Amiens, Rouen , Le Havre , Evreux et Caen)

- **Etude DREES « Autonomie »** sur 15 jeunes de l'ASE de 5 à 20 ans, hébergés par l'ASE depuis au moins un mois en France métropolitaine, pour étudier leur situation par rapport aux formes de handicap, leurs conditions de vie, le recours aux soins

Améliorer la prise en charge de la santé mentale des jeunes de l'ASE

- **Santé protégée (2019-2024) :** parcours de soins autour d'un bilan de santé somatique et psychique permettant d'orienter si besoin, structure de coordination à destination des enfants et professionnels, forfait de soins annuel pour rémunérer les professionnels → **Généralisation prévue en 2026**

- **Multi-dimensional Treatment Foster Care** : plan d'accompagnement thérapeutique des jeunes placés ayant des troubles graves en formant les assistants familiaux à la gestion de ces troubles, prise en charge intensive en santé mentale, formation de la famille pour faciliter le retour

- **Essonne** : équipe mobile chargée d'accompagner les assistants familiaux et les professionnels ; extension de l'accueil en internat en ITEP/IME à 7 jours pour les situations complexes.

Améliorer la prise en charge de la santé mentale des sortants de l'ASE

- **Un Chez soi d'abord jeunes :** réponse de logement et d'accompagnement multidimensionnelle immédiate et adaptée pour des jeunes sans domicile de 18 à 22 ans souffrant de troubles psychiques sévères, afin de prévenir les effets délétères d'un passage à la rue prolongé et d'un retard de prise en charge sanitaire.

- **Accompagnement budgétaire des jeunes sortants de l'ASE :** l'association Crésus a développé le jeu de plateau « Dilemme » pour aider notamment les jeunes à la gestion budgétaire. Il a été expérimenté en Seine-Saint-Denis notamment. Une meilleure gestion budgétaire permettrait de réduire leur anxiété.

Les jeunes accompagnés par l'aide sociale à l'enfance (ASE)

Recommandations

- **Améliorer la connaissance des besoins et des types de prise en charge car aucune donnée n'est disponible pour estimer le taux de prise en charge de ces jeunes**
  - Mise en place de méthode de collecte systématique via de bilans de santé, à l'instar de programmes Pegase et Enfance Protégée
  - Mise en place d'enquêtes ad hoc dynamiques auprès des MECS et des AssFam

- **Améliorer le suivi médical des jeunes de l'ASE :**
  - En ouvrant des postes de professionnels de la santé mentale dans les lieux d'accueil ;
  - En favorisant les liens entre ASE et MDPH ;
  - En systématisant les bilans de santé et de santé mentale à l'entrée à l'ASE et au cours de la prise en charge.

Les mineurs non-accompagnés (MNA)

Des jeunes avec un besoin de prise en charge élevé, la plupart étant polytraumatisés par leurs parcours migratoires

Besoins spécifiques

Les mineurs non-accompagnés (MNA), souvent des adolescents ayant fui leur pays d'origine pour des raisons de guerre, de pauvreté, de persécution ou d'instabilité familiale, présentent des vulnérabilités particulières sur le plan de la santé mentale. **Ils ont pour la plupart, du fait de leur parcours, un psycho-traumatisme[1].**

Pour les mineurs isolés, **l'absence de figure parentale et de soutien des proches les prive de l'étayage nécessaire à l'amélioration de leur état psychique**. Le soutien d'une équipe pluridisciplinaire est alors indispensable. **L'accompagnement social et juridique** contribue à diminuer l'angoisse des jeunes puisqu'il permet l'accès aux services essentiels (alimentation, hygiène, alphabétisation…) et la compréhension des procédures juridiques. Le **suivi psychologique** leur permet de comprendre que leur état psychique n'est pas permanent et qu'ils peuvent en guérir[2].

Il n'existe, d'après les professionnels du territoire, aucune solution pour les migrants qui sont polytraumatisés. Il y a un gros travail à faire sur le parcours de santé des MNA, l'enjeu principal étant d'être en mesure de les prendre en charge dès leur arrivée : en théorie, ils devraient avoir un bilan de santé dans les 48 heures suivant leur mise à l'abri[1].

1. Action Tank (2024). *Echanges avec des acteurs locaux des Hautes-Alpes.*
2. Médecins Sans Frontières et Comede. (2021). La santé mentale des mineurs non accompagnés - Effets des ruptures, de la violence et de l'exclusion.

Les mineurs non-accompagnés (MNA)

Une prise en charge des MNA non adaptée aux troubles sévères que rencontrent presque tous les jeunes

Données nationales

Parmi les jeunes MNA suivis par des psychologues de Médecins Sans Frontières (MSF) et du Comede. entre 2017 et 2020, **50% sont atteints de troubles réactionnels à la précarité, 12% de dépressions et 37% de syndromes psycho-traumatiques[1].**

Concernant les symptômes, **75% de la cohorte souffre d'anxiété, 64% de troubles du sommeil, 78% de tristesse de l'humeur, 28% de troubles de la concentration, 13% souffre de pensées suicidaires et 3% ont fait une tentative de suicide avec hospitalisation[1].**

Une revue systématique de littérature d'études européennes des MNA confirme cette forte surreprésentation des troubles mentaux chez ces jeunes, , sans possibilité de distinguer de façon fiables la prévalence des TND et des autres troubles psychiques : les prévalences estimées étaient variables mais restaient très importantes pour le trouble du stress post-traumatique (5 à 65%), la dépression (6 à 43%), les troubles anxieux (20 à 39%) et les troubles du comportement ou symptômes externalisés (1,8 à 13%)[2].

Adéquation offre - besoins

Les MNA, connaissent des problématiques particulières, souvent avec des troubles sévères, pour lesquels **les dispositifs existants ne sont pas adaptés.** Quand ils sont pris en charge, ils le sont dans les dispositifs de psychiatrie « Adultes ». Il y a peu de données disponibles sur le territoire concernant leur prise en charge en santé mentale.

1. Médecins Sans Frontières et Comede. (2021). *La santé mentale des mineurs non accompagnés - Effets des ruptures, de la violence et de l'exclusion*.
2. Torracinta, M. (2019). *Réflexions autour de la santé mentale des mineurs non accompagnés arrivés en Europe depuis 2000 : prévalences, déterminants et enjeux des troubles psychiatriques dans cette population*.

Les mineurs non-accompagnés (MNA)

Recommandations

- **Améliorer la connaissance des besoins et des types de prise en charge,** la prévalence des troubles de santé mentale des MNA étant très peu documentée.

- **Améliorer le suivi médical des MNA :**
  - En systématisant les bilans de santé et de santé mentale dans les 48h suivi leur arrivée ;
  - En adaptant les dispositifs de prise en charge pour mieux prendre en charge les polytraumatismes ;
  - En créant des postes de référents santé dans les lieux d'accueil.

Les 5 constats majeurs de l'adéquation offre-besoins

Une nécessité de continuer à renforcer les efforts de repérage et de prévention des troubles psychiques, afin de pouvoir les prendre en charge le plus rapidement et d'éviter toute détérioration

Un taux de prise en charge des besoins en santé mentale qui décroit avec l'âge[1]

Un taux de prise en charge des besoins en santé mentale **meilleur sur la pédopsychiatrie que les TND**[1]

Des profils très fragilisés (ASE, MNA) qui ont un taux de prise en charge largement inférieurs à leurs besoins, et **qui nécessitent des outils de détection et de suivi dédiés**

Une opportunité de progresser sur l'observation des besoins et de l'offre, pour mieux cibler les efforts

1. Action Tank. (2024). *Calculs, voir résultats agrégés en annexe.*

Recommandations

Synthèse des recommandations

Nos recommandations portent sur une amélioration de la sensibilisation des jeunes, des parents, et des professionnels, le renforcement des partenariats, le développement de certaines solutions qui semblent insuffisamment disponibles ou confrontés à des délais d'accès trop longs, ainsi qu'une amélioration de la connaissance et un pilotage de l'adéquation entre offre et besoins.

1 Recommandations qui nécessitent de la sensibilisation et le renforcement de partenariats :

- Continuer à **accompagner les parents** dans le développement de leurs compétences de parentalités
- **Former les professionnels** en contact avec les enfants au repérage des troubles notamment de TND
- Développer les efforts de **prévention** notamment pour les plus grands
- Explorer le développement des **réponses à la fois sociales et psychologiques**, grâce au renforcement des liens entre les professionnels des secteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires.
- Envisager des leviers d'amélioration des compétences de **gestion budgétaire des enfants de l'ASE**

2 Recommandations qui nécessitent des moyens supplémentaires importants :

- **Augmenter le nombre de places** dans les IME, ITEP et SESSAD pour les 7 – 12 ans et les 13 – 18 ans, et dans une moindre mesure pour les 4 – 6 ans
- Améliorer la prise en charge des troubles psychiques et resserrer le **maillage territorial pour les ados**
- **Améliorer le suivi médical en santé mentale des jeunes de l'ASE et MNA**

3 Recommandations qui portent sur l'amélioration de la connaissance et du pilotage :

- **Améliorer la connaissance** des besoins et des types de prise en charge pour tout ou partie des jeunes du territoire, idéalement via un suivi dans le temps
- Envisager de mettre en place un **pilotage** du système de prise en charge sur la base des données produites

Annexes

Entretiens réalisés

- David Blanc, directeur de l'action sociale
- Paul Bosson, chargé de mission MDA
- Laurent Bonneton, psychologue en MDS
- Maria Dietrich Munteanu, psychologue en MDS
- Marie Jamois, psychologue en MDS
- Professeure Jousselme, pédopsychiatre
- Nathalie Karé, conseillère conjugale, centre de santé sexuelle
- Marie Lauze, directrice générale adjointe, Pôle Cohésion Sociale et Solidarités
- Sophie Pontzeele, cheffe de service autonomie
- Véronique Roux, médecin référente ASE
- Anne-Pascale Salomone, conseillère conjugale, centre de santé sexuelle

- Anne-Sophie Molle, médecin scolaire, direction des services départementaux de l'éducation nationale des Hautes Alpes

- Gladys Chautain, directrice adjointe Les Pep
- Cyril Coutelle, directeur Les Pep

- Marie Da Col, cadre supérieur pôle psychiatrie infanto-juvénile CHBD Laragne
- Jean-Michel ORSATELLI, directeur, CHBD

- Aline Gleize, coordonnateur du Projet Territorial en Santé Mentale (PTSM), DAC05

- Laurent Giraud, Mission prévention santé et démocratie sanitaire, ARS

- Carole Leblanc, directrice, Maison des adolescents des Hautes-Alpes

- Anthony Delrieu, coordonateur général des Soins, directeur de la qualité et gestion des risques, CHICAS

Bibliographie principale

- *La pédopsychiatrie, un accès et une offre de soins à réorganiser*, Cour des Comptes, mars 2023
- *Quand les enfants vont mal : Comment les aider ?* , HCFEA, Conseil de l'Enfance et de l'Adolescence, mars 2023
- *La santé mentale des nourrissons et des jeunes enfants*, initiative de la santé mentale des nourrissons et des jeunes enfants d'Ottawa, mai 2019
- *Troubles du neurodéveloppement / TDAH : Diagnostic et interventions thérapeutiques auprès des enfants et adolescents*, Haute Autorité de Santé, septembre 2024
- *Un adolescent français sur deux souffre de symptômes d'anxiété ou dépressifs*, Ipsos, novembre 2022
- *La santé des enfants protégés*, Seizième Rapport au Gouvernement et au Parlement, ONPE, juillet 2022
- *La santé mentale des mineurs non accompagnés, Effets des ruptures, de la violence et de l'exclusion*, Médecins sans frontières et Comede, novembre 2021
- *La santé mentale des jeunes placés de l'Aide sociale à l'enfance*, terra nova, août 2024
- *Evaluation en santé mentale chez les adolescents placés, L'épidémiologie à la relance de la pédopsychiatrie dans le champ de l'enfance en danger*, Dr Bronsard, octobre 2012
- *Premiers résultats de l'étude Enabee sur le bien être et la santé mentale des enfants de 6 à 11 ans en France métropolitaine*, Santé publique France, juin 2023
- *Enquête EpiCov, Epidémiologie et conditions de vie sous le Covid-19*, DREES, mai 2021
- *La prise en charge des troubles psychiques et psychologiques : un enjeu majeur pour notre société*, Haut-Commissariat au plan, juin 2024

Hypothèses de prévalence des troubles du neurodéveloppement par tranche d'âge (1/3)

Si de précédents travaux estimaient la prévalence globale des TND de l'ordre de 10 à 15%, on estime qu'ils touchent désormais à 1 enfant sur 6 soit 17% des enfants, du fait d'une augmentation de la détection et d'une augmentation due à des facteurs environnementaux[1]. **Il existe très peu de données sur la prévalence des TND, par type, et par tranches d'âge au niveau international et aucun en France.**

La plupart des TND sont présents dès la petite enfance, mais leur repérage se fait progressivement car certains signes ne deviennent problématiques qu'avec les contraintes scolaires ou sociales. Par ailleurs, les outils de dépistage deviennent plus performants à mesure que l'enfant grandit. Enfin, certaines familles et écoles attendent plusieurs années avant de consulter ou d'orienter.

Certains TND sont détectables très tôt, d'autres plus tard

- **Détection précoce (0–3 ans) :** Certains signes peuvent apparaître très tôt (par exemple pour les TSA ou les troubles moteurs sévères), mais les diagnostics sont encore limités à cet âge car les écarts de développement restent flous et les outils de dépistage sont moins discriminants. En général, seuls les cas sévères (retard global de développement, TSA) sont identifiés.
- **Âge préscolaire (4–6 ans) :** Les troubles du langage, de la communication et de la motricité deviennent plus visibles. L'entrée en maternelle permet les premiers repérages des troubles du langage, TSA, déficience intellectuelle, début des suspicions de TDAH. Certains TSA et retards du développement sont formellement diagnostiqués.
- **Âge scolaire (7–12 ans) :** Les exigences scolaires et sociales permettent de révéler des difficultés cognitives, attentionnelles ou d'apprentissage. C'est la période de pic de diagnostique (TDAH, troubles des apprentissages, troubles moteurs et du langage), et de consolidation des diagnostics TSA passés.
- **Adolescence (13–18 ans) :** Certains TND (comme les TSA sans déficience intellectuelle, ou les troubles du langage léger) peuvent être identifiés tardivement, surtout en cas de compensation antérieure. Des troubles cognitifs secondaires peuvent aussi émerger plus clairement dans les contextes de stress scolaire ou social. C'est une période d'achèvement du repérage des TND, et d'identification de cas tardifs (TSA sans déficience, TDAH masqué, dyslexie légère).

1. Prévalence des troubles du neurodéveloppement Document préparatoire à la stratégie nationale pour les troubles du neurodéveloppement 2023-27, CEAND (2023). Aux USA, la prévalence atteint 17,8%.

Hypothèses de prévalence des troubles du neurodéveloppement par tranche d'âge (2/3)

Les TND persistent tout au long de la vie pour une grande partie des personnes concernées.

- Les symptômes peuvent évoluer, s'atténuer ou changer de forme avec l'âge. Certains adultes ne répondent plus totalement aux critères diagnostiques tels qu'ils sont définis pour les enfants. Par exemple, un enfant avec un TDAH très hyperactif peut, à l'âge adulte, présenter surtout des troubles attentionnels mais moins d'hyperactivité manifeste.
- Les études épidémiologiques n'utilisent pas toujours les mêmes outils de diagnostic ou les mêmes critères selon l'âge. Les questionnaires standardisés pour les enfants ne sont pas directement transposables aux adultes. Ainsi, une même personne pourrait être "repérée" comme ayant un trouble dans l'enfance mais "non repérée" dans une étude épidémiologique adulte.

La prévalence des TND varie fortement également selon les types de troubles

- Une récente revue systématique de la littérature internationale a fourni les taux de prévalence ci-contre des différents types de troubles du neurodéveloppement[1].
- Ces taux de prévalence varient selon les régions, les pratiques et les méthodologies de diagnostic.
- Ces taux ne s'ajoutent pas, les 2/3 des jeunes cumulant plusieurs types de troubles[2].

Grandes catégories de TND	Taux de prévalence
Déficience intellectuelle (ID)	0,63 %
TDAH	5–11 %
TSA	0,70–3 %
Troubles spécifiques des apprentissages	3–10 %
Troubles de la communication	1-3,42%
Troubles moteurs	0,76-17%

1. Frances, L. (2022). *Current state of knowledge on the prevalence of neurodevelopmental disorders in childhood according to the DSM-5: a systematic review in accordance with the PRISMA criteria*, Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health
2. Ameli. (2025). Les troubles du neurodéveloppement de l'enfant.

Hypothèses de prévalence des troubles du neurodéveloppement par tranche d'âge (3/3)

Nos hypothèses de progression de la prévalence avec l'âge

- La prévalence est autour de 2% pour les moins de 3 ans (sous-détection majeure, repérage très partiel)
- Si des biais de diagnostic et des évolutions de symptômes peuvent causer une réduction de la prévalence chez des personnes diagnostiquées entre l'enfance et l'âge adulte ou au cours de l'âge adulte, nous prenons pour hypothèse que la prévalence des TND ne se réduit pas entre 0 et 18 ans chez des enfants et jeunes diagnostiqués.
- On prend comme repère une valeur cible de 17 % à 18 ans, seuil considéré comme reflétant le cumul des diagnostics posés.
- La courbe de prévalence mesurée suit une pente modérée entre 0 et 6 ans, plus rapide entre 7 et 12 ans, et ralentie entre 13 et 18 ans, puisque les diagnostics sont en grande partie posés à cet âge.

Notre proposition de prévalence par tranche d'âge, cohérente avec la littérature et les données locales collectées :

Tranche d'âge	Taux de prévalence estimé	Justification principale
0–3 ans	3%	Dépistage difficile, diagnostics très limités, seuls les cas les plus visibles détectés (retard global, TSA sévères, déficiences majeures)
4–6 ans	7,5%	Premiers repérages en école maternelle des troubles du langage, TSA, déficience intellectuelle, début des suspicions de TDAH
7–12 ans	14,0%	Période de détection massive : TDAH, troubles des apprentissages, troubles moteurs, TSA modérés, troubles de la communication
13–18 ans	17%	Détection plus fine de troubles compensés ou tardifs (TSA sans déficience, TDAH inattentif, dyslexies légères, troubles associés à l'anxiété scolaire)

Méthode de calcul du taux de prise en charge des enfants hauts-alpins

La répartition de la population par tranche d'âge dans les Hautes-Alpes est une estimation réalisée par l'Action Tank sur la base des données du recensement de 2022[1]. Les tranches d'âge fournies par l'INSEE ne correspondant pas aux tranches d'âge pertinentes pour évaluer le taux de prise en charge sur les Hautes-Alpes, nous avons donc fait l'hypothèse d'une distribution linéaire de la population, par âge, pour chaque tranche d'âge.

L'évaluation du nombre d'enfants pris en charge par tranche d'âge sur le département résulte également d'une estimation par l'Action Tank à partir des données d'activité des opérateurs, pour l'année 2023[2][3]. Afin d'avoir des tranches d'âge identique pour tous les dispositifs de prise en charge et pertinentes au regard des modalités de prise en charge, nous avons également fait l'hypothèse d'une distribution linéaire à l'intérieur de chaque tranche d'âge, lorsque cela était nécessaire, afin de calculer le nombre d'enfants pris en charge au total.

- Pour le CAMSP et le CMPP, n'ayant pas de données sur le nombre d'enfants pris en charge sur l'année par tranche d'âge, nous avons appliqué les taux de répartition du nombre d'enfants présent dans les dispositifs au 31 décembre, au nombre total d'enfants présents dans l'année.
- Pour les prises en charge TND, nous avons comptabilisé les enfants pris en charge dans les dispositifs suivants : CAMSP, CMPP, PCO, IME, ITEP, SESSAD. Pour les prises en charge en pédopsychiatrie nous avons comptabilisé les enfants pris en charge par le CHBD et la MDA.

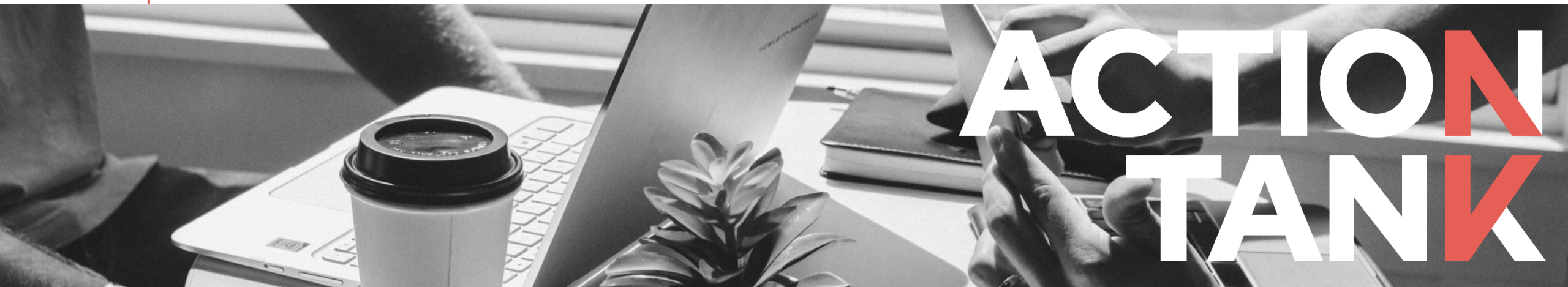
	Population totale Hautes-Alpes[1]	Besoins de prise en charge - TND[2]		Prise en charge effective – TND[2]			Besoins de prise en charge - Pedopsychiatrie[3]		Prise en charge effective - Pedopsychiatrie[3]		
	Volume	Volume	En % de la pop. totale	Volume	En % de la pop. totale	En % de la pop. avec des besoins	Volume	En % de la pop. totale	Volume	En % de la pop. totale	En % de la pop. avec des besoins
0-3 ans	4857	145	3,0%	145	3,0%	100%	25	0,5%	25	0,5%	100%
4-6 ans	4158	312	7,5%	266	6,4%	85%	262	6,3%	151	3,6%	58%
7-12 ans	9302	1 302	14,0%	253	2,7%	19%	1 051	11,3%	593	6,4%	56%
13-18 ans	7871	1 338	17,0%	129	1,6%	10%	1 669	21,2%	875	11,1%	52%
Total 0-18 ans	26187	3 097	11,8%	677	2,6%	22%	3 007	11,5%	1 692	6,5%	56%

1. Action Tank. (2024). *Calculs sur la base de données du recensement de 2022,* INSEE.
2. Action Tank. (2024). *Calculs sur la base de données internes des CAMSP, CMPP, PCO, IME, ITEP, SESSAD.*
3. Action Tank. (2024). *Calculs sur la base de données internes des CHBD, maison des adolescents.*

Cette étude a été réalisée par l'association Action Tank, en partenariat avec le Conseil départemental des Hautes-Alpes. Pour nous contacter :

Marie Decreton, Cheffe de projets, Action Tank
marie.decreton@actiontank.org

Guillaume GINEBRE, Chef de projets, Action Tank
guillaume.ginebre@actiontank.org

Pauline DORIER, Chargée de mission observatoire social départemental
pauline.dorier@hautes-alpes.fr

Hélène SAMSON, Chargée de mission Enfance et droits des femmes
helene.samson@hautes-alpes.fr