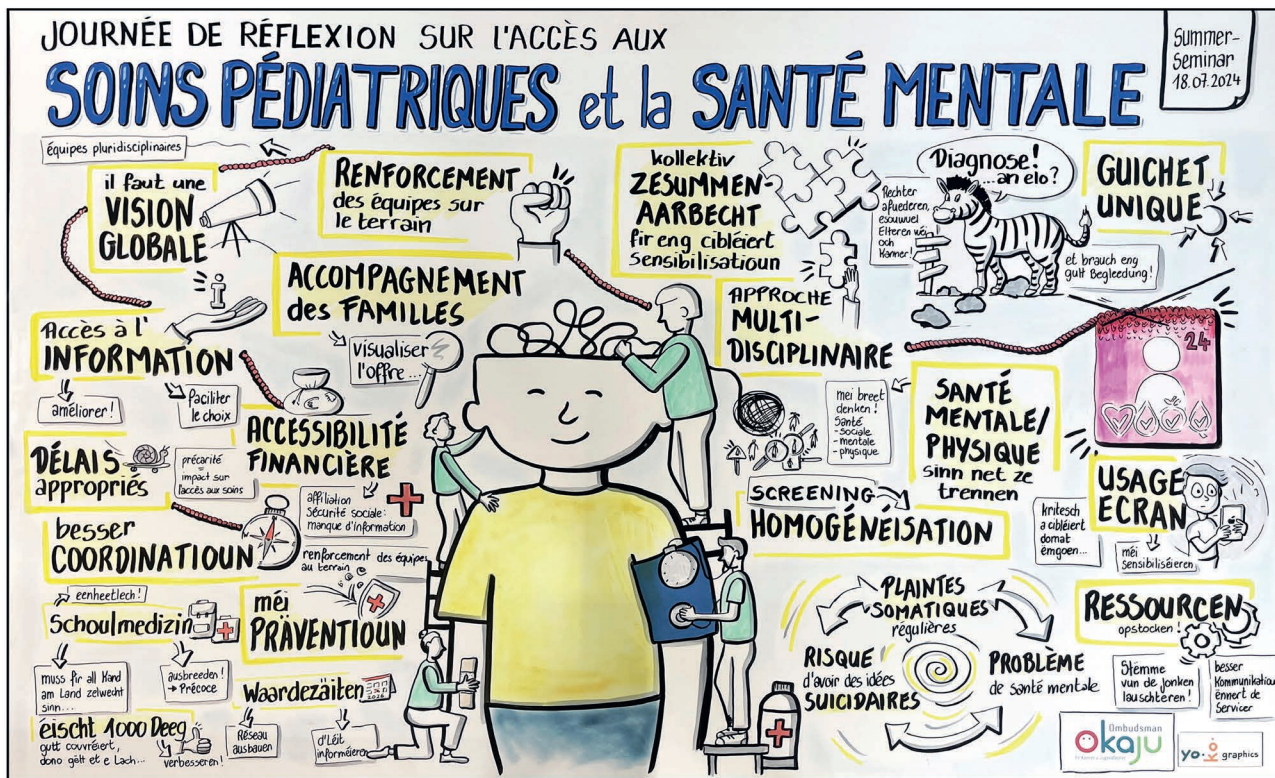


La santé mentale des enfants et des adolescents

JOURNÉE DE RÉFLEXION SUR L'ACCÈS AUX

SOINS PÉDIATRIQUES et la SANTÉ MENTALE

Summer-Seminar
18.07.2024

Reportage graphique réalisé au sujet de la journée thématique lors du Summer Seminaire 2024

Recommandation générale sur la santé mentale des enfants et des jeunes

Santé mentale des enfants et des jeunes

La santé mentale constitue une composante essentielle du développement harmonieux des jeunes, contribuant à leur épanouissement émotionnel, social et cognitif. Si elle n'a pas toujours fait l'objet d'une attention particulière, une prise de conscience s'est opérée, normalisant le discours sur l'importance de la prendre en considération et intégrant cette thématique dans les débats politiques et de santé publique.

Ainsi, les statistiques dressent encore un tableau préoccupant de la santé mentale des jeunes dans le monde. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), un jeune âgé de 10 à 19 ans sur sept souffre d'un trouble mental^[1], un chiffre qui met en lumière l'ampleur du problème. Compte tenu de la situation de vulnérabilité des enfants, il est nécessaire de prêter attention aux signes de détresse dès le plus jeune âge. Depuis la pandémie de Covid-19, les cas d'anxiété et de dépression sont en hausse de 25% dans le monde, renforçant l'urgence d'une intervention.^[2] C'est également ce que constate la Rapporteuse spéciale sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, Tlaleng Mofokeng lors de sa visite au Luxembourg,^[3] qui identifie la santé mentale comme demeurant un sujet préoccupant, car la santé mentale représente un cinquième des besoins en soins médicaux non satisfaits.^[4] Préoccupation des jeunes qui transparait également dans le rapport HBS de 2024.^[5]

Le rapport annuel de l'OKAJU de 2023^[6] mettait déjà en avant la nécessité d'améliorer les services de santé mentale pédiatrique, afin de garantir un soutien approprié, soulignant le manque de spécialistes qualifiés qui limite l'efficacité des soins. En outre, il existe au Luxembourg des lacunes dans les données disponibles concernant la santé des enfants de moins de 11 ans^[7], rendant difficile l'élaboration de politiques ciblées. L'Observatoire de la santé note cependant que 43% des filles et 29% des garçons signalent des problèmes de santé multiples plusieurs fois par semaine, reflétant une hausse des plaintes psychosomatiques.^[8] Le rapport HBS de 2024^[9] lui fait notamment état de l'impact que la pandémie de Covid-19 a eu sur la santé mentale des jeunes – 29% des garçons considèrent que cela

les a impacté négativement contre 42% pour les filles. Ressort aussi de cette étude un écart important entre les genres, les filles ressentant plus souvent des symptômes anxieux que les garçons et se sentant aussi plus seules.

La question de la santé mentale des enfants et des adolescents est étroitement liée **à des facteurs socio-économiques**. Les enfants et adolescents les plus vulnérables en raison de leurs conditions de vie risquent davantage de souffrir de troubles mentaux.^[10] Dans l'étude HBSC, le constat a également été fait que l'aisance financière familiale joue un rôle important sur la santé mentale et le bien-être.^[11] Ces facteurs de risque exacerbent les inégalités dans l'accès aux soins, ce qui renforce la nécessité de politiques inclusives et équitables.

Enfin, les engagements internationaux, tels que la Convention relative aux droits de l'enfant^[12], la Convention relative aux droits des personnes handicapées^[13] et la Convention d'Oviedo^[14], rappellent les obligations des Etats à garantir un accès égalitaire à des soins de santé mentale adaptés aux besoins des enfants. Ces textes mettent l'accent sur l'importance du consentement éclairé et sur la participation des enfants dans les décisions les concernant.

Au Luxembourg, depuis l'entrée en vigueur de la Constitution révisée en date du 1^{er} juillet 2023,^[15] les droits de l'enfant font partie intégrante des droits fondamentaux que l'Etat luxembourgeois doit protéger. Le Plan National Santé Mentale 2024-2028^[16] accorde aux enfants une place importante et reconnaît leurs besoins spécifiques en matière de santé mentale, tandis que dans l'Accord de coalition 2023-2028,^[17] le gouvernement s'engage à améliorer la prise en charge, réduire la stigmatisation et développer la formation des professionnels.

La prévention et la prise en charge précoce des facteurs de risque permettent de minimiser les risques de troubles mentaux, qui peuvent se manifester parfois qu'à l'âge adulte. Pour assurer une prise en charge adaptée des enfants et une prévention adéquate, une collaboration intersectorielle est nécessaire. Les secteurs de la santé, de l'éducation et des services sociaux doivent travailler en étroite coordination pour créer des réseaux de soutien efficaces et offrir des soins et des services mieux adaptés aux besoins spécifiques des enfants et des jeunes. D'ailleurs, lors de la présentation du rapport HBSC^[18], la ministre de la Santé a déclaré que « *la mise en œuvre des politiques nationales nécessite un travail étroit de promotion et de prévention entre le secteur de la santé et de l'éducation, qui place nos jeunes au centre des préoccupations* ». ^[19]

Saluant cette volonté et constatant qu'il y a urgence à agir, l'OKAJU souhaite reprendre et offrir une série d'analyses et des recommandations touchant pour une part tous les enfants et jeunes de manière transversale, et pour une autre part certaines catégories d'âge en particulier (1000 premiers jours, enfance ou adolescence).

Considérations transversales

Certaines situations sont particulièrement susceptibles de mener à des troubles mentaux et ce quel que soit l'âge de l'enfant et constituent à ce titre des facteurs de risque. Elles nécessitent des efforts particuliers en termes de prévention et de prise en charge, tout comme, dans certains cas, des mesures sortant du domaine médical afin de créer un cadre permettant de garantir le développement serein de tout enfant.

Situations d'enfants issus de l'immigration et/ou de l'exil

A. Constats

Les enfants et jeunes issus de l'exil constituent une catégorie de la population particulièrement vulnérable. D'une part, la nécessité de fuir – avec ou sans leur famille – leur pays d'origine constitue une terre nourricière de traumatismes. D'autre part, l'arrivée et le séjour au Luxembourg sont marqués par un manque de repères, de stabilité et de réseau social. Une prise en charge thérapeutique, incluant une approche axée sur les traumatismes, est ainsi nécessaire.

En ce qui concerne les mineurs non-accompagnés, c'est-à-dire arrivant au Luxembourg sans leur famille, le HCR a pu noter une évolution positive du fait d'un renforcement de l'accompagnement psychologique dans le primo-accueil tout comme dans la prise en charge.^[20] Il souligne toutefois également une moindre qualité de la prise en charge au niveau de la pédopsychiatrie. Globalement, l'accès aux soins est facilité parce qu'il est organisé par les services s'occupant des mineurs non accompagnés.

En ce qui concerne les mineurs accompagnant leurs familles au Luxembourg, l'OKAJU a déjà pu constater dans son rapport annuel 2023 sur l'accès aux soins pédiatriques que leur situation est généralement plus délicate : « outre la situation de risque présentée par les familles issues de l'exil ou les demandeurs de protection internationale, les professionnels constatent un manque d'informations, voire une désinformation chez les familles ne parlant pas les langues du pays. La simplification des informations, notamment des informations médicales, est l'une des premières solutions émises par les acteurs. Ils notent également un manque de sensibilisation aux signes d'alerte de certains troubles, aux notions de promotion de la santé et aux mesures de prévention. Ce déficit est à l'origine de fortes inégalités de santé. L'orientation vers le bon service est également retardée, et le suivi des traitements peut être défaillant, malgré le soutien de services d'interprètes. Les professionnels témoignent de « situations extrêmement graves, voire dangereuses à cause d'incompréhensions »^[21].

B. Recommandations

L'exemple des améliorations apportées à la prise en charge thérapeutique des mineurs non accompagnés démontre la possibilité d'une prise en charge organisée. Il convient d'améliorer celle-ci et de l'étendre à l'ensemble des enfants, accompagnés ou non.

Ainsi que l'a exigé la rapportrice spéciale Mofokeng dans son rapport de visite du Luxembourg, « les enfants demandeurs d'asile devraient faire l'objet d'une évaluation psychologique approfondie dès leur arrivée, car ils risquent particulièrement d'être victimes de violations des droits de l'homme (notamment du droit à la santé) durant leur voyage, ou en raison de la nécessité dans laquelle ils se trouvent de demander l'asile »^[22]. Outre l'accueil, il convient de s'assurer que ces enfants aient tout au long de leur séjour accès à un accompagnement thérapeutique adéquat dès lors qu'il s'avère nécessaire.

A ce titre, l'OKAJU recommande :

- La systématisation d'une évaluation psychologique approfondie dès l'arrivée de tout enfant demandeurs d'asile, qu'il soit accompagné ou non par sa famille
- La formation des personnels socio-éducatifs et médicaux aux particularités d'autres cultures, incluant une approche de médiation interculturelle, ainsi qu'une initiation à l'approche axée sur les traumatismes
- L'amélioration de l'intégration des enfants issus de l'exil dès les premières années de leur séjour au Luxembourg

Néanmoins, il convient aussi de noter qu'outre le contexte général de dépaysement, le patrimoine et la situation administrative des familles en situation d'exil se révèlent fréquemment source de précarité majeure^[23].

A ce titre, l'OKAJU recommande :

- Une perspective de régularisation des migrants en long séjour ;
- La mise en place d'un projet individualisé permettant aux mineurs non accompagnés une régularisation lors du passage à la majorité ;
- La garantie de l'accès à un logement adéquat pour tous les enfants et jeunes issus de l'exil.

Pauvreté et impact sur la santé mentale

A. Constats

Un enfant sur quatre au Luxembourg est menacé de pauvreté^[24], le Statec notant que le Luxembourg présente le cinquième taux de pauvreté infantile le plus important en Europe^[25]. L'OKAJU a déjà pu noter dans son rapport annuel 2023 qu'« il est patent que des enfants vivant dans des situations précaires ou étant victimes de violences voient leur développement futur sérieusement compromis, que ce soit en termes de performances éducatives, de santé physique et mentale ou, de manière générale, de construction d'une vie de jeune adulte autonome et épanoui »^[26].

D'un point de vue scientifique, il n'est pas contesté qu'une situation financière familiale désavantageuse risque d'avoir un impact négatif sur la santé mentale des enfants. Ainsi, le rapport HBSC 2022 concernant le Luxembourg note d'une « **vulnérabilité accrue** » **des adolescents issus de familles défavorisées** et appelle à prendre des mesures d'aide sociale afin d'aller à l'encontre de cette tendance.

En effet, l'équipe HBSC a « constaté que l'aisance familiale jouait un rôle important sur la santé mentale et le bien-être. Plus concrètement, les adolescents provenant de familles moins aisées manifestent une moins bonne santé mentale et un niveau de bien-être moins élevé que leurs camarades, indépendamment de l'indicateur examiné. Il en va de même pour les adolescents qui ont (ou dont les parents ont) migré au Luxembourg, notamment en raison du lien entre l'aisance familiale et l'origine migratoire»^[27].

Alors que l'étude HBSC se focalise sur l'âge adolescent, les mêmes constats valent à l'évidence pour tout enfant : dès sa naissance, un enfant a besoin d'un milieu serein et stable, qui est toutefois perturbé dès lors que la famille se trouve dans une situation financière précaire et ne peut de ce fait se consacrer prioritairement aux enfants.

Caritas Luxembourg a fait un constat similaire dans une prise de position de 2022 en considérant que « lorsqu'on parle de pauvreté des enfants, il est important de considérer non seulement l'aspect financier et matériel, mais aussi le lien direct qui existe avec la précarité émotionnelle. (...) L'attention, l'amour et l'apprentissage intergénérationnel que les enfants peuvent recevoir dans un cadre familial adapté sont irremplaçables pour notre société. Il est donc essentiel, non seulement de veiller à ce que les enfants aient accès aux services d'éducation et d'accueil de qualité, mais aussi de soutenir les parents dans leurs responsabilités, notamment à travers des politiques de cohésion sociale adaptées à notre société multiculturelle et conciliant travail et vie de famille »^[28].

B. Recommandations

Alors qu'il ressort clairement des études que l'aisance familiale constitue un facteur significatif en matière de santé mentale, la pauvreté est l'une des matières dans lesquelles les mesures à prendre ne sauraient se limiter à la prévention ou prise en charge thérapeutique. Il convient au contraire de s'attaquer **aux racines de la pauvreté infantile** et de soutenir activement les enfants et familles moins aisées.

Le Rapporteur spécial des Nations Unies sur l'extrême pauvreté, Olivier de Schutter, souligne un lien étroit entre pauvreté et santé mentale, l'amenant à déclarer que « pour lutter contre la vague mondiale de dépression et d'anxiété, davantage d'efforts doivent être déployés pour combattre la pauvreté et l'inégalité, ainsi que pour remédier à l'insécurité économique »^[29].

Il est ainsi essentiel, comme le souligne le rapport HBSC, qu'« il convient de compenser la vulnérabilité accrue des adolescents issus de familles moins aisées en matière de bien-être et de santé mentale par des offres supplémentaires de soutien aux adolescents issus de milieux défavorisés. Au vu de la détérioration du bien-être et de la santé mentale des adolescents qui ne vivent pas avec leurs deux parents et du risque accru de pauvreté des familles monoparentales, il est urgent de répondre aux besoins des adolescents qui sont confrontés à la combinaison de ces deux risques. Les politiques visant à ré-

duire les inégalités socio-économiques globales et à soutenir financièrement les familles disposant de moins de ressources devraient toutefois être poursuivies et étendues »^[30].

L'OKAJU recommande ainsi, de manière générale :

- L'élaboration d'une étude ciblée de la pauvreté infantile ;
- L'élaboration d'une stratégie nationale de lutte contre la pauvreté ;
- L'adaptation des aides disponibles en prenant en comptes non seulement le bénéficiaire direct, mais également les enfants ;
- L'investissement, par les communes, dans un parc de logements d'hébergement d'urgence permettant d'alléger le phénomène de mal-logement.

Mesures de placement et incarcération d'enfants en conflit avec la loi

A. Constats

Conséquence de l'application de la loi de 1992 relative à la protection de la jeunesse, l'appréhension par le Luxembourg d'enfants et jeunes en conflit avec la loi se traduit par une approche avant tout punitive. La détresse pouvant être à l'origine d'un comportement en conflit avec la loi est encore trop souvent ignorée, dès lors que l'élaboration d'un examen psychologique demeure une simple faculté pour le juge saisi d'une affaire. Outre la possibilité d'un trouble mental occulté, la rupture avec le milieu familial peut provoquer un traumatisme supplémentaire pour le jeune.

En cas de placement dans un établissement fermé, la circonstance que le jeune en conflit avec la loi souffre par ailleurs d'un **trouble mental est souvent insuffisamment pris en compte**. Ainsi, la rapportrice spéciale Mofokeng note dans son rapport de visite que « plusieurs parties prenantes ont indiqué que les mesures actuellement applicables aux enfants et aux jeunes en conflit avec la loi ou ayant de graves problèmes de santé mentale n'étaient pas adaptées à leurs besoins. Par exemple, certains enfants en conflit avec la loi vivaient toujours dans des établissements fermés, tels que l'Unité de sécurité au sein du Centre socioéducatif de l'État, où l'accompagnement psychologique était limité : deux psychologues, dont l'un travaillait à temps plein et l'autre à temps partiel, et un pédopsychiatre étaient présents pour des visites une demi-journée toutes les deux semaines. En outre, la Rapporteuse spéciale a été informée que des enfants en conflit avec la loi étaient également admis au centre hospitalier neuropsychiatrique ; cependant, au moment de sa visite, le taux d'occupation de ce centre était tel qu'il manquait de lits pour accueillir davantage d'enfants.

La Rapporteuse spéciale juge très préoccupant que lorsqu'un enfant en conflit avec la loi est placé dans l'Unité de sécurité du Centre socioéducatif de l'État ou dans une famille d'accueil ou admis à l'hôpital de neuropsychologie, ses parents perdent leurs droits parentaux et l'autorité sur l'enfant est transférée au directeur de l'établissement psychiatrique. Elle est également préoccupée par le manque de structures de soins prenant en charge les mineurs placés en famille d'accueil. Elle a eu connaissance de cas d'enfants placés dans des familles d'accueil à l'étranger, une situation qui empêchait leur suivi par les travailleurs sociaux luxembourgeois, cette responsabilité étant alors déléguée aux travailleurs sociaux du pays concerné »^[31].

De plus, récemment, une question-réponse parlementaire (n°1320) relative aux personnes disparues fait le triple constat que 1) la plupart des enfants disparus sont issus de foyer d'accueil ; 2) la proportion des disparitions ou fugues augmentent avec l'âge de l'enfant et 3) les filles sont plus sujettes à ce type de comportement – ces deux derniers constats seraient sans doute à mettre en perspective avec l'évolution d'un mal-être comme le rapportent les évaluations de la santé et du bien-être par groupe d'âge, menées dans le cadre de l'étude HBSC.

B. Recommandations

Etant donné les besoins particuliers d'enfants en conflit avec la loi, l'OKAJU recommande :

- L'introduction de l'obligation d'une évaluation psychologique approfondie de tout enfant ou jeune vivant en dehors de leur foyer familial ;

- L'élaboration d'un régime d'incarcération conforme au bien-être et aux besoins des mineurs ;
- L'élaboration de conditions d'accueil en foyer conforme au bien-être et aux besoins des mineurs ;
- Le développement d'une offre de prise en charge pour les enfants témoignant d'une détresse intense ou de comportements particulièrement violents dans le contexte d'un trouble psychologique ou psychiatrique ;
- L'adaptation des procédures pour les placements sans consentement en milieu psychiatrique;
- L'abolition, comme prévu par le projet de loi n°7994, du retrait automatique de l'autorité parentale en cas de placement et le renforcement, entre autres, des liens avec la famille.

Enfants en situation de handicap

A. Constats

Alors qu'une personne en situation de handicap ou ayant des besoins spécifiques en matière de développement intellectuel peut parfaitement bénéficier d'une bonne santé mentale, la souffrance ressentie dans le cadre d'une situation de handicap peut se répercuter sur la santé mentale d'un enfant.

Ce risque est encore accru si le handicap de l'enfant n'est pas ou tardivement diagnostiqué ou s'il n'est pas correctement pris en charge, entraînant, par exemple, pour un enfant autiste, un trouble mental s'ajoutant au diagnostic de base. Cette **comorbidité** est encore peu prise au sérieux alors que le risque accru de troubles mentaux est démontré. Ainsi, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) note que les personnes atteintes d'un handicap sont deux fois plus exposées à un trouble mental, risque accru découlant notamment des discriminations et systèmes d'exclusion dont elles sont victimes^[32].

La Rapporteuse spéciale de l'ONU a également noté que les enfants et jeunes handicapés manquent de professionnels spécialisés pour la prise en charge de leur santé mentale^[33].

B. Recommandations

L'OKAJU estime qu'il est impératif de s'attaquer aux problèmes structurels expliquant les comorbidités dont souffrent les personnes atteintes d'un handicap. Dans ce contexte, il recommande :

- De remédier aux lenteurs en matière de diagnostic ;
- Une refonte des politiques d'inclusion afin que cesse l'exclusion des enfants et jeunes atteints d'un handicap du système scolaire ordinaire ;
- Une spécialisation des professionnels du secteur aux comorbidités des diagnostics pour les enfants et adolescents à besoins spécifiques dans le domaine du développement intellectuel et ayant des troubles psychiques.

LGBTIQ+

A. Constats

Alors que le Luxembourg a procédé à d'importantes réformes visant à éliminer les discriminations subies par les personnes lesbiennes, gay, bi, trans et intersex, force est de constater que certaines discriminations persistent. De même, en ce qui concerne les enfants et jeunes LGBTIQ+, demeure l'impression d'être à l'écart de la normalité, circonstance contribuant à un sentiment d'isolement et de fragilisation de la santé mentale. Les interventions chirurgicales sur des enfants intersexes en bas âge et n'ayant pas la capacité d'y consentir sont toujours pratiquées, tandis que manque une offre spécialisée pour les enfants trans. Pour ces enfants et jeunes, les séquelles psychiques peuvent être importantes.

Comme le note la rapportrice spéciale de l'ONU, « avant d'entamer une transition hormonale, les personnes transgenres ont l'obligation d'être suivies par un psychiatre pendant un an, mais qu'en raison du manque de psychiatres ayant reçu la formation adéquate dans le pays, ces directives ne sont pas appliquées. En outre, elle a appris qu'il n'y avait pas assez d'endocrinologues et que les personnes en transition avaient du mal à obtenir un rendez-vous. Certaines personnes ont estimé que ces obstacles provoquaient une dysphorie et de nouveaux problèmes de santé mentale, qui renforçaient encore la stigmatisation des personnes concernées. La Rapporteuse spéciale a été informée que le Ministère

de la famille, des solidarités, du vivre ensemble et de l'accueil avait élaboré un plan relatif à la santé des transgenres ; elle a toutefois constaté qu'il n'existait pas de directives cliniques claires au niveau national concernant les personnes transgenres, malgré les progrès enregistrés dans la prise en charge clinique de ces personnes partout dans le monde »^[34].

B. Recommandations

Afin de garantir que tout enfant et jeune puisse jouir du meilleur état de santé possible, il est important d'accomplir des efforts supplémentaires en matière de protection des personnes LGBTIQ+. En fait partie la normalisation des thèmes LGBTIQ+ dans la société entière.

A cette fin, l'OKAJU recommande :

- La normalisation des thèmes LGBTIQ+ dans les contenus scolaires ;
- L'amélioration de l'éducation affective et sexuelle en fonction de l'âge des enfants et jeunes concernés, sur base des standards internationaux élaborés et dans le respect des droits de l'enfant.^[35] ;
- L'élaboration de directives cliniques concernant les interventions d'affirmation de genre pour les enfants et jeunes trans et les interventions de détermination de genre pour les enfants et jeunes intersexes ;
- L'interdiction, avant possibilité d'un consentement éclairé, des interventions chirurgicales et médicales d'assignation de sexe sur des enfants présentant des variations des caractéristiques sexuées en l'absence de nécessité médicale absolue ;
- L'introduction d'un accompagnement psychologique des enfants trans et l'accélération des efforts de mise en lien cèle avec un endocrinologue.

À la lumière des premiers constats et de premières recommandations, force est de constater que les enjeux entourant la santé mentale des enfants sont multiples et complexes, et ce d'autant plus qu'il peut y avoir des effets cumulatifs et aggravants de divers facteurs sur cette dimension de la santé de l'enfant tout au long de son développement – et de l'homme en général dès lors qu'est considérée une approche de développement « vie entière ». Ainsi, agir pour la santé mentale des enfants d'aujourd'hui, c'est garantir un espace de développement optimal pour les citoyens de demain ; c'est garantir les droits à « bien vivre » et à mieux « vivre ensemble ». Pour en comprendre tout le sens, il sera abordé dans ce qui suit une lecture « développementale » des enjeux entourant la santé mentale dès la conception jusqu'à l'aube de la vie adulte.

Les 1000 premiers jours

Il n'est plus à démontrer l'importance des premiers jours de vie pour le développement futur de l'enfant, puis de l'homme, tant il a été mis en avant les spécificités de ces premiers pas dans l'existence aussi bien d'un point de vue des vulnérabilités que d'un point de vue des potentialités. Toutefois, comme relevé précédemment, divers points d'attention obligent à accroître notre vigilance et nos actions pour garantir aux enfants un espace serein et protégé afin qu'ils s'y épanouissent. Les droits à la survie, à la vie, au développement, à la santé et à la protection – pour n'en citer que quelques-uns – prennent ici particulièrement leur sens.

A. Constats

Rappelons qu'une série d'articles parus dans *The Lancet* en 2016^[36], dont le titre évocateur : *Advancing Early Childhood Development: from Science to Scale*, concluait sur un appel fort aux décideurs politiques mondiaux pour la mise en place d'institutions efficaces pour atteindre des objectifs collectifs, c'est-à-dire en faisant progresser la priorité politique accordée au développement de la petite enfance, notamment à travers un environnement politique de plus en plus favorable, des progrès en matière d'indicateurs de développement de la petite enfance et l'existence d'arguments convaincants en faveur de l'investissement dans ce domaine. S'il est vrai que cette dernière décennie a été particulièrement marquée par des actions politiques fortes au bénéfice des jeunes enfants, d'aucuns s'accordent à souligner le manque criant d'indicateurs et de pilotage des politiques mises en place et, ce d'autant

plus dans un paysage national où de nombreuses ressources existent sur le territoire mais, par faute de coordination, d'accessibilité, etc. ne permettent pas d'en tirer tous les effets.

Comme le souligne l'UNICEF, « *Les 1 000 premiers jours de vie peuvent influencer de manière décisive sur l'avenir d'un enfant. Nous n'avons qu'une seule chance de lui offrir le meilleur départ possible.* ». En effet, précisons que la notion fait référence aux premiers développements *in utero* jusqu'aux 2 ans révolus de l'enfant. Rappelons qu'une des caractéristiques humaines est cette longue enfance dont la spécificité réside en une dépendance prolongée aux adultes comparativement aux autres mammifères. Ainsi, cette forte dépendance rend sensible, par nature, le développement du petit enfant qui doit, par définition, être appréhendé à travers ses relations avec ses parents – premières figures d'attachement significatives ; premiers tuteurs de développement qui conditionneront son devenir.

Pour « bien » grandir, il importe qu'une co-adaptation entre le nourrisson et ses parents soit positive, en ce sens qu'une appropriation des spécificités et des uns et des autres sur un mode relationnel affectif, stimulant et protecteur lui permettra de développer un attachement sécurisé et des émotions positives. Ces premiers liens humains conditionneront, dès lors, ses futures relations à soi, aux autres et à son environnement. Toutefois, les contingences de la vie (p.ex. conditions de vie, conditions familiales, maladie d'un des parents, etc.) peuvent provoquer un tout autre mode relationnel et environnemental à son développement. En effet, les études internationales ont amplement démontré l'importance des trois premières années de la vie pour le développement de l'enfant, ainsi que pour sa santé globale jusqu'à l'adolescence et l'âge adulte^[37]. De nombreuses recherches révèlent que l'adversité répétée et vécue durant l'enfance (i.e. *Adverse childhood experiences, ACE*) a des conséquences majeures sur le développement du cerveau (notamment d'un point de vue cognitif, socioémotionnel et comportemental) et, de manière plus globale, sur la construction du capital santé des enfants^[38]. Cette exposition peut compromettre leur santé mentale tout au long de leur vie^[39].

Comme le soulignent divers rapports gouvernementaux étrangers (p.ex. Rapport parlementaire britannique^[40], 2019 ; Rapport de la commission française d'experts, 2020^[41]), développés à partir de connaissances scientifiques solides, **il devient urgent de garantir un environnement dans lequel le très jeune enfant pourra s'épanouir en sécurité**. En effet, la proximité physique avec les parents ou des personnes significatives pour l'enfant participe au co-développement affectif, c'est-à-dire qu'une relation chaleureuse et affective favorisera le développement de diverses compétences du nourrisson en termes de régulation des émotions, de gestion de soi (cf. gestion du stress, qualité du sommeil, conditionne la capacité d'autocontrôle à l'âge de 10 ans) et d'habiletés sociales – toutes importantes pour les apprentissages. S'y ajoute le bénéfice de différentes activités qui auront également un impact substantiel sur son développement futur, à savoir :

- Le langage, dès la naissance, est associé principalement à l'adaptation, à la socialisation, et à une stimulation importante pour un développement harmonieux avec un impact sur la scolarité future^[42].
- Le jeu favorise la construction de nouveaux concepts et soutient le développement moteur, social, émotionnel, affectif, relationnel et conceptuel. En ce sens, c'est une des activités fondamentales du nourrisson et du très jeune enfant^[43].

Toutefois, il y a lieu de protéger également ces enfants de pratiques dangereuses pour leur développement, au regard de l'évolution sociétale, comme celles relatives à **l'exposition prématurée aux écrans**. En effet, cette exposition est potentiellement délétère pour tout un ensemble de compétences et d'habiletés du très jeune enfant, pouvant amener à divers troubles cognitifs (p.ex. attention déficitaire, retard de communication et de langage), du comportement (p.ex. comportements d'allure agressive : objets/jouets jetés à travers une pièce) et sociaux (p.ex. absence de recherche d'interaction avec le parent, voire désintérêt à son égard ; difficulté de contacts avec les autres enfants), pour en citer quelques-uns^[44]. Certains spécialistes en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent vont jusqu'à lancer un appel pour la reconnaissance d'un nouveau syndrome : le **syndrome « Exposition précoce et excessive aux écrans » (EPEE)**^[45]. Cette interpellation épouse tout un ensemble de préoccupations et de recommandations, notamment, celles émises par l'Organisation Mondiale de la Santé (2019), et plus largement, de la communauté scientifique. Pour exemple, le psychiatre et psychologue Serge Tisseron recommande notamment pas d'écran avant 3 ans^[46]

L'écran ne remplace pas les interactions avec les pairs ni celles avec l'environnement de l'enfant qui a besoin d'explorer toutes ses possibilités pour bien grandir. La thématique de l'exposition des enfants aux écrans et ses préjudices est décrite en profondeur au chapitre C du présent rapport.

Dans une autre perspective, reprenant un proverbe africain souvent cité, « il faut tout un village pour élever un enfant », il importe d'adopter ici une approche communautaire du prendre soin de la petite enfance dès lors que l'enfant est confié à un tiers autre que ses parents (cf. crèche, etc.) – la responsabilité de son bon développement devenant ainsi la responsabilité de tous. En effet, l'espace public et ses acteurs devraient garantir un environnement favorable pour la santé des tout-petits, incluant des activités physiques, qui leur permettent de prendre conscience de leur corps, de développer leur coordination, leur équilibre, etc. et, ainsi, avoir un effet significatif en termes de santé mentale (cf. diminution du stress, des comportements agressifs, etc.) lorsqu'ils évoluent dans un environnement naturel^[48]. La culture et l'art^[49] ont également un rôle fondamental pour les apprentissages, la régulation des émotions ainsi que le sentiment d'appartenance à un groupe (cf. identité) – ils sont des outils de lutte contre les inégalités, influençant positivement la santé.

Pour conclure, il est fondamental d'offrir durant les 1000 premiers jours un mode de vie et un environnement sain pour les enfants – gages d'une meilleure santé tout au long de la vie, soutenus par des facteurs de protection influençant favorablement la santé mentale, comme par exemple le sommeil^[50], l'allaitement^[51], les comportements de santé ou la santé des parents^[52] ainsi que la prévention de toute forme de violence^[53].

A. Recommandations

À l'issue de quelques constats fondamentaux mais non exhaustifs, il convient de réitérer avec force les recommandations déjà émises par la société savante internationale et l'ensemble des commissions d'experts dédiées concernant la santé, et plus particulièrement la santé mentale des plus petits.

● Prévention

Le dicton « mieux vaut prévenir que guérir » s'applique particulièrement aux premières périodes de la vie, tant les impacts d'un environnement hostile ou de non-détection de certaines pathologies peuvent avoir des conséquences dramatiques, parfois irréversibles pour le développement du nourrisson et de l'enfant en bas âge, voire être source de décès prématuré évitable^[54].

Ainsi, il y a lieu de considérer la prévention en faveur de la santé mentale des plus petits dans le jeu de leurs interactions avec les adultes et leurs environnements. Nombre de spécialistes et de professionnels définissent cette prévention à travers trois notions fortes : la promotion, la sensibilisation et l'action coordonnée, plus précisément :

- Promotion dès le plus jeune âge de la santé mentale auprès de tous les enfants et de tous les adultes;
- Sensibilisation aux rôles et aux conséquences du rôle parental pour prévenir l'épuisement ou *burn out* parental^[55], y inclus le monde du travail et la société dans son ensemble ;
- Sensibilisation aux risques de toute forme de violence, en particulier celui relatif au syndrome dit « du bébé secoué » (cf. risque élevé de décès ou de handicap à vie), assortie de programmes éducatifs adaptés^[56];
- Sensibilisation aux besoins des nourrissons et à ses besoins d'être en relation et communication avec ses parents et avec les adultes s'occupant de lui^[57] ;
- Prévention des événements négatifs durant la petite enfance^[58] ;
- Mise en œuvre d'actions coordonnées entre la santé, l'éducation, la famille, et tout autre domaine dans lequel évolue l'enfant.

En outre, il importe de souligner l'existence, sur le territoire, d'une politique de santé en faveur des nourrissons à travers la promotion et l'incitation positive (cf. allocations, gratuité, etc.) à réaliser divers examens médicaux de contrôle et de prévention jusqu'aux 24 mois de l'enfant. Pour se « conformer » aux grands enjeux des 1000 premiers jours, il serait fondamental d'étendre cette approche jusqu'aux 36 mois de l'enfant. De plus, la santé mentale est très peu explorée à ces occasions alors qu'elle pour-

rait aisément y être intégrée grâce à un **dépistage précoce de la souffrance psychique** des tous petits en systématisant l'utilisation d'outil d'évaluation validés scientifiquement par diverses études menées grâce à Médecins Sans Frontières : l'outil PSYCA 6-36^{[59],[60]}, adapté en 5 langues (cf. Français, Anglais, Runyankore, Swahili, Khmer) et permettant l'évaluation des difficultés psychologiques chez le nourrisson âgé de 6 à 36 mois.

Cependant, dans de nombreux contextes et situations, le nourrisson et le très jeune enfant ont besoin de soins et d'accompagnement professionnel adaptés dès lors que leur santé mentale a été compromise. Ainsi, il y a lieu, dans ce qui suivra, d'aborder quelques aspects importants permettant de soutenir le bien-être des enfants dans le cadre de soin et de prise en charge, comme celui du placement.

● **Prise en charge**

Comme énoncé dans les constats, les 1000 premiers jours concernent l'enfant dès sa conception et ainsi l'importance de la santé, et plus particulièrement, de la santé mentale de sa mère sur celle de son enfant. Ainsi, on oublie de mentionner dans l'espace public que la grossesse et la période post-partum sont des périodes de risque élevé concernant le développement de troubles mentaux, qui sont fréquents et touchent environ 20% des femmes. Cette incidence résulte d'une combinaison de facteurs biologiques, psychologiques et sociaux qui rendent la période périnatale particulièrement difficile. Les troubles mentaux périnataux sont associés à des conséquences néfastes pour la mère et l'enfant, telles qu'un faible poids à la naissance, un travail prématuré et de faibles indicateurs des fonctions vitales, une négligence envers l'enfant et un lien affaibli entre l'enfant et la mère. Cependant, les troubles mentaux périnataux restent sous-diagnostiqués et sous-traités (Womersley & Alderson, 2024^[61]). Il a été démontré que la prévention des maladies mentales est plus efficace que les soins dits réactifs pendant la période périnatale. La vigilance face à l'émergence d'une maladie mentale périnatale est la responsabilité de tous les professionnels de la santé (cf. sages-femmes, infirmières, médecins, etc.) qui ont tous un rôle à jouer auprès des femmes. Environ 90% des femmes atteintes de troubles mentaux périnataux sont soignées en médecine générale. Cependant, il conviendrait, comme le suggèrent un certain nombre d'experts, de développer des parcours dans tous les services prénatals permettant aux femmes à haut risque d'être identifiées, si possible avant la conception, et orientées vers des services spécialisés en santé mentale périnatale, voire, par la suite, dans une unité hospitalière mère-enfant^[61]. Ce développement du soin permettrait, en effet, d'obtenir des leviers supplémentaires de prévention pour la santé et la santé mentale des nourrissons et des enfants en bas âge.

Il arrive des situations qui demandent le placement du nourrisson et du très jeune enfant dans des dispositifs de protection de l'enfant lorsqu'il y a danger ou fort risque de danger pour sa vie et/ou pour son développement. Depuis plus d'une décennie, la littérature scientifique à ce sujet s'est étoffée pour être source d'appui à une prise en charge de qualité au regard des enjeux colossaux qui se posent pour cette population d'enfants. Dans cette acceptation, de nombreux facteurs se sont avérés associés aux résultats développementaux des enfants placés en dehors de leur foyer dont la stabilité du placement ; la figure significative pour l'enfant répondant à leurs besoins, notamment en termes de disponibilité, d'accessibilité et de flexibilité ; la combinaison des conséquences de leurs expériences précoces et d'une vulnérabilité due à des facteurs de risque génétiques ou à des conditions institutionnelles défavorables pour élever l'enfant ; la qualité des interactions entre l'enfant et la personne qui s'occupe de lui ; etc.^[62]. Outre ces éléments à considérer de manière primordiale, les conditions de placement le sont tout autant. En effet, il est essentiel de garantir (dans les situations familiales qui le permettent) le placement avec la fratrie, le maintien des relations avec la famille biologique et les relations étroites avec la mère car elles se sont avérées être particulièrement associées à un meilleur bien-être socio-émotionnel des enfants placés en dehors du foyer^[63].

Complémentairement, dans le contexte des familles monoparentales, il est à noter la situation particulière de jeunes mères célibataires bénéficiant de mesures d'aide et de protection pour elles et pour leur(s) enfant(s). Majoritairement, il s'agit de mères vulnérables et fragilisées par un parcours de vie douloureux, souvent marqué par une carence affective, un isolement social et d'autres composantes à risque pour elles et leur(s) enfant(s) (p.ex. conflits familiaux, comportements de santé à risque, etc.). Ainsi, selon les difficultés psychologiques rencontrées par la jeune mère, il importe d'être attentif aux potentiels moments d'incapacité totale ou partielle de s'occuper de leur(s) enfant(s), alors même qu'elles peuvent dévoiler des attitudes adaptées à l'égard de

leur bébé. Certaines études appellent ainsi à évaluer la qualité de la relation mère-enfant, en se basant sur des outils adaptés, dans le but de détecter tout danger à long terme pour l'enfant que ce soit en termes de sécurité, de santé et de santé mentale^[64] et d'offrir à ces jeunes mères une aide socio-éducative adaptée à la relation mère-enfant et à leur projet de vie. D'autres recommandent également d'introduire systématiquement une politique de prévention, de promotion de santé mentale et de prise en charge des troubles mentaux dans les institutions accueillant la jeune mère avec son(ses) enfant(s)^[65].

Ainsi, les 1000 premiers jours de vie d'un enfant doivent, à la fois, être caractérisés par des « soins attentifs dès le départ »^[66] et être appréhendés de manière étroite dans toutes relations qu'il entretient avec les adultes. Insistons, encore une fois, sur le fait qu'il est, à cette période de la vie, particulièrement dépendant des autres, qui ont un « pouvoir » quasi absolu sur son devenir, et sur sa santé mentale.

Outre, cette première étape de développement, les autres qui suivront doivent également attirer notre attention car chaque étape pose des enjeux d'envergure pour la santé mentale des enfants et des adolescents.

L'enfance (jusqu'à l'âge de 10 ans)

L'enfance est la période durant laquelle s'exerce un processus de maturation des premières compétences et habiletés qui enrichiront au fur et à mesure de l'avance en âge dans des contextes propices pour ce faire. En outre, ici aussi, de nombreux facteurs interviennent pour soutenir ou, *a contrario*, pour faire obstacle au bon développement de l'enfant.

A. Constats

L'enfance^[67], ou autrement dénommée « petite enfance », s'étend de la naissance à l'âge de 8 ans. À l'issue des développements précédents et de ceux à venir, nous retiendrons pour cette partie la tranche d'âge allant de 3 à 9 ans révolus. Durant cette période, plusieurs spécialistes et experts ont mis la lumière sur des points essentiels influençant la santé mentale des enfants, aussi bien des aspects extrinsèques que des aspects intrinsèques qu'il convient de considérer pour le bien-être des enfants. Notons également qu'il s'agit d'une période particulièrement marquée par l'entrée à l'école et durant laquelle la scolarité prend une part essentielle dans la vie d'un enfant.

Comme évoqué précédemment, les caractéristiques du milieu de vie jouent un rôle crucial sur la santé mentale des enfants. En effet, la littérature scientifique rapporte qu'un milieu socio-économique défavorisé dans lequel évoluent les enfants a un impact négatif sur leur qualité de vie à cause du stress engendré par la pauvreté, qu'il soit effectif ou vécu comme tel. Les enfants « défavorisés » ont une moins bonne santé mentale et présentent plus de risques de développer un, voire plusieurs troubles psychopathologiques, par exemple des troubles anxieux (cf. problème d'angoisse de séparation, phobie et anxiété généralisée)^[68].

Pour comprendre cet impact, il est fondamental de le lier aux particularités des enfants jusqu'à l'âge de 6 ans. En effet, jusqu'à cet âge, les enfants ressentent des peurs et des angoisses qu'ils ne sont pas en possibilité de gérer^[69]. La protection de leurs parents et de tout autre adulte, professionnel compris, contre le stress est ainsi essentielle^[70]. Dans cette perspective, les difficultés affectives, quelle que soit la situation économique de l'enfant, sont à prendre en compte car les enfants présentant des troubles dépressifs ont un fort risque de développer une angoisse qui peut être à l'origine de tentatives de suicide durant l'adolescence^[71].

De plus, à la lumière de nombreuses publications, des constats émanant du contexte scolaire dévoilent une confrontation de plus en plus croissante aux besoins en santé mentale chez les élèves dès leurs premières années scolaires jusqu'à la 12^e année. Cette hausse croissante est, en partie liée à l'accès aux soins de santé et aux soutiens sociaux chez les enfants, issus de familles à faible revenu, voir marginalisées. Certains pays, comme les Etats-Unis, rapportent des données alarmantes concernant l'augmentation des consultations d'enfants aux urgences pour automutilation délibérée (+329 %), pour troubles liés à l'utilisation de substances (+159%) et pour les troubles mentaux en général (+60%)^[72]. D'autres études ont montré que la santé mentale des enfants s'est encore détériorée après le début de la pan-

démie, avec une augmentation de plus de 40% des enfants présentant des comportements extériorisés (p.ex. comportements agressifs)^[73]. Comme évoqué dans le rapport annuel de l'OKAJU (2023)^[74], « l'accès aux services de santé mentale pour les enfants de 0 à 12 ans est alarmant au Luxembourg ». Si les chiffres évoqués précédemment incitent à une certaine distance puisqu'il s'agit d'une autre réalité territoriale, il serait dommageable de sous-estimer la réalité de la santé mentale des enfants du Luxembourg. Malheureusement, force est de constater que de telles données, pourtant points de repère importants, manquent, à notre connaissance, sur le territoire.

La réalité nationale n'est pas exempte d'une évolution défavorable du bien-être des enfants. Même si des données n'existent pas, les professionnels du secteur pédopsychiatrique luxembourgeois témoignent d'une hausse des demandes, ces dernières années et notamment après la période COVID, pour des troubles de santé mentale, notamment pour des enfants présentant des troubles du neurodéveloppement. La détection précoce des troubles, le diagnostic précoce et l'accès le plus rapide possible aux soins de santé mentale qui en découlent sont des axes urgents à privilégier. Les parents/tuteurs, les enseignants et les éducateurs jouent un rôle clé dans la détection précoce et devraient, de ce fait, être formés au repérage de signes potentiels de troubles de santé mentale. Cependant, cette détection précoce n'a de sens que si le système peut proposer, à la suite de celle-ci, un diagnostic et une prise en charge adaptée, tant au niveau des services de santé, qu'au niveau des écoles, de l'éducation non-formelle et des sports-loisirs. Les offres de soins correspondantes doivent donc être amplifiées pour répondre aux besoins actuels et futurs des enfants. Pour répondre aux différents besoins de santé des enfants de 0 à 12 ans, ces dernières années, une nette expansion et diversification des offres dans le domaine de la santé a eu lieu au Luxembourg, notamment en pédiatrie où la diversification et la spécialisation des offres de soins médicaux sont à saluer. Il ressort de l'enquête que les soins de santé sont généralement satisfaisants et que les services sont très diversifiés, ce qui est très apprécié. Le Luxembourg mise sur une approche organisationnelle centralisée dans la prise en charge des enfants et dans l'accès aux soins. Le Centre Hospitalier de Luxembourg (CHL) joue ici un rôle central. Ainsi, ce dernier ne propose pas seulement des soins d'urgence, mais également une large palette de pédiatrie spécialisée avec des sur-spécialisations. Une évolution importante qu'il convient de continuer à soutenir, et ce d'autant plus que, par exemple, les progrès en neurobiologie et en psychologie du développement remettent également en cause les approches traditionnelles visant à répondre aux besoins des enfants en matière de santé mentale car elles s'avèrent, au regard de l'évolution des besoins et des spécificités des enfants, inadaptées et appellent, par conséquent, des changements majeurs dans la manière dont nous percevons et traitons la santé mentale des enfants^[75].

Dans un autre ordre d'idées, soulignons que les soins palliatifs à domicile pour les enfants atteints d'un cancer ne sont toujours pas opérationnels, faute de moyens au niveau de la KannerKlinik. D'autre part, le retard important dans la détection persiste pour des situations d'enfants en danger ou en termes de troubles de la santé mentale, ce qui conduit à une dégradation de la situation, tant sur le plan médical, éducatif, familial, que social.

Un autre constat s'impose également, à savoir, comme le met en avant le rapport de mission de la médecine scolaire au Luxembourg (2024)^[76], que malgré des progrès substantiels concernant l'accès aux soins de santé, force est de constater une « couverture sanitaire de qualité insuffisante et des problèmes de santé mentale majeurs » chez les enfants et les jeunes migrants récemment arrivés en Europe. Un enjeu de taille concernant les mineurs migrants, présents sur le territoire luxembourgeois en matière de culture du soin et d'approches concernant la prise en charge de traumatismes.

Ainsi, se dessine insidieusement une urgence absolue d'agir en faveur de l'enfance et de son droit au bien-être dans un paysage sociétal complexe qui présente peu de données en matière de santé mentale spécifique à cette étape de la vie.

B. Recommandations

Si les premiers temps de vie et ceux entourant l'avancement vers la vie adulte sont particulièrement documentés, il est à déplorer que ceci n'est pas le cas pour cette étape du développement de l'enfant. Aussi, il convient, dans ce qui va suivre, de donner quelques pistes de recommandations qui devront

nécessairement donner lieu, dans le futur, à débats pour servir un accompagnement adapté à la santé mentale durant l'enfance.

Prévention

Pour prévenir, il faut savoir. La recommandation soutenue ici est d'inviter à l'accélération de la production de données nationales concernant la santé mentale des enfants. Sans ces repères importants, il serait dommageable d'investir dans des dispositifs non adaptés à leurs réalités, voire pire encore, dommageables à toute démarche préventive, de détection et de prise en charge.

Toutefois, il peut être mis en avant quelques pistes essentielles en matière de prévention des troubles mentaux chez l'enfant :

- Comme le propose le rapport de la médecine scolaire au Luxembourg (2024), la sensibilisation des enfants grâce à des méthodes efficaces permettront de soutenir leurs ressources en la matière. En effet, une approche purement « éducative » (cf. cours, etc.) en termes de prévention et de promotion de la santé ne fait pas de sens. Il convient davantage : 1) de développer des activités interactives favorisant le développement de compétences de vie (i.e. life skills). Cette manière de procéder permettra davantage aux enfants de s'approprier les enjeux liés à leur santé ; 2) d'adopter des interventions relatives au climat scolaire en favorisant la participation des élèves qui ont un impact sur leur santé mentale et leur bien-être.

Nous nous permettons d'aller plus loin en suggérant d'adapter les services dédiés, sur le modèle des SEPAS dans les lycées, dans le cadre des écoles fondamentales pour servir la promotion, la prévention et le conseil en santé mentale des enfants.

- La formation spécialisée et l'augmentation de professionnels de la santé dédiés à la santé mentale des enfants restent des leviers d'importance pour sensibiliser la population en la matière ;
- L'expertise pédagogique du personnel enseignant de l'école fondamentale, couplée à des formations spécifiques à la santé mentale, peut soutenir de manière substantielle la gestion des crises et favoriser des procédures à suivre en cas de détection de problématiques liées à la santé chez un élève (cf. Rapport annuel 2023) ;
- La mise en place de cours de premiers secours en santé mentale (PSSM), adaptés à chaque grande étape de la vie, à l'attention des adultes présents dans tous les environnements de vie des enfants est à développer et à promouvoir. Dans ce même ordre d'idée, ces cours devraient être disponibles à des tarifs réduits pour les personnes proches des enfants (parents, bénévoles, etc.) ;
- Il importe de favoriser un repérage précoce, en adoptant une approche plus large de santé scolaire intégrant la dimension de la santé mentale et du bien-être ;
- Il importe de favoriser un meilleur dépistage des troubles psychologiques grâce à une double évaluation : auto-évaluation et évaluation clinique à l'aide d'outils dument validés scientifiquement. En ce sens, il est fondamental de soutenir la recherche médicale et en psychologie à cet effet ;
- Le renforcement de la sensibilisation du personnel des écoles du fondamental et dans les lycées sur les signaux d'alerte en matière de mobbing chez les enfants et les jeunes, comme le souligne le CEPAS à propos de sa stratégie EXIT MOBBING ;
- La sensibilisation des enfants à leur santé mentale est à promouvoir à partir de modèles dynamiques et interactifs d'intervention permettant une appropriation adéquate. S'y adjoint la mise en place d'actions de renforcement des compétences psychosociales dans l'école fondamentale (sous forme d'ateliers, de jeux virtuels ou d'autres actions, etc.) ;
- Être bien dans son corps et être bien dans sa tête sont étroitement liés. En ce sens, il fait maintenir les efforts menés dans le cadre de la campagne « Gesond iëssen, méi beweegen » ;
- Former les magistrats à la détection du contrôle coercitif dans des contextes de conflits parentaux amenant à des séparations, de sorte à éviter que ce contrôle s'exerce sur les enfants

jusqu'à avoir des conséquences extrêmement graves pour la suite de son développement et en termes de mise en péril de sa santé mentale.

Prise en charge

1. Prise en charge extra-hospitalière

Pour répondre aux besoins de santé mentale plus intenses, il est essentiel de :

- Développer des programmes d'intervention multisectoriels (cf. hôpitaux, espaces communautaires, familles, visites à domicile, services économiques et sociaux, programmes psychologiques et scolaires) pour les enfants ayant été exposés, de manière répétée, à des événements négatifs (p.ex. Gautam, Mafizur Rahman, & Khanam, 2024^[58]) ;
- Donner une priorité absolue au développement de structures extrahospitalières de premières et deuxième lignes pour la prise en charge des signes précoces de mal-être des enfants avec des équipes pluriprofessionnelles formées à la prise en charge en santé mentale (cf. Rapport annuel OKAJU 2023) ;
- Mettre en place des services et équipes ambulatoires et mobiles en soins de santé mentale afin de prévenir des hospitalisations ou assurer le suivi après un traitement stationnaires (after care) (cf. Rapport annuel OKAJU 2023) ;
- Réformer la législation relative à la psychothérapie, en l'étendant au bénéfice des enfants et adolescents dans le but de légitimer une reconnaissance de ce traitement spécifique. Parallèlement, il conviendrait d'augmenter de manière considérable l'offre en consultation et en accompagnement psychothérapeutique (cf. Rapport annuel OKAJU 2023).

2. Prise en charge hospitalière

En termes de prise en charge hospitalière, il importe que l'Etat offre une prise en charge adaptée, spécifique et accessible sur tout le territoire du Grand-Duché. Une approche globale en matière de santé mentale, et plus particulièrement de santé publique, ne devrait pas se restreindre à certaines zones géographiques, quitte à développer un système de structures satellites permettant de couvrir le territoire et de maîtriser les coûts y relatifs.

Chaque étape de vie d'un enfant demande une attention particulièrement concernant son bien-être et sa santé. Il est également vrai pour la dernière période de l'enfance que nous allons maintenant aborder, à savoir l'adolescence où d'autres enjeux se posent pour lui permettre une vie adulte épanouissante.

L'adolescence (10 à 19 ans)

La fin de l'enfance et l'adolescence est une période de développement particulièrement sensible car, bien que l'enfant ait acquis diverses capacités, habiletés et compétences, il n'en demeure pas moins qu'il reste inscrit dans un mouvement développemental crucial en termes de croissance et de pérennisation de ses comportements sociaux et émotionnelles, clés de son bien-être présent et futur.

A. Constats

Ainsi que le note le rapport HBSC, « le bien-être des adolescents est particulièrement important étant donné que l'adolescence jette les bases du bien-être physique, cognitif, émotionnel, social et économique à l'âge adulte »^[77]. Tout en notant que les tendances générales semblent stables depuis la première étude menée en 2006, le rapport souligne que les résultats se dégradent en particulier pour les filles. Les auteurs déduisent de leur analyse que « l'amélioration du bien-être et la résolution des problèmes de santé mentale des adolescents devraient être une priorité au Luxembourg »^[78].

Trop souvent, les symptômes, en particulier comportementaux (p.ex. irritabilité, mauvaise humeur), dont les adolescents font état sont banalisés comme une manifestation naturelle de la puberté, plutôt que d'être pris au sérieux comme signe d'un potentiel trouble mental. Or, une étude récente démontre que la combinaison de symptômes psychosomatiques – en particulier les maux de ventre, maux de

tête, l'irritabilité, les vertiges, les maux de dos, la fatigue, l'anxiété et les **difficultés liées au sommeil** - peut servir comme outil de détection d'une tendance suicidaire^[79]. Il convient ainsi de prendre au sérieux les symptômes des adolescents et d'être attentif à la manifestation de leur bien-être psychologique afin de faciliter une prise en charge accélérée et ainsi d'éviter une aggravation de leur état de santé.

Outre les symptômes psychosomatiques généraux, il convient de noter que les troubles mentaux peuvent s'exprimer de manière particulière chez les adolescents, en particulier par le biais de pratiques d'automutilation ou de troubles de l'alimentation.

En ce qui concerne les chiffres, l'étude HBSC de 2022 note que parmi les jeunes de 11 à 12 ans, 43% de filles et 29% de garçons déclarent des problèmes de santé multiples (au moins deux problèmes de santé plusieurs fois par semaine, voire quotidiennement, au cours des 6 derniers mois, dont notamment **l'irritabilité ou la mauvaise humeur, la nervosité, des difficultés à s'endormir et/ou de la tristesse**. Concernant la santé mentale, on observe un fort impact de l'âge : plus l'âge augmente, plus la santé mentale et le bien-être des adolescents diminuent. Pour les 11-12 ans, la prévalence des adolescents à risque de dépression est de 8% pour les garçons et de 15% pour les filles ; pour les 17-18 ans, elle est de 19% pour les garçons et de 34% pour les filles.

En complément, le rapport de l'Observatoire de la Santé sur la santé des enfants confirme que « la santé mentale des enfants au Luxembourg s'est détériorée ces 10 dernières années, indépendamment de la situation familiale ou du niveau d'aisance financière. Une augmentation constante du nombre d'enfants touchés par de multiples problèmes de santé a été observée. En outre, les enfants vivant dans des conditions socio-économiques moins favorables étaient affectés de manière disproportionnée par les PSM. Nous avons observé une diminution des hospitalisations dues à des problèmes de santé mentale ces dix dernières années. Cette situation pourrait avoir plusieurs raisons et mérite d'être étudiée plus en détail, car elle peut indiquer que la détresse mentale grave est devenue moins fréquente ou que le traitement ambulatoire des problèmes de santé mentale s'est amélioré. Entre 2012 et 2021, deux tiers des hospitalisations dues à des troubles mentaux et comportementaux ont été attribués à des « troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence » et à des « troubles névrotiques, liés à des facteurs de stress et somatoformes ». La prévalence du TDAH traité par méthylphénidate est restée stable ces dernières années. Elle augmente avec l'âge des enfants et est la plus élevée chez les enfants de 10 à 14 ans. La surveillance des indicateurs liés à la santé mentale des enfants et des adolescents est importante pour suivre la santé des jeunes au fil du temps, identifier les groupes à risque et faciliter l'analyse comparative internationale. Les résultats de tels indicateurs constituent une source d'information importante pour les personnes prenant part à la conception d'environnements et de politiques visant à soutenir le développement optimal et l'épanouissement des enfants et des adolescents. Cependant, les données représentatives de l'état de santé mentale des enfants âgés de moins de 11 ans au Luxembourg sont presque absentes, à l'exception de l'utilisation des données de l'assurance maladie^[80].

Le risque d'un trouble mental est aggravé pour les adolescents qui se sentent exclus, en particulier du fait de leur genre ou sexualité. Ces enfants font par ailleurs encore trop souvent l'objet de pratiques de harcèlement. Souvent, ce harcèlement implique l'entourage scolaire, témoignant de l'importance d'une prévention dans le contexte scolaire. En effet, selon une étude de l'Agence européenne des droits fondamentaux, pour les répondants âgés de 15 à 16 ans, 51% des incidents de harcèlement étaient liés à l'école^[81].

Des rares études dont nous disposons auprès de la population luxembourgeoise, il importe de souligner l'apport intéressant des chercheurs Engel de Abreu, Kumsta et Wealer (2023) concernant la santé mentale des adolescents placés en institution. En effet, dans cette étude, il est mis en avant que le bien-être subjectif, les troubles d'intériorisation (ex. : isolement social, dépression) et ceux d'extériorisation (ex. agressivité, délinquance) sont des aspects du fonctionnement psychologique distincts mais qui entretiennent des liens étroits avec la santé mentale. De plus, ces chercheurs ont souligné diverses caractéristiques psychologiques intéressantes chez ces adolescents, comme par exemple :

- Les troubles d'intériorisation sont plus présents chez les jeunes de sexe féminin, percevant une pression scolaire ainsi que du stress ;

- Le stress perçu est un facteur de risque pour le développement de troubles d'extériorisation et de trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité ;
- Le bien-être subjectif dépendrait de nombreux facteurs psychosociaux, y compris le « stress perçu », la « pression scolaire perçue » et la « participation ».

Ces contributions nous enseignent et nous renseignent sur l'impact de certains facteurs, préférentiellement auprès des enfants placés, sur leur santé mentale. Elles donnent, d'ores et déjà, quelques pistes de leviers à actionner pour promouvoir également la santé mentale dans ces contextes de vie.

B. Recommandations

Le rapport HBSC 2022 fait déjà état d'un certain nombre de recommandations d'ordre général afin de mieux faire correspondre l'offre de prise en charge existante aux besoins des adolescents, en insistant sur l'importance de la prévention en la matière ainsi que la nécessaire sensibilisation non seulement des professionnels de la santé, mais également de l'ensemble de l'entourage social, communautaire et scolaire des jeunes^[82]. L'OKAJU se rallie à cette approche, la sensibilisation générale étant essentielle afin de briser le tabou au sujet de la santé mentale est de permettre aux adolescents de communiquer leur mal-être afin de trouver une prise en charge adéquate. De même, l'approche préventive contient en soi le potentiel d'un allègement des symptômes, du moins dans la mesure où les jeunes ne se sentent pas stigmatisés du fait de l'existence d'un trouble mental.

Toutefois, l'OKAJU souhaite par ailleurs noter une série de recommandations plus spécifiques afin d'apporter des solutions concrètes au problème.

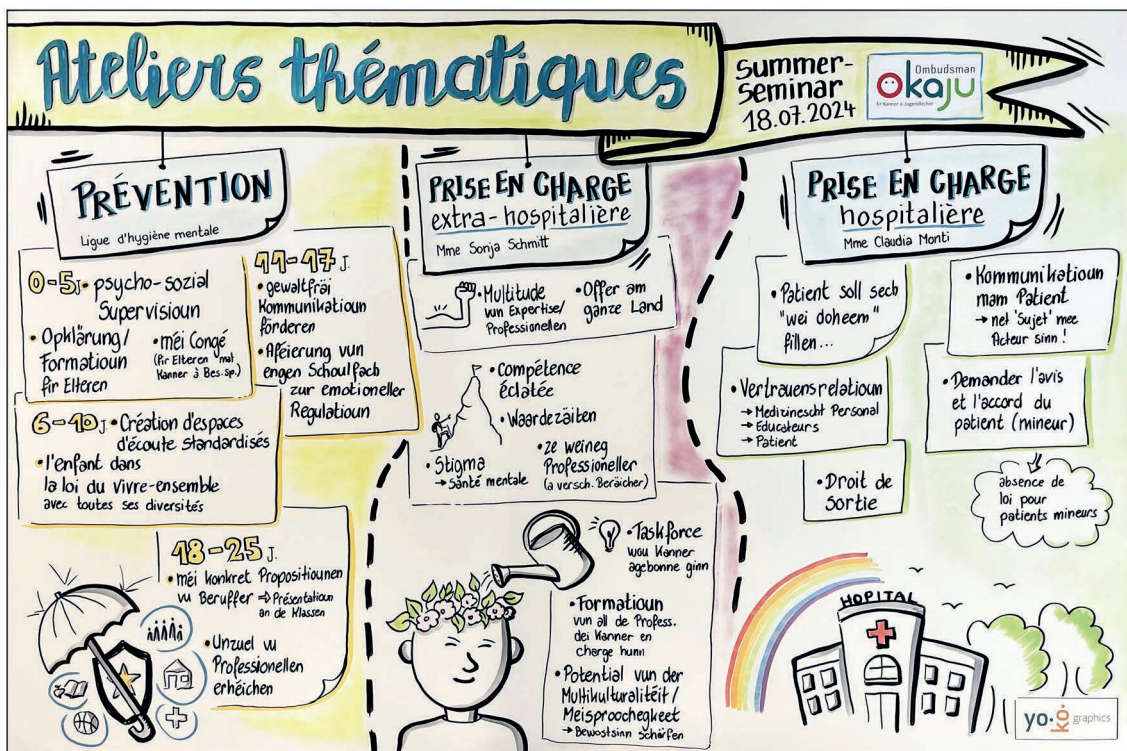
Prévention

- Renforcer la formation des adultes en matière de développement psychologique et de santé mentale de l'enfant en généralisant les cours de premiers secours en santé mentale, en particulier le volet « youth » ;
- Renforcer la formation des enseignants afin de mieux gérer les élèves avec des difficultés particulières, que celles-ci soient liées à un contexte social ou culturel, à leur genre ou orientation sexuelle, à l'existence d'un trouble du comportement ou d'un trouble mental ;
- Au vu du constat d'un déséquilibre entre garçons et filles en termes de santé mentale, prévoir une étude approfondie à ce sujet et inclure la question du genre dans les formations dispensées ;
- Renforcer la sensibilisation du personnel dans les lycées sur les signaux d'alerte en matière de mobbing chez les enfants et les jeunes (à l'exemple de la stratégie « Exit Mobbing » menée par le CEPAS) ;
- Réaliser une campagne de sensibilisation par rapport aux troubles de l'alimentation ;
- Renforcer la sensibilisation des jeunes et de leurs parents sur l'hygiène de vie, dont l'importance d'une pratique sportive et d'une bonne hygiène de sommeil.

Prise en charge

- Dresser l'inventaire des services d'aide en place pour chiffrer les besoins en thérapie psychiatriques en partenariat avec l'Observatoire national de la santé afin d'assurer l'accès des enfants et jeunes aux services de santé mentale et de psychiatrie infanto-juvénile
- Ré-intégrer les consultations médicales à distance, comme durant la pandémie liée au COVID, pour faciliter l'accès à un médecin psychiatre et/ou psychothérapeute soit pour détection des troubles, soit pour suivi ;
- Donner une priorité absolue au développement de structures extrahospitalières de première et deuxième lignes pour la prise en charge des signes précoces de mal-être des enfants avec des équipes pluriprofessionnelles formées à la prise en charge en santé mentale
- Mettre en place des services et équipes ambulatoires et mobiles en soins de santé mentale afin de prévenir des hospitalisations ou assurer le suivi après un traitement stationnaires (*after care*)
- Réformer la législation en matière des psychothérapeutes pour enfants et adolescents afin de reconnaître cette activité comme spécifique et afin d'augmenter de manière considérable l'offre en consultation et accompagnement psycho-thérapeutique

- Elaborer des procédures précises permettant d'assurer le respect des droits fondamentaux dans le cadre des placements sans consentement en milieu psychiatrique, en particulier en ce qui concerne le recours à des mesures de contention^[83].



Reportage graphique réalisé au sujet de la journée thématique lors du Summer Seminaire 2024

Références

- [41] Factsheet – Santé mentale des adolescents, OMS 10 octobre 2024 <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- [42] Les cas d'anxiété et de dépression sont en hausse de 25% dans le monde en raison de la pandémie de COVID-19, 2 mars 2022 <https://www.who.int/fr/news/item/02-03-2022-covid-19-pandemic-triggers-25-increase-in-prevalence-of-anxiety-and-depression-worldwide>
- [43] Paragraphe 58, A/HRC/56/52/Add.1 : Visite au Luxembourg - Rapport de la Rapporteuse spéciale sur le droit qu'à toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, Tlaleng Mofokeng, 30 avril 2024 <https://www.ohchr.org/fr/documents/country-reports/ahrc5652add1-visit-luxembourg-report-special-rapporteur-right-everyone>
- [44] Paragraphe 32, A/HRC/56/52/Add.1 : Visite au Luxembourg - Rapport de la Rapporteuse spéciale sur le droit qu'à toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, Tlaleng Mofokeng, 30 avril 2024 <https://www.ohchr.org/fr/documents/country-reports/ahrc5652add1-visit-luxembourg-report-special-rapporteur-right-everyone>
- [45] Catunda, Carolina ; Mendes, Felipe G. ; Lopes Ferreira, Joana ; Residori, Caroline (2023). Santé mentale et bien-être des enfants et adolescents en âge scolaire au Luxembourg - Rapport sur l'étude HBSC Luxembourg de 2022 Esch-sur-Alzette. © Université du Luxembourg et auteurs ; Décembre 2023 <https://sante.public.lu/fr/publications/h/hbsc-rapport-sante-mentale.html>
- [46] Rapport annuel 2023 l'accès aux soins pédiatriques (0 à 12 ans) et le respect des droits de l'enfant, https://www.okaju.lu/wp-content/uploads/2024/04/Okaju-Rapport-2023_pages_intv02.pdf
- [47] Eng gesund Zukunft : un rapport sur la santé des enfants au Luxembourg Observatoire national de la santé, 2023 Till Seuring, PhD Tanja Ducombe, MSc Dr. Françoise Berthet, MPH <https://sante.public.lu/fr/publications/r/rapport-thematique-sante-enfant.html>
- [48] Eng gesund Zukunft : un rapport sur la santé des enfants au Luxembourg Observatoire national de la santé, 2023 Till Seuring, PhD Tanja Ducombe, MSc Dr. Françoise Berthet, MPH <https://sante.public.lu/fr/publications/r/rapport-thematique-sante-enfant.html>
- [49] Catunda, Carolina ; Mendes, Felipe G. ; Lopes Ferreira, Joana ; Residori, Caroline (2023). Santé mentale et bien-être des enfants et adolescents en âge scolaire au Luxembourg - Rapport sur l'étude HBSC Luxembourg de 2022 Esch-sur-Alzette. © Université du Luxembourg et auteurs ; Décembre 2023 <https://sante.public.lu/fr/publications/h/hbsc-rapport-sante-mentale.html>
- [100] Factsheet – Santé mentale des adolescents, OMS 10 octobre 2024 <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- [111] P. 29 Catunda, Carolina ; Mendes, Felipe G. ; Lopes Ferreira, Joana ; Residori, Caroline (2023). Santé mentale et bien-être des enfants et adolescents en âge scolaire au Luxembourg - Rapport sur l'étude HBSC Luxembourg de 2022 Esch-sur-Alzette. © Université du Luxembourg et auteurs ; Décembre 2023 <https://sante.public.lu/fr/publications/h/hbsc-rapport-sante-mentale.html>

- ^[12] Convention relative aux droits de l'enfant, adoptée le 21 novembre 1989, entrée en vigueur le 2 septembre 1990, <https://www.ohchr.org/fr/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-child> et ratifiée par le Luxembourg le 26 octobre 1993
- ^[13] Convention relative aux droits des personnes handicapées, adoptée le 13 décembre 2006 <https://www.ohchr.org/fr/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-persons-disabilities> Le Luxembourg a signé cette Convention le 30 mars 2007 et l'a approuvée par la loi du 28 juillet 2011.
- ^[14] Convention pour la protection des Droits de l'Homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine : Convention sur les Droits de l'Homme et la biomédecine, adoptée le 4 avril 1997, entrée en vigueur le 1^{er} décembre 1999 <https://www.coe.int/fr/web/bioethics/oviedo-convention>
- ^[15] Version consolidée applicable au 01/07/2023 : CONSTITUTION du GRAND-DUCHÉ DE Luxembourg, <https://legilux.public.lu/eli/etat/leg/constitution/1868/10/17/n1/conso-lide/20230701>
- ^[16] Santé Mentale - Plan National 2024-2028 (PNSM) - Portail Santé - Luxembourg (public.lu)
- ^[17] Accord de coalition 2023-2028 - Le gouvernement luxembourgeois
- ^[18] Evènement de lancement Rapports HBSC, 17 octobre 2024 https://hbsc.uni.lu/fr/?page_id=4650
- ^[19] Présentation des résultats de l'étude HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) 2022 : https://m3s.gouvernement.lu/fr/actualites/gouvernement2024%2Bfr%2Bactualites%2B-toutes_actualites%2Bcommuniques%2B2024%2B10-oc-tobre%2B17-meisch-deprez-hbsc.html
- ^[20] HCR Luxembourg, « Enfants non accompagnés et séparés au Grand-Duché de Luxembourg - Conditions d'accueil et d'accompagnement Accès à la protection internationale et au regroupement familial », Octobre 2023 - uasc-report-lux-23.pdf.
- ^[21] OKAJU, Rapport annuel 2023 – L'accès aux soins pédiatriques, p.94.
- ^[22] Paragraphe 25 q), A/HRC/56/52/Add.1 : Visite au Luxembourg - Rapport de la Rapporteuse spéciale sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, Tlaleng Mofokeng, 30 avril 2024 <https://www.ohchr.org/fr/documents/country-reports/ahrc5652add1-visit-luxembourg-report-special-rapporteur-right-everyone>
- ^[23] Catunda, Carolina ; Mendes, Felipe G. ; Lopes Ferreira, Joana ; Residori, Caroline (2023). Santé mentale et bien-être des enfants et adolescents en âge scolaire au Luxembourg - Rapport sur l'étude HBSC Luxembourg de 2022 Esch-sur-Alzette. © Université du Luxembourg et auteurs ; Décembre 2023 <https://sante.public.lu/fr/publications/h/hbsc-rapport-sante-mentale.html>, p. 6 : « La migration et l'aisance familiale sont corrélées » et p.19 : « les participants issus de l'immigration ont un risque plus élevé de ressentir de la solitude (...) Cependant, tout comme pour la satisfaction de vie, les différences relatives au profil migratoire pourraient s'expliquer par les différences d'aisance familiale. »
- ^[24] UNICEF (2023) 1 enfant sur 4 en risque de pauvreté au Luxembourg. Disponible en ligne : https://www.unicef.lu/1-enfant-sur-4-en-risque-de-pauvrete-au-luxembourg/?_adin=11734293023.
- ^[25] STATEC, Rapport «Travail et cohésion sociale», 2024, p. 76.
- ^[26] OKAJU, Rapport annuel 2023, p.245.
- ^[27] Catunda, Carolina ; Mendes, Felipe G. ; Lopes Ferreira, Joana ; Residori, Caroline (2023). Santé mentale et bien-être des enfants et adolescents en âge scolaire au Luxembourg - Rapport sur l'étude HBSC Luxembourg de 2022 Esch-sur-Alzette. © Université du Luxembourg et auteurs ; Décembre 2023 <https://sante.public.lu/fr/publications/h/hbsc-rapport-sante-mentale.html>, p.29.
- ^[28] Caritas Luxembourg, prise de position du 13 mai 2022, « Combattre la précarité des enfants et des jeunes au Luxembourg ».
- ^[29] Rapport du Rapporteur spécial sur les droits de l'homme et l'extrême pauvreté, Olivier De Schutter L'économie du burnout : pauvreté et santé mentale, 16 juillet 2024, p.2.
- ^[30] Catunda, Carolina ; Mendes, Felipe G. ; Lopes Ferreira, Joana ; Residori, Caroline (2023). Santé mentale et bien-être des enfants et adolescents en âge scolaire au Luxembourg - Rapport sur l'étude HBSC Luxembourg de 2022 Esch-sur-Alzette. © Université du Luxembourg et auteurs ; Décembre 2023 <https://sante.public.lu/fr/publications/h/hbsc-rapport-sante-mentale.html>, pp.30-31.
- ^[31] Rapport Mofokeng, pt.71.
- ^[32] Organisation Mondiale de la Santé, Factsheet « handicap – comorbidities » : <https://www.who.int/fr/news-room/factsheets/detail/disability-and-health>.
- ^[33] Rapport Mofokeng, pt. 35.
- ^[34] Rapport Mofokeng, pt. 92.
- ^[35] UNESCO, Principes directeurs internationaux sur l'éducation à la sexualité : une approche factuelle. *Principes directeurs internationaux sur l'éducation à la sexualité : une approche factuelle ; 2018 .
- ^[36] Les articles sont disponibles sur le site suivant : <https://www.thelancet.com/series/ECD2016>
- ^[37] Britto, Lye, Proulx & coll., 2017 ; Toussaint, Rozec, Marchand & Rousseau, 2023
- ^[38] Cprek, Williamson, McDaniel, Brase, & Williams, 2020 ; Jackson, Testa, & Vaughn, 2021 ; Pierce, Jones, & Holcombe, 2022 ; Stamoulis, Vanderwert, Zeanah, Fox, & Nelson, 2015
- ^[39] Britto, Lye, Proulx & coll., 2017 ; Luby, Baram, Rogers, & Barch, 2020 ; Stamoulis, Vanderwert, Zeanah, Fox, & Nelson, 2015
- ^[40] Health and Social Care Committee, First Thousand Days of Life. Thirteenth Report of Session, 2019.
- ^[41] Commission d'experts, *Les 1000 premiers jours. Là où tout commence*. Rapport, 2020.
- ^[42] Ferry, Hespos & Waxman, 2010 ; Waxman & Markow, 1995
- ^[43] Karrass & Braungart-Rieker, 2005 ; Verdine & coll., 2019
- ^[44] Marcelli, Bossière & Ducanda, 2018
- ^[45] Marcelli, Bossière & Ducanda, 2018
- ^[46] <https://www.3-6-9-12.org/>
- ^[47] <https://www.bee-secure.lu/fr/publication/mon-enfant-sur-internet-10-conseils-pour-laccompagner/>
- ^[48] (Becker, D., & al., 2014 ; Lovell, 2009
- ^[49] <https://news.un.org/fr/story/2019/11/1055841>
- ^[50] Chaput, Gray, Poitras & coll., 2017
- ^[51] Turck & coll., 2013
- ^[52] p.ex. Hippwell, Goosens, Melhuish & Kumar, 2000
- ^[53] Esteves & coll., 2020
- ^[54] Seuring, T., Ducombe, T. & Berthet, F. (2023). Eng gesund Zukunft : un rapport sur la santé des enfants au Luxembourg. Strassen : Observatoire national de la santé.
- ^[55] p.ex. Mikolajczak, Gross & Roskam, 2019
- ^[56] p.ex. Croucher, 2010
- ^[57] p.ex. Fernald, Marchman & Weisleder, 2013
- ^[58] p. ex. Gauta, Mafizur Rahman & Khanam, 2024

- ^[59] Il importe de préciser qu'il ne s'agit pas d'un outil diagnostique mais plutôt d'un outil pour le dépistage et l'orientation.
- ^[60] Un guide d'utilisation est disponible au lien suivant : <https://epicentre.msf.org/sites/default/files/2021-09/Guide%20PSYCa%206-36-FR-V1.0.pdf> (dernière consultation : 25.10.2024).
- ^[61] Howard & Khalifeh, 2020 ; Womersley & Alderson, 2024
- ^[62] Brown & coll., 2019 ; Delfabbro, 2020 ; Pritchett & coll., 2013 ; Rock & coll., 2015 ; Strijker & coll., 2008 ; Tarren-Sweeney, 2008 ; Walsh & coll., 2018 ; Winokur & coll., 2014
- ^[63] Cashmore & Taylor, 2020 ; Hegar & Rosenthal, 2011 ; Hiller & St Clair, 2018 ; Rock et coll., 2015
- ^[64] Mouhot, 2001
- ^[65] Wendland, 2010
- ^[66] Organisation mondiale de la Santé (OMS) (2016)
- ^[67] Organisation mondiale de la Santé (OMS) (2019)
- ^[68] Bronfenbrenner, 1979 ; Garabino, 1982 ; cités par Allès-Jardel & Mouraille, 2003 ; Allès-Jardel & Mouraille, 2003
- ^[69] Allès-Jardel & Mouraille, 2003
- ^[70] Christian, 2024
- ^[71] Allès-Jardel & Mouraille, 2003
- ^[72] Heinrich, Colomer & Hieronimus, 2023
- ^[73] Heinrich, Colomer & Hieronimus, 2023
- ^[74] OKAJU. (2023). Rapport annuel 2023 – l'accès aux soins pédiatriques (0 à 12 ans) et le respect des droits de l'enfant.
- ^[75] Berardi & Morton, 2019
- ^[76] Médecine scolaire au Luxembourg. (2024). *Rapport : Analyse du fonctionnement de la médecine scolaire au Luxembourg*. Site internet : <https://sante.public.lu/fr/publications/r/rapport-medecine-scolaire.html> (dernière consultation : 05/11/2024)
- ^[77] Catunda, Carolina ; Mendes, Felipe G. ; Lopes Ferreira, Joana ; Residori, Caroline (2023). Santé mentale et bien-être des enfants et adolescents en âge scolaire au Luxembourg - Rapport sur l'étude HBSC Luxembourg de 2022 Esch-sur-Alzette. © Université du Luxembourg et auteurs ; Décembre 2023 <https://sante.public.lu/fr/publications/h/hbsc-rapport-sante-mentale.html>, p.3.
- ^[78] Catunda, Carolina ; Mendes, Felipe G. ; Lopes Ferreira, Joana ; Residori, Caroline (2023). Santé mentale et bien-être des enfants et adolescents en âge scolaire au Luxembourg - Rapport sur l'étude HBSC Luxembourg de 2022 Esch-sur-Alzette. © Université du Luxembourg et auteurs ; Décembre 2023 <https://sante.public.lu/fr/publications/h/hbsc-rapport-sante-mentale.html>, p. 30.
- ^[79] Heinz, Catunda, Van Duin, Willems, "Suicide prevention: Using the number of health complaints as an indirect alternative for screening suicidal adolescents", *Journal of Affective Disorders*, 2020, pp.61-66.
- ^[80] Eng gesund Zukunft : un rapport sur la santé des enfants au Luxembourg Observatoire national de la santé, 2023, p. 78. <https://sante.public.lu/fr/publications/r/rapport-thematique-sante-enfant.html>
- ^[81] European Union Agency for Fundamental Rights, 2020, *A long way to go for LGBTI equality*.
- ^[82] Catunda, Carolina ; Mendes, Felipe G. ; Lopes Ferreira, Joana ; Residori, Caroline (2023). Santé mentale et bien-être des enfants et adolescents en âge scolaire au Luxembourg - Rapport sur l'étude HBSC Luxembourg de 2022 Esch-sur-Alzette. © Université du Luxembourg et auteurs ; Décembre 2023 <https://sante.public.lu/fr/publications/h/hbsc-rapport-sante-mentale.html>, p.30.
- ^[83] « Observations finales concernant le rapport initial du Luxembourg », Comité des droits des personnes handicapées, 10 octobre 2017, CRPD/C/LUX/CO/1.

Bibliographie

- Agence de la santé publique du Canada. (2024). *Déterminants sociaux de la santé et inégalités en santé*. Site : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/sante-population/est-determine-sante.html> (dernière consultation : 14.10.2024)
- Allès-Jardel, M., & Mouraille, S. (2003). Étude de la santé mentale chez des enfants de 6–10 ans : comparaison entre 2 groupes issus de milieux scolaires et socioculturels différents/Mental health of children from 6 to 10-years-old: comparison of 2 different school and social groups. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 51, 235-246.
- Becker, D., & al. (2014). Physical Activity, Self-Regulation, and Early Academic Achievement in Preschool Children. *Early Education and Development*, 25(1), 56-57.
- Britto, P.R., Lye, S.J., Proulx, K., Yousafzai, A.K., Matthews, S.G., Vaivada, T., & al. (2017). Nurturing care: promoting early childhood development. *The Lancet*, 389(10064), 91-102.
- Brown, R., Alderson, H., Kaner, E., McGovern, R., & Lingam, R. (2019). There are carers, and then there are carers who actually care; conceptualizations of care among looked after children and care leavers, social workers and carers. *Child Abuse Neglect*, 92, 219-229.
- Cashmore, J., & Taylor, A. (2020). Children's Relationships with their Family and Carers: First Five Years in Out-of-Home Care. Pathways of Care Longitudinal Study: Outcomes of Children and Young People in Out-of-Home Care. *Research Report, 15*. Sydney: NSW Department of Communities and Justice.
- Catunda, C., Mendes, F. G., Lopes Ferreira, J., & Residori, C. (2023). *Santé mentale et bien-être des enfants et adolescents en âge scolaire au Luxembourg - Rapport sur l'étude HBSC Luxembourg de 2022*.
- Chaput, J.P., Gray, C.E., Poitras, V.J., & al. (2017). Systematic review of the relationships between sleep duration and health indicators in the early years (0-4 years). *BMC Public Health*, 17(5), 855.
- Cprek, S.E., Williamson, L.H., McDaniel, H., Brase, R., & Williams, C.M. (2020). Adverse childhood experiences (ACEs) and risk of childhood delays in children ages 1-5. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 37(1), 15-24.
- Croucher, E. (2010). Comments on shaken baby syndrome. *Nursing for Women's Health*, 14(1), 9-10.
- Delfabbro, P. (2020). *Developmental Outcomes of Children and Young People in Relative/Kinship Care and Foster Care. Pathways of Care Longitudinal Study : Outcomes of Children and Young People in Out-of-Home Care*. Research Report Number 16. Sydney. NSW Department of Communities and Justice. Site : <https://apo.org.au/sites/default/files/resource-files/2020-06/apo-nid314074.pdf> (dernière consultation : 04.09.24)
- Engel de Abreu, P. M.J., Kumsta, R., Wealer, C. (2023). Risk and protective factors of mental health in children in residential care: A nationwide study from Luxembourg. *Child Abuse & Neglect*, 146, 1-13.
- Esteves, K.C., et al. (2020). Adverse childhood experiences: implications for offspring telomere length and psychopathology. *American Journal of Psychiatry*, 177, 47-57.
- European Union Agency for Fundamental Rights. (2020). *A long way to go for LGBTI equality*. Vienne: FRA.

- Fernald, A., Marchman, V. A., & Weisleder, A. (2013). SES differences in language processing skill and vocabulary are evident at 18 months. *Developmental Science*, 16(2), 234-248.
- Ferry, A. L., Hespos, S. J., Waxman, S. R. (2010). Categorization in 3- and 4-month-old infants: an advantage of words over tones. *Child Development*, 81(2), 472-479.
- Gautam, N., Mafizur Rahman, M., & Khanam, R. (2024). Adverse childhood experiences and externalizing, internalizing, and prosocial behaviors in children and adolescents: A longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, 363, 124-133.
- Hegar, R.L., & Rosenthal, J.A. (2011). Foster children placed with or separated from siblings: Outcomes based on a national sample. *Children and Youth Services Review*, 33(7), 1245-1253.
- Hiller, R.M., & St. Clair, M.C. (2018). The emotional and behavioural symptom trajectories of children in long-term out-of-home care in an English local authority. *Child Abuse & Neglect*, 81, 106-117.
- Hippwell, A.E., Goosens, F.A., Melhuish, E.C., & Kumar, R. (2000). Severe maternal psychopathology and infant-mother attachment. *Developmental Psychopathology*, 12(2), 157-175.
- Howard, L.M., & Khalifeh, H. (2020). Perinatal mental health: a review of progress and challenges. *World Psychiatry*, 19, 313-327.
- Jackson, D.B., Testa, A., & Vaughn, M.G. (2021). Adverse childhood experiences and school readiness among preschool-aged children. *The Journal of Pediatrics*, 230, 191-197.
- Karrass, J., & Braungart-Rieker, J.M. (2005). Effects of shared parent-infant book reading on early language acquisition. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 26(2), 133-148.
- Langevin, R., Lavoie, É., & Lauren, A. (2018). Les croyances culturelles sur la santé mentale : points de vue de parents francophones migrants de l'Afrique subsaharienne/Cultural beliefs about mental health: Points of view of migrant francophone parents from Sub-Saharan Africa. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 66(Issue 2), 81-89.
- Lhomond, B., & Saurel-Cubizolles, M.-J. (2009). Orientation sexuelle et santé mentale : une revue de la littérature/Sexual orientation and mental health: A review. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 57, 437-450.
- Lovell, R. (2009). Physical and mental health benefits of participation in forest school. *Countryside recreation*, 17(1), 20-23. 61.
- Luby, J.L., Baram, T.Z., Rogers, C.E., & Barch, D.M. (2020). Neurodevelopmental optimization after early-life adversity: cross-species studies to elucidate sensitive periods and brain mechanisms to inform early intervention. *Trends in Neurosciences*, 43, 744-751.
- Marcelli, D., Bossière, M.-C., & Ducanda, A.-L. (2018). Plaidoyer pour un nouveau syndrome « Exposition précoce et excessive aux écrans » (EPEE). *Enfances et Psy*, 79, 142-160.
- Mikolajczak, M., Gross, J. J., & Roskam, I. (2019). Parental burnout: What is it, and why does it matter? *Clinical Psychological Science*, 7(6), 1319-1329.
- Moroa, M.R., & Radjack, R. (2022). Vers une équité en santé mentale pour les enfants de migrants : propositions transculturelles/Towards equity in mental health among children of migrants: Cross-cultural proposals. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 206, 766-774.
- Mouhot, F. (2001). Observation des interactions mère-enfant à haut risque en maison maternelle. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'adolescence*, 49, 469-476.
- Nackers, F., Roederer, T., Marquer, C., Ashaba, S., Maling, S., Mwangi-Amumpaire, J., & al. (2019). A screening tool for psychological difficulties in children aged 6 to 36 months: cross-cultural validation in Kenya, Cambodia and Uganda. *BMC Pediatrics*, 19(108), 1-11.
- Observatoire national de la santé (2023). *Eng gezond Zukunft : un rapport sur la santé des enfants au Luxembourg*.
- Pierce, H., Jones, M.S., & Holcombe, E.A. (2022). Early adverse childhood experiences and social skills among youth in fragile families. *Journal of Youth and Adolescence*, 51(8), 1497-1510.
- Pritchett, R., Gillberg, C., & Minnis, H. (2013). What do child characteristics contribute to outcomes from care: A PRISMA review. *Children and Youth Services Review*, 35(9), 1333-1341.
- Rock, S., Michelson, D., Thomson, S., & Day, C. (2015). Understanding Foster Placement Instability for Looked After Children: A Systematic Review and Narrative Synthesis of Quantitative and Qualitative Evidence. *The British Journal of Social Work*, 45(1), 177-203.
- Stamoulis, C., Vanderwert, R., Zeanah, C.H., Fox, N.A., & Nelson, C.A. (2015). Early psychosocial neglect adversely impacts developmental trajectories of brain oscillations and their interactions. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 27(12), 2512-2528.
- Strijker, J., Knorth, E.J., & Knot-Dickscheit, J. (2008). Placement History of Foster Children: A Study of Placement History and Outcomes in Long-Term Family Foster Care. *Child Welfare*, 87(5), 107-124.
- Tarren-Sweeney, M. (2008). Retrospective and concurrent predictors of the mental health of children in care. *Children and Youth Services Review*, 30(1), 1-25.
- Tisseron, S. (2013). *3-6-9-12, apprivoiser les écrans et grandir*, Toulouse : éres.
- Toussaint, E., Rozec, M., Marchand, V., & Rousseau, D. (2023). Le programme PEGASE : un parcours de soin précoce visant à limiter les conséquences délétères de la maltraitance et/ou de la négligence sur la santé et le développement des jeunes enfants protégés/ The PEGASE program : An early care pathway to limit the deleterious consequences of abuse and/or neglect on the health and development of babies in the child protection system. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 71(8), 411-441.
- Tubiana, M. (2006). Santé mentale de l'enfant - Conclusions du rapport à l'Académie de médecine. *Vie sociale et traitements*, 91, 116-143.
- Turck, D., & coll. (2013). Allaitement maternel : les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère. *Archives de Pédiatrie*, 20, 29-48.
- Verdine, B.N., & al. (2019). Effects of Geometric Toy Design on Parent-Child Interactions and Spatial Language. *Early Childhood Research Quarterly*, 46, 126-141.
- Walsh, W., Herbert, J.L., & Bromfield, L. (2018). A national survey of characteristics of child advocacy centers in the United States: Do the flagship models match those in broader practice? *Child Abuse & Neglect*, 76, 583-595.
- Waxman, S. R., & Markow, D. B. (1995). Words as invitations to form categories: Evidence from 12- to 13-month-old infants. *Cognitive Psychology*, 29, 257-302.
- Wendland, J. (2010). Le travail des centres maternels auprès de jeunes mères célibataires à haut risque/The work of maternity homes with high risk young single mothers. *L'Évolution Psychiatrique*, 75(2), 249-259.
- Winokur, M., Holtan, A., & Batchelder, K.E. (2014). Kinship Care for the Safety, Permanency, and Well-being of Children Removed from the Home for Maltreatment: A Systematic Review. *Campbell Systematic Reviews*, 2.
- Womersley, K., & Alderson, H. (2024). Perinatal mental health. *Maternal medicine*, 52(10), 632-636.

Visite de terrain au Centre thérapeutique de Putscheid



La visite de terrain au centre thérapeutique de Putscheid s'inscrit dans la continuité des travaux de l'OKAJU relatifs à l'accès aux soins pédiatriques et en particulier à l'étude de la prise en charge en matière de santé mentale.

Présentation du centre thérapeutique de Putscheid

Ouvert en 2020, le Centre est une unité de soin médicale dite ouverte, c'est-à-dire que les jeunes accueillis circulent librement dans la structure et peuvent en sortir. Il s'agit d'une ancienne ferme rénovée et agrandie, entourée d'un généreux espace vert. Il dispose d'une équipe composée de deux psychiatres, de trois psychologues à mi-temps, d'une assistante sociale, d'éducateurs, d'un ergothérapeute et d'autres collaborateurs administratifs.

Il a une capacité d'accueil de 16 places (17 selon la demande et le jeune accueilli car il existe une chambre double). Actuellement, 9 jeunes sont accueillis dont majoritairement des jeunes filles. Ils sont âgés entre 12 et 18 ans. Cependant, cette composition peut varier dans le temps et l'équipe souligne l'accueil de plus en plus de jeunes transgenres. Le placement des jeunes se fait sur une base de volontariat avec la collaboration des parents – un placement judiciaire ne ferait guère de sens au regard de l'approche thérapeutique appliquée. Majoritairement, les jeunes accueillis au centre ont déjà été sous mesures éducatives. Sauf demande contraire du jeune, l'accueil se fait durant la semaine avec un retour en famille le week-end.

La provenance des jeunes est variable. Il peut ainsi par exemple s'agir d'un projet thérapeutique à l'issue d'une hospitalisation en unité psychiatrique, d'une prise en charge sur demande d'un foyer AEF (environ la moitié des jeunes), ou encore d'une mise en relation via le CEPAS.

Les causes pouvant amener le jeune vers ce centre sont variables : non-respect de l'obligation scolaire, suicidalité latente, troubles du comportement (souvent en lien avec un trouble traumatique), pathologie psychiatrique stabilisée (excepté les pathologies psychiatriques graves comme la psychose, par exemple).

Le Centre ne saurait accueillir des jeunes enclins à l'addiction, présentant une agressivité importante ou sujet au fugue/risque de fugue car le centre n'est pas adapté pour ces prises en charge spécifiques. La fin de la prise en charge s'inscrit dans une évaluation conjointe de tous les acteurs concernés, y compris le jeune (cf. atteinte des objectifs visés, stabilité psychologique, développement d'activité, soutien social, etc.)

Concernant le concept du centre, ce dernier offre un cadre structuré, usant aussi bien de méthodes pédagogiques (cf. Traumapédagogie, thérapie par le milieu), relationnelles (cf. thérapie systémique), autres (cf. EMDR, DBT, TCC, art-thérapie, musicothérapie, basées sur les skills, etc.) avec un accent mis sur la bienveillance. Le centre a notamment recours à la méthode DBP comme elle favorise un "langage commun" de toutes les personnes impliquées (adolescents, parents, thérapeutes). DBT est l'abréviation de *Dialectical Behavioral Therapy*. Il s'agit d'une thérapie recommandée pour les problèmes de régulation des émotions. DBT a été développée aux Etats-Unis dans les années 1990 pour le traitement des comportements suicidaires. Il s'agit d'une forme de thérapie par la parole qui comprend des séances individuelles et de groupe. La thérapie est basée sur des principes thérapeutiques cognitivo-comportementaux combinés à un entraînement à la pleine conscience. Entre-temps, cette thérapie est une méthode de traitement fondée sur des données probantes et elle est utilisée indépendamment du diagnostic. Elle peut s'avérer efficace dans le traitement de problèmes émotionnels accompagnés de troubles fréquents de l'humeur, de stress psychologique subjectif et/ou de troubles du comportement. La méthode thérapeutique a été adaptée pour les enfants, les adolescents et leurs familles. » (www.rehaklinik.lu)

L'objectif de la thérapie comportementale dialectique est de permettre aux clients (adolescents et leurs familles) de mener une vie avec une meilleure qualité de vie. La thérapie devrait contribuer à des améliorations au sein de la famille, des amis, de l'école, du travail et du bien-être subjectif.

En termes de scolarité des jeunes accueillis, le centre dispose de deux salles de classes. Les jeunes sont répartis en deux groupes (cf. 2/3 jeunes par groupe). Deux professeurs sont détachés au Centre pour deux heures de cours par jour par jeune. Ils sont en collaboration avec un employé pédagogique du centre, dont le travail consiste également à motiver et à préparer les jeunes pour la classe. Certains jeunes sont dans une dynamique de réintégration progressive à l'école ordinaire.

Prise en charge intrahospitalière et extrahospitalière au Luxembourg : enjeux et besoins

Le responsable du Centre de Putscheid, Dr Karst, a souligné combien il importait, pour des raisons éthiques, déontologiques et de bonnes pratiques, que l'autorité parentale ne soit pas transférée aux structures hospitalières lors de placement judiciaire.

Bien qu'une offre hospitalière et parahospitalière existe sur le territoire, il importerait de développer davantage des hôpitaux de jour pour garantir une prise en charge adaptée pour les jeunes en transition entre une structure d'accueil et un retour à domicile, assortie de mesure ambulatoire. Outre le contexte de transition, il y aurait ce besoin également pour des jeunes présentant des troubles « plus légers » ou des caractéristiques telles qu'une prise en charge en structure où une mesure ambulatoire ne serait pas adaptée. Un des avantages de ce type de structure de jour est qu'elle permet d'offrir des soins variés et davantage de flexibilité que les autres offres.

En complément, il serait essentiel de développer des services de polyclinique dans les hôpitaux psychiatriques pour permettre de répondre davantage aux besoins de la population en matière de prise en charge psychothérapeutique. Aujourd'hui, il importe de relever que le secteur AEF offre davantage ce genre de prise en charge que le système de santé.

Il serait également opportun de développer l'offre ambulatoire pour participer à une meilleure qualité de soins pour les enfants et les adolescents mais également pour développer leur protection en matière de prévention des risques liés à leur santé mentale. L'approche socio-psychiatrique prend ici tout son sens. De plus, il a été souligné que le SPAD a toujours pris en charge les enfants et adolescents.

Enfin, il conviendrait d'offrir – comme cela a été le cas durant la pandémie liée au Covid – des téléconsultations afin de permettre aux jeunes de concilier la prise en charge ambulatoire avec leurs emplois du temps sans les obliger à chercher un nouveau thérapeute à l'issue de leur séjour au Centre.

Focus expert sur la prévention et les cours de premiers secours

Les formations de premiers secours en santé mentale



Dr. Franz d'Onghia
Ligue Santé Mentale

D'où vient l'idée d'organiser des cours de premiers secours en santé mentale ?

Le constat initial est celui de la difficulté pour des personnes souffrant de problèmes de santé mentale de trouver une aide adéquate. Or, plus l'intervention tarde, plus le problème s'aggrave et nécessite des soins et une prise en charge importants. L'idée centrale des cours de premiers secours en santé mentale est donc de faciliter un repérage précoce des problèmes de santé mentale. Le secouriste ayant suivi la formation pourra plus aisément identifier un potentiel trouble et orienter la personne concernée vers un professionnel de la santé mentale. Cela favorise une prise en charge rapide, évite une aggravation de l'état, facilite le traitement nécessaire. En définitive, le repérage précoce devrait mener à rapidement orienter les personnes concernées, permettant une meilleure affectation du budget de la santé publique.

En quoi consiste la formation ?

La formation que nous dispensons a été développée en Australie sur le modèle des formations de premiers secours classiques, dont le succès est bien établi. Le concept et les cours associés ont été évalués pour ensuite être offerts dans de nombreux autres États. La Ligue Santé Mentale est détentrice d'une licence de formation depuis 2020 et offre trois cours de premiers secours en santé mentale, à savoir la version « standard », la version « youth » ainsi que la version « teen ».

Le cours « standard » constitue une formation de 12 heures, s'adresse à des adultes et présente les différents troubles mentaux dans leurs grandes lignes : dépression, trouble anxieux, risque suicidaire, trouble lié à une addiction, psychose. Comment aborder une personne semblant souffrir d'un trouble mental ? Comment évaluer s'il y a urgence ou non et quels sont les gestes à adopter en cas d'urgence ? Comment encourager la personne concernée à accepter une prise en charge ? Ce sont les questions cardinales à étudier. Le secouriste n'est bien entendu pas thérapeute et donc, essentiellement, censé encourager une prise en charge rapide par un professionnel de la santé mentale.

Le cours « youth » s'adresse toujours à un public adulte, mais est destiné à permettre à des adultes d'assister des adolescents présentant des signes de troubles mentaux. Il s'agit d'une formation de 14 heures, qui pour l'instant est prioritairement dispensée à un public d'enseignants. Elle explique également les divers troubles mentaux afin d'en permettre l'identification chez une personne donnée, mais, ce faisant, se focalise par ailleurs sur des phénomènes plus spécifiques à l'adolescence, dont notamment les troubles de l'alimentation et les comportements d'automutilation. Les troubles mentaux sont bien entendus les mêmes pour les adultes et pour les adolescents, mais peuvent s'exprimer de manière particulière pour les adolescents. L'ensemble de la formation est ainsi fondé sur les troubles mentaux tels qu'ils se manifestent chez un adolescent, de même que les conséquences en termes de prise en charge. Il convient de souligner que 50% des personnes ayant un trouble mental ont eu la première manifestation de ce trouble avant l'âge de 18 ans.

Le cours « teen » en revanche vise à former les adolescents comme secouristes. Souvent, les adolescents se confient leurs problèmes entre eux avant d'en faire part à un adulte. Il s'agit d'un programme plus léger permettant également un repérage, mais dans l'idée, non de faire peser une responsabilité excessive sur le jeune, mais de lui permettre d'évaluer s'il est nécessaire d'avertir un adulte de la situation. Le cours « teen » est lié à la formation « youth », dans la mesure où, pour qu'une communauté organisée comme un lycée par exemple puisse l'offrir, il faut que 20% au moins du personnel aient accompli cette formation « youth ». Ce lien se justifie par la nécessité pour les jeunes secouristes d'effectivement disposer dans leur entourage d'adultes ayant les connaissances nécessaires pour intervenir utilement.



Comment former un maximum de personnes ?

La Ligue Santé Mentale ne procède pas seulement à la formation de secouristes, mais se dédie également à la formation de formateurs qui pourront par la suite prendre le relais. Ainsi par exemple, nous avons formé une vingtaine de formateurs dans les lycées, principalement parmi les personnels des SEPAS. Jusqu'ici, nous avons réussi à former environ 800 enseignants en matière de premiers secours « youth » au total. Il s'agit d'une formation certifiante qui doit être renouvelée tous les cinq ans.

La formation rencontre un certain succès. Sur les 42 lycées implantés au Luxembourg, 8 lycées ont déjà formé plus de 20% de leur personnel et peuvent ainsi offrir la formation « teen » aux élèves. D'autres lycées ne sont pas loin de ce taux, certains toutefois ne sont pas encore disposés à offrir la formation « teen » - il est vrai qu'afin d'organiser les formations, il faut sacrifier six heures de cours.

Notre objectif pour l'année 2029 est que tous les lycées offrent le programme « teen », si bien que tout jeune ayant accompli sa scolarité au Luxembourg aura suivi une formation de premiers secours en santé mentale. En collaboration avec le SNJ, nous visons également à permettre aux jeunes en décrochage scolaire de suivre la formation « teen ». Nous avons également des instructeurs offrant le cours « youth » dans le cadre du stage des professeurs, si bien que l'offre en ce qui concerne les troubles mentaux affectant les adolescents pourrait bientôt être généralisée.

Bien entendu, il s'agit là d'une approche permettant progressivement de former un maximum de jeunes, mais nos formations sont en principe ouvertes au grand public – qu'il s'agisse d'entreprises ou de particuliers – et également dispensées sous forme de webinaire. Depuis le début des formations en 2020, nous avons formé un total de 90 formateurs et 7000 secouristes en santé mentale.

Qu'en est-il de la santé mentale durant la petite enfance et l'enfance ?

L'association dont nous détenons la licence de formation étudie effectivement en ce moment une formation couvrant ce qui au Luxembourg représenterait les élèves fréquentant l'enseignement fondamental, cette formation n'étant toutefois pas encore prête pour être dispensée au Luxembourg. D'autres initiatives existent toutefois au niveau du fondamental (p.ex. le SEE-learning du Centre pour le Développement socio-émotionnel), ce qui est à saluer.

Plus généralement, il ne faudrait pas attendre d'enfants ou d'adolescents qu'ils identifient avec précision un trouble mental.

L'essentiel pour un enfant est d'apprendre à identifier et communiquer ses émotions. Quand suis-je triste ou en colère ? Comment l'exprimer ? Comment me calmer, réguler mes émotions ? Il est important de commencer à sensibiliser les enfants à ce genre de choses, ce qui peut évidemment se faire par d'autres biais que l'enseignement au sens strict.

**L'équipe de l'OKAJU a suivi les formations « premiers secours en santé mentale – standard » et « premiers secours en santé mentale – youth » au printemps et en automne 2024.*



Focus Young Advisors

Dans le cadre du rapport annuel de l'OKAJU et du développement de recommandations générales en matière de santé mentale chez les enfants et les adolescents, les Young Advisors (YA) de l'OKAJU ont été sollicités pour qu'ils puissent apporter leurs perspectives sur les liens entre santé mentale et migration, pauvreté, abus/violence, orientation sexuelle et besoins spécifiques.

Très spontanément, les YA ont mis en avant les points d'importance suivants :

1. La santé mentale s'est particulièrement détériorée depuis la crise du COVID ;
2. L'école, comme lieu de vie et de développement des enfants et des jeunes, devrait être une *safe place*, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui au regard de divers constats qui vont à l'encontre du bien-être des enfants et des jeunes, à savoir :
 - Consommation de substances illicites en évolution : « de plus en plus, de plus en plus tôt, de plus en plus jeune », avec peu de contrôle des documents d'identité lors de la vente d'alcool ou de cigarettes ;
 - Plus de positivité et de flexibilité de la part de l'école : négativité, plus ou moins généralisée, des enseignants concernant le système scolaire, les programmes et les élèves (« les enseignants sont dépassés »). Le climat scolaire n'est pas propice à soutenir le bien-être des apprenants ;
 - Garantir la même offre scolaire sur tout le territoire pour éviter une discrimination en matière de choix possibles quant à l'orientation scolaire : les lycées du Nord proposent moins de choix que ceux du Centre et du Sud ; il n'est pas toujours possible de changer de lycée (cf. contraintes géographiques, économiques, etc.). Ces éléments participent au décrochage scolaire de certains jeunes qui ne se retrouvent pas dans l'offre de formation qu'on leur propose et donc qui se démotivent pour leur projet de vie/professionnel (« moins de chances dans le Nord ») ;
 - Importance des maisons de jeune qui peuvent être un support positif et un relais salutaire pour aider au développement du projet professionnel/de formation des jeunes. Cependant, les YA déplorent qu'il n'y ait pas de véritable structure « qui aident les jeunes, comme un refuge » ;

- Actualiser et la formation des enseignants et des éducateurs aux réalités des nouvelles générations d'enfants de jeunes pour favoriser une posture adéquate face aux différentes difficultés que peuvent rencontrer ces derniers (cf. développement de la formation initiale pour une meilleure sensibilisation aux spécificités de l'enfant et de l'adolescent ; proposer des formations de base relative aux troubles du développement et à la santé mentale ; droits de l'enfant ; etc.) ;
- 3. Prendre connaissance et se former aux différences culturelles pour avoir des pistes d'actions adaptées en matière de santé mentale des enfants et des jeunes ^[1] ;
- 4. Dans un contexte d'aide à l'enfance et à la famille pour lequel l'ONE est impliqué, il serait important de permettre un échange direct avec celui-ci et l'enfant ou le jeune pour que ce dernier soit plus libre d'exprimer ses besoins, notamment en termes de santé mentale, et ne se sente pas contraint par le travailleur social l'accompagnant éventuellement ;
- 5. Développer une véritable culture inclusive (cf. auparavant l'accès à la même offre scolaire sur tout le territoire) car de nombreux comportements de professionnels sont délétères et ont un impact sur le bien-être des jeunes (ex. : posture professionnelle négative ; verbalisation négative ou dévalorisante ; violences verbales ; etc.), sans compter les problématiques rencontrées pour avoir accès à une scolarité adaptée, etc. ;
- 6. Œuvrer pour une prise de conscience massive des enjeux concernant l'environnement et ce dès le plus jeune âge – les conditions actuelles créant chez certains jeunes une éco-anxiété. En effet, il importe de trouver les moyens d'« être en harmonie » avec les spécificités et enjeux sociaux et sociétaux ;
- 7. Sensibiliser, et surtout chez les jeunes, aux particularités des troubles ou handicap qui peuvent se développer durant l'enfance. Cela permettrait d'avoir une meilleure connaissance et ainsi une approche positive et inclusive favorisant le vivre ensemble ;
- 8. Considérer davantage les besoins spécifiques sur TOUT le territoire ; rendre accessible partout les dispositifs inclusifs : l'inclusion doit être pensée en prenant en compte la situation socio-économique de la famille ;
- 9. Valoriser davantage les droits pour tous ;
- 10. Briser les tabous car ils créent des non-dits qui participent à un mal-être généralisé chez les enfants et les jeunes : le développement d'événements pour jeunes, accessibles à tous pourrait être une piste de solution ;
- 11. Développer une plateforme digitale permettant de centraliser l'ensemble des informations (cf. aides, informations diverses, sensibilisation à différents sujet touchant à la santé, etc.) dont pourrait avoir besoin un enfant/un jeune – la prévention étant fondamentale. L'OKAJU pourrait avoir ce rôle, avec possiblement un partenariat avec les médecins généralistes/traitants ;
- 12. Protéger des dangers relatifs aux médias sociaux (cf. exposition à des pratiques dangereuses; stigmatisation ; etc.), sources de *burn out* (par *scroll* incessant) et d'idées/passage à l'acte suicidaire. Pour ce faire une campagne de sensibilisation sous forme « peer to peer » pourrait avoir plus d'impact ;
- 13. Valoriser et favoriser la participation citoyenne de tous les enfants et les jeunes concernant les politiques à mettre en œuvre, notamment pour leur santé, et sur base de l'outil EESC Youth Test.

À noter que nombre de points soulevés par les YA se retrouvent aux pages 53 à 56 du rapport relatif à *UE Children's Participation Platform* :

- Les écoles devraient fournir une aide à la santé mentale et à la gestion du stress, car c'est un endroit que les enfants et les jeunes fréquentent régulièrement et auquel ils peuvent accéder facilement ;
- Les enseignants et tous les adultes devraient avoir davantage de formations pour mieux comprendre la santé mentale, ses conséquences et les possibilités d'aide ;
- Il serait important que toutes les écoles disposent d'un psychologue ou d'un conseiller scolaire, présent et à leur écoute ;
- Construire une véritable cybersécurité pour les enfants et les jeunes ; etc.

Ces quelques exemples sont reformulés à travers diverses recommandations et éléments-clés à considérer.

^[1] Différentes publications existent à ce sujet comme celles de Langevin, Lavoie et Laurent (2018) : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0222961717302350>

Vignettes de cas

Troubles mentaux, violences sexuelles et trauma-based approach

Vignette de cas « Laang genuch näischt gesot »

Subir un événement traumatique constitue une expérience fragilisante pour toute personne et peut rendre nécessaire une prise en charge thérapeutique afin de permettre à la personne concernée de se reconstituer et de retrouver son bien-être. Une difficulté supplémentaire surgit dès lors qu'un trouble mental, comme un trouble de l'alimentation, est apprécié de manière isolée, alors qu'il peut s'agir du symptôme d'un traumatisme vécu. Un trouble de l'alimentation est en effet, chez de nombreux adolescents, l'expression d'un trouble mental et doit faire l'objet d'une prise en charge. Or, à défaut d'un traitement du traumatisme sous-jacent, il n'est guère probable que la personne concernée se rétablisse pleinement.

Le cas de Sophie :

Dans le reportage, la jeune femme interviewée évoque une enfance à la fois heureuse et ordinaire, où sa passion pour le sport, en particulier l'athlétisme et le triathlon, prenait une place importante. À 16 ans, sa vie prend un tournant brutal lorsqu'elle est violée pendant son entraînement en forêt. Cet événement traumatisant l'enferme dans le silence, la honte et des troubles alimentaires.

Malgré les préoccupations de sa famille, qui remarque sa perte de poids et son éloignement, elle se bat en cachette. Elle consulte plusieurs professionnels, mais elle peine à s'ouvrir, craignant que leurs diagnostics n'exposent la gravité de son traumatisme. Après une année éprouvante à l'Université de Luxembourg, elle choisit de s'installer à Vienne pour échapper à son passé, mais elle rechute rapidement.

« A Lëtzebuerg krut ech nët déi néideg Hëllef, déi ech gebraucht hunn. Do gëtt et nach ëmmer keng psychosomatesch Klinik. Déi eenzeg Méiglechkeet déi ech, meng Elteren, do haten, war déi zoue Psychiatrie um Kierchbiereg. »

C'est en cherchant activement de l'aide qu'elle découvre une clinique en Bavière, où son trauma et ses troubles alimentaires sont abordés de manière intégrée. Pour la première fois, elle se sent reconnue comme une personne à part entière, ce qui lui permet de travailler sur ses émotions et de développer une relation plus saine avec son corps. (...)

« Pour la première fois, le trauma et le trouble alimentaire étaient traités ensemble. Les thérapeutes m'ont vue comme une personne et ont agi en conséquence. Dans cette clinique, j'ai appris à ressentir mes émotions, à m'ouvrir et à me montrer vulnérable. J'étais prête à changer. J'ai travaillé sur mon passé et ma culpabilité, redéfinissant les responsabilités avec ma famille. »

(...)

« Être simplement une femme est un processus qui prend du temps. J'ai encore des jours où je ne supporte pas mon corps, mais j'essaie de construire une relation plus positive avec lui. Chaque kilo repris m'apporte plus de santé, d'émotions, et de bonheur à refaire des activités comme courir. »

Source: RTL, Tim Hensgen - „Mäi Wee - Geschichten aus dem Liewen“:

1. Episode - „Laang genuch näischt gesot“ – 15 septembre 2024

<https://play.rtl.lu/shows/lb/mai-wee-geschichten-aus-dem-liewen/episodes/r/3385917>

Un récent reportage diffusé par RTL et résumé ci-dessus témoigne à la fois des difficultés liées à une prise en charge de jeunes souffrant d'un trouble mental ainsi que du stigma et de la honte toujours associés au fait d'avoir été victime d'un crime violent, en l'occurrence un viol.

Il illustre l'importance cruciale d'une prise en charge holistique des problèmes de santé mentale et la nécessité d'une approche tenant compte des traumatismes et de la violence (*trauma-based approach*). Alors qu'il est clair qu'il pourra toujours y avoir des victimes qui ne souhaitent pas révéler les violences qui leur ont été faites, la création d'un circuit intégré de protection favorise l'accessibilité des services et la prise en charge adéquate des victimes, concernant tant les poursuites judiciaires à engager que l'accompagnement thérapeutique à garantir.

Le reportage illustre également le double tabou ayant pesé sur l'adolescente, souffrant à la fois d'un trouble de l'alimentation et d'un traumatisme lié aux violences qui lui ont été faites. Elle déclare ne pas avoir été capable de s'investir pleinement dans la prise en charge psychiatrique qui lui a été proposée, de peur que le crime à l'origine de ses troubles mentaux ne soit découvert. Si elle considère aujourd'hui que les victimes d'un viol ne devraient pas avoir honte et immédiatement déposer plainte, il est patent que la prise en charge des enfants et adolescents victimes de violences demeure déficiente au point que certains préfèrent ne rien dire. Il est impératif de libérer la parole des victimes.

Vignette de cas « Psychische Gesundheit »

Le cas de Mondkind :

Sehr geehrte Mitglieder der Luxemburger Chamber,

Mentale Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen in Luxemburg ist ein äußerst wichtiges Thema. Jeder Mensch auf der Welt hat seine mentalen Herausforderungen, doch gerade die Seelen der Kinder sollten wir besonders schützen und ihnen helfen. Wie geht Luxemburg damit um? Gibt es genügend Unterstützung und fühlen sich die Stimmen dieser Generation von der Gesellschaft gehört und umarmt? Es ist schwer, darüber zu sprechen, wenn man selbst nie bewusst in solch einer Situation gelebt hat. Wie können wir, die etwas verändern können, konkret darüber reden? Indem wir den Stimmen der jungen Menschen zuhören. Nur so erlangen wir genügend Wissen, um Luxemburg in diesem Bereich zu verbessern und zu stärken. Nur so können wir für die jungen Menschen da sein.

Mein Name ist Mondkind und ich bitte um fünf Minuten Ihrer Zeit. Ich bin ein junges Opfer sexuellen Missbrauchs. Mit 13 Jahren bemerkte ich früh, dass ich depressiv bin, und suchte nach Hilfe. Meine Reise begann bei der Association Sepas, die in fast allen Schulen Luxemburgs vertreten ist. Fast ein Jahr lang ging ich dort ein und aus. Es war mein einziger Bezug, außer meinen Eltern, dennoch fühlte ich mich nie sicher. Ich nahm meinen ganzen Mut zusammen und sprach auch mit meinen Lehrern über meine Depressionen und Panikattacken. Ich bat sie, mich in der Klasse nicht bloßzustellen oder aufzurufen, weil es zu viel für mich war. Trotzdem nahmen sie mich immer wieder dran und ignorierten meine Bitte. Einmal schrie ich laut in der Klasse und weinte später zu Hause. Sobald der Sepas mit mir überfordert war, wollten sie mich zwangseinweisen, obwohl keine Lebensgefahr drohte. Sie kamen während einer Schulstunde in die Klasse und nahmen mich einfach mit – Scham überkam meinen ganzen Körper.

Am selben Tag, als ich in der Psychiatrie ankam, musste ich drei Stunden warten und in zwei Büros immer wieder fremden Leuten meine Geschichte schildern, als wäre ich ein Tier in einer Fabrik. Sie tippeten und schauten mir nicht einmal ins Gesicht. Dann brachten sie mich und meinen Vater in einen engen, fensterlosen Raum, wie ein Gefängnis, nicht viel grösser als ein Dixi-Klo. Dort warteten wir erneut. Es war eng, heiß und ich hatte Panik. Ein Mann kam und sprach fünf Minuten mit mir, verschrieb mir sofort Antidepressiva für mehrere Wochen und wollte mich dort behalten. Das kam niemals in Frage. Ich würde doch nicht an einem Ort bleiben, wo ich so behandelt werde und nicht gehört oder gesehen werde. Kein Vertrauen, kein Sicherheitsgefühl.

Sie schickten mich weiter zu einem Psychiater, auf den ich fast neun Monate warten musste. In diesen Monaten probierte ich die Medikamente aus und mir ging es immer schlechter. Ich fühlte mich allein gelassen und dunkle Gedanken wurden Alltag. Es wurde alles schlimmer, obwohl ich Hilfe bekommen hatte.

Bei diesem Psychiater angekommen, wurde ich in einen Raum gebracht, wo er und fünf weitere Praktikanten saßen, die alles aufschrieben, was ich sagte. Ich musste meine gesamte Missbrauchsgeschichte detailliert schildern. Ich hatte Hoffnung, endlich Hilfe zu bekommen, doch ich wurde gedemütigt. Für ein 14- bis 15-jähriges Mädchen, das seine Geschichte noch nicht einmal selbst verarbeitet hat, war es traumatisierend, dies vor sechs fremden Menschen zu erzählen.

Das Resultat dieses Gesprächs: "Danke, du bist ein tolles, starkes Mädchen und danke für deine Geschichte, doch du bist hier falsch. Wir sind nur für Schulprobleme bei Kindern zuständig." Meine Mutter und ich weinten im Auto gemeinsam. Wir wollten doch nur Hilfe. Dieser Psychiater schickte uns weiter zu einer anderen Psychiaterin. Dort war ich nach zwei Monaten zum ersten Mal. Ich fühlte mich gedemütigt. Sie meinte zu mir, ich solle keine Memme sein, verbot mir zu weinen und ließ mir YouTube-Geräusche von Wasserfällen über billige Kopfhörer vorspielen. Ich fragte mich nur, wo ich hier gelandet war. Ich wollte keine Hilfe mehr von diesem Land. Ich habe mich noch nie so entmenslicht gefühlt in meinem Leben. Letztlich halfen mir meine Freunde und Familie. Diese ganze Geschichte hat mich gestärkt, aber es war nicht die Hilfe, die ich mir gewünscht hätte. Es war überhaupt keine Hilfe.

Meine Verbesserungsvorschläge:

- § Bessere Kommunikation zwischen den verschiedenen Einrichtungen, damit jeder weiß, wer für was zuständig ist und den Kindern die richtige Hilfe gewährleistet werden kann.
- § Unterstützung in Schulen: Kinder und Jugendliche sollten sich in Schulen sicher fühlen und respektiert werden. Die Mitarbeiter von SEPAS müssen besser informiert sein und über die verschiedenen Hilfsangebote im Land Bescheid wissen
- § Schnellere und umfassendere Hilfe: Größere Kapazitäten und schnellere Zugänge zu professioneller Hilfe sind notwendig, damit niemand in einer Krise monatelang warten muss.
- § Menschlichkeit und Würde: Kinder und Jugendliche sollten nicht wie in einer Fabrik abgefertigt werden. Menschlichkeit, Wärme und Respekt müssen im Vordergrund stehen.

Ich hoffe, dass meine Geschichte Sie zum Nachdenken anregt und Ihnen einige Ansätze für notwendige Verbesserungen im Bereich der mentalen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen gibt. In unserer heutigen Welt, in der immer mehr Menschen leiden, ist es von entscheidender Bedeutung, dass wir in diesem Bereich stärker und besser werden.

Mit freundlichen Grüßen,

Mondkind

Après avoir exposé en détail les enjeux principaux qui se posent concernant la santé mentale des enfants du Luxembourg, il apparaît essentiel d'illustrer à partir d'un témoignage reçu par l'OKAJU les défaillances existantes sur le territoire. Non pas pour en faire un quelconque procès d'intention mais pour, d'une part, rendre « vivant » les obstacles qui se posent aux jeunes et pour, d'autre part, susciter une profonde réflexion sur notre manière de prendre soin des enfants du pays. Cette illustration, nous l'espérons, devrait permettre de pointer des éléments essentiels pour servir des évolutions éclairées et adaptées en matière de sensibilisation, repérage et intervention en santé mentale auprès des enfants.

« La santé mentale chez les enfants et les jeunes au Luxembourg est un sujet extrêmement important.

Chaque personne au monde a ses défis mentaux, mais ce sont justement les âmes des enfants que nous devrions protéger et aider en particulier. Comment le Luxembourg gère-t-il (cette situation) ? Y a-t-il suffisamment de soutien et les voix de cette génération se sentent-elles entendues et soutenues (voire accueillies) par la société ? Il est difficile d'en parler quand on n'a soi-même jamais vécu consciemment une telle situation. Comment pouvons-nous changer des choses, en parler concrètement ? En écoutant les voix des jeunes. C'est la seule façon d'acquérir suffisamment de connaissances pour améliorer et renforcer le Luxembourg dans ce domaine. C'est la seule façon que nous pourrions être présents pour les jeunes.

Je m'appelle Mondkind et je vous demande cinq minutes de votre temps. Je suis une jeune victime d'abus sexuels. À 13 ans, j'ai remarqué très tôt que j'étais dépressive et j'ai cherché de l'aide. Mon parcours a commencé auprès du service Sepas, présent dans presque toutes les écoles du Luxembourg. Pendant près d'un an, j'y suis allée et j'y suis revenue. C'était mon seul repère, à part mes parents, mais je ne m'y suis jamais sentie en sécurité. J'ai pris mon courage à deux mains et j'ai également parlé à mes professeurs de mes dépressions et de mes crises de panique. Je leurs ai demandés de ne pas m'exposer ou de ne pas m'appeler au tableau, car c'était trop pour moi. Malgré cela, ils m'interrogeaient à plusieurs reprises et ont ignoré ma demande. Une fois, j'ai crié très fort en classe et j'ai pleuré plus tard à la maison. Dès que le Sepas s'est senti dépassé par mon cas, ils ont voulu me faire interner de force, alors qu'il n'y avait pas de danger de mort. Ils sont entrés dans la classe pendant une heure de cours et m'ont tout simplement emmenée - la honte s'est emparée de tout mon corps.

Le jour même de mon arrivée à l'hôpital psychiatrique, j'ai dû attendre trois heures et me rendre dans deux bureaux où je devais raconter encore et encore mon histoire à des inconnus, comme si j'étais un animal en cage/dans une fabrique. Ils tapaient (à la machine) et ne me regardaient même pas en face. Puis, ils nous ont emmenés, mon père et moi, dans une pièce étroite, sans fenêtre, comme une prison, pas beaucoup plus grande qu'une cabine de toilette sur un chantier (Dixie).

Un conseil simple et essentiel pour s'approprier la réalité de l'enfant

1 enfant/5 est victime d'abus sexuels en Europe. 80% connaissent leur agresseur

Manque de connaissances, d'outils et de méthodes de la part du SEPAS pour réagir et intervenir de manière adaptée et bienveillante face à l'intense détresse que peut exprimer un enfant

Manque de formations spécifiques liées à la santé mentale et également à la bienveillance du corps enseignant. Ici s'exprime manifestement une maltraitance institutionnelle qui vient exacerber la détresse de l'enfant

Grave atteinte à l'intégrité physique et psychique de l'enfant

Maltraitance institutionnelle se réitère dans le cadre hospitalier à travers :

- § Un temps d'attente pour la prise en charge démesuré
- § Une retraumatisation réitérée
- § Une exposition à un nombre excessif de professionnels
- § Des conditions d'attente et de prise en charge inacceptables
- § Une prise en charge sommaire qui pose la question de la surmédication/médication adaptée à l'enfant

Un sentiment d'insécurité constant et réactivé quelle que soit l'institution (cf. école et hôpital)

J'ai dû attendre près de neuf mois avant d'avoir un rendez-vous chez un psychiatre. Pendant ces mois, j'ai essayé les médicaments et mon état n'a fait qu'empirer. Je me sentais seule et les idées noires devenaient quotidiennes. Tout s'est aggravé malgré le fait que j'avais reçu de l'aide. Arrivée chez ce psychiatre, on m'a emmenée dans une pièce où il se trouvait avec cinq autres stagiaires qui étaient assis et notaient tout ce que je disais. J'ai dû décrire en détail toute mon histoire d'abus. J'avais l'espoir d'obtenir enfin de l'aide, mais j'ai été humiliée. Pour une jeune fille de 14 à 15 ans qui a vécu son histoire sans avoir pu encore en faire le point, c'était traumatisant de le faire et de la raconter devant six inconnus.

Le résultat de cet entretien : « Merci, tu es une fille super et forte et merci pour ton histoire, mais tu n'es pas à ta place ici. Nous ne nous occupons que des problèmes scolaires des enfants ». Ma mère et moi avons pleuré ensemble dans la voiture. Nous voulions juste de l'aide. Ce psychiatre nous a envoyées chez une autre psychiatre. J'y suis allée pour la première fois deux mois plus tard. Je me suis sentie humiliée. Elle m'a dit de ne pas être une mauviette, m'a interdit de pleurer et m'a fait écouter des sons de chutes d'eau sur YouTube avec des écouteurs de qualité basse. Je me demandais juste où j'avais atterri. Je ne voulais plus de l'aide de ce pays. Je ne me suis jamais sentie aussi déshumanisée de toute ma vie. Finalement, mes amis et ma famille m'ont aidé. Toute cette histoire m'a rendue plus forte, mais ce n'était pas l'aide que j'aurais souhaitée. Il n'y avait aucune aide.

Mes propositions d'amélioration :

- Une meilleure communication entre les différentes institutions, afin que tout le monde sache qui est responsable de quoi et que l'aide adéquate puisse être garantie aux enfants.
- Soutien dans les écoles : les enfants et les adolescents devraient se sentir en sécurité dans les écoles et être respectés. Le personnel du SEPAS doit être mieux informé et connaître les différents services d'aide disponibles dans le pays.
- Une aide plus rapide et plus complète : des capacités plus importantes et un accès plus rapide à une aide professionnelle sont nécessaires pour que personne ne doive attendre des mois en cas de crise.
- Humanité et dignité : les enfants et les jeunes ne doivent pas être traités comme dans une usine. L'humanité, la chaleur et le respect doivent être au premier plan.

J'espère que mon histoire vous fera réfléchir et vous donnera quelques pistes pour des améliorations nécessaires dans le domaine de la santé mentale des enfants et des adolescents. Dans notre monde actuel, où de plus en plus de personnes souffrent, il est essentiel que nous devenions plus forts et meilleurs dans ce domaine. »

Des spécialistes peu accessibles, peu efficaces en matière de prise en charge adaptée

Nouvelle maltraitance avec l'imposition de la présence d'un nombre disproportionné de professionnels en formation

Grave atteinte à l'intégrité psychique de l'enfant

Nouvelle retraumatisation

Blocage du processus de « guérison » par de multiples agressions institutionnelles et par une non-aide/prise en charge

Grave atteinte à l'intégrité psychique de l'enfant

Prise en charge psychiatrique non adaptée

Nouvelle retraumatisation

Multiplication de spécialistes

Grave atteinte à l'intégrité de l'enfant